



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

**HUBUNGAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA DENGAN
TINGKAT KEKAMBUHAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA
DI UNIT PELAYANAN JIWA A RSJ PROF H.B SAANIN
PADANG TAHUN 2014**

SKRIPSI



**SHINTA MARGARET
0810325084**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS
2014**

PERSETUJUAN PEMIMBING SKRIPSI

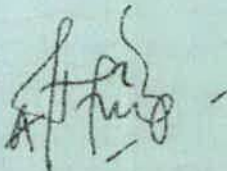
**HUBUNGAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA DENGAN TINGKAT
KEKAMBUHAN PASIEN SKIZOFRENIA DI UNIT PELAYANAN
JIWA A RSJ PROF. HB. SAANIN PADANG
TAHUN 2014**

**Shinta Margaret
0810325084**

Skrripsi ini telah di setujui
Tanggal 21 November 2014

Oleh :

Pembimbing Utama



Ns. Atih Rahayuningsih, M.Kep, Sp. Kep.J
Nip. 19710705 200812 2 001

Pembimbing Pendamping



Fitra Yeni, S. Kp, MA
Nip. 19711017 200112 2 002

**Mengetahui :
Ketua Program Studi S1 Keperawatan
Fakultas Keperawatan
Universitas Andalas**



Nelwati S.Kp, MN
NIP. 19771025 200112 2 001

PENETAPAN TIM PENGUJI SKRIPSI

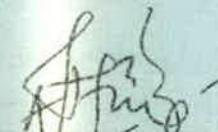
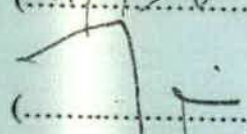
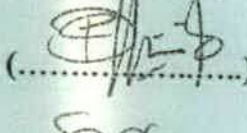
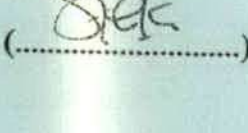
HUBUNGAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA DENGAN TINGKAT KEKAMBUHAN PASIEN SKIZOFRENIA DI UNIT PELAYANAN JIWA A RSJ PROF. HB. SAANIN PADANG TAHUN 2014

Nama : Shinta Margaret
BP : 0810325084

Skripsi ini telah diuji dan dinilai oleh tim penguji
Pada Fakultas Keperawatan Universitas Andalas pada
Tanggal 28 November 2014

Tim Penguji

1. Ketua : Ns. Atih Rahayuningsih,, M.Kep, Sp.Kep.J
2. Anggota : Fitra Yeni, S Kp, MA
3. Anggota : Ns. Zifriyanthi Minanda Putri, S.Kep, M.Kep
4. Anggota : Ns. Dewi Eka Putri, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.J
5. Anggota : Ns. Esthika Ariany Maisa, S.Kep

()
()
()
()
()

UCAPAN TERIMA KASIH



Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ Prof.HB Saanin Padang Tahun 2014”**.

Selama proses penyusunan skripsi ini peneliti tidak terlepas dari peran dan dukungan berbagai pihak. Terima kasih sebesar-besarnya kepada Ibu Ns. Atih Rahayuningsih, M.Kep, Sp.Kep J dan Ibu Fitra Yeni, S, Kp, MA selaku pembimbing yang telah mengarahkan, membimbing dan memberikan masukan dengan penuh kesabaran dan perhatian dalam pembuatan skripsi ini. Terima kasih juga buat ibu Fitra Yeni, S, Kp, MA selaku pembimbing akademik yang telah memberi motivasi dan bimbingan selama perkuliahan di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas. Selain itu peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. DR. Dachriyanus, Apt selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.
2. Ibu Nelwati, S.Kp, MN selaku Ketua Program Studi SI Ilmu Keperawatan Universitas Andalas.
3. Ibu Dr. Kurniawan Sejahtera, Sp.KJ selaku Direktur RSJ. Prof.HB.Saanin Padang dan staf Unit Pelayanan Jiwa A RSJ. Prof.HB.Saanin Padang.

4. Seluruh Bapak/ Ibu dosen yang mengajar di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas padang.
5. Seluruh anggota keluarga khususnya kedua orang tua dan suami yang telah memberikan segala bentuk dukungan, cinta, perhatian,serta doa yang tulus.
6. Teman-teman mahasiswa Fakultas Keperawatan atas semangat serta dukungan dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini serta pihak lain yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu, yang telah berpartisipasi dalam kelancaran penulisan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan skripsi ini.

Akhirnya, terima kasih untuk semua bimbingan, arahan, kritikan, dan saran yang telah diberikan oleh semua pihak, penulis hanya bisa mendoakan agar semua kebaikan dibalas oleh Allah SWT, Amin Yaa Rabbal Alamin.

Padang, November 2014

Peneliti
Shinta Margaret

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ANDALAS

November 2014

Nama : Shinta Margaret

BP : 0810325084

**Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Kekambuhan Pada
Pasien Skizofrenia di RSJ Prof. Hb. Saanin Padang Tahun 2014**

ABSTRAK

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang paling banyak mengalami kekambuhan. Kekambuhan merupakan keadaan klien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien dirawat kembali, dimana kekambuhan pasien skizofrenia dikatakan rendah apabila telah pernah dirawat sebelumnya minimal 1 kali dan tinggi ≥ 2 kali dalam satu tahun. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia di Unit pelayanan jiwa A RSJ. Prof. HB. Saanin Padang. Metode penelitian ini menggunakan deskriptif analitik untuk memberikan gambaran tentang hubungan tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia. Penelitian ini menggunakan desain *Cross Sectional*. Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling*. Populasi penelitian ini adalah keluarga pasien yang mendampingi pasien skizofrenia untuk kontrol ke Unit pelayanan jiwa A RSJ. HB. Saanin Padang yang sudah pernah dirawat sebelumnya dengan besarnya sampel sebanyak 81 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Data diolah dan dianalisis dengan tabel distribusi frekuensi kemudian di uji dengan uji *chi-square*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 52,8 % responden memiliki tugas kesehatan keluarga yang baik, 59,6 % klien skizofrenia memiliki tingkat kekambuhan yang rendah, ada hubungan yang bermakna antara tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kekambuhan ($p=0,000$). Rekomendasi dari penelitian ini bagi tenaga kesehatan khususnya perawat dapat melakukan penyuluhan bagi keluarga di Unit Pelayanan Jiwa A. Bagi perawat di RSJ. Prof. HB Saanin dapat melakukan *home visit* untuk memberikan pendidikan kesehatan bagi keluarga pasien yang sedang dirawat di Rumah Sakit bagaimana melaksanakan tugas kesehatan keluarga dengan baik agar tingkat kekambuhan dapat ditekan.

Kata Kunci : Tugas Kesehatan Keluarga dan Tingkat Kekambuhan
Daftar Pustaka : 36 (2001-2014)

NURSING FACULTY

UNIVERSITY ANDALAS

November 2014

Name : Shinta Margaret
BP : 0810325084

***The Relationship between Family Health Task with Recurrence Rate Of
Schizophrenia' Patients In Mental Care Unit A of Mental Hospital
Prof. Hb. Saanin Padang 2014***

ABSTRACT

Schizophrenia is a psychiatric disorder most experienced recurrence. Recurrence is object client where the same symptoms as before and lead the client to be treated again, which is said to lower recurrence of schizophrenia patients have been treated earlier if at least 1 time and height ≥ 2 times in one year. The purpose of this study was to determine the relationship of family health task with recurrence rate in patients with schizophrenia in Mental Care Unit A of Mental Hospital Prof. Hb. Saanin Padang. Methods This study used a descriptive analytic to provide an overview of the relationship of family care duties to recurrence rate in patients with schizophrenia. This study used cross sectional design and sampling was done by purposive sampling. The population was familys who have schizophrenia's patient to do controled in Mental Care Unit A of Mental Hospital Prof. Hb. Saanin Padang who had experienced recurrence with sample size of 89 respondents. The data was collected using a questionnaire. Data were processed and analyzed using frequency distribution tables were then tested by chi-square test. The results are 52,8 % respondents performed family health task well, 59,6% is a significant relationship between Family care duties with recurrence ($p = 0.000$. recommendations from this study for health worker, especially nurses can perform for family counseling in Mental Care Unit A of Mental Hospital Prof. HB. Saanin padang. And then the nurse can do a home visit to provide health education for families of patients who are being treated in hospital how to carry out the duties of family with good health tasks and so that the recurrence rate can be reduced.

Keywords: Family health task, Recurrence Rate

References : 36 (2001-2014)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM	i
HALAMAN PRASYARAT GELAR.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR SKEMA.....	xiv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	11
C. Tujuan Penelitian.....	11
1. Tujuan Umum.....	11
2. Tujuan Khusus.....	11
D. Manfaat Penelitian.....	12

BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN

A. Skizofrenia	13
1. Pengertian.....	13
2. Penyebab Gangguan Jiwa.....	14
3. Kriteria Skizofrenia	18
4. Tanda dan Gejala.....	19
5. Dampak.....	20
6. Jenis Skizofrenia.....	23

7. Penatalaksanaan.....	25
B. Kekambuhan	27
1. Pengertian.....	27
2. Tingkat Kekambuhan.....	28
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan	28
4. Tahap-tahap Kekambuhan	32
5. Cara Mencegah Terjadinya Kekambuhan.....	34
C. Tugas Kesehatan Keluarga	35
1. Definisi.....	35
2. Struktur keluarga.....	36
3. Fungsi Dasar Keluarga	37
4. Definisi Tugas Kesehatan Keluarga.....	40
5. Hambatan yang sering terjadi pada keluarga.....	46
6. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan tugas perawatan keluarga	47
D. Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia	49

BAB III KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep	55
B. Bagan Kerangka Konsep	56
C. Hipotesis Penelitian	56

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian.....	58
B. Populasi dan Sampel.....	58
C. Tempat dan Waktu Penelitian	60
D. Variabel Penelitian	61
E. Instrumen Penelitian.....	62

F. Etika Penelitian	63
G. Metode Pengumpulan Data.....	65
H. Pengolahan Data	66
I. Analisis Data	67
 BAB V HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Umum Penelitian	68
B. Analisa Univariat.....	69
C. Analisa Bivariat	70
 BAB VI PEMBAHASAN	
A. Tugas Kesehatan Keluarga	72
B. Tingkat Kekambuhan.....	75
C. Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Kekambuhan	77
 BAB VII PENUTUP	
A. Kesimpulan	83
B. Saran.....	83
 DAFTAR PUSTAKA.....	85

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Jadwal Penelitian	89
Lampiran 2	: Anggaran Dana Penelitian.....	90
Lampiran 3	: Surat Izin Penelitian	91
Lampiran 4	: Surat Telah Selesai Penelitian	92
Lampiran 5	: Kartu Bimbingan Proposal dan Skripsi.....	93
Lampiran 6	: Permohonan Menjadi Responden.....	97
Lampiran 7	: Informed Consent	98
Lampiran 8	: Kisi-kisi Kuisisioner	99
Lampiran 9	: Kuisisioner	100
Lampiran 10	: Master Tabel	108
Lampiran 11	: Hasil Uji Statistik	111
Lampiran 12	: Curriculum Vitae	114

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Definisi Operasional	61
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Skizofrenia pasca Perawatan di Unit Pelayanan Jiwa A Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2014.....	68
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tugas Kesehatan Keluarga di Unit Pelayanan Jiwa A Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang 2014.....	69
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kekambuhan di Unit Pelayanan Jiwa A Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2014.....	70
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang 2014.....	70

DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka Konsep	56
---------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara-negara maju atau modern dan industri, keempat masalah utama adalah penyakit degenerative, kanker, gangguan jiwa dan kecelakaan. Meskipun gangguan jiwa tersebut tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidakmampuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan karena tidak produktif dan tidak efisien (Hawari, 2001).

Masalah kesehatan jiwa di Indonesia dewasa ini perlu mendapatkan perhatian dari berbagai pihak, tidak hanya dari tenaga kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 yang dilakukan oleh badan penelitian dan pengembangan kesehatan Kemenkes RI memperlihatkan bahwa rata-rata nasional gangguan jiwa berat di Indonesia adalah 0,46 % atau sekitar 1 juta jiwa, dan untuk gangguan mental emosional (cemas dan depresi) diatas usia 15 tahun sebesar 11,6 % atau sekitar 19 juta penduduk. Menurut Dirjen bina kesehatan masyarakat (Depkes, 2008) jumlah penderita gangguan jiwa dimasyarakat sangat tinggi, yakni satu diantara empat penduduk Indonesia menderita kelainan jiwa dari rasa cemas, depresi, stres, penyalahgunaan obat, kenakalan remaja sampai skizofrenia.

Departemen Kesehatan (Depkes, 2008) mendefinisikan gangguan kejiwaan sebagai suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan penderitaan pada individu atau hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya. Didalam pedoman penggolongan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ) III, gangguan jiwa diartikan sebagai adanya kelompok gejala atau perilaku yang ditemukan secara klinis, yang disertai adanya penderitaan distress pada kebanyakan kasus dan berkaitan dengan terganggunya fungsi seseorang

Salah satu gangguan jiwa terberat adalah skizofrenia. Pasien skizofrenia pada umumnya merupakan pasien terbanyak penghuni rumah sakit jiwa yakni hampir 95 %. Data statistik menunjukkan gangguan skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan yang cukup umum. Satu dari 100 orang (1 % populasi) diduga mengalami gangguan ini. Prevalensi antara pria dan wanita tergolong seimbang. Namun tampaknya perkembangan gangguan ini lebih awal diawali pria dibandingkan wanita yaitu mulai muncul sekitar awal 20-an tahun pada pria dan akhir 20-an pada wanita (Isaacs, 2004).

Menurut Hawari (2006), jumlah penderita skizofrenia di Indonesia adalah tiga sampai lima per 1000 penduduk. Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 jiwa, maka diperkirakan 1 juta jiwa menderita skizofrenia. Jadi angka penderita skizofrenia di Indonesia tergolong tinggi.

Mayoritas penderita skizofrenia berada di kota besar. Ini terkait dengan tingginya stress yang muncul di daerah perkotaan. Hubungan sosial yang buruk, beban kerja yang tinggi, dan tingkat kemacetan lalu lintas juga

merupakan pemicu orang yang hidup dikota mengalami stress dan dapat beralih menjadi skizofrenia (Hawari, 2001).

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk fungsi berpikir dan komunikasi menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional (Stuart & Laraia, 2005). Skizofrenia adalah gangguan psikotis yang ditandai oleh munculnya delusi, halusinasi, ketidakteraturan dan cara bicara yang tidak koheren, perilaku yang tidak sesuai, dan gangguan kognitif (Wade, Carol & Carol Travis, 2006).

Menurut Puri (2011) penyebab skizofrenia meliputi faktor predisposisi (faktor genetika, prenatal, perinatal, dan kepribadian. Faktor presipitasi (stress psikososial), faktor perpetuasi (faktor sosial dan keluarga klien) dan faktor perantara (faktor neurotransmitter, neurodegenerasi, psikoneuroimunologis dan psikoneuroendokrinologis). Gejala pasti skizofrenia meliputi gejala positif (fase aktif) dan gejala negatif (residual). Gejala positif, atau gejala nyata ditandai dengan terjadinya waham, halusinasi, disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur. Gejala negatif atau gejala samar meliputi efek datar, kurang motivasi, menarik diri dari masyarakat.

Skizofrenia merupakan salah satu penyakit kronik. Sebagian kecil kehidupan mereka berada dalam kondisi akut dan sebagian besar penderita berada lebih lama (bertahun-tahun). Pasien dapat kehilangan pekerjaan dan

teman karena ia tidak berminat dan tidak mampu berbuat sesuatu atau karena sikapnya yang aneh. Pemikiran dan pembicaraan mereka samar-samar sehingga kadang-kadang tidak dapat dimengerti. Mereka memiliki keyakinan yang salah yang tidak dapat dikoreksi (Nurdiana, 2007).

Terapi untuk penderita skizofrenia terdiri dari terapi biologis (obat-obatan, ECT), terapi psikososial (terapi kelompok ketika klien di RS dan terapi keluarga untuk klien lepas rawatan). Terapi keluarga yakni dengan melatih keluarga bagaimana cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negative secara konstruktif dan jelas untuk memecahkan setiap persoalan secara bersama-sama (Durant, 2007). Jadi terapi-terapi ini bertujuan untuk menekan kekambuhan pasien.

Kekambuhan merupakan keadaan klien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus dirawat kembali (Kazadi, Moosa, Jennah 2008). Tingkat kekambuhan sering diukur dengan menilai waktu antara lepas rawat dari perawatan terakhir sampai perawatan berikutnya dan jumlah rawat inap pada periode tertentu (Pratt, 2006 dalam Ryandy 2014). Tingkat kekambuhan pasien skizofrenia dikatakan rendah apabila telah pernah dirawat sebelumnya minimal 1 kali dan tinggi ≥ 2 kali selama satu tahun (Schennach, Obermeier, Meyer, Jäger, Schmauss & Laux, dkk, 2012)

Menurut Sullinger pada Nasir (2011) ada 4 faktor penyebab pasien kambuh dan perlu dirawat kembali di rumah sakit, antara lain: klien, dokter, penanggung jawab klien dan keluarga. Klien menjadi salah satu faktor dalam

penyebab kekambuhan karena klien gagal memakan obat secara teratur. Dokter (pemberi resep) juga menjadi faktor penyebab kekambuhan ketika dalam pemakaian obat neuroleptik yang lama dan dapat menimbulkan efek samping Tardive Diskinea yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Penanggung jawab klien yang menjadi faktor penyebab kekambuhan ketika pulang kerumah, maka seharusnya penanggung jawab klien harus memantau kondisi klien. Faktor penyebab kekambuhan terbesar adalah keluarga. Emosi keluarga yang tinggi dan lingkungan yang tidak kondusif dapat membuat keadaan klien tidak membaik bahkan berakibat pada timbul kembali gejala-gejala seperti sebelum berobat ke rumah sakit.

Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan kelompok itu sendiri. Hampir tiap masalah kesehatan mulai dari awal sampai ke penyelesaian akan dipengaruhi oleh keluarga. Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga dan bukan individu sendiri yang mengusahakan tercapainya tingkat kesehatan yang diinginkan (Friedman, 2010).

Kesanggupan keluarga mempertahankan dan mendukung kesehatan pasien dapat dilihat dari pelaksanaan tugas kesehatan keluarga. Menurut Friedman, 2010 ada lima tugas kesehatan keluarga, 1) mengenal masalah kesehatan, 2) memutuskan tindakan yang tepat, 3) memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit, 4) menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan, 5) memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga akan sangat membantu menurunkan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia pasca rawatan. Anggota keluarga perlu mengenal masalah kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarganya. Kemampuan mengenal masalah erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan keluarga. Semakin tinggi pengetahuan keluarga maka diharapkan tingkat kekambuhan semakin rendah. Hasil penelitian Nurdiana (2007) di Rumah Sakit Dr. Moch. Ansyari Saleh Banjarmasin yang menyatakan bahwa tingkat kekambuhan yang tinggi disebabkan oleh kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit skizofrenia. Hasil penelitian Pratama, Ishak dan Syahrial (2013) di Layanan Umum Daerah (BLUD) RSJ Aceh yang menyatakan bahwa pasien skizofrenia dengan pengetahuan keluarga yang rendah memiliki peluang 2,5 kali lebih besar untuk mengalami kekambuhan dibandingkan dengan keluarga yang memiliki pengetahuan yang tinggi.

Keluarga harus tahu apa itu skizofrenia, tanda dan gejala skizofrenia dan penyebab terjadinya skizofrenia. Pengetahuan yang dimiliki keluarga merupakan usaha awal untuk memberikan suasana yang kondusif bagi keluarganya. Apabila menyadari adanya perubahan maka selanjutnya mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi klien.

Keluarga merupakan tempat terpenting dalam penyelesaian masalah bersama, salah satunya membuat keputusan tentang masalah kesehatan keluarga. Dasar dalam pengambilan keputusan bagi anggota keluarga yang sakit adalah hak dan tanggung jawab bersama yang pada akhirnya

menentukan pelayanan yang akan digunakan (Felicia, 2011.). Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat. Keluarga harus membawa klien ke Unit Gawat Darurat psikiatrik apabila klien menunjukkan tanda akan mencederai diri sendiri atau orang lain. Hasil penelitian Sulistyowati (2012) di desa Paringan Kecamatan Jenangan Ponorogo menyatakan bahwa semakin rendah kemampuan memutuskan tindakan kesehatan yang tepat maka semakin tinggi kekambuhan klien skizofrenia.

Memberikan perawatan pada anggota yang sakit merupakan tugas selanjutnya. Setiap anggota keluarga memiliki kewajiban untuk memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang lain ketika sakit. Anggota keluarga yang menderita skizofrenia memerlukan perawatan seperti pemenuhan kebutuhan sehari-hari, masalah *activity daily living* serta pemberian pengobatan. Keluarga mempunyai peran besar dalam merawat klien skizofrenia karena penderita skizofrenia mengalami kemunduran secara kognitif. Hasil penelitian Sulistyowati (2012) di desa Paringan Kecamatan Jenangan Ponorogo menyatakan bahwa semakin rendah kemampuan merawat anggota keluarga dengan skizofrenia maka kekambuhan klien semakin meningkat.

Keluarga juga harus menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien. Lingkungan yang menunjang bagi klien skizofrenia lebih merujuk pada ekspresi emosi yang ditunjukkan keluarga dalam merawat klien skizofrenia (Davies 1994 dalam Sulistyowati 2012). Selain itu, klien

skizofrenia membutuhkan modifikasi lingkungan berupa dukungan keluarga baik secara ekonomi maupun secara psikologis guna memberikan rasa nyaman, aman yang dapat meningkatkan derajat kesehatan klien (Friedman, 2010). Hasil penelitian Sulistyowati (2012) di desa Paringan Kecamatan Jenangan Ponorogo menyatakan bahwa semakin rendah kemampuan menciptakan lingkungan yang nyaman maka semakin tinggi kekambuhan klien skizofrenia.

Tugas terakhir adalah memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, hal ini bisa dilakukan dengan rutin memeriksakan keadaan pasien dan membawa pasien ke rumah sakit untuk dirawat apabila gejala kambuh terlihat. Keluarga juga harus rutin memeriksa keadaan klien pasca rawatan dan rutin untuk mengambil obat klien. Ketidakpatuhan klien terhadap obat dapat meningkatkan kekambuhan. Hal ini sejalan dengan penelitian Ryandy (2014) di RSJ. Pof. HB. Saani Padang yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ketidakpatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan.

Keluarga perlu memberikan penanganan yang baik bagi pasien setelah pulang dari Rumah sakit, sehingga kekambuhan dapat dicegah. Hal ini di dukung dengan hasil penelitian Saifullah (2005) di Badan Pelayanan Kesehatan Jiwa Nanggro Aceh Darussalam, dimana penerimaan yang tidak baik dari keluarga dapat meningkat kan resiko kekambuhan sebesar 4,28 kali dibanding penerimaan yang baik dari keluarga. Menurut penelitian Sulistyowati (2012) di Desa Pariangan Kecamatan Jenangan kabupaten

Ponorogo semakin rendah pelaksanaan tugas kesehatan keluarga maka semakin tinggi tingkat kekambuhan pasien skizofrenia. Sejalan dengan penelitian Yuni (2007) di RSJ. Prof. HB. Saanin Padang semakin baik pelaksanaan tugas kesehatan keluarga maka tingkat kekambuhan semakin rendah.

Berdasarkan data rekam medik Rumah Sakit Jiwa HB Saanin Padang tahun 2013, diketahui bahwa Penderita gangguan jiwa skizofrenia semakin meningkat setiap tahunnya, hal ini terlihat dari jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada tahun 2010 berjumlah 14979 orang dan pada tahun 2011 menjadi 15883 orang, untuk tahun 2012 semakin meningkat dengan 16038 orang dan untuk tahun 2013 dengan 16380 orang. Skizofrenia berada di urutan tertinggi dalam sepuluh besar diagnosa Rumah Sakit Jiwa HB Saanin Padang. Pada Instalasi rawat inap juga mengalami peningkatan jumlah pasien yang dirawat, ini dapat dilihat dari rata-rata nilai *BOR (Bed Occupancy Rate)* tiap bulan yang selalu berada diatas 80%. Jumlah pasien yang dirawat inap pada tahun 2013 mencapai 1525 orang. Dari 1525 orang yang pernah dirawat inap pada tahun 2013, 925 orang (60,7%) yang mengalami kekambuhan. Hal ini membuktikan bahwa tingkat kekambuhan pada penderita skizofrenia yang tinggi.

Data yang didapat dari Unit Pelayanan Jiwa A Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang menunjukkan bahwa total kunjungan selama tahun 2013 yaitu sebanyak 16380 kunjungan, 9009 (55%) merupakan kunjungan pasien skizofrenia berulang dan 7371 (45%) kunjungan baru. Pasien

skizofrenia yang melakukan kunjungan ulang pada umumnya adalah pasien skizofrenia yang pernah dirawat inap dan saat ini sedang menjalankan kontrol di Poliklinik.

Hasil wawancara peneliti pada tanggal 12 Februari 2014 dengan 6 keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita skizofrenia terkait tugas kesehatan keluarga, didapatkan 4 dari 6 orang keluarga menyatakan tidak tahu mengenai penyakit yang dialami keluarganya, keluarga tidak tahu apa itu skizofrenia, tanda gejala serta penyebab terjadinya skizofrenia. Keluarga juga mengeluh tidak tahu harus mengambil keputusan apa ketika penyakit klien kambuh. Kadang saat klien kambuh keluarga mengikat pasien dan memasukkan klien keruangan yang tertutup, keluarga lalu menghentikan pengobatan klien dan pada akhirnya membawa klien ke dukun.

Keluarga mengatakan tidak tahu cara merawat pasien dirumah sehingga keluarga sering membiarkan pasien sendiri dan kurang memberikan dukungan pada klien. Keluarga juga jarang mengontrol jadwal minum obat pasien. Keluarga mengatakan lebih sering mengurung klien di dalam kamar seorang diri karena takut apabila penyakit klien kambuh dan bisa membahayakan keluarga yang lain.

Keluarga mengatakan kadang tidak rutin mengantarkan klien kontrol berobat ke Poliklinik karena kesibukan bekerja. Selain itu ada keluarga dengan ekonomi yang menengah kebawah merasa enggan membawa penderita untuk berobat dikarenakan biaya, mereka memang sebagian besar sudah mendapatkan asuransi kesehatan akan tetapi ada biaya yang tetap

memberatkan keluarga, seperti biaya transportasi. Keluarga lebih cenderung menggunakan jasa dukun kampung untuk kesembuhan keluarga. Keadaan tersebut merupakan bentuk tidak terpenuhinya tugas kesehatan keluarga. Dan dari 6 keluarga klien tersebut, 4 orang keluarga mengatakan kalau anggota keluarga sering kambuh dan sering dibawa ke Unit Gawat Darurat (UGD) RSJ.Prof HB. Saanin untuk dirawat kembali karena mengamuk.

Berdasarkan fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di unit Pelayanan Jiwa A RSJ Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2014.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka yang menjadi masalah dalam penelitian ini adalah Apakah Ada Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2014.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien Skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2014.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi tugas kesehatan keluarga pasien skizofrenia.

- b. Mengetahui distribusi frekuensi tingkat kekambuhan pasien skizofrenia.
- c. Mengetahui hubungan tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia.

D. Manfaat Penelitian

1. Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bukti dasar yang dipergunakan dalam wahana pembelajaran keperawatan jiwa, khususnya tentang pentingnya tugas kesehatan keluarga dalam merawat pasien skizofrenia agar bisa menekan kekambuhan pasien skizofrenia.

2. Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan perawat dalam memberikan penyuluhan kepada keluarga untuk melaksanakan tugas kesehatan keluarga agar angka kekambuhan pasien skizofrenia berkurang.

3. Penelitian Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data tambahan untuk penelitian selanjutnya yang terkait dengan tugas kesehatan keluarga dan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. SKIZOFRENIA

1. Pengertian

Secara harfiah istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *shizo* (perpecahan/split) dan *pheros* (pikiran). Kata ini dipakai untuk menggambarkan buruknya hubungan atau terpecahnya proses berfikir penderita dengan fungsi lain dari pikiran seperti emosi dan perilaku (World Federation For Mental Health, 2008).

Menurut Melinda Herman (2008) dikutip dari Yosep, (2011) skizofrenia adalah penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (*neurological disease that affects a person's perception, thinking, language and social behavior*).

Skizofrenia adalah gangguan psikotis yang ditandai oleh munculnya delusi, halusinasi, ketidakteraturan dan cara bicara yang tidak koheren, perilaku yang tidak sesuai, dan gangguan kognitif (Wade, 2006).

Berdasarkan pendapat para ahli di atas maka dapat disimpulkan skizofrenia adalah gangguan psikotis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi dan perilaku sosialnya serta akan munculnya delusi, halusinasi, ketidakteraturan dan cara bicara yang tidak koheren, perilaku yang tidak sesuai dan gangguan kognitif.

2. Penyebab Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa dapat disebabkan oleh beberapa faktor menurut (Puri, 2011).

a. Faktor Predisposisi

a) Genetika

Pentingnya faktor genetika telah dibuktikan secara meyakinkan. Resiko bagi masyarakat umum 1 %, pada orang tua resiko skizofrenia 5 %, pada saudara kandung 8 % dan pada anak 10 %. Gambaran terakhir ini menetap walaupun anak telah dipisahkan dari orang tua sejak lahir. Pada kembar monozigot 30-40 %.

b) Faktor prenatal

Skizofrenia lebih sering terjadi pada mereka yang lahir diakhir musim dingin dan awal musim semi. Skizofrenia terutama sering dialami mereka yang saat prenatal terpajan dengan epidemic influenza antara bulan ketiga dan ketujuh kehamilan. Dipekirakan penyebabnya mungkin adalah *infeksi virus maternal*.

c) Faktor perinatal

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa skizofrenia lebih sering dialami mereka yang menderita *komplikasi obstetrik* selama kelahiran. Hal ini mungkin disebabkan trauma pada otak, misalnya persalinan dengan forceps dan hipoksia.

d) Kepribadian

Pasien yang mengalami *gangguan kepribadian skizotipal* mempunyai keanehan dan anomaly pada ide, penampilan, bicara dan perilaku (mungkin eksentrik), serta defisit pada hubungan antarprsonal. Keadaan tersebut lebih sering terjadi pada keluarga tingkat pertama pasien dan dianggap sebagai bagian *spectrum genetic* skizofrenia.

b. Faktor Presipitasi

a) Stressor psikososial

Perhatian terhadap adanya suatu efek pemicu menimbulkan anggapan bahwa peristiwa hidup dapat bertindak sebagai factor presipitasi pada orang yang beresiko mengalami gangguan skizofrenia. Namun, secara keseluruhan, bukti terbaru tidak konsisten dan tidak member dukungan kuat untuk hipotesis ini.

c. Faktor Perpetuasi

a) Keluarga klien

Terdapat peningkatan angka rekurensi skizofrenia pada mereka yang hidup dengan keluarga yang ekspresi emosinya tinggi. Keluarga suka membuat komentar kritis mengenai klien dan cenderung terlibat berlebihan secara emosional.

b) Faktor sosial

Penelitian telah memperlihatkan bahwa kurangnya stimulasi dalam lingkungan sosial pasien dengan skizofrenia kronik, telah mengakibatkan peningkatan gejala-gejala negatif, terutama penarikan diri secara sosial, yang mempengaruhi penumpukan dan kemiskinan ide. Keadaan ini disebut kemiskinan pergaulan sosial. Sebaliknya, stimulasi sosial yang berlebihan dapat berperan sebagai suatu stressor psikososial dan mungkin mencetuskan suatu rekursi.

d. Faktor Perantara

a) Neurotransmitter

Sistem mesolimbik-mesokortikal adalah suatu sistem *dopaminergik* yang berasal dari area tegmentum bagian ventral otak yang dapat dianggap tersusun atas dua system. System mesolimbik berproyeksi pada system limbik, sementara system mesokorteks mempersarafi korteks prefrontalis media, orbitofrontal dan cingulatum. Berdasarkan *hipotesis dopamine skizofrenia*, gambaran klinis gangguan ini disebabkan oleh hiperaktivitas dopaminergik sentral dalam system mesolimbik-mesokorteks.

b) Patologi perkembangan saraf

Penelitian pencitraan saraf struktural, dengan pneumoensefalografi, *X-ray computerized tomography (CT)* dan *magnetic resonance imaging (MRI)* memperlihatkan bahwa pembesaran ventriculus cerebri dialami sebagian pasien skizofrenia.

c) Fosfolipid

Kemungkinan keterkaitan etiologi skizofrenia dengan kelainan-kelainan pada metabolisme fosfolipid telah diusulkan. Bukti hal tersebut mencakup perubahan-perubahan berikut pada skizofrenia :

- Peningkatan aktivitas fosfolipase A2 fungsional dalam darah.
- Perubahan kadar asam arakidonat dan asam dokosaheksaenoat membrane.
- Peningkatan pemecah fosfolipid serebral yang diperlihatkan dengan spektroskopi resonansi magnetic 31 P
- Pengurangan respons *flushing* terhadap niasin tropical.
- Pengurangan respons elektroretinogram maksimal.

Berdasarkan model membran neuronal fosfolipid ini, beberapa keberhasilan telah dilaporkan untuk pengobatan skizofrenia dengan asam eikosapentaenoat (EPA) asam lemak omega-3).

d) Faktor-faktor psikoimunologi

Perubahan imunologis yang ditemukan pada skizofrenia meliputi perubahan sel darah putih dan immunoglobulin serta adanya kemungkinan disebabkan infeksi oleh, misalnya virus.

e) Faktor-faktor psikoneuroendokrinologis

Hormon yang telah dilaporkan tampak berubah pada skizofrenia meliputi gonadotropin, somatotropin, somatostatin, substansi P dan hormon pelepas tirotropin (TRH). Beberapa zat hormonal, seperti

fragmen menyerupai kolesistokinin (CCK), CCK-8, bermanfaat dalam pengobatan skizofrenia.

3. Kriteria Skizofrenia

Kriteria diagnostik skizofrenia menurut DSM IV TR:

a. Kriteria gejala

Dua atau lebih dari yang berikut ini, masing-masing muncul cukup jelas selama jangka waktu satu bulan (atau kurang, bila ditangani dengan baik).

- 1) Delusi
- 2) Halusinasi
- 3) Pembicaraan kacau
- 4) Tingkah laku kacau atau katatonik
- 5) Gejala-gejala negative, yaitu adanya afek yang datar, alogia atau avolisi (tidak adanya kemauan).

b. Disfungsi sosial/ okupasional

Jika satu atau lebih area utama kehidupan seseorang mengalami penurunan fungsi seperti kemampuan bekerja, hubungan interpersonal, dan perawatan diri sendiri.

- e. Tidak termasuk gangguan karena zat atau kondisi medis
- f. Hubungan dengan *Pervasive Development Disorder*

Bila ada riwayat *Autistic Disorder* atau gangguan lainnya, diagnosis tambahan skizofrenia hanya dibuat bila ada halusinasi atau delusi yang menonjol selama paling sedikit 1 bulan (atau kurang bila ditangani dengan baik).

4. Tanda dan Gejala

Menurut Isaacs (2005) gejala serangan skizofrenia dapat digolongkan menjadi dua jenis, yaitu positif dan negatif. Kebanyakan klien dengan gangguan ini mengalami campuran kedua jenis gejala.

1) Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespon pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Kadang suara tersebut dirasakan menyejukkan hati, member kedamaian, tapi kadang suara tersebut menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Beberapa skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid.

Kegagalan berfikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan

logika, bicara serampangan, sering tertawa dan tidak berpakaian tanpa memperdulikan lingkungan.

2) Gejala negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis yang membuat klien menjadi orang malas. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien menjadi datar, tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya.

Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, tidak memiliki perilaku menyimpang, tidak memiliki hubungan dengan orang lain. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien menarik diri dari lingkungan (Yosep, 2011).

5. Dampak

a. Bagi klien

Adanya gejala yang dialami oleh penderita skizofrenia akan mengakibatkan timbulnya dampak. Menurut Varcarolis (2010) dampak skizofrenia antara lain:

a) Aktifitas hidup sehari-hari

Penderita skizofrenia mengalami gangguan dalam melakukan fungsi dasar m..andiri, misalnya kebersihan diri, penampilan, dan sosialisasi yang kurang.

b) Hubungan interpersonal

Penderita skizofrenia digambarkan sebagai individu yang apatis, menarik diri, dan terisolasi dari teman-teman dan keluarga. Keadaan

ini merupakan proses adaptasi pasien terhadap lingkungan yang kaku dan stimulasi yang kurang. Klien yang aktif dalam kegiatan sosial cenderung tidak kronis, bekerja, menikah, dan berfungsi baik dalam masyarakat.

c) Melemahnya Koping

Isolasi sosial, kurangnya sistem pendukung dan adanya gangguan fungsi pada pasien menyebabkan kurangnya kesempatan koping untuk menghadapi stress, akibatnya koping pasien menjadi lemah.

d) Harga diri rendah

Pasien menganggap dirinya tidak mampu mengatasi kekurangannya, tidak ingin melakukan sesuatu untuk menghindari kegagalan (takut gagal) dan tidak berani mencapai sukses.

e) Penurunan kekuatan

Kekuatan adalah kemampuan, keterampilan, yang dimiliki dan pernah digunakan oleh pasien pada waktu yang lalu atau sebelum sakit dan saat mengalami gangguan jiwa fungsi kekuatan atau keterampilan yang dimiliki mengalami kemunduran akibat menurunnya fungsi otak.

f) Motivasi

Pasien skizofrenia, tidak dapat memenuhi harapannya sendiri, harapan teman, harapan keluarga dan masyarakat. Situasi ini akan bertambah berat terutama jika lingkungan mengucilkan pasien.

g) Kebutuhan terapi yang lama

Skizofrenia mengakibatkan pasien memerlukan waktu perawatan yang lama karena klien harus menjalani program perawatan dan program after care.

h) Penurunan kemampuan untuk bekerja

i) Gangguan dalam menjalankan fungsi sosial

j) Penurunan produktivitas dan kualitas hidup.

b. Pada keluarga

Keluarga yang menderita skizofrenia ini, akan menjadi masalah yang besar dalam keluarganya, baik dari segi ekonomi maupun dari segi psikologinya. Dari segi ekonomi, keluarga perlu mengeluarkan biaya yang banyak untuk pengobatan klien, sebab klien harus berobat secara teratur dalam jangka waktu yang tidak dapat ditentukan agar klien dapat kembali dalam melaksanakan fungsi kehidupannya, sedangkan dari segi psikologisnya kebanyakan keluarga merasa malu kalau ada diantara keluarganya yang menderita gangguan jiwa ini sehingga keluarga sering menyembunyikan klien dan mengurungnya (Sumampow, 1995 dalam Maryetni, 2005).

c. Pada masyarakat

Jika klien dalam keadaan panic, kebanyakan klien mulai mengganggu lingkungannya dan begelandangan dimana-mana, sehingga dapat mengganggu ketentraman masyarakat banyak (Sumampow, 1995 dalam Maramis, 2005).

6. Jenis-Jenis Skizofrenia

ICD 10 membedakan tipe-tipe utama skizofrenia:

a. Skizofrenia simpel

Dalam bentuk ini terdapat awitan mendadak penurunan fungsi. Gejala-gejala negative terjadi tanpa disertai gejala positif sebelumnya. Karena itu, digmosis sering dibuat hanya secara retrospektif berdasarkan keyakinan.

b. Skizofrenia hebefrenik

Gambaran-gambaran berikut khas ntuk bentuk skizofrenia ini :

- a) Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diprediksi, pasien sering memperlihatkan manerisma dan berkelakar.
- b) Bicara inkoheren dan melantur.
- c) Perubahan afektif, termasuk afek tidak kongruen dan mood dangkal, sering cekikikan dan tanpa tolol.
- d) Waham yang tidak beraturan.
- e) Halusinasi yang mengambang dan terputus-putus.

Usia awitan skizofrenia heberfenik biasanya antara 15-25 tahun dan biasanya mempunyai prognosis yang buruk disertai dengan awitan gejala-gejala negatif.

c. Skizofrenia katatonik

Dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.

d. Skizofrenia paranoid

Gambaran klinis didominasi oleh adanya gejala-gejala paranoid, seperti :

- a) Waham kejar (persecution), seperti mempercayai bahwa orang lain bersekutu melawan dia.
- b) Waham rujukan (reference), seperti mempercayai bahwa orang asing atau televisi, radio atau Koran terutama mengarah pada pasien, bila tidak mencapai intensitas waham, isi pikiran tersebut dikenal dengan *ideas of reference*.
- c) Waham merasa dirinya tinggi/istimewa (*exalted birth*), atau mempunyai misi khusus, misalnya keyakinan bahwa dirinya dilahirkan sebagai mesias.
- d) Waham perubahan tubuh.
- e) Waham cemburu
- f) Suara-suara halusinasi yang bersifat mengancam dan memerintahkan pasien.
- g) Halusinasi non verbal, seperti tertawa, bersiul dan bergumam.
- h) Halusinasi bentuk lainnya, seperti penghiduan, pengecapan, penglihatan, sensasi somatik seksual atau sensasi somatik lainnya.

e. Skizofrenia residual

Adalah skizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia (Puri, 2011).

7. Penatalaksanaan

a. Terapi Biologis

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis dan terapi elektrokonvulsif. Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-gejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat tersebut termasuk kelompok obat phenothiazines, reserpine (serpasil), dan haloperidol (haldol). Obat ini disebut obat penenang utama. Obat tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini cukup tepat bagi penderita skizofrenia yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan (Durant, 2007).

Terapi Elektrokonvulsif juga dikenal sebagai terapi electroshock pada penatalaksanaan terapi biologis. Pada akhir 1930-an, *electroconvulsive therapy* (ECT) diperkenalkan sebagai penanganan untuk skizofrenia. ECT ini digunakan di berbagai rumah sakit jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk skizofrenia.

b. Terapi Psikososial

Gejala-gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah

penanganan psikososial telah diberikan pada pasien skizofrenia, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durant, 2007).

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberikan *feedback* tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi.

Pada terapi keluarga merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga berusaha untuk menghindari ungkapan-ungkapan emosi yang bisa mengakibatkan penyakit penderita kambuh kembali.

Dalam hal ini, keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negatif secara konstruktif dan jelas, dan untuk memecahkan setiap persoalan secara bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya. Dari beberapa

penelitian, seperti yang dilakukan oleh Fallon, ternyata campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita, dibandingkan dengan terapi-terapi secara individual.

B. KEKAMBUHAN

1. Pengertian kekambuhan Skizofrenia

Kekambuhan merupakan keadaan klien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus dirawat kembali (Kazadi, Moosa, Jennah dkk, 2008). Pasien dikatakan mengalami kekambuhan jika memburuknya gejala psikopatologis atau *rehospitalization* dalam waktu 1 tahun pasca rawat (Schennach, Obermeier, Meyer, Jäger, Schmauss & Laux, dkk 2012).

Kekambuhan adalah timbulnya kembali gejala-gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan (Stuart dan Laraia, 2005). Kambuh adalah merupakan kondisi dimana pasien kembali menunjukkan gejala-gejala skizofrenia setelah pulang dari rumah sakit. Penderita yang kambuh diikuti dengan pemburukan sosial lebih lanjut pada fungsi dasar pasien (Kaplan, 2003).

Pasien dikatakan mengalami kekambuhan jika memburuknya gejala psikopatologis atau *rehospitalization* dalam waktu 1 tahun pasca rawat (Schennach, Obermeier, Meyer, Jäger, Schmauss & Laux, dkk 2012).

Berdasarkan pendapat para ahli diatas dapat di ambil kesimpulan bahwa kekambuhan adalah timbulnya gejala-gejala yang sebelumnya

sudah memperoleh kemajuan yang diikuti dengan perburukan sosial lebih lanjut pada fungsi dasar pasien sehingga mengakibatkan klien dirawat kembali.

2. Tingkat kekambuhan

Tingkat kekambuhan sering diukur dengan menilai waktu antara lepas rawat dari perawatan terakhir sampai perawatan berikutnya dan jumlah rawat inap pada periode tertentu (Pratt, 2006 dikutip dari Ryandy 2014). Tingkat kekambuhan pasien skizofrenia dikatakan rendah apabila telah pernah dirawat sebelumnya minimal 1 kali dan tinggi ≥ 2 kali dalam 1 tahun (Schennach, Obermeier, Meyer, Jäger, Schmauss & Laux, dkk 2012).

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kekambuhan

Menurut Sulingger pada Hamid (2000) ada 4 faktor penyebab pasien kambuh dan perlu dirawat kembali di rumah sakit antara lain:

a. Klien

Sudah umum diketahui bahwa klien yang gagal minum obat secara teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Dalam Keliat B.A, hasil penelitian Appleton menunjukkan 25%-50% klien yang pulang dari Rumah Sakit Jiwa tidak memakan obat secara teratur. Klien kronis, khususnya skizofrenia sukar mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidakmampuan mengambil keputusan. Di rumah sakit perawat bertanggung jawab dalam pemberian obat, di rumah tugas perawat digantikan oleh keluarga.

b. Dokter

Minum obat secara teratur dapat mengurangi kekambuhan, namun pemakaian obat neuroleptik yang lama dan dapat menimbulkan efek samping tardive diskinesia yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Pemberian resep diharapkan tetap waspada mengidentifikasi dosis terapeutik yang dapat mencegah kekambuhan dan efek samping.

c. Penanggung Jawab

Setelah klien pulang ke rumah maka penanggung jawab mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk bertemu dengan klien, sehingga dapat mengidentifikasi gejala dini dan segera mengambil tindakan.

d. Keluarga

Ekspresi emosi yang tinggi dari keluarga diperkirakan menyebabkan kekambuhan yang tinggi pada klien. Hal ini klien mudah dipengaruhi oleh stress yang menyenangkan maupun menyedihkan.

Keluarga mempunyai tanggung jawab yang penting dalam proses perawatan di rumah sakit jiwa, persiapan pulang dan perawatan di rumah, agar adaptasi klien berjalan dengan baik. Kualitas dan efektifitas perilaku keluarga akan membantu proses pemulihan kesehatan klien sehingga status klien meningkat. Beberapa peneliti menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab kambuh gangguan

jiwa adalah perilaku keluarga yang tidak tahu cara menangani klien skizofrenia di rumah (Sullinger dalam Keliat, 2006).

Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan kelompok itu sendiri. Hampir tiap masalah kesehatan mulai dari awal sampai ke penyelesaian akan dipengaruhi oleh keluarga. Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga dan bukan individu sendiri yang mengusahakan tercapainya tingkat kesehatan yang diinginkan (Friedman, 2010).

Kesanggupan keluarga mempertahankan dan mendukung kesehatan pasien dapat dilihat dari pelaksanaan tugas kesehatan keluarga. Menurut Friedman, 2010 ada lima tugas kesehatan keluarga, 1) mengenal masalah kesehatan, 2) memutuskan tindakan yang tepat, 3) memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit, 4) menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan, 5) memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga akan sangat membantu menurunkan angka kekambuhan pada pasien skizofrenia pasca rawatan. Anggota keluarga perlu mengenal masalah kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami pasien secara tidak langsung menjadi perhatian anggota keluarga yang lain. Kemampuan mengenal masalah

erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan keluarga. Keluarga harus tahu apa itu skizofrenia, tanda dan gejala skizofrenia dan penyebab terjadinya skizofrenia. Pengetahuan yang dimiliki keluarga merupakan usaha awal untuk memberikan suasana yang kondusif bagi keluarganya. Apabila menyadari adanya perubahan maka selanjutnya mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi klien.

Keluarga merupakan tempat terpenting dalam penyelesaian masalah bersama, salah satunya membuat keputusan tentang masalah kesehatan keluarga. Dasar dalam pengambilan keputusan bagi anggota keluarga yang sakit adalah hak dan tanggung jawab bersama yang pada akhirnya menentukan pelayanan yang akan digunakan (Felicia, 2011,). Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat. Keluarga harus membawa klien ke Unit Gawat Darurat psikiatrik apabila klien menunjukkan tanda akan mencederai diri sendiri atau orang lain.

Memberikan perawatan pada anggota yang sakit merupakan tugas selanjutnya. Setiap anggota keluarga memiliki kewajiban untuk memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang lain ketika sakit. Hal tersebut merupakan tugas pokok keluarga dimana keluarga memiliki tugas untuk memenuhi kebutuhan serta pemeliharaan dan perawatannya (Friedman, 2010). Anggota keluarga yang menderita skizofrenia memerlukan perawatan seperti pemenuhan kebutuhan

sehari-hari, masalah *activity daily living* serta pemberian pengobatan. Keluarga mempunyai peran besar dalam merawat klien skizofrenia karena penderita skizofrenia mengalami kemunduran secara kognitif.

Keluarga juga harus menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, hal ini dimaksudkan agar pasien merasa nyaman dan kekambuhan pada pasien dapat ditekan. Lingkungan yang menunjang bagi klien skizofrenia lebih merujuk pada ekspresi emosi yang ditunjukkan keluarga dalam merawat klien skizofrenia. Selain itu, klien skizofrenia membutuhkan modifikasi lingkungan berupa dukungan keluarga baik secara ekonomi maupun secara psikologis guna memberikan rasa nyaman, aman yang dapat meningkatkan derajat kesehatan klien (Friedman, 2010). Tugas terakhir adalah memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, hal ini bisa dilakukan dengan rutin memeriksakan keadaan pasien dan membawa pasien ke rumah sakit untuk dirawat apabila gejala kambuh terlihat.

4. Tahap-tahap Kekambuhan

Menurut Stuart dan Sudden, 1999 kekambuhan dibagi menjadi 5 tahap :

a. *Overextension*

Tahap ini menunjukkan ketegangan yang berlebihan. Pasien mengeluh perasaannya terbebani. Gejala dari cemas intense dan energy yang besar digunakan untuk mengatasi ini.

b. *Restricted consciousness*

Tahap ini menunjukkan pada kesadaran yang terbatas. Gejala yang sebelumnya cemas digantikan dengan depresi.

c. *Disinhibition*

Penampilan pertama pada tahap ini adalah adanya hipomania dan biasanya meliputi munculnya halusinasi (Halusinasi tahap I dan II) dan delusi dimana pasien telah gagal dan tidak lagi mengontrol mekanisme defense. Hipomania awal ditandai dengan mood yang tinggi, kegembiraan, optimism dan percaya diri. Gejala dari Hipomania ini adalah percaya diri yang berlebihan, waham kebesaran, mudah marah, senang bersuka ria dan menghamburkan uang (euforia).

d. *Psikotic Organization*

Gejala psikotik pasien ini sangat jelas terlihat. Tahap ini diuraikan sebagai berikut :

- Pasien tidak lagi mengenal lingkungan / orang yang familiar dan mungkin menuduh anggota keluarga menjadi penipu. Agitasi yang ekstrim mungkin terjadi. Fase ini dikenal sebagai penghancuran dari dunia luar.
- Pasien kehilangan identitas personal dan mungkin melihat dirinya sendiri sebagai orang ke-3. Fase ini menunjukkan kehancuran pada diri sendiri.

- Total fragmentation adalah kehilangan kemampuan untuk membedakan realitas dan psikosis dan kemungkinan dikenal sebagai *loudly psychotic*.

e. *Psikotic Resolution*

Tahap ini biasanya di rumah sakit. Pasien diobati dan masih mengalami gejala psikosis tetapi gejalanya berhenti atau diam.

5. Cara Mencegah Terjadinya kekambuhan

Menurut (Nurheini, 2002 dikutip dari Simanjuntak, 2008) fokus pada pencegahan kekambuhan klien gangguan jiwa antara lain :

- a. Mengetahui adanya penyimpangan sedini mungkin
- b. Mengambil keputusan dalam mencari pertolongan kesehatan sedini mungkin.
- c. Memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit, cacat atau memerlukan bantuan dan menanggulangi keadaan darurat kesehatan
- d. Menciptakan lingkungan kerja yang sehat
- e. Memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat
- f. Melaksanakan program rekreasi, misalnya : mengajak klien nonton bersama, jalan santai dan pergi ketempat rekreasi.
- g. Melaksanakan keadaan sosial dan keagamaan misalnya mengajak klien arisan atau pengajian
- h. Mencegah stigma di masyarakat tentang gangguan jiwa, seperti : pendekatan pada tokoh masyarakat atau orang yang berpengaruh dalam rangka mensosialisasikan kesehatan jiwa dan gangguan jiwa

- i. Saling terbuka dan tidak ada diskriminasi
- j. Saling menghargai dan mempercayai
- k. Menghadapi ketegangan dengan tenang dan menyelesaikan masalah kritis atau darurat secara tuntas d

C. TUGAS KESEHATAN KELUARGA

1. Defenisi keluarga

a. Menurut Friedman (2010)

Keluarga merupakan satu atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling memberikan pengalaman dan melakukan pendekatan emosional serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga.

b. Menurut WHO (1969 dikutip dari Setiadi 2008)

Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan.

c. Menurut Bussard dan Ball (1966 dikutip dari Setiadi 2008)

Keluarga merupakan lingkungan soial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang. Dikeluarga itu seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lainnya, dibentuknya nilai-nilai, pola pemikiran dan kebiasaannya dan berfungsi sebagai saksi segenap budaya luar, dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya.

d. Menurut Sayekti (1994 dikutip dari Setiadi 2008)

Keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup

bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri, atau anak adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

2. Struktur Keluarga

a. Macam

a) Patrilineal

Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu di susun melalui jalur garis ayah.

b) Matrilineal

Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

c) Matrilokal

Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

d) Patrilokal

Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e) Keluarga kawinan

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar dari pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

b. Ciri-ciri Struktur Keluarga

a) Terorganisasi

Saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.

b) Ada keterbatasan

Setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.

c) Ada perbedaan dan kekhususan

Setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

3. Fungsi Dasar Keluarga

Friedman (2010), mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga yaitu:

a. Fungsi Afektif

Berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi efektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif. Hal tersebut dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam keluarga. Dengan demikian keluarga

yang berhasil melaksanakan fungsi efektif, seluruh keluarga dapat mengembangkan konsep diri yang positif.

Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam memenuhi fungsi efektif adalah:

1. Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling mendukung antar anggota keluarga. Setiap anggota yang mendapatkan kasih sayang dan dukungan dari anggota yang lain maka kemampuannya untuk memberikan kasih sayang akan meningkat yang pada akhirnya tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung. Hubungan intim didalam keluarga merupakan modal dasar dalam member hubungan dengan orang lain diluar keluarga atau masyarakat.
2. Saling menghargai, bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim yang positif maka fungsi efektif akan tercapai.
3. Ikatan dan identifikasi, ikatan dimulai sejak pasangan sepakat melalui hidup baru. Ikatan anggota keluarga dikembangkan melalui proses identifikasi dan penyesuaian pada berbagai aspek kehidupan anggota keluarga. Orang tua harus mengembangkan proses identifikasi yang positif sehingga anan-anak dapat meniru prilaku yang positif tersebut.

Fungsi efektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Keretakan keluarga, kenakalan anak atau masalah keluarga timbul karena fungsi efektif keluarga tidak terpenuhi.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi social dan belajar berperan dalam lingkungan sosial (Friedman, 2010). Sosialisasi dimulai sejak lahir. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi. Keberhasilan individu dan keluarga di capai melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga yang di wujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, belajar norma-norma, budaya dan perilaku melalui hubungan dan interaksi dengan keluarga.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi.

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan semua anggota keluarga, seperti kebutuhan makanan, tempat tinggal dan lain sebagainya.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga juga berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan yaitu mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan dan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarga.

4. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas kesehatan keluarga adalah Kewajiban yang harus dilakukan keluarga pada anggota keluarga yang sakit untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga tersebut. Menurut Friedman dalam Setiadi, (2008) membagi 5 tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga yaitu :

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga.

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua/keluarga. Apabila menyadari adanya

perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya. Sejauhmana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah.

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa dalam mengenal masalah kesehatan anggota keluarganya keluarga harus memperhatikan indikator sebagai berikut :

- a) Pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab serta cara merawat
- b) Serta bagaimana persepsi keluarga terhadap masalah itu.

Kemampuan mengenal masalah erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan keluarga. Kemampuan tersebut merupakan pengembangan upaya responden dalam mencari tahu informasi mengenai permasalahan kesehatan yang dialami anggota keluarganya sehingga menjadi dasar terbentuknya tindakan keluarga selanjutnya. Pengetahuan yang dimiliki keluarga merupakan usaha awal untuk memberikan suasana yang kondusif bagi keluarganya. Sebagai pemberi dukungan keluarga utama dalam perawatan klien skizofrenia dirumah seharusnya keluarga tahu bahwa sikap keluarga dapat meningkatkan kesembuhan namun juga dapat menjadi pemicu kekambuhan.

Kemampuan keluarga yang baik dalam mengenal tentang pengertian, tanda gejala, dan cara perawatan akan membuat keluarga lebih mewaspadaai gejala yang ditunjukkan oleh keluarganya yang mengalami skizofrenia. Sehingga apabila klien mulai menunjukkan tanda kekambuhan seperti mengurung diri, malas beraktivitas, atau mengamuk keluarga segera tanggap sehingga klien tidak jatuh pada kondisi kekambuhan.

b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat bekurang atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang dilingkungan tempat tinggal keluarga agar memperoleh bantuan.

Menurut Makhfurdi (2008) indikator yang harus diperhatikan untuk menentukan tugas kesehatan keluarga sebagai pengambil tindakan yang tepat bagi keluarga:

- a) Keluarga harus menentukan tindakan cepat dalam masalah kesehatan setiap anggota keluarga.

- b) Keluarga menunjuk orang yang biasa membantu memecahkan masalah, bila keluarga tidak mampu memecahkan masalah itu sendiri.
- c) Serta bila keluarga tidak mampu mengemban tugasnya, keluarga harus segera mencari orang yang bisa diminta tolong.

Keluarga merupakan tempat terpenting dalam menyelesaikan masalah bersama, salah satunya membuat keputusan tentang masalah kesehatan keluarga. Dasar dalam mengambil keputusan bagi anggota keluarga yang sakit adalah hak dan tanggung jawab bersama yang pada akhirnya menentukan pelayanan yang akan digunakan. Pengambilan keputusan oleh keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pendidikan, pendapatan, tenaga dan waktu yang dimiliki oleh keluarga dalam menangani permasalahan (Friedman, 2010).

c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarganya.

Anggota keluarga mengetahui keadaan penyakitnya, mengetahui sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan, mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, keuangan, finansial, fasilitas fisik, psikososial), mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan dan sikap keluarga terhadap sakit. Perawatan keluarga dengan melakukan perawatan sederhana sesuai dengan kemampuan dimana perawatan keluarga yang biasa dilakukan dan cara pencegahannya seminimal

mungkin. Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau kepelayanan kesehatan untuk tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, ada indikator-indikator yang harus diperhatikan oleh keluarga yaitu :

- a) Mengetahui keadaan penyakit anggota keluarga (sifat penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya).
- b) Mengetahui perkembangan perawatan yang dibutuhkan anggota keluarga yang sakit.
- c) Mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan anggota keluarga yang sakit.
- d) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik dan psikososial).

Keluarga mempunyai peran besar dalam merawat klien skizofrenia karena penderita skizofrenia mengalami kemunduran secara kognitif. Anggota keluarga yang menderita skizofrenia memerlukan perawatan seperti pemenuhan kebutuhan sehari-hari, masalah *activity daily living*, serta pemberian pengobatan. Keluarga harus memantau pengobatan yang harus dikonsumsi klien,

sehingga klien tidak mengalami putus obat dan tidak jatuh pada kondisi kekambuhan.

d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

Sejauhmana mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki, keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan, mengetahui pentingnya hygiene sanitasi dan kekompakan antar anggota keluarga. Dengan memodifikasi lingkungan dapat membantu dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

Memodifikasi lingkungan untuk anggota keluarga skizofrenia adalah dengan menerima klien, menghargai dan menumbuhkan sikap tanggung jawab sehingga klien merasa dihargai dan tidak kehilangan perannya didalam keluarga tersebut. Keluarga harus memiliki kontrol ekspresi emosi dengan menyamaratakan antara klien skizofrenia dengan keluarga yang sehat lainnya. Sehingga klien skizofrenia merasa dirinya tidak dikucilkan dan dihargai. Hal inilah yang membuat emosi klien stabil dan tidak jatuh pada kondisi stress.

e. Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada

Dimana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, memahami keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan tersebut terjangkau oleh keluarga. Dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, dimana biasanya keluarga akan memilih

pelayanan kesehatan yang paling dekat misalnya posyandu, puskesmas maupun rumah sakit, hal ini dilakukan dengan alasan lebih efisien waktu dan merasa cocok.

Makfuldi (2008) berpendapat ketika merujuk anggota keluarga kefasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui indikator sebagai berikut :

- a) Mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan
- b) Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan.
- c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan.
- d) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan.
- e) Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

5. Hambatan yang Sering terjadi pada Keluarga

Hambatan yang sering terjadi pada keluarga meliputi :

- a. Pendidikan keluarga yang renda, keuangan dan sarana
- b. Keterbatasan sumber daya keluarga dan prasarana
- c. Kebiasaan-kebiasaan yang melekat
- d. Social budaya yang tidak menunjang (Friedman, 2010)

Menurut Notoadmodjo (2007) perilaku perawatan yang dilakukan keluarga dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, jenis kelamin dan status ekonomi keluarga. Menurut (Ngastiyah dalam Ryandy 2014) keluarga yang

memiliki jenis kelamin perempuan lebih memiliki sifat peka dan peduli dengan keadaan kesehatan anggota keluarganya dibandingkan dengan keluarga yang berjenis kelamin laki-laki. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga juga dapat dipengaruhi oleh hubungan keluarga dengan pasien (Friedman, 2010). Peran sebagai ibu mempunyai hubungan emosional yang cukup erat dalam keluarga. Seorang ibu atau orang tua memiliki tanggung jawab moral dan rasa kecintaan yang dalam terhadap anaknya.

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan tugas perawatan keluarga.

a. Ketidaksanggupan mengenal masalah kesehatan keluarga, disebabkan karena :

- 1) Kurangpengetahuan tentang masalah yang dihadapi
- 2) Rasa takut akibat masalah yang dihadapi.
- 3) Sikap dan falsafah hidup.

b. Ketidaksanggupan keluarga mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat, disebabkan karena:

- 1) Keluarga tidak sanggup memecahkan masalah karena kurang pengetahuan, dan kurangnya sumber daya keluarga.
- 2) Kurang percaya terhadap petugas dan lembaga kesehatan
- 3) Kesalahan informasi terhadap tindakan yang diharapkan.

c. Ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang sakit, disebabkan karena:

- 1) Tidak mengetahui keadaan penyakit misalnya, sifat, penyebab, penyebaran, perjalanan penyakit, gejala dan perawatannya serta pertumbuhan dan perkembangan anak.
- 2) Tidak mengetahui tentang perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
- 3) Kurang/tidak adanya fasilitas yang diperlukan untuk perawatan.
- 4) Tidak seimbang sumber-sumber yang ada dalam keluarga, misalnya keuangan, anggota keluarga yang bertanggung jawab, fasilitas fisik untuk perawatan.

d. Ketidaksanggupan memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan dan pribadi anggota keluarga, disebabkan karena:

- 1) Kurang dapat melihat keuntungan dan manfaat pemeliharaan lingkungan.
- 2) Ketidaktahuan pentingnya sanitasi lingkungan
- 3) Ketidaktahuan tentang usaha pencegahan penyakit
- 4) Ketidakkompakan keluarga, karena sifat mementingkan diri sendiri, tidak ada kesepakatan, acuh terhadap keluarga yang mempunyai masalah.

e. Ketidakmampuan menggunakan sumber di masyarakat guna memelihara kesehatan, disebabkan karena:

- 1) Tidak tahu bahwa fasilitas kesehatan itu ada
- 2) Tidak memahami keuntungan yang diperoleh
- 3) Kurang percaya terhadap petugas kesehatan dan lembaga kesehatan
- 4) Pengalaman yang kurang baik dari petugas kesehatan.

D. Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan kekambuhan pasien Skizofrenia

Merawat anggota keluarga dengan skizofrenia membuat keluarga lelah, pengobatan yang berkepanjangan serta gejala yang ditimbulkan apabila klien mengalami kekambuhan membuat keluarga jenuh. Peran serta keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia sangat membantu menurunkan angka kekambuhan klien. Hal ini didukung oleh penelitian Nurdiana (2007) di Rumah Sakit Dr. Moch. Ansyari Saleh Banjarmasin yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara peran serta keluarga dengan tingkat kekambuhan klien skizofrenia.

Kekambuhan merupakan keadaan klien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus dirawat kembali (Kazadi, Moosa, Jennah, dkk, 2008). Menurut Sullinger pada Nasir (2011) ada 4 faktor penyebab pasien kambuh dan perlu dirawat kembali di rumah sakit, antara lain: klien, dokter, penanggung jawab klien dan keluarga. Klien menjadi salah satu faktor dalam penyebab kekambuhan karena klien gagal

memakan obat secara teratur. Dokter (pemberi resep) juga menjadi faktor penyebab kekambuhan ketika dalam pemakaian obat neuroleptik yang lama dan dapat menimbulkan efek samping Tardive Diskinea yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Penanggung jawab yang menjadi faktor penyebab kekambuhan ketika pulang kerumah. Faktor penyebab kekambuhan terbesar adalah keluarga. Emosi keluarga yang tinggi dan lingkungan yang tidak kondusif dapat membuat keadaan klien tidak membaik bahkan berakibat pada timbul kembali gejala-gejala seperti sebelum berobat ke rumah sakit.

Proses penyembuhan pada pasien skizofrenia harus dilakukan secara holistik dan melibatkan anggota keluarga. Tanpa itu sama halnya dengan penyakit umum, penyakit jiwa pun bisa kambuh. Keluarga sangat penting untuk ikut berpartisipasi dalam proses penyembuhan karena keluarga merupakan pendukung utama dalam merawat klien dan memberikan asuhan keperawatan klien dengan skizofrenia. Oleh karena itu, asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya memulihkan keadaan klien tapi bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa dalam keluarga (Keliat, 2006).

Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan kelompok itu sendiri. Hampir tiap masalah kesehatan mulai dari awal sampai ke penyelesaian akan dipengaruhi oleh keluarga. Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga dan bukan

individu sendiri yang mengusahakan tercapainya tingkat kesehatan yang diinginkan (Friedman, 2010).

Kesanggupan keluarga mempertahankan dan mendukung kesehatan pasien dapat dilihat dari pelaksanaan tugas kesehatan keluarga. Menurut Friedman, 2010 ada lima tugas kesehatan keluarga, 1) mengenal masalah kesehatan, 2) memutuskan tindakan yang tepat, 3) memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit, 4) menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan, 5) memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga akan sangat membantu menurunkan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia pasca rawatan. Anggota keluarga perlu mengenal masalah kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarganya. Kemampuan mengenal masalah erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan keluarga. Semakin tinggi pengetahuan keluarga maka diharapkan tingkat kekambuhan semakin rendah, hal ini didukung dengan penelitian Pratama, dkk (2013) di Layanan Umum Daerah (BLUD) RSJ Aceh yang menyatakan bahwa pasien skizofrenia dengan pengetahuan keluarga yang rendah memiliki peluang 2,5 kali lebih besar untuk mengalami kekambuhan dibandingkan dengan keluarga yang memiliki pengetahuan yang tinggi. Keluarga harus tahu apa itu skizofrenia, tanda dan gejala skizofrenia dan penyebab terjadinya skizofrenia. Pengetahuan yang dimiliki keluarga merupakan usaha awal untuk memberikan suasana yang kondusif bagi keluarganya. Apabila menyadari

adanya perubahan maka selanjutnya mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi klien.

Keluarga merupakan tempat terpenting dalam penyelesaian masalah bersama, salah satunya membuat keputusan tentang masalah kesehatan keluarga. Dasar dalam pengambilan keputusan bagi anggota keluarga yang sakit adalah hak dan tanggung jawab bersama yang pada akhirnya menentukan pelayanan yang akan digunakan (Felicia, 2011,). Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat. Keluarga harus membawa klien ke Unit Gawat Darurat psikiatrik apabila klien menunjukkan tanda akan mencederai diri sendiri atau orang lain. Hasil penelitian Sulistyowati (2012) di desa Paringan Kecamatan Jenangan Ponorogo menyatakan bahwa semakin rendah kemampuan memutuskan tindakan kesehatan yang tepat maka semakin tinggi kekambuhan klien skizofrenia.

Memberikan perawatan pada anggota yang sakit merupakan tugas selanjutnya. Setiap anggota keluarga memiliki kewajiban untuk memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang lain ketika sakit. Anggota keluarga yang menderita skizofrenia memerlukan perawatan seperti pemenuhan kebutuhan sehari-hari, masalah *activity daily living* serta pemberian pengobatan. Keluarga mempunyai peran besar dalam merawat klien skizofrenia karena penderita skizofrenia mengalami kemunduran secara kognitif. Hasil penelitian Sulistyowati (2012) di desa Paringan Kecamatan Jenangan Ponorogo menyatakan bahwa semakin rendah kemampuan merawat

anggota keluarga dengan skizofrenia maka kekambuhan klien semakin meningkat.

Keluarga juga harus menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien. Lingkungan yang menunjang bagi klien skizofrenia lebih merujuk pada ekspresi emosi yang ditunjukkan keluarga dalam merawat klien skizofrenia (Davies' 1994 dalam Sulistyowati 2012). Selain itu, klien skizofrenia membutuhkan modifikasi lingkungan berupa dukungan keluarga baik secara ekonomi maupun secara psikologis guna memberikan rasa nyaman, aman yang dapat meningkatkan derajat kesehatan klien (Friedman, 2010). Hasil penelitian Sulistyowati (2012) di desa Paringan Kecamatan Jenangan Ponorogo menyatakan bahwa semakin rendah kemampuan menciptakan lingkungan yang nyaman maka semakin tinggi kekambuhan klien skizofrenia.

Tugas terakhir adalah memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, hal ini bisa dilakukan dengan rutin memeriksakan keadaan pasien dan membawa pasien ke rumah sakit untuk dirawat apabila gejala kambuh terlihat. Keluarga juga harus rutin memeriksa keadaan klien pasca rawatan dan rutin untuk mengambil obat klien. Ketidakpatuhan klien terhadap obat dapat meningkatkan kekambuhan. Hal ini sejalan dengan penelitian Ryandy (2014) di RSJ. Pof. HB. Saani Padang yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ketidakpatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan.

Keluarga perlu memberikan penanganan yang baik bagi pasien setelah pulang dari Rumah sakit, sehingga kekambuhan dapat dicegah. Hal ini di dukung dengan hasil penelitian Saifullah (2005) di Badan Pelayanan Kesehatan Jiwa Nanggro Aceh Darussalam, dimana penerimaan yang tidak baik dari keluarga dapat meningkat kan resiko kekambuhan sebesar 4,28 kali dibanding penerimaan yang baik dari keluarga. Menurut penelitian Sulistyowati (2012) di Desa Pariangan Kecamatan Jenangan kabupaten Ponorogo semakin rendah pelaksanaan tugas kesehatan keluarga maka semakin tinggi tingkat kekambuhan pasien skizofrenia. Sejalan dengan penelitian Yuni (2007) di RSJ. Prof. HB. Saanin Padang semakin baik pelaksanaan tugas kesehatan keluarga maka tingkat kekambuhan semakin rendah.

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

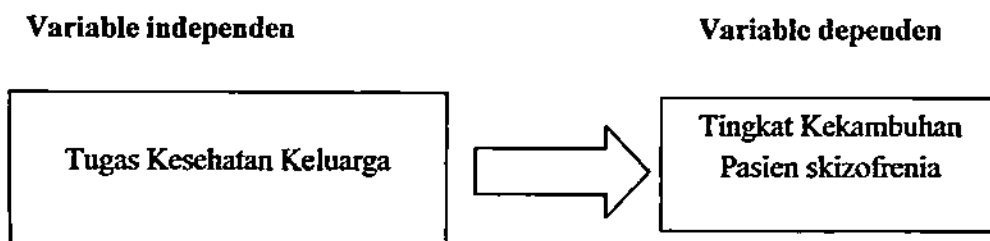
Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk fungsi berpikir dan komunikasi menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional (Stuart& Laraia, 2005).

Salah satu dampak dari Skizofrenia adalah terganggunya fungsi sosial bagi penderitanya. Melihat dampak yang ditimbulkan penyakit Skizofrenia, maka sangat membutuhkan penanganan agar penderita dapat berfungsi dan kembali beradaptasi pada lingkungannya (Setiadi, 2008). Terapi untuk penderita skizofrenia terdiri dari terapi biologis (obat-obatan), terapi sosial dan psikologis (intervensi perilaku, kognitif, dan sosial seperti melatih keterampilan berbicara, keterampilan mengelola gejala, terapi kelompok, melatih keterampilan kerja, dll). Terapi keluarga (melatih keluarga bagaimana menghadapi perilaku anggotanya yang menderita skizofrenia agar tidak kambuh) program treatment komunitas asertif (menyediakan layanan komprehensif bagi klien skizofrenia dengan dokter ahli, pekerja sosial dan psikolog yang dapat mereka akses. Terapi ini bertujuan untuk menekan kekambuhan pasien (Keliat, 2006).

Kekambuhan merupakan keadaan klien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus dirawat kembali (Kazadi, Moosa, Jennah, dkk, 2008). Salah satu penyebab terjadinya kekambuhan penderita gangguan jiwa adalah kurangnya peran serta keluarga dalam perawatan terhadap anggota keluarga yang menderita penyakit tersebut (Keliat, 2006).

Kesanggupan keluarga mempertahankan dan mendukung kesehatan pasien dapat dilihat dari pelaksanaan tugas kesehatan keluarga. Menurut Friedman, 2010 ada lima tugas kesehatan keluarga, 1) mengenal masalah kesehatan, 2) memutuskan tindakan yang tepat, 3) memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit, 4) menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan, 5) memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

B. Bagan Kerangka Konsep



C. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pernyataan dalam penelitian (Nursalam, 2011). Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ha : Adanya hubungan tugas kesehatan keluarga dengan kekambuhan klien skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ. Prof. HB. Saanin Padang.

Ho : Tidak adanya hubungan tugas kesehatan keluarga dengan kekambuhan klien skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ. Prof. HB. Saanin Padang.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *Cross Sectional* yaitu suatu metode penelitian untuk mengetahui hubungan antara dua variabel pada situasi atau kelompok subjek secara bersamaan (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kekambuhan pada klien skizofrenia di Unit pelayan Jiwa A RSJ Prof. H.B. Saanin Padang Tahun 2014.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Adapun populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan skizofrenia yang kontrol ulang di Unit pelayanan Jiwa A RSJ Prof. H.B. Saanin Padang Tahun 2014 yang sudah pernah dirawat inap sebelumnya. Jumlah pasien skizofrenia Unit pelayan Jiwa A RSJ Prof. H.B. Saanin Padang Tahun 2014 dari tanggal 1 Februari sampai 1 Maret 2014 sebanyak 420 orang.

2. Sampel

Menurut Arikunto (2006), sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti. Notoadmodjo (2010) mengatakan bahwa dalam menentukan besar sampel dapat digunakan rumus sebagai berikut :

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

Keterangan :

n = Besarnya sampel

N = Besarnya populasi

d = tingkat kepercayaan / ketetapan yang diinginkan (0,1)

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

$$n = \frac{420}{1 + 420 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{420}{1 + 420 (0,01)}$$

$$n = \frac{420}{1 + 4,2}$$

$$n = \frac{420}{5,2}$$

$$n = 81$$

Jadi sampel pada penelitian ini berjumlah 81 orang. Untuk menghindari *drop out* sampel (ketidaklengkapan data) maka besar sampel ditambah 10 % dari jumlah sampel (Kusuma, 2011), sehingga dibutuhkan 89 sampel dalam penelitian ini.

3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel secara *purposive sampling* yaitu didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. (Notoatmodjo, 2010).

Adapun Kriteria inklusi dan eksklusinya adalah :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2011).

- a) Bersedia menjadi responden.
- b) Bisa baca tulis.
- c) Salah satu keluarga skizofrenia yang berperan langsung dalam perawatan pasien dirumah (Caregiver).

b. Kriteria eklusi

Kriteria eklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian yang penyebabnya antara lain adalah adanya hambatan etis, menolak menjadi responden atau berada pada suatu keadaan yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian (Nursalam, 2011). Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah keluarga yang menolak menjadi responden.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Unit pelayan Jiwa A RSJ Prof. H.B.

Saanin Padang 2014 dari bulan Januari 2014 sampai November 2014.

D. Variabel dan Definisi Operasional

Variabel adalah karakteristik yang dimiliki oleh subjek (orang, benda, situasi) yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok orang tersebut (Nursalam, 2011). Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010).

Variabel dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga (sebagai variabel bebas/ independen) dan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia (variabel terikat/ dependen).

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara dan alat ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Variabel independen (bebas) : Tugas Kesehatan Keluarga	Kewajiban yang harus dilakukan keluarga pada anggota keluarga yang menderita skizofrenia untuk memenuhi kebutuhannya yang meliputi , mengenal masalah, mampu mengambil keputusan, mampu merawat, mampu memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.	Cara Ukur : Angket Alat Ukur : Kuesioner dengan 25 pertanyaan, menggunakan skala guttman. 1 = benar 0 = salah	Ordinal	Baik Skor = ≤ 12 Cukup Skor = 13-18 Kurang Skor = 19-25 (Nursalam,2011)
2	Variabel dependen	Kekambuhan merupakan keadaan	Cara ukur : wawancara	ordinal	Tinggi ≥ 2 kali dirawat

	(terikat) : kekambuhan	klien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus dirawat kembali	Alat ukur : Pedoman wawancara dengan menanyakan frekuensi rawat klien dalam satu tahun		dalam 1 tahun Rendah bila 1 kali dirawat dalam 1 tahun terakhir (Schennach, Obermeier, Meyer, Jäger, Schmauss & Laux, dkk, 2012)
--	---------------------------	---	---	--	--

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuisioner tertutup dimana jawaban sudah tersedia dan responden tinggal memilih jawaban yang ada. Peneliti menyusun instrumen berdasarkan pengembangan variabel yang ada dalam rumusan masalah penelitian (Arikunto, 2006). Pertanyaan yang dibuat dalam bentuk kuisioner di susun berdasarkan indikator variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian.

a). Tugas Kesehatan Keluarga

Untuk mengukur variabel tugas kesehatan keluarga digunakan kuisioner yang disusun berdasarkan indikator tugas kesehatan keluarga. Untuk mengukur variabel tugas kesehatan keluarga digunakan kuisioner yang berjumlah 25 pertanyaan yang berisikan Lima (5) pertanyaan untuk menilai kemampuan keluarga dalam mengenal kesehatan, 5 pertanyaan untuk mengambil keputusan, 5 pertanyaan untuk merawat anggota keluarga yang sakit, 5 pertanyaan untuk memodifikasi lingkungan dan 5 pertanyaan untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan. Kuisioner dinilai dengan

menggunakan skala Guttman dengan nilai 1 untuk jawaban benar dan nilai 0 untuk jawaban salah. Responden hanya memilih satu diantaranya yang sesuai dengan pendapatnya. total skor yang terndah adalah 0 dan skor tertinggi adalah 25. Kuesioner yang digunakan adalah kusioner yang sudah digunakan oleh Yuni pada tahun 2007 pada penelitiannya gambaran peran keluarga terhadap angka kekambuhan pasien skizofrenia di RSJ. Prof. HB. Saanin Padang.

b). Tingkat Kekambuhan Skizofrenia

Tingkat kekambuhan pasien skizofrenia dikatakan rendah apabila telah pernah dirawat sebelumnya minimal 1 kali dan tinggi ≥ 2 kali dalam satu tahun (Schennach, dkk 2012).

F. Etika Penelitian

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti, masyarakat yang memiliki dampak dari penelitian tersebut (Hidayat, 2007). Etika penelitian terbagi menjadi empat menurut (Kusuma, 2011), yaitu :

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti harus menjelaskan tentang tujuan melakukan penelitian. Peneliti juga memberikan kebebasan kepada subjek untuk memberi informasi atau tidak dan selanjutnya mempersiapkan formulir persetujuan subjek (*inform concent*).

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek peneliti (*respect for privacy and confidentiality*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh subjek, lembar tersebut hanya diberi *initial* atau huruf awal dari nama subjek. Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari subjek penelitian dijamin oleh peneliti. Data yang diperoleh akan digunakan semata-mata demi perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak akan dipublikasikan ke pihak lain. Selanjutnya setelah penelitian dilakukan, peneliti akan menyerahkan satu eksemplar hasil penelitian yang telah dilakukan pada instansi tempat penelitian dilakukan.

3. Keadilan dan keterbukaan (*respect for justice and inclusiveness*)

Penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara profesional (Kelana, 2011). Dalam melaksanakan penelitian ini peneliti akan memberikan informasi kepada responden tentang mekanisme dalam penelitian dan menjamin bahwa subjek penelitian mendapat perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa perbedaan gender, agama, etnis dan sebagainya.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefit*)

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya dan subjek penelitian pada

hususnya, hendaknya meminimalisasikan dampak yang merugikan bagi subjek penelitian.

G. Metode Pengumpulan Data

1. Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini berupa data primer dan data sekunder, yaitu:

- a. Data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari responden dengan wawancara.
- b. Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari RS Jiwa Prof. H.B. Saanin Padang

2. Langkah-langkah Pengumpulan Data

Langkah – langkah pengumpulan data dengan kuesioner mengikuti prosedur dibawah ini:

- a. Memberikan lembar persetujuan kepada responden dan memberikan penjelasan tentang identitas peneliti, maksud dan tujuan penelitian, peran serta responden dan manfaat penelitian
- b. Responden yang setuju akan menandatangani lembar persetujuan
- c. Memberikan kuesioner kepada responden
- d. Menjelaskan cara pengisian kuesioner kepada responden
- e. Memberikan waktu kepada responden untuk mengisi kuesioner
- f. Mengumpulkan kuesioner yang telah diisi oleh responden dan selanjutnya melakukan pengolahan data dan analisa data.

H. Pengolahan Data

Setelah data dikumpulkan, langkah selanjutnya adalah melakukan pengolahan data sehingga jelas sifat – sifat yang dimilikinya. Menurut Hidayat (2008) dalam proses pengolahan data terdapat langkah – langkah pengolahan data yang harus ditempuh, diantaranya:

a. *Editing* (Pengolahan data)

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

b. *Coding* (Pengkodean data)

Coding merupakan kegiatan pemberian kode angka terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan data dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel.

c. *Entry* (Pemasukan data)

Data *entry* adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontigensi.

d. *Cleaning* (Pembersihan data)

Kegiatan *cleaning* adalah pengecekan data yang telah dientry untuk memastikan bahwa data tersebut telah bersih dari kesalahan sehingga data tersebut benar-benar siap untuk dianalisa.

e. *Tabulating*

Menempatkan data dalam bentuk tabel dengan cara membuat tabel yang berisikan data yang sesuai dengan kebutuhan analisis. Tabel yang dibuat harus mampu meringkas semua data yang akan dianalisis.

I. Analisa Data

1. Analisa Univariat

Analisis univariat merupakan analisis terhadap satu variabel. Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun variabel terikat melalui persentase dan distribusi frekuensi.

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis untuk memperlihatkan hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen. Analisis dilakukan dengan menggunakan komputerisasi dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square*. Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima bila didapatkan nilai $p \leq 0,05$ dan H_0 diterima dan H_a ditolak bila $p > 0,05$.

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 12 September 2014 sampai 4 oktober 2014 di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ. Prof. Hb. Saanin Padang. Dalam penelitian ini digunakan teknik pengambilan sampel dengan *purposive sampling* dan berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditentukan. Responden penelitian ini berjumlah 89 orang.

Pengumpulan data ini dilakukan dengan cara membagikan kuesioner kepada responden dan juga mengumpulkan data responden berdasarkan pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin dan hubungan dengan penderita. Selanjutnya ditampilkan data hasil penelitian ini :

Tabel 5. 1. Distribusi frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan, Pekerjaan dan Hubungan dengan penderita di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ. Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2014

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase
Pendidikan		
Tidak Sekolah	4	4.5
SD	12	13.5
SMP	20	22.5
SMA	36	40.4
PT	17	19.1
Pekerjaan		
Bekerja	31	34.8
Tidak Bekerja	58	65.2
Hubungan dengan Pasien		
Ayah	7	7.9
Ibu	34	38.2
Anak	24	27.0

Suami	11	12.4
Istri	6	6.7
Saudara	7	7.9
Jenis Kelamin		
Laki-laki	30	33.7
Perempuan	59	66.3

Berdasarkan tabel diatas pendidikan responden terbanyak adalah SMA (40,4 %), lebih separuh responden tidak bekerja (38,2%). Hubungan responden dengan pasien skizofrenia yang terbanyak yakni Ibu (40,7%) dan lebih separuh responden berjenis kelamin perempuan (66,3 %).

B. Analisa univariat

1. Tugas Kesehatan Keluarga

Distribusi frekuensi pasien skizofrenia berdasarkan tugas kesehatan keluarga Unit pelayanan jiwa A RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014 dengan tabel berikut.

Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tugas Kesehatan Keluarga di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ. Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2014

Tugas Kesehatan Keluarga	Frekuensi	Persentase
Baik	47	52.8
Cukup	25	28.1
Kurang Baik	17	19.1
Total	89	100

Dari tabel diatas dilihat bahwa dari 89 responden, terdapat lebih dari separuh (52,8 %) responden sudah melaksanakan tugas kesehatan keluarga dengan baik.

2. Tingkat Kekambuhan Pasien

Distribusi frekuensi pasien skizofrenia berdasarkan tingkat kekambuhan di Unit pelayanan jiwa A RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014 dengan tabel berikut.

Tabel. 5.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat kekambuhan di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ. Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2014

Kekambuhan	Frekuensi	Persentase
Rendah	53	59.6
Tinggi	36	40.4
Total	89	100

Dari tabel diatas dilihat bahwa dari 89 responden, terdapat lebih dari separuh (59,6 %) pasien skizofrenia mengalami tingkat kekambuhan yang rendah yaitu 53 responden.

C. Analisa bivariat

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ. Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2014

		Kekambuhan				Total	
		Rendah		Tinggi		F	%
		F	%	F	%		
Tugas Kesehatan Keluarga	Baik	39	43.8	8	9.0	47	52.8
	Cukup	13	14.6	12	13.5	25	28.1
	Kurang Baik	1	1.1	16	18.0	17	19.1
	Total	53	59.6	36	40.4	89	100

Dari tabel diatas dapat dilihat, 43,8 % pasien skizofrenia yang tugas kesehatan keluarganya baik mengalami kekambuhan yang rendah. Secara statistik dapat terlihat nilai $p = 0,000$ yang mana jika nilai ($p < 0,05$)

menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Tugas Kesehatan Keluarga

Hasil penelitian mengenai tugas kesehatan keluarga dengan klien skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ.Prof.HB.Saanin Padang, diketahui bahwa 81 keluarga klien dengan skizofrenia terdapat 52,8 % keluarga melaksanakan tugas kesehatan keluarga dengan baik, 28,1% melaksanakan tugas kesehatan keluarga dengan kategori cukup dan 19,1% melaksanakan tugas kesehatan keluarga dengan kategori kurang baik. Hasil tersebut menunjukkan bahwa keluarga mampu menjalankan tugasnya dalam merawat klien skizofrenia berdasarkan lima tugas kesehatan keluarga di bidang kesehatan. Lima tugas kesehatan keluarga itu meliputi bagaimana kemampuan keluarga untuk dapat mengenal masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya, mengambil keputusan yang tepat, memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan yang menguntungkan kesehatan anggota keluarga, dan yang terakhir kemampuan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Tugas kesehatan keluarga adalah kewajiban yang harus dilakukan keluarga pada anggota keluarga yang sakit untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga tersebut. Keluarga merupakan suatu kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan kelompok itu sendiri. Hampir tiap masalah kesehatan mulai dari

awal sampai ke penyelesaian akan dipengaruhi oleh keluarga. Keluarga punya peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga dan bukan individu sendiri yang mengusahakan tercapainya tingkat kesehatan yang diinginkan (Friedman, 2010). Menurut Setiadi (2008) ada hubungan yang kuat antara keluarga dengan status kesehatan anggota keluarganya.

Kesanggupan keluarga mempertahankan dan mendukung kesehatan pasien dapat dilihat dari pelaksanaan tugas kesehatan keluarga. Menurut Friedman, 2010 ada lima tugas kesehatan keluarga, 1) mengenal masalah kesehatan, 2) memutuskan tindakan yang tepat, 3) memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit, 4) menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan, 5) memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Menurut Notoadmodjo (2007) perilaku perawatan yang dilakukan keluarga dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, jenis kelamin dan status ekonomi keluarga. Menurut Friedman (2010) hambatan yang sering terjadi pada keluarga untuk melaksanakan tugas kesehatan keluarga adalah pendidikan yang rendah, keuangan dan sarana yang tidak memadai, kebiasaan-kebiasaan yang melekat dan sosial budaya yang tidak menunjang.

Salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan tugas kesehatan keluarga adalah tingkat pendidikan. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar keluarga memiliki pendidikan SMA sebanyak 36 responden (40,4 %). Pendidikan dikatakan tinggi apabila telah melewati pendidikan Sembilan tahun (Burke & Laramie dalam Ryandy 2014). Pendidikan merupakan status sosial yang sangat berhubungan dengan status kesehatan,

karena pendidikan penting untuk membentuk pengetahuan dan pola perilaku (Friedman, Bowden & Jones dalam Ryandy 2014). Tingkat pendidikan yang tinggi dapat menjadi bekal bagi keluarga untuk memahami masalah-masalah kesehatan dalam keluarga. Semakin tinggi tingkat pendidikan suatu keluarga maka semakin baik pengetahuan keluarga tersebut (Friedman, 2010).

Selain tingkat pendidikan yang dapat mempengaruhi tugas kesehatan keluarga adalah jenis kelamin keluarga yang merawat. Pada penelitian ini keluarga yang merawat pasien setiap hari berjenis kelamin perempuan sebanyak 59 orang (66,3 %). Menurut (Ngastiyah dalam Ryandy 2014) keluarga yang memiliki jenis kelamin perempuan lebih memiliki sifat peka dan peduli dengan keadaan kesehatan anggota keluarganya dibandingkan dengan keluarga yang berjenis kelamin laki-laki.

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga juga dapat dipengaruhi oleh hubungan keluarga dengan pasien (Friedman, 2010). Hasil penelitian Sulistyowati (2012) mengatakan bahwa pelaksanaan tugas kesehatan keluarga akan semakin tinggi jika keluarga mempunyai hubungan langsung dengan pasien. Pada penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar (38,2%) responden adalah ibu pasien. Peran sebagai ibu mempunyai hubungan emosional yang cukup erat dalam keluarga. Seorang ibu atau orang tua memiliki tanggung jawab moral dan rasa kecintaan yang dalam terhadap anaknya.

Menurut Friedman (2010) pelaksanaan tugas kesehatan keluarga juga dipengaruhi oleh tenaga dan waktu yang dimiliki oleh keluarga. Dalam

penelitian ini 65,2 % keluarga tidak bekerja sehingga dapat mengoptimalkan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga karena mempunyai banyak waktu di rumah untuk merawat pasien.

Menurut asumsi peneliti, berdasarkan hal di atas dan dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa lebih dari separoh responden (52,8%) telah melaksanakan tugas kesehatan keluarga dengan baik berdasarkan indikator lima tugas keluarga di bidang kesehatan. Perawatan yang baik dari keluarga diharapkan dapat menurunkan angka kekambuhan pasien skizofrenia. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sulityowati (2012) yang menyatakan bahwa semakin rendah pelaksanaan tugas kesehatan keluarga maka semakin tinggi tingkat kekambuhan pasien skizofrenia. Begitu juga dengan penelitian Yuni (2007) yang menyatakan bahwa semakin baik pelaksanaan tugas kesehatan keluarga maka tingkat kekambuhan semakin rendah.

B. Tingkat Kekambuhan

Berdasarkan tabel 5.3, 36 pasien skizofrenia dengan kategori tingkat kekambuhan tinggi sebanyak 40,4 %. Sedangkan untuk tingkat kekambuhan rendah yakni sebanyak 59,6 %.

Kekambuhan merupakan keadaan klien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus dirawat kembali (Kazadi, Moosa, Jennah, 2008). Pasien dikatakan mengalami kekambuhan jika memburuknya gejala psikopatologis atau *rehospitalization* dalam waktu 1 tahun pasca rawat (Schennach, Obermeier, Meyer, Jäger, Schmauss & Laux,,

dkk, 2012). Tingkat kekambuhan pasien dikatakan rendah apabila telah pernah dirawat sebelumnya minimal 1 kali dan tinggi ≥ 2 kali dalam 1 tahun (Schennach, Obermeier, Meyer, Jäger, Schmauss & Laux, dkk, 2012).

Dalam penelitian ini lebih dari separoh pasien skizofrenia (59,6%) mengalami tingkat kekambuhan rendah, hal ini sejalan dengan penelitian Sulistyowati (2012) dari 26 pasien, 19 pasien mengalami tingkat kekambuhan yang rendah. Hal ini disebabkan oleh pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang baik.

Dari penelitian ini masih terdapat 36 pasien skizofrenia (40,4 %) yang mengalami tingkat kekambuhan yang tinggi. Hasil ini sesuai dengan penelitian Schennach, Obermeier, Meyer, Jäger, Schmauss & Laux, dkk (2012) yang meneliti 200 pasien skizofrenia, melaporkan 90.2% penderita skizofrenia mengalami kekambuhan ≥ 2 kali dalam 1 tahun. Hasil ini juga sesuai dengan penelitian Kazadi, Moosa, Jennah, (2008) yang meneliti 217 pasien skizofrenia, melaporkan bahwa 68.1 % penderita Skizofrenia mengalami rawat ulang setelah follow up selama 1 tahun, sedangkan penderita-penderita non-Skizofrenia hanya 28%. Sekitar 10-60 % pasien skizofrenia sering mengalami kekambuhan. Kekambuhan ini salah satunya disebabkan kurangnya pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat pasien skizofrenia di rumah sehingga mengakibatkan tidak tepatnya penanganan pasien di rumah.

C. Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Kekambuhan

Klien Skizofrenia

Secara statistik terdapat korelasi yang bermakna antara hubungan tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia. Hal ini dapat dilihat dari hasil uji statistik *chi-square* dimana didapatkan nilai $p=0,000$. Hasil penelitian ini menunjukkan dari 47 responden yang tugas kesehatan keluarganya baik 39 responden tingkat kekambuhannya rendah. Hal ini berarti dengan perawatan yang baik yang dilakukan keluarga dapat menurunkan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia.

Kekambuhan merupakan keadaan klien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus dirawat kembali (Kazadi, Moosa, Jennah dkk, 2008). Pasien dikatakan mengalami kekambuhan jika memburuknya gejala psikopatologis atau *rehospitalization* dalam waktu 1 tahun pasca rawat (Schennach, Obermeier, Meyer, Jäger, Schmauss & Laux, dkk 2012). Tingkat kekambuhan pasien skizofrenia dikatakan rendah apabila telah pernah dirawat sebelumnya minimal 1 kali dan tinggi ≥ 2 kali dalam 1 tahun (Schennach, Obermeier, Meyer, Jäger, Schmauss & Laux, dkk 2012).

Menurut Sullinger pada Nasir (2011) ada 4 faktor penyebab pasien kambuh dan perlu dirawat kembali di rumah sakit, antara lain: klien, dokter, penanggung jawab klien dan keluarga. Klien menjadi salah satu faktor dalam penyebab kekambuhan karena klien gagal memakan obat secara teratur. Dokter (pemberi resep) juga menjadi faktor penyebab kekambuhan ketika

dalam pemakaian obat neuroleptik yang lama dan dapat menimbulkan efek samping Tardive Diskinea yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Penanggung jawab yang menjadi faktor penyebab kekambuhan ketika pulang kerumah. Faktor penyebab kekambuhan terbesar adalah keluarga. Emosi keluarga yang tinggi dan lingkungan yang tidak kondusif dapat membuat keadaan klien tidak membaik bahkan berakibat pada timbul kembali gejala-gejala seperti sebelum berobat ke rumah sakit.

Proses penyembuhan pada pasien skizofrenia harus dilakukan secara holistik dan melibatkan anggota keluarga. Tanpa itu sama halnya dengan penyakit umum, penyakit jiwa pun bisa kambuh. Keluarga sangat penting untuk ikut berpartisipasi dalam proses penyembuhan karena keluarga merupakan pendukung utama dalam merawat klien dan memberikan asuhan keperawatan klien dengan skizofrenia. Oleh karena itu, asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya memulihkan keadaan klien tapi bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa dalam keluarga (Keliat, 2006).

Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan kelompok itu sendiri. Hampir tiap masalah kesehatan mulai dari awal sampai ke penyelesaian akan dipengaruhi oleh keluarga. Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga dan bukan individu sendiri yang mengusahakan tercapainya tingkat kesehatan yang diinginkan (Friedman, 2010).

Kesanggupan keluarga mempertahankan dan mendukung kesehatan pasien dapat dilihat dari pelaksanaan tugas kesehatan keluarga. Menurut Friedman, 2010 ada lima tugas kesehatan keluarga, 1) mengenal masalah kesehatan, 2) memutuskan tindakan yang tepat, 3) memberikan perawatan

bagi anggota keluarga yang sakit, 4) menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan, 5) memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga akan sangat membantu menurunkan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia pasca rawatan. Anggota keluarga perlu mengenal masalah kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarganya. Kemampuan mengenal masalah erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan keluarga. Semakin tinggi pengetahuan keluarga maka diharapkan tingkat kekambuhan semakin rendah, hal ini didukung dengan penelitian Pratama, dkk (2013) di Layanan Umum Daerah (BLUD) RSJ Aceh yang menyatakan bahwa pasien skizofrenia dengan pengetahuan keluarga yang rendah memiliki peluang 2,5 kali lebih besar untuk mengalami kekambuhan dibandingkan dengan keluarga yang memiliki pengetahuan yang tinggi. Keluarga harus tahu apa itu skizofrenia, tanda dan gejala skizofrenia dan penyebab terjadinya skizofrenia. Pengetahuan yang dimiliki keluarga merupakan usaha awal untuk memberikan suasana yang kondusif bagi keluarganya. Apabila menyadari adanya perubahan maka selanjutnya mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi klien.

Keluarga merupakan tempat terpenting dalam penyelesaian masalah bersama, salah satunya membuat keputusan tentang masalah kesehatan keluarga. Dasar dalam pengambilan keputusan bagi anggota keluarga yang sakit adalah hak dan tanggung jawab bersama yang pada akhirnya menentukan pelayanan yang akan digunakan (Felicia, 2011,). Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat. Keluarga harus membawa klien ke Unit Gawat Darurat psikiatrik apabila klien menunjukkan tanda akan mencederai diri sendiri atau orang lain. Hasil penelitian Sulistyowati (2012) di desa Paringan Kecamatan Jenangan Ponorogo menyatakan bahwa semakin rendah kemampuan memutuskan tindakan kesehatan yang tepat maka semakin tinggi kekambuhan klien skizofrenia.

Memberikan perawatan pada anggota yang sakit merupakan tugas selanjutnya. Setiap anggota keluarga memiliki kewajiban untuk memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang lain ketika sakit. Anggota keluarga yang menderita skizofrenia memerlukan perawatan seperti pemenuhan kebutuhan sehari-hari, masalah *activity daily living* serta pemberian pengobatan. Keluarga mempunyai peran besar dalam merawat klien skizofrenia karena penderita skizofrenia mengalami kemunduran secara kognitif. Hasil penelitian Sulistyowati (2012) di desa Paringan Kecamatan Jenangan Ponorogo menyatakan bahwa semakin rendah kemampuan merawat anggota keluarga dengan skizofrenia maka kekambuhan klien semakin meningkat.

Keluarga juga harus menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien. Lingkungan yang menunjang bagi klien skizofrenia lebih merujuk pada ekspresi emosi yang ditunjukkan keluarga dalam merawat klien skizofrenia (Davies 1994 dalam Sulistyowati 2012). Selain itu, klien skizofrenia membutuhkan modifikasi lingkungan berupa dukungan keluarga baik secara ekonomi maupun secara psikologis guna memberikan rasa nyaman, aman yang dapat meningkatkan derajat kesehatan klien (Friedman, 2010). Hasil penelitian Sulistyowati (2012) di desa Paringan Kecamatan Jenangan Ponorogo menyatakan bahwa semakin rendah kemampuan menciptakan lingkungan yang nyaman maka semakin tinggi kekambuhan klien skizofrenia.

Tugas terakhir adalah memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, hal ini bisa dilakukan dengan rutin memeriksakan keadaan pasien dan membawa pasien ke rumah sakit untuk dirawat apabila gejala kambuh terlihat. Keluarga juga harus rutin memeriksa keadaan klien pasca rawatan dan rutin untuk mengambil obat klien. Ketidakpatuhan klien terhadap obat dapat meningkatkan kekambuhan. Hal ini sejalan dengan penelitian Ryandy (2014) di RSJ. Pof. HB. Saani Padang yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ketidakpatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan.

Keluarga perlu memberikan penanganan yang baik bagi pasien setelah pulang dari Rumah sakit, sehingga kekambuhan dapat dicegah. Hal ini di dukung dengan hasil penelitian Saifullah (2005) di Badan Pelayanan

Kesehatan Jiwa Nanggro Aceh Darussalam, dimana penerimaan yang tidak baik dari keluarga dapat meningkatkan resiko kekambuhan sebesar 4,28 kali dibanding penerimaan yang baik dari keluarga. Menurut penelitian Sulistyowati (2012) di Desa Pariangan Kecamatan Jenangan kabupaten Ponorogo semakin rendah pelaksanaan tugas kesehatan keluarga maka semakin tinggi tingkat kekambuhan pasien skizofrenia. Sejalan dengan penelitian Yuni (2007) di RSJ. Prof. HB. Saanin Padang semakin baik pelaksanaan tugas kesehatan keluarga maka tingkat kekambuhan semakin rendah.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan mengenai hubungan tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia di Unit pelayanan Jiwa A (UPJA) RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014, dapat ditarik kesimpulan :

1. Lebih dari separuh (52,8%) tugas kesehatan keluarga berada pada kategori baik.
2. Lebih dari separuh pasien skizofrenia (59,6%) mengalami tingkat kekambuhan yang rendah.
3. Terdapat hubungan yang bermakna antara tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ. Prof. HB. Saanin Padang tahun 2014 dengan nilai $p = 0,000$

B. Saran

Setelah dilakukan penelitian, didapatkan hubungan tugas kesehatan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia,

1. Bagi RSJ. Prof. HB. Saanin Padang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai acuan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan terapi dan intervensi yang efektif dengan cara konseling dan pendidikan kepada keluarga dan pasien sehingga dapat menurunkan kekambuhan penderita skizofrenia.

Bagi perawat khususnya untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga khususnya tentang lima (5) tugas kesehatan keluarga agar tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia dapat ditekan

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini menjadi sumber informasi dan menambah pengetahuan serta dapat dijadikan sebagai bahan pengembangan intervensi yang efektif bagi pasien, keluarga, masyarakat, dan petugas kesehatan untuk menurunkan terjadinya kekambuhan dan untuk menghasilkan lulusan yang kompeten dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini didapatkan adanya hubungan antara tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia. Untuk peneliti selanjutnya dapat diteliti apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan. Menurut peneliti faktor yang dapat mempengaruhi kekambuhan yakni : dukungan keluarga, kepatuhan minum obat, tingkat pengetahuan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Durant, M.V. (2007). *Intisari psikologi abnormal*. Yogyakarta: Pustaka Belajar
- Dahlan.(2012). *Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Depkes. (2008). *Riset Kesehatan dasar 2007*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia.
- Felicia, Risca, dkk. 2011. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia di Rumah sakit jiwa daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang. *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan (JIKK)*, *Vol I, No.4*.
- Friedman, Marilyn M. (2010). *Keperawatan keluarga: Teori dan Praktek*. Jakarta: EGC
- Hamid, Achir Yani. (2000).*Buku pedoman askep jiwa-1 keperawatan jiwa teori dan tindakan keperawatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Hawari, Dadang. (2001). *Manajemen stress cemas dan depresi*. Fakultas Kedokteran UI: Jakarta
- Hawari, Dadang. (2006). *Pendekatan holistik pada gangguan jiwa skizofrenia*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Hidayat, A. (2008). *Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika.

Isaac A.(2005). *Panduan belajar keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatri*. Jakarta : EGC

Isaacs, Ann. (2004). *Panduan belajar keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatrik*. Edisi 3. Jakarta: EGC

Isaacs, Ann. (2005). *Keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatri edisi 3*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Kaplan dan Sadock's. (2003). *Study guide and self-examinatin review in psychiatry* Edisi 7. USA

Kazadi, Moosa, Jeenah (2008). Factors associated with relapse in schizophrenia. Diakses tanggal 30 Agustus 2014 dari.

<http://www.ajol.info/index.php/sajpsyc/article/viewFile/34432/6360>

Keliat, Budi Anna. (2006) *.Peran serta keluarga dalam perawatan pasien gangguan jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Kusuma, Dharma Kelana. (2011). *Metode penelitian keperawatan : Panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitia*. Jakarta : Trans Info Media

Makhfuldi. (2008). *Keperawatan kesehatan komunitas : teori dan praktik dalam keperawatan*. Jakarta : Salemba Mestika.

Maramis WF. (2005). *Catatan : Ilmu kedokteran jiwa*. Surabaya : Airlangga University Press.

- Nasir dan Muhith, Abdul. (2011). *Dasar-dasar keperawatan jiwa*. Jakarta: Selemba Medika
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Nurdiana, Syafwani. 2007. Peran serta keluarga terhadap tingkat kekambuhan klien skizofrenia. *jurnal ilmiah kesehatan keperawatan*, vol.3 no. Umbransyah.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis dan instrument penelitian keperawatan*. Jakarta : Salemba medika.
- Puri, B.K. 2011. *Psikiatri Edisi 2*, Jakarta : EGC
- Ryandy, T. 2014. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kekambuhan klien skizofrenia di RSJ. Prof. HB. Saanin Padang. *Skripsi*. Universitas Andalas.
- Schennach, dkk. 2012. Predictors of relaps in the year after hospital discharge among patients with schizophrenia. Diakses pada tanggal 30 Agustus 2014.
- <http://search.proquest.com/docview/1368609767/143305887334COFBB2A/I?accountid=50268>
- Setiadi. (2008). *Konsep dan proses keperawatan keluarga edisi 1*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Simanjuntak, Y. (2008). Factor resiko terjadinya relaps pada pasien skizofrenia. Diakses pada tanggal 30 agustus 2014. dari <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6360/1/08E00835.pdf>

- Sulistiyowati, Novita. 2012. Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kekambuhan skizofrenia di desa paringan kecamatan jenangan kabupaten ponorogo. *Jurnal Keperawatan Universitas Airlangga*.
- Stuart dan Laraia. (2005). *Priniple and practice of psychiatric nursing edisi 6*. St. Louis: Mosby Year Book
- Varcarolis, Halter. 2010. *Foundation of psychiatric mental health nursing. A Clinical Approach Sixth Edition*. Canada: Saunder Elsevier
- Videbeck, Sheila I. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta: EGC
- Wade, Carol dan Carol travis. 2006. *Psikologi Edisi 9 Jilid 2*. Jakarta : Erlangga
- WHO. 2008. Improving health system and service for mental health. Who: *Library Cataloguing-in publication Data*
- Wirnata, M. 2009. Kekambuhan pada klien skizofrenia. Dibuka pada website http://www.Skizofrenia\Keperawatan-kesehatan JIWA kekambuhan.htm/1desember_2013.
- Yosep, I. 2008. Faktor penyebab dan proses terjadinya gangguan jiwa. Dibuka pada website <http://resources.unpad.ac.id>. /1 Juni 2013
- Yuni. F. 2007. Gambaran dukungan keluarga pada pasien skizofrenia di RSJ. Prof. HB.Saanin Padang. *Skripsi*. Universitas Andalas

Lampiran 1

JADWAL KEGIATAN SKRIPSI

NAMA : SHINTA MARGARET

NO BP : 0810325084

Hubungan tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia di UPJA RSJ Prof HB Saanin Padang tahun 2014

No.	Kegiatan	Jan-10				Feb-10				Mar-10				Apr-10				Mei-14				Juni-14				Juli-14				Agus-14				Sep-10				Okt-14				Nov-10				Des-14			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
1.	Acc judul																																																
2.	penyusunan proposal																																																
3.	Seminar Proposal																																																
4.	Perbaikan proposal																																																
5.	Pelaksanaan penelitian																																																
6.	Pengolahan data																																																
7.	Ujian Srikpsi																																																
8.	Perbaikan skripsi																																																
9.	penggandaan skripsi																																																

PADANG, November 2014

(SHINTA MARGARET)

Lampiran 2

ANGGARAN DANA PENELITIAN

No	Keterangan	Biaya
1	Biaya administrasi dan studi awal	Rp. 100.000,-
2	Penyusunan proposal penelitian	Rp. 200.000
3	Penggadaan proposal, instrument penelitian dan ujian proposal	Rp. 850. 000,-
4	Pelaksanaan penelitian	Rp. 500.000,-
5	Pengolahan dan analisa data	Rp. 100.000,-
6	Penyusunan, ujian dan perbaikan skripsi	Rp. 700.000,-
6	Penggandaan skripsi	Rp. 400.000,-
7	Lain-lain	Rp. 250.000
Jumlah		Rp. 3.100.000

Padang, November 2014

Peneliti

Shinta Margaret

RUMAH SAKIT JIWA PROF.HB.SAANIN PADANG
BIDANG DIKLAT DAN LITBANG

Jl. Kesehatan Utama Perum Depkes Padang

Phone : (0751)

Nomor : 070/211/DL-VIII/2014
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data Awal dan Penelitian

Padang, 09 Agustus 2014

*Yth. K. L. Rani Rani (al)
Ull Sebaelin*

Yth. Wadir Pelayanan
RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
di-

PADANG

13/8-14

Dengan hormat,

Menindak lanjuti disposisi Direktur RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Nomor 070/713-DL/IV-2014 tanggal 01 April 2014 sesuai pokok surat di atas, maka kepada mahasiswa :

Nama : Shinta Margaret
No. BP : 0810325084
Program : SI Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAND Padang

Mohon diizinkan dan di bantu melakukan pengambilan data awal dan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi penelitian dengan judul :

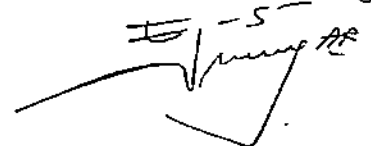
Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ Prof. HB. Saanin Padang

Pengambilan Data Awal dan Penelitian : 09 Agustus s/d 08 Desember 2014

Setelah yang bersangkutan selesai penelitian diharapkan untuk melapor ke Bidang Diklat & Litbang.

Demikianlah, atas perhatian dan bantuannya diucapkan terima kasih.

Kabid. Diklat & Litbang



ENNI SUSIYETI, SH
NIP. 19620915 198403 2 004

Tembusan :
1. Pertinggal



PEMERINTAH PROPINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RS. Jiwa Prof. HB. SA'ANIN PADANG



Jl. Raya Ulu Gadut Padang Telp. (0751) 72001, Fax. (0751) 71379

Nomor : 070/422/DL/I-2015
Lamp : -
Perihal : Telah Selesai Melakukan Penelitian

Padang, 13 Januari 2015

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Keperawatan UNAND
di

Padang

Dengan hormat,

Sehubungan surat Saudara Nomor 235/UN16.13/PL/2014 tanggal 20 Februari 2014, perihal Izin Penelitian atas nama:

Nama : Shinta Margaret
NPM : 0810325084
Program : S1 Keperawatan F Kep. UNAND
Judul : *Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A RS Jiwa Prof HB. Saanin Padang*

Telah selesai melakukan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang pada tanggal 09 Agustus s/d 08 Desember 2014

Demikian kami sampaikan dan atas kerja samanya diucapkan terima kasih.

DIREKTUR
DIREKTUR
RSJ. PROF HB. SA'ANIN
PADANG
Dr. Lily Gracediani, M.Kes
NIP. 19640728 199101 2 002

Tembusan :
1. Pertinggal

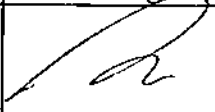
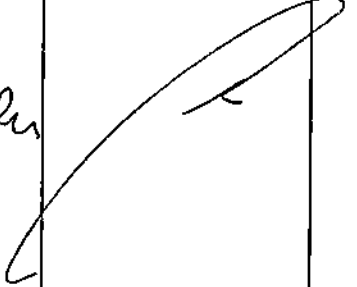
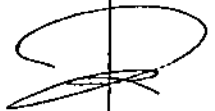


KARTU BIMBINGAN PROPOSAL

Nama : Shinta Margaret

No.Bp : 0810325084

Judul : Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ Prof HB Saanin Padang Tahun 2014.

Pembimbing I : Ns. Atih Rahayuningsih, M.Kep, Sp.J

No	Hari/Tanggal	Kegiatan	Tanda tangan
1.	Jumat/ 20-12-2014	Cantik judul	
2.	Selasa/ 25-3-2014	Perbincangan I - IV kuesioner buat agar lebih operasional & lebih mudah pemahaman.	
3	Senin 7-4-2014.	Perbincangan sesuai materi	
4.	Kamis 10-4-2014	Perbincangan Sub I dan kuesioner	
5.		Acara ujian proposal	

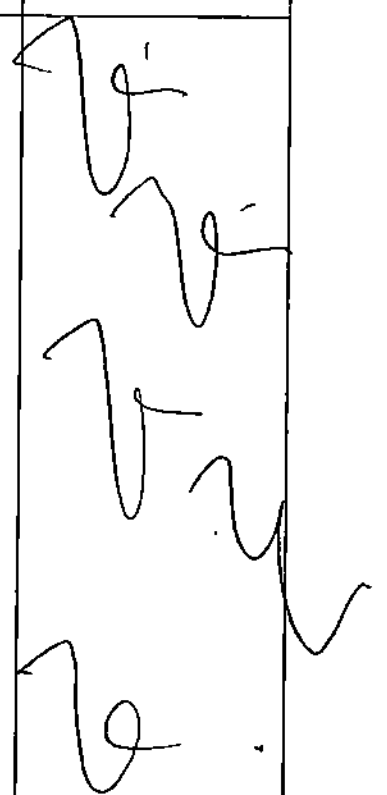
KARTU BIMBINGAN PROPOSAL

Nama : Shinta Margaret

No.Bp : 0810325084

Judul : Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan
Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Unit Pelayanan jiwa A RSJ Prof
HB Saanin Padang Tahun 2014

Pembimbing II : Fitra Yeni, S.Kp, MA

No	Hari/Tanggal	Kegiatan	Tanda tangan
1.	Senin/23-12-14	Ganti Judul	
2.	Jum'at/27-12-14	Konsul BAB I, lanjut bab 2 & 3	
3.	Selasa/28-1-14	Konsul BAB II & BAB III Lanjut BAB IV	
4.	Selasa/4-2-14	Konsul - BAB I - 4	
5.		Au Usah proposal.	

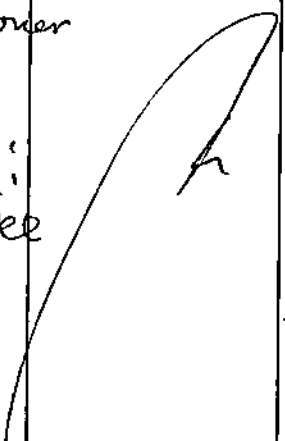
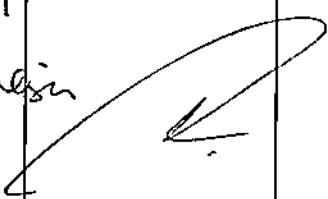

KARTU BIMBINGAN SKRIPSI

Nama : Shinta Margaret

No.Bp : 0810325084

Judul : Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ Prof HB Saanin Padang Tahun 2014.

Pembimbing I : Ns. Atih Rahayuningsih, M.Kep, Sp.Kep J

No	Hari/Tanggal	Kegiatan	Tanda tangan
1.	Rabu/12-11-14	Perbaiki penulisan abstrak, DO tambah skor penerapan sewa bap naga. Hati penelitian perbaiki kegiatan uraian teori Pembahasan sewaitkan Guan perbaiki.	
	Jumat, 14/11/14	Perbaiki abstrak & penulisan kand	
	Senin, 17/11/14	Acc vjms kand	

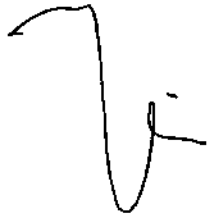


KARTU BIMBINGAN SKRIPSI

Nama : Shinta Margaret

No.Bp : 0810325084

Judul : Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Unit Pelayanan jiwa A RSJ Prof HB Saanin Padang Tahun 2014

Pembimbing II : Fitra Yeni, S.Kp, MA

No	Hari/Tanggal	Kegiatan	Tanda tangan
1.	Jum'at/14.11-14	Perbaiki Bab V & VI perbaiki abstrak.	
2	Senin/17.11-14	Perbaiki sesuai saran	
3.	Jum'at/21-11-14	Ace Ujian Harat.	

Lampiran 6

PERMOHONAN KEPADA CALON RESPONDEN

Kepada Yth,
Bapak Calon Responden
di
Padang

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Andalas:

Nama : Shinta Margaret
No Bp : 0810325084
Alamat : Kampus Unand Limau Manis Padang

Akan mengadakan penelitian yang berjudul **Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Unit Pelayanan Jiwa A Rumah Sakit Jiwa Prof HB Sa'anin Padang Tahun 2014.**

Sehubungan dengan hal tersebut maka saya memohon kesedian Bapak/Ibuk untuk dapat memberikan jawaban beberapa pertanyaan sesuai dengan petunjuk secara jujur. Penelitian ini tidak akan merugikan bapak/Ibuk, karena kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya untuk kepentingan penelitian.

Atas perhatian dan kesediaan bapak/ibu sebagai responden, saya ucapkan terima kasih.

Padang, September 2014
Peneliti

Shinta Margaret

Lampiran 7

FORMAT PERSETUJUAN RESPONDEN (Informed Consent)

Setelah di jelaskan maksud penelitian, saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang di lakukan oleh saudari Shinta Margaret, mahasiswa Fakultas Keperawatan Unversitas Andalas dengan judul **Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Unit Pelayanan Jiwa A Rumah Sakit Jiwa Prof HB Sa'anin Padang Tahun 2014.**

Saya mngerti bahwa penelitian ini tidak merugikan atau berakibat negative terhadap saya dan keluarga saya sehingga jawaban yang saya berikan adalah yang sebenar-benarnya. Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa paksaan dari siapapun.

Padang, September 2014

Responden

()

Lampiran 8

KISI-KISI KUESIONER

No	Tujuan	Variabel	Aspek Yang dinilai	No.Item Pertanyaan	Jumlah Item
1.	Mengetahui tugas kesehatan keluarga	Independen: Tugas kesehatan keluarga	<ul style="list-style-type: none"> - Mengenal masalah yang terjadi pada klien - Mengambil keputusan yang tepat untuk klien - Memberikan perawatan pada klien - Memodifikasi lingkungan senyaman mungkin - Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan baik 	1-5 6-10 11-15 16-20 21-25	25
2.	Mengetahui Tingkat kekambuhan pasien skizofrenia	Dependen: Tingkat Kekambuhan pasien skizofrenia	Tinggi bila kambuh dan dirawat ≥ 2 kali dalam 1 tahun Rendah bila kambuh dan dirawat 1 kali dalam 1 tahun (Scennach Obermeier, Meyer, Jäger, Schmauss & Laux, dkk,2012)		

Lampiran 9

Kuesioner Penelitian

Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Unit Pelayanan Jiwa A RSJ. Prof. HB Saanin Padang

No. Responden :

Hari/Tanggal :

I. Kuesioner Data Demografi

Petunjuk : Bacalah setiap pertanyaan yang tersedia dan jawablah menggunakan tanda checklist “√” pada tempat yang disediakan, semua pertanyaan harus dijawab. Terima kasih.

1. Hubungan keluarga dengan penderita:

☐ Ayah ☐ Anak ☐ Istri

☐ Ibu ☐ Suami ☐ Saudara

2. Jenis Kelamin ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

3. Tingkat Pendidikan:

☐ Tidak Sekolah ☐ SMA

☐ SD ☐ PT

☐ SMP

4. Pekerjaan :

☐ Bekerja

☐ Tidak Bekerja

5. Dalam 1 tahun terakhir sudah berapa kali pasien dirawat: Kali

Rawat Inap

II. Tugas Kesehatan Keluarga

Petunjuk: bacalah setiap pernyataan dibawah ini dengan seksama, kemudian berilah tanda silang "X" pada jawaban Bapak/Ibuk . Isilah sesuai dengan keadaan Bapak/Ibuk selama merawat penderita skizofrenia. Semoga hal ini dapat bermanfaat bagi kita semua. terima kasih. Selamat mengisi.

1. Menurut Bapak/Ibuk apa yang dimaksud dengan gangguan jiwa skizofrenia?
 - a. Penyakit yang diguna-guna
 - b. Penyakit yang tidak perlu diobati
 - c. Penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya.
2. Menurut Bapak/Ibuk apa saja yang menyebabkan gangguan jiwa skizofrenia?
 - a. Keturunan saja
 - b. Stress, keturunan, social ekonomi, usia, factor organic, pola asuh anak yang salah dan pengalaman masa lalu yang mnyakitkan
 - c. Diguna-guna, keturunan, ekonomi

3. Menurut Bapak/Ibuk apa tanda dan gejala dari seseorang yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia ?
 - a. Kelainan berpikir, kelainan kemauan, emosi yang tidak sesuai, adanya halusinasi dan menarik diri
 - b. Menarik diri dan kadang-kadang bergaul dengan orang-orang tertentu
 - c. Berpikir positif
4. Menurut Bapak/Ibuk apa saja yang menyebabkan kambuhnya gangguan jiwa skizofrenia?
 - a. Keluarga yang menerima pasien apa adanya
 - b. Pasien yang malas makan obat
 - c. Keluarga yang bermusuhan, mengkritik dan tidak menerima pasien, serta suasana yang tidak kondusif dan pengobatan yang tidak teratur, ekonomi yang rendah
5. Menurut Bapak/Ibuk apa yang dimaksud dengan kekambuhan ?
 - a. Keadaan dimana pasien menunjukkan gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien dirawat kembali
 - b. Apabila pasien mengurung diri di rumah
 - c. Apabila pasien tertawa sendiri
6. Menurut Bapak/Ibuk kapan seharusnya pasien dibawa kontrol ke pelayanan kesehatan?
 - a. Secara rutin, sesuai dengan anjuran dokter
 - b. Bila dirasa perlu

- c. Bila kambuh saja
7. Apabila salah satu anggota keluarga mengalami suatu masalah apa yang dilakukan keluarga lainnya?
- a. Menyerah terhadap masalah yang dihadapi
 - b. Tidak menyerah terhadap masalah yang di hadapi dan mencari jalan keluar secara bermusyawarah
 - c. Membiarkan keluarga yang bermasalah menghadapi sendiri
8. Tindakan apa yang biasa Bapak/Ibuk lakukan bila anggota keluarga mengalami gangguan jiwa?
- a. Membiarkan saja
 - b. Membawa pasien ke rumah sakit jiwa, puskesmas, rumah sakit umum
 - c. Membawa pasien ke dukun
9. Apa yang bapak/Ibuk lakukan bila pasien tampak tegang dan gelisah?
- a. Ditanyakan langsung pada pasien penyebab kegelisahan
 - b. Disarankan untuk tidur
 - c. Diajak ketempat tenang dan dorong pasien untuk menceritakan penyebab kegelisahannya
10. Apa yang Bapak/Ibuk lakukan untuk mengantisipasi apabila pasien mengamuk?
- a. Mengamati gerak gerik pasien
 - b. Menyingkirkan benda-benda yang dapat membahayakan ditempat yang aman

c. Mengurung pasien sampai tenang kembali

11. Bagaimana sikap Bapak/ibuk dalam memberikan rasa nyaman pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

a. Tidak mendengarkan keluhan pasien

b. Menunjukkan sikap menerima

c. Mendengarkan keluhan pasien dan menunjukkan sikap menerima

12. Apakah bapak/ibuk mendampingi pasien minum obat?

a. Iya, selalu

b. Iya, kadang-kadang

c. Tidak sama sekali

13. Apakah keluarga memberikan obat kepada pasien secara teratur?

a. Tidak teratur

b. Iya, teratur sesuai dengan anjuran dokter

c. Kadang-kadang bila kambuh saja

14. Apakah keluarga selalu memberi motivasi / dorongan terhadap kesembuhan pasien?

a. Ada, tapi bila diperlukan

b. Ada dan berkesinambungan

c. Tidak ada

15. Jika pasien ada masalah, apakah tindakan keluarga dalam menggali permasalahan yang dihadapi oleh pasien?

- a. Dibiarkan saja
- b. Pasien diajak agar dapat berpikir secara baik
- c. Pasien diajak dan diberikan dorongan agar dapat berpikir secara baik dengan melihat kenyataan yang ada

16. Bagaimana hubungan keluarga dengan pasien dirumah?

- a. Mengasingkan diruangan tertentu
- b. Saling percaya dan berkomunikasi dengan klien secara jelas serta membantu klien mengurangi kecemasan
- c. Tidak saling memperhatikan (acuh tak acuh)

17. Bagaimana sikap keluarga dalam memberikan rasa nyaman kepada pasien dirumah?

- a. Mengusahakan lingkungan yang dapat memberikan rasa nyaman kepada pasien
- b. Mendengarkan semua pendapat pasien tapi kadang-kadang menyanggah dan memberi komentar
- c. Mengamati pasien sebagai orang yang tidak dapat dipahami

18. Bagaimana kondisi kamar pasien?

- a. Terletak dibelakan dan terpisah sendirian
- b. Kamar tidur dekat dengan keluarga dan aman dari alat-alat yang berbahaya

c. Dipasung dikamar

19. Dimana Bapak/Ibuk menyimpan alat-alat rumah tangga atau benda tajam seperti pisau, cangkul dll?

a. Dimeja dapur

b. Di sembarang tempat

c. Di tempat khusus yang tersembunyi yang tidak diketahui oleh pasien

20. Bagaimana keluarga menciptakan lingkungan yang dapat memberikan rasa aman pada pasien?

a. Tertawa dan berbisik didepan pasien

b. Menunjukkan sikap biasa-biasa saja

c. Menunjukkan sikap bersahabat serta mengikutsertkan pasien dalam pembicaraan keluarga

21. Apakah bapak/ibuk selalu membawa pasien kontrol ke pelayanan kesehatan atau poliklinik rumah sakit jiwa?

a. Sering, sesuai dengan anjuran dokter

b. Kadang-kadang apabila kambuh saja

c. Tidak ada

22. Berapa kali bapak/ibuk membawa pasien kontrol ke pelayanan kesehatan?

a. 1 x seminggu

b. 1 x sebulan

c. 2 x sebulan

23. Apakah ada permasalahan dalam keluarga untuk membawa pasien kontrol ke pelayanan kesehatan

- a. Tidak ada masalah
- b. Ada masalah tapi tidak dapat diatasi
- c. Ada masalah dan dapat diatasi

24. Tiap pasien pulang dari rumah sakit, petugas kesehatan selalu menganjurkan untuk kontrol ke pelayanan kesehatan. Apakah bapak/ibuk selalu mengikuti anjuran yang diberikan?

- a. Ada
- b. Kadang-kadang
- c. Tidak ada sama sekali

25. Apakah bapak/ibuk tahu manfaat dari pelayanan kesehatan untuk mengatasi keadaan pasien?

- a. Iya, tahu
- b. Tidak tahu
- c. Ragu-ragu

Master Tabel
Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Tingkat Kekambuhan Pasien dengan Skizofrenia
Jiwa A RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014

No	Karakteristik Responden						Tugas Kesehatan Keluarga																													Kkmbh	
	JK	Pdd	Pek	Hub	JKS	LMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	Ktg	Frek	Ktg		
1	2	3	2	2	1	8	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	16	2	3	2		
2	2	4	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	21	1	1	1		
3	2	5	1	2	2	23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	1	1	1		
4	1	4	2	3	2	5	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	22	1	3	2		
5	1	5	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	21	1	1	1		
6	2	4	2	3	2	5	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	16	2	1	1		
7	1	4	1	4	3	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	12	3	1	1		
8	2	2	2	5	1	4	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	9	3	3	2		
9	1	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	18	2	1	1		
10	1	3	2	6	2	3	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	20	1	1	1		
11	2	4	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	23	1	1	1		
12	1	4	1	4	3	4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	22	1	1	1		
13	2	5	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	19	1	1	1		
14	2	3	2	5	2	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	12	3	2	2		
15	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	15	2	2	2		
16	1	4	1	4	3	5	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	12	3	3	2		
17	2	3	2	3	2	4	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	17	2	3	2		
18	2	4	2	5	2	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	22	1	1	1		
19	2	5	2	3	2	4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	21	1	1	1		
20	1	4	2	6	2	5	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	22	1	1	1		
21	2	4	2	3	3	3	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	21	1	1	1		
22	2	4	2	2	2	5	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	15	2	3	2		
23	1	3	1	4	2	15	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	11	3	4	2		
24	2	2	2	3	1	6	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	8	3	2	2		
25	2	2	1	2	1	4	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	17	2	2	2		
26	2	3	2	5	1	3	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	21	1	1	1		
27	1	4	1	1	3	5	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	15	2	3	2		
28	1	2	2	6	1	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1	1		
29	1	5	2	3	2	5	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	22	1	1	1		
30	2	4	2	3	2	4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	21	1	1	1		
31	1	5	1	4	3	6	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	22	1	1	1		

32	2	4	2	2	2	7	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	17	2	2	2			
33	2	3	2	5	1	10	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	12	3	3	2	
34	2	1	1	6	1	4	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	9	3	2	2	
35	2	2	2	2	2	5	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	18	2	1	1	
36	2	5	2	2	2	4	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	20	1	2	2		
37	1	4	2	4	2	3	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	21	1	1	1		
38	1	3	1	4	1	2	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17	2	1	1		
39	2	4	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	22	1	1	1	
40	1	4	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	21	1	1	1		
41	2	5	2	2	2	4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	22	1	1	1		
42	1	5	1	6	2	3	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1	1		
43	2	3	1	2	1	6	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	18	2	2	2	
44	2	4	2	3	2	5	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	13	2	1	1
45	1	2	1	1	1	6	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	10	3	3	2	
46	1	3	1	1	2	5	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	17	2	1	1		
47	2	4	2	3	2	3	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	21	1	1	1		
48	1	5	2	3	3	4	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	22	1	2	2		
49	2	2	2	2	1	3	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	16	2	1	1		
50	2	3	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	1	1	1		
51	2	5	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	22	1	3	2		
52	2	4	2	2	2	4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	22	1	1	1	
53	2	4	2	3	3	5	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	21	1	1	1		
54	1	5	1	4	2	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	18	2	1	1	
55	2	3	2	2	2	6	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	13	2	1	1
56	2	4	2	2	2	4	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	11	3	2	2	
57	2	2	2	3	1	5	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	17	2	2	2		
58	1	1	1	4	2	4	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	21	1	1	1		
59	2	5	2	2	3	17	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	23	1	3	2	
60	2	4	2	2	3	3	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	11	3	3	2	
61	2	4	1	3	2	4	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	18	2	1	1	
62	2	3	2	2	2	13	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	15	2	1	1		
63	2	4	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	21	1	2	2		
64	2	5	2	2	3	4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	1	4	2		
65	2	4	1	2	2	21	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	22	1	1	1		
66	2	4	2	2	2	4	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	20	1	1	1		
67	1	4	1	3	2	5	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	17	2	1	1		
68	2	3	2	2	2	6	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	12	3	4	2		
69	2	2	1	3	1	5	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	7	3	3	2	
70	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	17	2	1	1		

71	2	3	1	3	1	20	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	21	1	1	1
72	2	4	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	22	1	1	1	
73	2	5	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	1	1	1		
74	2	4	2	2	2	12	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	19	1	2	2			
75	2	4	2	3	3	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	12	3	2	2			
76	2	1	2	2	2	3	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	15	2	3	2		
77	2	3	1	2	1	12	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	12	1	1	1		
78	2	3	2	2	2	3	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	12	3	2	2		
79	2	4	2	2	3	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	22	1	1	1		
80	1	5	1	3	2	5	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	21	1	1	1		
81	1	4	2	6	2	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	1	1	1		
82	1	3	2	6	2	3	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	20	1	1	1		
83	2	4	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	23	1	1	1		
84	1	4	1	4	3	4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	22	1	1	1		
85	2	5	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	19	1	1	1		
86	2	3	2	5	2	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	12	3	2	2		
87	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	15	2	2	2		
88	1	4	1	4	3	5	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	12	3	3	2		
89	2	3	2	3	2	4	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	17	2	3	2		

Keterangan :

Pendidikan	: 1. Tidak Sekolah	2. SD	3. SMP	4. SMA	5. Perguruan Tinggi		
Pekerjaan	: 1. Bekerja	2. Tidak Bekerja					
Hubungan dengan Pasien	: 1. Ayah	2. Ibu	3. Anak		4. Suami	5. Istri	6. Saudara
Jenis Kelamin	: 1. Laki-laki	2. Perempuan					
Jaminan Kesehatan yg di miliki	: 1. BPJS Non Mandiri	2. BPJS Mandiri			3. Umum		
Lama Menderita Skizofrenia	: Dalam Tahun						
Tugas Kesehatan Keluarga	: 1. Baik	2. Cukup		3. Kurang Baik			
Tingkat Kekambuhan	: 1. Rendah	2. Tinggi					

FREQUENCIES VARIABLES=Sex HDP Pen Pek JKYM LMS TTK Kkmhb
/ORDER=ANALYSIS.

[DataSet1] C:\Users\user\Documents\SPSS SHINTA MARGARET.sav

Frequency Table

Hubungan dengan Pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ayah	7	7.9	7.9	7.9
	Ibu	34	38.2	38.2	46.1
	Anak	24	27.0	27.0	73.0
	Suami	11	12.4	12.4	85.4
	Istri	6	6.7	6.7	92.1
	Saudara	7	7.9	7.9	100.0
	Total	89	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	30	33.7	33.7	33.7
	Perempuan	59	66.3	66.3	100.0
	Total	89	100.0	100.0	

Pendidikan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	4	4.5	4.5	4.5
	SD	12	13.5	13.5	18.0
	SMP	20	22.5	22.5	40.4
	SMA	36	40.4	40.4	80.9
	Perguruan Tinggi	17	19.1	19.1	100.0
	Total	89	100.0	100.0	

Pekerjaan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	31	34.8	34.8	34.8
	Tidak Bekerja	58	65.2	65.2	100.0
	Total	89	100.0	100.0	

Tugas Kesehatan Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	47	52.8	52.8	52.8
	Cukup	25	28.1	28.1	80.9
	Kurang	17	19.1	19.1	100.0
	Total	89	100.0	100.0	

Tingkat Kekambuhan Pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	53	59.6	59.6	59.6
	Tinggi	36	40.4	40.4	100.0
	Total	89	100.0	100.0	

CROSSTABS

/TABLES=TTK BY Kkmbh

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT EXPECTED ROW COLUMN TOTAL

/COUNT ROUND CELL.

Frequencies

Crosstabs

DataSet1] C:\Users\user\Documents\SPSS SHINTA MARGARET.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tugas Kesehatan Keluarga * Tingkat Kekambuhan Pasien	89	100.0%	0	.0%	89	100.0%

Tugas Kesehatan Keluarga * Tingkat Kekambuhan Pasien Crosstabulation

			Tingkat Kekambuhan Pasien		Total
			Rendah	Tinggi	
Tugas Kesehatan Keluarga	Baik	Count	39	8	47
		Expected Count	28.0	19.0	47.0

Tugas Kesehatan Keluarga * Tingkat Kekambuhan Pasien Crosstabulation

			Tingkat Kekambuhan Pasien		Total
			Rendah	Tinggi	
Tugas Kesehatan Keluarga	Baik	% within Tugas Kesehatan Keluarga	83.0%	17.0%	100.0%
		% within Tingkat Kekambuhan Pasien	73.6%	22.2%	52.8%
		% of Total	43.8%	9.0%	52.8%
	Cukup	Count	13	12	25
		Expected Count	14.9	10.1	25.0
		% within Tugas Kesehatan Keluarga	52.0%	48.0%	100.0%
		% within Tingkat Kekambuhan Pasien	24.5%	33.3%	28.1%
		% of Total	14.6%	13.5%	28.1%
	Kurang	Count	1	16	17
		Expected Count	10.1	6.9	17.0
		% within Tugas Kesehatan Keluarga	5.9%	94.1%	100.0%
		% within Tingkat Kekambuhan Pasien	1.9%	44.4%	19.1%
		% of Total	1.1%	18.0%	19.1%
	Total	Count	53	36	89
		Expected Count	53.0	36.0	89.0
		% within Tugas Kesehatan Keluarga	59.6%	40.4%	100.0%
		% within Tingkat Kekambuhan Pasien	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	59.6%	40.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.629 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	35.004	2	.000
Linear-by-Linear Association	30.882	1	.000
N of Valid Cases	89		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.88.

Lampiran 12

CURICULUM VITAE

Nama	: Shinta Margaret
Tempat tanggal lahir	: Solok, 14 Maret 1988
Pekerjaan	: Mahasiswa Fakultas Keperawatan UNAND
Status	: Menikah
Nama Bapak	: H. Syamsir Zul
Nama Ibu	: Hj. Basiar, S.pd
Nama Suami	: Brigadir Bustamil
Nama Anak	: Andalusia Vaulin Busta
Riwayat Pendidikan	: 1. TK Pertiwi Muarokalaban 2. SDN 09 Muarokalaban 3. SMP 06 Muarokalaban 4. SMA Negeri 12 Padang 5. Poltekkes Padang 5. PSIK 2008 - Sekarang