PENGARUH TERAPI SUPPORTIF KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN GANGGUAN JIWA DI KECAMATAN TEMPURAN KABUPATEN MAGELANG

SKRIPSI

PITOYO

17.0603.0095

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2019

PENGARUH TERAPI SUPPORTIF KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN GANGGUAN JIWA DI KECAMATAN TEMPURAN KABUPATEN MAGELANG

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

PITOYO
17.0603.0095

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2019

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi

PENGARUH TERAPI SUPPORTIF KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN GANGGUAN JIWA DI KECAMATAN TEMPURAN KABUPATEN MAGELANG

Telah direvisi dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi
Program Studi Strata I Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 17 Februari 2020

Pembimbing I

Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M. Kep.

NIDN. 0613097601

Pembimbing II

Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep.

NIDN. 0602067801

Universitas Muhammadiyah Magelang

LEMBAR PENGESAHAN

Proposal skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Pitoyo
NPM : 17.0603.0095
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Pengaruh Terapi Supportif Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Gangguan Jiwa di Kecamatan Tempuran Kabupaten Magelang.

Telah berhasil di pertahankan di hadapan Dewan Penguji dan di terima sebagai bagian persyaratan yang di perlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang

Mengetahui
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang
Dekan

(Puguh Widiyanto, S. Kp., M. Kep)
NIDN. 0621027203

DEWAN PENGUJI

Penguji I : Ns. Prio, M.Kep (.....)

Penguji II : Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M. Kep. (.....)

Penguji III : Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep. (.....)

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : 17 Februari 2020

Universitas Muhammadiyah Magelang

Universitas Muhammadiyah Magelang

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala resiko/sanksi yang berlaku.

Nama : Pitoyo
NPM : 17.0603.0095
Tanggal : 27 April 2019

Pitoyo
17.0603.0095

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Magelang, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	: Pitoyo
NPM	: 17.0603.0095
Program Studi	: S-1 Ilmu Keperawatan
Fakultas	: Ilmu Kesehatan
Jenis Karya	: Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Magelang **Hak Bebas *Royalti Non-Eksklusif (Non-Exclusive-Royalty-Free-Right)*** atas karya ilmiah saya yang berjudul : Pengaruh Terapi Supportif Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Gangguan Jiwa di Kecamatan Tempuran Kabupaten Magelang beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas *Royalty Non Exclusive* ini Universitas Muhammadiyah Magelang berhak menyiman, mengalih media/rofmatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Magelang

Pada tanggal : 23 Desember 2019

Yang menyatakan

(Pitoyo)

17.0603.0095

Nama : Pitoyo
Program Studi : S-1 Ilmu Keperawatan
Judul : Pengaruh Terapi Supportif Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Gangguan Jiwa di Kecamatan Tempuran Kabupaten Magelang

Abstrak

Latar Belakang: Pasien gangguan jiwa yang kurang patuh minum obat suatu saat akan mengalami kekambuhan apabila tidak ditangani dan diobati dengan tepat. Terjadinya kekambuhan pada penderita ganguan jiwa tentu akan merugikan dan membahayakan pasien, keluarga dan masyarakat. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa. **Metode:** penelitian ini menggunakan desain *Quasy Experimental group pre test and post test design with control group* dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 74 orang (37 kelompok intervensi dan 37 kelompok kontrol). Instrumen yang digunakan adalah kuesioner *Medication Adherence Rating Scale (MARS) For The Psychoses* Oleh Katherine Thompson (1999). Data diolah menggunakan uji statistik *Paired sampel T-test*. **Hasil penelitian:** menunjukkan bahwa rata-rata usia keluarga adalah 56 tahun dengan mayoritas berjenis kelamin perempuan. Setelah intervensi tingkat kepatuhan menjadi kategori tinggi dalam rentang 5-7. Terdapat pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa ($p < 0,05$). Uji yang digunakan untuk karakteristik keluarga menggunakan *Independent T-test* dan *Chi Square*, sedangkan uji pengaruh terapi menggunakan uji *Paired T-test* dengan hasil signifikansi 0,000. **Kesimpulan:** terapi supportif keluarga mampu meningkatkan kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa di Kecamatan Tempuran Kabupaten Magelang secara bermakna.

Kata Kunci (*keywords*) : Terapi Supportif Keluarga, Kepatuhan Minum Obat, Gangguan Jiwa.

Name : Pitoyo
Study Program : Bachelor Nursing Science
Title : The Effect of Family Supporting Therapy on Compliance in Taking Medication for Mental Disorders Patients in Tempuran District, Magelang Regency

Abstract

Background: Patients with mental disorders who are not compliant to take medication when going to spend relapse spend and resolve appropriately. The recurrence in people with mental disorders will certainly harm and endanger the patient, family and community. **Purpose**: This study discusses the effect of supportive family therapy on taking medication for people with mental disorders. **Method**: this study used the Quasy Experimental Design of the Pre Test and Post Test designs with the Control Group with the sampling technique using purposive sampling with a total sample of 74 people (37 intervention groups and 37 control groups). The instrument used was a *Medication Adherence Rating Scale (MARS) For The Psychoses* for Katherine Thompson (1999). Data were processed using Paired Sample T-test statistical tests**. Results**: The average family age was 56 years with the contribution of female sex. There is a therapeutic effect that supports the family to the therapy of mental patients ($p < 0.05$). Tests used for family characteristics use the Independent T-test and Chi Square, while the therapeutic test uses the Paired T-test with a significance result of 0,000. **Conclusion**: family support therapy can improve taking mental patient medication in Tempuran District, Magelang Regency as a whole.

Keywords : Family Supporting Therapy, Compliance in Taking Medication, Mental Disorders Patients

HALAMAN PERSEMBAHAN

Kupersembahkan Skirpsi ini kepada :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan berkah & rahmat yang luar biasa kepadaku ... Alhamdulillah ya Allah SWT
2. Kepada orang tuaku tercinta, ayahku Alm. Bapak Warsono dan Ibukku, Ibu Tri Rahayu yang telah memberikan kasih sayang yang tak terhingga dan selalu mendoakan serta mendidik keberhasilanku ... You Are The Best Parents :*
3. Ibu Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep dan Ibu Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep yang telah memberikan bimbingan kepadaku dalam menyelesaikan Skripsi ini ...
4. Teman - teman Terbaikku (Panggiring, Andi, Lis, Nay, Ret) terima kasih atas support yang selalu kalian berikan.
5. Teman - teman Paralel Angkatan 2018 ... SUKSES ...
6. Dan semua orang yang telah membantu terselesaikannya skripsi ini terima kasih banyak yah :*
7. Almamater yang kubanggakan

Motto :

" MAN JADDA WAJADA "

" Sesungguhnya sesudah kesulitasn itu ada kemudahan, maka apabila sudah selesai pada suatu urusan, kerjakanlah urusan lainnya yang sungguh-sungguh, dan kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap. (QS. Al-Insyirah : 6-8)"

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul "Pengaruh Terapi Supportif Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Gangguan Jiwa di Kecamatan Tempuran Kabupaten Magelang". Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan, pada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Puguh Widiyanto, S. Kp., M. Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Sigit Priyanto, M. Kep., selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M. Kep., selaku Pembimbing I yang banyak memberikan bimbingan ilmiah, masukan dan nasehat pada penulis semoga Allah memberikan balasan yang setimpal untuknya.
4. Ns. Retna Tri Astuti, S. Kep., M.Kep., selaku Pembimbing II yang banyak memberikan bimbingan ilmiah, masukan, semangat dan nasehat pada penulis semoga Allah memberikan balasan yang setimpal untuknya.
5. Seluruh staf dan dosen Program Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang secara langsung banyak memberikan ilmu kepada penulis selama menjalani pendidikan.
6. Orang tua dan saudara yang penulis cintai yang telah memberikan dukungan serta doa yang tiada hentinya kepada penulis dalam membuat skripsi ini.

7. Teman – temanku seperjuangan mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah berkontribusi dalam penyelesaian proposal skripsi ini.

Dengan segala keterbatasan dalam pembuatan skripsi ini, penulis telah berusaha agar skripsi ini dapat mendekati sempurna. Penulis menyadari skripsi ini masih belum sempurna, sehingga penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun guna perbaikan skripsi ini.

Magelang, 23 Desember 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI v
ABSTRAK vi
HALAMAN PERSEMBAHAN viii
KATA PENGANTAR ix
DAFTAR ISI xi
DAFTAR TABEL xiii
DAFTAR SKEMA i
BAB 1 PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang Masalah 1
1.2 Rumusan Masalah 5
1.3 Tujuan Penelitian 5
1.4 Manfaat Penelitian 6
1.5 Ruang Lingkup Penelitian 7
1.6 Keaslian Penelitian 7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 9
2.1 Gangguan Jiwa 9
2.2 Kepatuhan Minum Obat 20
2.3 Keluarga 25
2.4 Terapi Suportif Keluarga 29
2.5 Kerangka Teori 40
2.6 Hipotesis 41
BAB 3 METODE PENELITIAN 42
3.1 Desain Penelitian 42
3.2 Kerangka Konsep 43
3.3 Definisi Operasional Penelitian 44

3.4 Populasi dan Sampel 46
3.5 Waktu dan Tempat 49
3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data 50
3.7 Metode Pengolahan Data dan Analisa Data 53
3.8 Uji Validitas dan Realibilitas Kuesioner 56
3.9 Etika Penelitian 57
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN 75
5.1 Simpulan 75
5.2 Saran 76
DAFTAR PUSTAKA 77

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....7
Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian.....45
Tabel 3.2 Distribusi Populasi Pasien Gangguan Jiwa di Kecamatan Tempuran.....46
Tabel 3 Analisis Ketersediaan Karakteristik Responden.3.....55
Tabel 3.4 Analisis Variabel Dependen dan Independen.....56

DAFTAR SKEMA

Bagan 2.1 Pengaruh Terapi Suportif Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Derpresi 40
Skema 3.1 Rancangan Penelitian 43
Skema 3.2 Kerangka Konsep 44

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Setiap orang memiliki dinamika kehidupan yang berubah dari waktu ke waktu dan tentunya berbeda antara satu orang dengan orang dengan orang yang lain. Manusia berkembang mulai dari masa bayi, masa awal anak-anak, masa pertengahan dan akhir anak-anak, masa remaja, masa awal dewasa, masa pertengahan dewasa, masa akhir dewasa, dan *death and dying* (Santrock, 2017). Pada setiap tahap perkembangan tersebut, setiap orang akan mempunyai permasalahan tersendiri sebagai tugas dalam perkembangannya. Seseorang yang tidak bisa menyelesaikan tugas perkembangannya akan mengalami hambatan dalam perkembangannya kelak. Seseorang yang berhasil melewati tugas perkembangan serta dapat melewati perubahan yang ada dalam lingkungan hidupnya akan di *survive* dan apabila mengalami masalah dalam perkembangan dirinya serta mengalami masalah dalam menghadapi lingkungannya baik dalam keluarga, masyarakat, maupun *peer group*nya. Kurangnya pengertian, perhatian dan kasih sayang akan membuatnya melakukan perilaku yang menyimpang dari kebiasaan atau melanggar hukum dan tidak sedikit pula yang mengalami gangguan jiwa (Potter & Perry, 2010).

Masalah gangguan jiwa di dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius dan menjadi masalah kesehatan global (Suwardiman, 2011). Hal ini dibuktikan dengan penderita gangguan jiwa mengalami peningkatan yang signifikan setiap tahun di berbagai belahan dunia. Hampir 465 juta jiwa di dunia menderita masalah kesehatan jiwa dan gangguan perilaku, namun banyak masyarakat yang tidak mengetahui tentang gangguan jiwa secara jelas (WHO, 2015). Kesehatan jiwa dalam Undang-Undang RI No. 18 Tahun 2014 dapat dikatakan sebagai kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kasus gangguan jiwa di

Indonesia oleh pemerintah disebut dengan fenomena gunung es dimana menurut Ikrar (2014) data ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa) pada pelayanan kesehatan hanya digambarkan pada puncak gunung es dari seluruh kasus gangguan jiwa yang ada di masyarakat (Ubaidillah, 2017).

Penderita gangguan jiwa berdasarkan *National Institoef Mental Health*, prevalensi gangguan jiwa diseluruh dunia sekitar 1,3% dari populasi diatas usia 8 tahun atau sekitar 53 juta orang di dunia menderita gangguan jiwa. Prevalensi gangguan jiwa di Negara berkembang dan Negara maju relatif sama, sekitar 21% dari jumlah penduduk orang dewasa (Kokurcan et al., 2015). Peningkatan angka kejadian gangguan jiwa di Indonesia juga dibuktikan dari hasil data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 berdasarkan proporsi rumah tangga dengan anggota rumah tangga dengan skizofrenia/psikosis menurut provinsi (per mil) dari tahun 2013 sampai 2018. Hasil menyebutkan bahwa di tahun 2013 terdapat sebanyak 1,7 % angka dengan gangguan jiwa dirumah tangga meningkat sampai ditahun 2018 menjadi 7% angka dengan gangguan jiwa dirumah tangga. Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur ≥ 15 tahun di tahun 2013 sejumlah 6 % dan di tahun 2018 mencapai 9,8 % atau sebanyak 19,2 juta orang. Sedangkan untuk prevalensi gangguan jiwa pada penduduk ≥ 15 tahun ditahun 2018 sebanyak 6,1 % dan hanya 9 % penderita yang minum obat / menjalani pengobatan medis. Sedangkan di Kabupaten Magelang terutama diwilayah Puskesmas Tempuran terdapat 109 pasien yang mengalami gangguan jiwa yang terbagi di 54 dusun di kecamatan Tempuran.

Penanganan pasien dengan gangguan jiwa yang dilakukan secara rutin akan membuat pasien dapat mengendalikan rangsangan emosi dan pikiran. Cara yang dapat dilakukan dengan beberapa hal diantaranya, dukungan keluarga, dukungan masyarakat, layanan kesehatan jiwa yang memadai dan tanggap terhadap kesehatan jiwa, dan pengobatan secara rutin, akan tetapi penanganan tersebut masih terhalang suatu permasalahan dimana masih banyak pasien gangguan jiwa yang tidak patuh minum obat. Pasien gangguan jiwa yang tidak patuh terhadap

pengobatan suatu saat akan mengalami kekambuhan apabila tidak ditangani dan diobati dengan tepat. Kekambuhan biasanya terjadi karena adanya kejadian-kejadian buruk sebelum mereka kambuh dan juga dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya faktor internal dan faktor eksternal. Pada faktor eksternal kekambuhan dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya dukungan keluarga, kepatuhan minum obat, dukungan petugas kesehatan. Dengan kurangnya dukungan dan perhatian keluarga, maka penderita merasa dirinya terasingkan dan juga merasa rendah diri dan akan memicu terjadinya kekambuhan berulang pada penderita gangguan jiwa tersebut (Suprayitno, 2015).

Terjadinya kekambuhan pada penderita ganguan jiwa tentu akan merugikan dan membahayakan pasien, keluarga dan masyarakat. Jika hal tersebut terjadi masyarakat akan menganggap bahwa gangguan yang diderita pasien tersebut tidak bisa disembuhkan lagi. Keluargapun akan dirugikan dari segi materi karena jika pasien mengalami rehospitalisasi atau kembali mengalami rawat inap di Rumah Sakit Jiwa maka akan banyak biaya yang harus dikeluarkan untuk pengobatan (Amelia, 2013). Pengobatan yang teratur, adanya dukungan dari keluarga dan dukungan dari petugas kesehatan, besar kemungkinan klien dapat bersosialisasi dan memiliki aktifitas seperti orang normal dengan demikian prevalensi kekambuhan pasien dapat berkurang ataupun pasien tidak kambuh karena proses pengobatan sesuai dengan aturannya (Suprayitno, 2015). Salah satu cara untuk mencegah kekambuhan pada penderita gangguan jiwa yaitu dengan melakukan program pengobatan rutin dengan patuh meminum obat secara rutin, akan tetapi sebagian besar penderita gangguan jiwa memiliki perilaku tidak patuh meminum obat (Stuart, 2013).

Upaya untuk menangani perilaku tidak patuh meminum obat atau melakukan pengobatan Menurut Stuart (2013) langkah penanganan yang dapat dilakukan yaitu dengan bersama-sama mengembangkan dan menerapkan teknik pengaturan gejala yang mencegah kekambuhan dan mempromosikan. Pada gangguan jiwa kronis diperkirakan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama, dan 70%

pada tahun kedua. Penanganan masalah gangguan jiwa memerlukan pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif, holistik dan paripurna. Penanganan bagi penderita gangguan jiwa harus dilakukan oleh keluarga dan masyarakat. Keluarga berperan sebagai *caregiver* dianggap sebagai pihak yang seharusnya mendapatkan informasi pertama tentang diagnosa atau masalah yang sedang dialami oleh anggota keluarganya (Byme, Ounningham & Sloper, 1998 dalam Harahap, 2005 dalam Dewi, dkk., 2012).

Intervensi yang dapat dilakukan oleh keluarga untuk menjaga dan mempertahankan kepatuhan pengobatan pada pasien gangguan jiwa dapat dilakukan dengan beberapa psikoterapi keluarga dari berbagai literature terdiri dari *Psychotherapy Group, Family Therapy, Family Education, Self Help Group* (Videbeck, 2008), *Supportive Group* (Rockland, 1993 dan Stuart, 2013); Teschinsky, 2000 dalam Videbeck, 2008), dan *Multiple Family Therapy* (Anderson, dkk., 1986 dalam Bell, dkk., 1997 dalam Wahyuningsih, 2011). Berbagai psikoterapi yang berguna dalam mengoptimalkan keterlibatan keluarga dalam merawat gangguan fisik, terapi supportif (*Supportive Group*) merupakan alternatif yang ditujukan untuk meningkatkan keluarga menjadi *support system*. Berdasarkan penelitian Hasmilasari (2010) dan Hernawati (2009) dalam Hidayati (2011), tentang pemberian terapi supportif, anggota keluarga mendapatkan efek positif berupa peningkatan kognitif yang berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita gangguan jiwa.

Terapi supportif termasuk salah satu model psikoterapi yang biasanya sering digunakan dimasyarakat (keluarga) dan di Rumah Sakit. *Supportive Group* merupakan terapi yang diorganisasikan untuk membantu anggota saling bertukar pengalaman mengenai masalah tertentu agar dapat meningkatkan kopingnya. *Supportive Group* digunakan untuk memberikan dukungan, fokus untuk pemulihan, aksi sosial termasuk kebijakan organisasi, memberikan motivasi dan perubahan perilaku individu. Dalam penelitian Klingberg, dkk (2010) mengungkapkan terapi suportif digunakan sebagai terapi pendukung agar dapat

mengendalikan elemen-elemen non spesifik dari kontak terapi. Sehingga peneliti tertarik untuk meneliti pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa di Kecamatan Tempuran Kabupaten Magelang.

1.2 Rumusan Masalah

Masalah gangguan jiwa di dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius dan menjadi masalah kesehatan global (Suwardiman, 2011). Hal ini dibuktikan dengan penderita gangguan jiwa mengalami peningkatan yang signifikan setiap tahun di berbagai belahan dunia. Prevalensi gangguan jiwa pada penduduk ≥ 15 tahun ditahun 2018 sebanyak 6,1 % dan hanya 9 % penderita yang minum obat/ menjalani pengobatan medis (RISKESDAS, 2018). Di kabupaten Magelang sendiri terutama di wilayah Puskesmas Tempuran terdapat 109 pasien yang mengalami gangguan jiwa yang terbagi di 54 dusun di kecamatan Tempuran.

Pasien gangguan jiwa yang kurang patuh minum obat suatu saat akan mengalami kekambuhan apabila tidak ditangani dan diobati dengan tepat. Terjadinya kekambuhan pada penderita ganguan jiwa tentu akan merugikan dan membahayakan pasien, keluarga dan masyarakat (Amelia, 2013). Intervensi yang dapat dilakukan oleh keluarga untuk menjaga dan mempertahankan kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa dapat dilakukan dengan beberapa psikoterapi keluarga yaitu terapi supportif (*Supportive Group*). Sehingga dalam penelitian ini, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dalam hal pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Utama

Setelah dilakukan penelitian akan diketahui pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

1.3.2.1 Mengidentifikasi karakteristik responden keluarga di Wilayah Puskemas Tempuran.

1.3.2.2 Mengidentifikasi kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa, pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

1.3.2.3 Mengidentifikasi pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa sebelum dan setelah pada kelompok intervensi

1.3.2.4 Mengidentifikasi pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa sebelum dan setelah pada kelompok kontrol.

1.3.2.5 Mengidentifikasi pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat sebelum dan setelah pada kelompok kontrol dan intervensi.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi semua pihak yang terkait dalam pengembangan pelayanan keperawatan. Manfaat penelitian meliputi :

1.4.1. Bagi responden, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan info mengenai pentingnya terapi supportif keluarga dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa.

1.4.2. Bagi peneliti, sebagai sarana menerapkan ilmu yang didapat, menambah wawasan serta pengetahuan penulis tentang terapi supportif group keluarga dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa.

1.4.3. Bagi instansi pendidikan, sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya bagi mahasiswa dalam mengembangkan asuhan keperawatan tentang terapi supportif keluarga agar dapat meningkatkan kepatuhan minum obat pasien deangan gangguan jiwa.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

1.5.1. Lingkup Masalah

Permasalahan dalam penelitian ini adalah pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa.

1.5.2. Lingkup Subjek

Subjek dalam penelitian ini adalah keluarga yang mengalami memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa dengan permasalahan dalam kepatuhan minum obat sehingga mampu memotivasi keluarga untuk meningkatkan kemampuan dalam memberikan dukungan untuk minum obat.

1.5.3. Lingkup Tempat dan Waktu

Penelitian dilaksanakan di Wilayah Puskesmas Tempuran.

1.6 Keaslian Penelitian

Berbagai penelitian yang telah dilakukan terkait pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa, yaitu :

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	Anjas Surtiningrum, 2011	Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Pada Klien Isolasi Sosial di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang	Desain penelitian ini adalah "*Quasi experimental pre-post test with control group"*. Sampel penelitian yang digunakan adalah seluruh klien isolasi sosial yang memenuhi kriteria inklusi di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang dengan jumlah 61 responden yang terdiri dari 30 responden intervensi dan 31 responden kelompok kontrol yang keduanya dilakukan *pre-test* dan *post-test*. Teknik pengambilan sample menggunakan *purposive sampling.* Instrumen penelitian kemampuan bersosialisasi pada klien dengan Isolasi Sosial adalah modifikasi kuesioner kemampuan kognitif dan psikomotor	Hasil penelitian ini membuktikan adanya pengaruh terpi supotrtif yang signifikan terhadap perubahan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi. Disarankan terapi suportif digunakan sebagai terapi keperawatan dalam merawat klien isolasi sosial.	Perbedaan dari penelitian yang akan dilakukan yaitu dari sampel yang digunakan untuk penelitian adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang sedang dalam masa pengobatan. Desain penelitian menggunakan *Quasy experimental pre-post test with control group*, dengan intervensi suportif keluarga. Dengan uji statistik menggunakan uji *Paired t-test*.

			yang dikembangkan menggunakan skala likert (1-4) dengan rentang nilai 4-68 dan 2 jenis item pertanyaan yaitu *favourable* dan *unfavourable*.		
2.	Desty Emilyani, 2014	Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemandirian Pasien Skizofrenia Yang Mengalami Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Jiwa Propinsi NTB	Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *Pra eksperiment* dengan besar sampel 9 orang pasien yang di rawat di Ruang Dahlia Rumah Sakit Jiwa Propinsi NTB yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Analisa data menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan taraf signifikansi $\alpha < 0,05$.	Hasil dari penelitian ini adalah hasil *Wilcoxon signed Rank Test* sebelum dan setelah pemerian terapi suportif pada kelompok perlakuan memiliki p = 0,002 menunjukkan adanya pengaruh terapi suportif pada kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri.	Perbedaan dari penelitian yang akan dilakukan yaitu dari sampel yang digunakan untuk penelitian adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang sedang dalam masa pengobatan. Desain penelitian menggunakan *Quasy experimental pre-post test with control group*, dengan intervensi suportif keluarga. Dengan uji statistik menggunakan uji *Paired t-test*.
3.	Mohammad Tutus Prasetyo, 2016	Pengaruh Terapi Suportif : Kelompok Terhadap Kepatuhan Minum Obat Klien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.	Desain penelitian ini adalah penelitian *Pre-experimental* dengan menggunakan design *one group pretest and postest*. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan tekni *purposive sampling* dengan jumlah sampe sebanyak 20 responden. Hasil analisa data dengan menggunakan uji *dependent t-test*.	Hasil akhir penelitian di dapatkan pengaruh yang signifikan terhadap perlakuan terapi suportif group (*p-value* = 0,000).	Perbedaan dari penelitian yang akan dilakukan yaitu dari sampel yang digunakan untuk penelitian adalah keluarga dengan gangguan jiwa yang sedang dalam masa pengobatan. Desain penelitian menggunakan *Quasy experimental pre-post test with control group*.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gangguan Jiwa

2.1.1 Pengertian Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) didalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Yusuf, 2015). Gangguan jiwa merupakan deskripsi sindrom dengan variasi penyebab. Banyak yang belum diketahui dengan pasti dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis. Pada umumnya ditandai adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar atau tumpul (Yusuf, 2015).

Gangguan jiwa merupakan suatu sindrom atau pola psikologis atau perilaku yang penting secara klinis yang terjadi pada seseorang yang dikaitkan dengan adanya distress dan disabilitas (*American Psychiatric Association* dalam Videbeck, 2008). Gangguan jiwa dikaitkan dengan adanya distress (kelainan) antara lain dapat berupa rasa nyeri, tidak nyaman, tidak tentram, terganggu, dan disfungsi organ tubuh dan disabilitas (hambatan) dalam aktifitas kehidupan sehari-hari yang diperlukan untuk perawatan diri dan kelangsungan hidup (Maslim, 2001 dalam Halida, 2015). Gangguan jiwa adalah gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, dan persepsi (penangkapan panca indera). Gangguan jiwa dianggap sebagai sebuah kelakukan klinis atau sindrom psikologi yang disebabkan oleh distress, ketidakmampuan, atau resiko akibat penderitaan atau kehilangan anggota tubuh (Varcarolis, 2010). Berdasarkan beberapa pendapat menurut ahli tentang definisi ODGJ, maka dapat disimpulkan bahwa ODGJ adalah gangguan otak yang terjadi pada seseorang dengan adanya penderitaan dan hambatan yang menonjol ialah gejala-gejala yang patologik dari unsur psikologis yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, dan persepsi.

2.1.2 Penyebab Gangguan Jiwa

Manusia bereaksi secara keseluruhan yaitu somato – psiko – sosial. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, unsur ini harus diperhatikan. Gejala gangguan jiwa yang menonjol adalah unsur psikisnya, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia seutuhnya (Yusuf, 2015).

1. Faktor somatik (somatogenik), yakni akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.
2. Faktor psikologik (psikogenik), yang terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antar saudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga akan memengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. Apabila keadaan ini kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan.
3. Faktor sosial budaya, yang meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.

Menurut Varcarolis (2010) faktor yang dapat menyebabkan gangguan jiwa terdiri dari beberapa unsur penyebab, diantaranya :

1. Ketersediaan sistem pendukung (teman, keluarga, lingkungan)
2. Pengaruh kondisi spiritual/religi
3. Pengaruh keluarga
4. Pengaruh perkembangan mental
5. Status dan sifat kepribadian
6. Letak demografi dan geografi
7. Pengaruh negatif (psikososial stressor, penurunan derajat/kemlaratan, ketidakcukupan dukungan orang tua)
8. Kultur/kepercayaan akan nilai-nilai budaya

9. Kebutuhan kesehatan
10. Pengaruh hormonal
11. Pengaruh biologi
12. Faktor yang tidak diketahui
13. Kondisi lingkungan

2.1.3 Klasifikasi Gangguan Jiwa

Klasifikasi diagnosis gangguan jiwa telah mengalami berbagai penyempurnaan. Pada tahun 1960-an, World Health Organization (WHO) memulai menyusun klasifikasi diagnosis seperti tercantum pada *International Classification of Diseasse* (ICD). Klasifikasi ini masih terus disempurnakan, yang saat ini telah sampai pada edisi ke sepuluh (ICD X). Asosiasi dokter psikiatri Amerika juga telah mengembangkan sistem klasifikasi berdasarkan diagnosis dan manual statistik dari gangguan jiwa (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*—DSM). Saat ini, klasifikasi DSM telah sampai pada edisi DSM-IV-TR yang diterbitkan tahun 2000. Indonesia menggunakan pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ), yang saat ini telah sampai pada PPDGJ III (Yusuf, 2015).

Sistem klasifikasi pada ICD dan DSM menggunakan sistem kategori. ICD menggunakan sistem aksis tunggal (*uniaksis*), yang mencoba menstandarkan diagnosis menggunakan definisi deskriptif dari berbagai sindroma, serta memberikan pertimbangan untuk diagnosis banding. Kriteria diagnosis pada DSM menggunakan sistem multiaksis, yang menggambarkan berbagai gejala yang harus ada agar diagnosis dapat ditegakkan. Multiaksis menurut Videbeck (2008) tersebut meliputi hal sebagai berikut.

1. Aksis I untuk mengindentifikasi semua gangguan jiwa mayor, kecuali retradasi mental dan gangguan kepribadian, seperti depresi, skizofrenia, ansietas, dan gangguan terkait zat.
2. Aksis II untuk melaporkan retradasi mental dan gangguan kepribadian juga gambaran kepribadian maladaptif yang menonjol dan mekanisme pertahanan diri.

3. Aksis III untuk melaporkan kondisi medis terkini yang berpotensi relevan dengan pemahaman atau penatalaksanaan gangguan jiwa individu juga kondisi medis yang berperan dalam membentuk pemahaman individu.
4. Aksis IV untuk melaporkan masalah lingkungan dan psikososial yang dapat mempengaruhi diagnosis, terapi, dan prognosis gangguan jiwa. Yang tercakup adalah masalah dengan kelompok pendukung primer, lingkungan sosial, pendidikan, pekerjaan, pemukiman, ekonomi, akses ke perawatan kesehatan dan sistem hukum.
5. Aksis V menyajikan *Global Assesment of Functioning (GAF)* yang menilai fungsi psikologis individu secara keseluruhan pada skala 0 sampai 100. Aksis ini menggambarkan pengkajian klinis tentang tingkat fungsi individu saat ini dan fungsi sebelumnya juga diberi nilai (misalnya, GAF tertinggi tahun lalu atau GAF enam bulan yang lalu).

Menurut Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia (PPDGJ) pada awalnya disusun berdasarkan berbagai klasifikasi pada DSM, tetapi pada PPDGJ III ini disusun berdasarkan ICD X. Dalam diagnosis multiaksis terdiri atas 5 aksis klasifikasi PPDGJ III meliputi hal berikut :

1. Aksis I : kondisi klinis dan kondisi lain yang menjadi fokus perhatian .

a. F00 – F09 : gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simtomatik).
b. F10 – F19 : gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.
c. F20 – F29 : skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham.
d. F30 – F39 : gangguan suasana perasaan (mood/afektif).
e. F40 – F48 : gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress.
f. F50 – F59 : sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik.
g. F60 – F69 : gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa.
h. F70 – F79 : retardasi mental.
i. F80 – F89 : gangguan perkembangan psikologis.

j. F90 – F98 : gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja.

2. Aksis II : gangguan kepribadian dan retradasi mental klinis.

a. F60 : gangguan kepribadian khas.

b. F61 : gangguan kepribadian campuran.

c. F70 – F79 : RM

3. Aksis III : kondisi medis umum.

Penyakit infeksi dan parasit, neoplasma, serta penyakit susunan saraf.

4. Aksis IV : masalah psikososial dan lingkungan.

Masalah perumahan, ekonomi, pekerjaan, pendidikan, dan sosial.

5. Aksis V : penilaian fungsi secara global.

Ketidakmampuan berat, bahaya mencederai diri, serta ketidakmampuan dalam komunikasi dan daya nilai.

2.1.4 Macam-Macam Gangguan Jiwa

Secara umum gangguan jiwa dapat dibagi menjadi beberapa gangguan menurut pedoman diagnostik dari PPDGJ III (Maslim, 2001 dalam Halida, 2015) adalah sebagai berikut:

a. Gangguan mental organik

Gangguan mental organik adalah gangguan mental yang berkaitan dengan penyakit/gangguan sistemik otak yang dapat didiagnosis tersendiri. Gangguan mental organik meliputi demensia pada penyakit alzheimer, demensia vaskuler, demensia pada penyakit lain, sindrom amnesik organik bukan akibat alkohol dan zat psikoaktif lainnya, delirium bukan akibat alkohol dan zat psikoaktif lainnya, gangguan mental lainnya akibat kerusakan dan disfungsi otak dan penyakit fisik, dan gangguan kepribadian dan perilaku akibat penyakit, kerusakan, dan disfungsi otak.

b. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif

Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif adalah gangguan yang bervariasi dan berbeda keparahannya yang diakibatkan oleh penggunaan satu atau lebih zat psikoaktif. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat

psikoaktif meliputi gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol, opioda, kanabinoida, sedativa atau hipnotika, kokain, stimulasi lain termasuk kafein, halusinogenika, tembakau, pelarut yang mudah menguap, dan zat multipel serta zat psikoaktif lainnya.

c. Skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham menetap

Skizofrenia adalah sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Gangguan skizotipal adalah gangguan yang ditandai dengan perilaku atau penampilan yang aneh, eksentrik, hubungan sosial yang buruk, menarik diri dari pergaulan sosial dan kecurigaan atau ide ide paranoid. Gangguan waham menetap adalah gangguan waham yang berlangsung lama.

d. Gangguan suasana perasaan

Gangguan suasana perasaan adalah perubahan suasana perasaan biasanya karena depresi. Gangguan suasana perasaan meliputi episode manik, gangguan afektif bipolar, episode depresif, gangguan depresif berulang.

e. Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress

Gangguan ini dikelompokkan menjadi satu dengan alasan bahwa dalam sejarahnya ada hubungan dengan perkembangan konsep neurosis dan berbagai kemungkinan penyebab psikologis. Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress meliputi gangguan ansietas fobik, gangguan ansietas lainnya, gangguan obsesif kompulsif, reaksi terhadap stress berat dan gangguan penyesuaian, gangguan disosiatif, gangguan somatoform dan neurotik lainnya.

f. Sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologi dan faktor fisik

Sindrom ini meliputi gangguan makan, gangguan tidur non organik, disfungsi seksual bukan disebabkan oleh gangguan atau penyakit organik, gangguan mental dan perilaku yang berhubungan dengan masa nifas, dan penyalahgunaan zat yang tidak menyebabkan ketergantungan.

g. Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa

Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa adalah ekspresi dari pola hidup yang berkembang sejak dini dari masa pertumbuhan dan perkembangan.

Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa meliputi gangguan kepribadian khas, gangguan kepribadian campuran, perubahan kepribadian yang berlangsung lama yang tidak diakibatkan oleh kerusakan atau penyakit otak, gangguan kebiasaan dan implus, gangguan identitas jenis kelamin, gangguan preferensi seksual, gangguan psikologi dan perilaku yang berhubungan dengan perkembangan dan orientasi seksual.

h. Retardasi mental

Retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap yang terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya. Retardasi mental meliputi retardasi mental ringan, sedang, berat dan sangat berat.

i. Gangguan perkembangan psikologis

Gangguan perkembangan psikologis adalah keterlambatan perkembangan fungsi biologis dari susunan saraf pusat. Gangguan perkembangan psikologis meliputi gangguan perkembangan khas berbicara dan berbahasa, gangguan perkembangan belajar khas, gangguan perkembangan motorik khas, gangguan perkembangan khas campuran dan gangguan perkembangan pervasif.

j. Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja

Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja meliputi gangguan hiperkinetik, gangguan tingkah laku, gangguan campuran tingkah laku dan emosi, gangguan emosional dengan onset khas pada masa kanak-kanak dan gangguan fungsi sosial dengan onset khas pada masa kanak dan remaja.

2.1.5 Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Tanda dan gejala gangguan jiwa menurut Baihaqi *et al.* (2005) dalam Halida (2015), adalah sebagai berikut.

a. Gangguan persepsi

Persepsi adalah sensasi yang disertai pengertian. Sensasi adalah kesadaran akan adanya suatu rangsang. Sensasi sama dengan penginderaan. Semua rangsangan

masuk kedalam diri melalui panca indera, yang kemudian diteruskan ke otak sehingga rangsangan dapat dirasakan. Persepsi adalah pemahaman atau pengertian tentang rangsangan karena ada interaksi dengan rangsangan lainnya atau rangsangan yang telah dipahami sebelumnya.

b. Gangguan perhatian

Perhatian adalah pemusatan tenaga psikis pada suatu objek. Perhatian berkaitan dengan kesadaran dan ingatan serta sering disebut dengan konsentrasi.

c. Gangguan ingatan

Ingatan (kenangan, memori) adalah kemampuan individu untuk menerima, menyimpan, dan memproduksi kembali informasi atau kesan-kesan. Kemampuan individu untuk menyimpan informasi dapat bersifat permanen tergantung pada kebutuhan. Ada kalanya penyimpanan hanya berlangsung dalam beberapa detik atau dapat disimpan sepanjang kehidupan.

d. Gangguan orientasi

Orientasi dapat diartikan sebagai kemampuan mengetahui posisi dirinya dalam hubungannya dengan waktu, tempat, dan benda-benda tertentu di sekelilingnya. Disorientasi berarti ketidaksanggupan seseorang untuk mengetahui posisi dirinya dalam hubungannya dengan waktu, tempat, dan benda-benda tertentu dilingkungannya.

e. Gangguan berpikir

Berpikir dapat diartikan sebagai aktifitas meletakkan hubungan antara bagian-bagian pengetahuan. Berpikir meliputi proses pertimbangan, pemahaman, dan penalaran.

f. Gangguan kesadaran

Kesadaran adalah keadaan yang menunjukkan bahwa seseorang mampu mengerti dan menyadari sekelilingnya berdasarkan waktu, tempat, dan keadaan secara umum. Kesadaran sendiri merupakan bagian kecil dari aspek kejiwaaan manusia yang menentukan perilaku seseorang.

g. Gangguan emosi

Emosi dapat terjadi pada saat manusia berinteraksi dengan lingkungan dan merupakan hasil upaya untuk beradaptasi dengan lingkungannya. Emosi tampak

dalam ekspresi wajah, seperti marah, cemas, ketakutan, perasaan berdosa, malu, kesedihan, cemburu, iri hati, kebahagiaan, bangga dan harapan.

h. Gangguan psikomotor

Gangguan psikomotor disebut juga gangguan motorik, konasi atau gerakan. Gangguan psikomotor berarti gangguan-gangguan yang berhubungan dengan gerak tubuh. Gerak tubuh manusia dipengaruhi oleh aspek kejiwaan artinya semua gerakan akibat dari kekuatan-kekuatan atau dorongan yang bekerja dari dalam diri.

2.1.6 Penatalaksanaan Pasien Gangguan Jiwa

Penatalaksanaan bagi pasien gangguan jiwa adalah sebagai berikut:

a. Terapi psikofarmaka

Terapi psikofarmaka atau psikotropik, yaitu pemberian obat-obatan yang mempunyai efek terapeutik langsung pada proses mental ODGJ karena obat dapat bekerja langsung pada otak. Terapi psikofarmaka untuk mengatasi ODGJ menurut Videbeck (2008) adalah sebagai berikut :

1. Antipsikotik

Antipsikotik dikenal sebagai neuroleptik digunakan untuk mengobati gejala psikosis, misalnya waham dan halusinasi. Antipsikotik merupakan terapi medis utama untuk skizofrenia dan juga digunakan dalam episode psikotik mania akut, depresi psikotik dan psikosis akibat penggunaan obat. Obat *Neuroleptika* meliputi taxilan, leponex, taractan, anatensol, dan sebagainya.

2. Antidepresan

Antidepresan terutama digunakan dalam terapi gangguan depresif mayor, gangguan panik dan gangguan ansietas lain, depresi bipolar dan depresi psikotik. Antidepresan berinteraksi dengan dua neurotransmiter, noreepinefrin dan serotonin yang mengatur *mood,* keinginan, perhatian, proses sensori dan nafsu makan. Obat *antidepresant* meliputi tofranil, laroxyl, tryptanol, marplan, lithium karbonat, dan sebagainya.

3. Obat penstabil *mood*

Obat penstabil *mood* digunakan untuk mengobati gangguan afektif bipolar dengan menstabilkan *mood* anggota keluarga, menghindari atau meminimalkan tinggi rendah *mood* yang mencirikan gangguan bipolar dan mengobati episode akut mania. Litium adalah penstabil *mood* yang baik dan beberapa antikonvulsan terutama karbamazepin dan asam valproat merupakan penstabil *mood* yang efektif.

4. Antiansietas (ansiolitik)

Antiansietas digunakan untuk mengobati ansietas dan gangguan ansietas, insomnia, OCD, depresi, gangguan stres pascatrauma dan putus alkohol. Benzodiazepin terbukti merupakan obat yang paling efektif dalam mengurangi ansietas.

5. Stimulan

Stimulan digunakan untuk mengatasi gangguan hiperaktivitas/defisit perhatian pada anak-anak dan remaja, gangguan defisit perhatian pada dewasa dan narkolepsi (serangan rasa kantuk pada siang hari yang tidak diinginkan). Obat-obat utama yang digunakan untuk mengatasi kurang perhatian ialah stimulus SSP ,etilfenidat, pemolin dan dekstroamfetamin.

6. Disulfiram (antabuse)

Disulfiram adalah agen sensitisasi yang menyebabkan reaksi merugikan ketika dicampur dengan alkohol di dalam tubuh. Disulfiram bermanfaat untuk mencegah individu minum alkohol ketika ia mendapat terapi alkoholisme.

b. Terapi somatik

Terapi somatik adalah sebagai berikut :

1. Terapi elektrokonvulsi (ECT)

ECT (*Electro Convulsif Therapie*) adalah bentuk terapi pada ODGJ dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempelkan pada pelipis ODGJ untuk membangkitkan kejang. Indikasi terapi untuk ODGJ depresi pada psikosa manik depresi, skizofrenia stupor katatonik dan gaduh gelisah katatonik.

Kontraindikasi terapi, yaitu pada keadaan lemah, peningkatan intra kranial, gangguan kardiovaskuler, sistem pernafasan dan muskuloskeletal.

2. Restrain

Restrain adalah terapi menggunakan alat-alat mekanik untuk membatasi mobilitas fisik ODGJ. Alat restrain meliputi penggunaan manset untuk pergelangan tangan atau kaki dan kain pengikat. Prinsip intervensi restrain untuk melindungi ODGJ dari cedera fisik dan memberikan lingkungan yang nyaman.

3. Seklusi

Seklusi adalah bentuk terapi dengan mengurung ODGJ dalam ruangan khusus. Indikasi seklusi yaitu ODGJ dengan perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Kontraindikasi dari terapi ini meliputi resiko tinggi bunuh diri, ODGJ dengan gangguan sosial, kebutuhan untuk observasi masalah medis, dan hukuman.

c. Terapi modalitas

Terapi modalitas untuk ODGJ adalah sebagai berikut.

1. Terapi aktifitas kelompok

Terapi aktifitas kelompok adalah metode pengobatan dimana ODGJ dikumpulkan dalam rancangan waktu dengan tenaga yang memenuhi persyaratan. Tujuan terapi untuk meningkatkan uji realitas melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain.

2. Terapi okupasi

Terapi okupasi berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada anggota keluarga, pemeliharaan dan peningkatan yang bertujuan untuk membentuk ODGJ supaya mandiri dan tidak tergantung pada orang lain. Tujuan terapi okupasi yaitu untuk mengembalikan fungsi mental dan fisik, mengajarkan ADL (*Activity of Daily Living*) dan meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki.

3. Terapi lingkungan

Terapi lingkungan adalah upaya untuk mempengaruhi lingkungan anggota keluarga, sehingga dapat membantu dalam proses penyembuhan. Teknik ini

terutama diberikan atau diterapkan kepada lingkungan anggota keluarga, khususnya keluarga.

2.2 Kepatuhan Minum Obat

2.2.1 Pengertian Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan adalah ketaatan atau pasrah pada tujuan yang telah ditentukan, sehingga berbanding lurus dengan tujuan yang akan dicapai pada program pengobatan (Bastable, 2002 dalam Rahmatichasari, 2016). Hasil studi penelitian menyatakan bahwa pola kepatuhan seseorang diukur dengan kemampuan menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan dampai 9 bulan (Depkes RI, 2000 dalam Ulfah, 2013). Kepercayaan sangat mempengaruhi kepatuhan minum obat setiap klien (Sinaga, 2014). Karakteristik obat yang memiliki efek samping yang tidak menyenangkan menjadi alasan utama kien tidak minum obat (Videbeck, 2008). Terapi psikofarmakologi yang efektif hanya dapat dicapai bila klien mengetahui seluk beluk pengobatan serta kegunaan dan efek samping (Sariah, *et al*, 2014).

Teori pokok tentang kepatuhan pada program pengobatan menurut Fisher (1989) dalam Rahmatichasari (2016) mengemukakan bahwa pengukuran kepatuhan melalui model komunikasi perawat sebagai pendidik. Hubungan antara klien dengan tenaga kesehatan (perawat) dapat dilihat dari definisi kepatuhan yang dirumuskan oleh Haynes bahwa kepatuhan adalah sesuatu yang berkaitan dengan perilaku seseorang minum obat, mengikuti diet yang dianjurkan, atau perubahan gaya hidup terkait dengan pengobatan atau saran kesehatan (Haynes, 1978 dalam Wardani, 2009). Menurut Morisky (2008) mengklasifikasikan jenis kepatuhan dibedakan menjadi :

a. Kepatuhan tinggi (*high adherence*) adalah klien yang mengkonsumsi obat secara teratur sesuai petunjuk yakni tidak kehilangan satu atau lebih dari dosis pengobatan yang ditentukan serta minum obat sesuai jangka waktu antar tablet.

b. Kepatuhan sedang (*medium adherence*) adalah klien yang memiliki riwayat putus obat, maupun berhenti terapi pengobatan untuk sementara (Anonim, 2014).
c. Kepatuhan rendah (*low adherence*) adalah klien yang tidak minum obat sama sekali.

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan menuru Skinner (2000) dalam Ulfah (2013) dipengaruhi oleh faktor dalam diri klien (faktor internal) yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, pengetahuan, sikap dan kepercayaan, sedangkan faktor dari luar klien (faktor eksternal) yaitu dukungan keluarga, peran petugas, lama minum obat, efek samping obat, tersedianya obat serta jarak tempat tinggal yang jauh. Sehingga dapat dirumuskan beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan antara lain usia, jenis kelamin, kelas ekonomi, pendidikan, keparahan penyakit, lama sakit dan minum obat, serta jumlah obat atau dosis.

Terdapat empat faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan minum obat, meliputi faktor individu, faktor lingkungan, faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan, dan faktor yang berhubungan dengan pengobatan (Fleishhacker, *et al*, 2003 dalam Rahmatichasari, 2016), yaitu :

a. Faktor individu

Faktor individu meliputi usia, jenis kelamin, gangguan kognitif dan psikopatologi. Secara umum dikatakan tingkat kepatuhan wanita lebih tinggi dari pria dan wanita muda lebih patuh daripada wanita tua. Klien dengan gejala positif khususnya waham dan maniak patuh terhadap pengobatan karena merasa dipaksa dan takut diracuni, sedangkan klien dengan gejala negatif dapat memiliki tingka kepatuhan yang rendah. Hal ini disebabkan karena klien mengalami kurang motivasi yang mengakibatkan dampak negatif dalam mengikuti program pengobatan.

b. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang mempengaruhi kepatuhan meliputi : dukungan keluarga dan finansial, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, sikap terhadap pengobatan, adanya pengawasan terhadap pengobatan, pandangan masyarakat terhadap gangguan jiwa. Klien yang tinggal sendirian biasanya memiliki tingkat kepatuhan yang rendah dibandingkan dengan klien yang tinggal dilingkungan yang memberikan dukungan sosial bagi klien untuk patuh.

c. Faktor tenaga kesehatan

Faktor ini meliputi adanya pemberian panduan perawatan dirumah setelah klien dirawat, keyakinan tenaga kesehatan akan keberhasilan pengobatan, hubungan terapeutik yang baik antara klien dan tenaga kesehatan, serta efektifitas rawat jalan yang mempengaruhi kepatuhan klien dalam menjalani program pengobatan. Menurut Stuart (2010) mengemukakan bahwa pendekatan utama intervensi keperawatan pada klien yaitu memberikan informasi tentang diagnosis, pengobatan, penelitian terbaru dan sumber yang tersedia di komunitas.

d. Faktor pengobatan

Beberapa klien yang mengalami efek samping pengobatan terbukti memiliki kepatuha yang rendah, sementara beberapa klien yang tidak mengalami efek samping pengobatan justru memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi. Masalah lain dalam pengobatan adalah masa pencapaian efek terapi dan jumlah obat yang dikonsumsi. Klien terkadang justru merasakan efek samping terlebih dahulu dibandingkan efek positif terapi (Gunawan, 2011). Sedangkan jumlah jenis obat yang diminum juga memiliki pengaruh dalam kepatuhan minum obat klien, karena umumnya klien mendapatkan regimen terapi yang kompleks yaitu mengkonsumsi dua atau lebih jenis obat beberapa kali sehari.

Selain itu, faktor yang mempengaruhi pengobatan meliputi kompleksitas program, efek samping yang tidak menyenangkan, dosisi yang diberikan, cara penggunaan, lama pengobatan, biaya pengobatan, dan jumlah obat yang harus diminum (Videbeck,, 2008).

2.2.3 Faktor Yang Menghambat Kepatuhan

Faktor-faktor yang menghambat kepatuhan minum obat selain faktor profesional kesehatan yaitu efek samping terapi, lingkungan yang tidak teraputik, biaya terapi dan terapi yang komplek dan berkepanjangan.

a. Efek samping terapi

Efek samping merupakan suatu reaksi yang kurang baik atau kesakitan setelah klien minum obat (Yusuf, 2015). Psikofarmakologi merupakan farmakologi bagi psikosis memiliki efek samping utama yakni gejala ekstrapiramidal (Videbeck, 2008). Akibat efek smaping tersebut klien tidak patuh atau berhenti minum obat tanpa konsultasi denga tenaga kesehatan.

b. Lingkungan

Karakteristik dari lingkungan keluarga, sikap tenaga kesehatan dan keyakinan budaya (pandangan masyarakat terhadap penyakit) dalam mengikuti regimen. Klien yang mengikuti regimen pengobatan dan tinggal sendiri memiliki tingkat kepatuhan yang rendah (Fleishhacker, *et al*, 2003 dalam Rahmatichasari, 2016). Pentingnya dukungan dari keluarga, orang-orang terdekat dan juga lingkungan sekitar melalui pengawasan secara intensif oleh tenaga kesehatan kepada klien untuk selalu mengkonsumsi obat, sehingga klien merasa memiliki tambahan kekuatan atau motivasi dari keluarga dan orang terdekatnya (Simatupang, 2014). Peran perawat terhadap pengobatan yakni membimbing dan mengarahkan agar klien skizofrenia dapat minum obat dengan benar dan teratur (Saputra, 2012).

c. Biaya terapi

Menurut Shinta (2012) tingkat kepatuhan minum obat yang rendah akan berujung pada kekambuhan akibatnya jumlah pembiayaan akan bertambah. Salah satu obat-obatan yang memiliki biaya tinggi adalah antipsikotik, sehingga klien umumnya berasal dari sosial ekonomi rendah hanya menggunakan obat-obatan klasik (generik).

d. Terapi yang kompleks

Pengananan klien dengang gangguan jiwa yang utama adalah penggunaan obat antipsikotik selama 4 sampai 6 minggu dengan masa percobaan 2 minggu sebagai

penanganan gejala awal. Selain itu intervensi psikososial seperti psikoterapi dan ECT perlu diintergrasikan untuk penanganan (Sadock, 2010).

e. Lamanya terapi

Indikasi penggunaan antipsikotik pada masa awal yaitu minimum adalah sampai 6 minggu dengan atau lebihd ari satu jenis obat antipsikotik. Bagi klien skizofrenia yang sudah sembuh tetap mendapat pengobatan antipsikotik 12 sampai 24 bulan disertai psikoterapi denga masa evaluasi 2 tahun mencegah timbulnya kekambuhan (Sadock, 2010).

2.2.4 Upaya Meningkatkan Kepatuhan

Beberapa upaya meningkatkan kepatuhan klien minum obat diantaranya adalah pendidikan, akomodasi, modifikasi faktor lingkungan dan sosial, perubahan model terapi dan meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien (Feuerstein, *et al*, 1986 dalam Niven, 2000 dalam Rahmatichasari, 2016).

a. Pendidikan

Pendidikan yang diterima klien atau keluarga dapat meningkatkan kepatuhan klien, yaitu anatar lain rencana penyuluhan. Pemberian rencana penyuluhan tentang pemahaman penyakit seperti gejala dan kriteria penyakit, karakteristik obat yang diberikan, dan penatalaksanaan gejala dengan kepatuhan terhadap program terapeutik, sehingga klien dapat mengatasi hidup sehari-hari secara adaptif.

b. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian klien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Jika tingkat ansietas klien terlalu tinggi atau terlalu rendah, maka kepatuhan klien akan berkurang.

c. Modifikasi faktor lingkungan

Suatu usaha untuk membangun dukungan sosial dari keluarga dan tema-teman sebagai pendukung kepatuhan klien terhadap program pengobatan. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh klien untuk memotivasi ketika/selama perawatan dan pengobatan.

d. Peningkatan interaksi profesional kesehatan

Suatu hal penting memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Klien membutuhkan penjelasan tentang kondisi saat ini, penyebab dan penatalaksanaan yang harus dilakukan. Sehingga suatu penjelasan tentang penyebab penyakit dan bagaimana pengobatannya dapat membantu meningkatkan kepercayaan klien.

2.2.5 Alat Pengukuran Kepatuhan

Kepatuhan minm obat dapat dideteksi secara kuantitatif mealui beberapa jenis kuesioner kepatuhan seperti *Drug Inventiry-10* (*DAI-10*), *Medication Adherence Scale* (MAQ) atau *Mediacation Adherence Rating Scale* (MARS) (Kane, dkk, 2010). Cara untuk mendeteksi yang lain adalah dengan metode langsung dan tidak langsung terhadap kepatuhan pengobatan. Alat pendeteksi lainnya tentang ketidakpatuha dalam minum obat adalah *Minnesota Multhipasic Personality Inventory* (MMPI) dan *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) yang dapat mengindikasi adanya *bizzare* pada klien dan bagaimana perilaku klien terhadap pengobatannya (Sadock, 2010; Culig & Leppee, 2014).

2.3 Keluarga

2.3.1 Pengertian Keluarga

Menurut UU No.52 Th (2009) Keluarga adalah unit terkeil dalam masyarakat yang terdiri atas suami istri, suami, istri dan anaknya, atau ayah (duda) dengan anak, atau ibu dengan anaknya (janda).

2.3.2 Pengertian Peran Keluarga

Menurut Nye (1976) dalam Andarmoyo (2012) peran menunjuk kepada beberapa set perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara *normative* dari seseorang okupan dalam situasi sosial tertentu. Peran didasarkan pada *preskipsi* dan harapan peran yang menerangkan apa yang individu harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan

mereka sendiri atau harapan orang lain menyangkut peran tersebut (Andarmoyo, 2012).

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil (Kozier Barbara, 2008). Peran adalah ketika seseorang memasuki lingkungan masyarakat, baik dalam skala kecil (keluarga) maupun skala besar (masyarakat luas), setiap orang dituntut untuk belajar mengisi peran tertentu. Peran sosial yang perlu dipelajari meliputi dua aspek, yaitu belajar untuk melaksanakan kewajiban dan menuntut hak dari suatu peran ,dan memiliki sikap, perasaan, dan harapan-harapan yang sesuai dengan peran tersebut (Momon Sudarman, 2008).

2.3.3 Macam – Macam Peran Keluarga

a. Peran Formal Keluarga

Peran formal bersifat eksplisit. Peran formal keluarga adalah :

1. Peran Prenteral dan Perkawinan

   Menurut Nye dan Gecas (1976) yang dikutip dari Andarmoyo (2012), telah mengidentifikasi enam peran dasar yang membentuk bentuk sosial sebagai suami-ayah dan istri-ibu. Peran tersebut adalah; 1) Peran *provider/*penyedia, 2) Peran pengatur rumah tangga, 3) Peran perawatan anak, 4) Peran sosialisasi anak, 5) Peran rekreasi, 6) Peran persaudaraan/*kindship*/pemelihara hubungan keluarga paternal dan maternal, 7) Peran terapeutik/memenuhi kebutuhan afektif dari pasangan, 8) Peran seksual.

2. Peran Anak

   Peran anak adalah melaksanakan tugas perkembangan dan pertumbuhan fisik, psikis, dan sosial.

3. Peran Kakek/Nenek

   Menurut Bengtson (1985) yang dikutip dariAndarmoyo (2012), peran kakek/nenek dalam keluarga adalah: 1) Semata-mata hadir dalam keluarga,

2) Pengawal (menjaga dan melindungi bila diperlukan), 3) Menjadi hakim (*arbritrator*), negosiasi antara anak dan orang tua, 4) Menjadi partisipan aktif, menciptakan keterkaitan antara, masa lalu dengan sekarang serta masa yang akan datang.

b. Peran Informal Keluarga

Peran informal bersifat implisit biasanya tidak tampak ke permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional individu (Satir, 1967 dalam Andarmoyo, 2012) dan/atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga. Keberadaan peran informal penting bagi tuntutan-tuntutan integratif dan adaptif kelompok keluarga (Andarmoyo, 2012). Beberapa contoh peran informal yang bersifat adaptif dan merusak kesejahteraan keluarga diantaranya sebagai berikut :

1. Pendorong

   Pendorong memuji, setuju dengan, dan menerima konstribusi dari orang lain. Akibatnya dapat merangkul orang lain dan membuat mereka merasa bahwa pemikiran mereka penting dan bernilai untuk didengar.

2. Pengharmonis

   Pengharmonis menengahi perbedaan yang terdapat di antara para anggota menghibur menyatukan kembali perbedaan pendapat.

3. Inisiator-konstributor

   Inisiator-konstributor mengemukakan dan mengajukan ide-ide baru atau cara-cara mengingat masalah-masalah atau tujuan-tujuan kelompok.

4. Pendamai

   Pendamai (*compromiser*) merupakan salah satu bagian dari konflik dan ketidaksepakatan. Pendamai menyatakan posisinya dan mengakui kesalahannya, atau menawarkan penyelesaian “setengah jalan”.

5. Penghalang

   Penghalang cenderung negatif terhadap semua ide yang ditolak tanpa alasan.

6. Dominator

   Dominator cenderung memaksakan kekuasaan atau superioritas dengan memanipulasi anggota kelompok tertentu dan membanggakan kekuasaannya dan bertindak seakan-akan mengetahui segala-galanya dan tampil sempurna.

7. Perawat keluarga

   Perawat keluarga adalah orang yang terpanggil untuk merawat dan mengasuh anggota keluarga lain yang membutuhkan.

8. Penghubung keluarga

   Perantara keluarga adalah penghubung, ia (biasanya ibu) mengirim dam memonitor komunikasi dalam keluarga.

2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Peran

Menurut Kurniawan (2008) faktor- faktor yang mempengaruhi pelaksanaan peran serta meliputi:

a. Kelas sosial

   Fungsi dari peran suami tertentu dipengaruhi oleh tuntutan kepentingan dan kebutuhan yang ada dalam keluarga.

b. Bentuk keluarga

   Keluarga dengan orang tua tunggal jelas berbeda dengan orang tua yang masih lenkap demikian juga antara keluarga inti dengan keluarga besar yang beragam dalam pengambilan keputusan dan kepentingan akan rawan konflik peran.

c. Latar belakang keluarga

   1. Kesadaran dan Kebiasaan Keluarga

      Kesadaran merupakan titik temu atau *equilibrium* dari berbagai pertumbuhan dan perbandingan yang menghasilkan keyakinan. Kebiasaan yang meningkatkan kesehatan yaitu : tidur teratur, sarapan setiap hari, tidak merokok, tidak minum-minuman keras, tidak makan sembarangan, olahraga, pengontrolan berat badan.

2. Sumber Daya Keluarga

   Sumber daya atau pendapatan keluarga merupakan penerimaan sesorang sebagai imbalan atas semua yang telah dilakuakan tenaga atau pikiran seseorang terhadap orang lain atau organisasi lain.

3. Siklus Keluarga

   Sesuai dengan fungsi keluarga yang sedang dialami juga merupakan hal yang dapat mempengaruhi peran karena perbedaan kebutuhan dan kepentingan. Didalam siklus keluarga peran anggota berbeda misalnya ibu berperan sebagai asuh, asah dan asih, ayah sebagai pencari nafkah dan anak tugasnya belajar dan menuntut ilmu.

d. Pengetahuan

   Menurut Notoatmojo (2007), Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang *(over behavior)*. Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan tinggi tentang obyek tertentu menyebabkan seseorang dapat berfikir rasional dan mengambil keputusan. Menurut Effendy (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan peran serta meliputi :

   1. Faktor internal meliputi: usia, pendidikan, pekerjaan, dan motivasi.
   2. Faktor eksternal meliputi: lingkungan social, fasilitas,media.

2.4 Terapi Suportif Keluarga

2.4.1 Pengertian Terapi Suportif Keluarga

Terapi suportif adalah suatu terapi yang dipilih dan lansng dapat digunakan pada klien dalam keadaan sangat krisis dan mempunyai fungsi yang rendah pada gejala psikologis serta dapat digunakan pada klien dengan gangguan mental (Stuart dan Laraia, 2010). Kelompok suportif merupakan sekumpulan orang-orang yang berencana, mengatur dan berespon secara langsung terhadap isu-isu dan tekanan yang khusus maupun keadaan yang merugikan. Tujuan awal dari group ini didirikan adalah memberikan suport dan menyelesaikan pengalaman isolasi dari masing-masing anggotanya (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004, dalam Wahyuningsih 2011). *Suppotive group* hampir mirip dengan *self help group*,

hanya saja pada *supportive group* fasilitator kelompok merupakan orang profesional yang terlatih dalam pekerjaan sosial, psikologis, keperawatan dan lainnya yang dapat memberikan arti dan aturan kepemimpinan yang benar dalam kelompok.

Menurut Fontaine (2009) menerangkan bahwa terapi kelompok suportif adalah salah satu jenis terapi psikologis yang berfokus pengalaman masing-masing anggota terhadap masalah dan saling berbagi pengalaman tersebut kepada anggota lain dan terapis untuk membantu para anggota kelompok yang memiliki masalah psikologi, kognitif, disfungsi spiritual dan perilaku. Terapi kelompok suportif, kelompok akan mengikuti terapi dan setiap anggota berpartisipasi dalam setiap sesi terapi dan diharapkan memberikan kontribusi pada kelompok, serta saling memberikan bantuan dengan anggota yang lain mengenai pengalaman dalam mengatasi masalah yang sama (Videbeck, 2008 dalam Hadayati, 2011). *Supportive group* adalah terapi yang diberikan kepada sekelompok orang yang memiliki masalah yang sama, saling memberi dukungan dan berbagai pengalaman ketika menghadapi masalah tersebut sehingga dapat memberntuk koping adaptif untuk mengatasi masalah yang sama.

2.4.2 Tujuan Terapi Suportif Keluarga

Tujuan terapi kelompok bervariasi tergantung dari kebutuhan klien dan kemampuan dari terapis dengan mempertahankan hubungan terhadap tingkah laku untuk membantu pengetahuan klien agar menjadi baik (Carson, 2012). Sedangkan menurut Grant-Iramu (1997) dalam Hunt (2004) dalam Wahyuningsih (2011) maksud didirikannya *supportive group* atau terapi suportif adalah untuk memberikan suport terhadap keluarga sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membanun hubungan yang bersifat suportif antara klien-terapis, fokus untuk pemulihan, aksi sosial termasuk kebijakan organisasi. Tujuan dan harapan dalam group adalah pengalaman kelompok yang positif. Tujuan penting adalah resolusi permasalahan dengan segera, meningkatkan keterampilan koping keluarga, meningkatkan kemampuan keluarga menggunakan sumber

kopingnya, meningkatkan otonomi keluarga dalam keputusan pengobatan, meningkatkan kemampuan keluarga mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta meningkatkan kemampuan mengurangi *distress* subjektif dan respon koping yang maladaptif.

2.4.3 Manfaat Terapi Suportif Keluarga

Manfaat dari terapi suportif keluarga dapat mengatasi masalah psikologi dan gangguan mental pada seseorang. Terapi suportif keluarga adalah terapi dalam kelompok yang memadu anggota untuk saling memberi dukungan dan mengenal sumber koping dengan teknik komunikasi dan mendiskusikan masalah anggota alami sebagai peluang untuk mengatasi masalah yang mereka rasakan saat ini.

Terapi dalam bentuk kelompok, memungkinkan anggota membangun hubungan saling percaya dan juga mereka tidak merasa sendiri karena bertemu dengan orang-orang yang memiliki masalah serta bisa saling berbagi pengalaman tentang cara mengatasi masalah tersebut. Kelompok memberikan kesempatan kepada setiap anggota untuk menyelesaikan masalahnya dengan penggunaan sumber koping yang mereka miliki (Carson, 2012).

2.4.4 Indikasi Terapi Suportif Keluarga

Menurut Kyrous dan Humphreys (2008) pada klien gangguan jiwa, penurunan berat badan, rehabilitasi karena ketergantungan obat, klien *diabetic*, *caregiver*, kelompok lanjut usia, kanker, dan penyakit kronik. Indikasi keperawatan ditemukan pada pasien dengan : a) potensial pertumbuhan dan perkembangan; gangguan kepribadian, gangguan dalam belajar, autis, tuna grahita, retradasi mental, penurunan berat badan, nervosa bulimia, b) masalah keperawatan resiko; resiko bunuh diri, ketidakberdayaan keputusasaan, c) masalah gangguan kesehatan jiwa dan fisik; gangguan jiwa, penyakit fisik seperti penyakit kronis dan terminal (*cancer*).

Menurut Stuart dan Laraia (2010) pada klien *schizophrenia*, keadaan-keadaan klien yang terbatas dalam perasaan, ansietas, *post trauma syndrome*, gangguan makan, gangguan penyalahgunaan zat dan penyakit-penyakit fisik yang dapat mempengaruhi kondisi psikis. Indikasi pemberian terapi suportif menurut Wahyuningsih (2011) diberikan kepada :

a. Gangguuan psikologi seperti ansietas, stress, dan gangguan jiwa.
b. *Caregiver* yang mengalami beban dalam memberi perawatan kepada pasien.
c. Gangguan mental
d. Pasien yang menderita penyakit kronis dalam jangka waktu yang lama, seperti dimensia, stroke, hipertensi, *schizophrenia*, dan lain sebagainya.
e. Lansia yang mengalami gangguan psikologi.

2.4.5 Manfaat Terapi Suportif Keluarga

Manfaat terapi supotif menurut Kyrous dan Humphreys (2008) adalah :

a. Anggota kelompok dapat saling memberikan dukungan, menyampaikan alternatif penyelesaian masalah, serta menciptakan kenyamanan antar aggota dengan cara mengatasi penyelesaian masalah yang dihadapi.
b. Kelompok memberikan kesempatan bagi anggota kelompok mengembangkan cara baru.
c. Individu dapat melihat bahwa bukan individu sendiri yang mengalami kesulitan, melalui terapi yang diterima anggota kelomok mendapatkan harapan dan bantuan selama terapi.
d. Adanya iklim saling percaya, anggota kelompok merasa bebas untuk memberikan perawatan/solusi antar anggota.
e. Saat anggota kelompok merasa nyaman, anggota kelompok akan dapat bicara bebas.

Sedangkan menurut Stuart dan Laraia (2010) terapi kelompok dapat memberikan dukungan diantara anggota kelompok dengan berbagai populasi.

2.4.6 Prinsip Terapi Suportif Keluarga

Pemberian terapi suportif keluarga perlu memperhatikan komunikasi dua arah, menghormati pendapat keluarga dan mendorong anggota keluarga untuk saling membantu satu sama lain. Terdapat beberapa prinsip yang harus diperhatikan menurut Chien, dkk (2013), yaitu :

a. Hubungan saling percaya

Aturan dan cara agar terapi ini berhasil maka diperlukan keterlibatan keluarga secara aktif dalam terapi dan terapis pun harus memiliki sifat hangat, empati, fokus, tidak menghakimi, kohesif dan menentramkan (Stuart dan Laraia, 2010). Terapis menganggap klien adalah sebagai *partner* dan memberikan otonomi pada klien secara utuh serta klien mempunyai hak dalam memutuskan tujuan hidupnya.

b. Memikirkan ide dan alternatif pemecahan masalah

Terapis membantu keluarga menyelesaikan krisis yang sedang dihadapi meskipun krisisnya berat dan cara berbagi ide dan alternatif perawatan.

c. Mendiskusikan area tabu

Area tabu adalah bertukar pengalaman mengenai rahasia dan konflik internal secara psikologis. Terapis berperan secara aktif dan langsung dapat memberikan pertolongan pada keluarga untuk meningkatkan fungsi sosial dan keterampilan kopingnya. Terapis harus mengembangkan pikiran dan perasaan melalui ekspresi verbal.

d. Menghargai situasi yang sama dan bertindak bersama

Terapis menunjukkan rasa empati, ketertarikan atau keseriusan terhadap masalah yang dihadapi keluarga dan tidak pernah menganggap keluarga lebih rendah. Terapis selalu memandang sebagai partner atau kedudukan keluarga sejajar dengan terapis agar keluarga bisa lebih terbuka dan mau menerima masukan dari terapis tanpa mengganggu hak otonomi klien.

e. Adanya *mutual support and assistance*

Adanya sistem dukungan yang membantu dengan cara terapis menghindari introgasi, konfrontasi, maupun interpretasi dan selalu merespon pertanyaan anggota. Fokus utama adalah membantu menyediakan atau membangun sistem pendukung.

f. Pemecahan masalah secara individu

Dukungan kemampuan diberikan kepada keluarga agar dapat mencapai atau mempertahankan sehat yang adaptif dapat dengan menceritakan setiap perkembangan sehat yang adaptif dapat dengan menceritakan setiap perkembangan yang terjadi dalam keluarga.

g. *Suppotive group is self supporting*

Anggota *supportive group* berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok. Pembiayaan untuk pelaksanaan kegiatan ditanggung bersama anggota kelompok.

2.4.7 Karakteristik Kelompok dan Jumlah Anggota

Menurut Townsend (2009) ada beberapa pendapat tentang jumlah anggota dalam terapi kelompok, yaitu 4-7 orang, 2-15 orang, 4-12 orang, tetapi lebih efektif dilakukan dengan jumlah 7-8 orang. Pada nggota kelompok yang lebih sedikit akan memungkinkan tidak cukup interaksi, kecuali anggota kelompok cukup komunikatif. Jumlah yang besar dapat memberikan kesempatan kepada anggota untuk belajar dari anggota kelompok lain. Kelompok kecil berjumlah 10-12 orang, homogen, berpartisipasi penuh, mempunyai otonomi, kepemimpinan kolektif, keanggotaan sukarela, non politik dan saling membantu. Jumlah kelompok yang ideal adalah 7-10 orang (Stuart dan Laraia, 2010). Jumlah kelompok adalah yang dinamis antara 10-15 lebih efektif karena dengan jumlah tersebut akan mentransfer informasi kesehatan dengan baik, diantaranya tentang topik pengobatan, prevensi, atau tanda-tanda tentang cara manajemen stress (Carson, 2012).

Karakteristik kelompok adalah homogen ditinjau dari diagnosa medis, pola perilaku, ras, sosial ekonomi, latar belakang pendidikan akan lebih efektif. Pada anggota kelompok berpartisipasi penuh dan mempunyai otonomi, keanggotaan sukarela dan non politik, setiap anggoat saling membantu dan dapat melakukan pertemuan diluar sesi.

2.4.8 Aturan Terapi Suportif Keluarga

Aturan kelompok menurut Fortinash (2004) dalam Wahyuningish (2011) dalam *supportive group* adalah sebagai berikut; kooperatif, norma dan kohesif, menjaga keamanan dan keselamatan kelompok, mengekspresikan perasaan dan keinginan berbagai pengalaman penggunaan waktu efektif dan efisien, menjaga kerahasisaan, komitmen untuk berubah, mempunyai rasa memiliki, berkontribusi, dapat menerima satu sama lain, mendengarkan, saling ketergantungan, mempunyai kebebasan, loyalitas, dan mempunyai kekuatan. Menurut Stuart dan Laraia (2010) norma berhubungan dengan perilaku, akan menjaga perilaku dengan dasar yang akan datang, sekarang dan hari kemarin. Ini sangat penting untuk diketahui oleh anggota kelompok termasuk kualitas komunikasi dan interaksi antar anggota kelompok. Aturan tersebut termasuk tujuan dan pendekatan, pengontrolan konflik saat terjadi interaksi, interpretasi sosial, adanya ketergantungan antar anggota kelompok dan adanya kohesif.

2.4.9 Pengorganisasian Kelompok

Menurut Stuart dan Laraia (2010) *leader* adalah perawat harus konsisten dalam memonitor kelompok dan secara hati-hati, membantu anggot akelompok sesuai dengan kemampuan serta tujuan yang akan dicapai. Tugas *leader* adalah :

a. Memimpin jalannya diskusi.
b. Memilih topik pertemuan sesuai dengan daftar masalah bersama dengan anggota kelompok.
c. Menentukan lama pertemuan (120 menit).
d. Mempertahankan suasana yang bersahabat agar anggota dapat kooperatif, produktif dan berpartisipasi.
e. Membimbing diskusi dan menstimulasi anggota kelompok.
f. Memberikan kesempatan peserta untuk mengekspresikan masalahnya, berpartisipasi dan mencegah monopoli saat diskusi dan memahami opini yang diberikan anggoat kelompok.

Anggota kelompok adalah klien atau *caregiver* bertugas mengikuti jalannya proses pelaksanaan *supportive group* sesuai dengan yang kesepakatan kelompok dan *leader*. Anggota kelompok juga harus berpartisipasi aktif selama proses diskusi, dan melakukan simulasi menggunakan komunikasi terbuka dan saling menghormati antar anggota keluarga.

2.4.10 Waktu Pelaksanaan

Menurut Stuart dan Laraia (2010) waktu yang minimal antara 20 sampai 40 menit dan waktu maksimal antara 60 sampai 120 menit pada sesi awal. Waktu tersebut digunakan untuk persiapan, pertemuan inti dan terakhir untuk menyimpulkan dan memberikan rencana tindak lanjut untuk keluarga. Waktu pelaksanaan sesuai dengan kesepakatan kelompok. Pertemuan dilaksanakan seminggu sekali, seminggu dua kali atau dua minggu sekali disesuaikan dengan kebutuhan kelompok. Alokasi waktu yang diperlukan selama kegiatan adalah 50 menit.

2.4.11 Tempat Pelaksanaan

Menurut Stuart dan Laraia (2010) dapat dilakukan di *setting* Rumah Sakit dan di masyarakat sebagai dasar perawatan klien gangguan jiwa.tempat pelaksanaan terapi ini menggunakan *setting* komunitas dapat dilakukan di rumah salah satu keluarga, balai pertemuan, ataupun sarana lainnya yang tersedia di masyarakat dan di Rumah Sakit (Videbeck, 2008).

2.4.12 Kegiatan Terapi Suportif Keluarga

Kegiatan ini dipimpin oleh perawat, dapat terstruktur atau tidak struktur bervariasi sesuai kebutuhan, seperti alternatif *meeting* dimana waktu dibagi menjadi kegiatan yang terstruktur sesuai dengan alokasi waktu yaitu awal pertemuan, pertemuan inti dan akhir dari pertemuan, dan tidak terstruktur atau semua pertemuan memiliki alokasi waktu untuk *sharing*, cerita atau setenngah pertemuan untuk pembicaraan cara perawatan klien dirumah atau kegiatan lain.

Kegiatan dapat berupa : *reading* dalam rentang topik : cara perawatan klien, koping pada saat krisis, *art* dan *drawing*, *Game* dan latihan, menulis, mendatangkan pembicara/ tamu yang berkompeten untuk memberikan materi sesuai dengan topik yang disepakati, *Role play*, *Imaginative* tekhnik, *sharing stories* personal dan pengalaman.

2.4.13 Psikopatologi Terapi Supportif Keluarga

Terapi supportif keluarga meruapakan terapi yang diorganisasikan untuk membantu anggota keluarga saling bertukar pengalaman mengenai masalah tertentu agar dapat meningkatkan kopingnya. Terapi suportif keluarga ditujukan untuk mengurangi beban keluarga dan meningkatkan koping keluarga serta meningkatkan dukungan sosial dan bukan untuk mengurangi frekuensi relaps atau simptom klien (Fadden, 1998 dalam Wituk, dkk., 2000 dalam Chien, dkk., 2009). Terapi suportif kelurga yang dilakukan bersamaan dengan anggota kelurga lain akan mempertahankan baik dari segi fisik, psikologis maupun sosial dari orang tuanya/keluarganya. Interaksi subsistem antar orang tua/keluarga yang baik akan berpegaruh terhadap perjalanan kesembuhan klien dengan adanya kohesi (ikatan emosi) dan adaptasi yang baik dalam keluarga dapat menyebabkan perkembangan sehat jiwa. Terapi suportif keluarga dapat memberikan dampak pada perilaku keluarga selama 12 bulan dalam memberikan efek positif terhadap beban keluarga, fungsi klien, dan lamanya klien berobat kembali. Terapi suportif dilakukan dengan mengoptimalkna pemberdayaan keluarga dalam melaksanakan fungsi perawatan kesehatan anggota keluarga. Fungsi perawatan kesehatan yang dimiliki keluarga merupakan sebuah fungsi yang mendasar, vital, dan berperan sebagai fokus sentral dalam keluarga. Disfungsi salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi anggota keluarga lain dan unit keluarga secara keseluruhan. Dengan demikian keluarga harus lebih terlibat dalam tim perawatan kesehatan dan keseluruhan proses terapeutik agar keluarga yang dapat menjadi sumber pelayanan kesehatan yang efektif dan utama (Friedman, 1998 dalam Damayanti, 2014).

2.4.14 Pelaksanaan Terapi Suportif Keluarga

Strategi pelaksanaan *supportive group* dilaksanakan dalam keempat sesi kegiatan, yaitu :

Sesi I : Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sumber pendukung yang ada.

Kegiatan yang dilakukan dengan mendiskusikan dengan keluarga/*caregiver* tentang masalah yang ada pada masing-masing *caregiver* yang diketahui, cara yang biasa dilakukan keluarga dalam merawat klien dan hambatan dalam merawat serta sumber pendukung yang ada. Selain itu keluarga memotivasi keluarga untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi yang mereka ketahui baik dari tempat pelayanan kesehatan atau dari orang lain yang dapat memperburuk keadaan klien, memberi umpan balik positif kepada keluarga mengenai perawatan anggota keluarga yang sudah dilakukan selama ini, memberikan *reinforcement* ke keluarga yang telah mampu mengungkapkan pengalaman, dan memberi masukan serta penjelasan mengenai penyakit yang dialami klien yang belum diketahui/belum dipahami. Penjelasan tersebut dapat menggunakan *leaflet* atau lembar balik, sehingga keluarga dapat mempelajari sendiri di rumah. Hasil dari sesi pertama adalah kelompok keluarga memiliki daftar masalah yang ditulis dalam buku kerja.

Sesi II : Menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor dan hambatannya.

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan keluarga mengenai kemampuan positif menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk mendemonstrasikan menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dengan melibatkan anggota keluarga lainnya. Hasil dari sesi ini adalah memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga mampu melakukan *roleplay* menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga dan mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil serta hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.

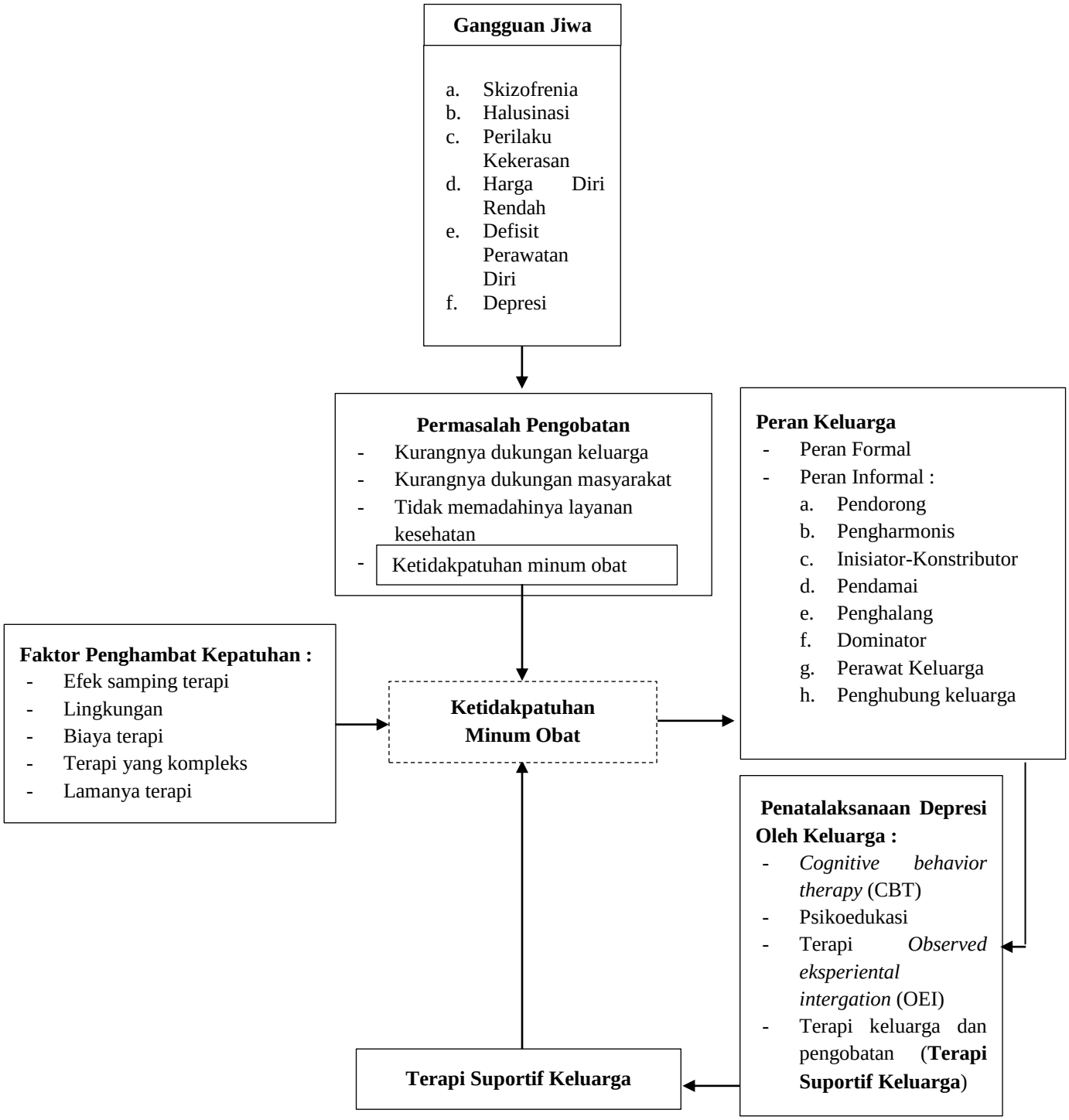
Sesi III : Menggunakan sistem pendukung diluar keluarga, memonitor dan hambatannya.

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan keluarga mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung diluar keluarganya yaitu dengan cara meminta bantuan atau dukungan dari tenaga kesehatan dan hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk melakukan demonstrasi cara menggunakan sistem pendukung diluar keluarga dengan melibatkan anggota keluarga lainnya. Hasil dari sesi ketiga ini adalah memiliki daftar kemampuan dan penggunaan sistem pendukung yang ada diluar keluarga.

Sesi IV : Mengevaluasi hasil dari hambatan penggunaan sumber.

Kegiatan yang dilakukan adalah tiap peserta mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dan pencapai tujuan, mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam maupu di luar keluarga dan cara memenuhi kebutuhan tersebut serta mendiskusikan kelanjutan perawatan setelah program terapi. Hasil dari sesi ini kaluarga mampu mengungkapkan hambatan dan upaya menggunakan dari dalam maupun luar keluarga. Semua hasil tercatat dalam buku kerja.

2.5 Kerangka Teori



Bagan 2.1 Pengaruh Terapi Suportif Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Derpresi

Sumber : (*Videbeck, 2008*), (*Steinberg, 2012*), (*Santrock, 2013*), (*Yusuf, 2015*), (*Fleishhacker, et al, 2003 dalam Rahmatichasari, 2016*).

2.6 Hipotesis

Ha = Terdapat pengaruh terapi suportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa.

H0 = Tidak terdapat pengaruh terapi suportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa.

BAB 3
METODE PENELITIAN

Dalam bab ini menjelaskan metode penelitian yang digunakan selama pelaksanaan penelitian adalah berupa desain penelitian, kerangk konsep, definisi penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu, alat dan metode pengumpulan data, pengolahan data dan analisa data, dan etika penelitian.

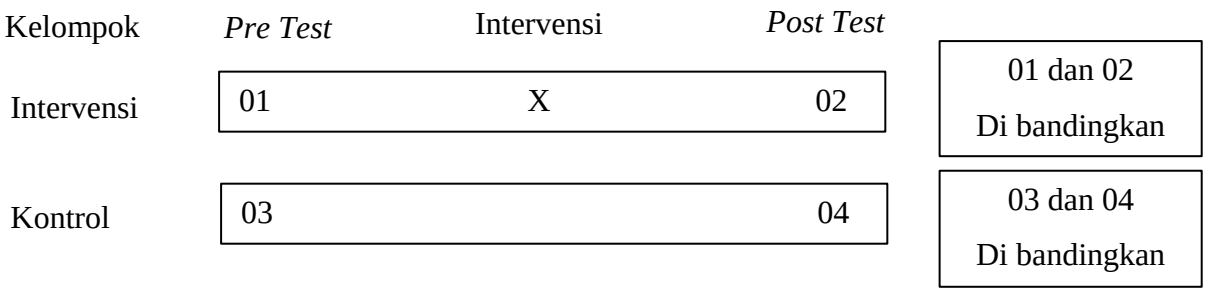
3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan pedoman bagi peneliti untuk dapat mewujudkan tujuan dari penelitian. Desain penelitian adalah rancangan penelitian yang disusun guna mengarahkan peneliti untuk dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011).

Dalam desain penelitian ini, peneliti menggunakan desain *Quasy Eksperimental* dengan desain penelitiannya menggunakan rancangan *two group pre test and post test design with control group*. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui apakah ada pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa yang dibandingkan antara keluarga yang dilakukan terapi supportif dengan keluarga yang tidak dilakukan terapi suportif (Sastroasmoro, 2011).

Bagi kelompok intervensi penelitian dilakukan dengan melakukan *pre test*, intervensi, dan *post test*. *Pre test* dilakukan dengan cara mengobservasi kegiatan yang dilakukan oleh keluarga saat membantu pengobatan pasien gangguan jiwa terkait kepatuhan minum obat dan melihat kepatuhan pengobatan pada pasien gangguan jiwa dengan pedoman terapi supportif keluarga. Intervensi dilakukan dengan cara mengamati atau mengobservasi kegiatan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa yang diberikan intervensi terapi supportif keluarga dengan dibimbing serta dipantau oleh peneliti dan keluarga. Penilaian kepatuhan minum obat dinilai dengan menggunakan kuesioner *pre* test. Dan saat *post test* dilakukan setelah intervensi dan menilai dengan memberikan kuesioner

yang sama saat dilakukan *pre test*. Hasil terakhirnya yaitu dibandingkan antara penilaian kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa sebelum dan setelah keluarga diberikan terapi supportif keluarga. Rancangan penelitian dalam bagan dari desain penelitian adalah sebagai berikut :



Skema 3.1 Rancangan Penelitian

Keterangan :

X : Eksperimen dengan memberikan intervensi terapi supportif keluarga pada responden.

01 : Kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan terapi supportif keluarga.

02 : Kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa pada kelompok intervensi setelah mendapatkan terapi supportif keluarga.

01 = 02 : Terdapat perbedaan kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapatkan terapi supportif keluarga.

01 ≠ 03 : Tidak ada perbedaan atau perubahan dari kondisi sebelumnya.

3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep (*consepted framework*) adalah suatu model pendahuluan dari penelitian dan merupakan suatu refleksi dari hubungan – hubungan variabel yang diteliti. Kerangka konsep disusun berdasarkan literatur dan teori yang sudah ada, dengan tujuan untuk membimbing, mengarahkan, dan memberi panduan untuk analisa dan intervensi (Swarjana, 2012).

Kerangka konsep pada penelitian ini adalah pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa. Variabel yang diukur adalah sebagai berikut :

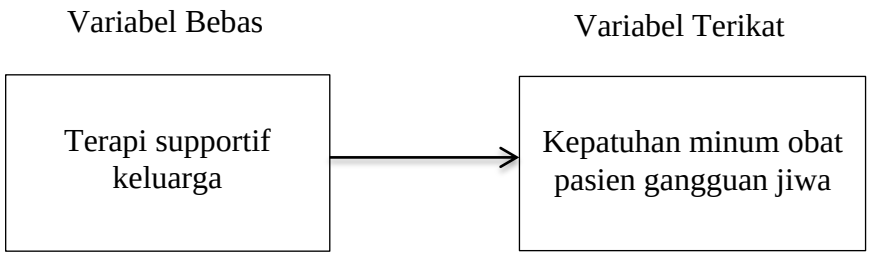
3.2.1 Variabel bebas (*independent*)

Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel terikat atau yang mempengaruhi stimulus atau *input*. Pada penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah terapi supportif keluarga.

3.2.2 Variabel terikat (*dependent*)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh atau yang menjadi akibat adanya variabel bebas dan variabel ini sering disebut respon *output*. Variabel terikat pada penelitian ini adalah kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa.

Dalam penelitian ini terdapat dua variabel yang digunakan peneliti dalam menganalisa penelitian yang dituangkan dalam bentuk bagan sebagai berikut :



Skema 3.2 Kerangka Konsep

3.3 Definisi Operasional Penelitian

Definisi operasional penelitian adalah suatu diskripsi yang menggambarkan suatu karakteristik yang dapat diamati, memungkinkan peneliti dapat melakukan observasi kepada suatu objek ataupun fenomena, definisi operasional bukan definisi dari buku (Nursalam, 2008). Adapun definisi operasional dalam penelitian ini sebagai berikut :

Tabel 3.1

Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Terapi Supportif Keluarga	Tindakan yang diberikan kepada keluarga untuk memberikan dukungan/motivasi antar keluarga yang memiliki masalah yang sama, terapi ini dilakukan dengan tahap pelaksanaan sebanyak 4 kali (4 sesi) pertemuan selama 50 menit/pertemuan. 1. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sumber pendukung yang ada 2. Menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor dan hambatannya 3. Menggunakan sistem pendukung diluar keluarga, monitor dan hambatannya 4. Mengevaluasi hasil dari hambatan penggunaan sumber	SOP terapi suportif keluarga dan checklist	1. Dilakukan terapi supportif keluarga 2. Tidak dilakukan terapi supportif keluarga	Nominal
Kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa	Suatu tindakan yang dilakukan seseorang untuk menaati terapi pengobatan yang di berikan 1. Taat waktu meminumnya 2. Tepat dosisnya	Kuesioner *Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses* yang terdiri dari 10 item pertanyaan dengan pilihan jawaban : 0 : Ya 1 : Tidak	Skor yang digunakan untuk mengukur item kepatuhan pengobatan di kategorikan berdasarkan pendekatan struges. Dikategorikan menjadi : a. Kepatuhan tinggi : dengan skor 8 – 10. b. Kepatuhan sedang : dengan skor 5 – 7. c. Kepatuhan rendah : dengan skor 0 – 4.	Ordinal

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari subjek penelitiaan atau sekelompok subjek dengan karakteristik tertentu (Sastroasmoro, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah kelurga yang memiliki dan merawat anggota keluarga remaja dan dewasa dengan gangguan jiwa. Jumlah total populasi dengan gangguan jiwa di wilayah kecamatan tempuran sebanyak 109 orang.

Tabel 3.2

Distribusi Populasi Pasien Gangguan Jiwa di Kecamatan Tempuran

No.	Nama Desa	Jumlah
1.	Sumberarum	11
2.	Ringinanom	14
3.	Tanggulrejo	8
4.	Sidoagung	23
5.	Bawang	2
6.	Tempurrejo	16
7.	Girirejo	-
8.	Temanggal	-
9.	Jogomulyo	14
10.	Prajegsari	6
11.	Tugurejo	4
12.	Pringombo	-
13.	Kemutuk	1
14.	Kalisari	4
15.	Growong	6
Total		109

Sumber : *Data Pasien Jiwa Puskesmas Tempuran (2019), Depkes RI (2009)*

3.4.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang diteliti dan merupakan subjek yang dapat mewakili populasi untuk diteliti, lebih mudah, lebih cepat, lebih murah, lebih akurat, dan lebih spesifik (Sastroasmoro, 2011). Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *Purposive Sampling* yaitu teknik pengambilan sampel

yang didasarkan pada kriteria tertentu yang sebelumnya ditetapkan oleh peneliti, subjek yang memenuhi kriteria tersebut menjadi sampel. Sampel yang diambil dari penelitian ini juga di buat dengan menggunakan kluster dari tiap dusun/desa yang berdekatan. Sampel dibagi menjadi 4 kluster dan setiap kluster terdiri dari 9-10 orang. Jumlah sampel yang akan diambil pada penelitian ini dengan rumus analitik numerik kelompok berpasangan (*Paired*) yang dapat dilihat dengan rumus dibawah ini:

$$n = \frac{Z^2.N.p.q}{d^2(N-1)+Z.p.q}$$

Berdasarkan rumus diatas, maka dapat diketahui jumlah sampelnya adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{1{,}96^2.118.0{,}5.0{,}5}{0{,}1^2(109-1)+1{,}96.0{,}5.0{,}5}$$

$$n = 66{,}6774522$$

Keterangan :

n : Besar sampel minimal

N : Jumlah populasi

Z : Standar deviasi normal untuk 1,96 dengan Cl 95%

d : Derajat ketepatan yang digunakan oleh 90% atau 0,1

p : Proporsi target populasi adalah 0,5

q : Proporsi tanpa atribut 1 – p = 0,5

Jadi berdasarkan rumus tersebut maka diperoleh sampel sebesar 66,6774522 orang dan dibulatkan menjadi 67 orang. Dalam studi *Quasy eksperimental* ini, untuk mengantisipasi adanya *drop out* dalam proses penelitian maka perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel sebesar 10 % dari hasil sampel awal. Rumus yang digunakan untuk mengantisipasi berkurangnya subjek penelitian seperti dikemukakan oleh Sastroasmoro (2008) adalah :

$$n' = \frac{\mathrm{n}}{1-\mathrm{f}}$$

Keterangan :

n' : Besar sampel setelah dikoreksi

n : Jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya

f : Prediksi presentase sampel drop out 10% = 0,1

maka :

$$n' = \frac{67}{1-0{,}1} = 74{,}4444444$$

Berdasarkan rumus diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 74 orang yang dibagi kedalam 2 kelompok yaitu 37 orang untuk intervensi dan 37 orang kelompok kontrol. Jadi total responden yang dibutuhkan dalam penelitian ini sebanyak 74 orang. Teknik pemilihan sampel didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi yang ditentukan oleh peneliti, yaitu :

3.4.2.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel yang dipilih secara acak (Nursalam, 2008). Sampel yang akan digunakan untuk penelitian sesuai dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

a. Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa.
b. Pasien sedang dalam masa pengobatan dan menunjukkan perilaku ketidakpatuhan minum obat.
c. Pasien dengan gangguan jiwa psikosis.

3.4.2.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian, seperti halnya adanya hambatan etis, menolak menjadi sampel penelitian atau suatu

keadaan tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian (Nursalam, 2008). Sampel yang akan digunakan untuk penelitian sesuai dengan kriteria eksklusi sebagai berikut :

a. Pasien gangguan jiwa yang belum pernah berobat.
b. Keluarga yang mengalami cacat fisik, cacat mental, dan ketidakmampuan melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri.

3.5 Waktu dan Tempat

3.5.1 Waktu Penelitian

Pengambilan data pada penelitian ini telah dilakukan pada bulan November 2019 – Januari 2020. Selanjutnya pembuatan laporan penelitian dibuat pada bulan Januari 2020.

3.5.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Wilayah Kecamatan Tempuran sebagai kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Setelah studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang dan observasi di Wilayah Kecamatan Tempuran beserta dengan Puskesmas Tempuran, peneliti memutuskan mengambil di Wilayah Kecamatan Tempuran sebagai tempat penelitian dengan alasan bahwa angka kejadian gangguan jiwa yang terjadi di wilayah tersebut lebih tinggi dari wilayah kecamatan lainnya, dan banyak pasien gangguan jiwa yang sudah melakukan pengobatan namun tidak teratur. Penelitian ini dalam pengambilan datanya dengan meneruskan penelitian yang sudah ada, namun dengan pembahasan yang berbeda, sehingga peneliti tertarik untuk melihat sejauh mana terapi suportif keluarga dapat berguna bagi keluarga untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa.

3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data

3.6.1 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data atau instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah angket atau kuesioner. Alat kuesioner ini terdiri dari 2 bagian, yaitu :

a. Kuesioner A untuk mengetahui data demografi responden yang meliputi usia responden, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, berapa lama pengobatan remaja dan penghasilan. Pada pengisian usia responden, diisi dengan cara menuliskan usia responden dengan tulisan angka. Jenis kelamin diisi dengan menggunakan tanda checklist yang terdiri dari dua pilihan yaitu laki – laki dan perempuan. Pendidikan terakhir diisi dengan menggunakan tanda checklist yang terdiri dari empat pilihan yaitu Sekolah Dasar (SD), Sekolah Menengah Pertama (SMP), Sekolah Menengah Atas/Kejuruan (SMA/K), Perguruan Tinggi (PT). Pekerjaan diisi dengan memilih pekerjaan yang dilakukan yang terdiri dari buruh, pegawai swasta, swasta, dan lainnya. Pada pengisian berapa lama pengobatan pasien gangguan jiwa diisi dengan cara menuliskan lamanya pengobatan. Pada pengisian penghasilan dituliskan dengan cara mencantumkan pendapatan responden selama satu bulan dalam bentuk rupiah (Rp.).
b. Kuesioner B terkait dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 10 item pertanyaan, 10 pertanyaan dalam kuesioner ini diadopsi dari *Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses* dari Thompson (1999) yang memuat variabel kedisiplinan minum obat dan ungkapan efek samping obat. Untuk mengukur tingkat kepatuhan minum obat yang dikutip dari penelitian milik Iswanti, 2012. Kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan minum obat seseorang individu yang sedang menjalani masa pengobatan yang terdiri dari 10 item pertanyaan yang diajukan kepada keluarga yang membantu pasien selama melakukan pengobatan dengan kategori Ya dan Tidak, dengan skor 1 untuk jawaban Tidak, dan skor 0 untuk jawaban Ya. Skala pengukuran yang digunakan adalah ordinal. Skor yang digunakan untuk mengukur item kepatuhan minum obat dikategorikan berdasarkan pendekatan *struges*. Dikategorikan sebagai berikut :

a) Skor 8 – 10 : Kepatuhan tinggi
b) Skor 5 – 7 : Kepatuhan sedang
c) Skor 0 – 4 : Kepatuhan rendah

3.6.2 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan seorang peneliti dalam upaya mengumpulkan data. Pengumpulan data dapat menggunakan alat ukur antara lain menggunakan kuesioner, skala liter, skala guttman, observasi, wawancara, dan lain – lain (Hidayat, 2012). Penelitian ini akan dilaksanakan dengan mengumpulkan data dalam penelitian di Wilayah Kecamatan Tempuran. Adapun prosedur penelitiannya adalah sebagai berikut :

3.6.2.1 Persiapan Penelitian

Peneliti mempersiapkan instrumen yang akan digunakan untuk mengumpulkan data tentang kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa, kuesioner yang akan digunakan sebagai bahan pengukuran kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa dan modul terapi supportif keluarga.

3.6.2.2 Persiapan Administrasi

Prosedur yang akan dilakukan oleh peneliti dengan melalui beberapa tahap dan proses, yaitu :

a. Mengajukan surat izin Studi Pendahuluan ke Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang diajukan Dinas Kesehatan.
b. Mengajukan permohonan dan studi pendahuluan ke Puskemas Tempuran untuk studi pendahuluan untuk mendapatkan data dan melakukan penelitian dengan surat resmi dari pihak Dinas Kesehatan.
c. Mengajukan permohonan ke Kantor untuk perizinan melakukan penelitian dengan surat resmi dari pihak Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
d. Apersepsi dengan Asisten Ahli yaitu Ni Made Ratna Paramita, S.Psi., M.Psi. yang ahli dibidang terapi supportif keluarga, dan telah memiliki kriteria sebagai berikut :

1. Lulusan S2, dan
2. Telah menempuh pelatihan dan memiliki sertifikat Pelatihan Terapi Supportif

3.6.2.3 Persiapan Teknis Saat Penelitian

Setelah mendapatkan perizinan dari Kantor Kecamatan Tempuran, peneliti akan melakukan koordinasi dengan menemui Kepala Desa beserta Kepala Puskesmas Tempuran untuk memberitahukan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilaksanakan. Prosedur yang akan dilaksanakan yaitu sebagai berikut :

a. Penelitian dilaksanakan di Wilayah Kecamatan Tempuran dengan langkah – langkah, yaitu langkah pertama dalam penelitian adalah menyeleksi keluarga yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, selanjutnya pengambilan sampel secara *purposive sampling* yaitu 74 orang untuk kelompok intervensi dan kontrol.
b. Peneliti menjelaskan tentang prosedur penelitian, setelah mendapat penjelasan tentang prosedur penelitian kemudian keluarga mengisi *informed consent*.
c. Peneliti memberikan lembar kuesioner kepada 74 orang (37 orang untuk intervensi dan 37 orang kelompok kontrol) untuk mengetahui tingkat kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa sebagai *pretest*. Untuk kelompok kontrol, setelah 1 bulan dilakukan *postest* dengan kuesioner yang sama.
d. Tahap intervensi dilakukan 4 kali pertemuan dengan memberikan terapi supportif keluarga oleh terapis, meliputi :

   Sesi 1 : Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sumber pendukung yang ada. Terapis mendiskusikan dengan keluarga/*caregiver* tentang masalah yang ada pada masing-masing *caregiver* yang diketahui, cara yang biasa dilakukan keluarga dalam merawat klien dan hambatan dalam merawat serta sumber pendukung yang ada. Hasil dari sesi pertama adalah kelompok keluarga memiliki daftar masalah yang ditulis dalam buku kerja.

   Sesi 2 : Menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor dan hambatannya. Terapis mendiskusikan dengan keluarga mengenai kemampuan positif menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dan hambatannya,

melatih serta meminta keluarga untuk mendemonstrasikan menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dengan melibatkan anggota keluarga lainnya. Hasil dari sesi ini adalah memiliki daftar kemampuan keluarga untuk mampu melakukan *roleplay*.

Sesi 3 : Menggunakan sistem pendukung diluar keluarga, memonitor dan hambatannya. Terapis mendiskusikan dengan keluarga mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung diluar keluarganya yaitu dengan cara meminta bantuan atau dukungan dari tenaga kesehatan dan hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk melakukan demonstrasi cara menggunakan sistem pendukung diluar keluarga dengan melibatkan anggota keluarga lainnya. Hasil dari sesi ketiga ini adalah memiliki daftar kemampuan dan penggunaan sistem pendukung yang ada diluar keluarga.

Sesi 4 : Mengevaluasi hasil dari hambatan penggunaan sumber. Terapis melakukan evalusi tiap peserta tentang pengalaman yang dipelajari dan pencapai tujuan, mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam maupu di luar keluarga dan cara memenuhi kebutuhan tersebut serta mendiskusikan kelanjutan perawatan setelah program terapi.

e. Pada tahap *post test* diberikan dengan jarak waktu 1 minggu setelah kegiatan pada kelompok intervensi dengan memberikan lembar kuesioner yang sama dengan *pretest*. Hasil *pretest* dan *postest* selanjutnya dibandingkan untuk mengetahui pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa.

3.7 Metode Pengolahan Data dan Analisa Data

3.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data bertujuan untuk memperoleh hasil yang baik dan benar serta memiliki kualitas yang baik. Pengolahan data dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

3.7.1.1 *Editing*

Dilakukan dengan mengecek kembali kelengkapan, kejelasan, kesalahan, dari instrumen penelitian yang telah didapat. Peneliti akan melakukan koreksi data untuk melihat kebenaran pengisian dan kelengkapan jawaban kuesioner dari responden. Hal ini dilakukan ditempat pengumpulan data sehingga bila ada kekurangan segera dapat dilengkapi.

3.7.1.2 *Coding*

Pemberian coding pada penelitian ini bertujuan untuk memudahkan memasukkan dan mengolah data. Peneliti melakukan pemberian kode pada data untuk mempermudah mengolah data, semua variabel diberi kode. Pada variabel independen yaitu terapi supportif keluarga, peneliti menggunakan kode angka. Dilakukan terapi supportif keluarga diberi kode 1, tidak dilakukan terapi supportif keluarga diberi kode 0. Variabel dependen yaitu kepatuhan minum obat, ya diberi nilai 0, tidak diberi nilai 1.

3.7.1.3 Tabulasi / *Entry Data Processing*

Pengolahan data dengan tabulasi adalah dengan cara memasukkan data dari hasil penelitian kedalam program komputer pada program analisa data. Peneliti melakukan pemrosesan data dengan memasukkan data hasil observasi dan kuesioner kedalam program komputer.

3.7.1.4 *Cleaning*

Cleaning merupakan upaya yang dilakukan untuk memastikan data yang sudah dimasukkan tidak terdapat kesalahan dan ketidaklengkapan dalam *entry* data. Dapat dilakukan dengan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* dan kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi apabila terdapat kesalahan.

3.7.2 Analisa Data

3.7.2.1 Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk mendiskripsikan seluruh variabel baik variabel bebas maupun variabel terikat. Uji statistik menggunakan *deskriptive statistic* untuk disajikan dalam bentuk tabulasi, maksimum, minimum, dan *mean* untuk mendapatkan hasil ditribusi dari masing – masing variabel (Notoatmojo, 2010). Analisa univariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui karakteristik responden, yaitu usia responden, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, berapa lama pengobatan dan penghasilan.

3.7.2.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk menganalisis perbedaan variabel bebas maupun variabel terikat (Notoatmojo, 2010). Variabel dalam penelitian ini adalah hasil kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa sebelum keluarga dilakukan intervensi terapi supportif keluarga dan hasil kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa setelah keluarga dilakukan intervensi terapi supportif keluarga. Uji statistik dengan menggunakan uji *Paired sample t*-test, yaitu untuk mengetahui hasil pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa.

Tabel 3.3

Analisis Ketersediaan Karakteristik Responden

Pre	Post	Uji Statistik
Usia	Usia	*Independet t-test*
Jenis kelamin	Jenis kelamin	*Chi Square*
Pendidikan	Pendidikan	*Chi Square*
Pekerjaan	Pekerjaan	*Chi Square*
Lama pengobatan pasien	Lama pengobatan pasien	*Independet t-test*
Penghasilan	Penghasilan	*Independet t-test*

Tabel 3.4

Analisis Variabel Dependen dan Independen

Pre	Post	Uji Statistik
Kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa sebelum keluarga diberikan terapi supportif keluarga	Kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa setelah keluarga diberikan terapi supportif keluarga	*Paired Sample T-test*

3.8 Uji Validitas dan Realibilitas Kuesioner

3.8.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen. Setelah instrumen yang akan digunakan berupa kuesioner sebagai alat peneliti selesai disusun, kemudian dilakukan uji validitas dan realibilitas karena suatu kuesioner dikatakan valid, jika kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang diukur oleh kuesioner tersebut (Notoatmojo, 2010). Pada penelitian ini, kuesioner yang digunakan dikutip dari kuesioner yang pernah diujikan sebelumnya, sehingga kevaliditasan sudah diuji sebelumnya, yaitu kuesioner tentang kepatuhan minum obat. Thompson (1999) menjelaskan uji validitas konstruk MARS dengan menggunakan analisis *multitrait-multimethod matrix*, hasilnya MARS memiliki korelasi yang signifikan (p < 0,01) dengan metode pengukuran kepatuhan minum obat lainnya seperti : *Medication Adherence Questionnaire* dan *Drug Attitude Inventory*.

3.8.2 Uji Realibilitas

Realibilitas menunjukkan pada suatu pengertian bahwa instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik. Instrumen baik tidak akan bersifat tendensius, mengarahkan responden memilih jawaban – jawaban tertentu. Apabila data memang benar sesuai dengan kenyataanya, maka berapa kalipun diambil tetap akan sama hasilnya (Arikunto, 2012). Hasil uji reliabilitas MARS dengan menggunakan *alpha cronbach's* sebesar 0,75.

3.9 Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan mempertimbangkan prinsip – prinsip etika, menurut Hidayat (2010), etika penelitian meliputi :

3.9.1 *Informed Concent*

Informed concent merupakan proses pemberian informasi yang cukup dapat dimengerti kepada responden mengenai partisipasinya dalam suatu penelitian. Responden mempunyai kebebasan untuk memilih atau menerima tanggung jawab atas pilihannya (Potter, 2010). Sebelum pelaksanaan penelitian, responden yang memenuhi kriteria inklusi diberi penjelasan tentang tujuan penelitian, prosedur dan manfaat penelitian kemudian diberi kebebasan untuk menentukkan pilihannya dan tidak ada unsur paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Setiap responden mempunyai hak untuk menyetujui atau menolak diikutsertakan dalam penelitian dengan menandatangani surat persetujuan menjadi responden atau disebut sebagai *informed concent*.

3.9.2 Kerahasiaan

Tanggung jawab peneliti untuk melindungi semua informasi ataupun data yang dikumpulkan selama dilakukan penelitian. Informasi tersebut hanya akan diketahui oleh peneliti dan pembimbing atas persetujuan responden. Prinsip ini menjamin kerahasiaan data yang disampaikan oleh responden atas informasi yang telah diberikan. Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa responden memiliki hak tentang data – data responden, peneliti menjaga kerahasiaan selama penelitian dan pengolahan data.

3.9.3 Anonim

Peneliti tidak mencantumkan nama responden dalam penelitian, tetapi hanya menggunakan kode tertentu. Hal ini untuk menjaga kerahasiaan informasi yang diperoleh dari reponden. Informasi yang telah didapatkan akan dijaga kerahasiaanya oleh peneliti, sehingga dalam penelitian ini perlu menggunakan *anonymity*, tanpa keterangan nama lengkap dan alamat.

3.9.4 *Benefience*

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi responden penelitian dan dapat digeneralisasikan ditingkat populasi serta meningkatkan perawatan *caregiver* dalam merawat anggota keluarganya dengan ODGJ. Penelitian ini tidak membahayakan, memperhatikan dan menghormati hak, mertabat dan privasi reponden. Peneliti menjelaskan bahwa peneliti berhak memperoleh kenyamanan fisik, psikologi, sosial.

3.9.5 Prinsip menghargai hak asasi manusia (*Respect of human dignity*)

Prinsip ini menghormati dan menghargai hak – hak sebagai responden. Responden berhak untuk menerima, menolak, ataupun mengundurkan diri terhadap terapi yang akan diberikan. Selain itu responden berhak untuk bertanya jika ada penjelasan yang responden kurang mengerti dan mengetahui manfaat dari diadakan penelitian.

3.9.6 Prinsip keadilan (*Right to justify*)

Prinsip keadilan yaitu tidak membeda – bedakan responden yang satu dengan responden yang lainnya. Responden mendapat perlakuan yang sama dan adil sebelum, selama, dan setelah ikut partisipasi. Semua responden yang memenuhi kriteria inklusi diikutsertakan dalam penelitian tanpa melihat perbedaan agama, suku, dan jenis kelamin. Apabila terdapat responden yang tidak mengikuti pelaksanaan kegiatan akan dihitung sebagai *dropout* dan responden berhak untuk memberikan informasi sebelum pelaksanaan kegiataan sehingga peneliti dapat mengambil responden lain yang mampu mengikuti pelaksanaan terapi.

BAB 5
KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Karakteristik keluarga responden rata-rata berusia 56 tahun, dengan mayoritas berjenis kelamin perempuan. Pendidikan terbanyak pada tingkat sekolah menengah pertama atau SMP, sedangkan mayoritas pekerjaan yaitu buruh dengan penghasilan keluarga rata-rata Rp. 500.000 - 1.000.000,00/bulan.

5.1.2 Kepatuhan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yaitu sama-sama berada pada rentang 4-5 atau kepatuhan sedang

5.1.3 Pengaruh terapi supportif keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi yaitu dalam kategori kepatuhan sedang dan setelah diberikan terapi supportif keluarga, kepatuhan minum obat menjadi kategori tinggi atau dalam rentang 5-7

5.1.4 Pada kelompok kontrol kepatuhan minum obat juga dalam kategori sedang dan setelah tidak diberikan terapi supportif keluarga, kepatuhan minum obat mengalami peningkatan menjadi kategori kepatuhan tinggi.

5.1.5 Pengaruh terapi supportif terhadap kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki persamaan yaitu tingkat kepatuhan sedang mengalami peningkatan menjadi kepatuhan tinggi. Peningkatan kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol tidak signifikan di bandingkan dengan kelompok intervensi. Persamaan peningkatan kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol dan kelompok intervesni disebabkan oleh karakterisktik keluarga tiap responden. Berdasarkan hal tersebut maka dapat di simpulkan bahwa terapi supportif keluarga dapat mempengaruhi kepatuhan minum obat pada keluarga dengan pasien gangguan jiwa.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Ilmu Keperawatan

Pihak pendidikan keperawatan hendaknya mengembangkan terapi suppotif keluarga pada semua jenjang dalam masyarakat baik yang menengah keatas maupun menengah kebawah dan terapi ini agar bisa dijadikan sebagai kompetensi yang dimengerti dan dikuasai oleh mahasiswa agar dapat digunakan di masyarakat.

5.2.2 Bagi Metodologi Penelitian

Hendaknya untuk penelitian selanjutnya dapat mengembangkan penelitian ini ke tingkat yang lebih luas, agar dapat didapatkan hasil yang lebih optimal untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

Amelia, D.R. & Anwar, Z. (2013). Relaps Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan, 01, 2301-8267.*

Andarmoyo, S. (2012). *Keperawatan keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Arikunto, S. (2012). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik Edisi Revisi VI*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.

Astuty, dkk. (2008). Hubungan Antara Optimisme Dengan Kecenderungan Gangguan jiwa Pada Remaja.*Jurnal*. Yogyakarta : Universitas Islam Indonesia.

Barbara, Kozier. (2008). *Fundamental of Nursing, Seventh Edition Vol. 2*. Jakarta : EGC.

Carson, B.V. (2012). *Mental health Nursing : The Nurse-Patient Journey Second Edition*. Philadelphia : WB Saunders Company.

Chien, dkk. (2013). *Effects Of a Mutual Support Groups for Families Of Chinese People With Scizophrenia*. Diakses pada tanggal 14 April 2019.

Damayanti, R. (2014). Pengaruh terapi Suportif Keluarga terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gangguan Jiwa di Kecamatan Bogor Timur. *Jurnal Bimbingan dan konseling e-ISSN 2355-8539.*

Desmita. (2010). *Psikologi Perkembangan*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.

Dewi, dkk. (2012). *Buku Ajar Kesehatan Mental*. Semarang : UPT UNDIP Press Semarang.

Emilyani, D. (2014). Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemandirian Pasien Skizofrenia Yang Mengalami Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Jiwa Propinsi NTB. *Tesis*. Mataram : Keperawatan Poltekes Kemenkes.

Fadilah, S. Z. (2013). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Gangguan jiwa Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember : Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Fontaine. (2009). *Mental Health Nursing Care Plan (Sixth Edit)*. New Jersey : Pearson Prentice Hall.

Gunawan, A. (2011). *Remaja dan Permasalahannya*. Yogyakarta : Hanggar Kreator.

Hidayati, E. (2011). Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Mengatasi Perilaku Kekerasan pada Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang. *Tesis*. Depok : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Hidayat. (2012). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakrta : Salemba Medika.

Iswanti, D.I. (2012). Pengaruh Terapi Perilak Modeling Partisipan terhadap kepatuhan Minum Obat Pada Klien Penatalaksanaan Regimen Terapeutik Tidak Efektif di RSUJD Dr. Aminogondo Hutomo Semarang. *Tesis*. Depok : FIK Universitas Indonesia.

Klinberg, dkk. (2010). Supportive Therapy for Schizoprenic Disorders. *Journal Science DOI:10.1159/000318718.*

Kokurcan, *et al*. (2015). Burnout In Caregivers Of Patient With Schizophrenia. *Turkish Journal of Medical Sciences, 45, 678-685. doi:10.3906/sag-1403-98.*

Kyrous & Humphyers. (2008). *A Review of Research on the Effectiveness Of Self Help Mutual Aid Groups*. Diakses pada tanggal 14 April 2019.

Lumongga, L. N. (2009). *Gangguan jiwa Tinjauan Psikologis*. Jakarta : Kencana.

Madyarini, P., dkk. (2014). Hubungan Antara Pola Asuh Otoriter Orang Tua Dengan Gangguan jiwa Pada Remaja di SMAN 2 Purworejo. *Skripsi*. Surakarta : Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.

Maslim, R. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-V. Cetakan 2-Bagian Ilmu Keperawatan Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya*. Jakarta : PT Nuh Jaya.

Morisky, D. E., *et al*. (2008). Predictive Validity Of A Medication Adherence Measure In An Outpatient Setting. *Journal Health System Pharm, 10:348-54.*

Murti, dkk. (2012). Pengaruh Expressive Writing Terhadap Penurunan Gangguan jiwa Pada Remaja SMK di Surabaya. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*. Surabaya : Universitas Airlangga Surabaya.

Nora, A. C., dan Erlina L. W. (2011). Komunikasi Ibu dan Anak Dengan Gangguan jiwa Pada Remaja. *Jurnal Humanitas*. Yogyakarta : Universitas Ahmad Dahlan.

Notoatmodjo, S. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Info Medika.

Pinilih, S. S., dkk. (2015). Manajemen Kesehatan Jiwa Berbasis Komunitas Melalui Pelayanan Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. *The 2nd University Research Coloquium 2015, ISSN 2407-9189.*

Potter dan Perry. (2010). *Fundamental Keperawatan Buku 3, Edisi 7*. Jakarta : Salemba Medika.

Prasetyo, M. T. (2016). Pengaruh Terapi Suportif : Kelompok Terhadap Kepatuhan Minum Obat Klien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Rachmatichasari, R. (2016). Hubungan Peran Perawat Pendidik Dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Tahun 2018.

Sadock, B. J. (2010). *Sinopsis Psikiatri Jilid 2*. Jakarta : Binarupa Aksara.

Santrock, J.W. (2017).*Psikologi Pendidikan Edisi Kedua*. Jakarta : Kencana Prenada Media.

Sariah, *et al*. (2014). *Risk And Protective Factors For Relaps Among Individuals With Schizophrenia : A Qualitative Study in Dar es Salaam*. Tanzania : BMC Psychiatry.

Sastroasmoro, S. (2011). *Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-3*. Jakarta : Sagung Seto.

Semiun, Y. (2010). *Kesehatan Mental 2*. Yogyakarta : Kanisius.

Sinaga, N. A. (2014). Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia Paranoid di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Aceh. *Skripsi*. Aceh : Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala Darussalam Banda Aceh.

Steinberg, L. (2012). *Handbook of Adholescence Psychology : Third Edition*. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.

Struart, G. W. (2010). *Principles an Practice Of Psychiatric Nursing. 9th Edition.* St. Louis : Elsevier.

Stuart. (2013). *Psyciatric Nursing Edisi 10*. Jakarta : EGC.

Suprayitno. (2015). *Merawat Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Surtiningsih, A. (2011). Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Pada Klien Isolasi Sosial di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang. *Tesis*. Depok : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Suwardiman, D. (2011). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Beban Keluarga Untuk Mengikuti Regimen Terapeutik pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang. *Tesis*. Depok : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Swarjana, I Ketut. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Andi.

Townsend. (2009). *Psychiatric of Nursing Thridh Edition*. Philadelphia : F.A. Davis Company.

Ubaidillah. (2017). Pengaruh Pelatihan Terapi Supportif Kelompok Terhadap Peningkatan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Desa Paremono, Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang. *Skripsi*. Magelang : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Ulfah, M. (2013). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Tuberkulosis (TBC) di Wilayah Kerja Puskesmas Pamulang Kota Tangerang Selatan. *Skripsi*. Jakarta : Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Islam Negeri.

Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa.

Videbeck. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa.* Jakarta : EGC.

Wahyuningsih, S. A. (2011). Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) Yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Pelni Jakarta. *Tesis*. Depok : Fakultas Ilmu Keperawatan.

Wardani, I. Y. (2009). Pengalaman keluarga Menghadapi Ketidakpatuhan Anggota Keluarga dengan Skizofrenia Dalam Mengikuti Regimen Terapeutik Pengobatan. *Tesis*. Depok : Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Indonesia.

WHO. (2015). *World Health Statistics 2015*. World Health Organization.

Yosep, Iyus. (2009). *Keperawatan Jiwa Edisi Revisi*. Bandung : Revika Aditama.

Yosep, Iyus. (2013). *Keperawatan Jiwa.* Bandung : PT. Refika Medika.

Yusuf, A., dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.