

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KELUARGA PENDERITA
GANGGUAN JIWA BERAT MEMILIH PENGOBATAN TRADISIONAL
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANTUR KAB. MALANG**

TESIS

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister**



Oleh
TIEN AMINAH
136070300111044

**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN JIWA**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2018**



TESIS

ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KELUARGA PENDERITA
GANGGUAN JIWA BERAT MEMILIH PENGOBATAN TRADISIONAL
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANTUR KAB. MALANG

Oleh :

TIEN AMINAH
136070300111044

Dipertahankan didepan penguji
Pada tanggal : 20 Agustus 2018
Dan dinyatakan memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Pembimbing

Ketua

Dr. dr. Retty Ratnawati, M.Sc.
NIP. 19550201 198503 2 001

Anggota

Ns. Tina Handayani Nasution, S.Kep., M.Kep
NIP. 19810228 200604 2 013

Menyetujui
Komisi Penguji

Ketua

Prof. Dr. dr. Yuyun Yueniwati P.W., M.Kes., Sp.Rad(K)
NIP. 19681031 199601 2 001

Anggota

Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes
NIP. 19640314 198401 1 001

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya

Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes
NIP. 19580414 198701 2 00

PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam Naskah TESIS ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis di kutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah TESIS ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia tesis ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (MAGISTER) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. (UU No. 20 Tahun 2003, Pasal 25 Ayat 2 dan pasal 70)

Malang, 20 Agustus 2018

Mahasiswa,



Nama : Tien Aminah
NIM : 136070300111044
PS : Magister Keperawatan
Prog : Pascasarjana
Fak : Kedokteran UB

IDENTITAS TIM PENGUJI TESIS

JUDUL TESIS:

ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KELUARGA PENDERITA GANGGUAN JIWA BERAT MEMILIH PENGOBATAN TRADISIONAL DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANTUR KAB. MALANG

Nama Mahasiswa : Tien Aminah

NIM : 136070300111044

Program Studi : Magister Keperawatan

Minat : Keperawatan Jiwa

KOMISI PEMBIMBING:

Ketua : Dr. dr. Retty Ratnawati, M.Sc.

Anggota : Ns. Tina Handayani Nasution, S.Kep.,M.Kep

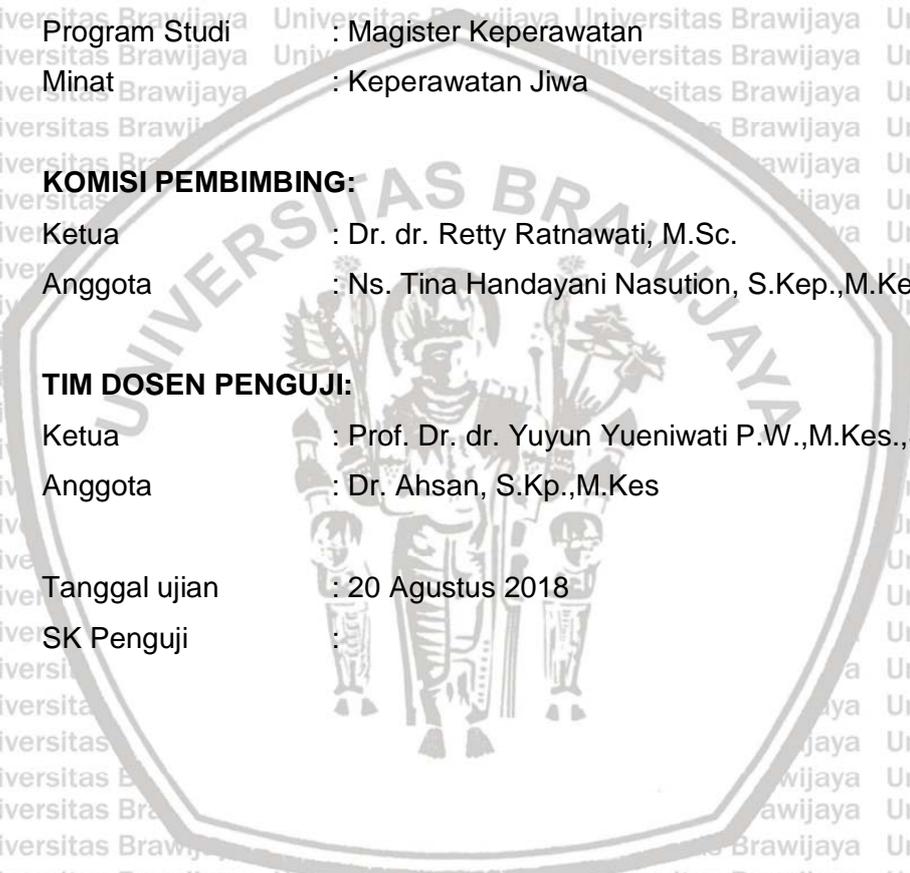
TIM DOSEN PENGUJI:

Ketua : Prof. Dr. dr. Yuyun Yueniwati P.W.,M.Kes.,Sp.Rad (K)

Anggota : Dr. Ahsan, S.Kp.,M.Kes

Tanggal ujian : 20 Agustus 2018

SK Penguji :



RIWAYAT HIDUP

Nama : Tien Aminah
NIM : 136070300111044
Tempat/tgl lahir : Blitar, 29 Nopember 1974
Agama : Islam
Pekerjaan : Staf Pengajar di Poltekkes RS dr. Soepraoen Malang
Alamat : Perum de Cluster Pisang Kipas No. 2 RT 05 RW 04
Jatimulyo – Lowokwaru – Malang Jawa Timur 65141
No. HP : 085755457445
Email : tienakrisno03@gmail.com
Pendidikan :

1. SD Negeri Kawedusan II Ponggok Blitar lulus tahun 1987
2. SMP Negeri I Srengat Blitar lulus tahun 1990
3. MAN Kota Blitar lulus tahun 1993
4. Diploma III Keperawatan UMM lulus pada tahun 1996
5. PSIK FK Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus pada tahun 2001
6. Pendidikan Profesi Ners PSIK FK UGM lulus pada tahun 2002
7. Program Magister Keperawatan Peminatan Jiwa di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang lulus tahun 2018

Malang, 20 Agustus 2018

Yang membuat,

Tien Aminah



**Karya ilmiah ini ku dedikasikan untuk:
Teman-teman sejawat profesi keperawatan jiwa
Suamiku tercinta Dr. H. Moch. Agus Krisno B.,M.Kes
yang penuh kesabaran mendampingi dan memberikan motivasi
di saat aku lelah dalam penyusunan tesis ini
Serta dua jagoanku Syafieq dan El Fahmi yang penuh pengertian di saat
mama sibuk mengerjakan tesis
Terima kasih atas cinta kalian**

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul: “Analisis Faktor yang Mempengaruhi Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Berat Memilih Pengobatan Tradisional di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kab. Malang”.

Dengan tersusunnya tesis ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Nuhfil Hanani AR.,MS selaku Rektor Universitas Brawijaya Malang.
2. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
3. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
4. Dr. dr. Retty Ratnawati, M.Sc., selaku dewan pembimbing I yang telah banyak memberikan petunjuk, bimbingan, dan arahan dalam proses penyusunan tesis ini serta personality-nya yang menginspirasi untuk terus maju dan berkarya.
5. Ns. Tina Handayani N., S.Kep., M.Kep. selaku dewan pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dan motivasi dalam proses penyusunan tesis ini.
6. Prof. Dr. dr. Yuyun Yueniwati P.W.,M.Kes.,Sp.Rad (K) selaku dewan penguji I yang telah banyak memberikan masukan dan saran untuk perbaikan tesis ini.
7. Dr. Ahsan, S.Kp.,M.Kes selaku dewan penguji II yang telah banyak memberikan masukan dan saran untuk perbaikan tesis ini.
8. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang yang telah memberikan ijin penelitian ini di wilayah Kabupaten Malang.
9. Kepala Puskesmas Bantur Kabupaten Malang yang telah memberikan ijin penelitian ini.
10. Para Kepala Desa di wilayah kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang yang telah memberikan ijin penelitian ini.

11. Bapak Subagyo, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Perawat Jiwa di wilayah kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang yang telah banyak membantu dalam proses pengumpulan data penelitian ini.
12. Para kader kesehatan jiwa yang telah berkenan menjadi enumerator dalam proses pengumpulan data.
13. Para keluarga penderita gangguan jiwa berat yang telah berkenan menjadi responden dalam penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan ini masih terdapat kesalahan dan kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun guna sempurnanya tesis ini. Penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan peneliti pada khususnya serta berperan dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Malang, Agustus 2018

Penulis



RINGKASAN

Tien Aminah, NIM. 136070300111044. Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Agustus 2018. *Analisis Faktor yang Mempengaruhi Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Berat Memilih Pengobatan Tradisional di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kab. Malang*. Komisi Pembimbing Ketua: Dr. dr. Retty Ratnawati, M.Sc., Anggota: Ns. Tina Handayani, S.Kep.,M.Kep.

Gangguan jiwa merupakan suatu sindrom pola perilaku atau psikologik seseorang yang bermakna secara klinis dimana gejala klinis tersebut menimbulkan penderitaan (*distress*) berupa rasa nyeri, rasa tidak nyaman, rasa tidak tenteram, terganggu, serta disfungsi organ tubuh dan disabilitas dalam aktivitas kehidupan sehari-hari. Gangguan jiwa tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan jiwa ini dapat menyebabkan ketidakmampuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok sehingga akan menghambat pembangunan suatu negara, apalagi sebagian besar penderita tergolong dalam usia yang masih produktif. Saat ini masih banyak kasus gangguan jiwa yang terlambat mendapatkan penanganan petugas kesehatan, karena biasanya keluarga atau masyarakat mencari pengobatan alternatif dulu sebelum datang ke pelayanan kesehatan. Banyak faktor yang mempengaruhi diri seseorang dalam memilih fasilitas pelayanan kesehatan, baik itu pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan tradisional. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga penderita gangguan jiwa berat memilih pengobatan tradisional.

Desain penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita gangguan jiwa berat di wilayah kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang Propinsi Jawa Timur sejumlah 132 orang. Sampel diambil dengan teknik *proportional cluster random sampling* dengan jumlah responden sebanyak 100 orang. Variabel *independent* yang diteliti adalah *health beliefs*, sumber daya keluarga, sumber daya social, kebutuhan keluarga, dan evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga. Sedangkan variabel *dependent*-nya adalah pemilihan pengobatan tradisional. Instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner yang terdiri dari 6 bagian. Bagian A: kuesioner untuk mengukur *health beliefs* merupakan hasil modifikasi dari *Health Beliefs Toolkit* yang dibuat oleh Maritza Concha, Maria Elena Villar, dan Lauren Azevedo dari *Covian Consulting, University of South Florida* pada tahun 2014. Bagian B: kuesioner untuk mengukur variabel sumber daya keluarga mengadopsi dari *SCREEM Family Resources Survey (SCREEM-RES)* yang dikembangkan oleh M. Medina, Jr. M.D dan *The Section of Supportive Hospice and Palliative Medicine University of the Philippines* tahun 2011. Bagian C: kuesioner untuk mengukur variabel sumber daya social/masyarakat mengadopsi dari *Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey* dari *Colorado Community Health Work* tahun 2014. Bagian D: kuesioner untuk mengukur variabel kebutuhan keluarga mengadopsi dari *Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey* dari *Colorado Community Health Work* tahun 2014. Bagian E: kuesioner untuk mengukur variabel evaluasi kebutuhan yang diteliti dicapai keluarga merupakan modifikasi dari *Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey* dari *Colorado Community Health Work* tahun 2014. Dan bagian F: kuesioner untuk mengukur pemilihan pengobatan tradisional mengadopsi dari *The International Questionnaire to Measure Use of Complementary and Alternative Medicine (I-CAM-Q)*. Data dianalisis secara univariat, bivariate, dan multivariate. Analisis data univariat menggunakan persentase, analisis bivariate menggunakan uji Chi square, dan analisis multivariate menggunakan uji regresi logistik berganda.

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 11 - 14 Juli 2018 di wilayah kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang Propinsi Jawa Timur, yang terdiri dari 5 desa yaitu: desa Bantur, Bandungrejo, Wonorejo, Sumberbening, dan Srigonco.

Hasil penelitian diketahui bahwa karakteristik keluarga penderita gangguan jiwa berat selaku responden rata-rata berumur 47,4 tahun, bersuku Jawa 94%, beragama

Islam 87%, berjenis kelamin perempuan 67%, status menikah 74%, pendidikan tamatan SD 47%, pekerjaan petani 54%, penghasilan dibawah UMR 100%, hubungan dengan penderita sebagai ibu kandung 29%, rata-rata jarak rumah ke puskesmas 9 km dengan transportasi 92% milik sendiri, rata-rata jarak rumah ke pelayanan pengobatan tradisional 9,2 km dengan transportasi milik sendiri 48% dan sewa 47%.

Karakteristik penderita gangguan jiwa berat di wilayah kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang Propinsi Jawa Timur rata-rata berumur 40 tahun, bersuku Jawa 94%, beragama Islam 87%, berjenis kelamin perempuan 57%, status belum menikah 46%, pendidikan tamatan SD 48%, pekerjaan serabutan 46%, penghasilan dibawah UMR 100%, dan lama menderita gangguan jiwa berat rata-rata 6 tahun.

Dari 100 orang responden yang diteliti, sebanyak 73 orang (73%) memiliki keyakinan kesehatan negatif dan 27 orang (27%) memiliki keyakinan kesehatan positif. Sumber daya keluarga reponden sebanyak 29 orang (29%) tidak memadai dan 71 orang (71%) memadai. Sumber daya sosial/masyarakat responden sebanyak 31 orang (31%) tidak memadai dan 69 orang (69%) memadai. Kebutuhan yang dirasakan oleh keluarga sebanyak 30 orang (30%) kebutuhan tinggi dan 70 orang (70%) kebutuhan rendah. Dari hasil evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga, sebanyak 30 orang (30%) terpenuhi tinggi dan 70 orang (70%) terpenuhi rendah. Hal ini menggambarkan bahwa kehidupan responden sangat sederhana dan tidak memiliki keinginan yang tinggi akan kebutuhan hidupnya, dan mereka merasa sudah cukup dengan pemenuhan kebutuhan selama ini. Dari 100 orang responden, sebanyak 51 orang (51%) memilih pengobatan tradisional dan 49 orang (49%) tidak memilih pengobatan tradisional.

Gambaran pemilihan pengobatan tradisional, dari 51 orang responden yang memilih pengobatan tradisional, sebanyak 38 orang (75%) memilih kyai/tokoh agama sebagai jenis pengobat tradisional untuk mengobati anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berat, 20 orang (40%) memilih dukun, dan yang paling sedikit dipilih adalah akupunkturist yaitu hanya 5 orang (9%). Sedangkan dari segi produk pengobatan tradisional yang dipilih paling banyak oleh responden adalah jamu-jamuan yaitu sebanyak 22 orang (44%) disusul produk herbal sebanyak 21 orang (42%). Dari segi praktek pengobatan tradisional, sebanyak 33 orang (77%) responden memilih mempraktekkan doa-doa, disusul mantra/jampi-jampi sebanyak 23 orang (45%), dan yang paling sedikit adalah meditasi 6 orang (11%).

Hasil uji *chi square* didapatkan nilai variabel *health beliefs* (*p value* 0.005), sumber daya keluarga (*p value* 0.022), sumber daya sosial (*p value* 0.025), kebutuhan keluarga (*p value* 0.013), dan evaluasi pencapaian kebutuhan (*p value* 0.013). Hasil uji *regresi logistic* berganda diketahui bahwa *p value* variabel *health beliefs* adalah 0.007 dengan OR 0.258.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada pengaruh variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*), variabel sumber daya keluarga, variabel sumber daya sosial/masyarakat, variabel kebutuhan keluarga, dan variabel evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat. Variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional adalah variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*) dengan kekuatan korelasi kuat.

SUMMARY

Tien Aminah, NIM. 136070300111044. Magister Nursing Program, Medical Faculty, Brawijaya University of Malang, July 2018. *Analysis of Factors Affecting Family Who Living With Severe Mental Disorder by Selection Traditional Treatment at Bantur's Primary Health Care Services Malang District*. Advisor I: Dr. dr. Retty Ratnawati, M.Sc. Advisor II: Ns. Tina Handayani, S.Kep.,M.Kep.

Mental disorder is a syndrome of behavior patterns or psychological person with clinical judgement, where the clinical symptoms cause distress such as pain, discomfort, discomfort, discomfort and organ dysfunction and disability in daily life activities for self-care and survival. Mental disorders do not caused death, but the severity of mental disorder can cause the inability and invalidity both in individually and in groups so it will inhibit the development of a country, and commonly the most of the mental disorder occur in productive age. Currently there are still many cases of mental disorder who late to get the handling of health workers, because the family or community try to found alternative treatment before come to health care services. Many factors were influence a person in choosing health care facilities, both conventional health services and traditional health services. The purpose of this study to analyzed the factors that influenced the families who live with severe mental disorders patient to take traditional treatment.

The design of this study was observational analytic with use cross sectional approach. Population of this research was all family who living with severe mental disorder and registered in Bantur's Primary Health Care Services (PHC), Malang District of East Java Province-Indonesia with the number 132 people. Moreover, 100 samples were taken by proportional cluster random sampling technique. Independent variables were health beliefs, family resources, social resources, family needs, and needs evaluation. While the dependent variable is the selection of traditional treatment. The data were collected by using questionnaires. The questionnaire to assess dependent variables are consist six parts, it are: Part A: questionnaire to assess health beliefs was modification from *Health Beliefs Toolkit* by Maritza Concha, Maria Elena Villar, and Lauren Azevedo at *Covian Consulting, University of South Florida, 2014*. Part B: questionnaire to assess family resources was adopted from *SCREEM Family Resources Survey (SCREEM-RES)* by M. Medina, Jr. M.D dan *The Section of Supportive Hospice and Palliative Medicine University of the Philippine, 2011*. Part C: questionnaire to assess social resources was adopted from *Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey at Colorado Community Health Work, 2014*. Part D: questionnaire to assess family needs was adopted from *Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey at Colorado Community Health Work, 2014*. Part E: questionnaire to assess the evaluation of family needs achievement was adopted from *Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey at Colorado Community Health Work, 2014* and part F: questionnaire to assess the decision on taking traditional treatment was adopted from *The International Questionnaire to Measure Use of Complementary and Alternative Medicine (I-CAM-Q)*. The univariate data were analyzed by using percentage, bivariate data were analyzed by using Chi-Square test and multivariate data were analyzed by using multiple logistic regression.

This research was done at Bantur's Primary Health Care Services, Malang District, East Java Province-Indonesia are consist five villages, it are: Bantur, Bandungrejo, Wonorejo, Sumberbening, and Srigonco, July 11-14, 2018.

The result of this research, it can be known the characteristics of the family who living with severe mental disorders as respondents were found the mean of age was 47.4 years old, 94% were Javanese, 87% were Muslim, 67% were female, 74% were married, 47% were hold elementary school, 54% were farmer as their profession, 100% were got under UMR as their salary, only 29% of the participant mentined that they were have relation with patient as the mother, an average distance of their house to Primary Health Care Services was around 9 km and 92% of them to reach Primary Health Care Services by using their own transportation. However, an average distance of their home to

traditional treatment service was 9,2 km with and 48% of them reach it by their own transportation and 47% by rent the transportation.

Characteristics of patients who have severe mental disorder in work area of Bantur's Primary Health Care Services in Malang District, East Java Province-Indonesia was in average 40 years old, 94% was Javanese, 87% was Islamic as their religion, 57% were female, 46% were unmarried, 48% were hold elementary school, and 46% were odd jobs, 100% of them were got income under the minimum, and in an average 6 years old suffering severe mental disorders.

The result of this research, from 100 respondents (family) of severe mental disorder, as many as 73 people (73%) have negative health beliefs and always looking for traditional medicine. Family resource variable found that 29 people (29%) were inadequate and 71 people (71%) said that family resources were adequate. Need family variable found mostly (70%) had low of family needs and only 30 respondents (30%) said that they had high family needs. This was describe that the lives of respondents were very simple and did not have a high desire for the needs of life, and they felt enough to their live. For social resources, as much as 69% of respondents said that got adequate social resources or supportive environments.

The result of this research, from 51 respondents who had selected traditional medicine, as many as 38 people (75%) selected kyai (religious leaders) as a kind of treatments to taking care of family members who have severe mental disorder, 20 people (40%) selected shamans, and only 5 people (9%) selected acupuncturist. In terms of traditional medicines products, as many as 22 people (44%) selected herb, and 21 people (42%) selected herbal products. In terms of traditional medicine practice, 33 people (77%) selected practice prayers, followed by spells of 23 people (45%), and only 6 people (11%) selected meditation as their traditional medicine practice

Chi square test results showed that variable of health beliefs (p value 0.005), family resources (p value 0.022), social resources (p value 0.025), family needs (p value 0.013), and evaluation of achievement needs (p-value 0.013) to the selection of traditional treatment among families who living with severe mental disorders. Multiple logistic regression test showed that the most dominant variable was health beliefs with p value 0.007 with OR 0.258.

Based on the result of this research, it can be concluded that there are influence of health beliefs, family resources, social / community resources, family needs, and evaluation of the achievement of family needs on the selection of traditional treatment among family who living with serious mental disorder and the most dominant factor is health beliefs.

ABSTRAK

AMINAH, TIEN. 2018. *Analisis Faktor yang Mempengaruhi Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Berat Memilih Pengobatan Tradisional di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kab. Malang.* Tugas Akhir, Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: Pembimbing I: Dr. dr. Retty Ratnawati, M.Sc., Pembimbing II: Ns. Tina Handayani, S.Kep., M.Kep

Gangguan jiwa merupakan suatu sindrom pola perilaku atau psikologik seseorang yang bermakna secara klinis dimana gejala klinis tersebut menimbulkan penderitaan (*distress*) berupa rasa nyeri, rasa tidak nyaman, rasa tidak tenteram, terganggu serta disfungsi organ tubuh dan disabilitas dalam aktivitas kehidupan sehari-hari. Gangguan jiwa tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan jiwa ini dapat menyebabkan ketidakmampuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok sehingga akan menghambat pembangunan suatu negara, apalagi sebagian besar penderita tergolong dalam usia yang masih produktif. Saat ini masih banyak kasus gangguan jiwa yang terlambat mendapatkan penanganan petugas kesehatan, karena biasanya keluarga atau masyarakat mencari pengobatan alternatif dulu sebelum datang ke pelayanan kesehatan. Banyak faktor yang mempengaruhi diri seseorang dalam memilih fasilitas pelayanan kesehatan, baik itu pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan tradisional. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga penderita gangguan jiwa berat memilih pengobatan tradisional. Desain penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel diambil dengan teknik *proportional cluster random sampling* dengan jumlah responden sebanyak 100 orang. Instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner. Hasil uji *chi square* didapatkan variabel *health beliefs* (*p value* 0.005), sumber daya keluarga (*p value* 0.022), sumber daya sosial (*p value* 0.025), kebutuhan keluarga (*p value* 0.013), dan evaluasi pencapaian kebutuhan (*p value* 0.013). Hasil uji *regresi logistic* berganda diketahui variabel *health beliefs* dengan *p value* 0.007 dengan OR 0.258. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada pengaruh variabel keyakinan kesehatan, sumber daya keluarga, sumber daya sosial/masyarakat, kebutuhan keluarga, dan evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat. Variabel yang paling dominan berpengaruh adalah *health beliefs*.

Kata kunci: faktor-faktor, pemilihan, pengobatan tradisional, gangguan jiwa

ABSTRACT

AMINAH, TIEN. 2018. *Analysis of Factors Affecting Family Who Living With Severe Mental Disorder by Selection Traditional Treatment at Bantur's Primary Health Care Services Malang District.* Thesis, Magister Nursing Program, Medical Faculty, Brawijaya University of Malang, Advisor I: Dr. dr. Retty Ratnawati, M.Sc., Advisor II: Ns. Tina Handayani, S.Kep.,M.Kep

Mental disorder is a syndrome of behavior patterns or psychological person with clinical judgement, where the clinical symptoms cause distress such as pain, discomfort, discomfort, discomfort and organ dysfunction and disability in daily life activities for self-care and survival. Mental disorders do not caused death, but the severity of mental disorder can cause the inability and invalidity both in individually and in groups so it will inhibit the development of a country, and commonly the most of the mental disoeder occure in productive age. Currently there are still many cases of mental disorder who late to get the handling of health workers, because the family or community try to found alternative treatment before come to health care services. Many factors were influence a person in choosing health care facilities, both conventional health services and traditional health services. The purpose of this study to analyzed the factors that influenced the families who live with severe mental disorders patient to take traditional treatment. The design of this study was observational analytic using cross sectional approach. 100 samples in this study were collected by proportional cluster random sampling technique. The data were collected by using questionnaires. Chi square test results showed that variable of health beliefs (p value 0.005), family resources (p value 0.022), social resources (p value 0.025), family needs (p value 0.013), and evaluation of achievement needs (p-value 0.013). Multiple logistic regression test showed that the most dominant variable was health beliefs with p value 0.007 with OR 0.258. Based on the result of this research, it can be concluded that there are influence of health beliefs, family resources, social / community resources, family needs, and evaluation of the achievement of family needs on the selection of traditional treatment among family who living with serious mental disorder and the most dominant factor is health beliefs.

Key words: factors, selection, traditional treatment, mental disorders

DAFTAR ISI

| | |
|---|-------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| LEMBAR PENGESAHAN | ii |
| LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS | iii |
| LEMBAR IDENTITAS TIM PENGUJI TESIS | iv |
| LEMBAR PERUNTUKKAN | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| RINGKASAN | viii |
| SUMMARY | x |
| ABTRAK | xii |
| ABSTRACT | xiii |
| DAFTAR ISI | xiv |
| DAFTAR TABEL | xviii |
| DAFTAR GAMBAR | xix |
| DAFTAR LAMPIRAN | xx |
| BAB 1 PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 6 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 7 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 7 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 7 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 8 |
| 1.4.1 Manfaat Teoritis | 8 |
| 1.4.2 Manfaat Praktis | 8 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Konsep Umum Gangguan Jiwa | 9 |
| 2.1.1 Pengertian Gangguan Jiwa | 9 |
| 2.1.2 Klasifikasi Gangguan Jiwa | 10 |
| 2.1.3 Gangguan Jiwa Berat | 12 |
| 2.1.4 Penyebab Umum Gangguan Jiwa | 12 |
| 2.1.5 Gejala Gangguan Jiwa | 13 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.1.6 | Penatalaksanaan Gangguan Jiwa..... | 14 |
| 2.1.7 | Penanganan Gangguan Jiwa Berbasis Masyarakat..... | 18 |
| 2.2 | Konsep Keluarga | 21 |
| 2.2.1 | Definisi Keluarga..... | 21 |
| 2.2.2 | Tipe Keluarga..... | 22 |
| 2.2.3 | Fungsi Keluarga..... | 22 |
| 2.2.4 | Tugas Keluarga..... | 25 |
| 2.3 | Sistem Pengobatan..... | 25 |
| 2.3.1 | Pengobatan Tradisional..... | 26 |
| 2.3.2 | Jenis-Jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional..... | 28 |
| 2.4 | Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan..... | 30 |
| 2.4.1 | Pengertian Perilaku | 30 |
| 2.4.2 | Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan | 31 |
| 2.4.3 | Teori Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan | 33 |
| 2.4.4 | Penelitian-Penelitian Terkait dengan Pengobatan Tradisional..... | 39 |

BAB 3 KERANGKA KONSEP

| | | |
|-----|---------------------------------|----|
| 3.1 | Kerangka Konsep | 42 |
| 3.2 | Penjabaran Kerangka Konsep..... | 43 |
| 3.3 | Hipotesis..... | 44 |

BAB 4 METODE PENELITIAN

| | | |
|-------|--|----|
| 4.1 | Desain Penelitian | 45 |
| 4.2 | Diagram Alur Penelitian | 46 |
| 4.3 | Tempat dan Waktu Penelitian..... | 46 |
| 4.4 | Bahan dan Alat..... | 47 |
| 4.4.1 | Populasi Penelitian | 47 |
| 4.4.2 | Teknik Pengambilan Sampling..... | 47 |
| 4.4.3 | Sampel Penelitian..... | 47 |
| 4.5 | Definisi Operasional Variabel dan Indikator..... | 48 |
| 4.5.1 | Definisi Operasional | 48 |
| 4.5.2 | Indikator Variabel Penelitian..... | 50 |
| 4.6 | Pengumpulan Data | 52 |
| 4.6.1 | Sumber Data | 52 |
| 4.6.2 | Teknik Pengumpulan Data | 53 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.6.3 | Alat Pengumpulan Data | 54 |
| 4.6.4 | Uji Validitas dan Reliabilitas | 58 |
| 4.7 | Pengolahan Data | 59 |
| 4.7.1 | Editing | 59 |
| 4.7.2 | Coding | 59 |
| 4.7.3 | Scoring | 59 |
| 4.7.4 | Entry | 64 |
| 4.7.5 | Cleaning | 64 |
| 4.8 | Analisis Data | 64 |
| 4.8.1 | Analisis Univariat | 64 |
| 4.8.2 | Analisis Bivariat | 65 |
| 4.8.3 | Analisis Multivariat | 65 |
| 4.9 | Etika Penelitian | 68 |
| 4.9.1 | Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>) | 68 |
| 4.9.2 | Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>) | 68 |
| 4.9.3 | Azas Kemanfaatan | 69 |
| 4.9.4 | Keadilan (<i>Justice</i>) | 69 |
| 4.9.5 | Kejujuran (<i>Veracity</i>) | 69 |

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

| | | |
|-------|----------------------------|----|
| 5.1 | Hasil Penelitian | 71 |
| 5.2 | Analisis Data | 71 |
| 5.2.1 | Analisis Univariat | 71 |
| 5.2.2 | Analisis Bivariat | 78 |
| 5.2.3 | Analisis Multivariat | 79 |

BAB 6 PEMBAHASAN

| | | |
|-------|---|----|
| 6.1 | Pembahasan | 84 |
| 6.1.1 | Pengaruh Keyakinan Kesehatan | 84 |
| 6.1.2 | Pengaruh Sumber Daya Keluarga | 85 |
| 6.1.3 | Pengaruh Sumber Daya Sosial/Masyarakat | 87 |
| 6.1.4 | Pengaruh Kebutuhan yang Dirasakan Keluarga | 87 |
| 6.1.5 | Pengaruh Evaluasi Pencapaian Kebutuhan Keluarga | 88 |
| 6.1.6 | Variabel yang Paling Dominan Berpengaruh | 89 |
| 6.2 | Implikasi Penelitian | 90 |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------|
| 6.2.1 | Implikasi Teoritis | 90 |
| 6.2.2 | Implikasi Praktis | 90 |
| 6.7 | Keterbatasan Penelitian | 91 |
| BAB 7 KESIMPULAN | | |
| 7.1 | Kesimpulan | 92 |
| 7.2 | Saran | 93 |
| DAFTAR PUSTAKA | | 95 |
| LAMPIRAN | | 99 |



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional Variabel 49

Tabel 4.2 Variabel *Independent* dan Indikator 51

Tabel 4.3 Variabel *Dependent* dan Indikator 52

Tabel 4.4 Analisis Data Bivariat..... 65

Tabel 5.1 Demografi Keluarga dan Penderita Gangguan Jiwa Berat..... 72

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Variabel..... 75

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Jenis, Produk, dan Praktek 77

Tabel 5.4 Pengaruh Antar Variabel 78

Tabel 5.5 Hasil Seleksi Bivariat 80

Tabel 5.6 Pemodelan Multivariat Regresi Logistik 81



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model Sistem Kesehatan oleh Anderson..... 38
Gambar 2.2 Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Beliefs Models*)..... 39
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian..... 42
Gambar 4.1 Diagram Alur Penelitian..... 46
Gambar 4.2 Pemodelan Variabel Prediktor..... 67
Gambar 5.1 ROC Curve..... 82



DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|-----|
| Lampiran 1 Kisi-Kisi Kuesioner..... | 99 |
| Lampiran 2 Lembar Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian..... | 102 |
| Lampiran 3 Lembar Pernyataan Persetujuan Partisipasi Penelitian..... | 105 |
| Lampiran 4 Kuesioner Penelitian..... | 106 |
| Lampiran 5 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas..... | 115 |
| Lampiran 6 Jadwal Kegiatan Penelitian..... | 128 |
| Lampiran 7 Master Tabel Data Umum Responden..... | 129 |
| Lampiran 8 Master Tabel Data Umum Penderita..... | 131 |
| Lampiran 9 Master Tabel Data Variabel Keyakinan Kesehatan..... | 134 |
| Lampiran 10 Master Tabel Data Variabel Sumber Daya Keluarga..... | 136 |
| Lampiran 11 Master Tabel Data Variabel Sumber Daya Sosial..... | 138 |
| Lampiran 12 Master Tabel Data Variabel Kebutuhan Keluarga..... | 140 |
| Lampiran 13 Master Tabel Data Variabel Evaluasi Kebutuhan..... | 146 |
| Lampiran 14 Hasil Uji Statistik dengan SPSS..... | 152 |
| Lampiran 15 Lembar Konsultasi Tesis..... | 168 |
| Lampiran 16 Surat Ijin Studi Pendahuluan..... | 172 |
| Lampiran 17 Surat Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas..... | 173 |
| Lampiran 18 Surat Ijin Penelitian I..... | 174 |
| Lampiran 19 Surat Keterangan Ijin Penelitian dari Bakesbangpol..... | 175 |
| Lampiran 20 Surat Keterangan Telah Penelitian..... | 176 |
| Lampiran 21 Surat Keterangan Bebas Plagiasi..... | 177 |
| Lampiran 22 Surat Kelaikan Etik..... | 178 |
| Lampiran 23 Acceptance Letter..... | 179 |
| Lampiran 24 Surat Keterangan Bebas Jurnal Predator..... | 180 |
| Lampiran 25 Surat Keterangan TOEFL..... | 181 |
| Lampiran 26 Surat Keterangan Revisi Proposal Penelitian Tesis..... | 182 |
| Lampiran 27 Surat Keterangan Revisi Seminar Hasil Penelitian..... | 183 |
| Lampiran 28 Surat Keterangan Revisi Sidang Tertutup..... | 184 |
| Lampiran 29 Surat Keterangan Hasil TPA..... | 185 |
| Lampiran 30 Riwayat Hidup..... | 186 |





BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan suatu sindrom pola perilaku atau psikologik seseorang yang bermakna secara klinis dimana gejala klinis tersebut menimbulkan penderitaan (*distress*) berupa rasa nyeri, rasa tidak nyaman, rasa tidak tenteram, terganggu serta disfungsi organ tubuh dan disabilitas dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (Maslim, 2013). Ada berbagai macam faktor yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa, salah satunya adalah stressor psikososial dimana individu tersebut tidak mampu beradaptasi dan menanggulangi sehingga timbulah keluhan dibidang kejiwaan berupa gangguan ringan sampai berat (Hawari, 2012).

WHO menyatakan bahwa jumlah penderita gangguan jiwa cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Data statistik yang dikemukakan WHO (2016) menyebutkan bahwa sebanyak 35 juta orang mengalami depresi 60 juta orang mengalami gangguan bipolar, 21 juta orang menderita skizofrenia, dan 47,5 juta orang mengalami demensia. Fenomena ini laksana gunung es di lautan, dimana jumlah yang tidak tampak jauh lebih banyak lagi dari jumlah dipermukaan (Kemenkes RI, 2016).

Di Indonesia, berdasarkan hasil Risesdas tahun 2013 disebutkan bahwa jumlah penderita gangguan jiwa berat sebanyak 1,7 per mil, artinya jumlah gangguan jiwa berat sebesar 0,17 % dari seluruh penduduk Indonesia (37.000 penderita). Sedangkan prevalensi gangguan mental emosional (depresi dan kecemasan) mencapai 6 % (10 juta jiwa). Jawa Timur menempati urutan keempat jumlah penderita gangguan jiwa terbanyak di Indonesia sebesar 0,22% dengan cakupan pengobatan rumah tangga yang mempunyai anggota rumah

tangga menderita gangguan jiwa berat sebanyak 62,6 %. Sedangkan cakupan pengobatan rumah tangga yang mempunyai anggota rumah tangga menderita gangguan mental emosional hanya 27,5%. Hasil Riskesdas 2013 tersebut menunjukkan bahwa di Jawa Timur masih banyak penderita gangguan jiwa yang belum mendapatkan pengobatan yang layak yaitu sebanyak 37,4% untuk gangguan jiwa berat dan sebanyak 72,5% untuk gangguan mental emosional (Balitbangkes Kemenkes RI, 2013). Dari fakta-fakta di atas, maka diperlukan jumlah tenaga kesehatan yang banyak terutama dibidang kesehatan jiwa agar dapat menangani masalah-masalah yang kompleks akibat gangguan jiwa.

Gangguan jiwa tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan jiwa ini dapat menyebabkan ketidakmampuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok sehingga akan menghambat pembangunan suatu negara, apalagi sebagian besar penderita tergolong dalam usia yang masih produktif. Hal ini disebabkan karena gangguan jiwa cenderung bersifat kronis dan proses adaptasi penderita memerlukan waktu yang lama, berbulan-bulan sampai bertahun-tahun setelah terdiagnosa (Hawari, 2012).

Hawari (2012) menyebutkan bahwa penderita gangguan jiwa berat seperti skizofrenia yang diobati, sebanyak 20% - 40% belum menunjukkan hasil yang memuaskan dan setiap tahunnya sebanyak 35% penderita mengalami kekambuhan. Oleh karena itu diperlukan pengobatan dan penanganan yang tepat.

Di Indonesia, fenomena penanganan gangguan jiwa di masyarakat sangat beragam. Bahkan ada yang terkesan penderita gangguan jiwa diberikan perlakuan yang kurang manusia, brutal, dan kejam untuk menyembuhkan mereka seperti dicambuk dan dipasung. Fenomena penanganan gangguan jiwa di masyarakat ini tergantung dari kesadaran dan persepsi yang dipengaruhi oleh kebudayaan setempat (Kaplan dan Sadock, 2010). Dalam suatu budaya tertentu,

seseorang secara sadar mencari bantuan ke petugas profesional untuk menangani gangguan jiwanya. Sebaliknya dalam kebudayaan yang lain, gangguan jiwa cenderung diabaikan sehingga penanganan menjadi buruk. Hal tersebut seperti yang disampaikan Maramis (2009) bahwa banyak masyarakat yang menganggap gangguan jiwa sebagai penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan berkaitan dengan dosa atau kejahatan, sehingga pengobatan yang dilakukan pun bersifat brutal dan tidak manusiawi. Hal senada disampaikan oleh Brody (2008) yang menyatakan bahwa sebagian masyarakat juga kurang antusias dalam mencari pertolongan untuk mengatasi gangguan jiwa yang terjadi pada anggota keluarganya, bahkan gangguan jiwa dianggap memalukan atau membawa aib bagi keluarga. Hal inilah yang menyebabkan terlambatnya penderita mendapatkan penanganan yang tepat. Keterlambatan penanganan tentu saja akan memperparah dan memperpanjang masa pemulihan.

Saat ini masih banyak kasus gangguan jiwa yang terlambat mendapatkan penanganan petugas kesehatan, karena biasanya keluarga atau masyarakat mencari pengobatan alternatif dulu sebelum datang ke pelayanan kesehatan. Masyarakat juga masih banyak yang menganggap bahwa gangguan jiwa berat merupakan aib bagi keluarga. Bahkan masyarakat menganggap gangguan jiwa diakibatkan karena memasukkan roh jahat (*evil spirit*) sehingga untuk mengobatinya mereka mencari dukun atau orang yang dianggap pintar menangani masalah-masalah supranatural (Maramis, 2009).

Hasil penelitian yang dilakukan WHO menunjukkan bahwa di berbagai negara menunjukkan sebesar 20-30% pasien yang datang ke pelayanan kesehatan dasar menunjukkan gejala gangguan jiwa (Jayakumara, 2009). Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Kembaren (2009) di Rumah Sakit Jiwa Lawang dan Menur menunjukkan bahwa 119 orang (68%) pasien pernah berobat ke dukun, orang pintar, kyai, atau peramal untuk mendapatkan

pertolongan pertama sebelum dirawat di rumah sakit. Hal senada juga didapatkan oleh Candra dan Dewi (2012) di Bali yang menemukan bahwa 63,3% keluarga mencari pertolongan pertama bagi anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa dengan cara pergi ke dukun/balian, dan 76,7% keluarga mencari pertolongan lanjutan bagi anggota keluarganya dengan pergi ke dukun/balian, memasung, atau mengurung, dan 73,3% merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa di rumah sesuai petunjuk dukun.

Pengobatan alternatif di luar negeri juga berkembang cukup pesat.

Hampir 70% populasi di dunia memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional sebagai upaya untuk meningkatkan kesehatannya, baik sebagai terapi tunggal maupun tambahan dari pengobatan konvensional. Sebagian besar dari populasi negara-negara maju juga memanfaatkan pengobatan tradisional alternatif, Kanada (59-60%), Amerika Serikat (62%), Singapura (76%), dan Jepang (50%) menggunakan pengobatan tradisional alternatif setidaknya satu kali dalam setahun (Leach, 2013). Di Pakistan, terapi alternatif komplementer menjadi pilihan utama untuk pengobatan depresi, epilepsi, dan infertilitas (Shaikh dan Hatcher, 2015). Di Indonesia sendiri, pengobatan tradisional sangat diminati oleh masyarakat sebagai pilihan alternatif pengobatan yang digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan baik di desa maupun di kota (Gitawati, 2009).

Data-data hasil penelitian di atas ada kecenderungan sama dengan fenomena perilaku pencarian pengobatan pada keluarga dengan gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kab. Malang. Puskesmas Bantur merupakan Puskesmas dengan jumlah penderita gangguan jiwa tertinggi di Kabupaten Malang. Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan melalui wawancara informal pada tanggal 11 Juni 2017 dengan salah satu petugas kesehatan yang menangani program kesehatan jiwa di Puskesmas Bantur, didapatkan bahwa jumlah penderita gangguan jiwa berat sebanyak 132 orang

yang tersebar di lima desa. Ada dugaan bahwa penyebab gangguan jiwa berat yang dialami oleh masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur adalah karena faktor ekonomi dan herediter, tetapi belum ada penelitian yang mendalam tentang hal itu. Penentuan diagnosa gangguan jiwa pada pasien di Puskesmas Bantur dilakukan oleh dokter umum didampingi perawat jiwa senior. Penggolongan jenis gangguan jiwa ditentukan berdasarkan tanda dan gejala yang muncul dengan merujuk pada PPDGJ III.

Dari jumlah penderita gangguan jiwa berat di Puskesmas Bantur tersebut, banyak dijumpai pengobatan pertama yang dilakukan adalah bukan mencari pengobatan medis, melainkan ke pengobatan alternatif dahulu berupa pengobatan supranatural, dukun, kyai, ramuan herbal, atau lainnya. Setelah lama tidak sembuh-sembuh dan sudah menghabiskan biaya yang banyak, barulah mereka membawa penderita ke Puskesmas sehingga seringkali terdiagnosa sudah dalam kondisi gangguan jiwa berat.

Banyak faktor yang mempengaruhi diri seseorang dalam memilih fasilitas pelayanan kesehatan, baik itu pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan tradisional. Faktor yang berpengaruh tersebut dapat berasal dari faktor pengguna maupun faktor yang berasal dari penyedia layanan kesehatan. Dalam Model Sistem Kesehatan (*Health System Models*) yang dikemukakan oleh Anderson menjelaskan bahwa ada 3 faktor yang saling berkaitan pada diri seseorang ketika seseorang sakit dan mencari pelayanan kesehatan, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor kebutuhan.

Faktor predisposisi terdiri dari variabel demografi, struktur sosial, dan keyakinan kesehatan. Faktor pemungkin terdiri dari variabel sumber daya keluarga dan sumber daya masyarakat. Sedangkan faktor kebutuhan terdiri dari kebutuhan yang dirasakan keluarga dan evaluasi kebutuhan tersebut (Notoatmodjo, 2012).

Dari fenomena permasalahan di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan kajian mendalam terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga dalam memilih pengobatan tradisional untuk penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kec. Bantur Kabupaten Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang permasalahan di atas, maka disusunlah rumusan masalah sebagai berikut:

1.2.1 Apakah faktor keyakinan/*health belief* berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang?

1.2.2 Apakah faktor sumber daya keluarga berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang?

1.2.3 Apakah faktor sumber daya sosial/masyarakat berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang?

1.2.4 Apakah faktor kebutuhan keluarga berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang?

1.2.5 Apakah faktor evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang?

1.2.6 Apakah faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah agar diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga dalam memilih pengobatan tradisional untuk penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kab. Malang.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Menganalisis variabel keyakinan/*health belief* yang berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.
2. Menganalisis variabel sumber daya keluarga yang berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.
3. Menganalisis variabel sumber daya sosial/masyarakat yang berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.
4. Menganalisis variabel kebutuhan keluarga yang berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.
5. Menganalisis variabel evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga yang berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.
6. Menganalisis variabel yang paling dominan berpengaruh pada keluarga terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk menentukan strategi yang tepat dalam meningkatkan pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat sehingga penderita mendapatkan penanganan yang tepat, mencegah kekambuhan, dan penderita dapat produktif kembali dalam kehidupan bermasyarakat.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Turut mendukung rencana aksi yang ditetapkan WHO dalam Rencana Aksi Kesehatan Jiwa tahun 2013-2020 dimana salah satu targetnya adalah menyediakan pelayanan kesehatan jiwa dan perawatan masyarakat yang komprehensif, integrasi, dan responsif berbasis masyarakat.
2. Memberikan gambaran pada masyarakat tentang gangguan jiwa dan penanganannya agar masyarakat dapat menentukan sikap terhadap pemilihan penanganan gangguan jiwa yang tepat sehingga dapat mencegah kerugian yang memanjang akibat penanganan yang terlambat atau salah pada kasus gangguan jiwa di masyarakat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Umum Gangguan Jiwa

2.1.1 Pengertian Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa merupakan sindrom atau pola perilaku atau psikologi seseorang, yang khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment / disability*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia. Sebagai tambahan, disimpulkan bahwa disfungsi itu adalah disfungsi dalam hubungan antara orang itu dengan masyarakat (Maslim, 2013). Sedangkan konsep gangguan jiwa dalam PPDGJ III didefinisikan sebagai keterbatasan untuk melakukan aktivitas pada tingkat personal yang ditandai dengan adanya gejala klinis yang bermakna (sindrom pola perilaku dan psikologis) yang dapat menimbulkan penderitaan dan ketidakberdayaan. DSM V menyatakan bahwa gangguan jiwa adalah:

“Clinically significant behavioral or psychological syndrome/pattern that occurs in an individual and associated with present distress”

Maramis (2009) mengatakan bahwa gangguan jiwa adalah adanya gejala-gejala patologis yang menonjol dari unsur psikologis, tetapi tidak berarti bahwa unsur-unsur yang lain tidak terganggu. Lebih lanjut, Hawari (2012) mengatakan bahwa menurut paham kesehatan jiwa, seseorang dikatakan sakit jiwa apabila seseorang itu tidak mampu lagi berfungsi secara wajar dalam kehidupan sehari-hari baik itu di rumah, di sekolah/kampus, di tempat kerja, dan di lingkungan sosialnya.

Dengan demikian, maka yang sakit dan menderita adalah manusia seutuhnya dan bukan hanya badan atau jiwanya saja.

Dalam Undang-Undang Kesehatan Jiwa No. 18 Tahun 2014, disebutkan bahwa orang dengan gangguan jiwa adalah orang yang mengalami gangguan

dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan orang sebagai manusia.

2.1.2 Klasifikasi Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa diklasifikasikan menjadi beberapa jenis. Saat ini terdapat dua sistem klasifikasi gangguan jiwa yang digunakan di seluruh dunia, yaitu *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* dan *International Classification of Disease (ICD)*. DSM dibuat langsung oleh ahli-ahli kedokteran jiwa Amerika (APA), sedangkan ICD dibuat oleh ahli kedokteran jiwa WHO (Maramis, 2009). Saat ini, di Indonesia, penentuan penggolongan klasifikasi gangguan jiwa berpedoman pada PPDGJ-III yang disusun berdasarkan kodifikasi, nomenklatur, dan terminologi ICD-10, pedoman diagnostik merujuk ke ICD-10 dan diagnosis multiaxial mengikuti DSM-IV (Maramis, 2009). Urutan hierarkis blok diagnosis dibuat berdasarkan luasnya tanda dan gejala, urutan hierarkis yang lebih lebih tinggi maka memiliki tanda dan gejala yang semakin luas.

Secara umum, gangguan jiwa dibedakan menjadi 2 golongan besar, yaitu: psikosis dan non psikosis. Golongan psikosis ditandai dengan dua (2) gejala utama, yaitu tidak adanya pemahaman diri (*insight*) dan ketidakmampuan menilai realitas (*reality testing ability/RTA*), sedangkan non psikosis (gangguan neurotik) ditandai dengan kedua gejala utama (*insight dan RTA*) masih baik tetapi perilakunya dapat sangat terganggu namun biasanya masih di dalam batas-batas norma sosial dan kepribadiannya tetap utuh. Hal ini menyebabkan penderita gangguan jiwa tidak mampu lagi berfungsi secara wajar dan optimal dalam kehidupan sehari-hari di lingkungan sosialnya baik di rumah, sekolah, maupun di tempat kerja (Hawari, 2012).

Golongan psikosis sendiri dibagi dalam dua sub golongan, yaitu psikosa fungsional dan psikosa organik. Psikosa fungsional adalah gangguan jiwa yang disebabkan karena terganggunya fungsi sistem transmisi sinyal penghantar syaraf (neurotransmitter) sel-sel syaraf dalam susunan syaraf pusat (otak) dan tidak didapatkan kelainan struktural sel-sel syaraf otak tersebut. Salah satu bentuk psikosa fungsional yang terbanyak adalah skizofrenia (Hawari, 2012).

Sedangkan psikosa organik adalah gangguan jiwa yang disebabkan karena adanya kelainan pada struktur susunan syaraf pusat otak. Kelainan struktur susunan syaraf pusat otak tersebut dapat disebabkan karena tumor otak, kelainan pembuluh darah otak, infeksi otak, intoksikasi NAZA (narkotika, alkohol, dan zat adiktif lain), dan lain-lain (Hawari, 2012). Pada gangguan jiwa golongan psikosis ini, Maramis (2009) menyatakan bahwa penderita mengalami kehilangan rasa kenyataan (*sense of reality*), adanya waham, halusinasi, dan perilaku yang kacau.

Golongan neurosis adalah gangguan jiwa non psikosis yang kronis dan rekuren yang ditandai terutama oleh kecemasan yang dialami penderita atau dipersepsikan secara langsung atau diubah melalui mekanisme pembelaan/pertahanan. Secara umum, neurosis klasik dibedakan menjadi 3 yaitu: fobia atau *hysteria anxietas*, ditandai adanya rasa ketakutan yang tidak masuk akal terhadap benda atau situasi yang biasa; konversi atau *hysteria konversi*, yang ditandai dengan hilangnya fungsi pada bagian tubuh yang tidak berkaitan dengan gangguan anatomis atau fisiologis; dan neurosis obsesif-kompulsif, yang ditandai dengan adanya pikiran yang berulang kali datang dan mengganggu, adanya dorongan yang tak tertahankan untuk melakukan perbuatan ritual berulang dan tidak bermakna (Maramis, 2009).

2.1.3 Gangguan Jiwa Berat

Salah satu bentuk gangguan jiwa berat yang paling banyak terdapat di dunia adalah skizofrenia. Istilah skizofrenia berasal dari 2 kata, yaitu “*skizo*” yang berarti retak atau pecah (*split*), dan “*frenia*” yang berarti jiwa. Dengan demikian penderita skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*) (Hawari, 2012)

2.1.4 Penyebab Umum Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor. Faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa bervariasi tergantung pada jenis-jenis gangguan jiwa yang dialami penderita. Sumber penyebab gangguan jiwa berasal dari 5 (lima) faktor, yaitu: dari unsur badan (somatogenik), psikologis (psikogenik), lingkungan sosial (sosiogenik), kultural (tekanan kebudayaan), dan spiritual (tekanan keagamaan) yang terus-menerus saling mempengaruhi. Walaupun mungkin ada salah satu unsur penyebab yang menonjol namun biasanya penyebab gangguan jiwa tidak bersifat tunggal, tetapi beberapa penyebab dari unsur-unsur tersebut sekaligus timbul atau kebetulan terjadi secara bersamaan, lalu timbullah gangguan jiwa. Sehingga kadang-kadang sukar untuk menentukan mana penyebab yang lebih dulu muncul (Maramis, 2009).

Pada unsur somatogenik, setiap faktor yang mengganggu perkembangan fisik dapat menyebabkan gangguan jiwa, misalnya faktor keturunan, kelainan kromosom, konstitusi (keadaan manusia seluruhnya baik yang diturunkan maupun hasil interaksi *genotype* dan *fenotipe*), cacat kongenital, dan gangguan pada otak.

Pada unsur psikologis, penyebab gangguan jiwa bisa disebabkan karena perkembangan psikologis yang salah akibat deprivasi dini, pola keluarga yang patogenik, dan masa kanak-kanak dan remaja yang dilalui secara tidak baik.

Pada unsur sosiogenik, adat istiadat dan kebudayaan yang kaku ataupun perubahan-perubahan yang cepat dalam dunia modern ini dan ketidakmampuan beradaptasi terhadap keadaan sosial dapat menimbulkan stress yang besar pada individu sehingga menimbulkan gangguan jiwa.

Hal ini senada dengan yang dikatakan Hawari (2012), bahwa salah satu faktor penyebab gangguan jiwa adalah karena adanya stressor psikososial.

Stressor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi untuk menanggulangi stressor yang timbul. Jika seseorang tidak mampu beradaptasi untuk menanggulangi stressor tersebut, maka muncullah gangguan jiwa mulai dari gangguan jiwa ringan sampai berat. Stressor psikososial timbul akibat perubahan social yang serba cepat (*rapid social changes*) yang merupakan dampak proses modernisasi dan industrialisasi sebagai konsekuensi kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Beberapa ahli yang lain mengatakan bahwa gangguan jiwa terjadi akibat individu mengalami ketidakmampuan menghadapi tekanan sosial dalam hidupnya. Misalnya karena keadaan sosial ekonomi rendah, pengaruh faktor-faktor keagamaan. Teori ini dikenal dengan teori sosiogenik. Beberapa ahli yang lain berpendapat bahwa gangguan jiwa disebabkan karena berbagai macam sebab, meliputi factor somatogenik, faktor psikogenik, dan faktor sosiogenik. Teori ini dikenal dengan teori holistik.

2.1.5 Gejala Gangguan Jiwa

Gejala-gejala gangguan jiwa merupakan hasil interaksi yang kompleks antara unsur-unsur somatogenik, psikogenik, dan sosial budaya. Gejala-gejala ini sebenarnya menandakan dekompensasi proses adaptasi terutama pada pemikiran, perasaan, dan perilaku. Menurut Bleurer, gejala-gejala gangguan jiwa pada

umumnya dibedakan menjadi 2 (dua), yaitu: gejala primer dan gejala sekunder atau gejala positif dan gejala negatif. Gejala-gejala primer tersebut adalah: gangguan proses pikir, gangguan emosi, gangguan kemauan, dan autism. Sedangkan gejala-gejala sekunder adalah: adanya waham, halusinasi, gejala katatonik atau gangguan psikomotor yang lain (Maramis, 2009).

Gejala-gejala yang timbul juga bervariasi tergantung jenis gangguan jiwa yang diderita seseorang. Secara umum gejala-gejala gangguan jiwa menurut Maramis (2009) adalah sebagai berikut:

1. Gangguan penampilan dan perilaku
2. Gangguan wicara dan bahasa
3. Gangguan proses berfikir
4. Gangguan sensori dan fungsi kognitif
5. Gangguan mood dan afek
6. Gangguan persepsi
7. Gangguan psikomotor
8. Gangguan kemauan/dorongan kehendak
9. Gangguan kepribadian khas
10. Gangguan pola hidup

2.1.6 Penatalaksanaan Gangguan Jiwa

Penanganan gangguan jiwa di masyarakat memang berbeda-beda, tergantung dari kesadaran dan persepsi yang dipengaruhi oleh kebudayaan dan nilai-nilai kearifan lokal/adat masyarakat setempat walaupun saat ini bidang ilmu kedokteran jiwa, psikofarmaka, dan keperawatan jiwa berkembang dengan pesat. Kemajuan di bidang ini telah banyak mengungkap perjalanan gangguan jiwa dan keberhasilan pengobatannya. Perjalanan terjadinya gangguan jiwa dapat dijelaskan dengan bukti-bukti ilmiah sampai penegakkan diagnosis. Demikian pula dengan

perkembangan psikofarmaka, menunjukkan bahwa gangguan jiwa dapat disembuhkan dan keberhasilannya pun dapat dibuktikan secara ilmiah (Hawari, 2012). Hal ini juga didukung dengan kemajuan bidang keperawatan jiwa yang mampu melakukan berbagai aktivitas terapi keperawatan jiwa untuk mendukung pengobatan psikofarmaka (Kaplan dan Sadock, 2010).

Lebih lanjut Hawari (2012) mengatakan bahwa penanganan atau terapi terhadap gangguan jiwa harus dilakukan secara komprehensif dan holistik, meliputi: psikofarmaka, psikoterapi, psikososial terapi, dan psikoreligius terapi. Pelaksanaan terapi gangguan jiwa secara komprehensif dan holistik ini didasarkan pada empat (4) pilar kesehatan yaitu kesehatan manusia seutuhnya, meliputi sehat secara fisik/biologik, sehat secara kejiwaan/psikologik, sehat secara sosial, dan sehat secara spiritual/rohani/keagamaan.

Penatalaksanaan pada penderita gangguan jiwa memerlukan waktu lama berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun tergantung jenis dari gangguan jiwa yang dideritanya. Hal ini dimaksudkan untuk menekan sekecil mungkin kekambuhan (*relapse*).

Perkembangan di dalam metode terapi pada gangguan jiwa sudah sedemikian maju, diantaranya (Hawari, 2012):

1. Psikofarmaka

Psikofarmaka yang diberikan ditujukan pada gangguan fungsi neurotransmitter sehingga, gejala-gejala klinis tadi dapat dihilangkan atau dengan kata lain gangguan jiwanya dapat diobati. Banyak golongan obat psikofarmaka yang digunakan untuk mengobati penderita gangguan jiwa.

Berbagai jenis obat psikofarmaka dan efek samping sering dijumpai meskipun relatif kecil dan jarang adalah gejala *ekstrapiramidal syndrom*. Golongan obat anti skizofrenia, baik *typical* ataupun *atypical* pada pemakaian jangka panjang umumnya menyebabkan penambahan berat badan. Dibandingkan golongan

obat *atypical*, beberapa perbedaan dan kelebihanannya dengan obat golongan *typical* antara lain:

- 1) Gejala positif maupun negatif dapat dihilangkan
- 2) Efek samping EPS sangat minimal atau boleh dikatakan tidak ada
- 3) Memulihkan fungsi kognitif

Dengan kata lain obat golongan *atypical* mampu mengatasi gejala-gejala positif dan negatif, mencegah efek samping EPS dan memulihkan fungsi kognitif. Gangguan jiwa berat seperti skizofrenia dapat diobati dan disembuhkan dalam arti *manageable* dan *controllable* asal obat psikofarmaka tersebut dikonsumsi sebagai “makanan tambahan” rutin sehari-hari, namun tidak berarti penderita harus minum obat seumur hidup, sebab kadang kala perjalanan gangguan jiwa skizofrenia ini sewaktu-waktu dapat mengalami remisi (sembuh dengan sendirinya tanpa gejala).

2. Psikoterapi

Terapi kejiwaan atau psikoterapi pada penderita gangguan jiwa, baru dapat diberikan dengan catatan bahwa penderita masih tetap mendapat terapi psikofarmaka dan kemampuan menilai realitas sudah pulih dan pemahaman diri (*insight*) sudah baik.

Psikoterapi banyak ragamnya tergantung dari latar belakang penderita sebelum sakit (*pramorbid*), sebagai contoh misalnya :

1) Psikoterapi Suportif

Jenis terapi ini dimaksudkan untuk memberi dorongan agar klien tidak mudah putus asa dalam menghadapi hidup ini

2) Psikoterapi Reedukatif

Jenis terapi ini dimaksudkan untuk memberikan pendidikan ulang yang maksudnya memperbaiki kesalahan pendidikan di waktu lalu.

3) Psikoterapi Re-konstruktif

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memulihkan kembali kepribadian yang telah mengalami keretakan menjadi kepribadian utuh seperti semula sebelum sakit.

4) Psikoterapi Kognitif

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memulihkan kembali fungsi kognitif sehingga penderita mampu membedakan nilai moral etika, mana yang baik dan buruk, dan sebagainya.

5) Psikoterapi Psikedinamik

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan seseorang jatuh sakit dan upaya mencari jalan keluarnya, dengan psikoterapi ini diharapkan memahami kelebihan dan kekurangannya.

6) Psikoterapi Perilaku

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memulihkan gangguan perilaku yang terganggu menjadi perilaku adaptif (mampu menyesuaikan diri), agar penderita mampu berfungsi kembali secara wajar, dalam kehidupan sehari-hari, baik di rumah, di sekolah dan lingkungan sosialnya.

7) Psikoterapi keluarga

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memulihkan hubungan penderita dengan keluarganya. Dengan psikoterapi ini diharapkan keluarga dapat memahami gangguan jiwa dan dapat membantu mempercepat proses penyembuhan penderita.

3. Terapi psikososial

Terapi psikososial diberikan agar penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri sendiri dan mampu mandiri, tidak tergantung pada orang lain. Sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Hendaknya selama menjalani terapi ini

kien tetap mengkonsumsi obat psikofarmaka sebagaimana halnya saat menjalani psikoterapi, pada penderita diupayakan untuk tidak menyendiri, tidak melamun, banyak kegiatan dan kesibukan, banyak bergaul (sering silaturahmi).

4. Terapi religius

Terapi keagamaan pada penderita ternyata mempunyai manfaat. Dari penelitian yang dilakukan, secara umum memang menunjukkan bahwa komitmen agama berhubungan dengan manfaatnya di bidang klinik (*religious commitment is associated with clinical benefit*). Hawari (2012) dalam penelitiannya membandingkan keberhasilan terapi terhadap 2 kelompok penderita. Kelompok pertama mendapat terapi konvensional tetapi tanpa terapi keagamaan, kelompok kedua mendapat terapi konvensional dan terapi keagamaan, dan hasilnya ternyata lebih baik pada kelompok kedua.

2.1.7 Penanganan Gangguan Jiwa Berbasis Masyarakat

WHO telah menetapkan indikator untuk mengukur kemajuan pencapaian target rencana aksi kesehatan jiwa 2013-2020 yaitu dengan indikator adanya penyediaan pelayanan kesehatan jiwa dan perawatan masyarakat yang komprehensif, integratif, dan responsif berbasis masyarakat dan memberikan pelayanan pada gangguan jiwa untuk menurunkan angka kesakitan sebesar 20 % pada tahun 2020 (WHO, 2013).

Di Indonesia, pemberdayaan masyarakat dalam keperawatan kesehatan jiwa diwujudkan dengan dikembangkannya Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat atau disebut dengan *Community Mental Health Nursing* (CMHN).

Bentuk pelayanan yang diterapkan adalah pelayanan kesehatan jiwa komunitas (*Community Mental Health Nursing/ CMHN*). Pelayanan kesehatan jiwa komunitas diberikan oleh perawat puskesmas yang mendapat pelatihan BC-CMHN (*Basic Course of Community Mental Health Nursing*). Dengan keberhasilan program

CMHN, pasien yang tidak tertangani di masyarakat diharapkan akan dirujuk ke rumah sakit jiwa untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik dan spesialisik (Keliat, Akemat, Helena, dan Nurhaeni, 2013). Selain itu, diharapkan 60% puskesmas akan memberikan pelayanan kesehatan jiwa dengan menerapkan CMHN diseluruh puskesmas, semua rumah sakit umum daerah dilengkapi dengan unit rawat jalan maupun rawat inap untuk penderita gangguan jiwa.

Hasil penelitian Sane Research (2009) merekomendasikan beberapa kegiatan atau program yang dapat dilakukan untuk penanganan permasalahan gangguan jiwa di masyarakat. Upaya tersebut antara lain: 1) melakukan kampanye pendidikan kesehatan tentang kesehatan jiwa. Kampanye tersebut dapat dilakukan di masyarakat melalui program desa siaga ataupun dengan media massa dan memberikan akses seluas-luasnya bagi masyarakat ataupun wartawan yang menginginkan informasi secara akurat dan terbaru tentang kesehatan jiwa; 2) menanamkan pendidikan kesehatan tentang kesehatan jiwa sejak dini melalui sekolah-sekolah, dapat dimasukkan dalam kurikulum sekolah atau melalui kegiatan ekstrakurikuler; 3) memberikan kesempatan pengembangan profesional bagi para karyawan tentang keragaman, masalah kesehatan jiwa, dan memupuk pendirian sekolah inklusif; 4) tidak menggunakan istilah-istilah yang berkonotasi negatif untuk menyebut orang dengan gangguan jiwa; 5) membuat modul untuk meningkatkan pemahaman masyarakat terhadap gangguan jiwa; 6) menyertakan masalah penyakit kejiwaan dalam setiap diskusi mengenai keanekaragaman masyarakat; 7) mengajak dan mengenalkan profesi kesehatan atau penderita gangguan jiwa untuk berbicara dengan para siswa; 8) melibatkan keluarga dan masyarakat dalam pelaksanaan tindakan terhadap pasien gangguan jiwa sehingga kesadaran keluarga dan masyarakat terhadap cara pandang mereka dapat berubah dan dapat membantu menanganinya; 9) pemerintah maupun swasta memberikan kesempatan pekerjaan yang layak pada penderita gangguan jiwa sesuai dengan

kemampuannya; 10) petugas kesehatan harus mampu menjadi role model dalam bersikap terhadap penderita gangguan jiwa.

Upaya anti stigma yang cukup besar dilakukan saat ini adalah kampanye global yang dirintis oleh *World Psychiatric Association* pada tahun 1996 yang bernama *Open The Doors* (Szeto dan Dobson, 2011). Kampanye ini memfokuskan pada upaya memerangi stigma dan diskriminasi pada skizofrenia dan sudah dimulai di 20 negara dengan tujuan khusus untuk meningkatkan pengetahuan dan kewaspadaan pada skizofrenia, mengembangkan kemampuan penderita dan keluarga, serta memulai aksi menghilangkan diskriminasi terhadap penderita skizofrenia.

Selain itu, upaya peningkatan kemandirian dan produktifitas pasien diharapkan dapat berpengaruh terhadap stigma terhadap pasien gangguan jiwa yang selama ini ada pada masyarakat. Masyarakat di sekitar pasien diharapkan dapat berubah persepsi dan perilakunya setelah mengetahui perkembangan kemandirian pasien. Kader kesehatan merupakan salah satu unsur yang terdapat pada masyarakat yang dianggap paling mengetahui tentang masalah kesehatan. Pemberdayaan pasien gangguan jiwa dengan pendampingan kader kesehatan diharapkan akan mampu mengurangi stigma masyarakat terhadap gangguan jiwa (Keliat, Akemat, Helena, dan Nurhaeni, 2013).

Walaupun sudah cukup banyak tersedia institusi pelayanan kesehatan, namun masih banyak dijumpai masyarakat yang enggan membawa anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berobat ke petugas profesional.

Hambatan terhadap pengobatan tersebut berupa hambatan praktis, seperti: masalah biaya yang tinggi, kurangnya waktu bagi keluarga untuk berobat, adanya rasa takut terhadap petugas kesehatan, adanya rasa malu jika diketahui penyakitnya oleh orang lain, adanya penolakan atau stigma negatif terhadap penderita gangguan jiwa dan keluarganya, keluarga berfikir bahwa dia dapat

menyelesaikan masalah anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa, keluarga tidak tahu cara mendapatkan bantuan kesehatan, ataupun karena ketidaktahuan keluarga tentang masalah gangguan jiwa (Prins, M., 2008).

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Andarmoyo (2012) mengatakan bahwa definisi tentang keluarga bervariasi tergantung dari pendekatan teori yang digunakan seperti teori interaksi, teori sistem, atau tradisional. Keluarga sebagai suatu sistem sosial yang terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan lainnya dan mempunyai tujuan yang sama dan diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan dan senantiasa berhubungan. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2009), keluarga adalah kumpulan individu yang terdiri dari ibu dan bapak beserta anak-anaknya dan merupakan satu kesatuan kekerabatan yang sangat mendasar dalam masyarakat. Hal senada juga dikemukakan oleh Andarmoyo (2012) bahwa sistem yang terdapat dalam keluarga terdiri dari ayah, ibu, anak, atau semua individu yang tinggal bersama di dalam satu atap. Friedman (2010) mengatakan bahwa keluarga adalah dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana individu tersebut mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga.

Keluarga dapat dipengaruhi oleh kondisi lingkungan yang ada, karena hal inilah keluarga disebut sebagai sistem yang terbuka. Setiap individu anggota keluarga saling berinteraksi, interelasi, dan interdependensi untuk mencapai tujuan bersama masyarakat. Keluarga juga dapat mempengaruhi masyarakat (suprasistem). Oleh karena itu keluarga mempunyai pengaruh utama dalam kesehatan fisik dan mental setiap anggota keluarga.

2.2.2 Tipe Keluarga

Tipe keluarga dibedakan menjadi dua macam, yaitu tipe keluarga tradisional dan tipe keluarga non tradisional. Tipe keluarga tradisional adalah tipe keluarga dimana individu dalam anggota keluarga itu dipersatukan karena adanya pernikahan dan ikatan/hubungan darah. Tipe keluarga tradisional antara lain keluarga inti, keluarga besar, keluarga *dyad*, *single parent*, *single adult*. Sedangkan tipe keluarga non tradisional merupakan kumpulan dari individu yang tinggal bersama tanpa adanya ikatan pernikahan ataupun hubungan darah. Yang termasuk tipe keluarga non tradisional ini adalah *unmarried teenage mother* (keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak dari hasil hubungan tanpa pernikahan), *the stepparent family* (keluarga orang tua tiri), *commune family* (keluarga tanpa hubungan darah), *the non marital heterosexual cohobiting* (keluarga yang hidup bersama tanpa pernikahan), *gay* dan *lesbian family* (keluarga dengan pasangan sejenis), *group marriage family*, *group network family*, *foster family* (keluarga dengan anak tanpa hubungan darah), dan *homeless family* (Setyowati dan Murwani, 2008).

2.2.3 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil dari konsekuensi struktur keluarga (Friedman, 2010). Fungsi dasar keluarga adalah untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga dan masyarakat yang lebih luas. Fungsi keluarga sangat penting dalam menjalankan fungsi kehidupan berkeluarga, apabila salah satu fungsi tidak berjalan maka akan mempengaruhi fungsi yang lain. Menurut Friedman (2010), ada lima fungsi keluarga yang saling berhubungan, yaitu:

1. Fungsi afektif

Kebahagiaan dalam keluarga diukur dengan melihat kekuatan cinta dan kasih sayang antar anggota keluarga. Oleh karena itu keluarga harus

memenuhi kebutuhan afektif atau kasih sayang dari anggotanya karena respon afektif dari anggota keluarga mampu memberikan penghargaan terhadap kehidupannya. Keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita gangguan jiwa harus bisa memberikan perhatian dan kasih sayang serta motivasi dan dukungan terhadap masalah yang dihadapinya.

2. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi ini banyak memberikan pengalaman belajar bagi sesama anggota keluarga. Sosialisasi antar anggota keluarga merupakan syarat fungsional bagi berlangsungnya kehidupan dalam masyarakat.

3. Fungsi reproduktif

Fungsi reproduktif yang ada dalam keluarga bertujuan untuk mengajarkan anak-anak dapat berfungsi dan menerima peran-peran sosial dewasa seperti suami, ayah, istri dan ibu. Fungsi reproduktif ini merupakan fungsi dimana keluarga bisa melanjutkan garis keturunan.

4. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi keluarga meliputi ketersediaan sumber daya keluarga secara finansial yang cukup, ruang gerak, materi, dan pengalokasian sumber-sumber tersebut yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Apabila ada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa maka fungsi ekonomi keluarga juga akan terganggu karena biasanya gangguan jiwa bersifat kronis. Sebagian besar penderita gangguan jiwa adalah usia produktif dan merupakan usia yang diharapkan dapat menjadi tulang punggung ekonomi keluarga.

5. Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang sedang sakit harus mampu memberikan perawatan sesuai dengan fungsi keluarga. Diantaranya adalah memberikan pengobatan yang sesuai dengan penyakitnya. Oleh karena itu

agar fungsi ini dapat dijalankan dengan baik, keluarga harus dalam kondisi yang stabil baik secara fisik maupun secara psikologis. Selain kondisi fisik dan psikologis yang sehat juga diperlukan pemahaman yang memadai tentang penyakit dan cara merawat penyakit yang dialami oleh keluarganya.

Hampir sama dengan pendapat Friedman, Andarmoyo (2012) menyebutkan beberapa fungsi keluarga yaitu fungsi biologis, psikologis, ekonomi, edukasi, dan sosiokultural. Fungsi biologis merupakan fungsi keluarga dalam bereproduksi, pemeliharaan dan membesarkan anak, memberi makan, mempertahankan kesehatan, dan rekreasi. Fungsi psikologis keluarga, yaitu menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan perkembangan kepribadian anggota keluarga secara alami. Fungsi ekonomi keluarga meliputi fungsi keluarga untuk memenuhi sumber penghasilan, menjamin keamanan finansial anggota keluarga dan menentukan alokasi sumber yang diperlukan. Fungsi edukasi keluarga adalah mengajarkan ketrampilan, sikap dan pengetahuan kepada anggota keluarga. Fungsi sosiokultural dimana keluarga melakukan transfer nilai-nilai yang berhubungan dengan tata cara berperilaku, tradisi, adat istiadat atau bahasa.

Dinamika fungsi dan peran keluarga ini sering berubah karena adanya efek sakit yang dialami oleh salah satu anggota keluarga. Perubahan dinamika keluarga ini bisa berupa perubahan peran, pengambilan keputusan dalam keluarga, dan pemberian dukungan terhadap anggota keluarga yang sakit. Keluarga berperan sebagai buffer terhadap stres yang dialami pasien dan keluarga menjadi sumber coping positif dalam perawatan pasien. Keluarga mempunyai peran sebagai advocate, pemberi perawatan, saksi dan pembuat keputusan (Potter dan Perry, 2009). Keluarga merupakan sumber dukungan dari anggota keluarga sehingga apabila ada salah satu anggota yang menderita penyakit serius maka akan

berpengaruh secara signifikan terhadap fungsi anggota keluarga yang lainnya (Friedman, 2010).

2.2.4 Tugas Keluarga

Tugas pokok dalam keluarga terdiri dari pemeliharaan fisik keluarga dan anggotanya, pemeliharaan sumber daya yang ada, sosialisasi antar anggota keluarga, pengaturan jumlah anggota keluarga, penempatan anggota keluarga dalam masyarakat, dan pemeliharaan ketertiban anggota keluarga (Friedman, 2010).

2.3 Sistem Pengobatan

Sistem pengobatan menurut Nelwan (2013) dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu:

1. Pengobatan konvensional

Pengobatan konvensional merupakan pengobatan yang berbasis pada ilmu kedokteran konvensional yang telah berkembang sejak abad ke-19.

Pengobatan konvensional (modern) ini mengacu kepada ilmu kedokteran Barat dengan menggunakan peralatan penunjang yang canggih dan obat-obatan kimiawi atau buatan (Supriadi, 2014).

2. Pengobatan non konvensional

Pengobatan non konvensional merupakan pengobatan yang bukan berbasis pada ilmu kedokteran konvensional. Pengobatan non konvensional ini dibedakan menjadi 2 kelompok juga, yaitu: pengobatan tradisional dan non tradisional.

- a. Bentuk pengobatan tradisional

Pengobatan tradisional adalah sistem pengobatan yang berbasis pada kearifan lokal (*local wisdom*) baik itu dilihat dari cara terapi

penyembuhannya maupun obat-obatan/ramuan yang digunakan berasal dari bahan-bahan alam sehingga bersifat alami. Pengobatan tradisional sendiri dibedakan menjadi 2 macam, yaitu klasik dan modern. Pengobatan tradisional klasik dilakukan secara turun-temurun tanpa adanya ilmu yang mendasari dan basis penelitian ilmiah, sedangkan tradisional modern adalah pengobatan yang berkonsep holistik dan sebagai komplemen (pelengkap) dari pengobatan medis.

Bentuk pengobatan tradisional ini di Indonesia terbagi menjadi:

1) Alternatif komplementer

Pengobatan alternative komplementer ini memanfaatkan ilmu biomedik. Obat yang digunakan telah teruji melali penelitian ilmiah, dan pengobatannya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang telah lulus pendidikan formal dan professional.

2) Tradisional turun temurun

Pengobatan jenis ini berasal dari budaya yang turun temurun, obat yang digunakan berdasarkan pengalaman, dan tenaga pengobatnya tidak mempunyai pendidikan formal yang berbasis kesehatan.

b. Bentuk pengobatan non tradisional

2.3.1 Pengobatan Tradisional

Pelayanan kesehatan tradisional merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang telah berkembang sejak dahulu, sejak sebelum keberadaan pengobatan konvensional (medis). Pengobatan tradisional memiliki banyak istilah yang berkembang di masyarakat, WHO menyebutnya sebagai *traditional medicine*, tetapi beberapa ilmuwan lebih menyukai dengan istilah *traditional healing*

(WHO, 2009). *The National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) mendefinisikan pengobatan alternatif dan komplementer sebagai sekelompok sistem, praktek, dan produk perawatan kesehatan dan medis yang terdiri dari beberapa jenis dan bukan merupakan bagian dari pengobatan konvensional.

Pelayanan kesehatan tradisional telah diakui keberadaannya sejak dahulu kala dan dimanfaatkan oleh masyarakat dalam upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Sampai saat ini pelayanan kesehatan tradisional terus berkembang sesuai dengan kemajuan teknologi disertai dengan peningkatan pemanfaatannya oleh masyarakat sebagai imbas dari semangat untuk kembali menggunakan hal-hal yang bersifat alamiah atau dikenal dengan istilah "back to nature".

Perkembangan pelayanan kesehatan tradisional juga telah mendapat perhatian dari berbagai negara di dunia. Hasil kesepakatan pertemuan WHO *Congress on Traditional Medicine* di Beijing pada bulan November 2008 disebutkan bahwa pelayanan kesehatan tradisional yang aman dan bermanfaat dapat diintegrasikan ke dalam sistem pelayanan kesehatan. Dari pertemuan WHO pada tahun 2009 disebutkan dalam salah satu resolusinya bahwa WHO mendorong negara-negara anggotanya agar mengembangkan Pelayanan Kesehatan Tradisional di negaranya sesuai kondisi setempat.

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan terdapat beberapa pasal yang mengatur tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional yaitu pada pasal 1, 48, 59, 60 dan 61. Pada pasal 1 butir 16 yang disebutkan bahwa "Pelayanan Kesehatan Tradisional adalah pengobatan dan atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat". Pasal 48

menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan tradisional merupakan salah satu penyelenggaraan upaya kesehatan. Dalam pasal 59 disebutkan bahwa pelayanan kesehatan tradisional terbagi menjadi 2 jenis, yaitu Pelayanan Kesehatan Tradisional Keterampilan dan Pelayanan Kesehatan Tradisional Ramuan. Dalam pasal ini juga disebutkan bahwa seluruh jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional dibina dan diawasi oleh Pemerintah, agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama. Dalam pasal 60 dan 61 disebutkan bahwa orang yang melakukan pelayanan kesehatan tradisional harus mengikuti aturan yang telah ditetapkan, dan masyarakat diberikan kesempatan seluas-luasnya untuk mengembangkan, meningkatkan dan menggunakan pelayanan kesehatan tradisional yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya.

2.3.2 Jenis-Jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional

Pelayanan kesehatan tradisional terbagi menjadi 2 jenis, yaitu Pelayanan Kesehatan Tradisional Keterampilan dan Pelayanan Kesehatan Tradisional Ramuan (Undang-Undang Republik Indonesia No.36 tahun 2009 pasal 59). Lebih rinci, dalam Riskesdas tahun 2013, jenis pelayanan kesehatan tradisional (yankestrad) dibedakan sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan tradisional (yankestrad) ramuan, meliputi:
 - a. Jamu
 - b. Aromaterapi
 - c. Gurah
 - d. Homeopati
 - e. Spa

2. Pelayanan kesehatan tradisional (yankestrad) keterampilan:

a. Pelayanan kesehatan tradisional (yankestrad) keterampilan dengan alat,

meliputi:

- 1) Akupunktur
- 2) Chiropraksi
- 3) Kop/bekam
- 4) Ceragem
- 5) Akupresur

b. Pelayanan kesehatan tradisional (yankestrad) keterampilan tanpa alat:

- 1) Pijat-urut
- 2) Pijat-urut khusus ibu dan bayi
- 3) Pengobatan patah tulang (sangkal putung)
- 4) Refleksi

c. Pelayanan kesehatan tradisional (yankestrad) keterampilan dengan pikiran:

- 1) Hipnoterapi
- 2) Pengobatan dengan meditasi
- 3) Prana
- 4) Tenaga dalam

Hasil Riskesdas (2013) menyebutkan sejumlah 30,4% rumah tangga di Indonesia memanfaatkan yankestrad dalam 1 tahun terakhir. Jenis yankestrad yang dimanfaatkan oleh rumah tangga terbanyak adalah keterampilan tanpa alat (77,8%) dan ramuan (49,0%). Alasan utama memanfaatkan yankestrad terbanyak secara umum adalah untuk menjaga kesehatan atau kebugaran, kecuali yankestrad keterampilan dengan pikiran dimana alasan pemanfaatannya berdasarkan tradisi atau kepercayaan. Hasil ini menunjukkan bahwa pemanfaatan yankestrad masih cukup banyak.

Pemakaian yankestrad di Indonesia lebih tinggi jika dibandingkan dengan di negara lain. Hasil penelitian Peltzer (2016) yang dilakukan di Negara Mekong (Kamboja, Thailand, Vietnam) didapatkan bahwa pemanfaatan TCAM di cukup tinggi. Pemakaian TCAM tersebut dimanfaatkan oleh penderita penyakit kronis dan gangguan jiwa. Frekuensi pemakaian produk herbal di Mekong sebanyak 41%, vitamin/mineral 26,5%, dan suplemen lain sebanyak 9,7%. Pemakaian TCAM dengan berdoa untuk kesehatan diri (30,1%), meditasi (13,9%), teknik relaksasi (9,9%). Pemakaian doa, meditasi dan teknik relaksasi dengan alasan membuat kesehatan mereka menjadi lebih baik. Sedangkan di Pakistan, terapi komplementer alternative menjadi pilihan utama untuk pengobatan depresi, epilepsy, dan infertilitas (Shaikh dan Hatcher, 2015).

2.4 Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

2.4.1 Pengertian Perilaku

Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh orang lain (Notoatmodjo, 2012). Perilaku ini merupakan suatu respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus dari luar. Jadi, menurut Skinner perilaku akan terjadi melalui proses adanya stimulus dan kemudian organisme tersebut merespon (Notoatmodjo, 2012). Oleh karena itu, teori Skinner ini disebut teori S-O-R atau *Stimulus Organisme Respons*.

Perilaku merupakan indikator adanya perubahan pemahaman dan persepsi serta nilai-nilai yang dimiliki oleh seseorang. Namun demikian, perubahan perilaku tersebut memiliki berbagai kemungkinan untuk berubah, dimana perubahan tersebut sudah pasti ditentukan juga oleh perubahan pengetahuan, persepsi dan nilai-nilai yang dimiliki. Oleh sebab itu, maka proses pendidikan yang baik akan menghasilkan perilaku yang semakin baik pada diri seseorang. Sebaliknya

perolehan pengetahuan atau nilai-nilai baru yang buruk akan menciptakan perilaku yang buruk atau mengurangi bahkan menghapus perilaku lama yang sudah baik.

Secara umum, masyarakat menilai bahwa jika seseorang berperilaku secara terus menerus, maka masyarakat akan menyimpulkan bahwa seseorang tersebut memiliki karakter sesuai dengan perilaku yang dilakukannya secara terus menerus tersebut.

Perilaku manusia dibedakan oleh O'Neill menjadi perilaku konatif, volisional, dan normative (Notoatmodjo, 2012). Perilaku konatif adalah perilaku yang secara tersirat belum memiliki tujuan karena belum mampu menalarinya, namun tidak secara sadar bertujuan. Jika perilaku sudah disadari, difahami maknanya dan diketahui tujuannya, maka perilaku konatif berubah menjadi perilaku volisional. Sedangkan, perilaku normatif adalah perilaku yang diarahkan secara tersirat atau secara gamblang oleh gagasan-gagasan tertentu yang berkaitan dengan apa yang umumnya dianggap baik atau dikehendaki. Notoatmodjo (2012) membedakan jenis-jenis perilaku dengan mengutip pendapat Skinner yang menyatakan bahwa perilaku dibedakan atas perilaku tertutup (*covert behavior*), dan perilaku terbuka (*overt behavior*). Perilaku tertutup terjadi jika respon terhadap stimuli belum dapat diamati secara jelas. Respon masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap. Sedangkan perilaku terbuka terjadi jika respon terhadap stimulus tersebut berupa tindakan atau praktik sehingga dapat diamati orang lain secara jelas.

2.4.2 Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Perilaku pemanfaatan pengobatan merupakan hasil dari proses pencarian pengobatan oleh seseorang atau kelompok (Supriadi, 2014). Pemanfaatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan dalam bentuk rawat

jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan, maupun dalam bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut (Nurwening, 2012).

Respon seseorang terhadap sakit akan muncul berbagai macam perilaku dan usaha. Menurut Notoatmodjo (2012), respon seseorang apabila menderita sakit bermacam-macam, dimulai dari tidak bertindak atau tidak melakukan apa-apa (*no action*), mengobati sendiri (*self treatment*), mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*), mencari pengobatan dengan membeli obat-obatan di warung obat (*chemist shop*), mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta (balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit), dan yang terakhir adalah mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private medicine*).

Langkah pertama yang dia lakukan dengan cara tidak bertindak apapun karena dia beranggapan penyakitnya tidak mengganggu dan akan sembuh sendiri, atau karena alasan fasilitas kesehatan yang tidak terjangkau, petugas kesehatan yang tidak simpatik, takut pergi ke rumah sakit, maupun takut tidak mampu membayar biaya.

Respon yang kedua terhadap sakit adalah mengobati sendiri (*self treatment*) dengan alasan seperti di atas maupun alasan karena sudah percaya dengan kemampuan diri sendiri dan berdasarkan pengalaman yang lalu bahwa mengobati diri sendiri sudah bisa menyembuhkan penyakitnya.

Fasilitas pelayanan kesehatan yang masih kurang dari segi kuantitas dan kualitas di pedesaan menyebabkan sebagian besar masyarakat sulit mendapatkan fasilitas pengobatan. Selain itu, sikap penderita atau keluarga yang tidak segera mencari pertolongan medis dengan cara menunda, hal tersebut mengakibatkan penderita terlambat mendapatkan pengobatan yang tepat. Tindakan ini disebut dengan *treatment delay*, yaitu rentang waktu yang telah berlalu antara munculnya

gejala awal (*symptom*) dengan perolehan pengobatan yang ditangani praktisi kesehatan (Supriadi, 2014). Tindakan *treatment delay* (menunda pengobatan) inilah yang memperparah kondisi penderita gangguan jiwa, sehingga seringkali dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan sudah dalam kondisi yang buruk.

Hasil penelitian Kembaren (2009) di Rumah Sakit Jiwa Lawang dan Menur menunjukkan bahwa 119 orang (68 %) pasien pernah berobat ke dukun, orang pintar, kiai, atau peramal, untuk mendapatkan pertolongan pertama sebelum dirawat di rumah sakit. Hal senada juga didapatkan dalam penelitian Candra dan Dewi (2012) di Bali yang menemukan bahwa 63,3% keluarga mencari pertolongan pertama bagi anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa dengan cara pergi ke dukun/balian, dan 76,7% keluarga mencari pertolongan lanjutan bagi anggota keluarganya dengan pergi ke dukun/balian, memasung, atau mengurung, dan 73,3% merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa di rumah sesuai petunjuk dukun.

2.4.3 Teori Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Berbagai penelitian yang berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan telah banyak dikembangkan di seluruh dunia. Banyak faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan baik yang berasal dari faktor pengguna maupun faktor yang berasal dari penyedia layanan kesehatan. Model pendekatan yang digunakan untuk mengkaji hal tersebut juga bermacam-macam, diantaranya adalah Model Demografi (Kependudukan), Model Struktur Sosial (*Social Structure Models*), Model Sosial Psikologis (*Psychological Models*), Model Sumber Keluarga (*Family Resource Models*), Model Sumber Daya Masyarakat (*Community Resource Models*), Model Organisme (*Organization Models*), Model Sistem Kesehatan (*Health System Models*), dan Model

Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief Models*) (Notoatmodjo, 2012). Penjelasan dari berbagai model tersebut sebagaimana berikut ini:

1. Model Demografi (Kependudukan)

Menurut teori ini, model penggunaan pelayanan masyarakat kesehatan dipengaruhi oleh variabel umur, seks, status perkawinan, dan jumlah anggota keluarga dengan asumsi bahwa perbedaan derajat kesehatan, derajat kesakitan, dan penggunaan pelayanan kesehatan akan berhubungan dengan variabel diatas. Karakteristik dari demografi juga mencerminkan atau berhubungan dengan karakteristik sosial.

2. Model Struktur Sosial (*Social Structure Models*)

Tipe variabel yang dipakai dalam model ini adalah pendidikan, pekerjaan dan kebangsaan. Variabel ini mencerminkan keadaan sosial individu atau keluarga di dalam masyarakat. Gaya kehidupan individu atau keluarga akan diperlihatkan dari kedudukan sosial tertentu. Penggunaan pelayanan kesehatan adalah salah satu aspek dari gaya hidup ini yang ditentukan oleh lingkungan sosial, fisik, dan psikologis. Asumsi dari model struktur sosial ini adalah bahwa orang-orang dengan latar belakang struktur sosial tertentu akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara tertentu pula.

3. Model Sosial Psikologis (*Psychological Models*)

Dalam model ini, tipe variabel yang dipakai adalah ukuran dari sikap dan keyakinan individu. Variabel sosio psikologis umumnya terdiri dari 4 kategori, yaitu: pengertian kerentanan terhadap penyakit, pengertian keseluruhan dari penyakit, keuntungan yang diharapkan dari tindakan dalam menghadapi penyakit, dan kesiapan tindakan individu. Model ini menganggap bahwa ada mata rantai penyebab langsung antara sikap dan perilaku.

4. Model Sumber Keluarga (*Family Resource Models*)

Tipe variable yang dipakai dalam model ini adalah pendapatan keluarga, cakupan asuransi keluarga atau sebagai anggota suatu asuransi kesehatan, dan pihak yang membiayai pelayanan kesehatan keluarga. Karakteristik ini digunakan untuk mengukur kesanggupan individu atau keluarga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Jadi model sumber keluarga ini menekankan kesanggupan untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi anggotanya. Dengan demikian model sumber keluarga adalah berdasarkan model ekonomis.

5. Model Sumber Daya Masyarakat (*Community Resource Models*)

Model ini menggunakan variabel penyediaan pelayanan kesehatan, sumber-sumber yang ada di dalam masyarakat, ketercapaian dari pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat. Selanjutnya adalah model suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber-sumber kesehatan pada masyarakat setempat. Dengan demikian, model ini memindahkan pelayanan dari tingkat individu atau keluarga ke tingkat masyarakat.

6. Model Organisme (*Organization Models*)

Variabel yang dipakai dalam model ini adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. Variabel yang biasa digunakan adalah gaya (*style*) praktek pengobatan yang dibedakan menjadi 3 yaitu: sendiri, rekanan, atau grup; sifat (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak); letak dari pelayanan (tempat pribadi, rumah sakit, atau klinik); petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, perawat, asisten dokter).

7. Model Sistem Kesehatan (*Health System Models*)

Model sistem kesehatan (*health system models*) ini dikemukakan oleh Anderson sebagaimana dikutip oleh Notoatmodjo (2012) ini mengintegrasikan

dari keenam model terdahulu kedalam model yang lebih sempurna. Oleh karena itu, variabel demografi, ciri-ciri struktur sosial, sikap, dan keyakinan individu atau keluarga, sumber-sumber di dalam masyarakat dan organisasi pelayanan kesehatan yang ada digunakan bersama dengan faktor-faktor yang berhubungan kebijakan dan struktur ekonomi pada masyarakat atau negara. Dengan demikian, apabila dilakukan analisis terhadap penyediaan dan penggunaan pelayanan kesehatan oleh masyarakat maka harus diperhitungkan juga faktor-faktor yang terlibat di dalamnya. Semua variabel dari model tersebut dihubungkan dengan perilaku mereka terhadap fasilitas kesehatan dan juga dilihat variabel mana yang paling dominan pengaruhnya.

Anderson mengatakan bahwa dalam pengembangan model sistem kesehatan ini, keputusan seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ditentukan oleh ketiga faktor (Notoatmodjo, 2012), yaitu:

a. Faktor predisposisi (*predisposing characteristics*)

Faktor predisposisi merupakan kecenderungan seseorang untuk menggunakan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan. Tiap individu mempunyai kecenderungan yang berbeda-beda dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini karena ciri-ciri individu ini dibedakan menjadi 3 kelompok, yaitu:

1. Ciri-ciri demografi, seperti usia, jenis kelamin, status pernikahan (Nurwening, 2012).
2. Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, suku/ras, dan agama.
3. Keyakinan terhadap manfaat kesehatan (*health beliefs*), seperti sikap positif seseorang terhadap pelayanan dari petugas kesehatan untuk menolong proses penyembuhan dan persepsi terhadap keseriusan penyakit.

Nurwening (2012) menyempurnakan teori di atas dengan tetap mengacu pada konsep dasar. Faktor predisposisi dikelompokkan menjadi 2 variabel yaitu variabel yang masih dapat diubah kondisinya (*mutable*) seperti tingkat pendidikan dan *health beliefs*, dan variabel yang tidak dapat diubah (*immutable*) seperti usia, jenis kelamin, suku/ras, status perkawinan, komposisi keluarga, agama dan demografi.

a. Faktor pemungkin (*enabling characteristics*)

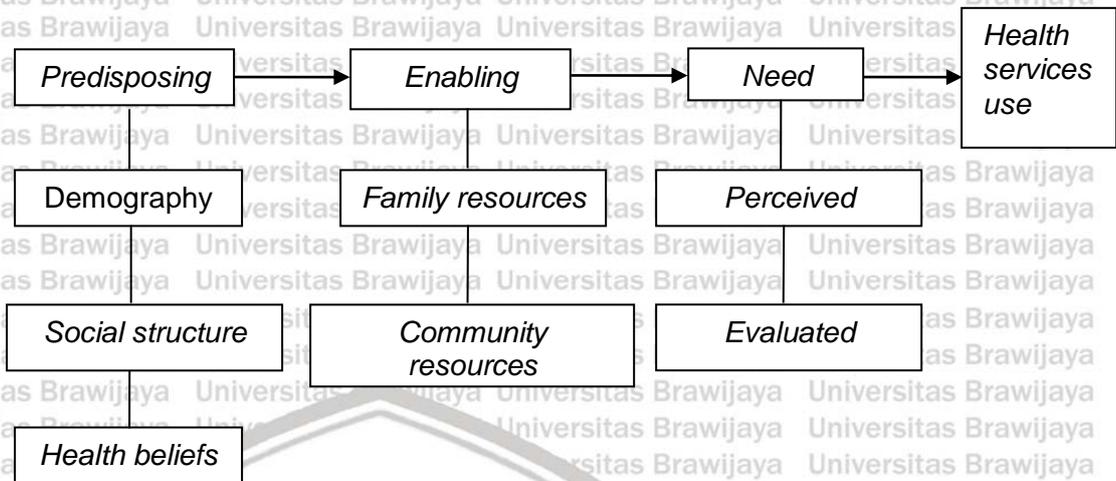
Faktor pemungkin adalah karakteristik pendukung yang berupa kemampuan seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan atau kemampuan untuk membayar pelayanan. Faktor pemungkin ini terbagi menjadi 2 golongan, yaitu sumber daya keluarga (misalnya: penghasilan dan daya beli, keikutsertaan dalam asuransi, pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan) dan sumber daya masyarakat (misalnya: ketersediaan sarana, tenaga kesehatan, ratio pelayanan serta keterjangkauan). Nurwening (2012) menambahkan variabel transportasi dan mobilitas sebagai faktor pemungkin.

b. Faktor kebutuhan (*need characteristics*)

Faktor kebutuhan merupakan faktor yang langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung bagi seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan apabila bersamaan dengan kebutuhan itu ada komponen predisposisi dan pendukung.

Model Anderson ini dapat digambarkan seperti dalam bagan 2.1 sebagai berikut:

Gambar 2.1 Model Sistem Kesehatan oleh Anderson



(Sumber: Notoatmodjo, 2012)

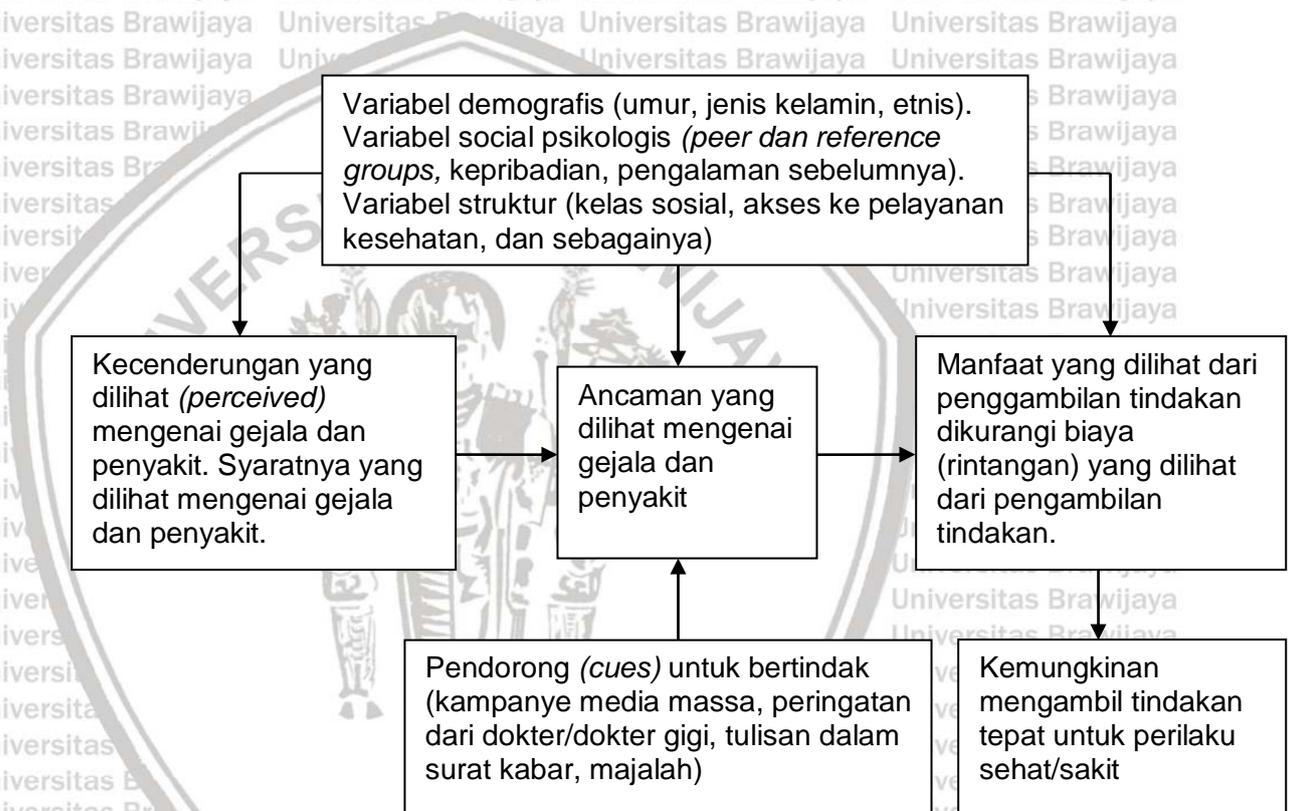
8. Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief Models*)

Model kepercayaan ini merupakan bentuk penjabaran dari model sosio psikologis seperti yang disebutkan di atas tadi. Munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa problem-problem kesehatan ditandai dengan kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencegahan dan penyembuhan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh *provider*. Kegagalan ini akhirnya memunculkan teori yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit (*preventive health behavior*) menjadi model kepercayaan kesehatan (*health belief models*).

Model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Models*) ini menjelaskan bahwa perilaku kesehatan seseorang ditentukan oleh motif dan kepercayaannya tanpa mempedulikan apakah motif dan kepercayaannya tersebut sesuai atau tidak dengan fakta atau pandangan orang lain. Model ini terdiri dari 5 unsur utama, yaitu: persepsi seseorang tentang kemungkinan terkena suatu penyakit (*perceive susceptibility*), pandangan seseorang tentang beratnya penyakit yaitu persepsi tentang seberapa besar resiko dan kesulitan

yang akan dialami karena penyakit tersebut (*perceive seriousness*), persepsi terhadap ancaman terserangnya suatu penyakit (*perceive threats*), manfaat dan rintangan yang dirasakan (*perceive benefits and barriers*), dan memutuskan menerima atau menolak alternatif tindakan kesehatan. Model Kepercayaan Kesehatan ini dapat digambarkan seperti dalam bagan sebagai berikut:

Gambar 2.2 Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief Models*)



(Sumber: Notoatmodjo, 2012)

2.4.4 Penelitian-Penelitian Terkait dengan Pengobatan Tradisional

Penelitian yang dilakukan oleh Albashtawy, Gharaibeh, Alhalaiqa, Batiha, Freij, Saifan, Al Awamreh, Hamadneh, Al Kloub, dan Khamaiseh (2016) menjelaskan bahwa persepsi dan pola pikir seseorang terkait dengan pelayanan kesehatan akan mempengaruhi keputusan seseorang untuk mencari pelayanan kesehatan. Persepsi mempengaruhi perilaku dimana persepsi negatif

menyebabkan seseorang berperilaku negatif dalam mencari pelayanan kesehatan sehingga memiliki kecenderungan seseorang untuk mencari pengobatan dan penyembuhan alternatif (Browne, Thomson, Rockloff, dan Pennycook (2015).

Pengobatan komplementer dan pengobatan alternatif biasanya menjanjikan penyembuhan yang cepat bahkan lebih cepat daripada pengobatan medis konvensional (Browne, Thomson, Rockloff, dan Pennycook (2015).

Committee on Children with Dissabilities menjelaskan bahwa keluarga berperan penting dalam pengobatan anggota keluarga dalam hal ini anak yang menderita penyakit kronis. Gangguan jiwa berat sendiri merupakan salah satu gangguan yang cenderung bersifat kronis sehingga peran sumber daya keluarga untuk memberikan dukungan dalam pengobatan sangat besar pengaruhnya dalam upaya mencari pengobatan yang benar. Keluarga yang memiliki sumber daya memadai tentu akan berupaya mencari pengobatan yang benar dan rasional begitu juga sebaliknya keluarga dengan sumber daya tidak memadai akan mencari pengobatan alternative untuk anggota keluarganya yang sakit. Akins, Angkustiri, dan Hansen (2010) menjelaskan bahwa biasanya keluarga yang tidak tahu tentang pengobatan yang benar cenderung merasa frustrasi terhadap kondisi penderita sehingga keluarga merasa meskipun sudah dirawat di rumah sakit atau pelayanan kesehatan yang baik tetap tidak akan sembuh.

Penelitian yang dilakukan Hayes, Hawthorne, Farhall, O'Hanlon, dan Harvey (2015) juga menjelaskan tentang dukungan sosial yang baik akan memberikan alternatif pilihan pengobatan yang baik pula. Dukungan social yang baik akan muncul apabila sumber daya social/masyarakat memadai, dengan demikian semakin memadai sumber daya social maka pemilihan pengobatan akan semakin baik pula. Peranan faktor kebutuhan keluarga dijelaskan dalam penelitian Mc. Farlane (2016) yang mengatakan bahwa tingkat ekonomi seseorang mempengaruhi pilihan seseorang dalam mengambil keputusan terkait pelayanan

kesehatan. Kebutuhan keluarga yang telah terpenuhi dengan baik maka akan banyak hal yang dapat dilakukan oleh keluarga termasuk dalam hal pemilihan pengobatan yang tepat pada anggota keluarga yang sedang menderita penyakit (Shamsaei, Cheraghi, dan Bashirian, 2015).

Dari uraian hasil-hasil penelitian diatas, dapat diketahui bahwa ada banyak faktor yang mempengaruhi keluarga dalam memilih pengobatan untuk anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berat yang merupakan salah satu jenis penyakit kronis.



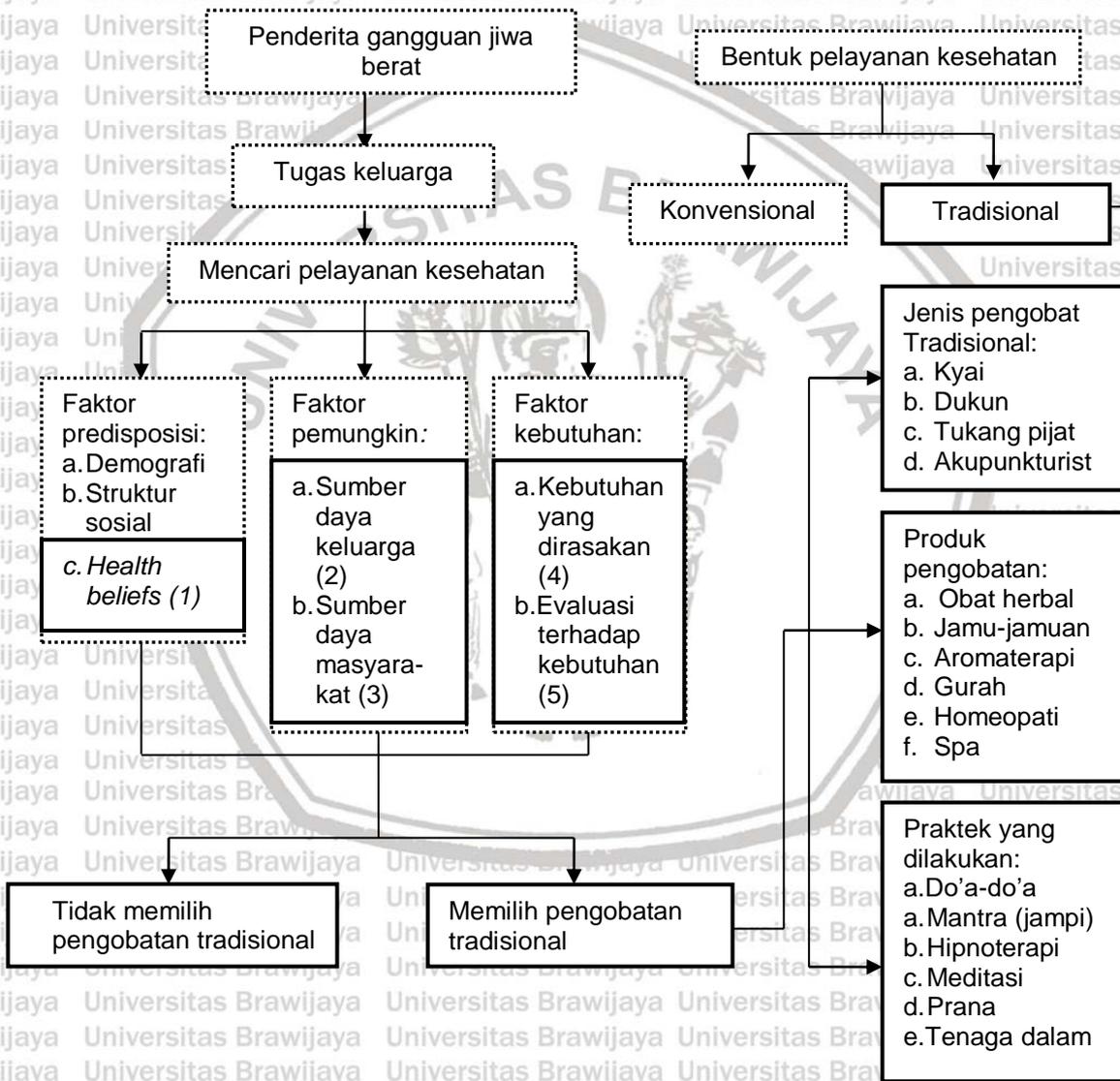
BAB 3

KERANGKA KONSEP

Bab ini menguraikan kerangka konsep dari penelitian yang menjelaskan lebih singkat variabel-variabel yang diteliti dan hipotesis penelitian.

3.1 Kerangka Konsep

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:

 = Diteliti

 = Tidak diteliti

————— = Ada hubungan
 tetapi tidak diteliti

—————> = Ada pengaruh dan diteliti

3.2 Penjabaran Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini mengadopsi dari teori model pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Anderson yang disebut sebagai Model Sistem Kesehatan (*Health System Models*) yang dikutip dari Notoatmodjo (2012). Model sistem kesehatan ini menjelaskan bahwa ada 3 faktor yang saling berkaitan pada diri seseorang ketika seseorang sakit dan mencari pelayanan kesehatan, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor kebutuhan.

Dalam penelitian ini, berdasarkan gambar 3.1 di atas peneliti ingin menjelaskan bahwa ketika ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat maka keluarga akan bergerak menjalankan fungsinya untuk mempertahankan kesehatan keluarga dengan cara mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat tersebut. Pelayanan pengobatan yang mereka tempuhpun bermacam-macam, salah satunya adalah pengobatan tradisional walaupun sudah tersedia pelayanan kesehatan modern (konvensional). Perilaku pencarian pengobatan tersebut dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor kebutuhan.

Faktor predisposisi yang diteliti disini adalah variabel keyakinan terhadap kesehatan (*health beliefs*), faktor pemungkin yang diteliti adalah variabel sumber daya keluarga dan variabel sumber daya masyarakat (sosial), sedangkan faktor kebutuhan yang diteliti adalah variabel kebutuhan yang dirasakan keluarga dan evaluasi kebutuhan keluarga. Kelima variabel tersebut dapat mempengaruhi keputusan dari keluarga dalam memilih pelayanan pengobatan tradisional untuk anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa berat.

Pelayanan kesehatan tradisional yang dipilih dapat dilihat dari tenaga pengobat tradisional yaitu seorang pengobat spiritual (kyai, dukun), orang yang dianggap pintar meracik ramuan herbal (*herbalist*), orang yang pandai melakukan pijat atau totok darah dan urat syaraf (*massage therapist*), atau *akupunkturist*. Produk obat

tradisional yang digunakan bisa berupa obat herbal, jamu, aromaterapi, gurah, homeopati, atau spa. Sedangkan praktek pengobatan tradisional yang digunakan untuk mengobati penderita gangguan jiwa berupa do'a, mantra (jampi-jampi), hipnoterapi, meditasi, prana, atau tenaga dalam.

3.3 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari suatu penelitian, patokan dugaan, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Sugiyono, 2012). Hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut:

Ha1: Ada pengaruh variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*) terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.

Ha2: Ada pengaruh variabel sumber daya keluarga terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.

Ha3: Ada pengaruh variabel sumber daya sosial/masyarakat terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.

Ha4: Ada pengaruh variabel kebutuhan yang dirasakan keluarga terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.

Ha5: Ada pengaruh variabel evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.

Ha6: Ada variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.



BAB 4

METODE PENELITIAN

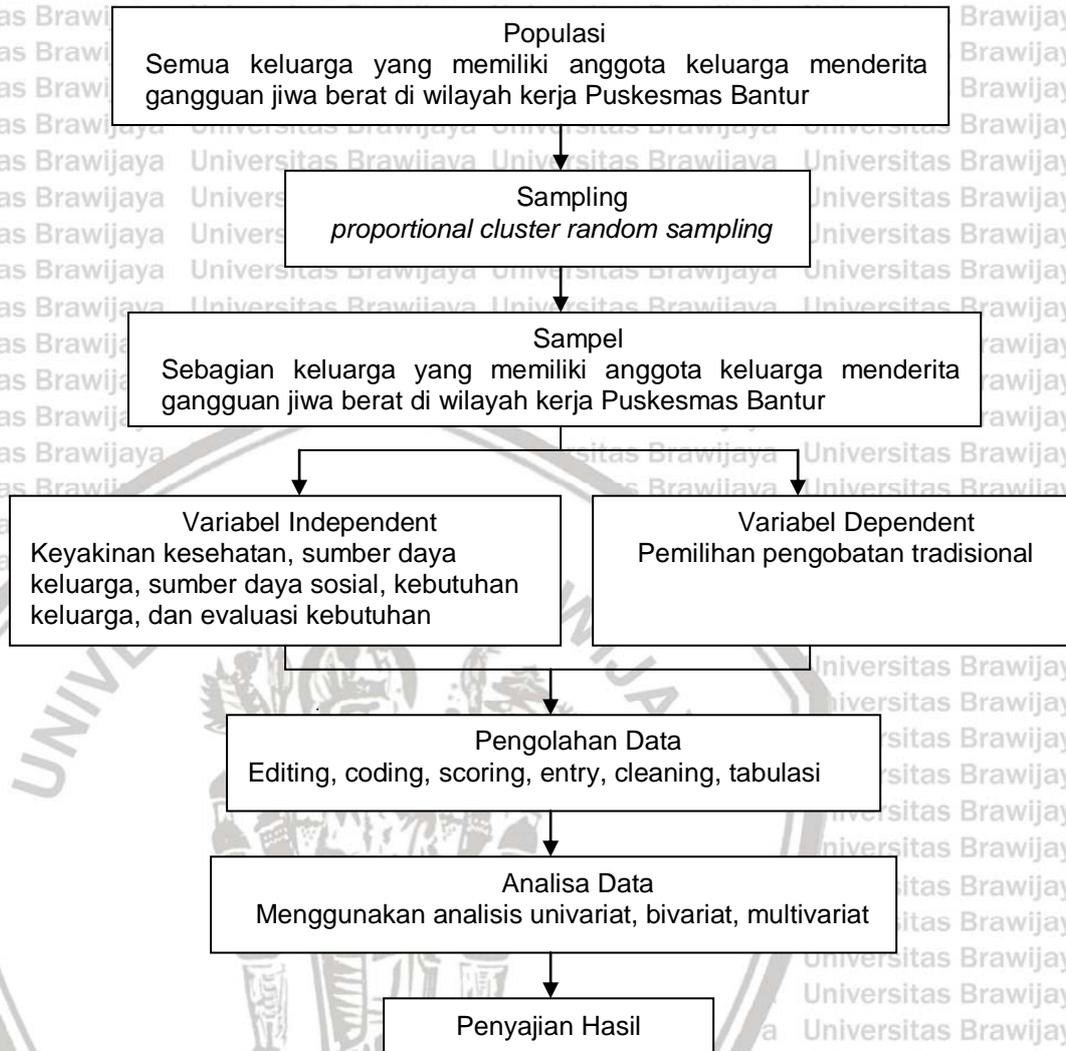
Bab ini akan menguraikan tentang: (1) desain penelitian, (2) diagram alur penelitian, (3) tempat dan waktu, (4) bahan dan alat, (5) definisi operasional variabel, (6) pengumpulan data, (7) pengolahan data, (8) analisa data, dan (9) etika penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian *observasional analitik* dengan menggunakan metode pendekatan *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* adalah penelitian potong silang dengan variabel sebab atau resiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek peneliti diukur atau dikumpulkan secara simultan atau dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2010). Jadi penelitian *cross sectional* adalah penelitian yang dilaksanakan untuk mengeksplorasi relasi dan korelasi atau perbedaan dan perbandingan atau keduanya antara variabel bebas dan variabel terikat, dimana data dikumpulkan hanya pada satu waktu dengan subyek yang sama.

Penelitian ini mengukur bagaimana pengaruh antara variabel bebas yaitu faktor predisposisi (variabel keyakinan kesehatan/*health beliefs*), faktor pemungkin (variabel sumber daya keluarga dan variabel sumber daya masyarakat/sosial), faktor kebutuhan (variabel kebutuhan yang dirasakan keluarga, dan evaluasi kebutuhan keluarga) terhadap variabel terikat yaitu pemilihan pengobatan tradisional penderita gangguan jiwa berat.

4.2 Diagram Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keluarga Memilih Pengobatan Tradisional untuk Penderita Gangguan Jiwa Berat

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bantur Kecamatan Bantur Kabupaten Malang. Kegiatan pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan selama 1 minggu (tanggal 11 – 14 Juli 2018).

4.4 Bahan dan Alat

4.4.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita gangguan jiwa berat di wilayah kerja Puskesmas Bantur Kecamatan Bantur Kabupaten Malang dengan jumlah populasi 132 orang yang tersebar di lima (5) desa yaitu: Desa Bantur sebanyak 46 orang, Desa Bandungrejo sebanyak 44 orang, Desa Wonorejo sebanyak 12 orang, Desa Sumberbening sebanyak 20 orang, dan Desa Srigonco sebanyak 10 orang.

4.4.2 Teknik Pengambilan Sampling

Teknik pengambilan sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *proportional cluster random sampling*, yaitu teknik pemilihan sampel penelitian secara random yang didasarkan pada jumlah masing-masing populasi di tiap desa (*cluster*) (Sugiyono, 2012).

Langkah-langkah pengambilan sampel secara *proportional cluster random sampling* sebagai berikut: pertama, peneliti menentukan dulu jumlah populasi keseluruhan dari tiap desa (*cluster*), langkah kedua peneliti menentukan jumlah sampel yang harus diambil dari tiap desa berdasarkan proporsi jumlah populasi, langkah ketiga adalah mengambil sampel yang telah ditentukan jumlah proporsinya tersebut dengan cara acak (random).

4.4.3 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat di wilayah kerja Puskesmas Bantur Kecamatan Bantur Kabupaten Malang. Agar besar sampel representatif, maka besar sampel dalam penelitian ini ditentukan menggunakan rumus Slovin (Nursalam, 2013).

Rumus Slovin untuk menghitung besar sampel (Nursalam, 2013):

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

d = presisi (batas toleransi kesalahan pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini 5% dengan tingkat kepercayaan 95%.

Sehingga sampel minimal yang akan diteliti adalah:

$$n = \frac{132}{1 + 132 (0.05)^2}$$

$$n = 99.25.$$

Berdasarkan hasil perhitungan di atas dan dari hasil pembulatan, maka sampel minimal yang akan diteliti berjumlah 99.25 dibulatkan menjadi 100. Adapun jumlah sampel yang diambil berdasarkan teknik *proportional cluster random sampling* untuk tiap-tiap desa adalah sebagai berikut:

1. Desa Bantur : 35 responden
2. Desa Bandungrejo : 33 responden
3. Desa Wonorejo : 9 responden
4. Desa Sumberbening : 15 responden
5. Desa Srigonco : 8 responden

4.5 Definisi Operasional Variabel dan Indikator

4.5.1 Definisi Operasional

Definisi operasional variabel yang diteliti dijabarkan dalam tabel dibawah ini:

Tabel 4.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

| No | Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur | Skala Data | Hasil Ukur |
|----------------------|---|---|---|------------|---|
| A Independent | | | | | |
| 1 | Keyakinan kesehatan (<i>health beliefs</i>) | Keyakinan dan persepsi keluarga terhadap gangguan jiwa berat dan kemanfaatan terhadap pengobatan | Kuesionar modifikasi dari <i>Health Beliefs Toolkit</i> (Concha, M., et al, 2014) | Nominal | Positif : 43 - 84 Negatif: 0 - 42 |
| 2 | Sumber daya keluarga | Sumber kekuatan yang dimiliki oleh keluarga dalam memberikan perawatan dan pengobatan pada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat | Kuesioner adopsi dari <i>SCREEM Family Resources Survey</i> (Medina, M., Jr. M.D dan <i>The Section of Supportive Hospice and Palliative Medicine University of the Philippines</i> , 2011) | Nominal | 0 – 18: Tidak memadai 19 – 36: Memadai |
| 3 | Sumber daya masyarakat/ sosial | Sumber kekuatan yang ada dimasyarakat yang dirasakan oleh keluarga mendukung dalam memberikan perawatan dan pengobatan pada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat | Kuesioner adopsi dari <i>Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey dari Colorado Community Health Work</i> tahun 2014. | Nominal | 1 – 47: Tidak memadai 48 – 95: Memadai |
| 4 | Kebutuhan yang dirasakan keluarga | Material maupun jasa yang dianggap keluarga sebagai hal yang menopang kehidupan sehari-hari | Kuesioner adopsi dari <i>Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey dari Colorado Community Health Work</i> tahun 2014. | Nominal | 173 – 276: Kebutuhan rendah 69 – 172: Kebutuhan tinggi |

| No | Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur | Skala Data | Hasil Ukur |
|----------------------|--|--|--|------------|---|
| A Independent | | | | | |
| 5 | Evaluasi kebutuhan yang dirasakan keluarga | Hasil evaluasi pemenuhan kebutuhan oleh keluarga | Kuesioner adopsi dari <i>Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey</i> dari Colorado Community Health Work tahun 2014. | Nominal | 173 – 276: Terpenuhi rendah 69 – 172: Terpenuhi tinggi |
| B Dependent | | | | | |
| 1 | Pemilihan pengobatan tradisional | Perilaku keluarga dalam memilih atau tidak memilih pengobatan tradisional untuk anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat, yang terdiri dari jenis pengobat, produk pengobatan, dan praktek pengobatan tradisional yang digunakan. | Kuesioner adopsi dari <i>The International Questionnaire to Measure Use of Complementary and Alternative Medicine (I-CAM-Q)</i> | Nominal | 1 : ya 0 : tidak |

4.5.2 Indikator Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah: variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*); variabel variabel sumber daya keluarga; variabel sumber daya sosial/masyarakat; variabel kebutuhan yang dirasakan keluarga; dan variabel evaluasi kebutuhan keluarga. Indikator pengukuran untuk variabel bebas (*independent*) terdapat dalam tabel 4.2 berikut ini:

Tabel 4.2 Variabel *Independent* dan Indikator

| No. | Variabel | Indikator |
|-----|---|---|
| 1 | Keyakinan kesehatan (<i>health beliefs</i>) | <ul style="list-style-type: none"> - Kerentanan yang dirasakan terhadap gangguan jiwa - Tingkat keparahan gangguan jiwa yang dirasakan - Kemanafaatan pengobatan tradisional yang dirasakan - Hambatan yang dirasakan - Kemanjuran pengobatan yang dirasakan |
| 2 | Sumber daya keluarga | <ul style="list-style-type: none"> - Dukungan sosial pada keluarga - Budaya yang dianut keluarga - Keyakinan agama yang dianut keluarga - Kondisi ekonomi keluarga - Pengetahuan dan pendidikan keluarga - Ketersediaan institusi pelayanan kesehatan bagi keluarga |
| 3 | Sumber daya sosial/masyarakat | <ul style="list-style-type: none"> - Kepercayaan terhadap fasilitas yang ada dalam masyarakat - Kekuatan terbesar yang ada dalam masyarakat - Kelemahan terbesar yang ada dalam masyarakat |
| 4 | Kebutuhan yang dirasakan keluarga | <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan kesehatan - Nutrisi - Stress - Transportasi - Bahasa - Penyalahgunaan zat - Kesehatan mental - Kualitas hidup - Perumahan/tempat tinggal - Pekerjaan - Pendidikan |
| 5 | Evaluasi kebutuhan keluarga | <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan kesehatan - Nutrisi - Stress - Transportasi - Bahasa - Penyalahgunaan zat - Kesehatan mental - Kualitas hidup - Perumahan/tempat tinggal - Pekerjaan - Pendidikan |

2. Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah pemilihan pengobatan tradisional untuk penderita gangguan jiwa berat, dengan indikator sebagai berikut:

Tabel 4.3 Variabel *Dependent* dan Indikator

| No. | Variabel | Indikator |
|-----|----------------------------------|--|
| 1. | Pemilihan Pengobatan Tradisional | Jenis pengobat tradisional yang dipilih <ul style="list-style-type: none"> - Kyai - Dukun - Peramu obat herbal (<i>herbalist</i>) - Tukang pijat (<i>massage therapist</i>) - Tusuk jarum (<i>akupunkturist</i>) Produk pengobatan tradisional yang digunakan <ul style="list-style-type: none"> - Obat herbal - Jamu-jamuan - Aromaterapi - Gurah - Homeopati Praktek pengobatan tradisional yang digunakan <ul style="list-style-type: none"> - Do'a-do'a - Mantra (jampi-jampi) - Hipnoterapi - Meditasi - Prana - Tenaga dalam |

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang didapat secara langsung melalui metode wawancara, menggunakan kuesioner di lapangan, atau melakukan pengukuran (Sugiyono, 2012). Data primer yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner pertanyaan yang diisi sendiri oleh responden sesuai dengan petunjuk pengisian yang sudah ada pada kuesioner. Tetapi jika responden tidak bisa membaca dan menulis maka dalam pengisian kuesioner akan dibantu oleh peneliti maupun oleh enumerator yang telah dilatih oleh peneliti. Peneliti atau enumerator akan membacakan kuesioner untuk memperjelas maksud pertanyaan dalam kuesioner sesuai dengan petunjuk pengisian yang sudah ada pada kuesioner.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang didapatkan secara tidak langsung melalui Puskesmas Bantur. Data sekunder dalam penelitian ini adalah jumlah pasien gangguan jiwa berat dan alamat rumahnya yang ada di wilayah kerja Puskesmas Bantur.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Persiapan

Persiapan penelitian yang dilakukan berupa persiapan tempat penelitian yang dimulai dengan permohonan ijin ke Kepala Bakesbangpol Kab. Malang, Kepala Puskesmas Bantur, dan Kepala Desa tempat tinggal responden. Sebelum mendapatkan ijin penelitian dari Kepala Bakesbangpol Kab. Malang, Kepala Puskesmas Bantur, dan Kepala Desa, peneliti harus melakukan uji etik (*ethical clearance*) di Universitas Brawijaya Malang. Setelah syarat-syarat etik terpenuhi barulah peneliti melakukan pengumpulan data penelitian.

2. Pelaksanaan

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan dengan teknik melalui penyebaran kuesioner. Cara pengisian kuesioner diisi sendiri oleh responden dengan pengawasan dari peneliti atau enumerator. Apabila responden tidak paham mengenai topik atau maksud yang dibahas dalam kuesioner, maka perlu didampingi dan dibantu oleh peneliti atau enumerator dalam mengisi kuisisioner.

Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan sebagai berikut:

1. Peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian.
2. Peneliti meminta responden menandatangani lembar persetujuan menjadi responden, jika responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

3. Peneliti memberikan kuesioner dan alat tulis kepada responden. Responden kemudian melakukan pengisian kuesioner dengan cara mengisi dan mencentang (✓) di kolom jawaban yang memiliki beberapa pilihan.

4. Untuk responden tidak paham mengenai topik atau maksud yang dibahas dalam kuesioner, maka didampingi dan dibantu oleh peneliti atau enumerator dalam mengisi kuisisioner.

5. Setelah semua pertanyaan dalam kuesioner terisi, peneliti mengumpulkan kembali kuesioner dari responden.

Alokasi waktu yang dibutuhkan peneliti dalam mengumpulkan data adalah sekitar 30 menit untuk tiap responden.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data atau instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang merupakan set pertanyaan yang secara logis berhubungan dengan masalah penelitian dan tiap pertanyaan merupakan jawaban yang mempunyai makna dalam menguji hipotesis penelitian. Alat pengumpulan data terdiri dari 6 bagian sesuai dengan jumlah variabel yang diteliti. Kuesioner yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Kuesioner untuk variabel *independent*:

a. Bagian A

Kuesioner bagian A digunakan untuk mengukur variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*). Kuesioner ini merupakan hasil modifikasi dari *Health Beliefs Toolkit* yang dibuat oleh Maritza Concha, Maria Elena Villar, dan Lauren Azevedo dari *Covian Consulting, University of South Florida* pada tahun 2014. Kuesioner ini dimodifikasi dari bentuk pertanyaan terbuka menjadi pertanyaan tertutup dengan tujuan untuk mempermudah responden

dalam memahami dan menjawab maksud pertanyaan. Kuesioner ini berisi pertanyaan tentang:

- 1) Kerentanan yang dirasakan keluarga terhadap gangguan jiwa
- 2) Tingkat keparahan gangguan jiwa yang dirasakan oleh keluarga
- 3) Kemanfaatan pengobatan tradisional yang dirasakan oleh keluarga
- 4) Hambatan yang dirasakan dalam pengobatan yang dirasakan oleh keluarga
- 5) Kemanjuran pengobatan yang dirasakan oleh keluarga

b. Bagian B

Kuesioner bagian B digunakan untuk mengukur variabel sumber daya keluarga. Kuesioner ini mengadopsi dari *SCREEM Family Resources Survey (SCREEM-RES)* yang dikembangkan oleh M. Medina, Jr. M.D dan *The Section of Supportive Hospice and Palliative Medicine University of the Philippines* tahun 2011. Kuesioner ini berisi pertanyaan tentang:

- 1) Dukungan sosial pada keluarga (*social*)
- 2) Budaya yang dianut keluarga (*cultural*)
- 3) Keyakinan agama yang dianut keluarga (*religious*)
- 4) Kondisi ekonomi keluarga (*economic*)
- 5) Pengetahuan dan pendidikan keluarga (*educational*)
- 6) Ketersediaan institusi pelayanan kesehatan bagi keluarga (*medical subscales*).

c. Bagian C

Kuesioner bagian C digunakan untuk mengukur variabel sumber daya masyarakat/sosial. Kuesioner ini mengadopsi dari *Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey* dari *Colorado Community Health Work* tahun 2014. Kuesioner ini berisi pertanyaan tentang:

- 1) Tantangan terbesar yang dirasakan dalam masyarakat

2) Kekuatan terbesar yang ada dalam masyarakat

3) Kelemahan terbesar yang ada dalam masyarakat

d. Bagian D

Kuesioner bagian D digunakan untuk mengukur variabel kebutuhan yang dirasakan penting bagi keluarga. Kuesioner ini mengadopsi dari *Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey* dari Colorado *Community Health Work* tahun 2014. Kuesioner ini berisi pertanyaan tentang kebutuhan yang dirasakan oleh keluarga, meliputi:

1) Pelayanan kesehatan

2) Nutrisi

3) Stress

4) Transportasi

5) Bahasa

6) Penyalahgunaan zat

7) Kesehatan mental

8) Kualitas hidup

9) Perumahan/tempat tinggal

10) Pekerjaan

11) Pendidikan

e. Bagian E

Kuesioner bagian E digunakan untuk mengukur variabel evaluasi kebutuhan yang ditelaah dicapai dan dirasakan oleh keluarga. Kuesioner ini memodifikasi dari *Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey* dari Colorado *Community Health Work* tahun 2014. Kuesioner ini dimodifikasi dengan tujuan untuk mempermudah responden dalam memahami maksud pertanyaan. Kuesioner ini pertanyaan tentang evaluasi pencapaian pemenuhan kebutuhan yang dirasakan oleh keluarga, meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan
- 2) Nutrisi
- 3) Stress
- 4) Transportasi
- 5) Bahasa
- 6) Penyalahgunaan zat
- 7) Kesehatan mental
- 8) Kualitas hidup
- 9) Perumahan/tempat tinggal
- 10) Pekerjaan
- 11) Pendidikan

2. Kuesioner untuk variabel *dependent*.

Kuesioner ini dibuat dengan mengadopsi dari *The International Questionnaire to Measure Use of Complementary and Alternative Medicine (I-CAM-Q)* yang terdiri dari 3 bagian yaitu: jenis pengobat CAM yang dipilih dikunjungi sebagai terapis, jenis produk herbal dan suplemen herbal yang digunakan, dan bentuk praktek pengobatan CAM yang digunakan. Kuesioner tersebut juga digunakan dalam penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Peltzer (2016) di Kamboja, Vietnam, dan Thailand.

Tetapi peneliti memberikan modifikasi tambahan dari I-CAM-Q guna menyesuaikan dengan kondisi di Indonesia. Kuesioner ini terdiri dari beberapa bagian, yaitu:

a. Bagian A

Bagian A berisi tentang pertanyaan jenis pengobat tradisional yang dipilih oleh responden untuk mengobati anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berat.

b. Bagian B

Bagian B berisi pertanyaan tentang jenis produk pengobatan tradisional yang digunakan oleh responden untuk mengobati anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berat.

c. Bagian C

Bagian C berisi pertanyaan tentang bentuk praktek pengobatan tradisional yang dipilih oleh responden untuk mengobati anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berat.

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan di lahan penelitian yaitu di Wilayah Puskesmas Bantur Kabupaten Malang. Hal ini dilakukan karena kuesioner yang digunakan merupakan adopsi dari kuesioner yang telah digunakan di luar negeri dan merupakan terjemahan dari bahasa asing.

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dengan hasil valid apabila nilai r hasil (*kolom corrected item-total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (0,465 untuk responden 20 orang). Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan. Instrumen penelitian dinyatakan reliabel bila *Cronbach's coefficient-alpha* lebih besar dari 0,6.

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen yang dilakukan pada 20 orang responden yang memiliki anggota keluarga penderita gangguan jiwa berat didapatkan hasil bahwa semua item pertanyaan dalam kuesioner adalah valid dan reliabel. Hasil uji validitas dan reliabilitas terlampir.

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Editing dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada sudah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten.

4.7.2 Coding

Proses *coding* dilakukan dengan cara mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori. Pemberian kode untuk data nominal dengan kode 0 dan 1.

4.7.3 Scoring

Proses *scoring* dilakukan dengan cara memberikan skor pada masing-masing item pertanyaan pada setiap variabel. Pemberian skor ini bertujuan untuk memberikan penilaian dari jawaban responden agar dapat dikategorikan sesuai ketentuan yang telah ditetapkan dalam penelitian ini. Pemberian skor dilakukan sebagai berikut:

1. Variabel *Independent*

a. Keyakinan kesehatan (*health beliefs*)

Pernyataan yang terdapat dalam kuesioner untuk variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*) terdiri dari 2 (dua) jenis, yaitu pernyataan positif (*favourable*) dan pernyataan negative (*unfavourable*). Pilihan jawaban yang disediakan dalam bentuk skala Likert. Skor jawaban untuk pernyataan yang bersifat positif adalah:

Sangat setuju (SS) : 3

Setuju (S) : 2

Tidak setuju (TS) : 1

Sangat tidak setuju (STS): 0

Sedangkan skor jawaban untuk pernyataan yang bersifat negatif adalah:

Sangat setuju (SS) : 0

Setuju (S) : 1

Tidak setuju (TS) : 2

Sangat tidak setuju (STS): 3

Jumlah pernyataan dalam kuesioner untuk mengukur variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*) sebanyak 28 item, sehingga skor total maksimal

84. Selanjutnya variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*) dikategorikan menjadi 2 kategori, yaitu:

1. Keyakinan kesehatan (*health beliefs*) negatif: skor 0 – 42
2. Keyakinan kesehatan (*health beliefs*) positif: skor 43 – 84

b. Sumber daya keluarga

Pernyataan yang terdapat dalam kuesioner untuk variabel sumber daya keluarga yaitu pernyataan positif. Pilihan jawaban yang disediakan dalam bentuk skala Likert. Skor jawaban disediakan adalah:

Sangat setuju (SS) : 3

Setuju (S) : 2

Tidak setuju (TS) : 1

Sangat tidak setuju (STS): 0

Jumlah pernyataan dalam kuesioner untuk mengukur variabel sumber daya keluarga sebanyak 12 item, sehingga skor total maksimal 36.

Selanjutnya variabel sumber daya keluarga dikategorikan menjadi 2 kategori, yaitu:

1. Tidak memadai : skor 0 – 18

2. Memadai : skor 19 – 36

c. Sumber daya masyarakat/sosial

Pernyataan yang terdapat dalam kuesioner untuk variabel sumber daya masyarakat/sosial adalah dalam bentuk pernyataan positif (*favourable*). Untuk pertanyaan pada komponen kepercayaan terhadap fasilitas yang ada dalam masyarakat, skor jawaban yang disediakan dalam bentuk skala Likert, adalah:

- Sangat percaya diri (SPD) : 5
- Percaya diri (PD) : 4
- Agak percaya diri (APD) : 3
- Jarang percaya diri (JPD) : 2
- Tidak percaya diri (TPD) : 1

Jumlah pernyataan dalam kuesioner untuk mengukur variabel sumber daya masyarakat pada komponen kepercayaan terhadap fasilitas yang ada dalam masyarakat sebanyak 19 item, sehingga skor total maksimal 95.

Selanjutnya variabel sumber daya masyarakat/sosial dikategorikan menjadi 2 kategori, yaitu:

1. Tidak memadai : skor 1 – 47
2. Memadai : skor 48 – 95

Selanjutnya adalah pertanyaan untuk mendapatkan data tambahan berupa pertanyaan tentang komponen kekuatan terbesar yang ada dalam masyarakat, dalam bentuk pernyataan positif sehingga jika responden memberi jawaban centang (√) pada kotak berarti “iya” dan jika tidak memberi tanda centang (√) pada kotak berarti “tidak”. Skor jawaban yang disediakan dalam bentuk dikotomik, yaitu:

- Ya : 1
- Tidak : 0

Jumlah pernyataan dalam kuesioner pada komponen kekuatan terbesar yang ada dalam masyarakat sebanyak 17 item, selanjutnya akan dianalisis dengan persentase sebagai data tambahan untuk mempertajam analisis dan pembahasan.

Pertanyaan pada komponen kelemahan terbesar yang ada dalam masyarakat, dalam bentuk pernyataan negatif sehingga jika responden memberi jawaban centang (√) pada kotak berarti "tidak" dan jika tidak memberi tanda centang (√) pada kotak berarti "ya". Skor jawaban yang disediakan dalam bentuk dikotomik, yaitu:

Ya : 1

Tidak : 0

Jumlah pernyataan dalam kuesioner pada komponen kelemahan terbesar yang ada dalam masyarakat sebanyak 19 item, sehingga skor total maksimal 19, selanjutnya akan dianalisis dengan persentase sebagai data tambahan untuk mempertajam analisis dan pembahasan.

d. Kebutuhan yang dirasakan keluarga

Pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner untuk variabel kebutuhan yang dirasakan keluarga berbentuk pertanyaan positif. Pilihan jawaban yang disediakan dalam bentuk skala Likert. Skor jawaban disediakan adalah:

Tinggi (T) : 1

Rendah (R) : 2

Tidak dibutuhkan (TB) : 3

Tidak tahu (TT) : 4

Jumlah pernyataan dalam kuesioner untuk mengukur variabel kebutuhan yang dirasakan keluarga sebanyak 69 item, sehingga skor total maksimal 276 dan minimal 69. Selanjutnya variabel kebutuhan yang dirasakan keluarga dikategorikan menjadi 2 kategori, yaitu:

1. Kebutuhan tinggi : skor 69 – 172

2. Kebutuhan rendah : skor 173 – 276

e. Evaluasi kebutuhan keluarga

Pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner untuk variabel evaluasi kebutuhan yang dirasakan keluarga berbentuk pertanyaan positif. Pilihan jawaban yang disediakan dalam bentuk skala Likert. Skor jawaban disediakan adalah:

Tinggi (T) : 1

Rendah (R) : 2

Tidak tercapai (TTC) : 3

Tidak tahu (TT) : 4

Jumlah pernyataan dalam kuesioner untuk mengukur variabel evaluasi kebutuhan yang dirasakan keluarga sebanyak 69 item, sehingga skor total maksimal 276 dan minimal 69. Selanjutnya variabel evaluasi kebutuhan yang dirasakan keluarga dikategorikan menjadi 2 kategori, yaitu:

1. Terpenuhi tinggi : skor 69 – 172

2. Terpenuhi rendah : skor 173 – 276

2. Variabel *Dependent*

Pertanyaan dalam kuesioner untuk variabel pemilihan pengobatan tradisional, dalam bentuk pernyataan positif sehingga jika responden memberi jawaban centang (✓) pada kotak berarti “ya” dan jika tidak memberi tanda centang (✓) pada kotak berarti “tidak”. Skor jawaban yang disediakan dalam bentuk dikotomik, yaitu:

1. Ya memilih : 1

2. Tidak memilih : 0

4.7.4 Entry

Jawaban-jawaban yang sudah diberi kode kategori kemudian dimasukkan ke dalam table komputer sesuai dengan tabel SPSS 21.

4.7.5 Cleaning

Data yang telah dimasukkan dilakukan pembersihan data apakah sudah benar atau belum (Setiadi, 2007). Data yang sudah dimasukkan diperiksa kembali sejumlah sampel dari kemungkinan data yang belum di *entry*, data yang sudah di *entry* dilihat lagi apakah ditemukan kesalahan atau tidak. Data hasil *cleaning* didapatkan bahwa tidak ada kesalahan sehingga seluruh data dapat digunakan.

4.8 Analisis Data

Proses analisis data dilakukan terutama untuk menjawab tujuan penelitian. Analisis dilakukan dalam 3 jenis analisis yaitu analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

5.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat terutama untuk melihat proporsi masing-masing variabel baik variabel *independent* (keyakinan kesehatan, sumber daya keluarga, sumber daya masyarakat/social, kebutuhan yang dirasakan, dan evaluasi kebutuhan) maupun variabel *dependent* yaitu pemilihan pengobatan tradisional (jenis pengobat, produk pengobatan tradisional, dan bentuk praktek pengobatan tradisional yang dipilih). Karakteristik responden juga disajikan dalam analisa univariat ini. Gambaran masing-masing variabel disajikan dalam tabel distribusi frekuensi.

5.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh antara variabel keyakinan kesehatan, sumber daya keluarga, sumber daya masyarakat/social, kebutuhan yang dirasakan, dan evaluasi kebutuhan terhadap pemilihan pengobatan tradisional. Analisis bivariat menggunakan uji *chi square* bila memenuhi syarat. Secara rinci, analisis bivariat dalam penelitian ini, sebagaimana digambarkan dalam tabel 4.4 berikut ini.

Tabel 4.4: Analisa Data Bivariat

| No | Variabel | | Jenis Skala | Uji Statistik |
|----|---|----------------------------------|-----------------|-------------------|
| | Independent | Dependent | | |
| 1 | Keyakinan kesehatan | Pemilihan pengobatan tradisional | Nominal-Nominal | <i>Chi Square</i> |
| 2 | Sumber daya keluarga | Pemilihan pengobatan tradisional | Nominal-Nominal | <i>Chi Square</i> |
| 3 | Sumber daya masyarakat/sosial | Pemilihan pengobatan tradisional | Nominal-Nominal | <i>Chi Square</i> |
| 4 | Kebutuhan yang dirasakan oleh keluarga | Pemilihan pengobatan tradisional | Nominal-Nominal | <i>Chi Square</i> |
| 5 | Evaluasi kebutuhan yang dirasakan oleh keluarga | Pemilihan pengobatan tradisional | Nominal-Nominal | <i>Chi Square</i> |

Tingkat kemaknaan (*level of significance*) menggunakan nilai α 0,05.

Sedangkan keputusan uji statistik ditetapkan setelah membandingkan nilai p (*p value*) dengan nilai α , dimana bila $p \leq \alpha$ berarti H_0 ditolak, dan bila $p > \alpha$ berarti H_0 diterima.

5.8.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan untuk melihat pengaruh faktor prediktor yang lebih dominan antara variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*), sumber daya keluarga, sumber daya masyarakat/sosial, kebutuhan yang dirasakan keluarga, dan evaluasi kebutuhan yang dirasakan keluarga terhadap pemilihan pengobatan tradisional untuk mengobati anggota keluarga yang menderita

gangguan jiwa berat adalah uji regresi *logistic* berganda. Uji tersebut digunakan oleh karena variabel *dependent* adalah variabel kategorik dikotomik. Dalam hal ini, pemilihan pengobatan tradisional telah dikelompokkan menjadi kategorik jenisnya tanpa ada perbedaan nilai.

1. Model Logistik

Analisis ini untuk mengetahui variabel mana yang paling berpengaruh yaitu antara variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*), sumber daya keluarga, sumber daya masyarakat/sosial, kebutuhan yang dirasakan keluarga, dan evaluasi kebutuhan yang dirasakan keluarga (variabel *independent*) dengan pemilihan pengobatan tradisional (variabel *dependent*). Uji yang digunakan adalah uji statistik regresi *logistic* berganda, dimana variabel *dependent*-nya berbentuk kategorik yang bersifat dikotom. Uji ini untuk mengetahui urutan yang paling berpengaruh antara variabel *independent* terhadap variabel *dependent*. Rumus yang digunakan adalah:

$$Z = \alpha + \beta^1x^1 + \beta^2x^2 + \dots + \beta^ix^i \text{ (regresi logistik berganda)}$$

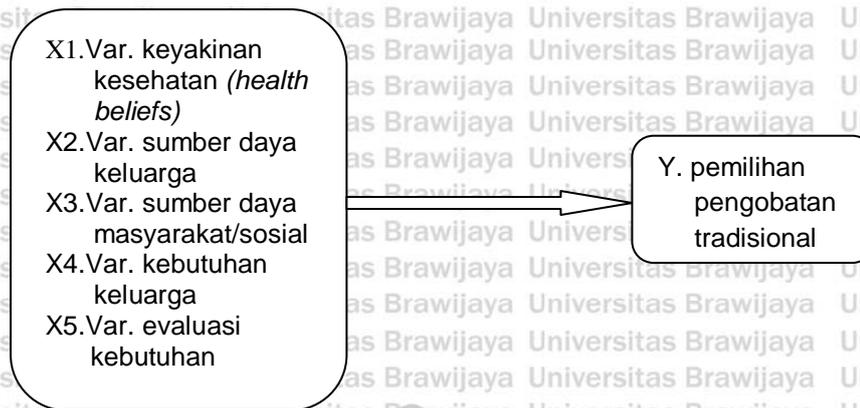
Apabila nilai Z dimasukkan pada fungsi Z maka rumus fungsi Z adalah :

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta^1x^1 + \beta^2x^2 + \dots + \beta^ix^i)}}$$

2. Model Prediksi

Pemodelan ini bertujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel *independent* yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel *dependent*. Model prediksi menggunakan simbol (X) sebagai variabel *independent* yaitu variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*), sumber daya keluarga, sumber daya masyarakat/sosial, kebutuhan yang dirasakan keluarga, dan evaluasi kebutuhan yang dirasakan keluarga, dan simbol (Y) sebagai variabel *dependent* yaitu pemilihan pengobatan tradisional untuk penderita gangguan jiwa.

Bentuk kerangka konsepnya adalah sebagai berikut:



Gambar 4.2 Pemodelan Variabel Prediktor

Pemodelan ini bertujuan untuk mengetahui variabel *independent* mana yang paling berhubungan dengan variabel *dependent*.

3. Prosedur Pemodelan

Prosedur pemodelan dilakukan untuk mendapatkan model regresi yang hemat dan mampu menjelaskan hubungan variabel variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*), sumber daya keluarga, sumber daya masyarakat/sosial, kebutuhan yang dirasakan keluarga, dan evaluasi kebutuhan yang dirasakan keluarga terhadap pemilihan pengobatan tradisional untuk penderita gangguan jiwa berat.

- a. Melakukan analisis bivariat antar masing-masing variabel *independent* dan *dependent*. Hasil uji mempunyai nilai $p < 0,25$ sehingga variabel dikatakan memiliki pengaruh.
- b. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p \text{ value} < 0,25$ dan mengeluarkan variabel yang mempunyai $p \text{ value} > 0,25$.
- c. Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model.

d. Uji Interaksi

Setelah melakukan analisis melalui tahap pemodelan, langkah selanjutnya adalah melakukan uji interaksi pada variabel-variabel *independent* yang diduga secara substansi ada interaksi. Bila hasil uji interaksi $p \text{ value} > 0,05$ berarti tidak ada interaksi antara variabel-variabel yang diuji. Dengan demikian analisis dinyatakan telah selesai sampai pada tahap pemodelan.

4.9 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti telah memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian, antara lain (Nursalam, 2013):

4.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Informed consent merupakan pernyataan kesediaan dari subyek penelitian (responden) untuk diambil datanya dan ikut serta dalam penelitian. Dalam penelitian ini, responden mendapatkan lembar *informed consent* yang berisi penjelasan mengenai tujuan penelitian yang terkait dengan pemilihan pengobatan tradisional untuk penderita gangguan jiwa berat.

4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentialy*)

Kerahasiaan adalah pernyataan jaminan bahwa informasi apapun yang berkaitan dengan responden tidak dilaporkan dan tidak mungkin diakses oleh orang lain selain tim peneliti. Kerahasiaan pada penelitian saat ini dilakukan oleh peneliti dengan cara penggunaan *anonymity* berupa kode responden untuk mendokumentasikan responden yang memiliki anggota keluarga menderita gangguan jiwa berat yang ada di tempat penelitian.

4.9.3 Asas Kemanfaatan

Peneliti menjelaskan manfaat dan resiko yang mungkin terjadi pada perawat yang bekerja di tempat penelitian. Penelitian ini telah dilakukan karena memiliki manfaat yang lebih besar daripada resiko yang akan terjadi. Kegiatan yang berlangsung pada penelitian ini telah mengikuti prosedur yang ada yaitu sesuai dengan tindakan penelitian pada umumnya sehingga saat penelitian berlangsung semua responden merasa nyaman. Penelitian ini tidak menimbulkan resiko apapun, karena tidak melakukan intervensi yang mengancam jiwa.

4.9.4 Keadilan (*Justice*)

Peneliti memberikan kuesioner dengan tidak mengistimewakan responden satu dengan responden yang lain. Peneliti memberikan *reinforcement* positif yaitu ucapan terima kasih sebaik-baiknya kepada semua responden setelah melakukan pengisian kuesioner. Peneliti tidak menghukum responden ketika responden tidak dapat menjawab kuesioner dengan baik.

4.9.5 Kejujuran (*Veracity*)

Kejujuran memberikan rasa percaya dari responden kepada peneliti sehingga responden tidak curiga dan cemas dengan kegiatan penelitian yang dilakukan. Kejujuran pada penelitian ini adalah memberikan informasi secara jujur terkait dengan penelitian, tujuan, dan prosedur penelitian.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Bab ini berisi hasil dan analisa data penelitian tentang “Analisis Faktor yang Mempengaruhi Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Berat Memilih Pengobatan Tradisional di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang”.

Hasil penelitian ini akan diuraikan dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi. Data yang diperoleh dibagi menjadi dua yaitu data umum dan data khusus.

Data umum menyajikan tentang demografi keluarga dan demografi penderita gangguan jiwa berat. Data umum tentang demografi keluarga meliputi umur, suku bangsa, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan per bulan, agama, hubungan dengan penderita, jarak rumah ke puskesmas, transportasi yang digunakan ke puskesmas, jarak rumah ke pelayanan tradisional, dan transportasi yang digunakan ke pelayanan tradisional. Sedangkan data umum tentang demografi penderita gangguan jiwa berat meliputi umur, suku bangsa, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan per bulan, agama, dan lama menderita gangguan jiwa.

Data khusus menyajikan dan membahas tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga memilih pengobatan tradisional untuk penderita gangguan jiwa berat yang terdiri dari variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*), sumber daya keluarga, sumber daya masyarakat/sosial termasuk kekuatan dan kelemahan terbesar dalam masyarakat yang dirasakan keluarga, kebutuhan keluarga, dan evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga, pemilihan pengobatan tradisional yang meliputi jenis pengobat, produk pengobatan, dan praktek pengobatan tradisional yang dilakukan keluarga.

5.1 Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang yang terdiri dari 5 desa, yaitu: Bantur, Bandungrejo, Wonorejo, Sumberbening, dan Srigonco. Penelitian dilakukan pada tanggal 11–14 Juli 2018.

5.2 Analisis Data

Pada bagian ini akan disajikan data tentang analisis deskriptif univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariat faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga penderita gangguan jiwa berat memilih pengobatan tradisional di wilayah kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.

5.2.1 Analisis Univariat

1. Data Umum

Data umum berisi deskripsi tentang demografi keluarga dan penderita gangguan jiwa berat. Demografi keluarga selaku responden diklasifikasikan berdasarkan umur, suku, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, penghasilan per bulan, agama, hubungan dengan penderita, jarak rumah ke puskesmas dan jenis transportasi yang digunakan ke puskesmas, serta jarak rumah ke pelayanan pengobatan tradisional dan jenis transportasi yang digunakan.

Sedangkan demografi penderita gangguan jiwa berat diklasifikasikan berdasarkan umur, suku, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, penghasilan per bulan, agama, dan lama menderita gangguan jiwa.

Tabel 5.1 Demografi Keluarga dan Penderita Gangguan Jiwa Berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kab. Malang

| Karakteristik | Keluarga | | Penderita | |
|------------------------------|-----------|-----|-----------|-----|
| | f | % | f | % |
| Klasifikasi Umur | Mean 47.4 | | Mean 40 | |
| 11-17 (Remaja) | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 18-35 (Dws muda) | 21 | 21 | 42 | 42 |
| 35-60 (Dws tengah) | 60 | 60 | 51 | 51 |
| 60 (Dewasa akhir) | 17 | 17 | 4 | 4 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Suku | | | | |
| Jawa | 94 | 94 | 94 | 94 |
| Madura | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Jenis kelamin | | | | |
| Laki-laki | 33 | 33 | 43 | 43 |
| Perempuan | 67 | 67 | 57 | 57 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Status pernikahan | | | | |
| Belum menikah | 13 | 13 | 46 | 46 |
| Menikah | 74 | 74 | 36 | 36 |
| Duda/janda | 13 | 13 | 18 | 18 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Pendidikan | | | | |
| Tidak tamat SD | 13 | 13 | 16 | 16 |
| SD | 47 | 47 | 48 | 48 |
| SMP | 27 | 27 | 31 | 31 |
| SMA | 11 | 11 | 5 | 5 |
| Perguruan Tinggi | 2 | 2 | | |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Pekerjaan | | | | |
| Buruh tani | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Petani | 54 | 54 | 28 | 28 |
| Serabutan | 14 | 14 | 46 | 46 |
| PNS/TNI/Polri | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Swasta | 13 | 13 | 7 | 7 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Penghasilan per bulan | | | | |
| < 1 juta | 52 | 52 | 56 | 56 |
| 1 juta – 2,574 juta | 48 | 48 | 33 | 33 |
| ≥ 2,575 juta | 0 | 0 | | |
| Lainnya | | | 11 | 11 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Agama | | | | |
| Islam | 87 | 87 | 87 | 87 |
| Kristen | 13 | 13 | 13 | 13 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

| Karakteristik | Keluarga | | Penderita | |
|--|----------|-----|-----------|-----|
| | f | % | f | % |
| Hubungan dengan penderita | | | | |
| Ayah kandung | 10 | 10 | | |
| Ibu kandung | 29 | 29 | | |
| Anak kandung | 10 | 10 | | |
| Saudara kandung | 26 | 26 | | |
| Suami | 8 | 8 | | |
| Isteri | 8 | 8 | | |
| Lainnya | 8 | 8 | | |
| Total | 100 | 100 | | |
| Jarak rumah ke Puskesmas | | | | |
| | Mean 9 | | | |
| 0 – 5 km | 17 | 17 | | |
| 6 – 10 km | 57 | 57 | | |
| 11 – 15 km | 15 | 15 | | |
| >15 km | 11 | 11 | | |
| Total | 100 | 100 | | |
| Transportasi ke Puskesmas | | | | |
| Pribadi | 92 | 92 | | |
| Sewa | 8 | 8 | | |
| Total | 100 | 100 | | |
| Jarak rumah ke pelayanan tradisional | | | | |
| | Mean 9.2 | | | |
| 0 – 5 km | 7 | 7 | | |
| 6 – 10 km | 75 | 75 | | |
| 11 – 15 km | 9 | 9 | | |
| >15 km | 9 | 9 | | |
| Total | 100 | 100 | | |
| Transportasi ke pelayanan tradisional | | | | |
| Pribadi | 48 | 48 | | |
| Angkutan umum | 5 | 5 | | |
| Sewa | 47 | 47 | | |
| Total | 100 | 100 | | |
| Lama menderit gangguan jiwa | | | | |
| | Mean 6 | | | |
| 0 – 6 bulan | | | 4 | 4 |
| 6 – 1 tahun | | | 7 | 7 |
| > 1 – 5 tahun | | | 46 | 46 |
| > 5 tahun | | | 43 | 43 |
| Total | | | 100 | 100 |

Sumber : Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.1, dapat diketahui bahwa dari 100 orang responden, rata-rata berusia 47,4 tahun. Suku bangsa responden sebagian besar Jawa

sebanyak 94 orang (94%), jenis kelamin perempuan sebanyak 67 orang (67%), dengan status pernikahan sebagian besar menikah sebanyak 74 orang (74%).

Dari segi pendidikan formal, sebagian besar responden hanyalah lulusan SD sebanyak 47 orang (47%) dan hanya 2 orang (2%) yang lulusan perguruan tinggi. Pekerjaan responden sebagian besar petani dengan jumlah 54 orang (54%), buruh tani 18 orang (18%), dan hanya 1 orang (1%) yang bekerja sebagai PNS/TNI/Polri. Penghasilan per bulan responden sebagian besar < Rp. 1.000.000,00 sebanyak 52 orang (52%) dan sisanya berpenghasilan antara Rp.1.000.000,00 – Rp. 2.574.000,00 sebanyak 48 orang (48%). Dari data penghasilan ini, diketahui bahwa semua responden berpenghasilan dibawah UMR Kab. Malang.

Agama yang dianut oleh responden di wilayah Kerja Puskesmas Bantur hanya ada 2 macam, yaitu Islam dan Kristen dengan jumlah sebagian besar responden beragama Islam sebanyak 87 orang (87%) dan sisanya Kristen. Hubungan responden dengan penderita gangguan jiwa berat, yang paling banyak adalah ibu kandung 29 orang (29%), disusul saudara kandung 26 orang (26%). Jarak rumah responden ke Puskesmas Bantur rata-rata 9 km dengan transportasi yang paling banyak digunakan adalah kendaraan milik sendiri sebanyak 48 orang (48%) dan hanya 5 orang (5%) yang menggunakan angkutan umum. Sedangkan jarak rumah responden ke pelayanan tradisional rata-rata 9,2 km. Transportasi yang digunakan untuk pergi ke pelayanan tradisional adalah berimbang antara kendaraan milik pribadi sebanyak 48 orang (48%) dan sewa 47 orang (47%).

Demografi penderita gangguan jiwa berat di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur rata-rata berusia 40 tahun, jenis kelamin perempuan sebanyak 57 orang (57%), beragama Islam sebanyak 86 orang (86%), sebagian besar bersuku bangsa Jawa sebanyak 96 orang (96%), dengan status pernikahan yang paling

banyak adalah belum menikah sebanyak 46 orang (46%), tingkat pendidikan yang paling banyak adalah lulusan SD sebanyak 48 orang (48%) dan hanya 5 orang (5%) yang lulusan SMA. Kebanyakan penderita bekerja serabutan sebanyak 46 orang (46%) dan ada 1 orang (1%) yang bekerja sebagai PNS/TNI/Polri, dengan penghasilan per bulan < Rp. 1 juta sebanyak 56 orang (56%). Lama menderita gangguan jiwa berat rata-rata selama 6 tahun.

2. Data Khusus

Data khusus ini berisi hasil analisa univariat variabel *independent* dan *dependent*. Data khusus untuk variabel *independent* terdiri dari lima variabel yaitu variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*), sumber daya keluarga, sumber daya social/masyarakat, kebutuhan keluarga, dan evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga. Sedangkan data khusus untuk variabel *dependent* adalah data tentang pemilihan pengobatan tradisional oleh keluarga penderita gangguan jiwa berat. Semua data tersebut disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi sebagaimana dapat dilihat dalam tabel 5.2 berikut ini:

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Variabel Keyakinan Kesehatan (*Health Beliefs*), Sumber Daya Keluarga, Sumber Daya Sosial, Kebutuhan Keluarga, Evaluasi Pencapaian Kebutuhan dan Variabel Pemilihan Pengobatan Tradisional

| No | Jenis Variabel | Klasifikasi | f | % |
|-----------------------------|-----------------------|---------------|----|----|
| Variabel Independent | | | | |
| 1 | <i>Health beliefs</i> | Negatif | 73 | 73 |
| | | Positif | 27 | 27 |
| 2 | Sumber daya keluarga | Tidak memadai | 29 | 29 |
| | | Memadai | 71 | 71 |
| 3 | Sumber daya sosial | Tidak memadai | 31 | 31 |
| | | Memadai | 69 | 69 |

| No | Jenis Variabel | Klasifikasi | f | % |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------|----|----|
| Variabel Independent | | | | |
| 4 | Kebutuhan keluarga | Kebutuhan tinggi | 30 | 30 |
| | | Kebutuhan rendah | 70 | 70 |
| 5 | Evaluasi pencapaian kebutuhan | Terpenuhi tinggi | 30 | 30 |
| | | Terpenuhi rendah | 70 | 70 |
| Variabel Dependent | | | | |
| 1 | Pemilihan pengobatan tradisional | Tidak memilih tradisional | 49 | 49 |
| | | Memilih tradisional | 51 | 51 |

Sumber : Data Primer, 2018

Dari tabel 5.2. dapat diketahui bahwa dari 100 orang responden (keluarga) penderita gangguan jiwa berat yang diteliti, sebanyak 73 orang (73%) memiliki keyakinan kesehatan negatif sehingga selalu mencari pengobatan tradisional. Dari variabel sumber daya keluarga diketahui bahwa sumber daya keluarga tidak memadai 29 orang (29%) dan 71 orang (71%) yang mengatakan sumber daya keluarga memadai. Dari variabel kebutuhan yang dirasakan oleh keluarga, paling banyak mengatakan kebutuhan rendah sebanyak 70% dan yang mengatakan telah terpenuhi tinggi kebutuhan yaitu sebanyak 30 orang (30%). Hal ini menggambarkan bahwa kehidupan responden sangat sederhana dan tidak memiliki keinginan yang tinggi akan kebutuhan hidupnya, dan mereka merasa sudah cukup dengan pemenuhan kebutuhan selama ini. Untuk sumber daya social, responden mengatakan sebanyak 69% bahwa sumber daya social memadai atau lingkungan mendukung.

Secara lebih rinci, dari 51 orang (51%) yang memilih pengobatan tradisional diketahui jenis pengobat, produk pengobatan, dan praktek pengobatan tradisional yang mereka pilih sebagaimana terlihat dalam tabel 5.3 berikut ini:

Tabel 5.3. Distribusi Frekuensi Jenis, Produk, dan Praktek Pemilihan Pengobatan Tradisional oleh Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Berat

| No | Pemilihan Pengobatan n=51 | Ya | | Tidak | |
|----|---|----|----|-------|----|
| | | f | % | f | % |
| 1 | Jenis pengobat yang dipilih | | | | |
| | Kyai (tokoh agama) | 38 | 75 | 13 | 25 |
| | Dukun | 20 | 40 | 31 | 60 |
| | Peramu obat herbal (<i>herbalist</i>) | 11 | 22 | 40 | 78 |
| | Tukang pijat (<i>massage therapist</i>) | 7 | 14 | 44 | 86 |
| | Tusuk jarum (<i>akupunkturist</i>) | 5 | 9 | 46 | 91 |
| 2 | Produk pengobatan tradisional | | | | |
| | Obat herbal | 21 | 42 | 30 | 58 |
| | Jamu-jamuan | 22 | 44 | 29 | 56 |
| | Aromaterapi | 7 | 14 | 44 | 86 |
| | Gurah | 5 | 10 | 46 | 90 |
| 3 | Praktek pengobatan tradisional | | | | |
| | Doa-doa | 39 | 77 | 12 | 23 |
| | Mantra (jampi-jampi) | 23 | 45 | 28 | 55 |
| | Hipnoterapi | 8 | 15 | 43 | 85 |
| | Meditasi | 6 | 11 | 45 | 89 |
| | Prana | 7 | 13 | 44 | 87 |
| | Tenaga dalam | 7 | 13 | 44 | 87 |

Sumber : Data Primer, 2018

Dari tabel 5.3 dapat diketahui bahwa dari 51 orang responden yang memilih pengobatan tradisional, sebanyak 38 orang (75%) memilih kyai/tokoh agama sebagai jenis pengobat tradisional untuk mengobati anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berat, 20 orang (40%) memilih dukun, dan yang paling sedikit dipilih adalah akupunkturist yaitu hanya 5 orang (9%). Sedangkan dari segi produk pengobatan tradisional yang dipilih paling banyak oleh responden adalah jamu-jamuan yaitu sebanyak 22 orang (44%) disusul produk herbal sebanyak 21 orang (42%). Dari segi praktek pengobatan tradisional, sebanyak 33 orang (77%) responden memilih mempraktekkan doa-doa, disusul mantra/jampi-jampi sebanyak 23 orang (45%), dan yang paling sedikit adalah meditasi 6 orang (11%).

5.2.2 Analisis Bivariat

Tabel 5.4. Pengaruh Variabel Keyakinan Kesehatan (*Health Beliefs*), Sumber Daya Keluarga, Sumber Daya Masyarakat, Kebutuhan yang Keluarga, dan Evaluasi Pencapaian Kebutuhan Keluarga terhadap Pemilihan Pengobatan Tradisional untuk Penderita Gangguan Jiwa Berat

| Variabel Independent | Pemilihan Pengobatan Tradisional | | | | Nilai <i>P</i> | OR | IK 95% | |
|--|----------------------------------|-----|---------|-----|----------------|-------|--------|--------|
| | Tidak Memilih | | Memilih | | | | Min | Maks |
| | n | % | n | % | | | | |
| Keyakinan kesehatan (<i>Health Beliefs</i>) | | | | | | | | |
| Negatif | 42 | 42% | 31 | 31% | 0.005 | 3.871 | 1.456 | 10.292 |
| Positif | 7 | 7% | 20 | 20% | | | | |
| Sumber daya keluarga | | | | | | | | |
| Tidak memadai | 9 | 9% | 20 | 20% | 0.022 | 0.349 | 0.140 | 0.872 |
| Memadai | 40 | 40% | 31 | 31% | | | | |
| Sumber daya sosial | | | | | | | | |
| Tidak memadai | 10 | 10% | 21 | 21% | 0.025 | 0.366 | 0.150 | 0.893 |
| Memadai | 39 | 39% | 30 | 30% | | | | |
| Kebutuhan yang dirasakan keluarga | | | | | | | | |
| Tinggi | 9 | 9% | 21 | 21% | 0.013 | 0.321 | 0.129 | 0.801 |
| Rendah | 40 | 40% | 30 | 30% | | | | |
| Evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga | | | | | | | | |
| Terpenuhi tinggi | 9 | 9% | 21 | 21% | 0.013 | 0.321 | 0.129 | 0.801 |
| Terpenuhi rendah | 40 | 40% | 30 | 30% | | | | |

Sumber : Data primer, 2018

Tabel diatas menjelaskan bahwa korelasi antara variabel *independent* yaitu keyakinan kesehatan (*health beliefs*), sumber daya keluarga, sumber daya sosial, kebutuhan yang dirasakan keluarga, dan evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga memiliki nilai *p value* < 0,05. Hal ini menjelaskan bahwa semua variabel *independent* memiliki pengaruh terhadap variabel *dependent*. Sedangkan dilihat

dari nilai OR yang ditunjukkan dalam tabel terlihat bahwa variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*) memiliki nilai OR yang paling tinggi, hal ini menjelaskan bahwa ikatan antara variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*) dengan variabel pemilihan pengobatan tradisional paling kuat.

5.2.3 Analisa Multivariat

Penelitian ini juga menggunakan analisa multivariat untuk mengetahui tingkat keeratan pengaruh antara variabel *independent* dan variabel *dependent* pada penelitian ini yaitu peneliti memiliki tujuan untuk mengetahui variabel mana yang memiliki pengaruh yang paling erat dengan variabel pemilihan pengobatan tradisional. Pada analisis multivariat ini peneliti menggunakan uji regresi logistik berganda.

1. Melakukan Seleksi Bivariat

Langkah pertama yaitu menentukan apakah tiap variabel *independent* memiliki pengaruh dengan variabel *dependent*. Langkah ini sudah dilakukan di atas dengan menggunakan uji *chi square* dan dari uji *chi square* tersebut ternyata tiap variabel *independent* memiliki pengaruh yaitu dibuktikan dengan nilai *p value* < 0,05. Langkah berikutnya adalah dengan melakukan uji yaitu dengan menggunakan uji regresi logistik berganda, untuk mengetahui tingkat kemaknaan tiap variabel *independent* terhadap variabel *dependent*. Langkah pertama yaitu seleksi bivariat dapat dilihat dalam tabel 5.5 berikut:

Tabel 5.5 Hasil Seleksi Bivariat Variabel yang Mempengaruhi Keluarga Memilih Pengobatan Tradisional

| Variabel | p value* | Odd Ratio |
|--|----------|-----------|
| Keyakinan kesehatan | 0,005 | 3.871 |
| Sumber daya keluarga | 0,022 | 0.349 |
| Sumber daya sosial | 0.025 | 0.366 |
| Kebutuhan keluarga | 0.013 | 0.321 |
| Evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga | 0.013 | 0.321 |

Sumber: Data Primer, 2018

*= p value harus lebih kecil dari 0,05

Seleksi bivariat ini digunakan untuk menentukan apakah variabel yang diteliti mampu untuk dilakukan uji multivariat, sehingga hasil yang diinginkan menjadi tercapai. Cara menentukan apakah variabel tersebut bisa masuk ke tahapan selanjutnya adalah dengan membandingkan nilai *omnibus test* (p value) pada SPSS 21 yaitu 0,25. Kriteria variabel yang dapat dilanjutkan ke tahap yang selanjutnya adalah variabel yang memiliki nilai Sig. pada kolom *block* lebih kecil dari p value yaitu lebih kecil dari 0,25 ($<0,25$). Dari data di atas didapatkan bahwa semua variabel dapat lanjut ketahapan selanjutnya.

2. Melakukan Pemodelan Multivariat

Tahap selanjutnya adalah melakukan pemodelan multivariat. Pada tahap ini dilakukan analisis multivariat dengan memasukkan variabel-variabel yang lolos dari tahap seleksi bivariat dengan menggunakan *logistic regression* yang dapat dilihat pada tabel 5.6 di bawah ini:

Tabel 5.6 Pemodelan Multivariat Regresi Logistik

| Langkah | Variabel | B | Sig. | Exp (B) | 95,0% C.I for Exp (B) | |
|-----------|----------|---------|-------|---------|-----------------------|--------|
| | | | | | lower | upper |
| Langkah 1 | Var 1 | -22.620 | 0.999 | 0,000 | 0.000 | |
| | Var 2 | -21.205 | 0.999 | 0,000 | 0.000 | |
| | Var 3 | 0.164 | 0.920 | 1.178 | 0.047 | 29.486 |
| | Var 4 | 0,164 | 0.920 | 1.178 | 0.047 | 29.486 |
| | Var 5 | -0.447 | 0.721 | 0.640 | 0.55 | 7.409 |
| | Constant | 22.374 | 0.999 | 5.210 | | |
| Langkah 2 | Var 1 | -22.702 | 0.999 | 0,000 | 0.000 | 0.000 |
| | Var 2 | -21.203 | 0.999 | 0,000 | 0.000 | |
| | Var 3 | 0.244 | 0.865 | 1.276 | 0,076 | 21.279 |
| | Var 5 | -0.450 | 0.719 | 0.638 | 0.055 | 7.386 |
| | Constant | 22.459 | 0.999 | 5.671 | | |
| Langkah 3 | Var 1 | -22.709 | 0.999 | 0.000 | 0.000 | |
| | Var 2 | -20.966 | 0.999 | 0.000 | 0.000 | |
| | Var 5 | -.457 | 0.715 | 0.633 | 0.055 | 7.323 |
| | constant | 22.473 | 0.999 | 5.759 | | |
| Langkah 4 | Var 1 | -22.253 | 0.999 | 0.000 | 0.000 | |
| | Var 2 | -20.948 | 0.999 | 0.000 | 0.000 | |
| | constant | 21.998 | 0.999 | 3.577 | | |
| Langkah 5 | Var 1 | -1.354 | 0.007 | 0.258 | 0.097 | 0.687 |
| | constant | 1.050 | 0.017 | 2.857 | | |

Sumber: Data Primer, 2018

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa dari lima variabel yang masuk kedalam pemodelan multivariat, variabel yang memiliki pengaruh yang paling dominan dengan variabel *dependent* adalah variabel kepercayaan kesehatan (*health beliefs*) dengan *p value* 0,007 dengan nilai OR adalah 0,258 (lemah). Hal ini memberi makna bahwa seseorang yang memilih untuk menggunakan pengobatan tradisional dapat disebabkan sebesar 25,8% dikarenakan kepercayaan kesehatannya (*health beliefs*), dan sisanya 74,2% dijelaskan oleh variabel lain yang tidak diteliti.

Persamaan regresi logistik yang diperoleh adalah :

$$Y = \text{Konstanta} + a_1X_1 + a_2X_2 \dots\dots\dots + a_iX_i$$

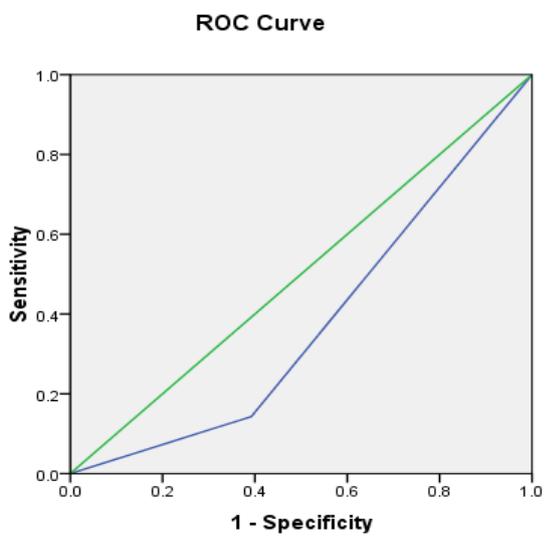
$$Y = 1.050 + -1.354 (\text{health beliefs})$$

Hasil model persamaan ini dapat memperkirakan apakah seseorang akan memilih pengobatan tradisional dilihat dari kepercayaan kesehatannya (*health beliefs*). Arti nilai konstanta adalah apabila tidak ada nilai *trust* atau nilai variabel maka nilai partisipasi seseorang yang akan pergi memilih pengobatan tradisional adalah 1,05 kali lebih besar daripada orang yang kepercayaan kesehatannya (*health beliefs*) positif.

3. Nilai Kualitas Rumus dan Asumsi Regresi Logistik

Kualitas rumus linier yang telah dibuat harus dinilai berdasarkan diskriminasi dan kalibrasi menggunakan *area under curve* (AUC) dan menggunakan metode Hosmer dan Lameshow.

a. Kemampuan Diskriminasi



Diagonal segments are produced by ties.

Dari gambar tersebut *area under curve* (AUC) memiliki nilai 0,375 dimana nilai ini memiliki makna bahwa persamaan yang dihasilkan 37,5%. Artinya rumus yang dihasilkan mampu menjelaskan 37,5% alasan kenapa seseorang memilih pengobatan tradisional. Secara klinis peneliti memang menginginkan kemampuan diskriminasi adalah kurang dari 50%, hal ini dikarenakan penelitian ini tidak dapat digeneralisir dan memiliki ruang lingkup tersendiri.

b. Kemampuan Kalibrasi

Kemampuan kalibrasi dapat dilihat dari nilai Hosmer dan Lameshow, dimana nilai Hosmer dan Lameshow *test* menunjukkan angka 0,852 hal ini memiliki arti bahwa persamaan sudah terkalibrasi dengan baik.



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas hasil analisis data penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga memilih pengobatan tradisional untuk penderita gangguan jiwa berat di wilayah kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.

6.1 Pembahasan

6.1.1 Pengaruh Keyakinan Kesehatan (*Health Beliefs*) dengan Pemilihan Pengobatan Tradisional

Hasil analisis bivariat menggunakan uji *chi square* didapatkan ada pengaruh yang signifikan secara statistik antara variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*) dengan keputusan memilih pengobatan tradisional dengan *p value* 0,005 atau lebih kecil dari 0,05. Nilai OR didapatkan nilai sebesar 3,871 menunjukkan bahwa arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi kuat. Hasil ini menjelaskan bahwa semakin positif kepercayaan kesehatan seseorang maka seseorang akan semakin tidak memilih pengobatan tradisional. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Albashtawy, Gharaibeh, Alhalaiqa, Batiha, Freij, Saifan, Al Awamreh, Hamadneh, Al Kloub, dan Khamaiseh (2016) yang menjelaskan bahwa persepsi dan pola pikir seseorang terkait dengan pelayanan kesehatan akan mempengaruhi keputusan seseorang mencari pelayanan kesehatan. Penelitian lain juga menjelaskan bahwa perilaku negatif dalam hal ini perilaku mencari pelayanan kesehatan yang negatif menarik seseorang untuk mencari pengobatan dan penyembuhan alternatif (Browne, Thomson, Rockloff, dan Pennycook (2015) dan juga menjelaskan bahwa pengobatan komplementer

dan pengobatan alternatif biasanya menjanjikan penyembuhan yang cepat dan tidak jarang memberikan janji bisa lebih cepat dalam mendapatkan kesembuhan.

Bila dilihat dari jenis pengobat tradisional yang dipilih oleh 51 orang (51%) responden, sebanyak 38 orang (75%) memilih kyai atau tokoh agama dan 20 orang (40%) memilih dukun. Dari data tersebut juga dapat diketahui bahwa ada beberapa responden yang memilih dua-duanya (kyai maupun dukun). Praktek pengobatan tradisional yang mereka aplikasikan setelah berobat ke kyai/tokoh agama maupun dukun adalah dengan menerapkan apa yang disampaikan oleh pengobat tradisional tersebut yaitu dengan do'a-do'a (70%) dan mantra atau jampi-jampi (45%). Hal ini kemungkinan ada kaitannya dengan agama yang dianut oleh responden dimana 87% beragama Islam dan mereka sangat percaya bahwa tokoh agama mereka atau dukun mempunyai kekuatan untuk menyembuhkan gangguan jiwa berat yang diderita anggota keluarganya. Dari fakta dan teori maka peneliti dapat menarik benang merah yaitu memang terkait dengan pola mencari pelayanan kesehatan terutama di wilayah kerja Puskesmas Bantur Kab. Malang yang masih memegang adat istiadat serta budaya yang kental maka sulit untuk percaya pada pengobatan medis yang membutuhkan waktu lama dan tidak jarang membutuhkan jumlah biaya yang tinggi. Hal ini bisa diindikasikan sebagai kepercayaan kesehatan (*health beliefs*) yang negatif.

6.1.2 Pengaruh Sumber Daya Keluarga dengan Pemilihan Pengobatan Tradisional

Pengaruh ditunjukkan oleh analisis bivariat menggunakan *chi square* dengan hasil bermakna secara statistik ($p\ value = 0,022$) antara sumber daya keluarga dengan keputusan memilih pengobatan tradisional. Nilai *odd ratio* antara variabel ini adalah 0,349. Nilai ini menunjukkan ada pengaruh yang cukup dan positif antara kedua variabel ini, yaitu jika sumber daya keluarga semakin

memadai maka semakin sedikit seseorang mencari pelayanan kesehatan tradisional.

Sumber daya keluarga berupa dukungan sosial pada keluarga, budaya, keyakinan agama, kondisi ekonomi, dan ketersediaan fasilitas kesehatan dapat diketahui dari data dimana 94% responden bersuku Jawa, dengan pekerjaan 54% petani dengan penghasilan per bulan semuanya masih di bawah UMR Kab.

Malang yang berjumlah Rp. 2.575.000,00 (52% berpenghasilan < Rp. 1.000.000,00 dan 48% berpenghasilan antara Rp. 1.000.000,00-Rp. 2.574.000,00/bulan). Dari data tersebut menggambarkan kondisi ekonomi responden tergolong masih rendah sehingga mereka kebanyakan memilih pengobatan tradisional yang tidak mematok tarif tertentu.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh *Committee on Children with Disabilities* yang menjelaskan bahwa peran keluarga dalam pengobatan anggota keluarga pada anak dengan penyakit kronis menjadi penting, sehingga dukungan untuk mencari pelayanan kesehatan yang baik menjadi besar. Hal ini tentu akan berbanding terbalik dengan pasien gangguan jiwa berat yang memiliki keluarga tanpa sumber daya yang cukup sehingga mencari pengobatan alternatif menjadi hal yang utama untuk bisa menyembuhkan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat tersebut.

Alasan lain kenapa keluarga cenderung memilih pengobatan tradisional, dijelaskan oleh Akins, Angkustiri, dan Hansen (2010) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa keluarga cenderung tidak tahu pengobatan yang benar dan keluarga merasa frustrasi terhadap kondisi pasien sehingga keluarga merasa meskipun dirawat di rumah sakit atau pelayanan kesehatan yang baik tetap saja penyakitnya tidak akan sembuh.

6.1.3 Pengaruh Sumber Daya Sosial/Masyarakat dengan Pemilihan Pengobatan Tradisional

Pengaruh ditunjukkan oleh analisis bivariat menggunakan *chi square* dengan hasil bermakna secara statistik (p value = 0,025) antara sumber daya sosial/masyarakat dengan keputusan memilih pengobatan tradisional. Nilai *odd ratio* antara variabel ini adalah 0,366. Nilai ini menunjukkan ada pengaruh yang cukup dan positif antara kedua variabel ini, yaitu jika sumber daya sosial/masyarakat semakin memadai maka semakin sedikit seseorang mencari pelayanan kesehatan tradisional. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hayes, Hawthorne, Farhall, O'Hanlon, dan Harvey (2015) yang menjelaskan dukungan sosial yang baik akan memberikan alternatif pilihan kesehatan yang baik pula sehingga pasien dan keluarga cenderung menghindari pengobatan tradisional, dan apabila sumber daya sosial/masyarakat tidak memadai dalam dukungan maupun pengetahuan maka biasanya saran yang diberikan adalah cenderung untuk memilih pengobatan tradisional/alternatif daripada pengobatan kesehatan ke pelayanan kesehatan yang benar. Namun berbeda halnya dengan masyarakat sosial yang masih kental akan budayanya sehingga meskipun dukungan sosialnya baik maka tentu pengobatan alternatif akan menjadi pilihan utama.

6.1.4 Pengaruh Kebutuhan yang Dirasakan Keluarga dengan Pemilihan Pengobatan Tradisional

Pengaruh ditunjukkan oleh analisis bivariat menggunakan *chi square* dengan hasil bermakna secara statistik (p value = 0,013) antara kebutuhan yang dirasakan keluarga dengan keputusan memilih pengobatan tradisional. Nilai *odd ratio* antara variabel ini adalah 0,321. Nilai ini menunjukkan ada pengaruh yang cukup dan positif antara kedua variabel ini, yaitu semakin tinggi kebutuhan

keluarga maka semakin tinggi pula keluarga tersebut untuk mencari pengobatan alternatif bagi anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mc. Farlane (2016) yang menjelaskan bahwa tingkat ekonomi seseorang mempengaruhi pilihannya dalam mengambil keputusan pelayanan kesehatan. Hal ini dikarenakan karena prioritas lebih kepada kebutuhan keluarga lain sehingga dana yang akan digunakan untuk pengobatan anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat menjadi berkurang, maka janji dari pengobatan alternatif yang menjanjikan penyembuhan dengan cepat dan dana yang sedikit menjadi pilihan utama. Hal lain yang mempengaruhi adanya pengaruh antara variabel ini yaitu kondisi pasien gangguan jiwa berat yang merupakan penyakit jiwa yang kronis dan yang tidak bisa sembuh dalam satu waktu, sehingga dibutuhkan waktu dan dana yang banyak, tentu hal ini menjadi salah satu alasan kenapa keluarga memilih pengobatan tradisional.

6.1.5 Pengaruh Evaluasi Pencapaian Kebutuhan Keluarga dengan Pemilihan Pengobatan Tradisional

Pengaruh ditunjukkan oleh analisis bivariat menggunakan *chi square* yang hasilnya bermakna secara statistik (p value = 0,013) antara kebutuhan yang dirasakan keluarga dengan keputusan memilih pengobatan tradisional. Nilai *odd ratio* antara variabel ini adalah 0,321. Nilai ini menunjukkan ada pengaruh yang cukup dan positif antara kedua variabel ini, yaitu jika hasil evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga terpenuhi tinggi maka lebih sedikit keluarga yang membawa keluarga pada pengobatan tradisional alternatif. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Shamsaei, Cheraghi, dan Bashirian (2015) yang menjelaskan bahwa kebutuhan keluarga yang sudah terpenuhi maka akan banyak hal yang dapat dilakukan dimana salah satunya yaitu memberikan pengobatan yang tepat pada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa

berat. Namun apabila evaluasi kebutuhan masih belum terpenuhi tentu dalam hal pengobatan anggota keluarga yang membutuhkan waktu dan uang untuk pengobatan akan menjadi hal yang tidak diprioritaskan sehingga pemilihan pengobatan alternatif menjadi hal yang paling rasional dipilih untuk dapat menyembuhkan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat.

6.1.6 Variabel yang Paling Dominan Pengaruhnya terhadap Pemilihan Pengobatan Tradisional

Berdasarkan pada hasil analisa multivariat dengan menggunakan regresi logistik yang digunakan untuk menganalisa faktor yang paling berpengaruh terhadap variabel dependent. Pengaruh variabel tersebut, kita dapat membuat sebuah pemodelan pengaruh terkait antara variabel *independent* dan variabel *dependent*. Pemodelan yang dapat dijadikan acuan awal untuk menentukan apakah seseorang akan memilih pengobatan tradisional atau tidak.

Model pengaruh ini didasarkan pada realita di lapangan, ketika seseorang memiliki kepercayaan kesehatan (*health beliefs*) negative, yang berarti bahwa seseorang tersebut lebih percaya kepada pengobatan tradisional maka seseorang tersebut akan cenderung memilih pengobatan tradisional. Penelitian terkait pengaruh faktor di atas diteliti oleh Nurwening (2012) dengan hasil penelitiannya menjelaskan bahwa persepsi, dan pola pikir seseorang akan mempengaruhi pemilihan pelayanan kesehatan apa yang akan dilakukan. Alasan lain kenapa variabel kepercayaan kesehatan (*health beliefs*) menjadi faktor yang paling berpengaruh yaitu variabel kepercayaan kesehatan (*health beliefs*) di dalam model *health beliefs* dijelaskan oleh Becker and Maiman (2014) dalam teori *Health Beliefs Model*-nya menjelaskan bahwa keputusan seseorang dipengaruhi oleh *valence* dan *subjective probability*. *Valence* sendiri dalam teori dikatakan sebagai nilai yang ditetapkan oleh seseorang baik dipengaruhi oleh

individu itu sendiri, keluarga ataupun lingkungan. Hal inilah yang menjadi dasar bagaimana seseorang melakukan keputusan dalam memilih pengobatan. Hal lain yang dijelaskan adalah *subjective probability*, *subjective probability* adalah ekspektasi seseorang yang didasari oleh pengalaman atau sesuatu yang diharapkan sehingga mempengaruhi penilaian seseorang terhadap pilihannya. Hal ini bisa didasari pada pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman ini akan memberikan pengaruh terhadap peluang seseorang memilih pelayanan kesehatan.

6.2 Implikasi Penelitian

6.2.1 Implikasi Teoritis

Hasil penelitian ini memberi hasil berupa persamaan yang dapat digunakan untuk memberikan acuan awal apakah seseorang tersebut akan memilih pengobatan tradisional atau tidak, meskipun dilihat dari OR persamaan ini hanya mampu memprediksi 25,8% pada seseorang yang ingin memilih pengobatan tradisional

6.2.2 Implikasi Praktis

Implikasi praktis dari hasil penelitian ini adalah dapat dijadikan acuan untuk mengambil kebijakan terkait dengan pelayanan kesehatan bagi penderita gangguan jiwa berat di wilayah kerja Puskesmas Bantur. Hal-hal yang dapat dilakukan oleh pihak yang berwenang adalah memberikan *health education* (penyuluhan kesehatan) lebih intens agar keluarga penderita gangguan jiwa berat memiliki persepsi dan keyakinan yang positif sehingga dapat memilih pengobatan yang benar dan tepat. Pemilihan pengobatan yang benar dan tepat tentu akan berdampak pada proses penyembuhan yang optimal sehingga

sehingga dapat mengurangi beban akibat ketidakproduktifan penderita gangguan jiwa berat.

6.7 Keterbatasan Penelitian

Lokasi penelitian ini berada di wilayah yang jauh dari keramaian atau pusat kota. Lokasi rumah responden banyak yang sulit dijangkau dengan kendaraan roda empat, hanya dapat dijangkau dengan kendaraan roda dua dengan kondisi jalan tanah berbatu dan seringkali juga akses jalan menuju rumahnya harus dijangkau dengan berjalan kaki. Hal ini menyebabkan peneliti memerlukan bantuan kader kesehatan sebagai enumerator sehingga tidak bisa menemui responden secara langsung.



BAB 7

KESIMPULAN

7.1 Kesimpulan

Dari hasil analisis data dan pembahasan hasil penelitian dengan judul Analisis Faktor yang Mempengaruhi Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Berat Memilih Pengobatan Tradisional di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang, dapat disimpulkan bahwa:

1. Ada pengaruh variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*) keluarga terhadap pemilihan pengobatan tradisional dengan kekuatan korelasi kuat dimana semakin positif keyakinan kesehatan (*health beliefs*) maka semakin tidak memilih pengobatan tradisional untuk anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berat.
2. Ada pengaruh variabel sumber daya keluarga terhadap pemilihan pengobatan tradisional dengan kekuatan korelasi cukup dimana semakin memadai sumber daya keluarga maka semakin tidak memilih pengobatan tradisional untuk anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berat.
3. Ada pengaruh variabel sumber daya sosial/masyarakat terhadap pemilihan pengobatan tradisional dengan kekuatan korelasi cukup dimana semakin memadai sumber daya sosial/masyarakat maka semakin tidak memilih pengobatan tradisional untuk anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berat.
4. Ada pengaruh variabel kebutuhan keluarga terhadap pemilihan pengobatan tradisional dengan kekuatan korelasi cukup dimana semakin rendah kebutuhan keluarga maka semakin tidak memilih pengobatan tradisional untuk anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berat.

5. Ada pengaruh variabel evaluasi pencapaian kebutuhan keluarga terhadap pemilihan pengobatan tradisional dengan kekuatan korelasi cukup dimana semakin tinggi terpenuhi kebutuhan keluarga maka semakin tidak memilih pengobatan tradisional untuk anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berat.
6. Variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional yaitu variabel keyakinan kesehatan (*health beliefs*) dengan kekuatan korelasi kuat.

7.2 Saran

1. Agar pihak institusi pelayanan kesehatan/puskesmas memberikan *health education* (penyuluhan kesehatan) lebih intens agar keluarga penderita gangguan jiwa berat memiliki persepsi dan keyakinan yang positif sehingga dapat memilih pengobatan yang benar dan tepat. Pemilihan pengobatan yang benar dan tepat tentu akan berdampak pada proses penyembuhan yang optimal sehingga dapat mengurangi beban akibat ketidakproduktifan penderita gangguan jiwa berat.
2. Perlunya penambahan tenaga medis profesional (psikiater dan perawat jiwa) di Puskesmas Bantur untuk menangani banyaknya jumlah penderita gangguan jiwa agar mendapatkan penanganan yang tepat dan dapat melakukan upaya pencegahan agar jumlah penderita tidak bertambah lagi. Karena terbatasnya jumlah petugas kesehatan jiwa maka diperlukan jumlah kader kesehatan jiwa yang lebih banyak lagi agar dapat membantu memberikan perawatan dan mengontrol obat psikofarma yang diresepkan, hal ini karena interaksi keluarga dengan penderita seringkali sulit karena kondisi penderita gangguan jiwa yang berat. Seringkali penderita tidak mau minum obat jika tidak

didatangi secara langsung oleh perawat kesehatan jiwa dari puskesmas atau obat dari puskesmas sudah habis tetapi keluarga tidak sempat mengontrolkan penderita karena berbagai alasan.

3. Agar pihak Puskesmas menjalin kerjasama lintas sektoral, misalnya dengan Dinas Sosial dalam upaya rehabilitasi penderita gangguan jiwa dengan memberikan pelatihan keterampilan yang nantinya dapat dijadikan bekal dalam bekerja dan bisa menghasilkan secara ekonomi untuk menopang kehidupan sehari-harinya. Selain itu bisa menjalin kerjasama dengan institusi pendidikan sehingga bisa ditempatkan mahasiswa dalam program PKL atau KKN dengan fokus penanganan pada penderita gangguan jiwa di masyarakat.



DAFTAR PUSTAKA

- Akins, R. Scott; Angkustiri, Kathy; and Hansen, L. Robbin. (2010). Complementary and Alternative Medicine in Autism: An Evidence-Based Approach to Negotiating Safe and Efficacious Interventions with Families. *The Journal of The American Society for Experimental Neurotherapeutics*. Vol 1, 307-319. July 2010.
- Albashtawy, M.; Gharaibeh, H.; Alhalaiqa, F.; Batiha, M.; Freij, M.; Saifan, A.; Al Awamreh, K.; Hamadneh, S.; Al Kloub, M.; and Khamaiseh, A. (2016). The Health Belief Model's Impact on The Use of Complementary and Alternative Medicine by Parents or Guardians of Children with Cancer. *Iran J Public Health Journal*. Vol 45 No. 5 May. <http://ijph.tums.ac.ir> (Diakses 15 Juni 2017 Jam 08.43).
- Andarmoyo, S. (2012). *Keperawatan Keluarga, Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Azwar, S. (2011) *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Becker, M. and Maiman, L.A. (2014). The Health Beliefs Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. *Journal Health Education Monographs*. Vol. 2 No.2 2014.
- Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat. (2016). *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Brody, E.B. (2008). Pengaruh Kebudayaan Terhadap Pemahaman Dan Pelayanan Masyarakat. (online), available: <http://www.rsilawang.com>, (Diakses 16 Mei 2017 Jam 12.01)
- Browne, M.; Thomson, P.; Rockloff, MJ.; and Pennycook, G. (2015). Going Against The Herd: Psychological and Cultural Factors Underlying The Vaccination Confidence Gap. *Plos One Journal*. 10(9):e0132562.doi:10.1371.1-14. m.browne@cqu.edu.au (Diakses 15 Juni 2017 Jam 08.43).
- Colorado Community Health Work. (2014). Social Determinants of Health (SDH) Needs Assessment Survey. <http://C:/Social-Determinants-of-Health-Needs-Assessment-Survey.pdf>.
- Committee on Children with Disabilities. (2010). Counseling Families who choose Complementary and Alternative Medicine for Their Child with Chronic Illness or Disability. *Journal of The American Academy of Pediatrics*. Vol. 107 No. 3. March <http://pediatrics.aapublication.org/content/107/3/598>.

Concha, M.; Villar, M.E.; and Azevedo, L. (2014) Health Beliefs Toolkit. Covian Consulting, University of South Florida. [http://C:/Health Belief Toolkit.pdf](http://C:/Health%20Belief%20Toolkit.pdf).

Dewi, W.I. dan Candra, N.K. (2012). Perilaku Keluarga dalam Mencari Pertolongan Kesehatan bagi Anggota Keluarganya yang Mengalami Gangguan Jiwa. Bali: Poltekkes Denpasar.

Friedman (2010). Keperawatan Keluarga, Teori dan Praktek. Edisi 5. Jakarta: EGC.

Gitawati, R. (2009). Pemanfaatan Pengobat Tradisional oleh Masyarakat. Jurnal Kefarmasian Indo. Vol I No.1: 10-12

Hawari, Dadang. (2012). Skizofrenia, Pendekatan Holistik Bio-Psiko-Sosial-Spiritual. Edisi ke-3. Jakarta: Badan Penerbit FK UI.

Hayes, L.; Hawthorne, G.; Farhall, J.; O'Hanlon, B. and Harvey, C. (2015). Quality of Life and Social Isolation Among Caregivers of Adults with Schizophrenia: Policy and Outcomes. *Community Mental Health Journal*. 51:591-597 DOI 10.1007/s10597-015-9848-66. (Diakses 15 Juni 2017 Jam 08.50).

James, C. A. B and Peltzer, K. (2012). Traditional and Alternative Therapy for Mental Illness in Jamaica: Patient's Conceptions and Practitioner's Attitudes. *Traditional Complementer Alternative Medicine Journal*. 9(1):94-104. <http://dx.doi.org/10.4314/ajtcam.v9i1.14> (Diakses 15 Juni 2017 Jam 08.43).

Jayakumara. (2009). Kegilaan: Antara Kita dan Mereka, (online), available: <http://saradbali.com/edisi106/lipsus.htm>. (Diakses 16 Mei 2017 Jam 12 23)

Kaplan I.H and Sadock J.B. (2010). Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. Editor: Kusuma W. Jilid II. Tangerang: Binarupa Aksara Publisher.

Keliat, Budi Anna; Akemat; Helena, Novy; dan Nurhaeni, Heny. (2013). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN Basic Course. Jakarta: EGC.

Kembaren, L. (2009). Psikoedukasi Keluarga Pada Pasien Skizofrenia, (online), available: <http://www.google.com>. (Diakses 16 Mei 2017 Jam 12 29).

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1073/Menkes/SK/VII/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional.

Leach, M.J. (2013). Profile of The Complementary and Alternative Medicine Workforce Across Australia, New Zealand, Canada, United States, and United Kingdom. *Journal Complementary Therapies in Medicine*. Vol 21 p. 364-378. Churchill Livingstone.

Maramis, F.W. dan Maramis, A.A. (2009). Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press.

Maslim, Rusdi. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-V*. Cetakan II. Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya. Jakarta: PT Nuh Jaya.

McFarlane, William R. (2016). Family Intervention for Schizophrenia and The Psychoses: A Review. *Family Process Journal* 1-23 Vol. x No. x doi: 10.1111/fam.12235. <http://mcfarw@mmc.org> (Diakses 15 Juni 2017 Jam 10.30).

Medina, Jr.,M. and Panganiban, T. A. C. (2011). Family Resource Study: Family Resource, Family Function, and Caregiver Strain in Childhood Cancer. *Asia Pacific Family Medicine Journal*. 10.14. <http://www.apfmi.com/content/10/1/14>. (Diakses 15 Juni 2017 Jam 10.21).

Medina, M. Jr (2011). SCREEM Family Resources Survey (SCREEM-RES). The Section of Supportive Hospice and Palliative Medicine University of the Philippines. <http://C:/SCREEM-RES%20DESCRIPTION%201.pdf>

Nelwan, A. (2013). Pemanfaatan Pengobatan Alternatif Komplementer yang Baik dan Benar. <http://deteksidini.wordpress.com/2013/05/30/pemanfaatan-pengobatan-alternatif-komplementer-yang-baik-dan-benar>. (Diakses 15 Mei 2017 Jam 11.21).

Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.

Nurwening, S.W. (2012). Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Pemanfaatan Poli Obat Tradisional Indonesia di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soetomo Surabaya. Tesis. FKM UI.

Peltzer, K. (2016). The International Questionnaire to Measure Use of Complementary and Alternative Medicine (I-CAM-Q). *BMC Complementary and Alternative Medicine Journal* 16:92. doi: 10.1186/s12906-016-1078-0. <http://C:/UtilisasiCAM.pdf>.

Peltzer, K. (2016). The Utilization of Traditional, Complementary and Alternative Medicine for Non Communicable Diseases and Mental Disorder in Health Care Patients in Cambodia, Thailand, and Vietnam. *BMC Complementary and Alternative Medicine Journal*. 16:92. doi: 10.1186/s12906-016-1078-0. <http://creativecommons.org>. (Diakses 15 Juni 2017 Jam 08.55).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1109/Menkes/PER/X/2007 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer-Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 90 Tahun 2013 tentang Sentra Pengembangan dan Penerapan Pengobatan Tradisional.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional.

Permana, Meda. (2012). Penggunaan Pengobatan Alternatif dalam Proses Penyembuhan Penyakit (Studi Pengguna Pengobatan Alternatif di Bogor). Tesis. Jakarta: FISIP UI.

Perry, A.P dan Potter, G.A. (2009). Fundamental of Nursing. Fundamental Keperawatan. Editor: Sjabana, D. Edisi VII Volume 1. Jakarta: Salemba Medika.

Prins, M. (2008). Health Beliefs an Perceived Need For Mental Health Care of Anxiety and Depression-The Patient's Perspective Explored. *Clinical Psychology Review*. doi: 10.1016/j.cpr.2008.02.009. <http://www.nivel.eu>.

SANE Research. 2009. Stigma, The Media and Mental Illness. www.sane.org. (Diakses tanggal 5 Desember 2013 Pukul 03.00).

Setiadi. (2013). Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan. Edisi 2. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Shaikh, B.T. and Hatcher, J. (2015). Complementary and Alternative Medicine in Pakistan: Prospects and Limitations. *Journal. Evid Based Complement Alternat Med*. Jun.2(2):139-142. DOI: 10.1093/ecam/neh088

Shamsaei, F.; Cheraghi, F.; and Bashirian, S. (2015). Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. *Iranian Journal Psychiatry*. 10.4.: 239-245 <http://ijps.tums.ac.ir>

Sugiyono. (2012). Metodologi Penelitian Kesehatan. Bandung: CV Alfabeta.

Tan. Chunjiang, et al. (2013). Chinese Medicine for Mental Disorder and its Applications in Psychosomatic Diseases. *Altern Ther Health Med Journal*. 18(2):59-69 Jan/Feb 2013. Vol. 19. No.1. copyright.com. alternative-therapies.com (Diakses 16 Mei 2017 Jam 18.43). [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Chinese-Medicine-for-Mental-Disorder-and-its-Applications-in-Psychosomatic-Diseases-191_ATM_p59_69tan\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Chinese-Medicine-for-Mental-Disorder-and-its-Applications-in-Psychosomatic-Diseases-191_ATM_p59_69tan(1).pdf).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

World Health Organization. (2013). Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva, Switzerland: World Health Organization

