

SKRIPSI
STUDI TENTANG FAKTOR-FAKTOR YANG BERTHUBUNGAN
DENGAN
KETERLAMBATAN KELUARGA Mencari PENGOBATAN KLIEN
PSIKOSA/SKIZOFRENIA

Penelitian diskriptif (Cros Sectional)
Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat
Lawang



Oleh :

ALBERTUS SETIJONO
NIM : 010 110 295. R.

PROGRAM PENDIDIKAN D.IV PERAWAT PENDIDIK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2003

SKRIPSI

**STUDI TENTANG FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN
KETERLAMBATAN KELUARGA Mencari PENGOBATAN KLIEN
PSIKOSA/SKIZOFRENIA**

**Penelitian diskriptif (Cros Sectional)
Di Rumah Sakit jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat
Lawang**

Untuk memperoleh gelar Sarjana Sain Terapan (S.ST) Keperawatan Jiwa
pada program studi pendidikan DIV Perawat Pendidik
Fakultas Kedokteran UNAIR



Oleh :

**ALBERTUS SETIJONO
NIM : 010 110 295. R.**

**PROGRAM PENDIDIKAN D.IV PERAWAT PENDIDIK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2003**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 20 Februari 2003

Yang Menyatakan,



ALBERTUS SETIJONO

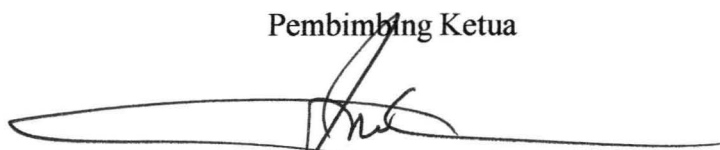
NIM. 010 110 295 R

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah disetujui
tanggal

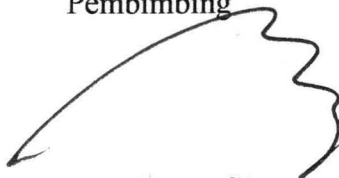
Oleh

Pembimbing Ketua



NURSALAM, M.Nurs (Honours)
NIP. 140 238 226

Pembimbing



Ah. YUSUF, Skp
NIP. 132 255 152

Mengetahui

An. Ketua Program
Pembantu Ketua I



NURSALAM, M.Nurs (Honours)
NIP. 140 238 226

Telah diuji pada :
Tanggal : 20 Pebruari 2003

PANITIA PENGUJI SKRIPSI

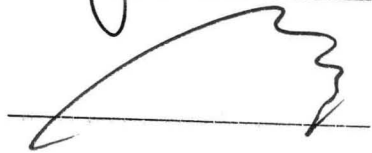
Ketua : Dyah Widodo, S.Kp.



Anggota : 1 Nursalam, M. Nurs (Honours)

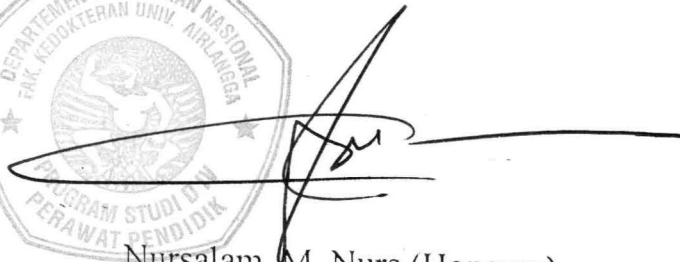


2. Ah. Yusuf, S.Kp.



Mengetahui

A/n Ketua Program Study Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran UNAIR
Pembantu Ketua,



Nursalam, M. Nurs (Honours)
Nip. 140 238 226

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas Karunia dan Rahmat-Nya sehingga skripsi yang berjudul **“Studi tentang Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keterlambatan Keluarga Mencari Pengobatan Klien Psikosa/Skizofrenia”**.

Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Sain Terapan (S.ST) pada Program Studi D.IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr. Sp THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi D.IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
2. Prof. Dr. Edy Soewandojo, dr. Sp.PD, KTI, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi D.IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

3. Bapak Nursalam, M.Nurs (Honours), selaku dosen pengajar metodologi riset, dan pembimbing ketua yang telah banyak memberikan bantuan dan bimbingan, sehingga dapat menyelesaikan penelitian ini.
4. Bapak A. Yusuf, Skp, selaku dosen pembimbing keperawatan jiwa, yang telah banyak memberikan bekal tentang ilmu keperawatan jiwa, dan bimbingan dalam penulisan dan penelitian ini.
5. Bapak dr. G. Pandu Setiawan, SpKj, selaku direktur Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat, yang telah memberi ijin penelitian ini.
6. Seluruh responden penelitian ini, yang ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.
7. Semua pihak yang telah banyak membantu, sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.

Surabaya, Oktober 2002

Penulis,

ABSTRACT
STUDY ON THE FACTORS IN RELATION TO
FAMILY LATE IN LOOKING FOR TREATMENT
OF PSIKOSA/SKIZOFRENIA CLIENT

Cross sectional study at Dr. Radjiman Wediodiningrat Hospital for mentally sick
people of Lawang.

by : Albertus Setijono

Based on researcher survey in 1975 to the present, psikosa/skizofrenia client, who are treated at Dr. Radjiman Wediodiningrat Hospital for mentally sick people have been generally sick more than 6 months, even most of literatures stated that, once, someone who get skizofrenia, she/he has not been generally chronic.

Seeing the fact above, researcher would like to get a picture about the factors influenced to family late in gets treatment of psikosa/skizofrenia client at hospital for mentally sick people. The factors involves some aspects, they are : knowledge factor, attitude factor, and family trust factor.

The sort of the study used is cross sectional description method. The object is all the family of psikosa/skizofrenia client who go both to get out paient treatment and to treat at hospital of Dr. Radjiman Wediodiningrat of Lawang. The study instruments used questionnaire media, conducted in January 2-4, 2003 (3 days) sample totally, and 28 respondents.

The result through the questionnaire returned by the respondents, then analized, and can be found that there are 78,6 % cases in relation to family late.

Those factors influenced are knowledge factors that can be concluded that respondent's knowledge about mentally sick problem is usually lack, it's about 89,3 %, the attitude aspect is generally negative, it's about 60,7 %, the trust factor is generally positive, it's about 71,4 %.

Key words : Late, Family, Treatments, Psikosa/Skizofrenia.

Daftar Isi

	Hal
Halaman judul dan prasyarat gelar.....	i
Halaman pernyataan.....	ii
Halaman persetujuan.....	iii
Halaman penetapan panitia penguji.....	iv
Ucapan terima kasih.....	v
Abstract.....	vi
Daftar isi.....	vii
Daftar tabel.....	ix
Daftar gambar.....	x
Daftar lampiran.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	 6
2.1 Pengertian Psikosa.....	6
2.2 Skizofrenia.....	8
2.3 Psikopatologi.....	9
2.4 Gejala-Gejala Skizofrenia.....	10

2.5	Beberapa Tipe Skizofrenia.....	11
2.6	Dianosa dan Diagnosa Banding.....	11
2.8	Prognosa.....	13
2.9	Pengobatan.....	15
2.10	Perawatan Klien Gangguan Jiwa.....	18
2.11	Keterlambatan Berobat.....	21
2.12	Program Rehabilitasi.....	25
2.13	Beberapa Teori Determinan Perilaku.....	25
BAB 3 KERANGKA KONSEP.....		28
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		31
4.1	Rancangan Penelitian/Desain Penelitian.....	31
4.2	Kerangka Kerja.....	32
4.3	Populasi, Sampel, Besar Sampel, dan Sampling.....	33
4.4	Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional.....	34
4.5	Pengumpulan dan Analisa Data.....	36
4.6	Etika Penelitian (Ethical Clearance).....	38
4.7	Keterbatasan.....	39
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....		40
5.1	Hasil Penelitian.....	40
5.2	Pembahasan.....	55

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	57
6.1 Kesimpulan.....	57
6.2 Saran.....	58
Daftar Pustaka.....	59
Lampiran.....	60
1. Surat Permohonan Pengambilan Data.....	60
2. Surat Ijin Pengambilan Data.....	61
3. Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden.....	62
4. Kuesioner.....	63
5. Diagram (Piegram) Keterlambatan Berobat.....	68
6. Diagram (Piegram) Pengetahuan Keluarga Tentang Gangguan Jiwa	69
7. Diagram (Piegram) Sikap Keluarga Tentang Gangguan Jiwa.....	70
8. Diagram (Piegram) Keyakinan Keluarga Tentang Gangguan Jiwa...	71
9. Hasil Cross-Tab Analisa Data.....	72
10. Data Telli Demografi.....	75
11. Data Telli Keterlambatan Berobat.....	76
12. Data Telli Pengetahuan Responden	77
13. Data Telli Sikap Responden.....	78
14. Data Telli Keyakinan Kepercayaan.....	79
15. Hasil Penilaian Pengetahuan Responden.....	80
16. Hasil Penilaian Sikap Reponden.....	81
17. Hasil Penilaian Keyakinan/Kepercayaan Responden.....	82

Daftar Tabel

	Hal
Tabel 5.1.1.1 Jenis Kelamin.....	43
Tabel 5.1.1.2 Status Usia.....	44
Tabel 5.1.1.3 Status Perkawinan.....	44
Tabel 5.1.1.4 Status Pendidik.....	45
Tabel 5.1.1.5 Status Pekerjaan.....	46
Tabel 5.1.1.6 Status Hubungan dengan Klien.....	47
Tabel 5.1.1.7 Status Berapa Lama Mengenal Klien.....	48
Tabel 5.1.2 Keterlambatan Berobat.....	49
Tabel 5.1.3 Pengetahuan Tentang Penyakit/Gangguan Jiwa.....	50
Tabel 5.1.4 Sikap Tentang Penyakit/Gangguan Jiwa.....	51
Tabel 5.1.5 Keyakinan/Kepercayaan Tentang Penyakit/Gangguan Jiwa	52
Tabel Hasil Perhitungan Chi-Square.....	53
Tabel Nilai Koefisien Kontingensi (C).....	54

Daftar Gambar :

- 1 : Diagram lingkaran tentang keterlambatan keluarga dalam mencari pengobatan klien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa..... 68
- 2 : Diagram lingkaran pengetahuan keluarga tentang penyakit / gangguan jiwa..... 69
- 3 : Diagram lingkaran sikap keluarga tentang penyakit / gangguan jiwa.. 70
- 4 : Diagram lingkaran tentang keyakinan / kepercayaan keluarga terhadap penyakit / gangguan jiwa..... 71

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum yaitu melalui program pembangunan dan pelayanan kesehatan jiwa yaitu telah terbentuknya jaringan pelayanan kesehatan jiwa yang luas, hampir merata dan hampir menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat, Lawang yang mempunyai kegiatan intra dan ekstra mural diarahkan menjadi pusat pembinaan kesehatan jiwa masyarakat di wilayah Malang dan sekitarnya yang mampu melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa secara komprehensif, yaitu pelayanan yang bersifat preventif dan promotif, kuratif serta rehabilitatif.

Pelayanan intra dan ekstra mural memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk berrelasi dan berkonsultasi bagi mereka yang memiliki masalah tentang kesehatan jiwa.

Kunjungan pasien rawat jalan dan pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa bisa mencakup kasus yang paling parah dan sulit diatasi serta psikosis fungsional, tetapi riset cermat dalam praktek umum memperlihatkan bahwa hanya satu dalam dua puluh pasien psikiatri dirujuk ke psikiater. (**I.M. Ingram, G.C. Timbury, R.M. Mowbray, 1995**).

Pentingnya peran serta keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa dapat dipandang dari berbagai segi.

Keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya, keluarga merupakan institusi pendidikan utama bagi individu untuk belajar dan mengembangkan nilai, keyakinan, sikap, dan perilaku (**Clemen dan Buchanan, 1982**).

Individu menguji coba perilakunya di dalam keluarga dan umpan balik keluarga mempengaruhi individu dalam mengadopsi perilaku tertentu.

Semua ini merupakan persiapan individu untuk berperan di masyarakat (**Budi Anna Kelliat, 1992**).

Jika keluarga dipandang sebagai satu system, maka gangguan yang terjadi pada salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi seluruh anggota keluarga atau mempengaruhi seluruh sistem, sebaliknya disfungsi keluarga dapat pula merupakan salah satu penyebab terjadinya gangguan jiwa pada anggota keluarganya.

Berbagai pelayanan kesehatan jiwa bukan merupakan tempat klien untuk seumur hidup tetapi hanya fasilitas yang membuat klien dan keluarga mengembangkan kemampuannya dalam mencegah terjadinya masalah, menanggulangi berbagai masalah dan mempertahankan keadaan adaptif.

Dapat disimpulkan bahwa keluarga berperan penting dalam peristiwa terjadinya gangguan jiwa dan proses penyesuaian kembali setiap klien.

Dari uraian di atas dapat diyakini bahwa keluarga mempunyai tanggung jawab penting dalam proses mencari pengobatan dan perawatan di rumah sakit, persiapan pulang dan persiapan proses adaptasi klien.

Kualitas dan efektifitas peran serta keluarga yang memadai akan membantu proses penyembuhan dan proses pemulihan kesehatan klien sehingga status kesehatan klien meningkat.

Klien yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, pada umumnya terlambat yaitu sakit belum/tanpa perawatan dan pengobatan lebih dari 6 bulan sebanyak 92,33 % (**Rekam Medik Tahun 2002**).

Dengan kenyataan tersebut diatas terbukti bahwa klien rawat inap di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat pada umumnya dalam keadaan kronis, sehingga proses penyembuhannya sangat sulit.

Kemungkinan tersebut di atas solusi yang kemungkinan dapat dilakukan adalah memperluas dan menggalakkan program promosi tentang kesehatan jiwa kepada masyarakat, sehingga pemahaman masyarakat tentang kesehatan jiwa lebih dapat ditingkatkan.

1.2. Rumusan Masalah

Dari berbagai faktor penyebab, sehingga klien gangguan jiwa yang datang berobat baik rawat jalan maupun rawat inap di Rumah Sakit jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sudah dalam kondisi kronis, sehingga jumlah hari perawatan lebih lama, dan jumlah biaya lebih besar serta tingkat kesembuhan semakin kecil, hal inilah yang membuat peneliti tertarik untuk mengetahui lebih jauh tentang "Faktor-faktor apa dan bagaimana

pengaruhnya terhadap keterlambatan klien psikosa/skizofrenia untuk berobat/dirawat di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang”.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mempelajari faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan klien psikosa/skizofrenia berobat/dirawat di Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang gangguan jiwa.
2. Mengidentifikasi sikap keluarga tentang gangguan jiwa.
3. Mengidentifikasi keyakinan/kepercayaan keluarga tentang gangguan jiwa.
4. Menganalisis faktor dominan yang berhubungan dengan keterlambatan keluarga mencari pengobatan klien psikosa/skizofrenia.
5. Menganalisis hubungan antara pengetahuan, sikap, dan keyakinan keluarga dengan keterlambatan mencari pengobatan klien gangguan jiwa.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat bagi Keluarga

1. Keluarga dapat mengenali kasus-kasus gangguan jiwa secara dini.
2. Keluarga memahami pentingnya perawatan dan pengobatan sedini mungkin terhadap kasus-kasus gangguan jiwa.

3. Keluarga mengetahui apabila salah satu anggota keluarganya menderita gangguan jiwa mencari pertolongan kepada orang/profesi yang tepat.
4. Keluarga memahami bahwa gangguan jiwa dapat disembuhkan, bila keadaannya belum kronis.
5. Biaya yang ditanggung keluarga lebih kecil.

1.4.2. Manfaat bagi klien

1. Masalah klien akibat gangguan jiwa segera dapat diketahui dan sedapat mungkin segera diberi bantuan.
2. Penyakit klien segera dapat dikenali dan sesegera mungkin dapat diberikan perawatan dan pengobatan yang tepat.

1.4.3. Manfaat bagi masyarakat

1. Beban masyarakat relatif lebih ringan, karena bila setiap kasus gangguan jiwa ditangani, maka kasus-kasus gangguan jiwa yang merugikan masyarakat dapat dikurangi.
2. Pemahaman tentang gangguan jiwa yang dihubungkan oleh faktor “Magis-mistis” dapat secara berangsur-angsur dapat berubah.

1.4.4. Manfaat bagi ilmu pengetahuan

1. Peningkatan profesionalisme perawat dalam memberikan asuhan keperawatan klien dengan gangguan jiwa.
2. Penelitian pendahuluan bagi penelitian selanjutnya.
3. Peningkatan program pelayanan kesehatan jiwa.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan tinjauan pustaka tentang pengertian psikosa, sindroma klasik pada psikosa, pengertian skizofrenia, psikopatologi, gejala-gejala, diagnosa dan diagnosa banding, perawatan klien gangguan jiwa, faktor keterlambatan berobat, program rehabilitasi.

Gangguan jiwa merupakan kondisi terganggunya kejiwaan manusia sedemikian rupa sehingga mengganggu kemampuan individu itu untuk berfungsi secara normal didalam masyarakat maupun dalam menunaikan kewajibannya sebagai insan dalam masyarakat itu. (Dep. Kes RI., 1997)

Evaluasi klien psikiatrik terdiri atas dua bagian : informasi subyektif yang dikaitkan oleh pasien, dan informasi obyektif yang didapat melalui observasi. Hal ini merupakan dasar dari suatu penilaian psikiatrik. Ini berlaku untuk individu pasien anak, dewasa, pasangan dan keluarga. (Dep. Kes RI., 1997)

2.1. Psikosa

Pengertian

- Adalah suatu gangguan jiwa dengan kehilangan rasa kenyataan (“sense of reality”).

Hal ini diketahui dengan terdapatnya gangguan pada hidup perasaan (aspek dan emosi), proses berfikir, psikomotorik kemauan, sedemikian rupa sehingga semua ini tidak sesuai dengan kenyataan lagi.

Penderita tidak dapat “dimengerti” dan tidak dapat “dirasai” lagi oleh orang normal, karena itu seorang awampun dapat menyatakan bahwa

orang itu “gila”, bila psikosa itu sudah jelas. Penderita sendiri juga tidak memahami penyakitnya, ia tidak merasa sakit. **(W.F. Maramis, 1998)**

- Adalah suatu gangguan jiwa yang serius, yang timbul karena penyebab organik ataupun emosional (fungsional) dan yang menunjukkan gangguan kemampuan berfikir, bereaksi secara emosional, mengingat, berkomunikasi, menafsirkan kenyataan dan bertindak sesuai dengan kenyataan itu, sedemikian rupa sehingga kemampuan untuk memenuhi tuntutan hidup sehari-hari sangat terganggu. **(W.F. Maramis, 1998)**

Psikosa ditandai oleh perilaku yang regresif, hidup perasaan yang tidak sesuai, berkurangnya pengawasan terhadap impuls-impuls serta wahana dan hallusinasi. Istilah psikosa dapat dipakai untuk keadaan seperti yang disebutkan di atas dengan variasi yang luas mengenai berat dan lamanya.

Menninger telah menyebutkan lima sindroma klasik yang menyertai sebagian besar pola psikotik, yaitu :

1. Perasaan sedih, bersalah dan rasa tidak mampu yang mendalam.
2. Keadaan rangsang yang tidak menentu dan tidak terorganisasi, disertai pembicaraan dan motorik yang berlebihan.
3. Regresi ke otisme (“Autism”), menerisme pembicaraan dan perilaku, isi pikiran yang berwaham, acuh tak acuh terhadap harapan sosial.
4. Pre okupasi yang berwahana, disertai kecurigaan, kecenderungan membela diri atau rasa kebesaran.
5. Keadaan bingung dan delirium dengan disorientasi dan hallusinasi.

(W.F. Maramis, 1998)

2.2. Skizofrenia (Psikosa Fungsional)

Pengertian :

- Adalah Demensia prekoks, dalam perjalanan penyakitnya memperlihatkan adanya deseriorasi. Digolongkan dalam katatonik, hebefrenik dan keadaan paraudid. (Emil Kraepelin, 1896).
- Dasar gangguan adalah terpecahnya fungsi-fungsi psikologik. Ia memberi nama baru dengan istilah "Schizophrenias", deseriorasi tidak selalu harus ada, isi dan arti dari gejala-gejala psikotik lebih diutamakan. (Eugen Bleuler, 1911).
- Kelompok psikobiologis, memandang skizofrenia sebagai suatu reaksi terhadap situasi kehidupan yang traumatik.

Berpegang teguh pada respon idiosinkratik yang unik pada setiap individu serta menjauhi aturan umum dari psikodinamik. (Adolf Meyer, 1910).

(Morgan, HG, et al, 1991).

- Skizofrenia merupakan bentuk psikosis fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Dalam kasus berat, klien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal.

Perjalanan penyakit ini secara bertahap akan menuju kearah kronisitas, tetapi sekali-kali bisa timbul serangan. Jarang terjadi pemulihan sempurna dengan spontan dan jika tidak diobati biasanya berakhir dengan personalitas yang rusak "cacat".

(Ingram, im, et al, 1995).

- Skizofrenia ialah sekelompok gangguan psikosis fungsional dengan gejala terpecahnya unsur-unsur kepribadian (proses berfikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor) yang mulai timbul pada usia kurang dari 45 tahun.
(PPDGJ II – bersumber pada ICD – IX, DSM – III dan PPDGJ – I, 1983).

2.3. Psikopatologi

Penyebab gangguan skizofrenia belum diketahui dengan pasti. Ada beberapa teori penyebab :

2.3.1. Teori Somatogenik

- (1) Keturunan : diturunkan melalui gen yang resesif.
- (2) Endokrin : sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, kehamilan dan puerperium.
- (3) Metabolisme : mungkin disebabkan oleh kesalahan metabolisme (inborn error of metabolism).
- (4) Susunan saraf pusat : diduga ada kelainan susunan saraf pusat yang dapat menyebabkan gangguan Neurotransmitter.

2.3.2. Teori psikogenik

- (1) Adolf Meyer : suatu mal adaptasi.
- (2) Sigmund Freud : adanya kelemahan ego.
- (3) Engen Bleuler : adanya jiwa yang terpecah belah atau disharmoni.
- (4) Stress psikologik : - adanya persaingan antara saudara kandung

- hubungan yang kurang baik dalam keluarga, pekerjaan dan masyarakat.

2.3.3. Teori sosiogenik

- (1) Keadaan sosial ekonomi
- (2) Pengaruh keagamaan
- (3) Nilai-nilai moral dan lain-lain

2.3.4. Akhirnya muncul teori yang mengangap

Bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh bermacam-macam sebab, meliputi ketiga teori di atas (pandangan holistik).

(Pedoman Diagnosis dan terapi lab/UPF Ilmu Kedokteran Jiwa, 1994).

2.4. Gejala-gejala Skizofrenia dibagi menjadi 2 (dua) kelompok :

2.4.1. Gejala-gejala primer

- (1) Gangguan proses pikiran
- (2) Gangguan emosi
- (3) Gangguan kemauan
- (4) Gangguan otisme

2.4.2. Gejala-gejala sekunder

- (1) Wahana
- (2) Hallusinasi
- (3) Gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain

(W.F. Maramis, 1998).

2.5. Dapat dibedakan beberapa tipe skizofrenia : (PPDGJ III, 1993)

- F20.0 Skizofrenia paranoid
- F20.1 Skizofrenia hebefrenik
- F20.2 Skizofrenia katatonik
- F20.3 Skizofrenia tak terinci (undifferentiated)
- F20.4 Depresi pasca-skizofrenia
- F20.5 Skizofrenia residual
- F20.6 Skizofrenia simpleks
- F20.8 Skizofrenia lainnya
- F20.9 Skizofrenia YTT

2.6. Diagnosa dan Diagnosa Banding

Menurut E. Blueler diagnosa skizofrenia sudah boleh dibuat bila terdapat gangguan-gangguan primer dan disharmoni (keretakan, perpecahan atau ketidak seimbangan) pada unsur-unsur kepribadian (proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotorik), diperkuat dengan adanya gejala-gejala sekunder. Kurt Schneider (1939) menyusun 11 gejala rangking pertama ("first rank symptoms") dan berpendapat bahwa diagnosa skizofrenia sudah boleh dibuat bila terdapat satu gejala dari kelompok A dan satu gejala dari kelompok B, dengan syarat bahwa kesadaran penderita tidak menurun.

(W.F. Maramis, 1998).

2.7. Gejala-gejala rangking pertama menurut Schneider ialah :

2.7.1. Hallusinasi pendengaran

- (1) Pikirannya dapat didengar sendiri
- (2) Suara-suara yang sedang bertengkar
- (3) Suara-suara yang mengomentari perilaku penderita

2.7.2. Gangguan batas ego

- (1) Tubuh dan gerakan-gerakan penderita dipengaruhi oleh suatu kekuatan dari luar.
- (2) Pikirannya diambil atau disedot keluar.
- (3) Pikirannya dipengaruhi oleh orang lain atau pikirannya itu dimasukkan kedalamnya oleh orang lain.
- (4) Pikirannya diketahui orang lain atau pikirannya disiarkan keluar secara umum.
- (5) Perasaannya dibuat oleh orang lain.
- (6) Kemauannya atau tindakannya dipengaruhi oleh orang lain.
- (7) Dorongannya dikuasai orang lain.
- (8) Persepsi yang dipengaruhi oleh wahana

Menurut Prof. Kusumanto Setyonegoro (1967) membuat diagnosa skizofrenia dengan memperhatikan gejala-gejala pada tiga buah koordinat, yaitu :

- Koordinat pertama (intinya organobiologik)

Yaitu : Otisme, gangguan afek dan emosi, gangguan asosiasi (proses berfikir), ambivalensi (gangguan kemauan), gangguan aktivitas (abulia atau kemauan yang menurun) dan gangguan konsentrasi.

- Koordinat kedua (intinya psikologik)

Yaitu : gangguan pada cara berfikir yang tidak sesuai lagi dengan perkembangan kepribadian dengan memperhatikan perkembangan ego, sistematis motivasi dan psikodinamika dalam interaksi dengan lingkungan.

- Koordinat pertama (intinya organobiologik)

Yaitu : gangguan pada kehidupan sosial penderita yang diperhatikan secara fenomenologik.

(W.F. Maramis, 1998).

2.8. Prognosa

- Dahulu bila diagnosa skizofrenia dibuat, maka ini berarti bahwa sudah tidak ada harapan lagi bagi orang yang bersangkutan, bahwa kepribadiannya selalu akan menuju ke kemunduran mental (deteriorasi mental).

Dan bila seorang dengan skizofrenia kemudian menjadi sembuh, maka diagnosanya harus diragukan.

- Sekarang dengan pengobatan modern, ternyata, bahwa bila penderita itu datang berobat dalam tahun pertama setelah serangan pertama, maka kira-kira sepertiga dari mereka akan sembuh sama sekali ("full remission atau recovery"). Sepertiga yang lain dapat dikembalikan ke masyarakat walaupun masih harus sering diperiksa dan diobat selanjutnya ("Social Recovery"). Sepertinya sisanya biasanya mempunyai prognosa yang jelek, mereka tidak dapat berfungsi didalam masyarakat dan menuju

kekemunduran mental, sehingga mungkin menjadi penghuni tetap di Rumah Sakit Jiwa.

Untuk menetapkan prognosa kita harus mempertimbangkan semua faktor dibawah ini :

1. Kepribadian pre psikotik : bila skizoid dan hubugnan antar manusia memang kurang memuaskan, maka prognosa lebih jelek.

Bila skizofrenia timbul secara akut, maka prognosa lebih baik dari pada bila penyakit itu mulai secara pelan-pelan.

2. Jenis : jenis katatonik memiliki prognosa paling baik dari pada semua jenis. Jenis heberfrenia dan simpleks memiliki prognosa yang sama jelek.

3. Umur : makin muda umur permulaannya, makin jelek prognosanya.

4. Pengobatan : makin lekas diberi pengobatan, makin baik prognosanya.

Dikatakan bahwa bila terdapat faktor pencetus, seperti penyakit badaniah atau stress psikologik, maka prognosanya lebih baik.

5. Faktor keturunan : prognosa menjadi lebih berat bila diadalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita skizofrenia.

(W.F. Maramis, 1998).

2.9. Pengobatan

Pengobatan harus secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan yang lebih besar bahwa penderita menuju ke kemunduran mental.

Terapis jangan melihat kepada penderita skizofrenia sebagai penderita yang tidak dapat disembuhkan lagi atau sebagai suatu makhluk yang aneh dan inferior.

Keluarga atau orang lain di lingkungan penderita diberi penerangan (manipulasi lingkungan) agar mereka lebih sabar menghadapinya.

Macam-macam pengobatan :

2.9.1. Farmako terapi

2.9.2. Terapi elektro-konvulsi (TEK)

2.9.3. Terapi koma insulin

2.9.4. Psikoterapi dan rehabilitas

2.9.5. Labotomi prefrontal

(W.F. Maramis, 1998).

(1) Farmako terapi

Dari sudut organobiologi sudah diketahui bahwa pada skizofrenia (dan juga gangguan jiwa lainnya) terdapat gangguan pada fungsi neurotransmitter sel-sel susunan syaraf pusat (otak) yaitu pelepasan zat dopamin dan serotonin yang mengakibatkan gangguan pada alam pikir, alam perasaan dan perilaku sebagaimana yang telah diuraikan pada bab III : gejala klinis skizofrenia. Oleh karena itu obat psikofarmaka yang akan diberikan ditujukan pada

gangguan fungsi neurotransmitter tadi sehingga gejala-gejala klinis tadi dapat dihilangkan atau dengan kata lain penderita skizofrenia dapat diobati.

(Dadang Hawari, 2001).

1.1. Pemberian anti psikosis

(1). Neuroleptika dosis efektif tinggi (diberikan) dalam dosis terbagi 2 – 3 kali/hari).

- Khlorpromazin : 75 – 500 mg (per-os)
Injeksi 25 – 50 mg/kali
(intra muskuler)

- Perazin : 50 – 60 mg (per-os)

- Thioridazin : 75 – 500 mg (per-os)

Diutamakan untuk skizofrenia yang disertai penyakit organik, misalnya skizofrenia dengan gangguan hepar.

(2). Neuroleptika dosisi efektif rendah (diberikan dalam dosisi terbagi 1 – 2 kali/hari)

- Flufenazin HCl : 3 – 10 mg (per-os)
- Flufenazin depot : 25 mg/4 minggu (intra muskuler)
- Trifluorperazin : 3 – 20 mg (per-os)
- Haloperidol : 5 – 15 mg (per-os)
- Pimozid : 2 – 8 mg (per-os)

(Pedoman Diagnosis dan terapi lab/UPF Ilmu Kedokteran Jiwa, 1994)

(2). Terapi elektro-konvulsi (TEK)

Tidak lebih unggul dibandingkan dengan obat-obatan, tetapi bila diberikan bersama-sama akan lebih mempercepat proses penyembuhan.

(HG. Morgan & M.H. Morgan, 1991)

(3). Terapi koma insulin

Meskipun pengobatan ini tidak khusus, bila diberikan pada permulaan penyakit, hasilnya memuaskan. Persentasi kesembuhan lebih besar bila dimulai dalam waktu 6 (enam) bulan sesudah penderita jatuh sakit.

Terapi koma insulin memberi hasil yang baik pada katonia dan skizofrenia paranoid.

(W.F. Maramis, 1998)

(4). Psikoterapi dan rehabilitasi

Bertujuan untuk memperkuat fungsi ego dengan cara psikoterapi agar pasien bisa bersosialisasi.

Manipulasi lingkungan agar lingkungan dapat memahami dan menerima keadaan pasien, membimbing dalam kehidupan sehari-hari, memberi kesibukan atau pekerjaan untuk pasien.

Mengawasi minum obat secara teratur dalam jangka waktu lama dan membawa pasien untuk pemeriksaan ulang.

(Pedoman Diagnosis dan Terapi Lab/UPF Ilmu Kedokteran Jiwa, 1994)

(5). Lobotomi Prefrontal

Dapat dilakukan bila terapi lain secara intensif tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya.

(W.F. Maramis, 1998).

2.10. Perawatan Klien Gangguan Jiwa

Pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerjasama antara perawat dengan klien, keluarga atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Carpenito, 1989 dikutip oleh Keliat, 1991). Perawat memerlukan metode ilmiah dalam melakukan proses terapeutik tersebut yaitu : proses keperawatan. Penggunaan proses keperawatan membantu perawat dalam melakukan praktek keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien dan atau memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, logis, sistematis dan terorganisasi.

Pada dasarnya proses keperawatan merupakan salah satu teknik penyelesaian masalah (problem solving). Proses keperawatan bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan dan masalah klien dapat diidentifikasi dan diprioritaskan untuk dipenuhi dan diselesaikan.

Dengan menggunakan proses keperawatan, perawat dapat terhindar dari tindakan keperawatan yang bersifat rutin, intuisi, tidak untuk bagi individu klien. Proses keperawatan mempunyai ciri dinamis, siklik, saling bergantung, luwes dan terbuka. Setiap tahap dapat diperbaharui jika keadaan klien berubah. Tahap demi tahap merupakan siklus dan saling bergantung. Diagnosa keperawatan tidak mungkin dapat dirumuskan jika data pengkajian belum ada.

Proses keperawatan merupakan sarana/wahana kerjasama perawat dan klien yang umumnya pada tahap awal peran perawat lebih besar dari peran klien, namun pada proses sampai akhir diharapkan peran klien lebih besar dari peran perawat sehingga kemandirian klien dapat tercapai.

Kemandirian klien merawat diri dapat pula digunakan sebagai kriteria kebutuhan terpenuhi dan atau masalah teratasi.

Manfaat proses keperawatan dapat disimpulkan sebagai berikut :

2.10.1. Manfaat bagi perawat

- (1). Peningkatan otonomi percaya diri dalam memberikan asuhan keperawatan.
- (2). Tersedia pola pikir/kerja yang logis, ilmiah, sistematis dan terorganisasi.
- (3). Pendokumentasian dalam proses keperawatan memperlihatkan perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat.
- (4). Peningkatan kepuasan kerja.
- (5). Sarana/wahana desiminasi IPTEK keperawatan.
- (6). Pengembangan karier, melalui pola pikir penelitian.

2.10.2. Manfaat bagi klien

- (1). Asuhan yang diterima bermutu dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.
- (2). Partisipasi meningkat dalam menuju perawatan mandiri (independent care).
- (3). Terhindar dari mal praktek.

Proses keperawatan pada klien dengan masalah kesehatan jiwa merupakan tantangan yang unik karena masalah kesehatan jiwa mungkin tidak dapat dilihat langsung seperti pada masalah kesehatan fisik, memperlihatkan gejala yang berbeda, dan muncul oleh berbagai penyebab. Kejadian masa

lalu yang sama dengan kejadian saat ini, tetapi mungkin muncul gejala yang berbeda.

Banyak klien dengan masalah kesehatan jiwa tidak dapat menceritakan masalahnya bahkan mungkin menceritakan hal yang berbeda dan kontradiksi. Kemampuan mereka untuk berperan dalam menyelesaikan masalah juga bervariasi. Hubungan saling percaya antara perawat dan klien merupakan dasar utama dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa.

Hal ini penting karena peran perawat dalam asuhan keperawatan jiwa adalah membantu klien untuk dapat menyelesaikan masalah sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

Klien mungkin menghindari atau menolak berperan serta dan perawat mungkin cenderung membiarkan, khususnya pada klien yang tidak menimbulkan keributan dan yang tidak membahayakan.

Hal ini harus dihindari karena :

1. Belajar menyelesaikan masalah akan lebih efektif jika klien ikut berperan serta.
2. Dengan menyertakan klien maka pemulihan kemampuan klien dalam mengendalikan kehidupannya lebih mungkin tercapai.
3. Dengan berperan serta, maka klien belajar bertanggung jawab terhadap perilakunya.

(Budi Anna Keliot Skp, M.App, Sc, 1998).

2.11. Keterlambatan Berobat

Skizofrenia bukan merupakan kesatuan penyakit tunggal, tetapi malah merupakan suatu kelompok gangguan dari berbagai etiologi dengan ciri-ciri umum sebagai berikut : lamanya paling tidak 6 bulan (fase akut) termasuk gejala prodromal.

(Steven Richeimer, et al, 1997)

Penyakit skizofrenia cenderung menjadi kronis

(Dadang Hawari, 2001)

Gambaran klinis episode skizofrenia akut sama dengan skizofrenia, yaitu bila perjalanan penyakitnya kurang dari 6 bulan tetapi lebih lama dari 2 minggu.

Atau dengan kata lain gangguan skizofrenia mirip dengan episode skizofrenia akut, bila perjalanan penyakitnya berlanjut lewat 6 bulan barulah dikatakan sebagai skizofrenia.

(Dadang Hawari, 2001)

Sekarang dengan pengobatan modern ternyata bahwa bila penderita itu datang berobat dalam tahun pertama setelah serangan pertama, maka kira-kira sepertiga mereka akan sembuh sama sekali (full remission atau recovery). Sepertiga yang lain dapat dikembalikan ke masyarakat walaupun masih didapati cacat sedikit dan mereka masih harus sering diperiksa dan diobati selanjutnya (social recovery) yang sisanya biasanya mempunyai prognose yang jelek.

Pengobatan : makin lekas diberi pengobatan, makin baik prognosenya.

(W.F. Maramis, 1998).

Dalam kasus berat, pasien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal.

Perjalanan penyakit ini secara bertahap akan menuju ke arah kronisitas, tetapi sekali-kali bisa timbul serangan.

Jarang bisa terjadi pemulihan sempurna dengan spontan dan jika tidak segera diobati biasanya berakhir dengan personalitas yang rusak "cacat".

(I.M. Ingram, GC. Timbury, R.M Mowbray, 1995).

2.11.1. Faktor-faktor yang berpengaruh dengan keterlambatan berobat

(1) Pengetahuan :

Hingga sekarang penanganan penderita skizofrenia belumlah memuaskan, hal ini terutama terjadi di negara-negara yang sedang berkembang, disebabkan ketidaktahuan (ignorancy) keluarga, maupun masyarakat terhadap jenis gangguan jiwa ini. Diantaranya adalah masih terdapatnya pandangan yang negatif (stigma) dan bahwa skizofrenia bukanlah suatu penyakit yang dapat diobati atau disembuhkan. Kedua hal tersebut diatas menyebabkan penderita skizofrenia mengalami perlakuan yang diskriminatif dan tidak mendapatkan pertolongan yang memadai.

(Dadang Hawari, 2001)

(2) Sikap

Alasan lain untuk merawat pasien gangguan jiwa di suatu tempat terpencil dan terasing ialah untuk menghindarkan cap yang tidak baik (stigma) dari masyarakat, karena dianggap bahwa masyarakat bersikap tidak simpatik terhadap orang dengan gangguan jiwa. Walaupun demikian, karena sebagian penderita gangguan jiwa tinggal di Rumah Sakit untuk jangka waktu yang lama, maka bila mereka itu pulang ke tempat asalnya masih tetap dicap sebagai “orang gila” atau “orang bekas rumah gila”.

(W.F. Maramis, 1998)

(3) Kepercayaan

Salah satu kendala dalam upaya penyembuhan penderita gangguan jiwa skizofrenia adalah adanya stigma dalam keluarga dan masyarakat. Banyak diantara mereka yang masih menganggap bahwa gangguan jiwa skizofrenia bukan merupakan penyakit yang dapat disembuhkan secara medis. Mereka berpendapat bahwa gangguan jiwa skizofrenia ini sebagai akibat dari dilanggarnya larangan (tabu), guna-guna, teluh, santet, kemasukan setan, kemasukan roh jahat (evil spirit), kutukan (curse) dan lain sejenisnya yang berlandaskan keyakinan supranatural.

Sebagai konsekuensi keyakinan tersebut diatas, banyak penderita gangguan jiwa skizofrenia tidak dibawa berobat ke dokter (dokter ahli jiwa/psikiater), melainkan disembunyikan, diisolasi, dikucilkan, bahkan ada yang sampai dipasung. Kalaupun penderita gangguan jiwa itu akan

dibawa berobat, secara diam-diam ke “orang pintar”, paranormal, dukun dan bentuk pengobatan alternatif lainnya.

Mereka bukannya mendapat kesembuhan melainkan penyakitnya bertambah parah.

(Dadang Hawari, 2001)

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien.

Umumnya, keluarga meminta bantuan tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup lagi merawatnya. Oleh karena itu asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya memulihkan keadaan klien, tetapi bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga tersebut.

Perawat membantu keluarga agar mampu melakukan lima tugas kesehatan yaitu :

- (1). Mengetahui masalah kesehatan.
- (2). Membuat keputusan tindakan kesehatan.
- (3). Memberi perawatan pada anggota keluarga.
- (4). Menciptakan lingkungan keluarga yang sehat.
- (5). Menggunakan sumber yang ada dalam masyarakat.

Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku mal adaptif (pencegahan primer), sehingga derajat kesehatan klien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.

(Budi Anna Keliat, 1998).

2.12. Program Rehabilitasi

Program rehabilitasi biasanya dilakukan di lembaga (institusi) rehabilitasi, misalnya di bagian lain dari Rumah Sakit Jiwa khusus untuk penderita yang kronis.

Di lembaga itu para penderita tidak hanya diberikan terapi obat psikoformaks saja, tetapi juga diintegrasikan dengan jenis-jenis terapi lainnya termasuk keterampilan (Occupational Therapy). Program rehabilitasi ini tidak hanya diikuti oleh penderita yang dirawat inap, tetapi juga dapat diikuti oleh penderita yang dirawat jalan, yaitu pagi hingga sore hari penderita berada di lembaga rehabilitasi, sedangkan malam harinya pulang menginap di rumah masing-masing (day care).

(Dadang Hawari, 2001).

2.13. Beberapa Teori Determinan Perilaku

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap determinan perilaku berangkat dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori Lawrence Green (1980), Snehandu Kar (1983), dan WHO (1984).

Teori Lawrence Green

Green mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (behavior causes) dan faktor di luar perilaku (non-behavior causes). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni :

- *Faktor-faktor predisposisi (predisposing factors)*, yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- *Faktor-faktor pendukung (enabling factors)*, yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya Puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
- *Faktor-faktor pendorong (reinforcing factors)*, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut :

$$B = f (PF, EF, RF)$$

Di mana :

B = Behavior

f = Fungsi

PF = Predisposing factors

EF = Enabling factors

RF = Reinforcing factors

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas dan sikap dan perilaku para petugas kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

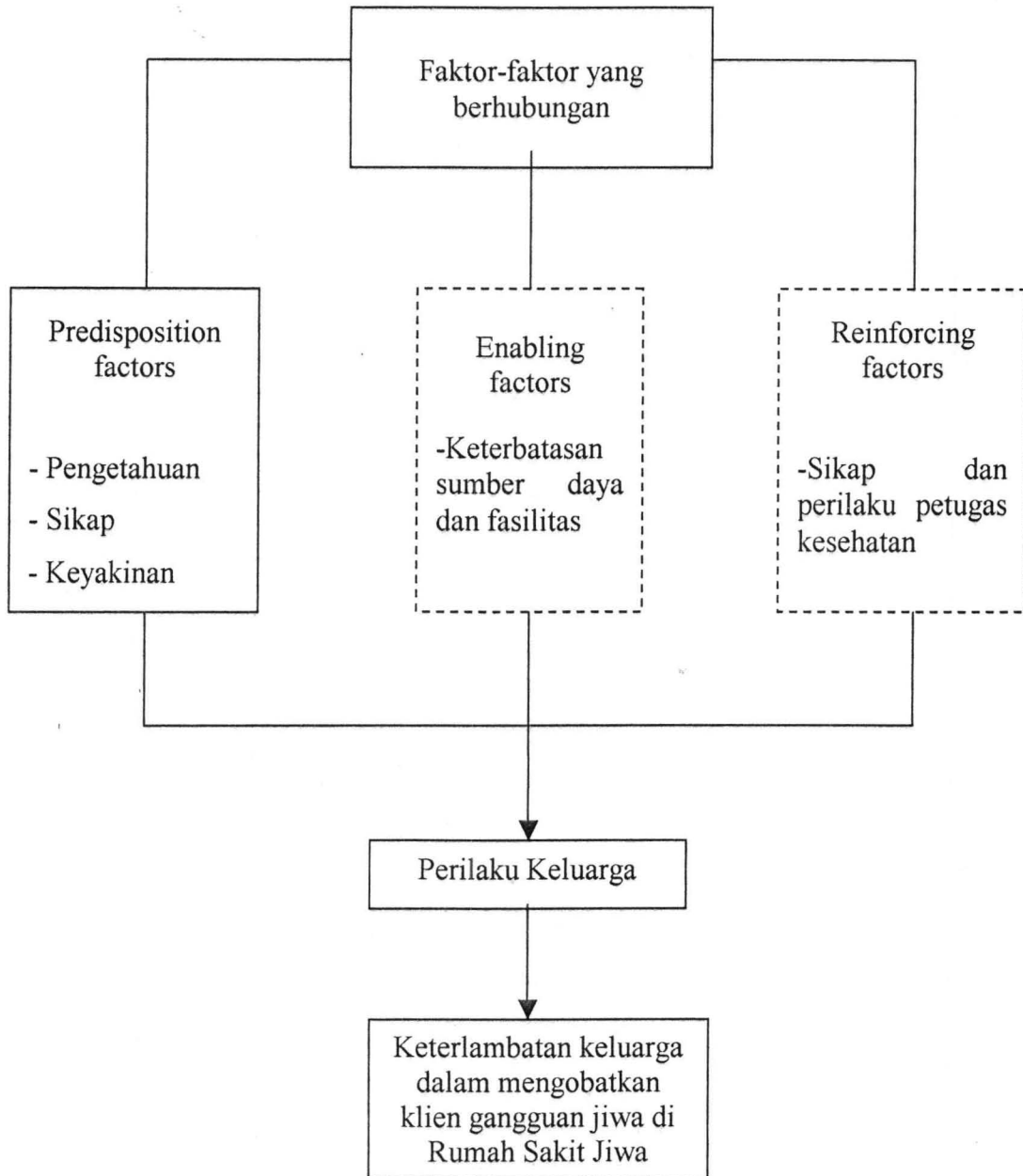
Seseorang yang tidak mau mengimunitasikan anaknya di Posyandu dapat disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum tahu manfaat imunisasi bagi anaknya (predisposing factors). Tetapi barangkali juga karena rumahnya jauh dengan Posyandu atau Puskesmas tempat mengimunitasikan anaknya(enabling factors). Sebab lain mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain disekitarnya.

(Soekidjo Notoatmodjo, 1993).


BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



 Diteliti

 Tidak diteliti

3.2 Hipotesis :

Predisposing factors :

Faktor internal :

1. Faktor pengetahuan
2. Faktor sikap
3. Faktor kepercayaan/keyakinan

Faktor eksternal :

1. Faktor sosial ekonomi
2. Faktor sosial budaya
3. Faktor jarak rumah klien dengan rumah sakit jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat

Kedua faktor di atas berhubungan dengan keterlambatan keluarga mencari pengobatan klien psikosa/skizofrenia.

Kerangka Konsep

Klien gangguan jiwa psikosa/skizofrenia yang dirawat atau datang berobat di PKJ RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat, sebagian besar dalam kondisi kronis, oleh karena itu proses penyembuhan klien tersebut diatas menjadi sulit.

Banyak faktor yang berpengaruh terhadap keterlambatan berobat/dirawat tersebut, diantaranya yaitu dari faktor internal adalah : faktor pengetahuan, sikap dan kepercayaan/keyakinan dan pendidikan.

Sedangkan faktor eksternal adalah : faktor sosial ekonomi, sosial budaya dan adat istiadat.

Ke 2 (dua) faktor diatas yang lebih menentukan adalah faktor internal dan faktor eksternal inilah yang menjadi titik perhatian peneliti.

Dengan penelitian ini harapannya adalah sejauh mana pengaruh faktor internal tersebut, sehingga dapat menimbulkan keterlambatan klien psikosa/skizofrenia berobat/dirawat di Rumah Sakit Jiwa Pusat Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Akibatnya penyakit klien sukar sembuh karena penyakitnya sudah menjadi kronis.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

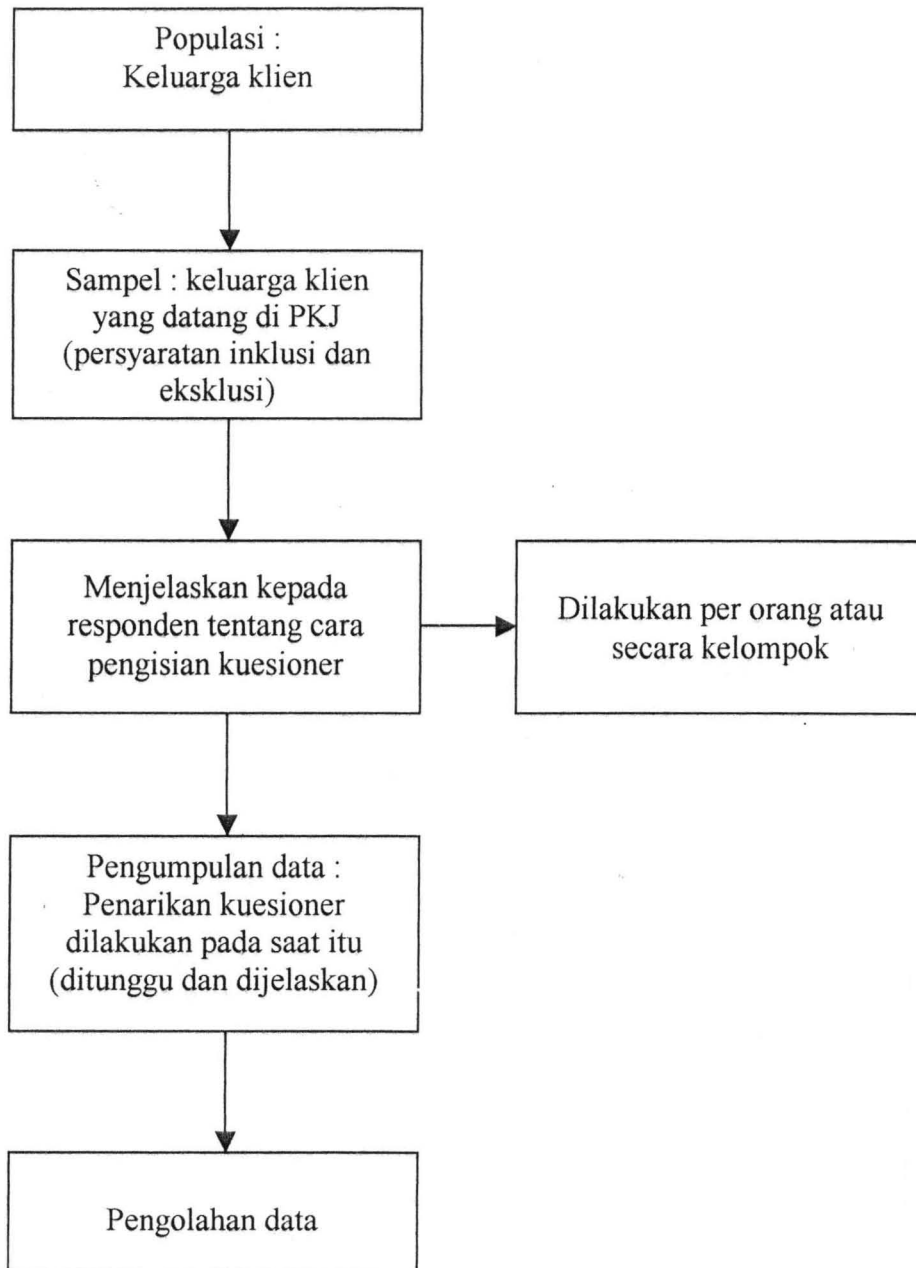
METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian/Desain Penelitian

Penelitian ini adalah jenis diskriptif (cross sectional) yaitu suatu prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan/melukiskan subyek/obyek penelitian pada saat ini berdasarkan fakta-fakta sebagaimana adanya. (Arikunto, 1998).

Dalam hal ini peneliti bermaksud untuk mendapatkan gambaran tentang sebab-sebab keterlambatan klien gangguan jiwa psikosa/skizofrenia berobat/dirawat di Rumah Sakit dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

4.2. Kerangka Kerja



4.3. Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling

4.3.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian (Arikunto, 1998).

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga klien gangguan jiwa yang berobat/dirawat di Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

4.3.2. Sampel dan Sampling

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 1998).

Kriteria inklusi :

- a. Keluarga klien laki-laki atau perempuan dewasa (usia 18 th – 60 th).
- b. Dapat membaca dan menulis.
- c. Kesadaran baik.
- d. Bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi :

- a. Keluarga klien laki-laki atau perempuan (usia < 18 th dan atau > 60 th).
- b. Tidak bisa membaca dan menulis.
- c. Kesadaran kurang/tidak baik.
- d. Tidak bersedia menjadi responden.

4.3.3. Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah sebatas keluarga klien (responden) yang ditemui di Poliklinik Kesehatan Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, selama waktu penelitian.

Pengambilan sampel menggunakan teknik purposive sampling, dimana pengambilan sampel didasarkan pada masalah yang sesuai dengan pelaksanaan penelitian, dengan jumlah sampel 28 responden

4.4. Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

Variabel dalam penelitian adalah variabel independen dan variabel dependen.

1. Variabel independen yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan klien psikosa/skizofrenia berobat ke RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yaitu : meliputi pengetahuan, sikap dan kepercayaan/keyakinan.
2. Variabel dependen yaitu keterlambatan keluarga mencari pengobatan bagi klien psikosa/skizofrenia.
3. Definisi operasional variabel :
 - (1) Faktor-faktor adalah segala karakteristik demografi responden yang meliputi pengetahuan, sikap dan kepercayaan/keyakinan.
 - (2) Keterlambatan adalah menggambarkan suatu kondisi/keadaan gangguan sudah mencapai taraf lanjut.
 - (1) Klien sakit jiwa jenis psikosa/skizofrenia adalah seseorang yang menderita satu jenis gangguan jiwa berat.

4. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Keterlambatan klien berobat	Faktor keterlambatan klien berobat adalah kelambanan keluarga membawa klien ke rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Kapan pertama kali mengalami gangguan jiwa - Usaha yang pernah dilakukan untuk kesembuhan - Waktu berobat terakhir yang dilakukan sebelum berobat ke RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat 	Kuesioner: pertanyaan 1, 2, 3, 4. --"-- --"--	Nominal	Disebut - Terlambat bila sakit > 6 bulan - Tidak terlambat bila sakit < 6 bulan
Pengetahuan tentang gangguan jiwa	Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Panca indra manusia adalah pendengaran, penciuman, rasa raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indra mata dan telinga	<ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan tentang: penyebab gangguan/ sakit jiwa. - Tanda dan gejala gangguan jiwa. - Cara yang baik untuk memberi pertolongan pada klien gangguan jiwa. - Bila klien ngamuk yang dilakukan keluarga. - Cara berbicara yang baik kepada klien selama di rumah. 	Kuesioner: pertanyaan 1, 2, pertanyaan 1, 2, 3, 4, 5. pertanyaan 1, 2, 3, 4, 5. pertanyaan 1, 2, 3. pertanyaan 1, 2, 3.	Ordinal	Nilai : Baik : 76 – 100 Cukup : 56 – 75 Kurang ≤ 55
Sikap keluarga terhadap gangguan jiwa	Sikap adalah pandangan atau arah jiwa seseorang tentang sesuatu hal	Sikap keluarga mengenai : <ul style="list-style-type: none"> - Klien gangguan jiwa yang dimasukkan ke RSJ agar sembuh - Dengan memasukkan klien ke RS, tidak memalukan keluarga - Keluarga percaya, klien yang dirawat di RS akan dirawat dengan baik oleh petugas - Kerja sama dalam merawat klien, dengan jalan berkunjung paling tidak 1 bulan satu kali 	Kuesioner Pertanyaan - Sangat setuju - Setuju - Tidak setuju - Sangat tidak setuju	Interval	Nilai positif : Bila ≥ 75 Nilai negatif bila : < 75

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Keyakinan keluarga terhadap fenomena gangguan jiwa	Keyakinan adalah suatu kepercayaan terhadap suatu dan menimbulkan sikap mental	Keyakinan keluarga : - Penyakit klien merupakan cobaan dari Tuhan. - Selama dirawat di RS klien tetap menunaikan ibadah agama. - Untuk kesembuhan klien keluarga membantu dengan dana. - Sebelum klien pulang perlu dipersiapkan suasana keluarga yang tenang, agar klien tidak kambuh.	Kuesioner Pertanyaan - Sangat setuju - Setuju - Tidak setuju - Sangat tidak setuju	Interval --"-- --"-- --"--	Nilai positif : Bila : ≥ 75 Nilai negatif bila : < 75

4.5 Pengumpulan dan Analisa Data

4.5.1. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan kuesioner yaitu pertanyaan dengan model pilihan ganda, dimulai dengan pertanyaan demografi (7 pertanyaan), pertanyaan tentang keterlambatan berobat (3 pertanyaan), pertanyaan tentang pengetahuan (5 pertanyaan, pertanyaan tentang sikap (4 pertanyaan), pertanyaan tentang kepercayaan/keyakinan (4 pertanyaan), jadi semua ada 23 (dua puluh tiga) pertanyaan.

4.5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

(1). Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Kesehatan Jiwa RSJ Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang.

(2). Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 2 s/d 4 Januari 2003.

4.5.3. Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Pengambilan dan pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri dengan terlebih dahulu memberi penjelasan kepada setiap responden klien datang dengan urutan :

- a. Menjelaskan kepada responden tentang dari tujuan interaksi.
- a. Menjelaskan tentang instrumen (kuesioner) yang digunakan dengan cara pengisiannya.
- b. Memberi penjelasan tentang masing-masing pertanyaan serta maksudnya.
- d. Menarik kembali kuesioner yang sudah diisi.

4.5.4. Cara Analisa Data

Data yang sudah terkumpul ditabulasi, kemudian dari masing-masing faktor, baik dari variabel independen yang meliputi pengetahuan, sikap dan kepercayaan/keyakinan, maupun dari variabel dependen yaitu keterlambatan klien psikosa/skizofrenia berobat, kemudian dilakukan *chi square test*.

1. Untuk pertanyaan pada kuesioner faktor keterlambatan, menggunakan skala ordinal dengan skor :

Disebut terlambat bila klien sakit lebih dari 6 bulan belum mendapat pengobatan. Disebut tidak terlambat bila klien sakit kurang dari 6 bulan sudah mendapat pengobatan.

2. Untuk pertanyaan pada kuesioner faktor pengetahuan, menggunakan skala ordinal dengan skor :

Baik, bila nilai : 76 – 100.

Cukup, bila nilai : 56 – 75.

Kurang, bila nilai: ≤ 55 .

3. Untuk pertanyaan pada kuesioner faktor sikap, menggunakan skala likert dengan skor :

Nilai positif, bila ≥ 75 .

Nilai negatif, bila < 75 .

4. Untuk pertanyaan pada kuesioner faktor kepercayaan/keyakinan, menggunakan skala likert dengan skor :

Nilai positif, bila ≥ 75 .

Nilai negatif, bila < 75

4.6. Etika Penelitian (Ethical Clearance)

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menekankan masalah etik yang meliputi :

1. Memberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan pada responden, apabila responden bersedia, maka harus menandatangani lembar persetujuan dan apabila responden menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

2. Anonymity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner yang akan diisi oleh responden hanya menggunakan inisial dari nama responden.

3. Confidentiality

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti.

4.7. Keterbatasan

1. Biaya dan waktu yang dimiliki peneliti terbatas, sehingga responden hanya yang datang di Poliklinik Kesehatan Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat.
2. Jumlah sampel \pm 40 orang sesuai dengan rumus sampling yang memenuhi kriteria inklusi, keluarga yang tinggal serumah, umur, pendidikan, sosial ekonomi, pengalaman merawat klien.
3. Penggunaan instrumen yang belum baku, sehingga ada kemungkinan data yang diperoleh kurang valid dan kurang akurat.
4. Pengumpulan data menggunakan kuesioner.
5. Pengumpulan data dengan kuesioner memiliki jawaban lebih banyak dipengaruhi oleh sikap dan harapan-harapan pribadi yang bersifat subyektif, sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan di Poliklinik Kesehatan Jiwa, unit rawat jalan, Rumah Sakit Jiwa Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang, pada tanggal 2 sampai dengan tanggal 4 Januari 2003.

Karakteristik Poliklinik Kesehatan Jiwa, unit rawat jalan, Rumah Sakit Jiwa Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang :

Poliklinik Kesehatan Jiwa (PK), unit rawat jalan, Rumah Sakit Jiwa Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang terletak di serambi depan Rumah Sakit Jiwa Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang, tepat di sebelah kanan jalan masuk dan Pos Satpam Rumah Sakit Jiwa Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang dengan posisi bangunan membujur ke arah barat dan timur dan jalan masuk berupa jalan turunan menuju pintu masuk. Ruangannya merupakan ruangan penerimaan pasien rawat jalan, maupun pemeriksaan pasien masuk Rumah Sakit Jiwa dengan rawat inap pada jam kerja, sebab pasien yang masuk Rumah Sakit Jiwa dengan rawat inap di luar jam kerja dilaksanakan di unit gawat darurat Rumah Sakit Jiwa Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang.

Karakteristik SDM di Poliklinik Kesehatan Jiwa.

Jumlah tenaga / karyawan yang bertugas di PKJ tersebut berjumlah 10 orang yang terdiri dari :

Tenaga Profesi : Dokter	- orang
Dokter Spesialis Jiwa	2 orang
Perawat dengan klasifikasi :	
Lulusan D3 Keperawatan	1 orang, yang saat ini sedang menempuh program D4 Perawat Pendidik di Universitas Airlangga Surabaya.
Lulusan SPK Spesialis Jiwa Lawang	2 orang
Lulusan SPR "B"	1 orang
Lulusan SPK	3 orang
Tenaga Non Profesi :	
Lulusan SMA	1 orang, sebagai tenaga administrasi
Jadi, seluruh tenaga berjumlah	10 orang

Kapasitas Ruang Untuk Pemeriksaan :

Jumlah ruangan pemeriksaan 3 ruangan

Dengan rincian perlengkapan tiap ruangan :

1 (satu) kursi untuk pemeriksa

2 (dua) kursi untuk klien dan pengantar

1 (satu) meja untuk alat – alat kedokteran dan kelengkapan administrasi dalam pemeriksaan.

Teknik Pemeriksaan :

Setiap sesi hanya memeriksa satu klien dan keluarga, bisa bersama atau bergantian

Jumlah Kunjungan :

Untuk kunjungan ramai bisa mencapai 50 orang

Untuk kunjungan sepi hanya sekitar 5 – 6 orang

Untuk kunjungan sedang (rata – rata) antara 10 – 15 orang

Kasus Yang Menonjol

Kasus yang menonjol atau dominan di dalam kunjungan adalah kasus psikotik (gangguan jiwa berat)

Sedangkan kasus neurotik jumlahnya relatif sedikit

Kasus yang berkunjung lebih banyak kasus lama, yaitu klien yang pernah dirawat di RSJ Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang dengan tujuan kontrol (rawat jalan).

Pengelolaan Klien Yang Berkunjung

Klien yang datang bisa langsung mendaftarkan diri di bagian pendaftaran, dan dipersilahkan menunggu. Pada jam 09.00 (kurang lebih) dokter yang bertugas datang kemudian satu - persatu klien diperiksa bersama salah satu keluarga klien yang terdekat. Bila klien rawat jalan, klien diberi resep obat di apotik (sebelah PKJ), atau membeli di apotik luar. Bila klien rawat inap, maka keluarga harus melanjutkan mengurus administrasinya termasuk membayar biaya perawatan pertama.

Sasaran pengumpulan data dalam penelitian ini adalah keluarga klien gangguan jiwa jenis skizofrenia, baik yang rawat jalan maupun rawat inap.

Sedangkan sampel pada penelitian ini diambil dengan metode *accidental sampling*, yaitu semua responden yang datang pada tanggal 2 sampai dengan

tanggal 4 Januari 2003, yang keluarga klien dengan skizofrenia, dan diperoleh 28 orang responden.

Berdasarkan kuesioner yang telah diisi dan dikembalikan oleh responden diperoleh data – data mentah yang perlu diolah. Data – data tersebut kemudian ditabulasikan dan diskoring agar dapat diinterpretasikan sehingga dapat diketahui beberapa hal yang berkaitan dengan penelitian yang telah, sedang, dan akan dilakukan berhubungan dengan penelitian ini.

5.1.1 Demografi / Karakteristik Responden

Tabel 5.1.1.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin. Pendataan dilakukan di PKJ RSJ Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang tanggal 2 sampai dengan tanggal 4 Januari 2003.

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Prosentase
1	Laki - Laki	19 Responden	67,9 %
2	Wanita	9 Responden	32,1 %
	Jumlah	28 Responden	100 %

Sumber : Kuesioner

Berdasarkan data dari tabel 5.1.1.1 tentang jenis kelamin dapat dilihat bahwa dari 28 orang responden, terdiri dari 19 responden laki – laki (67,9 %) dan 9 responden wanita (32,1 %).

Dari data tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa responden laki – laki lebih banyak dari responden wanita, yaitu $19 - 9 = 10$ responden = 35,8 %.

Tabel 5.1.1.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia, pendataan dilakukan di PKJ RSJ Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang tanggal pelaksanaan 2 sampai dengan tanggal 4 Januari 2003.

No	Usia	Frekuensi	Prosentase
1	18 – 19 tahun	-	-
2	20 – 29 tahun	10 responden	35,7 %
3	30 – 49 tahun	10 responden	35,7 %
4	50 – 60 tahun	8 responden	28,6 %
	Jumlah	28 responden	100 %

Sumber : Kuesioner

Tabel 5.1.1.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status perkawinan. Pendataan dilakukan di PKJ RSJ Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang tanggal pelaksanaan 2 sampai dengan tanggal 4 Januari 2003.

No	Status Perkawinan	Frekuensi	Prosentase
1	Belum / tidak kawin	6 responden	21,4 %
2	Kawin	18 responden	64,3 %
3	Janda / duda	4 responden	14,3 %
	Jumlah	28 responden	100 %

Sumber : Kuesioner

Berdasarkan data dari tabel 5.1.1.3 tentang status perkawinan responden, dapat dilihat bahwa responden yang belum / tidak kawin sebanyak 6 orang (21,4 %), responden yang sudah kawin sebanyak 18 orang (64,3 %), sedangkan responden yang statusnya janda / duda sebanyak 4 orang (14,3

%). Dari data tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa dari 28 orang responden yang terbanyak adalah responden yang sudah kawin yaitu sebanyak 18 orang responden (64,3 %).

Tabel 5.1.1.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pendidikan, Pendataan dilaksanakan di PKJ RSJ. Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang, tanggal pelaksanaan 2 sampai dengan tanggal 4 Januari 2003.

No	Status Pendidikan	Frekuensi	Prosentase
1.	Tidak sekolah	-	0
2.	Sekolah Dasar	10 Responden	35,7 %
3.	SLTP/SLTA	15 Responden	53,6 %
4.	Diploma/Pend. Tinggi	3 Responden	10,7 %
	Jumlah	28 Responden	100 %

Sumber : Kuisisioner

Berdasarkan data dari tabel 5.1.1.4 tentang status pendidikan dapat dilihat bahwa responden yang tidak sekolah tidak ada (0 %), sedangkan responden yang status pendidikannya Sekolah Dasar 10 responden (35,7%), responden yang status pendidikannya SLTP/SLTA 15 responden (53,6%), dan responden yang pendidikannya Diploma/Pendidikan Tinggi 3 responden (10,7 %).

Dari data tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa dari 28 responden yang terbanyak adalah berpendidikan SLTP/SLTA yaitu 15 orang.

Tabel 5.1.1.5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pekerjaan di PKJ RSJ. Dr, Rajiman Wediodiningrat Lawang, tanggal pelaksanaan 2 sampai dengan tanggal 4 Januari 2003.

No.	Status Pekerjaan	Frekuensi	Prosentase
1.	Tidak/Belum bekerja	8 Responden	28,6 %
2.	Wiraswasta	9 Responden	32,1 %
3.	Karyawan	4 Responden	14,3 %
4.	TNI/POLRI	0 Responden	0
5.	Lain-lain	7 Responden	25 %
	Jumlah	28 Responden	100 %

Status : Kuisisioner

Berdasarkan data dari tabel 5.1.1.5 tentang status pekerjaan responden dapat dilihat bahwa responden yang tidak/belum bekerja sebanyak 8 orang (28,6 %), responden yang status pekerjaannya wiraswasta sebanyak 9 orang (32,1 %), responden yang status pekerjaannya sebagai karyawan sebanyak 4 orang (14,3%), responden yang status pekerjaannya TNI/Polri tidak ada (0%), responden yang status pekerjaannya lain-lain sebanyak 7 orang (25 %).

Dari data tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa responden terbanyak adalah yang status pekerjaannya wiraswasta yaitu 9 orang.

Tabel 5.1.1.6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status hubungan dengan klien, pendataan dilakukan di PKJ RSJ Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang, tanggal pelaksanaan 2 sampai dengan 4 Januari 2003.

No	Status Hubungan dengan Klien	Frekuensi	Prosentase
1	Orang tua	7 responden	25 %
2	Saudara kandung	5 responden	17,9 %
3	Saudara	16 responden	57,1 %
4	Bukan saudara	-	-
	Jumlah	28 responden	100 %

Sumber : Kuesioner

Berdasarkan data dari tabel 5.1.1.6 tentang status hubungan klien dengan responden dapat dilihat bahwa responden yang memiliki status hubungan dengan klien sebagai orang tua sebanyak 7 orang (25 %), sedangkan sebagai saudara kandung sebanyak 5 orang (17,9 %), sebagai saudara sebanyak 16 orang (57,1 %) dan yang bukan saudara tidak ada.

Dari data tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa responden yang memiliki status hubungan dengan klien sebagai saudara adalah yang terbanyak yaitu 16 orang (57,1 %).

Tabel 5.1.1.7 Distribusi frekuensi responden berdasarkan sudah berapa lama mengenal klien, pendataan dilakukan di PKJ RSJ Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang tanggal 2 sampai dengan tanggal 4 Januari 2003.

No	Sudah Berapa Lama Mengenal Klien	Frekuensi	Prosentase
1	Sejak kecil	20 responden	71,4 %
2	Lebih dari 2 tahun	4 responden	14,3 %
3	Kurang dari 2 tahun	4 responden	14,3 %
4	Kurang dari 6 bulan	-	-
	Jumlah	28 responden	100 %

Sumber : Kuesioner

Berdasarkan data dari tabel 5.1.1.7 tentang sudah berapa lama responden mengenal klien, dapat dilihat bahwa responden yang mengenal klien sejak kecil sebanyak 20 orang (71,4%), responden yang mengenal klien lebih dari 2 tahun sebanyak 4 responden (14,3 %), responden yang mengenal klien kurang dari 2 tahun sebanyak 4 responden (14,3 %), sedangkan responden yang mengenal klien kurang dari 6 bulan tidak ada.

Dari data tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa responden sebanyak 20 orang sudah mengenal klien sejak kecil (71,4 %).

5.1.2 Keterlambatan Berobat

Tabel distribusi frekuensi responden berdasarkan keterangan responden tentang keterlambatan keluarga mencari pengobatan klien gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tanggal 2 sampai dengan 4 Januari 2003.

No	Keterlambatan Keluarga Mencari Pengobatan	Frekuensi	Prosentase
1	Tidak terlambat	6 orang	21,4 %
2	Terlambat	22 orang	78,6 %
	Jumlah	28 orang	100 %

Sumber : Kuesioner

Berdasarkan data dari tabel 5.1.2 tentang keterlambatan keluarga dalam mencari pengobatan klien gangguan jiwa dapat dilihat bahwa responden yang menjawab pertama kali mengalami gangguan jiwa kurang dari 6 bulan adalah 6 orang (21,4 %) sedangkan responden yang menjawab pertama kali klien mengalami gangguan jiwa lebih dari 6 bulan adalah 22 orang (78,6 %). Dengan demikian dapat dijelaskan keluarga yang tidak terlambat membawa berobat sebanyak 6 orang dan yang terlambat 22 orang.

Dari hasil penilaian tersebut di atas, responden yang memiliki pengetahuan kategori :

Baik = 1 orang (3,6 %)

Cukup = 2 orang (7,1 %)

Kurang = 25 orang (89,3 %)

5.1.3 Pengetahuan Tentang Penyakit / Gangguan Jiwa

Tabel distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang penyakit / gangguan jiwa, pendataan dilaksanakan di PKJ RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tanggal pelaksanaan 2 sampai dengan 4 Januari 2003.

No	Pengetahuan Responden	Frekuensi	Prosentase
1	Baik	1 orang	3,6 %
2	Cukup	2 orang	7,1 %
3	Kurang	25 orang	89,3 %
	Jumlah	28 orang	100 %

Sumber : Kuesioner

Berdasarkan data dari tabel 5.1.3 tentang pengetahuan responden terhadap penyakit/gangguan jiwa dapat dilihat bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik 1 orang (3,6 %), cukup 2 orang (7,1 %), kurang 25 orang (89,3 %).

5.1.4 Sikap Tentang Penyakit/Gangguan Jiwa

Tabel distribusi frekuensi sikap responden tentang penyakit / gangguan jiwa, pendataan dilaksanakan di PKJ RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tanggal pelaksanaan 2 sampai dengan 4 Januari 2003.

No	Sikap Responden	Frekuensi	Prosentase
1	Positif	6 orang	21,4 %
2	Negatif	22 orang	78,6 %
	Jumlah	28 orang	100 %

Sumber : Kuesioner

Berdasarkan data dari tabel 5.1.4 tentang sikap responden terhadap penyakit/gangguan jiwa dapat dilihat bahwa responden yang memiliki sikap *positif* terhadap penyakit/ gangguan jiwa sebanyak 6 orang (21,4 %), sedangkan yang memiliki sikap *negatif* terhadap penyakit/gangguan jiwa sebanyak 22 orang (78,6 %).

5.1.5 Keyakinan/Kepercayaan Tentang Penyakit/Gangguan Jiwa

Tabel distribusi frekuensi keyakinan/kepercayaan responden tentang penyakit / gangguan jiwa, pendataan dilaksanakan di PKJ RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tanggal pelaksanaan 2 sampai dengan 4 Januari 2003.

No	Keyakinan/Kepercayaan Responden	Frekuensi	Prosentase
1	Positif	11 orang	39,3 %
2	Negatif	17 orang	60,7 %
	Jumlah	28 orang	100 %

Sumber : Kuesioner

Berdasarkan data dari tabel 5.1.5 tentang keyakinan/kepercayaan responden terhadap penyakit/gangguan jiwa dapat dilihat bahwa responden yang memiliki keyakinan/kepercayaan *positif* terhadap penyakit/ gangguan jiwa sebanyak 11 orang (39,3 %), sedangkan yang memiliki keyakinan/kepercayaan *negatif* terhadap penyakit/gangguan jiwa sebanyak 17 orang (60,7 %).

Uji chi-square

Setelah menghitung urutan kepentingan relatif jawaban responden, selanjutnya perlu dilakukan uji chi-square untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan keluarga mencari pengobatan klien psikosa/skizofrenia.

Dalam perhitungan analisa chi-square ada beberapa tahap perhitungan, yaitu menghitung frekuensi baris (pr) dan proporsi kolom (pc), mencari nilai yang diharapkan (*expected*), membuat tabel chi square dari masing-masing faktor dan mengimplikasikan dalam rumusan chi-square (CS). Adapun nilai faktor yang diperhitungkan adalah faktor, pengetahuan, sikap, dan keyakinan. Adapun hasil perhitungan analisa chi-square yang dibantu dengan program SPSS diperoleh sebagai berikut :

Tabel

Hasil Perhitungan Chi - Square

No	Faktor	CS hitung	CS tabel	Signifikan (α)
1	Pengetahuan	4.242		0.120
2	Sikap	0.103		0.748
3	Keyakinan	1.638		0.201

Berdasarkan tabel tersebut di atas dapat diketahui nilai CS-hitung < CS-tabel pada tingkat signifikan (α) 5%, sehingga dapat diputuskan untuk menerima hipotesis nol (H_0) dan menolak hipotesis alternatif (H_a), yang berarti tidak terdapat hubungan yang erat antara faktor pengetahuan, sikap dan keyakinan dengan keterlambatan keluarga mencari pengobatan klien psikosa/skizofrenia.

Uji Koefisien Kontingensi

Koefisien kontingensi dimaksudkan untuk mengetahui faktor mana yang paling erat hubungannya dengan keterlambatan keluarga mencari pengobatan klien psikosa/skizofrenia. Dengan mengetahui faktor yang paling erat maka keluarga dapat lebih waspada lagi sehingga akan tidak terjadi keterlambatan lagi.

Koefisien kontingensi mempunyai variasi dari nol sampai dengan satu, di mana semakin mendekati nol berarti faktor-faktor yang diselidiki tidak mempunyai hubungan (hal ini berarti secara statistik faktor-faktor yang diteliti tidak mempunyai hubungan erat dengan keterlambatan keluarga mencari pengobatan klien psikosa/skizofrenia).

Sementara jika nilai koefisien kontingensi mendekati satu berarti faktor-faktor yang diteliti mempunyai hubungan (hal ini berarti secara statistik faktor-faktor yang diteliti berhubungan dengan keterlambatan keluarga mencari pengobatan klien psikosa/skizofrenia).

Adapun pengujian untuk menentukan faktor yang mempunyai kekuatan hubungan terbesar dilakukan dengan cara membandingkan koefisien kontingensi semua faktor yang diteliti, di mana suatu faktor yang memiliki koefisien kontingensi terbesar berarti faktor tersebut mempunyai kekuatan hubungan paling kuat. Untuk lebih jelasnya disajikan dalam tabel berikut :

Tabel

Nilai Koefisien Kontingensi (C)

No	Faktor	Koefisien kontingensi (C)	Signifikan (α)
1	Pengetahuan	0.363	0.120
2	Sikap	0.060	0.748
3	Keyakinan	0.235	0.201

Berdasarkan tabel tersebut di atas dapat diketahui bahwa faktor pengetahuan merupakan faktor yang memiliki koefisien kontingensi (C) yang paling besar yaitu 0,363 jika dibandingkan dengan faktor-faktor lainnya. Hasil perhitungan ini menunjukkan bahwa faktor pengetahuan menjadi sebab utama terlambat tidaknya keluarga mencari pengobatan klien psikosa/skizofrenia.

5.2 Pembahasan

Pembahasan dalam penelitian ini ditujukan untuk menjawab masalah penelitian yaitu factor yang berpengaruh terhadap keterlambatan keluarga dalam membawa klien psikosa/skizofrenia berobat ke RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

5.2.1 Dari temuan penelitian dapat dikemukakan bahwa dari 28 orang responden yang terlambat membawa klien berobat ke RSJ sejumlah 22 orang (78,6 %).

Menurut *Dadang Hawari*, gangguan skizofrenia mirip dengan episode skizofren akut bila perjalanan penyakitnya berlanjut lebih 6 bulan barulah dikatakan skizofrenia. Menurut *WF Maramis*, sekarang dengan pengobatan modern ternyata bila penderita datang berobat dalam tahun pertama ternyata sepertiga mereka sembuh sama sekali.

5.2.2 Dari faktor pengetahuan pada umumnya responden memiliki pengetahuan yang kurang yaitu 25 orang (89,3 %).

Menurut *Dadang Hawari*, hingga sekarang penanganan skizofrenia belum memuaskan, hal ini terutama terjadi di negara-negara yang sedang berkembang, disebabkan ketidaktahuan (*ignorency*) keluarga maupun masyarakat terhadap jenis gangguan jiwa ini.

5.2.3 Dari faktor sikap responden dapat dikemukakan bahwa pada umumnya sikap responden negatif yaitu 22 orang (78,6 %). Menurut *WF Maramis*, bahwa alasan untuk merawat pasien gangguan jiwa di suatu tempat terpencil dan terasing ialah untuk menghindarkan cap

yang tidak baik (stigma) dari masyarakat, karena dianggap bahwa masyarakat bersikap tidak simpatik terhadap orang dengan gangguan ini.

- 5.2.4 Dari faktor kepercayaan/keyakinan responden dapat dikemukakan pada umumnya negatif yaitu sejumlah 17 orang (60,7 %).

Menurut *Dadang Hawari*, bahwa banyak keluarga-keluarga yang masih menganggap bahwa gangguan skizofrenia bukan merupakan penyakit yang dapat disembuhkan secara medis, mereka berpendapat bahwa gangguan jiwa skizofrenia ini akibat dilanggarnya larangan yang berlandaskan keyakinan supranatural.

- 5.2.5 Berdasarkan tabel nilai koefisiensi kontingensi (C)

Berdasarkan tabel tersebut di atas dapat diketahui bahwa faktor pengetahuan merupakan faktor yang memiliki koefisien kontingensi (C) yang paling besar yaitu 0,363 jika dibandingkan dengan faktor-faktor lainnya. Hasil perhitungan ini menunjukkan bahwa faktor pengetahuan menjadi sebab utama terlambat tidaknya keluarga mencari pengobatan klien psikosa/skizofrenia.

BAB 6
PKESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Dari berbagai faktor penyebab, sehingga klien gangguan jiwa yang datang berobat, baik rawat jalan maupun rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sudah dalam kondisi kronis.

Permasalahan tentang keterlambatan klien gangguan jiwa berobat tersebut disebabkan oleh karena beberapa kemungkinan faktor penyebab yaitu faktor:

1. **Pengetahuan** keluarga tentang gangguan jiwa sebagian besar kurang, yaitu 25 orang responden (89,3 %).
2. **Sikap** keluarga tentang gangguan jiwa sebagian besar negatif, yaitu 22 orang (78,6 %).
3. **Keyakinan** keluarga tentang gangguan jiwa sebagian besar negatif, yaitu 17 orang (60,7 %).
4. Dengan demikian, faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keterlambatan keluarga membawa klien berobat adalah pengetahuan, sikap, dan keyakinan.
5. Berdasarkan hasil perhitungan *Chi Square*, tidak terdapat hubungan yang erat antara faktor pengetahuan, sikap, dan keyakinan dengan keterlambatan keluarga mencari pengobatan klien gangguan jiwa.

6.2 Saran

Dari berbagai masalah, dan hasil penelitian ini, dapat dirumuskan rancangan tentang saran untuk berbagai pihak yang terkait.

6.2.1 Bagi keluarga

- Diharapkan kepada keluarga dari klien gangguan jiwa semakin menyadari dan mengetahui tentang bagaimana seharusnya bersikap dalam menanggapi, memahami, dan memperlakukan klien gangguan jiwa.
- Diharapkan kepada keluarga untuk dapat meningkatkan pengetahuannya agar dalam merawat klien gangguan jiwa, terutama apa yang harus dilakukan bila salah satu anggota keluarganya ada yang terganggu jiwanya, terutama yang masih dalam keadaan akut.

6.2.2 Bagi semua komponen dalam jajaran pelayanan kesehatan jiwa.

- Diharapkan semua komponen dalam jajaran pelayanan kesehatan jiwa dapat ditingkatkan pengetahuannya baik dalam bidang medik maupun dalam bidang nonmedik serta menggalang semua potensi yang ada demi proses kesembuhan klien gangguan jiwa.

6.2.3 Bagi masyarakat

- Diharapkan masyarakat semakin tahu dan menyadari betapa besar peranan dan fungsinya dalam proses pemulihan dan mempertahankan kesehatan klien yang sudah pulang dari perawatan di rumah sakit jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

Direktorat Kes. Jiwa (1997), **Pedoman Kerja Puskesmas tentang Gangguan Jiwa, Saraf dan Masalah Psiko Sosial**, Jakarta : Dep Kes RI.

DSM-III (1983), Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa II, **Jakarta**.

DSM-III (1993), Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III, **Jakarta**.

Ingran, IM, et. al (1995), Catatan Kuliah Psikiatri, **Jakarta, EGC**.

Kelliat Budi Anna (1998), Peranan Keluarga dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa, **Jakarta**.

Hawari Dadang (2001), Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia, **Jakarta, FK UI**.

..... (1994) Pedoman Diagnosis dan Terapi Lab/UPF Ilmu Kedokteran Jiwa, **Surabaya**.

Maramis, W.F, (1998), Ilmu Kedokteran Jiwa, **Surabaya, Airlangga University**.

Morgan, HG et. al (1991) Segi Praktis Psikiatri, **Jakarta, Bina Rupa Aksara**.

Steven Richeimer, et al (1997) Buku Satu Psikiatri, **Jakarta, EGC**.

Arikunto Suharsimi (1996), Prosedure Penelitian Suatu Pendekatan Praktek, Edisi Revisi III, **Rineka Cipta, Jakarta**.

Notoatmodjo Soekidjo,Dr(1993), Pengantar pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan,**Yogyakarta,Andi offset**.

Shea Shawn C.,M.D. (1996), Wawancara Psikiatri Seni Pemahaman, **Jakarta, IKAPI**.

Stuart dan Sundeen (2001), Buku Saku Keperawatan Jiwa, **Jakarta, EGC**.

AzwarAsrul, et al (1987), Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat, **Jakarta, Bina Rupa Aksara**.

Sears David O. et al (1999), Psikologi Sosial, **Jakarta, Erlangga**.

Cohen Bruce J. (1992), Sosiologi Suatu Pengantar, **Jakarta, Rineka Cipta**.

Rasmun (2001), Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri, **Jakarta, Fajar Interpretama**.

LAMPIRAN



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI D.IV PERAWAT PENDIDIK

Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Facs : 5022472
Telp. (031) 5012496 - 5020251 - 5030252 - 5030253 Kode Pos : 60131

Surabaya,

Nomor : *402* /JO3.1.17/D-IV & PSIK/2002
Lampiran : 1 (satu) Berkas.
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data
Mahasiswa DIV Perawat Pendidik - FK UNAIR

Kepada Yth. :

Direktur RSJ Dr.Rajiman
Wediodiningrat Lawang

Di -
Tempat.

Dengan hormat,

Schubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi DIV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun proposal penelitian terlampir.

Nama : Albertus Setijono
NIM : 010 110 295. R.
Judul Penelitian : STUDI TENTANG FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETERLAMBATAN KELUARGA Mencari Pengobatan Klien Psikosa/SKIZ.
Tempat : Poliklinik Kesehatan Jiwa RSJ Dr.Rajiman Wediodiningrat Lawang.

Atas perhatian dan kerjasamanya , kami sampaikan terima kasih.



an Ketua Program
Pembantu Ketua I

Nursalam Mnurs (Hons)
NIP. : 140 238 226

Tembusan :

DEPARTEMEN KESEHATAN RI
PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK
RSJ. Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG
Jl. A.Yani (0341) 429067 Fax 0341 - 425636 Lawang

Nomor : DL.02.02.8.1.0174 Lawang , 17 Januari 2003.
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Pengumpulan Data
Mhs. D IV PP – FK. Univ. Airlangga Surabaya

Kepada Yth.

Ketua Prodi.D.IV PP -FK. Universitas Airlangga

Jl. Mayjen. Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya.

Telp.(031)5012496-5020251-5030252-5030253-Fax. 5022472.

SURABAYA. 60131

Sehubungan surat Saudara nomor : 1871/J03.1.17/D-IV & PSIK/2002. dan nomor : 1902/J03.1.17/D-IV & PSIK/2002. tentang sebagaimana dimaksud pada pokok surat ,dengan ini disampaikan bahwa kami dapat menerima Mahasiswa Saudara a.n. :

1. Nama : NURWENI
N I M : 010110311 R
Judul : “ Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realitas Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Klien Dengan Gangguan Jiwa “
2. Nama : Albertus Setijono
N I M : 010110295 R
Judul : “ Studi Tentang Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keterlambatan Klien Psikosa / Skizofenia “

Untuk mengadakan kegiatan Penelitian dalam rangka menyusun Karya Tulis Ilmiah di RSJ.Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Adapun persyaratan yang harus dipenuhi adalah sbb.,

1. Mengirimkan 1 (satu) Exp.hasil penelilian ke RSJ.Dr.Radjiman W. Lawang
2. Memenuhi persyaratan Administrasi

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

a.n Direktur

Wadir. Pelayanan Medik



Dr. Kintono, Sp.KJ
NIP. 140 119 270

Tembusan : dikirimkan kepada Yth.

1. Direktur (sebagai laporan)
2. Wadir Yan Med.
3. Ka.Tim Diklat
4. Ka.Bid. Perawatan.
5. Ka.UPF Rawat jalan
6. Sdr. Ybs.
7. Pertincaal

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Surabaya, Oktober 2002

Yth. Bapak/Ibu Responden

Saya adalah Mahasiswa Program Studi D.IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Dalam mengakhiri program pendidikan ini saya tertarik untuk mengadakan penelitian dengan judul **“Studi tentang Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keterlambatan Keluarga Mencari Pengobatan Klien Psikosa/Skizofrenia”**.

Berkaitan dengan hal tersebut diatas, besar harapan saya agar Bapak/Ibu responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, dengan memberi informasi yang benar, dan saya akan menjamin kerahasiaan dan data Bapak/Ibu responden.

Apabila Bapak/Ibu bersedia mohon membubuhkan tanda tangan di bawah.

.....

Tanda Tangan

KUESIONER

Petunjuk :

- Mohon dijawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda pada kotak sebelah kiri jawaban yang anda pilih.
- Mohon jawaban diteliti ulang, agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

I. Demografi

Kode

1.	Jenis kelamin responden	
	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Wanita	
2.	Usia	
	<input type="checkbox"/> 50 th atau lebih	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 30 th sampai 49 th	
	<input type="checkbox"/> 20 th sampai 29 th	
	<input type="checkbox"/> < 20 th	
3.	Status perkawinan	
	<input type="checkbox"/> Belum/tidak kawin	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Kawin	
	<input type="checkbox"/> Duda/janda	
4.	Status pendidikan	
	<input type="checkbox"/> Tidak Sekolah	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> SD	
	<input type="checkbox"/> SLTP/SLTA	
	<input type="checkbox"/> Diploma/Pend. Tinggi	
5.	Status pekerjaan	
	<input type="checkbox"/> Tidak/belum bekerja	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Wiraswasta	
	<input type="checkbox"/> Karyawan	
	<input type="checkbox"/> TNI/Polri	
	<input type="checkbox"/> Lain-lain	

6. Hubungan dengan klien
- Orang tua
 - Saudara Kandung
 - Saudara
 - Bukan Saudara
7. Sudah berapa lama mengenal klien
- Sejak kecil
 - Lebih dari 2 tahun
 - Kurang dari 2 tahun
 - Kurang dari 6 bulan
-

II. Keterlambatan berobat**Kode**

-
8. Kapan klien pertama kali mengalami gangguan jiwa
- Kurang dari 6 bulan
 - Lebih dari 6 bulan tetapi kurang dari 1 tahun
 - Lebih dari 1 tahun tetapi kurang dari 5 tahun
 - Lebih dari 5 tahun
9. Usaha yang pernah dilakukan untuk kesembuhan
- Ke dukun / paranormal
 - Ke Puskesmas
 - Ke dokter/perawat
 - Ke RSU/RSJ
10. Waktu berobat terakhir yang dilakukan sebelum berobat ke RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat
- Kurang dari 2 minggu
 - Kurang dari 1 bulan
 - Kurang dari 6 bulan
 - Lebih dari 6 bulan
-

III. Pengetahuan Tentang Penyakit/Gangguan Jiwa Kode

-
- | | | |
|----|--|---|
| 11 | Menurut responden penyakit jiwa disebabkan karena : | □ |
| | <input type="checkbox"/> Gangguan roh halus
<input type="checkbox"/> Stress | |
| 12 | Tanda dan gejala gangguan jiwa adalah | □ |
| | <input type="checkbox"/> Bicara sendiri
<input type="checkbox"/> Tidak mau berbicara
<input type="checkbox"/> Menyendiri
<input type="checkbox"/> Tertawa sendiri
<input type="checkbox"/> Mudah tersinggung | |
| 13 | Cara yang baik untuk memberi pertolongan pada klien gangguan jiwa | □ |
| | <input type="checkbox"/> Dipasung
<input type="checkbox"/> Dibiarkan saja
<input type="checkbox"/> Diobatan ke dokter/RS | |
| 14 | Bila klien ngamuk, maka yang dilakukan | □ |
| | <input type="checkbox"/> Diikat
<input type="checkbox"/> Dipasung
<input type="checkbox"/> Diajak bicara | |
| 15 | Cara berbicara yang baik kepada klien selama di rumah | □ |
| | <input type="checkbox"/> Tidak menyinggung perasaan
<input type="checkbox"/> Tidak menimbulkan curiga
<input type="checkbox"/> Tidak menimbulkan marah | |
-

IV. Sikap tentang penyakit/gangguan jiwa Kode

-
- | | | |
|-----|--|---|
| 16. | Menurut keluarga, klien gangguan jiwa yang dimasukan RSJ agar sembuh | □ |
| | <input type="checkbox"/> Sangat setuju
<input type="checkbox"/> Setuju
<input type="checkbox"/> Tidak setuju
<input type="checkbox"/> Sangat tidak setuju | |
-

-
17. Dengan memasukkan ke RSJ maka tidak memalukan keluarga
- Sangat setuju
 - Setuju
 - Tidak setuju
 - Sangat tidak setuju
18. Keluarga percaya bahwa, klien yang dirawat di RS akan dirawat dengan baik oleh petugas
- Sangat setuju
 - Setuju
 - Tidak setuju
 - Sangat tidak setuju
19. Keluarga akan diharapkan kerja samanya dalam merawat klien dengan berkunjung ke RS paling tidak 1 bulan satu kali
- Sangat setuju
 - Setuju
 - Tidak setuju
 - Sangat tidak setuju
-

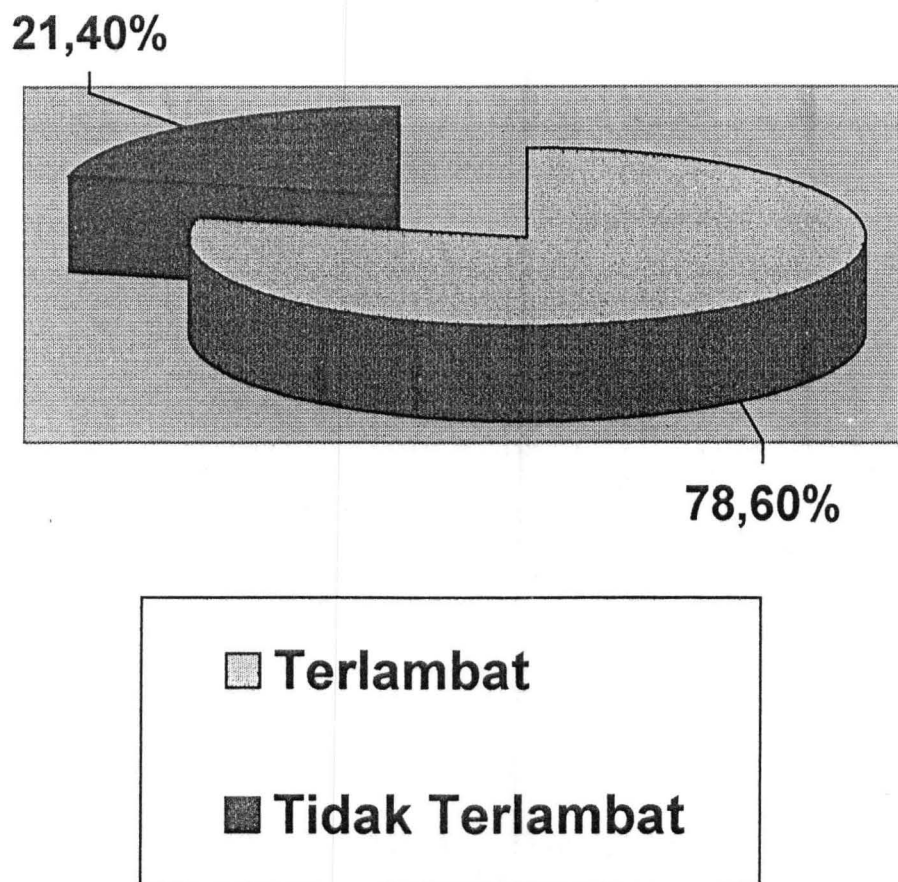
V. Keyakinan/kepercayaan**Kode**

-
20. Penyakit klien merupakan cobaan dari Tuhan
- Sangat setuju
 - Setuju
 - Tidak setuju
 - Sangat tidak setuju
21. Seharusnya selama dirawat di rumah sakit klien tetap menunaikan ibadah agama
- Sangat setuju
 - Setuju
 - Tidak setuju
 - Sangat tidak setuju
-

-
22. Untuk kesembuhan klien, keluarga perlu membantu dengan doa
- Sangat setuju
 - Setuju
 - Tidak setuju
 - Sangat tidak setuju
23. Sebelum klien pulang dari rumah sakit perlu dipersiapkan suasana keluarga yang tenang, agar klien tidak kambuh.
- Sangat setuju
 - Setuju
 - Tidak setuju
 - Sangat tidak setuju
-

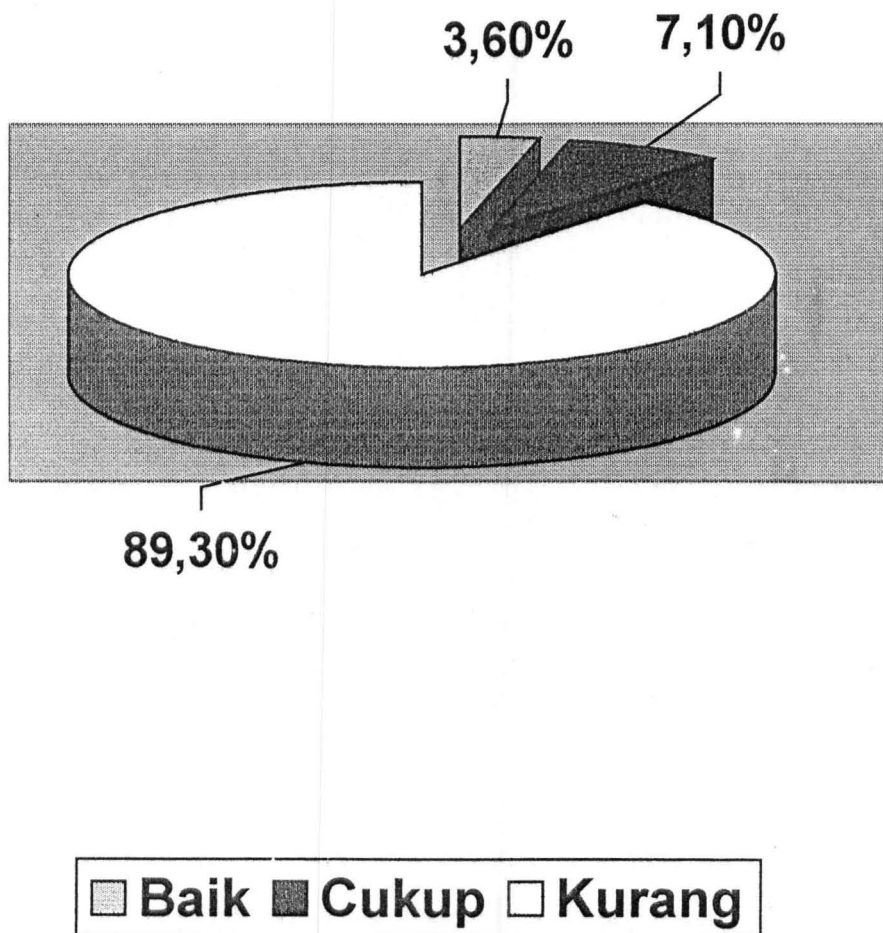
Gambar 1

Keterlambatan Keluarga di Dalam Mencari Pengobatan Klien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa



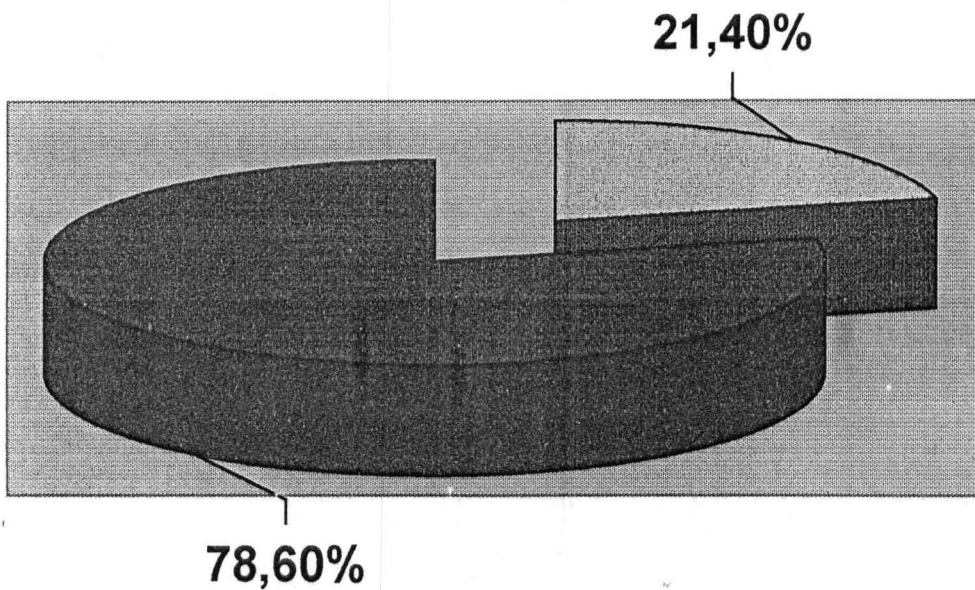
Gambar 2

Pengetahuan Keluarga Tentang Penyakit/Gangguan Jiwa



Gambar 3

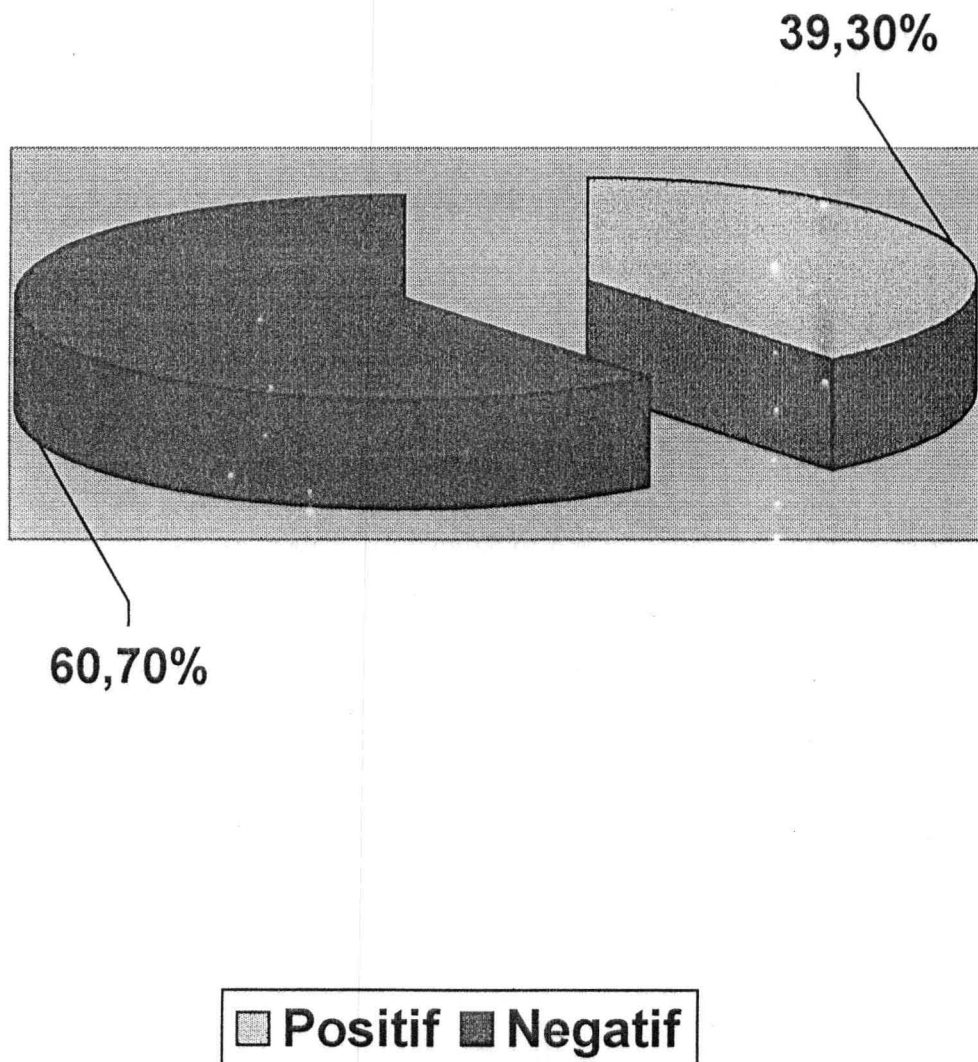
Sikap Keluarga Tentang Penyakit/Gangguan Jiwa



■ Positif ■ Negatif

Gambar 4

Keyakinan/Kepercayaan Keluarga Terhadap Penyakit/Gangguan Jiwa



Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Keterlambatan * Pengetahuan	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%

Keterlambatan * Pengetahuan Crosstabulation

		Pengetahuan			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
Keterlambatan Tidak terlambat	Count	5	0	1	6
	Expected Count	5.4	.4	.2	6.0
Terlambat	Count	20	2	0	22
	Expected Count	19.6	1.6	.8	22.0
Total	Count	25	2	1	28
	Expected Count	25.0	2.0	1.0	28.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.242 ^a	2	.120
Likelihood Ratio	4.076	2	.130
Linear-by-Linear Association	1.378	1	.240
N of Valid Cases	28		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .21.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. \hat{t}	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.363			.120
Interval by Interval Pearson's R	-.226	.232	-1.183	.248 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.120	.224	-.619	.542 ^c
N of Valid Cases	28			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Keterlambatan * Sikap	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%

Keterlambatan * Sikap Crosstabulation

			Sikap		Total
			Negatif	Positif	
Keterlambatan	Tidak terlambat	Count	5	1	6
		Expected Count	4.7	1.3	6.0
	Terlambat	Count	17	5	22
		Expected Count	17.3	4.7	22.0
Total		Count	22	6	28
		Expected Count	22.0	6.0	28.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.103 ^b	1	.748		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.108	1	.743		
Fisher's Exact Test				1.000	.617
Linear-by-Linear Association	.099	1	.753		
N of Valid Cases	28				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.29.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.060			.748
Interval by Interval	Pearson's R	.061	.176	.310	.759 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.061	.176	.310	.759 ^c
N of Valid Cases		28			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Keterlambatan * Keyakinan	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%

Keterlambatan * Keyakinan Crosstabulation

			Keyakinan		Total
			Negatif	Positif	
Keterlambatan	Tidak terlambat	Count	5	1	6
		Expected Count	3.6	2.4	6.0
	Terlambat	Count	12	10	22
		Expected Count	13.4	8.6	22.0
Total		Count	17	11	28
		Expected Count	17.0	11.0	28.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.638 ^b	1	.201		
Continuity Correction ^a	.653	1	.419		
Likelihood Ratio	1.797	1	.180		
Fisher's Exact Test				.355	.214
Linear-by-Linear Association	1.579	1	.209		
N of Valid Cases	28				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.36.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. [†]	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.235			.201
Interval by Interval	Pearson's R	.242	.158	1.271	.215 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.242	.158	1.271	.215 ^c
N of Valid Cases		28			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Data: Demografi/Karakteristik Responden

Penelitian dilakukan di Poliklinik Kesehatan Jiwa RSJ. Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang

Tanggal 2 sampai dengan 4 Januari 2003

No. Resp	Jenis Kelamin		Usia (dalam tahun)				Status Perkawinan			Status Pendidikan				Status Pekerjaan					Hubungan dengan Klien				Sudah berapa lama mengenal Klien			
	L	P	50	30 s/d 49	20 s/d 29	<20	Belum Kawin	Kawin	Janda/Duda	Idk Sekolah	SD	SLTP/SLTA	Dipl. P.Tinggi	Belum Bekerja	Wira swasta	Kary	TNI/Poli	Lain lain	Ortu	Sdr. Kandung	Sdr	Bukan Sdr	Sejak kecil	>2 Thn	<2 Thn	<6 Bn
1.		V			V							V		V							V					
2.	V				V		V						V							V						V
3.		V		V								V		V						V						V
4.		V	V							V								V			V					V
5.	V				V		V				V							V	V							V
6.		V			V						V			V						V						V
7.	V			V							V							V			V					V
8.		V			V								V							V						V
9.	V			V									V		V						V					V
10.	V		V							V				V				V							V	
11.		V		V							V										V			V		
12.	V		V								V			V							V					V
13.	V				V								V					V			V			V		
14.		V			V					V								V			V					V
15.	V		V										V		V			V							V	
16.	V				V		V						V					V							V	
17.	V				V		V						V								V				V	
18.	V			V											V						V				V	
19.	V		V														V				V		V			
20.		V		V								V		V							V				V	
21.	V			V										V					V						V	
22.	V		V									V						V							V	
23.	V			V			V				V				V						V				V	
24.		V	V										V		V				V						V	
25.	V			V								V			V						V			V		
26.	V		V								V							V			V				V	
27.	V			V							V			V							V				V	
28.	V				V		V						V						V						V	
Σ	19	9	8	10	10	0	6	18	4	0	10	15	3	8	9	4	0	7	7	5	16	0	20	4	4	0

Sumber : Kuisener, 2003

Data: Pengetahuan tentang Penyakit/Gangguan jiwa
 Pendataan dilakukan di Poliklinik Kesehatan Jiwa RSJ. Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang
 Tanggal 2 sampai dengan 4 Januari 2003

No. Resp.	Penyebab gangguan jiwa		Tanda dan gejala gangguan Jiwa					Cara yang baik untuk memberi pertolongan			Bila mengancam, yang dilakukan keluarga			Cara berbicara yang baik		
	Gangg. Roh Halus	Stres	Bicara sendiri	Tak mau bicara	Menyen-diri	Tertawa Sendiri	Mudah Tersing-gung	Di pasung	Di biarkan saja	Di Obatkan Ke RS	Di ikat	Di pasung	Di ajak bicara	Tidak menyinggung perasaan	Tidak menimbulkan curiga	Tidak Memimbul-kan marah
1.		V	V							V	V		V			
2.		V					V			V		V			V	
3.	V	V					V			V		V			V	
4.		V		V						V	V		V	V		
5.	V	V		V			V			V		V	V	V	V	
6.		V		V						V		V	V			
7.		V								V		V	V			
8.		V								V	V		V			
9.		V	V		V	V	V			V		V	V	V	V	
10.		V								V		V	V			
11.		V				V				V		V	V			
12.		V			V			V	V	V		V			V	
13.		V					V			V		V				
14.		V	V							V	V		V			
15.		V								V		V	V			
16.		V								V		V	V		V	
17.	V	V		V			V			V		V			V	
18.	V		V			V			V	V		V	V			
19.		V				V			V	V	V		V	V		
20.	V	V			V			V	V	V		V	V		V	
21.	V	V					V			V			V		V	
22.	V	V	V			V				V		V	V		V	
23.	V	V			V					V		V	V			
24.		V				V				V		V	V			
25.		V					V			V			V			
26.		V	V							V	V		V			
27.		V				V				V		V	V			
28.		V					V			V		V	V			
Σ	8	27	6	4	4	7	14	2	7	25	7	5	16	25	4	10

Sumber : Kuisener, 2003

Data: Sikap tentang Penyakit/Gangguan Jiwa

Pendataan dilakukan di Poliklinik Kesehatan Jiwa RSJ. Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang

Tanggal 2 sampai dengan 4 Januari 2003

No. Resp.	Klien gangguan jiwa yang dimasukkan ke RS agar sembuh				Dengan memasukkan klien ke RS tidak memalukan keluarga				Klien dirawat di RS Akan dirawat dengan baik oleh petugas				Keluarga berkunjung ke RS Paling tidak 1 bulan satu kali			
	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1.		V				V				V				V		
2.		V				V				V				V		
3.	V						V			V				V		
4.		V						V	V				V		V	
5.		V				V			V				V			
6.		V						V	V					V		
7.		V				V			V					V		
8.		V				V			V					V		
9.		V				V			V					V		
10.	V				V				V					V		
11.	V				V				V					V		
12.		V					V		V					V		
13.	V				V				V				V			
14.	V					V			V					V		
15.		V				V			V					V		
16.	V					V			V				V			
17.	V					V			V					V		
18.		V			V				V					V		
19.		V					V		V					V		
20.	V					V			V					V		
21.	V					V			V					V		
22.	V				V				V					V		
23.	V				V				V				V			
24.	V				V				V				V			
25.	V				V				V				V			
26.	V				V				V				V			
27.	V					V			V					V		
28.	V				V				V					V		
Σ	16	12	9	0	10	13	3	2	13	15	0	0	10	17	1	0

Sumber : Kuisiner, 2003

Data: Keyakinan /Kepercayaan Keluarga tentang Gangguan Jiwa
 Pendataan dilakukan di Poliklinik Kesehatan Jiwa RSJ. Dr. Rajiman Wedicdiaingrat Lawang
 Tanggal 2 sampai dengan 4 Januari 2003

No. Resp.	Penyakit klien merupakan cobaan dari Tuhan				Selam dirawat klien tetap menjalankan ibadah agama				Untuk kesembuhan klien, keluarga perlu membantu dengan doa				Suasana keluarga yang tenang, agar klien tidak kambuh			
	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1.		V			V				V					V		
2.		V				V				V				V		
3.			V			V				V				V		
4.		V				V				V				V		
5.			V			V				V				V		
6.			V			V				V				V		
7.			V			V				V				V		
8.			V			V				V				V		
9.			V			V				V				V		
10.			V			V			V					V		
11.			V		V				V				V			
12.		V				V				V				V		
13.	V					V			V				V			
14.		V				V			V					V		
15.		V				V				V				V		
16.	V				V				V				V			
17.		V			V				V				V			
18.	V				V				V					V		
19.			V			V				V				V		
20.		V			V				V				V			
21.		V			V				V				V			
22.	V				V				V				V			
23.		V			V				V				V			
24.	V				V				V				V			
25.		V			V				V				V			
26.	V				V				V				V			
27.		V				V				V				V		
28.				V	V				V				V			
Σ	6	12	9	1	13	15	0	0	16	12	0	0	12	16	0	0

Sumber : Kuisisioner, 2003

Data: Keterlambatan Berobat
Pendataan dilakukan di Poliklinik Kesehatan Jiwa RSJ. Dr. Rajiman Wediodiningrat Lawang
Tanggal 2 sampai dengan 4 Januari 2003

No. Responden	Pertama kali klien mengalami gangguan jiwa				Usaha yang pernah dilakukan untuk kesembuhan				Berobat terakhir sebelum ke RSJ Dr. Rajiman W.			
	< 6 Bulan	> 6 Bln < 1 Thn	> 1 Thn < 5 Thn	> 5 Thn	Dukun/ Paranormal	Puskesmas	Dokter/ Perawat	RSU/RSJ	< 2 Minggu	< 1 bulan	< 6 Bulan	> 6 Bulan
1.				V	V			V			V	
2.		V			V					V		
3.			V		V						V	
4.			V		V			V			V	
5.				V	V			V		V		
6.			V		V	V	V			V		
7.				V	V	V					V	
8.				V	V			V				V
9.			V		V			V			V	
10.	V					V					V	
11.				V				V				V
12.	V					V		V		V		
13.	V						V			V		
14.				V				V		V		
15.	V							V		V		
16.			V		V			V				V
17.			V		V			V				V
18.			V					V				V
19.	V				V		V	V			V	
20.	V					V				V		
21.		V			V			V				V
22.			V		V	V	V	V				V
23.			V					V				V
24.				V			V				V	
25.				V			V				V	
26.				V				V				V
27.			V					V				V
28.				V				V				V
Σ	6	2	10	10	14	6	6	19	0	8	9	11

Tabel Hasil Penilaian Aspek Pengetahuan

No Resp.	Jumlah Jawaban Benar	Jumlah Nilai
1	4	36,4
2	5	45,4
3	7	63,6
4	4	36,4
5	8	72,7
6	5	45,4
7	5	45,4
8	4	36,4
9	10	90,9
10	5	45,4
11	5	45,4
12	4	36,4
13	5	45,4
14	4	36,4
15	5	45,4
16	6	54,5
17	5	45,4
18	4	36,4
19	5	45,4
20	6	54,5
21	7	63,6
22	5	45,4
23	4	36,4
24	5	45,4
25	4	36,4
26	4	36,4
27	5	45,4
28	5	45,4

Tabel Hasil Penilaian Aspek Sikap

No Resp.	Jumlah Jawaban Benar	Jumlah Nilai
1	3	37,5
2	3	37,5
3	5	62,5
4	7	87,5
5	5	62,5
6	3	37,5
7	3	37,5
8	3	37,5
9	4	50
10	4	50
11	5	62,5
12	4	50
13	6	75
14	4	50
15	4	50
16	6	75
17	4	50
18	5	62,5
19	5	62,5
20	5	62,5
21	4	50
22	5	62,5
23	5	62,5
24	5	62,5
25	6	75
26	6	75
27	4	50
28	6	75