

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA PASIEN
TERHADAP KEKAMBUIHAN PASIEN *SKIZOFRENIA* DI RUANG
GARDENIA RSUD KRT. SETJONEGORO WONOSOBO**

SKRIPSI

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



TRI SUTOMO

23.0603.0093

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2024**

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah kondisi psikologis individu dimana mengalami penurunan fungsi tubuh, merasa tertekan, tidak nyaman, dan penurunan fungsi peran individu dimasyarakat (Stuart, 2016). Gangguan jiwa yang menjadi salah satu masalah utama di negara-negara berkembang adalah Skizofrenia. Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai bidang fungsi individu, termasuk cara berpikir, berkomunikasi, penerimaan, menafsirkan realitas, menunjukkan emosi yang ditandai dengan pikiran yang tidak teratur, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh (Yosep, 2016).

Menurut data dari World Health Organization (WHO, 2017) penderita gangguan psikis dengan diagnosis skizofrenia telah menjakit kurang lebih 21 juta dari jumlah penduduk dunia. Sedangkan di Indonesia diperkirakan sekitar 50 juta atau 25% penduduk mengalami gangguan jiwa (Gasril et al., 2020). World Health Organization (WHO) dalam Putra, Sari, & Demur (2020) menyatakan saat ini jumlah penderita gangguan jiwa termasuk skizofrenia di dunia diperkirakan sekitar 145 juta jiwa.

Di Indonesia kasus gangguan jiwa terus bertambah setiap tahunnya. Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018 menunjukkan jumlah kasus ODGJ berat yang dinilai dari rumah tangga dengan anggota rumah tangga gangguan jiwa skizofrenia/psikosis mengalami peningkatan dari 1.7% di tahun 2013 menjadi 7% di tahun 2018. Data cakupan pengobatan penderita gangguan jiwa skizofrenia/psikosis di Indonesia yang tidak berobat sebesar 84,9%. Bali merupakan provinsi dengan gangguan jiwa skizofrenia dan psikosis dalam keluarga tertinggi di Indonesia sebesar 11,1%. Skizofrenia merupakan penyakit kronis yang sering kambuh atau berulang yang memerlukan pengobatan jangka panjang (Pardede et al., 2021).

Di Jawa Tengah sendiri merupakan salah satu provinsi yang menempati urutan ke lima terbanyak, prevalensi di Jawa Tengah sebanyak 0,23% dari jumlah penduduk melebihi angka nasional 0,17% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013). Berdasarkan data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015, penderita gangguan jiwa berjumlah 34.571 orang dari 33.264.339 penduduk.

Data orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di Kabupaten Wonosobo per September 2023 total sebanyak 2.427 dan dari angka tersebut diantaranya adalah dengan gangguan jiwa berat sebanyak 1.981 orang. Dari data tersebut merupakan jumlah dari 15 kecamatan yang ada di Kab. Wonosobo. Jumlah ODGJ di masing-masing kecamatan yang ada di Kab. Wonosobo yaitu : Kec. Wonosobo sebanyak 308, Kec. Wadaslintang 233, Kec. Kalikajar 192, Kec. Kertek 180, Kec. Kepil 177, Kec. Mojotengah 176, Kec. Selomerto 175, Kec. Sukoharjo 165, Kec. Sapuran 159, Kec. Leksono 143, Kec. Kejajar 133, Kec. Kaliwiro 130, Kec. Garung 127, Kec. Kalibawang 84 dan yang terakhir Kec. Watumalang sebanyak 45 (Dinas Kesehatan Kab. Wonosobo, 2023).

Gangguan jiwa harus dilakukan oleh keluarga dan masyarakat. Keikutsertaan masyarakat dalam penanganan gangguan jiwa akan menjadikan penderita merasa diterima kembali di lingkungan masyarakat. Keluarga merupakan unit pelayanan yang paling dekat dengan penderita. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau perawatan yang diperlukan penderita di rumah. Peran serta keluarga sejak awal perawatan di rumah sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat penderita sehingga kemampuan kambuh dapat dicegah. Menurut penelitian Nurdiana (2007) ditemukan bahwa salah satu faktor penyebab terjadinya kekambuhan penderita gangguan jiwa adalah kurangnya peran serta keluarga dalam perawatan terhadap anggota keluarga yang menderita penyakit tersebut. Salah satu penyebabnya karena keluarga tidak tahu cara menangani penderita gangguan jiwa di rumah. Kejadian yang seringkali dimasyarakat hingga saat ini adalah keterlambatan dalam pengenalan masalah kesehatan jiwa dan keterlambatan dalam membawa pasien gangguan jiwa berobat ke fasilitas kesehatan.

Keterlambatan tersebut ternyata dipengaruhi oleh kurangnya dukungan keluarga, maka dari itu keluarga perlu meningkatkan keterlibatan dan dukungan kepada keluarga yang menderita gangguan jiwa. Dalam rangka hal tersebut keluarga membutuhkan informasi dan edukasi yang benar mengenai masalah kesehatan jiwa.

Pengetahuan keluarga dalam perawatan merupakan gambaran suatu peran dan fungsi yang dapat dijalankan dalam keluarga, sifat kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu, perawatan individu dalam perannya didasari oleh harapan pada perilaku keluarga, kelompok, dan masyarakat. Berbagai peran yang terdapat dalam keluarga adalah asah, asih, asuh, dan juga beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga yaitu fungsi biologis, fungsi psikologis, fungsi sosial, fungsi ekonomi, dan fungsi pendidikan. Dampak sosialnya sangat serius berupa penolakan, pengucilan, dan deskriminasi. Begitu pula dengan ekonomi berupa hilangnya hari produktif untuk mencari nafkah bagi penderita maupun keluarga yang harus merawat, serta tingginya biaya perawatan yang harus ditanggung keluarga maupun masyarakat. Secara umum gangguan jiwa disebabkan karena adanya tekanan psikologis dari luar individu maupun tekanan dari dalam individu.

Kekambuhan merupakan suatu keadaan timbulnya kembali penyakit yang sudah sembuh dan disebabkan oleh berbagai faktor (Taylor, 2010). Kekambuhan gangguan jiwa merupakan keadaan dimana timbulnya kembali gejala-gejala gangguan psikis yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan yang baik, biasanya gangguan jiwa kronis diperkirakan mengalami kekambuhan kembali pada tahun pertama dengan kisaran 50% dan pada tahun kedua akan mengalami 75% dari dampak kekambuhan (Andri, 2008). Ada beberapa hal yang dapat memicu kekambuhan gangguan jiwa, antara lain tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan obat tanpa persetujuan dokter, kurangnya dukungan dari keluarga maupun masyarakat, serta adanya factor lain yang membuat stress penderita (Farida Hartono & Yudi, 2012). Terjadinya kekambuhan pada penderita tentu akan merugikan dan

membahayakan individu, keluarga, dan masyarakat. Ketika tanda-tanda kekambuhan atau relaps muncul, penderita bisa saja berperilaku menyimpang seperti mengamuk, bertindak anarkis atau yang lebih parah lagi akan melukai bahkan membunuh orang lain atau dirinya sendiri.

Penderita gangguan jiwa yang mengalami kekambuhan secara umum, berdasarkan penelitian yang dilakukan di Skotlandia, Kanada, Kalifornia dan Inggris sekitar 50% sampai 92% (Weret dan Mukherjee, 2014). Penderita yang tidak tinggal dengan keluarga memiliki resiko mengalami kekambuhan sebesar 72%, tidak patuh terhadap pengobatan beresiko mengalami kekambuhan sebesar 69%, tidak mendapat dukungan sosial akan beresiko mengalami kekambuhan sebesar 48%, serta penderita yang tidak mencari dukungan religius beresiko kambuh sebesar 45% (Fikreyesus, Soboka dan Feyissa, 2016). Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) yang kembali muncul gejala seperti bicara dan tertawa sendiri, berteriak, mengamuk, bahkan memaki orang lain ditambah pandangan negatif masyarakat, menyebabkan keluarga malu dan menimbulkan beban pada keluarga yang merawat. Keluarga sudah berusaha melakukan berbagai cara untuk kesembuhan dan telah menghabiskan banyak biaya, tetapi penderita tetap kambuh, sehingga keluarga menganggap tempat terbaik bagi penderita adalah di Rumah Sakit Jiwa (Widiastutik, Winarni dan Lestari, 2016a, 2016b; Tlhowe, du Plessis dan Koen, 2017).

Di Kabupaten Wonosobo mempunyai Dasar Pembangunan Kesehatan adalah nilai kebenaran dan aturan pokok yang menjadi landasan untuk berfikir dan bertindak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Seperti yang tertulis dalam Peraturan Daerah No. 6 tahun 2014 tentang Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Wonosobo bahwa Sistem Kesehatan Daerah diselenggarakan berdasarkan asas peri kemanusiaan, asas keseimbangan, asas manfaat, asas perlindungan, asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban, asas keadilan, asas gender dan non deskriminatif dan asas norma agama bagi seluruh masyarakat daerah. Ruang lingkup Sistem Kesehatan Daerah ini salah satunya yaitu kesehatan jiwa.

Pada tahun 2022 jumlah Puskesmas di Kabupaten Wonosobo adalah 24 Puskesmas, yang terdiri dari 16 Puskesmas tanpa rawat inap dan 8 Puskesmas dengan rawat inap. Seluruh Puskesmas di Kabupaten Wonosobo sudah terakreditasi. Melalui dinas kesehatan dikoordinir dalam peningkatan pelayanan kesehatan di tingkat pertama, salah satunya yaitu program kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan jiwa di kabupaten Wonosobo. Masing-masing puskesmas memiliki tim pemegang program kesehatan jiwa yang berkoordinir dengan semua perwakilan baik puskesmas, dinas kesehatan dan rumah sakit umum daerah. (Profil Dinas Kesehatan, 2023)

Di RSUD KRT Setjonegoro sendiri sudah mempunyai layanan klinik Psikiatri dan memiliki dua dokter spesialis jiwa. Mulai bulan maret 2023 lalu sudah membuka bangsal rawat inap jiwa. Ruang rawat inap ini bernama ruang Gardenia, yang memiliki kapasitas 11 tempat tidur. Terdiri dari 8 tempat tidur di ruang tenang, 2 tempat tidur di ruang akut atau *seklusi* dan 1 tempat tidur di ruang tindakan. Di RSUD KRT Setjonegoro sendiri mempunyai program pelayanan jemput pasien dengan kegawat daruratan baik gawat darurat fisik dan kegawat daruratan kejiwaan.

Pada studi pendahuluan di RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo dari catatan rekam medik didapatkan pasien Skizofrenia yang melakukan kunjungan di Klinik Psikiatri pada bulan September 2023 sebanyak 219 pasien, dan yang masuk di ruang rawat inap Gardenia sebanyak 21 pasien. Dari data tersebut menunjukkan tingginya jumlah pasien yang datang berobat, baik berobat rutin ataupun karena mengalami kekambuhan yang mengharuskan dirawat. Berdasarkan uraian diatas, penelitian tertarik untuk melakukan sebuah penelitian “Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Terhadap Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Ruang Gardenia RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo.”

B. Rumusan Masalah

Terjadinya kekambuhan pada penderita tentu akan merugikan dan membahayakan individu, keluarga, dan masyarakat. Ketika tanda-tanda kekambuhan atau relaps muncul, penderita bisa saja berperilaku menyimpang seperti mengamuk, bertindak anarkis atau yang lebih parah lagi akan melukai bahkan membunuh orang lain atau dirinya sendiri. Jika hal itu terjadi masyarakat akan menganggap bahwa gangguan yang diderita sudah tidak dapat disembuhkan lagi padahal terjadinya gangguan jiwa bukan hanya disebabkan oleh individu itu sendiri melainkan disebabkan oleh lingkungan sosial.

Data orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di Kabupaten Wonosobo per September 2023 total sebanyak 2.427 dan dari angka tersebut diantaranya adalah dengan gangguan jiwa berat sebanyak 1.981 orang. Dari data tersebut merupakan jumlah dari 15 kecamatan yang ada di Kab. Wonosobo. Pada tahun 2022 jumlah Puskesmas di Kabupaten Wonosobo adalah 24 Puskesmas, yang terdiri dari 16 Puskesmas tanpa rawat inap dan 8 Puskesmas dengan rawat inap. Seluruh Puskesmas di Kabupaten Wonosobo sudah terakreditasi. Melalui dinas kesehatan dikoordinir dalam peningkatan pelayanan kesehatan di tingkat pertama, salah satunya yaitu program kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan jiwa di kabupaten Wonosobo. Masing-masing puskesmas memiliki tim pemegang program kesehatan jiwa yang berkoordinir dengan semua perwakilan baik puskesmas, dinas kesehatan dan rumah sakit umum daerah. (Profil Dinas Kesehatan, 2023)

Di RSUD KRT Setjonegoro sendiri sudah mempunyai layanan klinik Psikiatri dan memiliki dua dokter spesialis jiwa. Mulai bulan maret 2023 lalu sudah membuka bangsal rawat inap jiwa. Ruang rawat inap ini bernama ruang Gardenia, yang memiliki kapasitas 11 tempat tidur. Terdiri dari 8 tempat tidur di ruang tenang, 2 tempat tidur di ruang akut atau *seklusi* dan 1 tempat tidur di ruang tindakan. Di RSUD KRT Setjonegoro sendiri mempunyai program pelayanan jemput pasien dengan kegawat daruratan baik gawat darurat fisik

dan kegawat daruratan kejiwaan. Namun dari segi ruangan belum bisa dikatakan sesuai dengan standar ruang rawat inap jiwa.

Uraian diatas menjelaskan bahwa pengetahuan keluarga sangat berperan penting dalam merawat penderita gangguan jiwa terlebih saat kambuh atau relaps. Oleh karena itu, peneliti sangat tertarik untuk mengetahui tentang hubungan pengetahuan keluarga dengan tingkat kekambuhan penderita gangguan jiwa.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tentang hubungan pengetahuan keluarga dengan tingkat kekambuhan pasien Skizofrenia di Ruang Gardenia RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk mengetahui :

- a. Gambaran karakteristik keluarga dengan gangguan jiwa
- b. Gambaran tingkat pengetahuan keluarga dalam mencegah kekambuhan penderita *Skizofrenia*
- c. Gambaran kekambuhan pasien *Skizofrenia*
- d. Analisa hubungan tingkat pengetahuan keluarga dengan kekambuhan pasien Skizofrenia

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi tenaga kesehatan untuk lebih memperhatikan pasien gangguan jiwa dengan upaya mencegah terjadinya kekambuhan pada penderita.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi untuk menambah pemahaman mengenai hubungan tingkat pengetahuan keluarga dengan tingkat kekambuhan pasien Skizofrenia.

3. Bagi Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan keluarga dengan tingkat kekambuhan pasien Skizifrenia di RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo. Keluarga penderita gangguan jiwa yang mempunyai pengetahuan tentang mencegah kekambuhan penderita gangguan jiwa akan memberikan dukungan informasi dan emosional dalam upaya pencegahan kekambuhan.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

Nama Peneliti dan Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan
Sri Wulansih, Arif Widodo (2008)	Hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap keluarga dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia Di RSJD Surakarta	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan desain penelitian cross sectional	Hubungan tingkat pengetahuan dengan kekambuhan sebesar 0,256 dengan $p > 0,05$. hubungan antara sikap keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia sebesar 0,041 dengan $p < 0,05$.	Variable terikat maupun variable bebas dari penelitian berbeda begitu pula dengan subjek penelitian
Lendra Hayani, Veny Elita, Oswati Hasanah (2012)	Gambaran pengetahuan tentang cara merawat pasien halusinasi di rumah	Jenis penelitian adalah deskriptif kuantitatif.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas keluarga berpengetahuan baik sebanyak 21 orang (70%).	Perbedaan terdapat pada variable terikat yang akan diteliti yaitu mengenai Pencegahan kekambuhan gangguan jiwa. Serta lokasi penelitian

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Teori

1. Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia merupakan penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal, serta memecahkan masalah (Stuart, 2016).

Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikosis fungsional dengan gejala terpecahnya unsur-unsur kepribadian seperti proses berfikir, afek emosi, kemauan dan psikomotor yang timbul pada usia kurang dari 45 tahun. Pada akhirnya timbul pendapat bahwa skizofrenia itu suatu gangguan psikomatis, gejala-gejala pada badan hanya sekunder karena gangguan dasar yang psikogenik atau merupakan manifestasi somatik dari gangguan psikogenik. Tetapi pada skizofrenia justru kesukarannya adalah untuk menentukan mana yang primer dan mana yang sekunder, mana yang merupakan penyebab dan mana yang merupakan akibatnya saja (Stuart, 2016).

b. Etiologi

Penyebab skizofrenia sampai saat ini belum diketahui dengan pasti. Ada beberapa teori yang menyebabkan terjadinya skizofrenia. Menurut (Stuart, 2016) beberapa teori antara lain :

1) Teori somatogenik

a) Faktor keturunan

Dapat dipastikan bahwa ada faktor keturunan yang juga menentukan timbulnya skizofrenia, diturunkan melalui gen yang resesif. Hal ini telah dibuktikan terutama pada anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9% - 1,8% bagi saudara kandung 7% - 15%, bagi anak dengan salah satu

orang tua yang menderita skizofrenia 7% - 16%, bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40% - 68%, bayi kembar 2 telur atau heterozigot 2% - 15%, bayi kembar 1 telur atau monozigot 61% - 86% (Maramis, 2010)

b) Endokrin

Dahulu dikira bahwa skizofrenia mungkin disebabkan oleh suatu gangguan endokrin, teori ini dikemukakan berhubung sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, kehamilan, atau puerperium dan waktu klimakterium (Maramis, 2010)

c) Metabolisme

Ada orang menyangka bahwa skizofrenia disebabkan suatu gangguan metabolisme, karena penderita tampak pucat dan tidak sehat, ujung ekstremitas sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun. Hipotesis ini tidak ditemukan kebenarannya oleh para sarjana (Maramis, 2010).

d) Susunan syaraf pusat

Ada yang mencari penyebab skizofrenia ke arah kelainan susunan syaraf pusat, yaitu diensefalon atau kortek otak. Tapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan post mortem (Maramis, 2010)

2) Teori psikogenik

Teori tersebut terdiri dari :

a) Susunan syaraf pusat

Skizofrenia tidak disebabkan oleh suatu penyakit badaniah. Penyakit badaniah bisa mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, oleh karena itu timbul suatu disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan, hipotesis ini dinamai dengan reaksi skizofrenik.

b) Teori Sigmund Freud

Skizofrenia terjadi karena ada kelemahan ego. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase nasisisme.

c) Eugen Bleuler (1857-1938)

Nama skizofrenia bisa juga dipengaruhi adanya hubungan yang kurang baik dalam keluarga, pekerjaan dan masyarakat. Skizofrenia juga persaingan antar saudara kandung bisa menjadi pencetus terjadinya skizofrenia (Maramis, 2010).

3) Teori sosiogenik

- a) Keadaan sosial ekonomi
- b) Pengaruh keagamaan
- c) Nilai-nilai moral

c. Tanda dan gejala skizofrenia

(D Hawari, 2016) membagi gejala skizofrenia menjadi gejala positif dan negatif, yaitu:

1) Gejala positif

- a) Delusi yaitu suatu keyakinan yang tak rasional atau tidak masuk akal tetapi diyakini kebenarannya.
- b) Kekacauan alam pikiran.
- c) Halusinasi yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan atau stimulus.
- d) Gaduh gelisah, tidak dapat diam, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e) Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu.
- f) Pikirannya penuh dengan kecurigaan, merasa ada ancaman.
- g) Menyimpan rasa permusuhan.

2) Gejala negatif

- a) Alam perasaannya atau afek yang tumpul dan mendatar, wajah yang tak menunjukkan ekspresi.

- b) Menarik diri, tak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun.
 - c) Kontak emosional amat miskin, sukar di ajak bicara, pendiam.
 - d) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
 - e) Kesulitan dalam berpikir abstrak.
 - f) Tidak ada upaya dan usaha, tidak ada inisiatif, monoton, dan tidak ingin apa-apa.
 - g) Pola pikir stereotipe.
- d. Pengelolaan jenis penyakit skizofrenia

Pembagian jenis penyakit skizofrenia sebagai berikut:

1) Skizofrenia simplek

Sering timbul pada masa pertama kali pubertas, timbulnya perlahan-lahan sekali, pada awalnya klien kurang memperhatikan keluarganya, menarik diri dari pergaulan, makin lama makin mundur dalam pekerjaan dan pelajaran. Gejala yang menonjol kadang kala emosi dan kemunduran kemauan.

2) Skizofrenia hebefrenik

Sering timbul pada masa remaja antara usia 15 – 25 tahun. Gejala yang mencolok yaitu perilaku kekanak-kanakan, waham dan halusinasi, juga terdapat adanya gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan depersonalisasi.

3) Skizofrenia katatonik

Timbul pertama kali antara umur 25 – 30 tahun. Biasanya akut serta didahului oleh stres emosional. Skizofrenia katatonik dibedakan menjadi 2 jenis yaitu katatonik stupor dengan gejala menonjol klien tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungan, dan katatonik gaduh gelisah yang terdapat gejala hiperaktifitas motorik tetapi tidak disertai emosi yang semestinya.

4) Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid agak berbeda dengan yang lainnya, muncul diatas usia 30 tahun, dengan gejala yang mencolok ialah waham

primer disertai waham sekunder dan halusinasi, bila pemeriksaan lebih teliti maka akan ditemukan gangguan proses berfikir, gangguan afek emosi dan kemauan.

5) Skizofrenia Akut

Gejala skizofrenia yang timbul mendadak sekali, klien seperti dalam keadaan mimpi, kesadaran berkabut seakan-akan dunia luar dan dirinya berubah, prognosa baik, biasanya dalam beberapa minggu atau kurang dari 6 bulan klien sudah baik.

6) Skizofrenia Residual

Keadaan skizofrenia dengan gejala primer menurut Bleurer yaitu adanya gangguan proses pikir, gangguan afek emosi, gangguan kemauan, dan gangguan psikomotor, sedangkan gejala sekunder yang meliputi waham dan halusinasi tidak jelas. Biasanya timbul dalam beberapa kali serangan.

7) Skizofrenia Skizoafektif

Gejala skizofrenia dan depresi yang timbul secara bersamaan, jenis ini bisa sembuh tanpa ada efek atau mungkin timbul lagi serangan (Maramis, 2010)

e. Penatalaksanaan skizofrenia

Pengobatan harus dilakukan secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama kemungkinan besar menuju ke kemunduran mental. Terapis jangan melihat klien skizofrenia sebagai penderita yang tidak dapat disembuhkan lagi, atau sebagai suatu makhluk yang aneh dan inferior. Apabila sudah dapat diadakan kontak, maka dilakukan bimbingan tentang hal-hal yang praktis. Meskipun penderita mungkin tidak sempurna sembuh, akan tetapi dengan pengobatan dan bimbingan yang baik penderita dapat ditolong untuk berfungsi terus, misalnya bekerja sederhana dirumah ataupun diluar rumah (Maramis, 2010).

Beberapa usaha pengobatan yang diberikan yaitu :

1) Farmakoterapi

Neroleptika dengan dosis efektif rendah lebih bermanfaat pada penderita dengan skizofrenia yang menahun, sedangkan dengan dosis efektif tinggi lebih berfaedah pada penderita dengan psikomotorik meningkat. Untuk pasien dengan skizofrenia menahun, neroleptika diberikan dalam jangka waktu yang tidak ditentukan lamanya dengan dosis yang naik turun sesuai dengan keadaan pasien. Senantiasa kita harus waspada terhadap efek samping yang terjadi. Hasilnya lebih baik bila neroleptika mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit. Tidak ada dosis standart untuk obat ini, tetapi dosis ditetapkan secara individual. Dosis neroleptika disesuaikan sehingga tercapai dosis terapeutik. Dapat dimulai dengan dosis yang rendah lalu pelan pelan dinaikkan, dapat juga langsung diberi dosis tinggi, tergantung pada keadaan pasien dan kemungkinan timbulnya efek samping. Belum ada neroleptika yang paling unggul terhadap skizofrenia (Maramis, 2010)

2) Terapi Elektro Konfulsi

Seperti juga dengan terapi konvulsi yang lain, cara bekerjanya elektrokonvulsi belum diketahui dengan jelas. Dapat dikatakan bahwa terapi konvulsi dapat memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita. Akan tetapi terapi ini tidak dapat mencegah serangan yang akan datang.

Bila dibandingkan dengan terapi koma insulin, maka dengan TEK lebih sering terjadi serangan ulangan. Akan tetapi TEK lebih mudah diberikan, bahayalebih kurang, lebih murah dan tidak memerlukan tenaga yang khusus seperti pada terapi koma insulin.

3) Terapi koma insulin

Meskipun pengobatan ini tidak khusus, bila diberikan pada permulaan penyakit, hasilnya memuaskan. Presentasi kesembuhan

lebih besar bila dimulai dalam waktu 6 bulan sesudah penderita jatuh sakit.

4) Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisa tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita skizofrenia karena dapat menambah isolasi dan otisme. Yang dapat membantu penderita ialah psikoterapi suportif individual atau kelompok, serta bimbingan yang praktis dengan maksud untuk mengembalikan penderita ke masyarakat. Terapi kerja baik sekali untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain (penderita lain, perawat, dan dokter). Tujuannya supaya pasien tidak mengasingkan diri lagi, karena bila menarik diri maka dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama. Perlu juga diperhatikan lingkungan penderita. Bila mungkin diatur sedemikian rupa sehingga ia tidak mengalami stress terlalu banyak (Maramis, 2010).

5) *Lobotomi prefrontal*

Dapat dilakukan bila terapi lain secara intensif tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya. Sedapat-dapatnya penderita harus tinggal dilingkungannya sendiri, harus tetap melakukan hubungan dengan keluarganya untuk memudahkan proses rehabilitasi (Maramis, 2010).

Menurut (D Hawari, 2016) terapi skizofrenia terdiri dari pemberian obat-obatan, psikoterapi dan rehabilitasi. Dasar pengobatan yang diberikan meliputi:

a) Somatoterapi

Bertujuan untuk memperbaiki keadaan umum, terapi elektrokonfusi diberikan bila diperlukan saja.

b) Psikoterapi

Bertujuan untuk memperkuat fungsi ego dengan cara psikoterapi suportif, diharapkan penderita bisa bersosialisasi.

c) Manipulasi lingkungan

Diharapkan lingkungan dapat menerima keadaan klien, membimbing kehidupan sehari-hari, memberikan kesibukan dan mengawasi saat minum obat.

f. Faktor resiko terjadinya skizofrenia

Menurut (Nurisa, 2019) Skizofrenia bukan merupakan penyakit, melainkan sebuah sindrom sehingga faktor resiko skizofrenia hingga sekarang masih belum jelas. Teori tentang faktor resiko skizofrenia dianut oleh faktor organobiologik (genetika, virus, dan malnutrisi janin), psikoreligius, dan psikososial termasuk diantaranya adalah psikologis, sosio-demografi, sosio-ekonomi, sosio-budaya, migrasi penduduk, dan kepadatan penduduk di lingkungan pedesaan dan perkotaan.

Menurut (Nurisa, 2019) mengatakan bahwa semua faktor tersebut saling berkaitan satu sama lain yang mengakibatkan kondisi psikologi yang rentan. Pada fase berikutnya apabila dikenai stress sosio-ekonomi dan psikososial seperti status ekonomi yang rendah, gagal dalam mencapai cita-cita, konflik yang berlarut, kematian keluarga yang dicintai dan sebagainya dapat menjadi faktor pencetus berkembangnya skizofrenia.

2. Dukungan Keluarga

a. Definisi dukungan keluarga

Menurut (Friedman, 2010) dukungan keluarga adalah suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya yang dapat diakses oleh keluarga yang dapat bersifat mendukung dan memberikan pertolongan kepada anggota keluarga. Hal ini berkaitan dengan apa yang diungkapkan (Friedman, 2010) yang menyatakan bahwa dukungan keluarga adalah bagian integral dari dukungan sosial. Dampak positif dari dukungan keluarga adalah meningkatnya penyesuaian diri seseorang terhadap kejadian-kejadian dalam kehidupan. Dukungan keluarga meliputi informasi verbal atau non-verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh

anggota keluarga yang lain yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penderita skizofrenia.

Dukungan keluarga berperan besar dalam hal kepatuhan penderita skizofrenia dalam menjalani pengobatan, dengan adanya dukungan keluarga dapat memberikan kepercayaan diri pada penderita skizofrenia serta dorongan untuk patuh berobat sehingga dapat mengurangi kekambuhan pada penderita skizofrenia. Selain dukungan keluarga hal yang terpenting adalah sikap penderita skizofrenia sendiri untuk tetap yakin dapat sembuh dengan cara berobat teratur dan patuh dalam menjalani pengobatan. Sehingga penderita skizofrenia dapat sembuh tanpa mengalami kekambuhan.

b. Jenis – jenis dukungan keluarga

Menurut (Friedman, 2010) dukungan keluarga antara lain :

1) Dukungan emosional

Dukungan emosional merupakan suatu bentuk dukungan berupa rasa aman, cinta kasih, memberi semangat, mengurangi putus asa dan rendah diri sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik. Dukungan emosional dalam keluarga akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga. Dukungan emosional memberikan pasien perasaan nyaman, merasa dicintai meskipun saat mengalami suatu masalah bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat kepada pasien yang dirawat di rumah atau di rumah sakit jiwa. Jenis dukungan bersifat emosional atau menjaga keadaan emosi atau ekspresi. Jika stress mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai maka dukungan dapat menggantikannya sehingga akan dapat menguatkan kembali perasaan dicintai tersebut. Apabila dibiarkan terus menerus dan tidak terkontrol maka akan berakibat hilangnya harga diri.

2) Dukungan penilaian

Dukungan penilaian merupakan dukungan berupa dorongan dan motivasi yang diberikan keluarga kepada pasien. Dukungan ini merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Pasien mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi penghargaan positif keluarga kepada pasien, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan pasien. Dukungan keluarga ini dapat membantu meningkatkan strategi koping pasien dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek positif. Dalam dukungan penilaian, kelompok dukungan dapat mempengaruhi persepsi pasien akan ancaman. Dukungan keluarga dapat membantu pasien mengatasi masalah dan mendefinisikan kembali situasi tersebut sebagai ancaman kecil dan keluarga bertindak sebagai pembimbing dengan memberikan umpan balik dan mampu membangun harga diri pasien.

3) Dukungan *instrumental*

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dengan menyediakan dana untuk biaya pengobatan, dan material berupa bantuan nyata (*Instrumental Support/material Support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah kritis, termasuk didalamnya bantuan langsung seperti saat seseorang membantu pekerjaan sehari-hari, menyediakan informasi dan fasilitas, menjaga dan merawat saat sakit serta dapat membantu menyelesaikan masalah. Pada dukungan instrumental, keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis. Pemberi dukungan instrumental berakibat pada perasaan ketidakadekuatan dan perasaan berhutang, malah akan menambah stress individu.

4) Dukungan *informasional*

Dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah yang dihadapi pasien di rumah atau rumah sakit jiwa, memberikan nasehat, saran atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, nasihat dan bimbingan kepada anggota keluarga untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tempat dokter dan terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Manfaat dari dukungan ini dapat menekan munculnya stressor karena informasi tertentu dapat memberikan pengaruh sugesti pada individu. Pada dukungan informasi keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

c. Manfaat dukungan keluarga

Menurut (Fitriani, 2011) menyatakan bahwa dukungan keluarga akan melindungi individu terhadap efek negatif dan depresi dan dukungan keluarga secara langsung akan mempengaruhi status kesehatan individu. Hal ini berarti semakin tinggi dukungan keluarga, maka semakin tinggi pula keberfungsian sosial pasien. Sebaliknya semakin rendah dukungan keluarga, semakin rendah pula keberfungsian sosial pasien gangguan jiwa.

d. Faktor yang mempengaruhi hubungan keluarga

1) Faktor internal

a) Tahap perkembangan

Dukungan keluarga yang diberikan ditentukan oleh usia sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan individu. Setiap rentang usia akan memiliki respon yang berbeda pula terhadap kesehatan pula.

b) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi persepsi individu terhadap dukungan. Kemampuan berfikir individu akan mempengaruhi dalam memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan kesehatan.

c) Emosi

Faktor emosional sangat berpengaruh terhadap keyakinannya terhadap dukungan. Individu yang tidak mampu melakukan coping adaptif terhadap adanya ancaman penyakit akan menyangkal adanya gejala penyakit dan tidak mau menjalani pengobatan

d) Spiritual

Aspek spiritual tampak pada individu saat menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan akan bagaimana hubungannya dengan keluarga atau teman.

2) Faktor eksternal

a) Praktik di keluarga

(Friedman, 2010) yang mengatakan bahwa dalam anggota keluarga khususnya perempuan mempunyai peranan penting sebagai caregiver, perempuan tentunya mempunyai perasaan yang lebih peka dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

b) Faktor sosioekonomi

Faktor sosioekonomi dapat memungkinkan risiko terjadinya penyakit dan sangat berpengaruh terhadap individu dalam melaksanakan kesehatannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi biasanya akan lebih tanggap terhadap tandan dan gejala penyakit. Dukungan sosial keluarga dapat diberikan dari teman, tetangga, keluarga dan teman kerja. Selain itu dapat disebabkan karena keluarga sering mengantar pasien ke rumah sakit dan cukup memahami bagaimana merawat pasien dengan gangguan

jiwa. Dukungan keluarga sangat penting bagi pasien skizofrenia. Apabila keluarga menghadapi pasien skizofrenia dengan cara dan sikap yang benar, mendukung pasien dengan mengikuti program pengobatan dengan benar, dan mengawasi perubahan kondisi dan gejalanya, maka pasien akan mendapatkan perawatan yang lebih baik. Anggota keluarga wajib mendukung dan membantu pasien untuk mengikuti pengobatan secara rutin, melibatkan pasien dalam kegiatan sehari-hari selama di rumah maupun di masyarakat. Anggota keluarga juga harus mengekspresikan diri dan berkomunikasi dengan pasien dengan cara yang lebih positif dan bersifat langsung, dorongan untuk meningkatkan kepercayaan diri pasien.

3. Konsep Keluarga

a. Definisi keluarga

Keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan oleh keturunan atau perkawinan. Menurut World Health Organisation (WHO), keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Keluarga adalah sebuah unit terkecil dalam kehidupan sosial dalam masyarakat yang terdiri atas orang tua dan anak baik yang berhubungan melalui pertalian darah perkawinan, maupun adopsi (Nasir & Muhith, 2011).

Konsep keluarga yang biasanya menjadi pemicu adalah struktur nilai, struktur peran, pola komunikasi, pola interaksi, dan iklim keluarga yang mendukung untuk mencetuskan terjadinya kekambuhan pada keluarga tersebut.

b. Peran keluarga

Peran adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dari seseorang dalam situasi sosial tertentu agar dapat memenuhi harapan. Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan-kegiatan yang

berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu (Yuliza, 2011).

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan keluarga untuk mencegah kekambuhan antara lain :

- 1) Memastikan obat diminum
- 2) Memotivasi dan membawa anggota keluarganya yang menderita skizofrenia untuk kontrol ke dokter secara teratur.
- 3) Memberikan dukungan dan rasa aman serta kehangatan
- 4) Menerima orang dengan skizofrenia apa adanya, tidak menyalahkan, mengkritik, membanding-bandingkan atau mengucilkan
- 5) Melibatkan anggota keluarga yang menderita skizofrenia pada berbagai kegiatan atau pekerjaan yang sesuai dengan kemampuannya
- 6) Menghindari terjadinya masalah kehidupan yang terlalu berat.

Berdasarkan pernyataan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa keluarga berperan penting dalam perawatan pasien skizofrenia selama di lingkungan rumah dan masyarakat. Oleh karena itu, peran serta keluarga sangat diperlukan dalam proses pemulihan dan pencegahan kekambuhan pasien dengan gangguan jiwa.

c. Fungsi keluarga

Fungsi dasar keluarga adalah memenuhi anggota keluarga. Lima fungsi keluarga menurut (Friedman, 2010) adalah :

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan suatu basis sentral bagi pembentukan dan keberlangsungan unit keluarga, dengan demikian fungsi afektif merupakan fungsi paling vital. Tujuan dari fungsi afektif untuk stabilitas kepribadian kaum dewasa, memenuhi kebutuhan-kebutuhan para anggota keluarga. Pada keluarga dengan gangguan jiwa harus memberikan reinforcement positif terhadap segala kemampuan yang sudah dilakukan penderita dengan tujuan meningkatkan harga diri positif

2) Fungsi Sosialisasi

Fungsi ini bertujuan untuk mengajarkan bagaimana berfungsi dan menerima peran-peran social dewasa. Keluarga memiliki tanggung jawab untuk mentransformasikan seorang anak menjadi seorang individu yang dapat bersosialisasi dalam masyarakat. Keluarga diharapkan dapat membantu anggota keluarga dengan gangguan jiwa untuk melakukan hubungan sosial baik di lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat.

3) Fungsi Reproduksi

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah menjamin kontinuitas keluarga antar generasi dan masyarakat, fungsi reproduksi ini bertujuan untuk menjaga kelangsungan generasi dan juga keberlangsungan hidup masyarakat. Keluarga dengan gangguan jiwa harus mempertahankan kualitas hidup setiap anggota keluarganya agar keberlangsungan generasi tetap terjaga.

4) Fungsi Ekonomis

Fungsi ekonomis meliputi ketersediaan sumber-sumber keluarga secara finansial, dan pengalokasian sumber tersebut yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Kemampuan keluarga seperti sandang, pangan, papan serta perawatan kesehatan yang memadai merupakan suatu perspektif tentang sistem nilai keluarga itu sendiri.

5) Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan yaitu fungsi untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga agar memiliki produktivitas tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan. Perawatan yang berkesinambungan mengurangi angka kekambuhan bagi penderita gangguan jiwa. Pentingnya keluarga untuk memotivasi dan membantu penderita untuk melakukan kontrol secara rutin ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat seperti puskesmas. Kembalinya penderita gangguan jiwa ke lingkungan

keluarga dan masyarakat setelah mendapatkan perawatan di fasilitas kesehatan, menjadikan keluarga sebagai kunci dalam memberikan perawatan bagi penderita gangguan jiwa, kebutuhan terhadap pengetahuan dan ketrampilan keluarga dalam merawat penderita akan mempengaruhi kualitas hidup penderita itu sendiri.

4. Konsep pengetahuan keluarga

a. Definisi

Pengetahuan merupakan hasil pengindraan manusia atau hasil dari tau seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, telinga, dan sebagainya) yang diperoleh melalui proses pengalaman dan proses belajar dalam pendidikan, baik yang bersifat formal maupun informal.

(Notoatmodjo, 2012) mengatakan bahwa pengetahuan keluarga mengenai kesehatan mental merupakan awal usaha dalam memberikan kesembuhan bagi pasien skizofrenia agar pasien atau penderita gangguan jiwa bisa bersosialisasi lagi dengan lingkungan sekitar, dan keluarga juga bisa saling mengingatkan orang lain agar tidak membedakan pasien skizofrenia agar dapat meningkatkan kesehatan mental pasien skizofrenia dan keluarga juga dapat tidak menjadi sumber masalah bagi anggota keluarga yang mengalami ketidak stabilan mental sebagai minimnya pengetahuan mengenai persoalan kejiwaan bagi keluarga yang memiliki penderita skizofrenia (Nurisa, 2019).

Perawatan di Rumah Sakit tidak akan bermakna bila tidak dilanjutkan dengan perawatan di rumah, untuk dapat melakukan perawatan secara baik dan benar keluarga perlu memiliki bekal yaitu pengetahuan mengenai penyakit yang dialami oleh pasien. Hal ini mengingat bahwa pasien skizofrenia mengalami 21 berbagai kemunduran, salah satunya yaitu fungsi kognitif sehingga orang terdekat pasien dalam hal ini keluarga memiliki peran yang sangat penting.

b. Tingkat Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2010) tingkat pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan :

1) Tahu (Know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya setelah mengamati sebelumnya. Misalnya : keluarga tahu tanda dan gejala dari kekambuhan skizofrenia adalah terjadinya penurunan dalam merawat tubuh. Tahu (know) termasuk dalam pengetahuan tingkat yang paling rendah.

2) Memahami (comprehension)

Memahami adalah sebagai kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari. Misalnya : keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita skizofrenia memahami salah satu penyebab kekambuhan adalah tidak minum obat secara teratur, memahami manfaat penggunaan obat secara teratur.

3) Aplikasi (application)

Aplikasi dapat diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil. Aplikasi ini dapat diartikan penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan lain sebagainya dalam konteks atau kondisi yang lain. Misalnya : setelah mendapatkan edukasi dari tim 22 perawatan di rumah sakit, keluarga dapat menerapkan tata cara perawatan pasien skizofrenia selama di rumah untuk menghindari terjadinya kekambuhan.

4) Analisis (Analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi dan atau memisahkan kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau obyek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram dan bagan terhadap pengetahuan atas obyek tersebut. Misalnya : keluarga dapat membedakan gejala positif dan gejala negative yang mungkin muncul dari penderita skizofrenia.

5) Sintesis (Synthesis)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis itu adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6) Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek tertentu. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditemukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada misalnya norma-norma yang berlaku di masyarakat. Misalnya : keluarga dapat menentukan dan menilai tentang terjadi kekambuhan atau tidak pada anggota keluarganya yang menderita skizofrenia.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan.

Menurut (Mubarak, 2011) ada tujuh faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu :

1) Tingkat pendidikan

Pendidikan merupakan suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan seseorang agar dapat memahami suatu hal. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi

pendidikan seseorang, semakin mudah orang tersebut menerima informasi. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pengetahuannya.

2) Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu kegiatan yang harus dilakukan terurama untuk memenuhi kebutuhan setiap hari. Lingkungan pekerjaan dapat membuat seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

3) Umur

Umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Dengan bertambahnya umur individu, daya tangkap dan pola pikir seseorang akan lebih berkembang, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

4) Minat

Minat merupakan suatu keinginan yang tinggi terhadap sesuatu hal. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni, sehingga seseorang memperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

5) Pengalaman

Pengalaman merupakan suatu kejadian yang dialami seseorang pada masa lalu. Pada umumnya semakin banyak pengalaman seseorang, semakin bertambah pengetahuan yang didapatkan. Dalam hal ini, pengetahuan seseorang yang pernah merawat pasien dengan skizofrenia seharusnya lebih tinggi daripada pengetahuan seseorang yang belum pernah merawat pasien dengan skizofrenia sebelumnya.

6) Lingkungan

Lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun social. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan

ke dalam individu yang berada didalam lingkungan tersebut. Misalnya, apabila seseorang yang berpengaruh dalam suatu keluarga memberikan dukungan dan motivasi kepada anggota keluarga yang mengalami skizofrenia, maka sangat mungkin anggota keluarga yang lain akan memberikan dukungan dan motivasi juga kepada anggota keluarga yang mengalami skizofrenia.

7) Informasi

Seseorang yang mempunyai sumber informasi yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas. Pada umumnya semakin mudah memperoleh informasi semakin cepat seseorang memperoleh pengetahuan yang baru.

Pengetahuan keluarga mengenai penyakit skizofrenia dapat diperoleh melalui pendidikan kesehatan jiwa pada keluarga. Pendidikan kesehatan jiwa ini biasanya diberikan pada saat anggota keluarganya sedang dirawat di rumah sakit. Tujuan daripada pendidikan kesehatan ini adalah memberikan bimbingan pada keluarga dalam rangka meningkatkan kesehatan jiwa pada keluarga, mencegah penyakit dan mengenali gejala gangguan jiwa secara dini dan upaya pengobatannya. Untuk mencapai tujuan tersebut diharapkan keluarga dapat memberikan stimulasi dalam perkembangan anak menumbuhkan hubungan interpersonal, mengerti penyebab gangguan jiwa oleh keluarga, upaya perawatan pasien gangguan jiwa dirumah sakit umum dan puskesmas.

Menurut (Keliat, 2011) isi pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga setelah lepas dari perawatan di rumah sakit untuk mencegah kekambuhan pasien :

1) Jenis dan macam obat

Pasien dan keluarga dijelaskan mengenai jenis obat yang dipakai yang meliputi : nama obat, warna obat, dan manfaat obat yang diminum.

2) Dosis

Jelaskan dosis, dapat dikaitkan dengan warna dan besar kecilnya obat disertai ukuran, misalnya : Risperidone 2 mg warna merah muda ukuran kecil, sementara Risperidone 3 mg warna kuning muda ukuran lebih besar, dll.

3) Waktu pemakaian / pemberian obat

Informasi tentang waktu pemberian harus disampaikan secara jelas untuk menghindari kekeliruan dan adanya efek samping obat. Pemberian obat sering disebut 1x sehari, 2x sehari atau 3x sehari seringkali ditambahkan minum obat setelah makan. Jadi perawat harus menjelaskan dengan jelas misalnya minum obat 3x sehari setelah makan pada jam 7 pagi, 1 siang dan 19 malam.

4) Akibat berhenti obat

Perlu dijelaskan kepada pasien dan keluarga tentang akibat memberhentikan obat tanpa konsultasi yaitu terjadi kekambuhan, karena pada tubuh pasien tidak cukup zat yang dapat mengontrol perilaku, pikiran atau perasaan. Dosis obat atau memberhentikan obat hanya boleh dilakukan dengan konsultasi dengan dokter. Jika dosis dikurangi atau diberhentikan sendiri maka prevalensi kekambuhan akan semakin tinggi.

5) Nama Pasien

Perlu pula dijelaskan pada pasien dan keluarga agar dapat mengecek nama pada botol obat atau kantong obat apakah sesuai dengan nama pasien. Penjelasan tentang obat perlu disampaikan pada pasien dan keluarga adalah jenis obat disertai dengan efek dan efek samping, dosis obat, waktu minum obat, akibat berhenti minum obat dan ketepatan nama pasien. Setelah beberapa hari minum obat perlu dievaluasi apakah pasien dan keluarga merasakan perbedaan antara sebelum minum obat dan setelah minum obat.

5. Konsep Kekambuhan

a. Definisi

Kekambuhan merupakan keadaan di mana gejala yang sama seperti sebelumnya kembali muncul dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali. Kekambuhan gangguan jiwa psikotik adalah munculnya kembali gejala-gejala psikotik yang nyata. Angka kekambuhan secara positif berhubungan dengan beberapa kali masuk Rumah Sakit, lamanya dan perkalanan penyakit. Kekambuhan adalah keadaan penderita dimana jatuh sakit lagi (biasanya lebih parah dari pada terdahulu) dan mengakibatkan penderita harus dirawat kembali. Setiap kekambuhan berpotensi menimbulkan bahaya bagi pasien dan keluarganya, seringkali mengakibatkan perawatan kembali rehospitalisasi dan membengkaknya biaya pengobatan (Nurisa, 2019)

b. Faktor-faktor penyebab kekambuhan

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kekambuhan, antara lain tidak minum obat dan tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dokter, kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat, serta adanya masalah kehidupan yang berat dan membuat stress (Yosep, 2013).

Selain itu ada faktor internal dari pasien sendiri yang mengakibatkan kekambuhan, yaitu : terkait patuh asuhan medis dan patuh asuhan keperawatan.

Ketidak patuhan asuhan medis

Tidak patuh asuhan medis yaitu pasien tidak mematuhi asuhan atau terapi yang sudah diberikan dokter, biasanya terkait dengan minum obat yang tidak teratur atau bahkan tidak mau minum obat yang mengakibatkan pasien kambuh atau tidak kooperatif. Pasien yang kambuh belum bisa menerapkan 7 prinsip benar minum obat.

7 prinsip pemberian obat

1) Benar pasien

Benar pasien adalah langkah penting dalam pemberian obat, salah satu dalam memberikan obat adalah dengan cara memastikan identitas pasien dengan memeriksa gelang identitas yang bertuliskan nama dan nomor registrasi masuk (Potter & Perry, 2010). Dalam manajemen penggunaan obat di rumah sakit harus melakukan penerapan standar pemberian obat yang termasuk proses untuk memverifikasi apakah obat sudah sesuai berdasarkan pesanan obat, yang meliputi : Tepat pasien dalam pemberian obat maksudnya obat yang akan diberikan hendaknya benar pada pasien yang diprogramkan dengan cara mengidentifikasi kebenaran obat dengan mencocokkan nama, nomor register, alamat dan program pengobatan pada pasien (Deniza, 2012)

2) Benar dosis

Benar dosis pemberian obat merupakan salah satu indikator keberhasilan peran perawat sebagai kolaborator. Peran tersebut diukur berdasarkan kemampuan perawat memberikan obat dengan dosis yang benar sesuai peran apoteker dan tidak menambahkan atau mengurangi dosis dari resep yang telah ditentukan. (Boyer, 2013). Beberapa studi dalam tujuh prinsip pemberian obat diantaranya, Tirtawati (2014) menyebutkan bahwa benar dosis dapat mengurangi kesalahan dalam pemberian obat, dimana perawat perlu mengecek ulang obat dan dosis yang akan diberikan jika terdapat penulisan obat atau dosis yang kabur atau kurang jelas. Seorang perawat melakukan pemberian obat sesuai dosis untuk menjamin keamanan pengobatan bagi pasien serta mengurangi terjadinya medication error Adian, Gahril & Pratama (2013)

3) Benar obat

Benar obat berarti menerima obat yang telah diresepkan, baik oleh dokter, dokter gigi, atau petugas kesehatan yang sudah mendapatkan izin seperti staf farmasi yang sudah berpengalaman yang

berwewenang untuk mengorder obat. Obat mempunyai nama dagang dan nama generik, jadi apabila ada obat dengan nama dagang yang asing ditemui, harus diperiksa nama generiknya (Tambayong., 2012). Tubuh membutuhkan dosis obat yang tepat agar memberikan dampak positif (Hardianti, 2016). Apabila pemberiannya tidak sesuai obat tersebut akan menjadi toksin yang mengganggu kesehatan seperti alergi, muntah, hingga mengakibatkan kematian (Hura, 2014).

4) Benar waktu

Pemberian obat pada waktu yang tepat juga memiliki peran terhadap kesembuhan pasien sehingga obat yang diberikan sesuai dengan efek terapeutik yang diharapkan. Obat yang diberikan bergantung pada waktu paruh, waktu paruh adalah waktu yang dibutuhkan oleh setengah dari jumlah awal obat atau zat lain untuk dieliminasi dari tubuh, obat dengan waktu paruh yang pendek lebih sering diberikan dibandingkan dengan obat waktu paruh yang panjang hal tersebut untuk mempertahankan efek terapeutik obat dalam plasma (Kamienski & Keogh, 2015).

5) Benar cara pemberian

Kesalahan penyuntikan obat dapat menyebabkan terjadinya reaksi alergi ataupun efektifitas obat yang berkurang atau bahkan tidak menimbulkan efek sama sekali. Kejadian kesalahan pemberian obat dapat berakibat fatal apabila terjadi gawat darurat yang membutuhkan penanganan segera. Hal ini perlu untuk dipertahankan untuk mencegah terjadinya kesalahan alur dalam pemberian obat. Adapun hal yang perlu diperhatikan untuk menjaga keberhasilan pengobatan tersebut yaitu, dengan menerapkan secara terus menerus manajemen dan penggunaan obat sesuai standar prosedur yang pemberian obat berdasarkan prinsip 7 benar pemberian obat (KARS, 2011). Memberikan obat pada rute yang telah diresepkan atau diinstruksikan tetapi jika diresep tersebut tidak

terdapat rute pemberian obat maka staf farmasi harus memberikan keterangan rute tersebut pada etiket obat, staf farmasi harus memahami perbedaan antara rute seperti tingkat penyerapan, sehingga apabila rute yang diinstruksikan tidak sesuai dengan cara yang direkomendasikan, mereka dapat mengingatkan dan mengkonfirmasi ulang ke dokter (Perwitasari, 2012).

6) Benar informasi

Pemberian informasi kepada pasien diharapkan mampu menambah pengetahuan pasien maupun keluarga terhadap obat yang akan diberikan dan dengan pemberian informasi oleh perawat dapat mengurangi terjadinya kesalahan persepsi oleh pasien (Mahfudhah & Mayasari, 2018).

7) Benar dokumentasi

Pemberian obat sesuai dengan standard prosedur yang berlaku di rumah sakit dan selalu mencatat informasi yang sesuai. Pasien dapat menolak untuk pemberian suatu pengobatan, adalah tanggung jawab perawat untuk menentukan, jika memungkinkan, alasan penolakan dan mengambil langkahlangkah yang perlu untuk mengusahakan agar pasien mau menerima pengobatan. Jika suatu pengobatan ditolak, penolakan ini harus segera didokumentasikan. Perawat yang bertanggung jawab, perawat primer, atau dokter harus diberitahu jika pembatalan pemberian obat ini dapat membahayakan klien, seperti dalam pemberian insulin, tindak lanjut juga diperlukan jika terjadi perubahan pada hasil pemeriksaan laboratorium, misalnya pada pemberian insulin atau warfarin (Suryani & Permana, 2020).

Ketidak patuhan asuhan keperawatan

- 1) Pasien tidak menerapkan asuhan keperawatan yang sudah diajarkan
- 2) Pasien belum paham dengan yang diajarkan saat di rumah sakit
- 3) Pasien lupa dengan yang sudah diajarkan.
- 4) Pasien menolak atau tidak mau melakukannya.

Menurut Sullinger (1998 dalam Saputra, 2010) ada 4 faktor yang menentukan kekambuhan pada pasien skizofrenia, yaitu :

1) Pasien

Ketidaktaatan pasien menjadi salah satu faktor yang menyebabkan kekambuhan. Adanya efek samping dari pemakaian obat seperti impotensi, fatigue, atau gangguan penglihatan, menjadikan pasien merasa tidak nyaman sehingga menghentikan pengobatan. Ada pula yang merasa dirinya sudah sembuh sehingga penderita menghentikan pengobatan (Sariah, 2012).

2) Dokter

Pemberian obat dari dokter harus mengikuti lima prinsip utama terapeutik. Dokter harus memperkirakan kontraindikasi utama dalam pengobatan psikotik dan pemilihan obat yang sesuai dengan kondisi penderita sehingga dapat mencegah kekambuhan.

3) Penanggung Jawab Pasien (Case Manager)

Penanggung jawab kasus harus memiliki kesempatan lebih banyak dalam berelasi dengan pasien setelah pasien pulang ke rumah sehingga identifikasi gejala dini dapat segera diberi tindakan.

4) Keluarga

Kurangnya dukungan keluarga menjadi faktor yang menyebabkan kekambuhan pada pasien. Kejadian yang membuat pasien stres berkontribusi dalam kekambuhan. Oleh karena itu, keluarga memiliki tanggung jawab bersama dalam mengatasi masalah yang pasien hadapi. (Sariah, 2012).

c. Faktor Internal yang Mempengaruhi Kekambuhan

1) Usia

Sebagian besar pasien skizofrenia memiliki awitan di usia produktif, sekitar umur 15-55 tahun. Hal ini tentu akan membebankan keluarga dan lingkungan sosial dari pasien skizofrenia mengingat tidak hanya biaya pengobatan skizofrenia

saja yang tinggi, namun juga pasien tidak bisa bekerja di usia produktifnya akibat skizofrenia.

2) Genetik

Faktor genetik juga berperan dalam prevalensi gangguan skizofrenia. Prevalensi angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8%; bagi saudara kandung adalah 7-15%; bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia adalah 7-16%; bagi kedua orang tua menderita skizofrenia 40-60%; bagi kembar dua telur (heterozigot) adalah 2 15%; bagi kembar satu telur (monozigot) adalah 61-86%.

3) Jenis Kelamin

Prevalensi skizofrenia pada pria dan wanita sama. Kedua jenis kelamin tersebut berbeda awitan dan perjalanan penyakitnya. Awitan terjadi lebih dini pada pria dibanding wanita yaitu sekitar umur 8 sampai 25 tahun pada pria dan umur 25 sampai 35 tahun pada wanita.

4) Pendidikan

Pendidikan merupakan sarana strategis untuk meningkatkan kualitas seseorang, juga suatu bangsa. Selain sebagai suatu sarana sosial, pendidikan juga merupakan salah satu dasar dari penentu kualitas hidup seseorang. Individu dengan kemampuan yang terbatas atau edukasi yang rendah serta kompetensi yang kurang akan tersisih dari kompetisi pekerjaan dan memiliki prospek ekonomi yang buruk. Individu dengan pendidikan yang rendah juga akan berkurang partisipasinya dalam kehidupan sipil dan politik di masyarakat. Sebagian besar pasien skizofrenia mengalami kegagalan dalam mencapai tingkat pendidikan yang lebih tinggi, pekerjaan atau pernikahan. Pencapaian pendidikan yang lebih rendah sangat berhubungan dengan pasien skizofrenia. Hal ini diakibatkan berkurangnya kemampuan memperhatikan materi

edukasi pada pasien, juga kesulitan dalam mempelajari hal-hal yang baru.

5) Pekerjaan

Masalah pekerjaan mengenai adanya stigma terhadap penyakit skizofrenia menimbulkan beban berupa beban subjektif maupun objektif bagi pasien dan keluarganya. Bagi pasien gangguan skizofrenia hal tersebut menjadi halangan baginya untuk mendapatkan perlakuan yang layak, kesulitan dalam mencari pekerjaan dan sebagainya (Kusuma, 2018)

d. Faktor Eksternal yang Mempengaruhi Kekambuhan

1) Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan faktor penting yang mempengaruhi kesehatan jiwa pasien. Jenis dukungan yang diberikan kepada pasien dalam bentuk pengambilan obat, pengawasan obat, pemantauan asupan obat dan menemani pasien untuk pergi ke pelayanan kesehatan jiwa secara teratur, serta kebutuhan dasar kehidupan lainnya seperti pendidikan, pekerjaan, dan kesehatan secara umum. Dukungan anggota keluarga merupakan elemen utama yang penting berkaitan dengan kesembuhan pasien.

2) Peran Petugas Kesehatan

Faktor edukasi keluarga yang kurang oleh dokter, termasuk seperti tidak menunjukkan emosi yang berlebihan pada pasien. Hal ini mencakup apa-apa saja yang perlu dihindari pada pasien skizofrenia dan pengobatan pasien, bahkan sebuah studi yang membahas terkait pelatihan pengobatan mencakup jenis, efek samping, dan kegunaan dan menegosiasikan personal treatment dengan dokter akan meningkatkan kepatuhan.

3) Kepatuhan Pengobatan

Kepatuhan merupakan suatu proses yang sangat dipengaruhi oleh lingkungan tempat pasien tinggal, tenaga kesehatan, dan kepedulian sistem kesehatan. Kepatuhan juga berhubungan dengan

cara yang ditempuh oleh pasien dalam menilai kebutuhan pribadi untuk pengobatan berbagai kompetensi yang diperlukan, diinginkan, dan perhatian (efek samping, cacat, kepercayaan, biaya, dan lain-lain). Kepatuhan tidak hanya dipengaruhi oleh pasien, kepatuhan dipengaruhi juga oleh tenaga kesehatan yang tersedia, pemberian pengobatan yang kompleks, sistem akses dan pelayanan kesehatan (Kusuma, 2018)

e. Faktor Risiko Kekambuhan

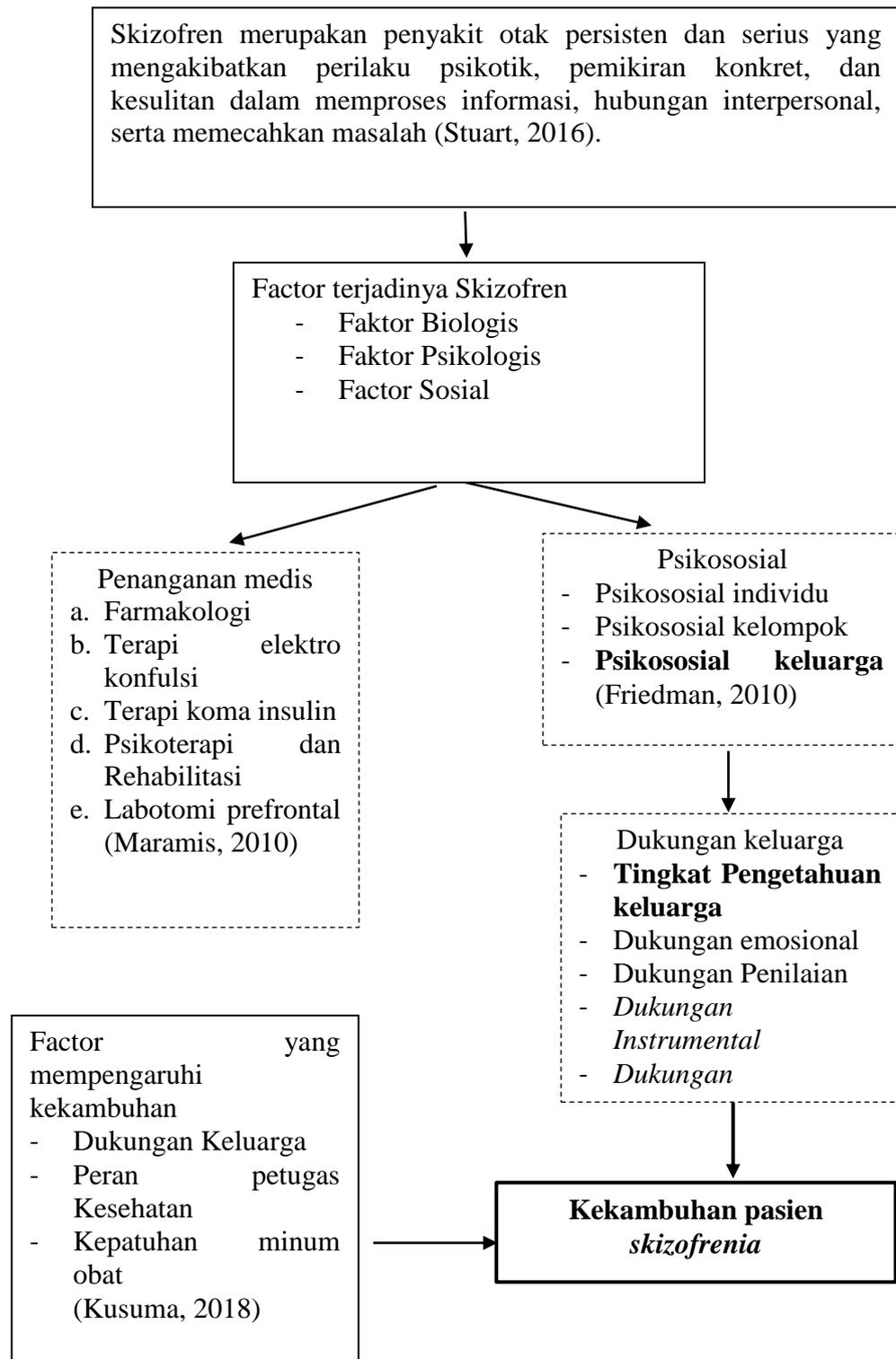
Menurut Murphy, MF, & Moller MD, faktor risiko untuk kambuh dalam Videbeck (2012) dalam (Nurisa, 2019), adalah :

- 1) Faktor risiko kesehatan :
 - a) Gangguan sebab dan akibat berfikir
 - b) Gangguan proses informasi
 - c) Gizi buruk
 - d) Kurang tidur
 - e) Kurang olahraga
 - f) Keletihan
 - g) Efek samping pengobatan yang tidak dapat ditoleransi
- 2) Faktor risiko lingkungan
 - a) Kesulitan keuangan
 - b) Kesulitan tempat tinggal
 - c) Perubahan yang menimbulkan stress dalam peristiwa kehidupan
 - d) Ketrampilan kerja yang buruk, ketidakmampuan mempertahankan pekerjaannya
 - e) Tidak memiliki transportasi/sumber-sumber
 - f) Keterampilan sosial yang buruk, isolasi social, kesepian
 - g) Kesulitan interpersonal
- 3) Faktor risiko perilaku dan emosional
 - a) Tidak ada control, perilaku agresif, atau perilaku kekerasan
 - b) Perubahan mood
 - c) Pengobatan dan penatalaksanaan gejala yang buruk

- d) Konsep diri rendah
 - e) Penampilan dan tindakan yang berbeda
 - f) Perasaan putus asa
 - g) Kehilangan motivasi
- f. Tanda dan Gejala Kekambuhan Penderita Gangguan Jiwa
- Menurut (Yosep, 2013) beberapa gejala kambuh yang perlu diidentifikasi pasien dan keluarganya yaitu :
- 1) Menjadi ragu-ragu dan serba takut (nervous)
 - 2) Tidak ada nafsu makan
 - 3) Sukar konsentrasi
 - 4) Sulit tidur
 - 5) Depresi
 - 6) Tidak ada minat
 - 7) Menarik diri
- Menurut (Keliat, 2019), tanda-tanda kekambuhan pada pasien gangguan jiwa ada beberapa macam yaitu :
- 1) Secara fisik
 - a) Makan dan minum kurang atau berlebih.
 - b) Tidur kurang atau terganggu.
 - c) Penampilan diri kurang rapi atau tidak rapi.
 - d) Perawatan diri kurang (badan bau, kuku panjang dan kotor, rambut dan kulit kotor).
 - e) Keberanian kurang atau berlebihan.
 - 2) Secara emosi
 - a) Bicara tidak jelas, merengek, menangis seperti anak kecil.
 - b) Merasa malu, bersalah.
 - c) Ketakutan.
 - d) Gelisah.
 - e) Mudah panik, tiba-tiba tanpa sebab.
 - f) Menyerang.
 - g) Bicara dan tertawa sendiri.

- h) Memandang ke satu arah, duduk terpaku.
 - i) Malas, tidak ada inisiatif.
 - j) Komunikasi kacau.
 - k) Bermusuhan dan curiga.
 - l) Merasa rendah diri, tidak berdaya dan hina.
- 3) Secara sosial
- a) Duduk menyendiri, melamun.
 - b) Tunduk.
 - c) Menghindar dari orang lain.
 - d) Tergantung pada orang lain.
 - e) Tidak peduli dengan lingkungan sekitar.
 - f) Interaksi kurang.
 - g) Kegiatan kurang.
 - h) Tidak mampu berperilaku sesuai normal.

B. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

C. Hipotesis

Hipotesa merupakan jawaban sementara yang kebenarannya akan dibuktikan melalui penelitian. Hipotesa ditarik dari serangkaian fakta yang muncul sehubungan dengan masalah yang diteliti. Hipotesis penelitian ini adalah ada Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Terhadap Kekambuhan Pasien *Skizofrenia*.

Ho : tidak ada hubungan tingkat pengetahuan keluarga pasien terhadap kekambuhan pasien *skizofrenia*.

H1 : adanya hubungan tingkat pengetahuan keluarga pasien terhadap kekambuhan pasien *skizofrenia*.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menjelaskan metode penelitian yang digunakan selama pelaksanaan penelitian adalah berupa rancangan penelitian, kerangka konsep, definisi operasional, populasi dan sampel, waktu dan tempat, alat dan metode pengumpulan data, metode pengolahan dan analisis data, dan etika penelitian.

A. Desain atau Rancangan Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengidentifikasi kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian. Penelitian ini menilai variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu waktu penelitian, tidak ada tindak lanjut. Rancangan penelitian ini akan memperoleh prevalensi atau efek fenomena dihubungkan dengan penyebab (Nursalam, 2016). Penelitian ini menggunakan studi kuantitatif dengan Cross sectional merupakan desain penelitian yang mempelajari resiko dan efek dengan cara observasi, dan tujuannya yaitu mengumpulkan datanya secara bersamaan atau satu waktu. Penelitian ini perlu dipublikasikan agar memberikan gambaran dan pengetahuan kepada peneliti bahwa ada metode penelitian yang bisa dilakukan hanya satu kali saja pengambilan datanya.

B. Kerangka Konsep



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep

C. Definisi Operasional Penelitian

Definisi operasional ini bertujuan untuk membuat variabel menjadi lebih konkrit dan dapat diukur, bagaimana mengukurnya, apa saja kriteria pengukurannya, instrument yang digunakan untuk mengukurnya dan skala pengukurannya (Dharma, 2011).

Definisi operasional digunakan untuk mendefinisikan variable secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati. Jadi dalam definisi operasional memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi, pengamatan atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek maupun fenomena dalam penelitian. Berikut adalah definisi operasional dalam penelitian ini sebagai berikut:

Tabel 3. 1
Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Independen pengetahuan	Kemampuan keluarga dalam menginternalisasi informasi yang diperoleh cara klien halusinasi merawat dengan pasien	Menggunakan kuesioner berisi pengetahuan keluarga terhadap perawatan pasien halusinasi Dengan berisi 19 pertanyaan menggunakan dua kategori pilihan Benar dan Salah Benar =1 Salah =0	Berdasarkan off point Tinggi: jika skor 15-19 Sedang:jika skor 11-14 Rendah : jika skor < 11	Ordinal
Dependen kekambuhan	Kekambuhan merupakan keadaan di mana gejala yang sama seperti sebelumnya kembali muncul dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali.	Kuisisioner kekambuhan. Menggunakan Instrumen yang digunakan adalah skala frekuensi kekambuhan	Skor jawaban : Tinggi(kambuh > dari 2x/tahun) Sedang (lebih dari 1x/tahun) Ringan (tidak pernah kambuh)	Ordinal

D. Populasi dan Sample (Kuantitatif) / Partisipan (Kualitatif)

1. Populasi penelitian

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti (Hera & Elvandari, 2021). Populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah pasien Skozofrenia yang dirawat di ruang Gardenia RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo pada bulan Desember 2023 sebanyak 21 pasien, bulan Januari 2024 yaitu sebanyak 19 pasien dan bulan Februari yaitu sebanyak 18 pasien. Total populasi dalam 3 bulan yaitu 58 pasien.

2. Sample penelitian

Sample adalah bagian dari objek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Los, n.d, 2021). Penentuan sampel dalam penelitian ini yaitu:

a. Teknik sampling dan besar sampel

Teknik penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan non probability sampling dengan consecutive sampling yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah responden yang diperlukan terpenuhi (Los, n.d,2021).

Rumus menghitung besar sampel yang digunakan adalah:

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

Gambar 3. 2 Rumus Mengitung Besar Sampel

Keterangan

N : Jumlah Responden

N : Jumlah Populasi

d : Nilai Kritis (batas ketelitian) ditentukan 10%

$$= \frac{58}{1+58(0,1)^2}$$

$$= \frac{58}{1+58(0,01)}$$

$$\begin{aligned}
 &= \frac{58}{1,58} \\
 &= 36,70 \\
 &= 37
 \end{aligned}$$

Berdasarkan rumus di atas, maka jumlah responden dari penelitian ini adalah 37 responden. Responden yang dimaksud adalah perwakilan 2 keluarga pasien, atau penanggungjawab yang merawat pasien dirumah .

b. Kriteria sample

Kriteria sampel dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 macam kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Kriteria eksklusi adalah mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak dapat diikutsertakann dalam penelitiann (Oktaviyanti et al.,n,2020).

1) Kriteria Inkulsi

- a) Keluarga yang anggota keluarganya yang menderita penyakit Skizofrenia.
- b) Keluarga yang tinggal serumah dengan pasien.
- c) Keluarga berusia lebih dari sama dengan 18 tahun sampai dengan 60 tahun.
- d) Sehat jasmani dan rohani.
- e) Keluarga bersedia mengisi informed consent dan kuisisioner yang telah tersedia.

2) Kriteria Eksklusi

- a) Keluarga dengan penyakit kronis dan lemah fisik yang tidak dapat memulihkan keadaan anggota keluarga dengan gangguan jiwa.
- b) Anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa dalam panti rehabilitasi.

E. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan pada Ruang Gardenia RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo, pada bulan Maret sampai bulan Mei 2024.

F. Alat dan Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah proses pendekatan kepada subjek dan prosedur pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah pengambilan data tergantung kepada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan (Nursalam, 2013).

1. Kuisisioner

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuisisioner yang menggambarkan tentang perilaku dan pengetahuan keluarga dalam mencegah kekambuhan penderita gangguan jiwa. Kuisisioner berupa pertanyaan tertutup yang mempunyai keuntungan mudah mengarahkan jawaban keluarga dan juga mudah diolah (Notoatmodjo, 2010).

a. Kuisisioner A (Untuk mengukur aspek tingkat pengetahuan keluarga)

Instrumen ini berisi pertanyaan terkait dengan pengetahuan keluarga tentang mencegah kekambuhan gangguan jiwa. Instrumen tersebut di ambil dari kuisisioner yang digunakan pada penelitian Muhammad Ali (2014). Kuisisioner ini menggunakan skala guttman yang sudah di modifikasi tiap pertanyaannya agar mudah dipahami oleh keluarga, keluarga diminta mengisi pertanyaan dalam skala berbentuk verbal dalam jumlah kategori tertentu.

b. Kuisisioner B (Mengukur frekuensi kekambuhan)

Instrumen yang digunakan adalah skala frekuensi kekambuhan. Alat ukur ini meliputi pengukuran seberapa sering penderita mengalami kekambuhan dalam satu tahun dengan memberi tanda checklist pada pilihan yang tersedia. Peneliti mengambil kuisisioner angka kekambuhan penderita gangguan jiwa berdasarkan kejadian kambuh penderit gangguan jiwa (Nurdiana, 2007).

Kekambuhan penderita gangguan jiwa :

Tinggi : bila pasien dalam satu tahun mengalami kekambuhan lebih dari atau/ sama dengan dua kali.

Sedang : bila dalam satu tahun mengalami kekambuhan satu kali

Rendah : bila dalam satu tahun tidak pernah mengalami kekambuhan

2. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas Kuesioner

a. Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar mengukur sesuai dengan apa yang akan diukur (Notoatmodjo, 2012).

Kuesioner pengetahuan keluarga tentang mencegah kekambuhan gangguan jiwa dalam penelitian ini menggunakan skala *guttman* yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya dengan nilai alpha cronbach 0,94

b. Uji Reabilitas

Uji reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur itu dapat dipercaya atau di andalkan (Saryono, 2011).

Pada penelitian untuk kuesioner pengetahuan keluarga tentang mencegah kekambuhan gangguan jiwa yang sudah dilakukan menghasilkan nilai alpha cronbach 0,78, sedangkan kuesioner kekambuhan gangguan jiwa yang sudah dilakukan ini menghasilkan nilai alpha cronbach 0,96

3. Cara pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

a. Peneliti mengajukan surat izin study pendahuluan pengambilan data awal kepada Bagian Administrasi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

b. Peneliti mengajukan jawaban izin study pendahuluan pengambilan data awal di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo dengan membawa surat ijin dari Universitas Muhammadiyah Gombang.

c. Peneliti mengajukan surat izin penelitian kepada Bagian Administrasi Umum Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah

Magelang ditujukan kepada RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo sebagai pengantar izin penelitian.

- d. Tahap penelitian dimulai setelah mendapat persetujuan Direktur RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo melalui bagian Diklat dan Bidang Keperawatan.
- e. Setelah mendapat izin, peneliti meminta izin dan menjelaskan kepada perawat tentang penelitian yang akan dilakukan. Sebelum melakukan penelitian, peneliti memperkenalkan diri terlebih dahulu kepada responden, menjelaskan kepada responden maksud dan tujuan dari penelitian. Bagi responden yang bersedia untuk dilakukan penelitian, selanjutnya responden diberikan lembar persetujuan yang kemudian ditanda tangani. Setelah itu penulis melakukan wawancara terpinpin kepada responden tentang pengetahuan mengenai penyakit skizofrenia dan kekambuhannya menggunakan kuisoner. Hasil kuisoner itu dilakukan rata-rata perbulan.
- f. Dalam penelitian ini penulis menggunakan alat yaitu kertas kuisoner dan alat tulis.
- g. Tahap akhir setelah proses pengumpulan data selesai, peneliti melakukan analisa dengan menggunakan uji statistik yang sesuai dengan data.

G. Metode Pengolahan dan Analisa Data

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan bantuan program statistik dalam melakukan analisis data univariat atau bivariat (Notoatmodjo, 2012).

1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan data atau variable dengan sederhana (Umar, 2011). Analisa univariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui karakteristik keluarga, yaitu umur, jenis kelamin, hubungan dengan pasien, tingkat pendidikan, dan pekerjaan dan tingkat pengetahuan keluarga.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menganalisis perbedaan variable bebas maupun variable terikat (Notoatmodjo, 2012). Variable bebas pada penelitian ini adalah pengetahuan keluarga tentang *skizofrenia*, sedangkan variable terikatnya adalah mencegah kekambuhan penderita gangguan jiwa. Pada penelitian ini uji yang digunakan adalah uji Chi Square. Uji ini dilakukan untuk mengetahui korelasi tingkat pengetahuan keluarga dengan tingkat kekambuhan keluarganya yang menderita skizofrenia.

H. Etika Penelitian

Sebelum dilakukan pengumpulan data, peneliti terlebih dahulu mengajukan permohonan izin yang disertai proposal penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan, kuesioner dibagikan kepada subyek penelitian dengan menekankan masalah etik.

Etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian keperawatan karena dalam penelitian ini berinteraksi langsung dengan manusia. Hal ini menyebabkan perlunya sebuah etika dalam penelitian keperawatan. Penelitian diharapkan menerapkan empat prinsip sebagai berikut (Nursalam, 2008):

1. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Peneliti ini tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data yang akan diisi oleh responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden. Lembar tersebut akan diberi kode tertentu.

2. *Benefience*

Peneliti berusaha untuk memberikan manfaat sebaik-baiknya bagi masyarakat khususnya responden dan subjek penelitian. Responden diharapkan dapat mengetahui tentang pengaruh pijat punggung dengan kualitas tidur.

3. *Confidentiality*

Peneliti wajib menjaga kerahasiaan responden dengan tidak memberitahu identitas responden maupun hasil penelitian baik informasi maupun masalah responden kepada orang lain. Dalam penelitian ini, responden hanya diminta untuk menuliskan inisial nama dan peneliti juga tidak akan memberitahukan identitas maupun informasi responden kepada orang lain.

4. *Nonmaleficence*

Penelitian yang dilakukan kepada responden hendaknya tidak menimbulkan bahaya bagi responden. Peneliti memberi penjelasan kepada responden bahwa penelitian ini tidak menimbulkan kerugian atau bahaya bagi responden.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Terhadap Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Ruang Gardenia RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Karakteristik responden menyatakan bahwa sebagian besar responden berumur 20-35 tahun dengan persentase 64.8%, jenis kelamin perempuan dengan presentase 67.5%, sebagian besar responden adalah seorang petani dengan presentase 35.1%, sebagian besar responden memiliki riwayat pendidikan menengah dengan persentase 56.8% dan sebagian besar responden memiliki penghasilan \leq UMR dengan presentase 67.5%.
2. Tingkat pengetahuan keluarga dalam mencegah kekambuhan penderita *Skizofrenia* sebagian besar dalam kategori tinggi dengan presentase 64.9%.
3. Gambaran kekambuhan pasien *Skizofrenia* di Ruang Gardenia RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo sebagian besar dalam kategori ringan dengan presentase 51.3%
4. Terdapat hubungan tingkat pengetahuan keluarga dengan kekambuhan pasien Skizofrenia di Ruang Gardenia RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo.dengan p value $0.001 < 0.05$
- 5.

B. Saran

1. Bagi Pelayanan Kesehatan
Meningkatkan perhatian pada pasien gangguan jiwa dengan upaya mencegah terjadinya kekambuhan pada penderita.
2. Bagi profesi keperawatan
Lebih aktif memberikan edukasi yang menyeluruh pada keluarga pasien khususnya Pasien Skizofrenia

3. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah literature tentang tingkat pengetahuan keluarga dengan tingkat kekambuhan pasien Skizofrenia.

4. Bagi Lingkup Penelitian

Mengaplikasikan ilmu yang diperoleh setelah melakukan penelitian tentang kekambuhan pasien Skizifrenia

DAFTAR PUSTAKA

- Adian, Gahral. D., & Pratama. H.S. (2013). Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Penerapan Prinsip Benar Pemberian Obat Pada Tindakan Injeksi di RSUD Wates. *Stikes Respati: Yogyakarta*
- Agustina, M. (2018). Tingkat Pengetahuan Pasien dalam Melakukan Cara Mengontrol dengan Perilaku Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 7(04), 306–312. <https://doi.org/10.33221/jiiki.v7i04.74>
- Boyer, M. J. (2013). *Perhitungan Dosis Obat: Panduan Praktis untuk Menghitung Dosis dan Menyiapkan Obat*. Edisi 7 Surabaya: Erlangga
- Fitrikasari, A., & Kartikasari, L. (2022). *Buku Ajar Skizofrenia* (Vol. 1).
- Hera, T., & Elvandari, E. (2021). Pengaruh Model Pembelajaran Explicit Instruction Pada Pembelajaran Tari Daerah Sebagai Dasar Keterampilan Menari Tradisi. *Jurnal Sitakara*, 6(1), 40–54. <https://doi.org/10.31851/sitakara.v6i1.5286>
- Horhoruw, A., Dunggio, A. R. S., & Nedissa, R. (2023). Hubungan Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Maluku. *Jurnal Ners*, 7(1), 158–164. <https://doi.org/10.31004/jn.v7i1.12661>
- Horhoruw, A., Rivai Saleh Dunggio, A., Nedissa, R., Studi Keperawatan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku, P., & Sakit Khusus Daerah Provinsi Maluku, R. (n.d.). *HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEKAMBUHAN PASIEN SKIZOFRENIA DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH PROVINSI MALUKU*. <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners>
- HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN SKIZOFRENIA (LITERATUR REVIEW)*. (n.d.).
- Korespondensi, P., Putri Mayang Sari, F., Rahma Soleman, S., Reknoningsih, W., & Ners, P. (2023). *SEHATRAKYAT (Jurnal Kesehatan Masyarakat) Penerapan Terapi Zikir Terhadap Penurunan Tanda dan Gejala Halusinasi pada Pasien Halusinasi RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah*. 2(3), 354–360. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v2i3.1910>
- Mahfudhah, A. N., & Mayasari, P. (2018). Pemberian Obat Oleh Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh, III(4), 49–57.

- Mapossa, J. B. (2018). Title. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 2499–2508.
- Notoatmodjo, S. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan Ed. Revisi. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurisa. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Pasien Skizofrenia Di Poli Jiwa Rsud Dr.Slamet Garut. *Journal Of Chemical Information And Modeling*.
- Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional (S. Akliya (Ed.); 4th Ed.). Salemba Medika.
- Nugroho, H. A., Nur, F., Santie, R., Soesanto, E., Aisah, S., Hidayati, E., Keperawatan, D., Keperawatan, I., Kesehatan, D., & Semarang, U. M. (n.d.). PERAWATAN HALUSINASI, DUKUNGAN KELUARGA DAN KEMAMPUAN PASIEN MENGONTROL HALUSINASI : LITERATURE REVIEW.
- Oktaviyanti, I. K., Kes, M., & Pa, S. (n.d.). *HITAM (NIGELLA SATIVA) PADA PENDERITA*.
- Potter, P. A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Of Nursing*. Edisi 8. Jakarta: Salemba Medika.
- Santi, F. N. R., Nugroho, H. A., Soesanto, E., Aisah, S., & Hidayati, E. (2021). Perawatan Halusinasi, Dukungan Keluarga Dan Kemampuan Pasien Mengontrol Halusinasi : Literature Review. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 10(3), 271. <https://doi.org/10.31596/jcu.v10i3.842>
- Skripsi Herni*. (n.d.).
- Studi, P., Keperawatan, I., & Diponegoro, U. (2017). Program studi ilmu keperawatan fakultas. *Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan SLE*, 4, 1–28.
- Studi, P., Keperawatan, I., Tinggi, S., Kesehatan, I., Maju, I., & Harapan, J. (n.d.). *Tingkat Pengetahuan Pasien dalam Melakukan Cara Mengontrol dengan Perilaku Pasien Halusinasi Pendengaran Marisca Agustina* (Issue 50).
- Suryani, L & Permana, L, (2020). Peningkatan Perilaku Perawat Melalui Pengetahuan Dalam Menjalankan Prinsip Pemberian Obat Dua Belas Benar. Vol 5 No. 5
- Ui, Tirtawati NK. Evaluasi terhadap penerapan sistem pelayanan UDD (Unit Dose

Dispensing) di Rumah Sakit Umum Dr. M. M. Dunda. Universitas Negeri
Gorontalo. 2014. F. I. K. (2012). *Tingkat pengetahuan...*, Yuyun Yusnipah,
FIK UI, 2012.