

# SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA PERAN SERTA KELUARGA  
DENGAN FREKUENSI KEKAMBUHAN KLIEN SKIZOFRENIA  
DI RUANG JIWA C RSUD Dr. SOETOMO  
SURABAYA

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh :

ANDI LIS ARMING GANDINI

NIM : 019930079 B

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA

2002

LEMBAR PERSETUJUAN

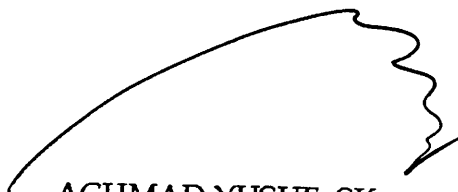
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL 8 APRIL 2002

OLEH :  
PEMBIMBING KETUA



HENDY MARGONO, dr., SpKJ  
NIP. 130 541 897

PEMBIMBING



ACHMAD YUSUF, SKp  
NIP. 132 255 152

MENGETAHUI  
KETUA PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA



Prof. EDDY SOEWANDOJO, dr., SpPD  
NIP. 130 325 831

LEMBAR PENGESAHAN

Telah Dipertahankan Didepan  
Tim Penguji Ujian Sidang Skripsi  
Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

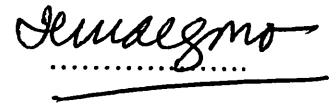
Pada Tanggal 10 April 2002

Tim Penguji

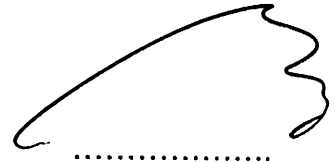
Ketua : Dr. I Ketut Suidana, drs., MSi  
NIP. 130 877 636



Anggota : HENDY MARGONO, dr., SpKJ  
NIP. 130 541 897



Anggota : ACHMAD YUSUF, SKp  
NIP. 132 255 152



MENGETAHUI  
KETUA PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA



Prof. EDDY SOEWANDOJO, dr., SpPD  
NIP. 130 325 831

## **SURAT PERNYATAAN**

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

**ANDI LIS ARMING GANDINI**

## MOTTO

Kalau mau mengerjakan sesuatu  
Mulailah dengan niat yang baik  
Landasilah dengan Ilmu Pengetahuan  
Kerjakanlah dengan Ikhlas  
Dan bersabarlah menunggu hasilnya  
(Algazali)

*Untuk Ayah, Kak Farid, Anakku Taufan,  
Kak Fajar, dik Rida dan Dini serta  
Mamak Banjar dan Abah Bambang*

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur hanya penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang selalu membimbing dan memberikan kemampuan berfikir, kekuatan dan kesehatan sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.

Skripsi ini berjudul Hubungan Antara Peran Serta Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia di Ruang Jiwa C RSUD Dr. Soetomo Surabaya, diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Program Strata satu Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyelesaian skripsi ini, khususnya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr.H.M.S Wiyadi, dr. Sp.THT selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
2. Dr. Abdus Syukur, SpBD, selaku Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya
3. Prof. Eddy Soewandojo, dr. SpPD selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
4. dr. Hendy Margono, SpKJ sebagai pembimbing utama yang telah memberikan pengarahan dalam perencanaan, pembuatan dan penyelesaian skripsi ini
5. Ahmad Yusuf, SKp, sebagai pembimbing ke dua
6. Kedua orangtuaku, suami dan anakku yang telah tulus dan ikhlas memberikan dukungan moril dan materiil selama penulis menyelesaikan studi
7. Semua teman-teman yang memberikan dukungan pada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran yang konstruktif sangat penulis harapkan, sehingga karya tulis ini bermanfaat bagi penggunaan skripsi ini.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan taufik dan hidayahNya kepada kita semua, amin.

Surabaya, April 2002

Penulis

## DAFTAR ISI

|  |          |
|--|----------|
| Halaman Judul .....  | ii       |
| Halaman Persetujuan .....  | iii      |
| Halaman Pengesahan .....   | iv       |
| Halaman Surat Pernyataan.....                                      | v        |
| Motto dan Persembahan .....  | vi       |
| Kata Pengantar .....   | vii      |
| Daftar isi .....   | ix       |
| Daftar Tabel .....   | xii      |
| Daftar Lampiran .....  | xiii     |
| Abstrak .....  | xiv      |
| <br>   |          |
| <b>Bab 1 : Pendahuluan .....</b>                                   | <b>1</b> |
| 1.1 Latar Belakang .....   | 1        |
| 1.2 Rumusan Masalah .....  | 3        |
| 1.2.1 Pernyataan Masalah .....                                     | 3        |
| 1.2.2 Pertanyaan Masalah .....                                     | 4        |
| 1.3 Tujuan .....   | 4        |
| 1.3.1 Tujuan Umum .....  | 4        |
| 1.3.2 Tujuan Khusus .....  | 4        |
| 1.4 Manfaat Penelitian .....                                       | 5        |
| 1.5 Relevansi Penelitian .....                                     | 5        |
| <br>   |          |
| <b>Bab 2 : Tinjauan Pustaka .....</b>                              | <b>6</b> |
| 2.1 Peran .....  | 6        |
| 2.1.1 Faktor yang Mempengaruhi Penyesuaian Diri dengan Peran ..... | 7        |
| 2.1.2 Peran Keluarga .....   | 7        |
| 2.2 Sikap .....  | 8        |
| 2.2.1 Tingkatan Sikap .....  | 9        |



|   |           |
|---|-----------|
| 2.2.2 Ciri Sikap .....                  | 11        |
| 2.3 Perilaku .....                      | 12        |
| 2.4 Pengetahuan .....                   | 14        |
| 2.5 Keluarga .....                      | 15        |
| 2.6 Skizofrenia .....                   | 16        |
| 2.6.1 Etiologi .....                    | 17        |
| 2.6.2 Pembagian Skizofrenia .....       | 20        |
| 2.6.3 Pengobatan .....                  | 23        |
| 2.6.4 Kekambuhan .....                  | 23        |
| 2.7 Kerangka Konsep .....               | 25        |
| 2.8 Hipotesa .....                      | 25        |
| <br>                                    |           |
| <b>Bab 3 : Metode Penelitian .....</b>  | <b>26</b> |
| 3.1 Design Penelitian .....             | 26        |
| 3.2 Kerangka Kerja .....                | 26        |
| 3.3 Populasi, Sampel Dan Sampling ..... | 27        |
| 3.3.1 Populasi .....                    | 27        |
| 3.3.2 Sampel Dan Sampling.....          | 27        |
| 3.3.3 Kriteria Sampel .....             | 27        |
| 3.3.3.1 Kriteria Inklusi .....          | 27        |
| 3.3.3.2 Kriteria Eksklusi .....         | 28        |
| 3.4 Identifikasi Variabel .....         | 28        |
| 3.4.1 Variabel Independen .....         | 29        |
| 3.4.2 Variabel Dependen .....           | 29        |
| 3.5 Definisi Operasional .....          | 30        |
| 3.6 Pengumpulan dan Analisa Data .....  | 31        |
| 3.6.1 Pengolahan .....                  | 31        |
| 3.6.1.1 Instrumen .....                 | 31        |
| 3.6.1.2 Prosedur .....                  | 31        |
| 3.6.1.3 Alat Ukur .....                 | 32        |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.6.2 Analisa Data .....   | 32        |
| 3.7 Tempat dan Waktu Penelitian .....  | 32        |
| 3.8 Etik Penelitian .....  | 33        |
| 3.9 Keterbatasan .....   | 34        |
| <br>   |           |
| <b>Bab 4 : Hasil dan Pembahasan .....</b>  | <b>35</b> |
| 4.1 Hasil .....  | 35        |
| 4.1.1 Data Umum .....  | 35        |
| 4.1.1.1 Karakteristik Responden .....  | 36        |
| 4.1.2 Data Khusus .....  | 37        |
| 4.1.2.1 Identifikasi Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Responden .....                         | 37        |
| 4.1.2.2 Identifikasi Frekuensi Kekambuhan Klien .....  | 38        |
| 4.1.2.3 Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan<br>Klien Skizofrenia ..... | 38        |
| 4.1.2.4 Hubungan Sikap Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan Klien<br>Skizofrenia .....       | 38        |
| 4.1.2.5 Hubungan Perilaku Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan<br>Klien Skizofrenia .....    | 39        |
| 4.2 Pembahasan .....   | 40        |
| 4.2.1 Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Responden .....  | 40        |
| 4.2.2 Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan<br>Klien Skizofrenia .....   | 41        |
| 4.2.3 Hubungan Sikap Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan Klien<br>Skizofrenia .....         | 42        |
| 4.2.4 Hubungan Perilaku Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan Klien<br>Skizofrenia .....      | 43        |
| <b>Bab 5 : Kesimpulan dan Saran .....</b>  | <b>44</b> |
| 5.1 Kesimpulan .....   | 44        |
| 5.2 Saran .....  | 45        |
| Daftar Pustaka   |           |

## DAFTAR TABEL

|         |   |         |
|---------|---|---------|
| Tabel 1 | : Karakteristik Responden   | .....36 |
| Tabel 2 | : Hasil Kuesioner tentang Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Responden | .....37 |
| Tabel 3 | : Frekuensi Kekambuhan  | .....38 |
| Tabel 4 | : Hubungan Pengetahuan dengan Frekuensi Kekambuhan ..               | 38      |
| Tabel 5 | : Hasil Hubungan Sikap dengan Frekuensi Kekambuhan ...              | 39      |
| Tabel 6 | : Hasil Hubungan Perilaku dengan Frekuensi Kekambuhan               | 39      |

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Formulir Persetujuan
- Lampiran 2 : Kuesioner
- Lampiran 3 : Lembar Hasil Kuesioner Peran Serta Keluarga
- Lampiran 4 : Rekapitulasi Data
- Lampiran 5 : Tabel Frekuensi
- Lampiran 6 : Cross Tabulasi

## ABSTRACT

Family is a primary support system in psychiatric nursing care. The home care participation of a family that one of his members has a Schizophrenia disorder in decreasing the relapse is still in doubt. The involvement of the family is a way of reducing the deterioration of Schizophrenia client.

The objective of this study is to identify the relationship between family's knowledge, attitude, behavior and the relapse of Schizophrenia client in psychiatric nursing ward C of dr. Soetomo Hospital, Surabaya. The design of this research is cross sectional. The samples, the respondents are the family of hospitalized Schizophrenia clients in psychiatric nursing ward C of dr. Soetomo Hospital, selected by consecutive sampling. The data needed in this study are collected by questionnaire. The data are computed statistically to analyze the relationship between variables by Fisher Exact test with  $p \leq 0.05$ .

The result shows that there is a positive significance relationship between the family's knowledge ( $p= 0.005$ ), attitude ( $p= 0.035$ ), behavior ( $p= 0.013$ ) and the relapse of Schizophrenia client in psychiatric nursing ward C of dr. Soetomo Hospital, Surabaya. The better they participate, the lower frequency the Schizophrenia clients relapse.

Based on the result of data analysis and hypothesis verifications, it is concluded that the home care participation of the family has positive significance relationship with the relapse of Schizophrenia client in psychiatric nursing ward C of dr. Soetomo Hospital, Surabaya. It is suggested that the nurses encourage the family's partaking care of Schizophrenia client to diminish the relapse by giving health education. Thus, the family's knowledge will improve and their attitude and behavior toward the Schizophrenia client will helpful.

Key word: Participate; relapse

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Peran serta dalam keluarga dalam perawatan di rumah masih belum dirasakan manfaatnya terhadap penurunan angka kekambuhan klien skizofrenia. Sementara penderita skizofrenia merupakan kasus terbanyak dari kasus psikosa dan juga ternyata jumlah kasus skizofrenia kambuhan yang dirawat menunjukkan angka tinggi. Gambaran ini hampir sama dengan yang dikemukakan oleh Sulinger (1988) yang dikutip oleh Budi Anna Keliat (1995), klien dengan diagnosa skizofrenia akan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama, dan 70% pada tahun ke dua, Sedang Curson dan Ross (1987) mencatat 100% akan kambuh pada tahun ke lima.

Menurut Kaplan dan Sadock, dikutip oleh Budi Utomo (1998), Insiden Skizofrenia di USA dan Eropa antara 0,3-0,6 per seribu orang. Menurut WHO, angka kejadian Skizofrenia di masyarakat umum adalah 0,2-0,8%, dimana 5-15% berusia antara 3-15 tahun mengalami gangguan jiwa persisten dan mengganggu hubungan sosial (Maramis, 1995). Dari catatan Medik Ruangan Jiwa RSUD Dr. Soetomo Surabaya, dalam kurun waktu Januari sampai Desember 1997, jumlah penderita Psikosa 430 orang dari 521 yang menjalani rawat inap, 82% nya kasus skizofrenia (352 orang) dan 30% dari kasus tersebut (121 orang) merupakan kasus kekambuhan.

Hal ini menunjukkan bahwa klien yang menderita skizofrenia memiliki kecenderungan kekambuhan sehingga ia harus mengalami perawatan kembali di rumah sakit. Peran serta keluarga adalah satu usaha untuk mengurangi angka kekambuhan klien skizofrenia. Mengingat keluarga merupakan system pendukung utama yang memberikan 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 (Budi Anna K, 1995).

Gangguan jiwa merupakan penyakit yang bisa menyerang semua usia. Sifat serangan penyakitnya biasanya akut dan bisa kronis atau menahun. Di masyarakat ada stigma bahwa gangguan jiwa/ penyakit jiwa merupakan penyakit yang sulit disembuhkan bahkan tidak bisa disembuhkan, memalukan dan aib bagi keluarganya (Maramis, 1995). Pandangan lain yang beredar di masyarakat bahwa penyakit jiwa disebabkan oleh guna-guna orang lain. Ada kepercayaan di masyarakat bahwa gangguan jiwa timbul karena musuhnya roh nenek moyang masuk ke dalam tubuh seseorang kemudian menguasainya (Maramis, 1980).

Keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan klien, dan merupakan "perawat utama" bagi klien. Keluarga berperan dalam



menentukan cara atau asuhan keperawatan yang diperlukan klien di rumah. Keberhasilan perawat di rumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian mengakibatkan klien harus dirawat kembali (kambuh). Peran serta keluarga sejak awal asuhan di rumah sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien di rumah sehingga kemungkinan kambuh dapat dicegah.

Untuk mendapatkan jawaban nyata, perlu dilakukan suatu penelitian guna mengidentifikasi peran serta keluarga dalam perawatan terhadap penurunan tingkat kekambuhan klien Skizofrenia, sehingga akan diperoleh gambaran nyata tentang permasalahan yang terjadi dan dapat dicari alternatif penyelesaian masalah.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bertitik tolak dari latar belakang masalah, maka penulis merumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

### **1.2.1 Pernyataan Masalah**

Dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa salah satu factor penyebab terjadinya kekambuhan klien skizofrenia adalah kurangnya peran serta keluarga dalam perawatan terhadap anggota keluarga yang menderita penyakit tersebut. Menurut Sulinger (1988) salah satu penyebabnya adalah karena keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku klien di rumah. Keluarga jarang mengikuti proses keperawatan

klien karena jarang mengunjungi klien di rumah sakit, dan tim kesehatan di rumah sakit juga jarang melibatkan keluarga (Budi Anna K, 1995).

### **1.2.2 Pertanyaan Masalah**

Berdasarkan rumusan masalah, maka pertanyaan masalah sebagai berikut:

- 1) Adakah hubungan antara pengetahuan keluarga dengan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia?
- 2) Adakah hubungan antara sikap keluarga dengan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia?
- 3) Adakah hubungan antara perilaku keluarga dengan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mempelajari hubungan peran serta keluarga dalam penurunan kekambuhan klien Skizofrenia.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Mengidentifikasi hubungan antara pengetahuan keluarga dengan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia
- 2) Mengidentifikasi hubungan antara sikap keluarga dengan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia

- 3) Mengidentifikasi hubungan antara perilaku keluarga dengan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia

#### 1.4 Manfaat Penelitian

- 1) Memberi masukan pada pengelola/institusi pelayanan agar dalam memberikan asuhan keperawatan, melibatkan keluarga klien agar dalam perawatan sehingga dapat menurunkan tingkat kekambuhan atau kekambuhan dapat dicegah.
- 2) Melibatkan keluarga secara optimal dalam perawatan sewaktu klien berada di rumah sakit merupakan bekal bagi keluarga untuk perawatan selanjutnya setelah klien pulang kerumah.

#### 1.5 Relevansi

Peran serta keluarga dalam perawatan terhadap klien skizofrenia merupakan tujuan utama, sebab akan berpengaruh terhadap penurunan tingkat kekambuhan. Hubungan yang selama ini terjalin antara perawat dan klien merupakan dasar utama untuk membantu klien mengungkapkan dan mengenal perasaannya, mengidentifikasi kebutuhan dan masalahnya, mencari alternatif pemecahan masalahnya, melaksanakan alternatif yang dipilih serta mengevaluasi hasilnya. Proses ini harus dilalui oleh klien dan keluarga agar dimasa yang akan datang (dirumah) keluarga dapat membantu klien dengan cara yang sama .



**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan konsep dasar tentang peran, peran keluarga, sikap dan pengetahuan keluarga, keluarga, Skizofrenia dan kekambuhan klien dengan Skizofrenia.

#### 2.1 Peran

Peran adalah suatu perilaku yang dikaitkan dengan standard, merefleksikan tujuan dan nilai yang dilaksanakan pada situasi tertentu (Conley dikutip Keliat, 1992). Peran adalah pola sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat. Peran dapat memberikan saran untuk berperan serta dalam kehidupan sosial dan merupakan cara untuk menguji identitas dengan validasi dari orang yang berarti (Keliat, 1992).

Posisi di masyarakat dapat merupakan stressor terhadap peran karena struktur social yang menimbulkan kesukaran atau tuntutan posisi yang tidak mungkin dilaksanakan. Stress peran terdiri dari (1) konflik peran, dialami jika peran yang diminta konflik dengan system individu (2) peran tidak jelas, terjadi jika individu diberi peran yang tidak jelas dalam hal perilaku dan penampilan yang diharapkan (3) peran tidak sesuai, terjadi jika individu dalam proses transisi merubah nilai dan sikap (4)

peran berlebihan, terjadi jika individu menerima banyak peran tetapi tidak mampu melakukannya.

### **2.1.1 Faktor yang Mempengaruhi Penyesuaian Diri dengan Peran**

Terdapat lima faktor, yaitu (1) kejelasan perilaku dan pengetahuan yang sesuai dengan peran (2) konstipasi respon orang yang berarti terhadap peran yang dilakukan (3) keseimbangan dan kesesuaian antara peran yang dilakukan (4) keselarasan harapan dan kebudayaan dengan peran dan (5) kesesuaian situasi yang dapat mendukung pelaksanaan peran.

Dalam perkembangan selanjutnya, Notoadmojo (1997) menyatakan bahwa secara lebih operasional, peran/perilaku seseorang tergantung dari stimulus internal (bentuk pasif) terdiri dari pengetahuan dan tanggapan/sikap batin yang merupakan dasar dari peran/perilaku itu sendiri (bentuk aktif). Untuk lebih jelasnya pada bagian ini penulis uraikan tentang konsep pengetahuan dan sikap.

### **2.1.2 Peran Keluarga**

Agar pertumbuhan dan perkembangan dapat berlangsung secara optimal, Nye (1985) mengenalkan delapan area penting bagi keluarga yang dilakukan baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Peran tersebut meliputi:

- 1) Pernikahan/kedudukan sebagai orang tua/memberi nafkah

- 2) Pemeliharaan rumah tangga
- 3) Sosialisasi rumah tangga
- 4) Sosialisasi anak
- 5) Seksualitas
- 6) Rekreasi
- 7) Kekeluargaan
- 8) Perawatan anak
- 9) Pengobatan (perawatan anggota keluarga yang sakit)

Menurut Azrul (1995) keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita gangguan Skizofrenia hendaknya dapat berperan:

- 1) mengetahui tentang penyakit Skizofrenia
- 2) membuat keputusan tindakan kesehatan bagi anggota keluarga yang sakit Skizofrenia
- 3) mampu memberikan pengobatan dan perawatan klien dengan Skizofrenia
- 4) menciptakan lingkungan keluarga yang sehat melalui sikap, ekspresi dan emosi
- 5) memanfaatkan fasilitas atau sumber-sumber yang ada di masyarakat

## 2.2 Sikap

Sikap merupakan reaksi /respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Notoadmojo,1997:130). Salah satu ahli psikologi social Newcombe, yang dikutip oleh Notoadmojo menyatakan

bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku/peran. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan reaksi terbuka, reaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap suatu objek.

Dalam bagian lain, Alloport dikutip Notoadmojo (1997) menyatakan bahwa sikap itu mempunyai tiga komponen pokok yaitu (1) kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu objek (2) kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek (3) kecenderungan untuk bertindak (trend to behave). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap utuh (total attitude). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

### **2.2.1 Tingkatan Sikap**

#### **1) Menerima (Receiving)**

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian itu terhadap ceramah-ceramah.



## 2) Merespon (Responding)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah, berarti orang menerima ide tersebut.

## 3) Menghargai (Valuing)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya, seorang ibu yang mengajak ibu lain (tetangga, saudara dan sebagainya) untuk pergi menimbang berat badan anaknya ke POSYANDU, atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

## 4) Bertanggung Jawab (Responsible)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya, seorang ibu mau menjadi skseptor KB, meskipun mendapat tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri.

Sikap mungkin terarah pada benda, orang, tetapi juga peristiwa, pandangan, lembaga, norma dan nilai.

### 2.2.2 Ciri Sikap

- 1) Sikap bukan dibawa sejak lahir, melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan orang itu dalam hubungan dengan objeknya. Sifat ini membedakan dengan sifat motif-motif biogenitas seperti lapar, haus, kebutuhan istirahat.
- 2) Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan dan syarat tertentu
- 3) Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi mempunyai hubungan terhadap suatu objek. Sikap terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu objek yang dapat dirumuskan secara jelas
- 4) Objek sikap dapat merupakan satu hal tertentu, tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut
- 5) Sikap mempunyai segi motivasi dan perasaan. Sifat inilah yang membedakan sikap dari kecakapan atau pengetahuan yang dimiliki orang

Sikap merupakan suatu pandangan, tetapi dalam hal ini masih berbeda dengan suatu pengetahuan yang dimiliki orang. Pengetahuan mengenai suatu objek tidak sama dengan sikap terhadap objek itu. Pengetahuan saja belum menjadi penggerak seperti halnya pada sikap. Pengetahuan mengenai suatu objek baru menjadi sikap apabila pengetahuan itu disertai kesiapan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan terhadap objek itu.

Menurut Purwanto (1999) pembentukan sikap tidak terjadi demikian saja, melainkan melalui suatu proses tertentu, melalui kontak social terus menerus antara individu dengan individu lain disekitarnya. Faktor - factor yang mempengaruhi terbentuknya sikap adalah : (1) faktor intern : yaitu faktor-faktor yang terdapat dalam diri orang yang bersangkutan seperti selektifitas dan (2) faktor extern yang merupakan factor diluar manusia yaitu :

- 1) Sifat obyek yang dijadikan sasaran sikap
- 2) Kewajiban orang yang mengemukakan suatu sikap
- 3) Sikap orang-orang atau kelompok yang mendukung sikap tersebut
- 4) Media komunikasi yang digunakan dalam penyampaian sikap
- 5) Situasi saat sikap dibentuk

Sikap keluarga terhadap klien dengan Skizofrenia akan dipengaruhi oleh hal-hal diatas.

### 2.3 Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas dari seseorang (organisme) yang bersangkutan (Notoadmojo, 1993:55). Skinner menyatakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan respon. Respon dibedakan dalam dua bentuk. Pertama, responden respon atau refleksif, adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu secara langsung. Kedua, Operan respon atau instrumental respon, adalah respon yang

timbul dan berkembangnya diikutip oleh perangsangan tertentu. Rangsang seperti ini disebut reinforcement stimuli.

Terjadinya suatu perilaku dipengaruhi oleh berbagai factor, internal maupun eksternal. Menurut Snechandu B Kar, perilaku bertitik tolak dari niat (behavior intention), dukungan social (social support), ketersediaan informasi (information accescible), otonomi pribadi (personal otonomy) dan situasi untuk bertindak (action situation) (Notoadmojo, 1993). Sedangkan menurut WHO, perilaku terbentuk akibat adanya empat alasan pokok, yaitu:

- 1) Pemikiran dan perasaan (feeling and thought) yakni dalam bentuk pengetahuan, sikap, persepsi, kepercayaan dan nilai-nilai seseorang terhadap objek
- 2) Orang penting sebagai referensi
- 3) Sumber daya (resources), yang meliputi fasilitas, uang, waktu dan tenaga
- 4) Perilaku normal, kebiasaan, nilai dan pola hidup

Individu menguji coba perilakunya di dalam keluarga, dan umpan balik keluarga mempengaruhi individu dalam mengadopsi perilaku tertentu. Semua ini merupakan persiapan individu untuk berperan dalam masyarakat.

Perilaku keluarga terhadap anggota keluarganya yang mengidap penyakit Skizofrenia dipengaruhi oleh pemikiran dan perasaannya. Perilaku mereka akan maladaptive terhadap klien bila keluarga tidak

memiliki pengetahuan dan persepsi terhadap perawatan Skizofrenia. Pada akhirnya akan menambah tingkat kecemasan klien dan kekambuhannya.

## 2.4 Pengetahuan

Dalam taksonomi Bloom, pengetahuan merupakan level pertama yang mencakup ketrampilan sederhana atau tingkat pengetahuan pertama dari keenam kategori yaitu pemahaman, penerapan, analisis, sintesis dan evaluasi (Paulina Pannen, 1997). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Tanpa pengetahuan, seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi (Sukijo N, 1993). Pengetahuan adalah suatu bangunan statik yang berisi fakta-fakta, dibangun secara bertahap, langkah demi langkah dan mencakup tentang ide bahwa pengetahuan merupakan sebuah cara pandang terhadap sesuatu, sebuah perspektif, yang belum tentu benar tetapi cukup baik, sampai ditemukan sesuatu yang lebih baik (Kate dan Barbara, 1992).

Pengetahuan tentang perawatan klien dengan Skizofrenia sangat diperlukan keluarga untuk memberikan perawatan pada keluarganya yang menderita sakit Skizofrenia secara mandiri. Pengetahuan tersebut memberikan dasar konseptual dan rasional terhadap metode pendekatan

yang dipilih untuk mencapai tujuan-tujuan keperawatan yang spesifik dan tepat (Dorothy E. Johnson,1997).

Peran keluarga dalam mencegah proses kekambuhan anggota keluarganya yang menderita Skizofrenia harus dilandasi pengetahuan yang memadai, sehingga hasilnya bisa optimal. Klien akan sering masuk kerumah sakit karena alasan umum alasan dirumah sakit adalah ketidakmampuan klien dan keluarga menangani masalah di rumah. Klien dan keluarga perlu mempunyai pengetahuan untuk mengantisipasi masalah yang mungkin terjadi di rumah (Keliat, 1995). Pada umumnya mereka tidak mengetahui cara menangani perilaku klien seperti menarik diri, tidak aktif, penampilan tidak serasi, dan komunikasi terhambat.

## 2.5 Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain didalam peranannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan (Bailon, dikutip Efendy, 1998). Menurut UU no. 10 tahun 1992 dikutip oleh Herawati (2000), keluarga di Indonesia adalah unit terkecil dalam masyarakat, yang terdiri dari suami istri dan anakatau ayah ibu dan anak.

Peran serta keluarga dalam perawatan gangguan jiwa sangat penting. Keluarga tempat individu memulai hubungan interpersonal

dengan lingkungannya. Keluarga merupakan institusi pendidikan utama bagi individu untuk belajar dan mengembangkan nilai sikap dan perilaku (Keliat, 1995). Jika keluarga dipandang sebagai satu system, maka gangguan yang terjadi pada salah satu anggota dapat mempengaruhi seluruh system, sebaliknya disfungsi keluarga dapat menjadi penyebab terjadinya gangguan pada anggota.

Berbagai pelayanan kesehatan jiwa bukan merupakan tempat klien seumur hidup tetapi hanya fasilitas yang membantu klien dan keluarga mengembangkan kemampuan dalam mencegah, menanggulangi masalah dan mempertahankan keadaan adaptif.

## 2.6 Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit (tidak selalu bersifat kronis atau 'deterioting') yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan pengaruh genetik, fisik dan social budaya. Umumnya ditandai oleh adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi serta oleh afek yang tidak wajar/tumpul. Kesadaran jernih dan kemampuan intelektual biasanya terpelihara, walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang kemudian (Rusdi Maslim, 1996)

### 2.6.1 Etiologi

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa yang umum dijumpai. Etiologi dari skizofrenia sebagai berikut:

#### 1) Keturunan

Dapat dipastikan bahwa factor keturunan menentukan timbulnya Skizofrenia. Hal ini dapat dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga yang menderita Skizofrenia dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0.9%-1.8%; saudara kandung 7-15%; anak dengan salah satu orang tua menderita Skizofrenia 7-16%; bila kedua orang tua menderita Skizofrenia 40-68%; kembar dua telur (heterozygot) 2-15%; kembar satu telur (monozygot) 61-86%.

#### 2) Endokrin

Dulu Skizofrenia diduga disebabkan oleh suatu gangguan endokrin. Teori ini muncul, berhubungan dengan timbulnya Skizofrenia saat pubertas, waktu kehamilan, atau puerperium atau masa kehamilan, dan waktu klimakterium.

#### 3) Metabolisme

Ada orang menyangka bahwa Skizofrenia disebabkan oleh suatu gangguan metabolisme, karena penderita sering tampak pucat dan tidak sehat. Ujung extremitas agak sianotis, nafsu makan berkurang dan berat badan turun. Hipotesis ini tidak dibenarkan oleh banyak sarjana, namun sekarang mulai mendapat perhatian lagi berhubungan dengan penelitian dengan obat halosinogenik seperti meskalin dan asam lasergik



diethylamida (LSD-25). Obat-obat ini dapat menimbulkan gejala-gejala yang mirip dengan gejala-gejala Skizofrenia, tetapi reversible. Mungkin Skizofrenia disebabkan oleh suatu "inborn error of metabolism", tetapi hubungan ini belum ditemukan.

#### 4) Susunan Saraf Pusat

Ada yang mencari penyebab Skizofrenia ke arah kelainan susunan saraf pusat di diensefalon dan korteks otak.

Teori-teori tersebut diatas merupakan teori somatogenik, yaitu teori yang mencari penyebab Skizofrenia dalam kelainan badaniah. Kelompok teori yang lain ialah teori Psikogenik, yaitu Skizofrenia disebabkan sebagai suatu gangguan fungsional dan penyebab utama ialah konflik, stress psikologik dan hubungan antar manusia yang mengecewakan. Teori-teori kelompok ini adalah sebagai berikut:

#### 5) Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh suatu penyakit badaniah, sebab dari dulu hingga sekarang tidak ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada susunan saraf. Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang itu akan menjauh dari kenyataan (otisme).

#### 6) Teori Sigmund Freud

Pada Skizofrenia terdapat kelemahan ego yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik; super ego

didikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme; kehilangan kapasitas untuk pemindahan sehingga terapi psikogenik tidak mungkin

#### 7) Teori Eugen Bleuler (1875-1938)

Istilah Skizofrenia dipakai karena nama ini dapat dengan tepat menonjolkan gejala utama yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan (schizos=pecah-belah atau bercabang, phren=jiwa).

Gejala-gejala Skizofrenia dibagi menjadi dua, gejala primer (gangguan proses piker, emosi, kemauan, otisme) dan gejala sekunder (waham, halusinasi, gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain). Bleuler menganggap bahwa gejala primer merupakan manifestasi penyakit badaniah (masih hipotesa), sedangkan gejala sekunder ialah manifestasi dari usaha penderita untuk menyesuaikan diri terhadap gangguan primer tadi.

#### 8) Teori Lain

Menganggap Skizofrenia sebagai suatu sindroma yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam sebab, antara lain pendidikan yang salah, keturunan, maladaptasi, tekanan jiwa, penyakit badaniah seperti lues otak, arterosklerosa otak dan penyakit lain yang belum diketahui.

9) Gangguan psikosomatik, gejala-gejala pada badan hanya sekunder karena gangguan dasar yang psikogenik, atau merupakan manifestasi somatik dari gangguan psikogenik. Tetapi pada Skizofrenia justru

kesukaran ialah untuk menentukan mana yang primer dan mana yang sekunder, mana yang merupakan penyebab dan mana yang merupakan akibatnya saja.

### 2.6.2 Pembagian Skizofrenia

Pembagian Skizofrenia menurut Kreplin menjadi beberapa jenis masih dipakai sampai sekarang. Permbagiannya adalah sebagai berikut:

#### 1) Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama jenis ini adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses pikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali didapatkan. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia mundur dari pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi penganggur, dan bila tidak ada orang yang menolongnya mungkin ia akan menjadi pengemis, pelacur atau 'penjahat'.

#### 2) Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan atau sub akut dan sering timbul pada masa remaja atau antara usia 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses pikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti

mannerisme, neologisme ayau berperilaku seperti kanak-kanak sering terdapat pada hebefrenik. Waham dan halusinasi banyak sekali.

### 3) Skizofrenia Katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

#### a) Stupor Katatonik

Pada stupor katatonik penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya. Emosinya sangat dangkal. Gejala yang penting ialah gejala psikomotor seperti mutisme; muka tanpa mimik seperti topeng; stupor, penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang untuk beberapa bulan; bila diganti posisinya penderita akan menentang(negativisme); makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses di tahan; terdapat grimas dan katalepsi. Secara tiba-tiba atau pelan-pelan penderita keluar dari keadaan tupor ini dan mulai berbicara dan bergerak

#### b) Gaduh Gelisah Katatonik

Terdapat hiperaktivitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar

### 4) Skizofrenia Paranoid

Gejala Hebefrenia dan katatonik sering lama-kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, atau gejala-gejala

hebefrenia dan katatonia bercampuran. Tidak demikian halnya dengan Skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan. Gejala-gejala yang menyolok adalah waham primer disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Baru dengan pemeriksaan yang teliti ternyata adanya gangguan proses berfikir, gangguan afek, emosi dan kemauan.

#### **5) Episode Skizofrenia akut**

Gejala Skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti kusus baginya (keadaan Oneroid).

#### **6) Skizofrenia Residual**

Suatu keadaan Skizofrenia dengan gejala-gejala primernya Bleurer, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekundernya. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan Skizofrenia.

#### **7) Skizofrenia Skizo-afektif**

Disamping gejala-gejalania Skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala jenis depresi (skizo-depresif) atau gejala-gejala mania (skizo-manik). Jenis ini cenderung menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

### 2.6.3 Pengobatan

Pengobatan klien Skizofrenia dilaksanakan secara holistic yang meliputi somatoterapi (farmakoterapi, ECT), Psikoterapi dan manipulasi lingkungan atau edukasi.

#### 1) Farmakoterapi

Neuroleptika dengan dosis efektif rendah lebih bermanfaat pada pasien dengan Skizofrenia yang menahun. Dosis efektif tinggi lebih bermanfaat bagi klien dengan psikomotorik yang meningkat. Klien dengan Skizofrenia menahun, neuroleptika diberi dalam jangka waktu yang tidak ditentukan lamanya dengan dosis yang naik turun sesuai dengan keadaannya.

#### 2) Terapi Elektro Convulsi

Terapi ini baik hasilnya pada klien dengan Skizofrenia jenis katatonik, terutama katatonik stupor.

#### 3) Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi yang dapat membantu pasien adalah psikoterapi suportif individual atau kelompok. Terapi kerja sangat baik untuk mendorong klien bergaul lagi dengan klien lain, perawat dan dokter.

### 2.6.4 Kekambuhan

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia (1990) kambuh adalah kondisi jatuh sakit lagi yang biasanya lebih parah dari kondisi sebelumnya. Kekambuhan menurut Stuart and Sundeen (1995),

kekambuhan adalah munculnya gejala-gejala Skizofrenia yang sama adri gejala sebelumnya. Sulinger (1988) dalam Keliat (1995) mengatakan bahwa kekambuhan klien dengan Skizofrenia 50% pada tahu I, 70% tahun II, dan menurut Carson dan Ross, 100% kambuh pada tahun V. Sedangkan menurut Hogar (1979) dikutip oleh Holiday (1987), 40% klien Skizofrenia kambuh pada tahun I.

Sulinger (1988) dalam Keliat (1995) mengidentifikasi empat factor penyebab kekambuhan klien Skizofrenia dan perlu dirawat di rumah sakit, yaitu:

#### 1) Klien

klien yang gagal memakan obat dengan teratur mempunyai kecenderungan kambuh. Hasil penelitian menunjukkan 25%-50% klien pulang dari RS jiwa tidak memakan obat secara teratur (Keliat,1995).

#### 2) Dokter

Pemakaian obat neuroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping tardive diskinesia (seperti gerakan takterkontrol) yang dapat mengganggu hubungan sosial.

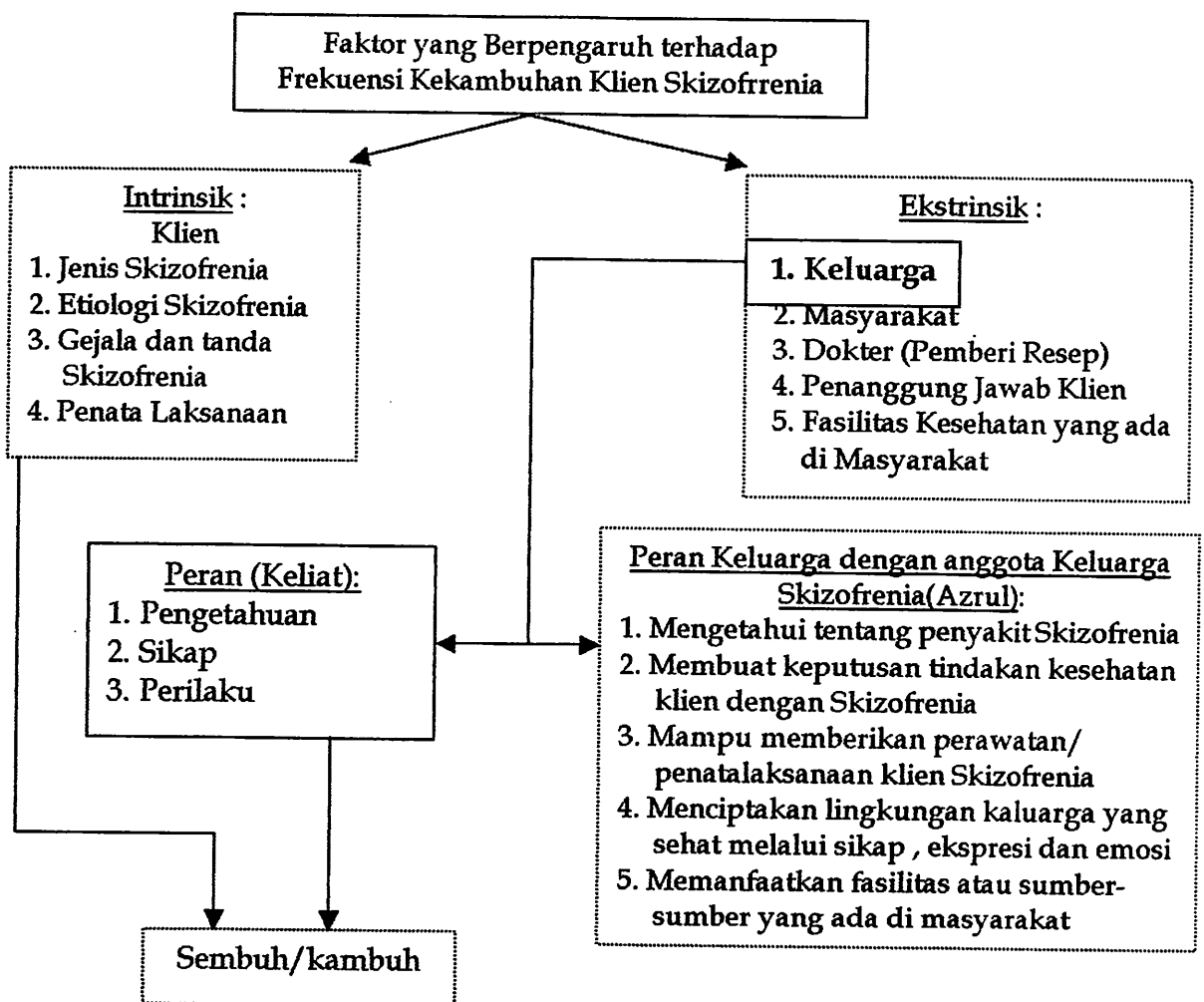
#### 3) Perawat

Setelah klien pulang ke rumah, perawat puskesmas tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien di rumah

4) Keluarga

Faktor inilah yang sangat mendasar, sebab 57% kembalinya klien dirawat di rumah sakit disebabkan oleh keluarga dengan ekspresi emosi tinggi dan 17% dengan ekspresi emosi rendah (Keliat 1995).

2.7 Kerangka Konsep



2.8 Hipotesis

Ada hubungan antara peran serta keluarga dengan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia di ruangan Jiwa C RSUD Dr. Soetomo Surabaya.



**BAB 3**

**METODOLOGI PENELITIAN**

## BAB 3

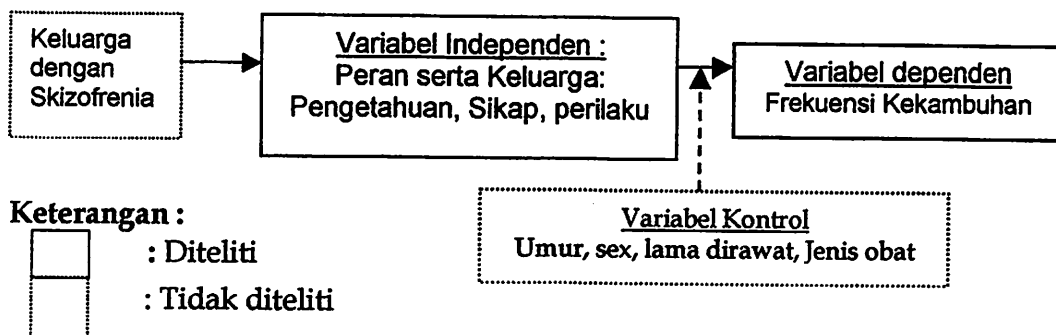
### METODOLOGI PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara penyelesaian masalah dengan menggunakan metode keilmuan. Pada bab ini akan disajikan desain penelitian, populasi dan sampling, identifikasi variable, rencana pengolahan data, masalah etika dan keterbatasan.

#### 3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah cross sectional, dimana peneliti melakukan observasi dan pengukuran variabel pada satu saat saja, yaitu waktu pengkajian data (Sastroasmoro S. dan Ismael, 1995).

#### 3.2 Kerangka Kerja (Frame Work)



### **3.3 Populasi, Sampel dan Sampling**

#### **3.3.1 Populasi**

Populasi adalah bagian keseluruhan dari suatu variable yang menyangkut masalah yang diteliti (Nursalam dan Siti Pariani, 2000). Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh keluarga penderita Skizofrenia di Ruang Jiwa C RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

#### **3.3.2 Sampel dan Sampling**

Sampel adalah sebagian dari populasi yang dipilih dengan sampling tertentu untuk bisa memenuhi/mewakili populasi (Nursalam dan Siti Pariani, 2000). Pada penelitian ini sample diambil dari seluruh keluarga penderita Skizofrenia di Ruang Jiwa C RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Jumlah sampel ditentukan menggunakan consecutive sampling yang dilaksanakan selama tiga minggu pada bulan Maret, didapatkan 30 responden.

#### **3.3.3 Kriteria Sampel**

##### **3.3.3.1 Kriteria Inklusi**

Karakteristik sample yang layak diteliti adalah sebagai berikut:

- 1) Memiliki anggota keluarga penderita skizofrenia yang tinggal serumah
- 2) Responden bersedia untuk diteliti dan menanda tangani inform concent

- 3) Memiliki anggota keluarga penderita skizofrenia dan sudah pernah kambuh
- 4) Keluarga yang terlibat langsung dalam perawatan (suami/istri/ ayah/ibu/ saudara kandung/keponakan)
- 5) Tidak mengalami gangguan jiwa sedang/berat
- 6) Bisa bahasa Indonesia dengan baik dan baca tulis

### 3.3.3.2 Kriteria eksklusi

Responden yang tidak layak diteliti antara lain:

- 1) Responden tidak bersedia diteliti.
- 2) Memiliki anggota keluarga penderita skizofrenia dan belum pernah kambuh
- 3) Memiliki anggota keluarga penderita skizofrenia dan tidak tinggal serumah
- 4) Tidak bisa berbahasa Indonesia dengan baik dan baca tulis

### 3.4 Identifikasi Variabel

Variabel adalah karakteristik obyek penelitian yang berubah satu ke yang lainnya (Sastroasmoro, 1995).

#### **3.4.1 Variabel Independen (Variabel Bebas)**

Variabel independen adalah suatu aktivitas yang dimanipulasi oleh peneliti untuk menciptakan suatu dampak pada variable dependent (Nursalam dan Siti pariani, 2000:67). Dalam penelitiannya ini variabel independennya adalah factor yang diprediksi sebagai factor yang mempengaruhi yaitu peran serta keluarga yang meliputi pengetahuan, sikap dan perilaku.

#### **3.4.2 Variabel Dependen (Variabel Tergantung)**

Adalah variabel respon, yaitu variabel yang muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel bebas (Nursalam dan Siti pariani, 2000:67). Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah kekambuhan klien dengan Skizofrenia.

### 3.5 Definisi Operasional

| Variabel                | Definisi Operasional   | Parameter  | Alat Ukur | Skala   | Skor   |
|-------------------------|--|--|-----------|---------|--|
| <u>V. Independen</u>    |  |  |           |         |  |
| Peran serta Keluarga:   |  |  |           |         |  |
| 1. Pengetahuan keluarga | Pengetahuan merupakan hasil Dari tahu dan terjadi setelah orang Melakukan pengindraaan terhadap Suatu objek tertentu | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definisi Skizofrenia</li> <li>2. Penyebab Skizofrenia</li> <li>3. Tanda dan gejala Skizofrenia</li> <li>4. Perawatan klien dengan Skizofrenia</li> <li>5. Pengobatan klien dengan Skizofrenia</li> </ol> | Kuesioner | Ordinal | Memilih 1 option skor 1<br>Memilih 2 option skor 2<br>Memilih 3 option skor 3<br>Memilih 4 option skor 4<br>Nilai tertinggi 24<br>Baik : 16-24 (kode 2)<br>Kurang : $\leq 15$ (kode 1) |
| 2. Sikap Keluarga       | Sikap merupakan respon seseorang Yang masih tertutup terhadap Suatu stimulus atau objek                              | Sikap: Pengambilan keputusan yang tepat Dalam pemilihan pengobatan, tempat Perawatan dan tindakan saat kambuh  | Kuesioner | Ordinal | Memilih setuju 1,<br>tidak setuju 0<br>Baik : 3-5 (Kode 2)<br>kurang 2-1 (kode 1)  |
| 3. Perilaku keluarga    | Perilaku adalah suatu bentuk Tindakan atau aktivitas   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan pemberian obat</li> <li>2. Pemenuhan kebutuhan dasar</li> <li>3. Ketepatan waktu kontrol</li> <li>4. Perawatan klien di rumah</li> </ol>   | Kuesioner | Ordinal | Baik : 13-20 (Kode 2)<br>Kurang $\leq 12$ (Kode 1)   |
| <u>V. Dependen</u>      |  |  |           |         |  |
| Frekuensi Kekambuhan    | Kondisi jatuh sakit lagi yang biasanya lebih parah dari yang terdahulu   | Frekuensi kambuh dalam satu tahun  | Kuesioner | Ordinal | Meningkat $\geq 3$ (Kode 1)<br>Menurun $\leq 2$ (Kode 2)   |

## **3.6 Pengumpulan dan Analisa**

### **3.6.1 Pengolahan**

#### **3.6.1.1 Instrumen**

Instrumen yang dikumpulkan dalam pengumpulan data adalah dengan kuesioner tentang peran serta keluarga terhadap kekambuhan, disebarkan pada responden yang memenuhi kriteria inklusi.

#### **3.6.1.2 Prosedur**

Setelah data terkumpul, dilakukan penyuntingan dan koding. Teknik pemberian skor pada kuesioner peran serta keluarga untuk mengetahui perilaku menggunakan skala ordinal, dimana responden menjawab pertanyaan dengan memilih pilihan yang disediakan. Jika 1 option skor 1, 2 option skor 2, 3 option skor 3 dan jika 4 option skor 4. Sedangkan pada sikap, responden memilih jawaban setuju mendapat skor 1, tidak setuju mendapat skor 0. Pada kuesioner kekambuhan, responden menjawab salah satu option yang disediakan. Dengan demikian, pada peran serta keluarga, untuk mengetahui pengetahuan, nilai tertinggi 24, terendah 6. Sikap, nilai tertinggi 5 dan terendah 0. Perilaku, nilai tertinggi 20, nilai terendah 5. Pengetahuan baik bila nilai kuesioner 16-24 dan kurang (<16). Sikap keluarga baik bila responden menjawab 3-5 item dan kurang 0-2. Perilaku baik bila nilainya 13-20 dan kurang nilainya <13. Frekuensi kekambuhan meningkat bila klien

dalam satu tahun kambuh lebih dari atau sama dengan 3, dan menurun bila kurang dari 3 kali per tahun.

### **3.6.1.3 Alat Ukur**

Alat ukur yang digunakan adalah angket atau kuesioner yang terstruktur, sehingga memungkinkan responden dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan.

### **3.6.2 Analisa Data**

Data yang telah diperoleh dengan kuisisioner kemudian dianalisis dengan tabel distribusi, dan dilakukan tabulasi silang. Untuk mengetahui adanya hubungan antara peran serta keluarga dengan kekambuhan klien Skizofrenia diuji dengan uji statistik Fisher Exact Test dengan derajat kemaknaan  $p \leq 0,05$  artinya ada hubungan yang bermakna antara 2 variabel maka  $H_0$  ditolak.

### **3.7 Tempat dan Waktu Penelitian**

Tempat penelitian di Ruang C RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Waktu penelitian bulan Maret 2002



### 3.8 Etika Penelitian

Pada penelitian ini kami mengajukan permohonan kepada direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya untuk mendapatkan persetujuan. Setelah mendapat persetujuan, maka kami menyebarkan kuisisioner kepada subyek yang bersedia diteliti, dengan menekankan kepada masalah etika yang meliputi :

#### 1) Lembar Persetujuan Responden

Lembar persetujuan ini akan diedarkan sebelum penelitian dilaksanakan pada seluruh subyek yang akan diteliti. Jika subyek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, tetapi jika tidak bersedia maka peneliti harus tetap menghargai hak-haknya.

#### 2) Anonimity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, penelitian tidak mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data (kuisisioner) yang diisi oleh subyek, lembar tersebut hanya diberi kode nomor tertentu.

#### 3) Confidentiality (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subyek dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian.

### 3.9 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Burns dan Grove, 1991). Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti adalah :

- 1) Desain cross sectional hanya mengamati sesaat, satu kali saja, sehingga sulit menentukan hubungan sebab akibat dan sampel yang dibutuhkan harus besar.
- 2) Waktu penelitian yang terbatas, sehingga pelaksanaan penelitian tidak bisa optimal.
- 3) Kuesioner yang digunakan belum pernah diujicobakan terlebih dahulu sebelum penelitian dilaksanakan, sehingga validitasnya masih kurang
- 4) Hasil penelitian hanya berlaku pada keluarga klien yang menjalani rawat inap di IRNA Jiwa, tidak bisa digeneralisasi di tempat lainnya yang mempunyai level yang lebih luas.

## BAB 4

# HASIL DAN PEMBAHASAN

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi hasil dan pembahasan penelitian yang telah dilaksanakan di ruang Jiwa C Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya mulai tanggal 11-31 Maret 2002. Hasil penelitian meliputi data umum yang berisi karakteristik responden yang meliputi umur, Jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, agama dan penghasilan per bulan. Sedangkan data khusus meliputi pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga serta frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia.

Analisa data dilakukan secara deskriptif analitik. Identifikasi tingkat signifikansi variable penelitian dilakukan uji statistik Fisher Exact Test dengan derajat kemaknaan  $p \leq 0.05$ . Bila nilai probabilitasnya kurang dari 0,05 ( $p \leq 0.05$ ) maka ada korelasi bermakna antara dua variable yang diteliti atau H1 diterima dan Ho ditolak.

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Data Umum

Data umum berisi karakteristik yang meliputi umur, pekerjaan, dan tingkat pendidikan dari 30 responden yang telah memenuhi kriteria inklusi.

## 4.1.1.1 Karakteristik Responden

Tabel 1: Karakteristik Responden

| Karakteristik Responden                | Jumlah | Prosentase |
|--|--------|------------|
| <b>1. <u>Umur</u></b>                  |        |            |
| • 20-30 tahun                          | 14     | 46.7       |
| • 30-40 tahun                          | 11     | 36.7       |
| • 40-50 tahun                          | 2      | 6.7        |
| • Lebih dari 50 tahun                  | 3      | 10         |
| <b>2. <u>Jenis kelamin</u></b>         |        |            |
| • Laki-laki                            | 10     | 66.7       |
| • Perempuan                            | 20     | 33.3       |
| <b>3. <u>Pendidikan terakhir</u></b>   |        |            |
| • Tidak sekolah                        | 2      | 6.7        |
| • SD                                   | 8      | 26.7       |
| • SMP                                  | 6      | 20         |
| • SMA                                  | 11     | 36.7       |
| • Perguruan Tinggi                     | 3      | 10         |
| <b>4. <u>Pekerjaan</u></b>             |        |            |
| • Tidak bekerja                        | 11     | 36,7       |
| • Buruh                                | 3      | 10         |
| • Swasta/wiraswasta                    | 11     | 36,7       |
| • PNS/ABRI                             | -      | -          |
| • Tani                                 | 5      | 6,67       |
| <b>5. <u>Hubungan dengan klien</u></b> |        |            |
| • Ayah                                 | 3      | 10         |
| • Ibu                                  | 11     | 36.7       |
| • Anak                                 | 1      | 3.3        |
| • Saudara                              | 12     | 40         |
| • Istri/suami                          | 3      | 10         |
| <b>6. <u>Agama</u></b>                 |        |            |
| • Islam                                | 28     | 93.3       |
| • Katholik                             | 1      | 3.3        |
| • Budha                                | 1      | 3.3        |
| <b>7. <u>Penghasilan</u></b>           |        |            |
| • Tidak tetap                          | 11     | 36.7       |
| • ≤ 200.000/bulan                      | 7      | 23.3       |
| • 200.000-500.000/bulan                | 6      | 20         |
| • 500.000-1.000.000/bulan              | 4      | 13.3       |
| • Lebih dari 1.000.000/bulan           | 2      | 6.7        |

Mayoritas respondent berumur 20-40 tahun, berkelamin laki-laki. Umumnya mereka berpendidikan Sekolah Menengah Atas (36,7%), beragama Islam (93,3%) yang mempunyai pekerjaan tidak tetap (11%) dan swasta (11%) serta berpenghasilan tidak tetap perbulannya. Hubungan responden dengan klien umumnya adalah ibu klien (36,7%) dan saudara (40%).

#### 4.1.2 Data Khusus

##### 4.1.2.1 Identifikasi Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Responden

Tabel 2: Hasil Kuesioner tentang Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Responden

|             | N  | Nilai  | Frekuensi | Prosentase |
|-------------|----|--------|-----------|------------|
| Pengetahuan | 30 | Baik   | 15        | 50         |
|             |    | Kurang | 15        | 50         |
| Sikap       | 30 | Baik   | 19        | 63.3       |
|             |    | Kurang | 11        | 36.7       |
| Perilaku    | 30 | Baik   | 20        | 66.7       |
|             |    | Kurang | 10        | 33.3       |

Dari hasil kuesioner pada 30 responden yang menunggu klien Skizofrenia di ruang Jiwa C RSUD dr. Soetomo, didapatkan bahwa tingkat pengetahuan responden yang baik 15 orang (50%) dan kurang 15 orang (50%). Mayoritas sikap klien terhadap anggota keluarga dengan Skizofrenia yang baik (63.3%), kurang sebanyak 36,7% dan mereka umumnya memiliki perilaku yang baik (66.7%) sedangkan yang kurang 33,3% nya.

#### 4.1.2.2 Identifikasi Frekuensi Kekambuhan Klien

Tabel 3: Frekuensi Kekambuhan

|            | N  | Frekuensi | Jumlah | Prosentase |
|------------|----|-----------|--------|------------|
| Kekambuhan | 30 | Meningkat | 14     | 46.7       |
|            |    | Menurun   | 16     | 53.3       |

Berdasarkan hasil kuesioner, didapatkan frekuensi kekambuhan klien dalam satu tahun yang meningkat sebanyak 14 klien (46,7%). 10 orang mengalami kekambuhan sebanyak tiga kali dan empat orang mengalami kekambuhan sebanyak empat kali dalam satu tahun. Sedangkan klien yang mengalami penurunan frekuensi kekambuhan sebanyak 16 orang (53.3%), lima orang kambuh sekali dan 11 orang kambuh dua kali dalam satu tahun.

#### 4.1.2.3 Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia

Tabel 4: Hubungan Pengetahuan dengan Frekuensi Kekambuhan

|                                  |                     |                     | KAMBUH  |           | Total  |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|--------|
|                                  |                     |                     | menurun | meningkat |        |
| Pengetahuan                      | kurang              | Jumlah              | 4       | 11        | 15     |
|                                  |                     | % dalam Pengetahuan | 26.7%   | 73.3%     | 100.0% |
|                                  | % dalam Kekambuhan  | 25.0%               | 78.6%   | 50.0%     |        |
|                                  | baik                | Jumlah              | 12      | 3         | 15     |
| % dalam Pengetahuan              |                     | 80.0%               | 20.0%   | 100.0%    |        |
| % dalam Kekambuhan               | 75.0%               | 21.4%               | 50.0%   |           |        |
| Total                            | Jumlah              | 16                  | 14      | 30        |        |
|                                  | % dalam Pengetahuan | 53.3%               | 46.7%   | 100.0%    |        |
|                                  | % dalam Kekambuhan  | 100.0%              | 100.0%  | 100.0%    |        |
| $\chi^2 = 8,571 \quad p = 0,005$ |                     |                     |         |           |        |

Hasil uji Fisher Exact test didapatkan adanya hubungan antara pengetahuan keluarga dan frekuensi kekambuhan. Probabilitas yang

diperoleh sebesar 0,005 yang lebih kecil dari  $p = 0,05$ , berarti hipotesa nol ditolak dan hipotesa kerja diterima.

#### 4.1.2.4 Hubungan Sikap Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia

Tabel 5: Hasil Hubungan Sikap dengan Frekuensi Kekambuhan

|                               |        |                | KAMBUH         |           | Total  |
|-------------------------------|--------|----------------|----------------|-----------|--------|
|                               |        |                | menurun        | meningkat |        |
| SIKAP                         | kurang | Jumlah         | 3              | 8         | 11     |
|                               |        | % dalam SIKAP  | 27.3%          | 72.7%     | 100.0% |
|                               |        |                | % dalam KAMBUH | 18.8%     | 57.1%  |
|                               |        |                |                |           | 36.7%  |
|                               | baik   | Jumlah         | 13             | 6         | 19     |
|                               |        | % dalam SIKAP  | 68.4%          | 31.6%     | 100.0% |
|                               |        |                | % dalam KAMBUH | 81.3%     | 42.9%  |
|                               |        |                |                |           | 63.3%  |
| Total                         |        | Jumlah         | 16             | 14        | 30     |
|                               |        | % dalam SIKAP  | 53.3%          | 46.7%     | 100.0% |
|                               |        | % dalam KAMBUH | 100.0%         | 100.0%    | 100.0% |
| $X^2 = 4,739 \quad p = 0,035$ |        |                |                |           |        |

Hubungan antara sikap keluarga dan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia adalah signifikan. Probabilitas hasil uji statistik menunjukkan  $p = 0,035$  (lebih kecil dari  $p = 0,05$ ), sehingga Hipotesa nol ditolak dan H1 diterima.

#### 4.1.2.5 Hubungan Perilaku Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia

Tabel 6: Hasil Hubungan Perilaku dengan Frekuensi Kekambuhan

|                               |        |                  | KAMBUH         |           | Total  |
|-------------------------------|--------|------------------|----------------|-----------|--------|
|                               |        |                  | menurun        | meningkat |        |
| Perilaku                      | kurang | Jumlah           | 2              | 8         | 10     |
|                               |        | % dalam Perilaku | 20.0%          | 80.0%     | 100.0% |
|                               |        |                  | % dalam KAMBUH | 12.5%     | 57.1%  |
|                               |        |                  |                |           | 33.3%  |
|                               | baik   | Jumlah           | 14             | 6         | 20     |
|                               |        | % dalam Perilaku | 70.0%          | 30.0%     | 100.0% |
|                               |        |                  | % dalam KAMBUH | 87.5%     | 42.9%  |
|                               |        |                  |                |           | 66.7%  |
| Total                         |        | Jumlah           | 16             | 14        | 30     |
|                               |        | % dalam Perilaku | 53.3%          | 46.7%     | 100.0% |
|                               |        | % dalam KAMBUH   | 100.0%         | 100.0%    | 100.0% |
| $X^2 = 6,696 \quad p = 0,013$ |        |                  |                |           |        |



Probabilitas yang diperoleh dari uji Fisher Exact Test untuk mengetahui hubungan antara perilaku keluarga dan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia adalah  $p= 0,013$  yang lebih kecil dari  $p=0,05$ . Maka Hipotesa nol ditolak dan H1 diterima sehingga ada hubungan signifikan antara ke dua variable tersebut.

## 4.2 Pembahasan

### 4.2.1 Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Responden

Dari hasil kuesioner yang diperoleh bahwa mayoritas responden memiliki pengetahuan (50%), sikap (63,3%) dan perilaku (66,7%) yang baik. Hal ini bisa disebabkan karena tingkat pendidikan responden mayoritas dari SMA (36,7%) yang mempunyai hubungan saudara dengan klien dan hampir semua responden mempunyai pengalaman menunggu di rumah sakit selama klien dirawat sehingga memungkinkan terjadi alih informasi tentang program-program perawatan klien Skizofrenia yang diselenggarakan oleh perawat yang bertugas di ruang Jiwa C. Program informasi yang diberikan pada umumnya untuk meningkatkan pengetahuan keluarga agar mampu memberikan perawatan pada klien Skizofrenia secara mandiri di rumah. Pengetahuan yang meningkat akan mempengaruhi sikap dan perilaku responden terhadap salah satu keluarganya yang menderita Skizofrenia.

#### 4.2.2 Hubungan Pengetahuan Responden dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia

Hasil uji Fisher Exact Test menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan responden dengan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia ( $p= 0,005$ ). Hubungan kedua variable tersebut adalah kuat (+0,535), yang berarti semakin tinggi tingkat pendidikan responden semakin baik keluarga menurunkan frekuensi kekambuhan. Hal ini bisa dilihat data yang diperoleh, tingkat pendidikan responden baik (15 orang), klien yang mengalami frekuensi kekambuhan menurun sebanyak 12 orang dan 3 orang meningkat. Sedangkan tingkat pengetahuan responden yang kurang (15 orang), klien yang mengalami kenaikan frekuensi kekambuhan sebanyak 11 orang dan menurun 4 orang.

Pengetahuan responden yang baik akan memberikan landasan yang kuat dalam mengambil suatu keputusan, menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi secara konseptual dan rasional. Seperti yang dikemukakan oleh Keliat (1995), klien dan keluarga perlu mempunyai pengetahuan untuk mengantisipasi masalah yang mungkin terjadi di rumah. Pada akhirnya pengetahuan keluarga yang baik tentang perawatan klien dengan Skizofrenia akan menurunkan frekuensi kekambuhannya.

### 4.2.3 Hubungan Sikap Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan Klien

#### Skizofrenia

Hubungan sikap responden dengan frekuensi kekambuhan klien adalah signifikan yang positif ( $p=0,035$ ). Semakin baik sikap keluarga terhadap klien Skizofrenia, akan berdampak menurunkan frekuensi kekambuhan. Dari hasil kuesioner, sikap responden yang baik ada 19 orang, frekuensi kekambuhan klien yang menurun sebanyak 13 orang (68,4%) dan yang meningkat enam orang (31,6%).

Salah satu dari komponen sikap menurut Notoadmojo (1997) adalah emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek. Emosi memegang peranan penting dalam menilai suatu objek. Bila responden memiliki sikap yang baik terhadap klien Skizofrenia, maka responden akan memiliki tingkat emosional yang stabil dalam memberikan perawatan di rumah, sehingga akan menurunkan stressor yang dimiliki klien, yang pada akhirnya akan menurunkan frekuensi kekambuhan. Seperti yang pernah diteliti oleh Vaugh (1976) dan Synder (1981), keluarga yang memiliki ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik, banyak melibatkan diri klien) diperkirakan kambuh dalam waktu sembilan bulan dan 57% dirawat kembali.

Sikap yang baik akan mempengaruhi cara komunikasi keluarga dengan klien Skizofrenia dan lingkungan akan tercipta secara kondusif dalam keluarga itu sendiri (Purwanto, 1999). Kondisi ini akan mempengaruhi frekuensi kekambuhan klien.

#### 4.2.4 Hubungan Perilaku Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia

Dari hasil uji Fisher Exact Test didapatkan hasil, ada hubungan signifikan antara perilaku keluarga dengan frekuensi kekambuhan ( $p=0,013$ ). Perilaku keluarga yang baik akan menurunkan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia. Dari 20 responden yang memiliki perilaku baik terhadap anggota keluarganya yang menderita Skizofrenia, frekuensi kekambuhan klien yang menurun sebanyak 14 orang (70%) dan 6 enam orang meningkat (30%).

Perilaku responden terhadap anggota keluarganya yang mengidap penyakit Skizofrenia dipengaruhi oleh pemikiran dan perasaannya. Perilaku responden yang baik atau adaptif terhadap kondisi klien akan meningkatkan perawatan mandiri keluarga terhadap klien. Mayoritas responden memberikan dosis obat sesuai waktu dan dosisnya, memenuhi kebutuhan dasar klien memeriksakan klien/kontrol tepat waktu dan melibatkan klien dalam kegiatan sehari-hari di rumah. Menurut Appleton (1982) Klien yang gagal meminum obat dengan teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. 25%-50% klien yang pulang dari rumah sakit jiwa tidak makan obat secara tidak teratur.

Perilaku keluarga yang baik atau adaptif tersebut akan menurunkan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia.

## **BAB 5**

# KESIMPULAN DAN SARAN

## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dari hasil dan pembahasan penelitian yang telah dilakukan dan saran-saran yang sesuai dengan kesimpulan yang diambil.

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan data analisis dan verifikasi hipotesis, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1) Ada hubungan antara pengetahuan keluarga dengan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia ( $p= 0,005$ )
- 2) Ada hubungan antara sikap keluarga dengan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia ( $p= 0,035$ )
- 3) Ada hubungan antara perilaku keluarga dengan frekuensi kekambuhan klien Skizofrenia ( $p= 0,013$ )

#### 5.2 Saran

Mempertimbangkan hasil penelitian, saran yang dapat peneliti berikan sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan pengetahuan keluarga klien tentang perawatan klien dengan Skizofrenia melalui program-program penyuluhan di rumah sakit dan di rumah (home visit)

- 2) Meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan di puskesmas dan tokoh masyarakat tempat klien bertempat tinggal untuk kontinuitas perawatan klien Skizofrenia setelah pulang dari rumah sakit.
- 3) Penelitian lebih lanjut tentang cara perawatan menurunkan frekuensi kekambuhan klien dengan Skizofrenia terutama di ruang C RSUD dr. Soetomo Surabaya.



DAFTAR PUSTAKA



## DAFTAR PUSTAKA

- Achiryani S Hamid (1999) Riset Keperawatan I, Buku Ajar, Widya Medika, Jakarta, hal 35
- Ancihill, RI, Holiday, S and Higenbottom, I (1997) Schizophrenia; Exploring the Spectrum of Psychosis, John Whalley and Sons, Leichester, hal 70
- Burns, N and Grove S.K. (1991) The Practice of Nursing Research: Conduct, Critiques and Utilization, 2<sup>nd</sup> Ed, W.B. Saunders Company, U.S.A.
- Dadang hawari (2001) Skizofrenia Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa, FK-UI, Jakarta, hal 25
- Depdikbud (1990) Kamus Besar Bahasa Indonesia, Balai Pustaka, Jakarta
- Effendy, N (1998) Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat, EGC, Jakarta, hal 34
- Firdiyansah (1992) Peran Serta Keluarga dalam penatalaksanaan Skizofrenia (Tinjauan Kepustakaan) Jiwa XXV, Yayasan Kesehatan Jiwa, FKUI, Jakarta, hal 12
- Johnson, Dorothy E. (1997) The Nature of a Science of Nursing, in Leslie H. Nicol, (Ed) Perspective on Nursing Theory, 3<sup>rd</sup> Ed, Lippincott-Ravern Publishers, Philadelphia-New York., hal 223
- Kelliat, Budi Ana (1995) Peran Serta Keluarga dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa, EGC, Jakarta, hal 1, 7, 8, 11
- Marasmis, W.F (1994) Ilmu Kesehatan Jiwa, Airlangga University Press, Surabaya, hal 4,215-232
- Nursalam, Siti Pariani (2000) Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan, CV. Sagung Seto, Jakarta, hal 64-67
- Paulina Pannen (1997) Strategi Kognitif, dalam Mengajar di Perguruan Tinggi, Program Applied Approach, Pusat antar Universitas untuk Peningkatan dan Pengembangan Aktivitas Instruksional, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, hal 20

- Robinson, Kate and Barbara Vaughan (1992) Knowledge for Nursing; Butterorth-Heinemann Ltd, Oxford, hal 2
- Srikandi, K (1997) Pengantar Statistika, Citra Media, Surabaya, hal 50
- Stuart, Gail W. and Michele T. Laraia (1998) Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 6<sup>th</sup>, Mosby Years Book Inc, St. Louis, hal 485-487
- Sukijo Notoadmojo (1997) Ilmu Kesehatan Masyarakat, PT. Rineka Cipta, Jakarta, hal 130
- Sukijo Notoadmojo (1993) Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan, Andi Offset, Yogyakarta, hal 55

LAMPIRAN

Lampiran 1

**Formulir Persetujuan Menjadi Peserta Penelitian  
Hubungan Peran Serta Keluarga Terhadap Frekuensi Kekambuhan Klien  
Skizofrenia di Ruangannya Jiwa C RSUD Dr. Soetomo Surabaya**

Oleh:  
**Andi Lis Arming Gandini**  
Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, 2002.

Tujuan Penelitian ini untuk mendapatkan gambaran nyata tentang peran serta keluarga terhadap kekambuhan klien Skizofrenia di Ruangannya Jiwa C RSUD Dr. Soetomo Surabaya, yang nantinya akan membawa manfaat dalam upaya meningkatkan kesehatan jiwa, menambah khasanah pengetahuan tim kesehatan dan keluarga dalam penata laksanaan klien skizofrenia

Kami mengharapkan penilaian/jawaban/tanggapan yang bapak/ibu/saudara berikan merupakan keadaan yang obyektif /keadaan sebenarnya tanpa ada pengaruh faktor kami. Kerahasiaan penilaian dan identitas bapak/ibu/saudara akan jamin.

Jika bapak/ibu/saudara bersedia menjadi peserta penelitian ini, silahkan menandatangani kolom di bawah ini.

Tanda Tangan : .....

Tanggal : .....



Lampiran 2

**LEMBAR KUESIONER**  
**Penelitian Hubungan Peran Serta Keluarga**  
**Terhadap Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia**  
**di Ruang Jiwa C RSUD Dr. Soetomo Surabaya**

I. Petunjuk 1 : Berilah tanda (v) pada kolom yang tersedia sesuai dengan jawaban anda

A. Data Klien

1. Nama : .....
2. Umur : .....
3. Jenis kelamin :  a. Laki-laki  b. Perempuan
4. Nomer Responden : .....
5. Masuk Rumah Sakit Ke : .....

B. Data Demografi Keluarga Klien

1. Umur

- a.  15-20 tahun
- b.  20-30 tahun
- c.  30-40 tahun
- d.  40-50 tahun
- e.  >50 tahun

Kode

2. Jenis Kelamin

- a.  Laki-laki
- b.  Perempuan

3. Pendidikan terakhir

- a.  Tidak sekolah
- b.  SD/Sederajat
- c.  SMP/Sederajat
- d.  SMA/Sederajat
- e.  Akademik/Perguruan tinggi

4. Pekerjaan

- a.  Tidak bekerja
- b.  Pekerja Kasar
- c.  Swasta/wiraswasta
- d.  PNS/ABRI
- e.  Lain-lain, sebutkan .....

5. Hubungan dengan klien

- a.  Ayah
- b.  Ibu
- c.  Anak
- d.  Saudara
- e.  Yang lain, sebutkan .....

6. Agama/kepercayaan

- a.  Islam
- b.  Katholik
- c.  Kristen
- d.  Hindu
- e.  Budha

7. Penghasilan

- a.  Penghasilan tidak tetap
- b.  < 200.000/bulan
- c.  200.000-500.000/bulan
- d.  500.000-1.000.000/bulan
- e.  > 1.000.000/bulan

II. Petunjuk 2 :

- Bubuhkan dengan tanda (v) jawaban yang anda pilih pada kotak disebelah kiri. Jawaban boleh lebih dari satu kotak.
- Mohon tidak memberi tanda apapun pada kotak disebelah kanan
- Teliti ulang jawaban anda, jangan sampai ada pertanyaan yang tidak terjawab

A. Pertanyaan Pengetahuan Keluarga tentang Kekambuhan Penyakit Skizofrenia

1. Gangguan Jiwa/Skizofrenia adalah:

- Kelainan pikiran Kode
- Tekanan jiwa/stress
- Perubahan keinginan
- Perubahan hubungan dengan orang lain

2. Penyebab gangguan jiwa/Skizofrenia adalah:

- Keturunan
- Tekanan jiwa/stress
- Kerusakan otak
- Lingkungan

3. Gejala dan tanda gangguan jiwa/Skizofrenia adalah:

- Sering menyendiri dan mudah melamun
- Mudah marah
- Berbicara sendiri dan tidak dimengerti
- Merasa mendengar, melihat sesuatu padahal tidak ada apa-apa

4. Perawatan pasien gangguan jiwa/Skizofrenia hendaknya:

- Di rumah sakit
- Di rumah
- Keluarga ikut serta merawat
- Di puskesmas

5. Menurut keluarga, tindakan/pengobatan yang diberikan pada pasien gangguan jiwa/Skizofrenia adalah:

- Obat-obatan
- Memberi semangat pada pasien
- Mengusahakan agar pasien tidak menyendiri/melamun
- Ibadah

6. Menurut keluarga, tempat mana yang dapat dituju untuk memeriksakan pasien:

- Puskesmas
- Rumah sakit jiwa
- Rumah sakit umum
- Dokter praktek jiwa

B. Pertanyaan tentang perilaku keluarga terhadap pasien dengan gangguan jiwa/Skizofrenia

1. Dalam merawat pasien di rumah, apa yang dilakukan keluarga dalam memberi obat:

- Sesuai waktu dan dosis
- Sesuai dengan yang diperoleh
- Meyakinkan obat betul-betul sudah diminum
- Sesuai dengan cara minum obat

2. Dalam merawat pasien di rumah, kebutuhan pasien yang harus dipenuhi:

- Makan dan minum
- Istirahat dan tidur
- Kebersihan diri (mandi dan keramas)
- Berhubungan dengan orang lain

3. Untuk mencegah jangan sampai kambuh, kapan keluarga memeriksakan pasien kembali/kontrol:

- Tiap 2-4 minggu sekali
- Sewaktu-waktu bila ada tanda-tanda kekambuhan
- Setiap habis obat
- Sesuai anjuran

4. Manfaat kontrol bagi pasien gangguan jiwa:

- Mengetahui perkembangan kesehatan pasien
- Mengetahui efek samping obat
- Mencegah kekambuhan
- Mengetahui tanda awal kambuh

5. Dalam merawat pasien di rumah, untuk memenuhi kebutuhan pasien, apa saja yang dilakukan keluarga terhadap pasien

- Melibatkan pasien dalam kegiatan rumah sesuai dengan kemampuan pasien (memasak, menyapu, mengepel, dll)
- Melatih untuk mandiri dalam memenuhi kebutuhannya (mencuci sendiri, makan, mandi)
- Memberi kesibukan khusus sesuai dengan ketrampilan pasien (menjahit, berkebun, melukis, dll)
- Mendorong pasien untuk terlibat dalam kegiatan di rumah

Petunjuk 3:

- Isilah jawaban anda dengan membubuhkan tanda (v) pada kolom setuju/tidak setuju disebelah kanan

C. Pertanyaan tentang Sikap Keluarga terhadap kekambuhan penyakit Skizofrenia

| Setuju | Tidak setuju | Kode |
|--------|--------------|------|
|--------|--------------|------|

S      TS

1. Saat ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa Maka tindakan pertama yang paling tepat adalah membawanya ke dukun

S      TS

2. Saat pasien Kambuh, pasien langsung di bawa ke rumah sakit

S      TS

3. Atau, saat pasien kambuh, tidak perlu di bawa kemana-mana, sebab akan sembuh sendiri



4. Tempat yang dituju untuk memeriksakan pasien  
Selain rumah sakit adalah puskesmas
- |   |    |  |
|---|----|--|
| S | TS |  |
|   |    |  |
5. Saat ada keluarga yang sakit jiwa/kambuh, lebih  
Baik pasien di pasung saja
- |   |    |  |
|---|----|--|
| S | TS |  |
|   |    |  |

**D. Kekambuhan**

1. Sudah berapa kali pasien mengalami kekambuhan dalam satu tahun terakhir
- Satu kali
  - Dua kali
  - Tiga kali
  - Lebih dari 3 kali, sebutkan .....

**LEMBAR HASIL KUESIONER PERAN SERTA KELUARGA**

| No | MRS | Pengetahuan |   |   |   |   | Jumlah | %     | Sikap |   |   |   |   | Jumlah | %   | Perilaku |   |   |   |   | Jumlah | %   | Kekam<br>buhan |   |
|----|-----|-------------|---|---|---|---|--------|-------|-------|---|---|---|---|--------|-----|----------|---|---|---|---|--------|-----|----------------|---|
|    |     | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 |        |       | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 |        |     | 1        | 2 | 3 | 4 | 5 |        |     |                | 1 |
| 1  | 1   | 2           | 3 | 4 | 4 | 2 | 17     | 70.83 | 1     | 1 | 1 | 0 | 1 | 1      | 4   | 80       | 4 | 4 | 4 | 2 | 4      | 18  | 90             | 2 |
| 2  | 1   | 2           | 4 | 3 | 2 | 2 | 16     | 66.67 | 1     | 1 | 1 | 1 | 1 | 1      | 5   | 100      | 3 | 3 | 3 | 4 | 4      | 15  | 75             | 1 |
| 3  | 1   | 3           | 3 | 4 | 2 | 2 | 18     | 75    | 0     | 1 | 1 | 1 | 1 | 1      | 4   | 80       | 3 | 4 | 3 | 4 | 17     | 85  | 3              |   |
| 4  | 1   | 3           | 4 | 3 | 4 | 3 | 20     | 83.33 | 0     | 1 | 1 | 0 | 0 | 2      | 40  | 1        | 4 | 2 | 3 | 2 | 12     | 60  | 3              |   |
| 5  | 1   | 3           | 4 | 3 | 4 | 3 | 21     | 87.5  | 1     | 0 | 1 | 1 | 1 | 4      | 80  | 3        | 3 | 3 | 2 | 2 | 14     | 70  | 2              |   |
| 6  | 1   | 2           | 2 | 3 | 2 | 2 | 14     | 58.33 | 0     | 0 | 1 | 0 | 1 | 2      | 40  | 1        | 2 | 2 | 2 | 2 | 10     | 50  | 2              |   |
| 7  | 1   | 2           | 3 | 2 | 3 | 3 | 15     | 62.5  | 0     | 1 | 0 | 0 | 1 | 2      | 40  | 4        | 4 | 4 | 1 | 1 | 17     | 85  | 3              |   |
| 8  | 1   | 1           | 3 | 3 | 2 | 3 | 16     | 66.67 | 1     | 1 | 1 | 1 | 0 | 4      | 80  | 4        | 4 | 4 | 2 | 2 | 16     | 80  | 1              |   |
| 9  | 1   | 1           | 2 | 1 | 2 | 2 | 10     | 41.67 | 0     | 0 | 1 | 1 | 1 | 2      | 40  | 3        | 3 | 2 | 2 | 2 | 14     | 70  | 1              |   |
| 10 | 1   | 2           | 3 | 4 | 2 | 2 | 17     | 70.83 | 1     | 1 | 1 | 1 | 1 | 5      | 100 | 3        | 4 | 3 | 4 | 2 | 17     | 85  | 2              |   |
| 11 | 1   | 2           | 2 | 2 | 2 | 2 | 12     | 50    | 0     | 1 | 0 | 0 | 1 | 2      | 40  | 1        | 1 | 2 | 4 | 3 | 11     | 55  | 2              |   |
| 12 | 2   | 2           | 2 | 3 | 2 | 2 | 14     | 58.33 | 1     | 1 | 1 | 1 | 0 | 4      | 80  | 4        | 4 | 4 | 4 | 4 | 20     | 100 | 4              |   |
| 13 | 1   | 2           | 3 | 4 | 3 | 3 | 19     | 79.17 | 1     | 0 | 1 | 1 | 0 | 2      | 40  | 2        | 2 | 2 | 2 | 2 | 10     | 50  | 3              |   |
| 14 | 1   | 1           | 1 | 2 | 1 | 2 | 9      | 37.5  | 1     | 1 | 1 | 1 | 0 | 4      | 80  | 4        | 4 | 3 | 3 | 3 | 15     | 75  | 3              |   |
| 15 | 1   | 2           | 4 | 3 | 2 | 2 | 16     | 66.67 | 1     | 1 | 1 | 0 | 0 | 3      | 60  | 4        | 4 | 4 | 3 | 4 | 18     | 90  | 2              |   |
| 16 | 1   | 1           | 2 | 1 | 2 | 2 | 10     | 41.67 | 0     | 1 | 1 | 1 | 1 | 4      | 80  | 4        | 3 | 3 | 2 | 3 | 16     | 80  | 1              |   |
| 17 | 1   | 3           | 3 | 4 | 2 | 4 | 18     | 75    | 0     | 1 | 1 | 1 | 1 | 4      | 80  | 4        | 3 | 2 | 2 | 4 | 15     | 75  | 2              |   |
| 18 | 1   | 2           | 3 | 2 | 3 | 3 | 15     | 62.5  | 0     | 0 | 1 | 0 | 0 | 1      | 20  | 2        | 2 | 2 | 1 | 4 | 8      | 40  | 3              |   |
| 19 | 1   | 2           | 4 | 3 | 2 | 2 | 16     | 66.67 | 1     | 1 | 1 | 1 | 1 | 5      | 100 | 2        | 3 | 3 | 2 | 2 | 12     | 60  | 2              |   |
| 20 | 3   | 2           | 1 | 3 | 2 | 2 | 12     | 50    | 1     | 0 | 1 | 1 | 1 | 4      | 80  | 2        | 4 | 2 | 2 | 2 | 12     | 60  | 4              |   |
| 21 | 1   | 2           | 2 | 2 | 2 | 2 | 12     | 50    | 0     | 0 | 1 | 0 | 1 | 2      | 40  | 3        | 4 | 4 | 2 | 2 | 15     | 75  | 3              |   |
| 22 | 2   | 2           | 4 | 3 | 2 | 2 | 16     | 66.67 | 1     | 1 | 0 | 1 | 1 | 4      | 80  | 4        | 4 | 4 | 1 | 2 | 17     | 85  | 2              |   |
| 23 | 2   | 2           | 3 | 2 | 3 | 2 | 15     | 62.5  | 1     | 1 | 1 | 0 | 1 | 4      | 80  | 1        | 2 | 2 | 2 | 2 | 8      | 40  | 4              |   |
| 24 | 1   | 1           | 3 | 4 | 2 | 2 | 16     | 66.67 | 1     | 0 | 1 | 0 | 0 | 2      | 40  | 4        | 4 | 4 | 2 | 2 | 16     | 80  | 1              |   |
| 25 | 1   | 2           | 1 | 3 | 2 | 2 | 12     | 50    | 0     | 1 | 1 | 1 | 1 | 4      | 80  | 2        | 2 | 2 | 2 | 2 | 16     | 80  | 3              |   |
| 26 | 1   | 1           | 2 | 2 | 4 | 4 | 19     | 79.17 | 0     | 1 | 0 | 0 | 1 | 3      | 60  | 3        | 4 | 4 | 4 | 4 | 17     | 85  | 2              |   |
| 27 | 2   | 2           | 1 | 3 | 2 | 2 | 12     | 50    | 1     | 0 | 1 | 1 | 0 | 2      | 40  | 1        | 2 | 3 | 2 | 2 | 10     | 50  | 3              |   |
| 28 | 1   | 1           | 3 | 3 | 4 | 3 | 16     | 66.67 | 1     | 1 | 1 | 1 | 1 | 5      | 100 | 3        | 3 | 2 | 2 | 2 | 14     | 70  | 2              |   |
| 29 | 1   | 1           | 2 | 2 | 2 | 2 | 11     | 45.83 | 1     | 1 | 0 | 1 | 1 | 4      | 80  | 4        | 2 | 2 | 2 | 2 | 15     | 75  | 2              |   |
| 30 | 2   | 2           | 1 | 3 | 2 | 2 | 12     | 50    | 0     | 1 | 1 | 0 | 0 | 2      | 40  | 1        | 2 | 2 | 2 | 2 | 8      | 40  | 4              |   |

REKAPITULASI DATA ANDI

|    | pengetah | sikap  | perilaku | kambuh    |
|----|----------|--------|----------|-----------|
| 1  | baik     | baik   | baik     | Menurun   |
| 2  | baik     | baik   | baik     | Menurun   |
| 3  | baik     | baik   | baik     | meningkat |
| 4  | baik     | kurang | kurang   | meningkat |
| 5  | baik     | baik   | baik     | Menurun   |
| 6  | kurang   | kurang | kurang   | Menurun   |
| 7  | kurang   | kurang | baik     | meningkat |
| 8  | baik     | baik   | baik     | Menurun   |
| 9  | kurang   | kurang | baik     | Menurun   |
| 10 | baik     | baik   | baik     | Menurun   |
| 11 | kurang   | kurang | kurang   | meningkat |
| 12 | kurang   | baik   | baik     | meningkat |
| 13 | baik     | kurang | kurang   | meningkat |
| 14 | kurang   | baik   | baik     | meningkat |
| 15 | baik     | baik   | baik     | Menurun   |
| 16 | kurang   | baik   | baik     | Menurun   |
| 17 | baik     | baik   | baik     | Menurun   |
| 18 | kurang   | kurang | kurang   | meningkat |
| 19 | baik     | baik   | kurang   | Menurun   |
| 20 | kurang   | baik   | kurang   | meningkat |
| 21 | kurang   | kurang | baik     | meningkat |
| 22 | baik     | baik   | baik     | Menurun   |
| 23 | kurang   | baik   | kurang   | meningkat |
| 24 | baik     | kurang | baik     | Menurun   |
| 25 | kurang   | baik   | baik     | meningkat |
| 26 | baik     | baik   | baik     | Menurun   |
| 27 | kurang   | kurang | kurang   | meningkat |
| 28 | baik     | baik   | baik     | Menurun   |
| 29 | kurang   | baik   | baik     | Menurun   |
| 30 | kurang   | kurang | kurang   | meningkat |

### Statistics

|                        |         | PENGETAH | SIKAP  | PERILAKU | KAMBUH |
|------------------------|---------|----------|--------|----------|--------|
| N                      | Valid   | 30       | 30     | 30       | 30     |
|                        | Missing | 0        | 0      | 0        | 0      |
| Mean                   |         | 1.5000   | 1.6333 | 1.6667   | 1.4667 |
| Std. Deviation         |         | .5085    | .4901  | .4795    | .5074  |
| Skewness               |         | .000     | -.583  | -.745    | .141   |
| Std. Error of Skewness |         | .427     | .427   | .427     | .427   |
| Kurtosis               |         | -2.148   | -1.784 | -1.554   | -2.127 |
| Std. Error of Kurtosis |         | .833     | .833   | .833     | .833   |
| Range                  |         | 1.00     | 1.00   | 1.00     | 1.00   |
| Minimum                |         | 1.00     | 1.00   | 1.00     | 1.00   |
| Maximum                |         | 2.00     | 2.00   | 2.00     | 2.00   |

### Frequency Table

#### PENGETAH

|       |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | kurang | 15        | 50.0    | 50.0          | 50.0               |
|       | baik   | 15        | 50.0    | 50.0          | 100.0              |
|       | Total  | 30        | 100.0   | 100.0         |                    |

#### SIKAP

|       |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | kurang | 11        | 36.7    | 36.7          | 36.7               |
|       | baik   | 19        | 63.3    | 63.3          | 100.0              |
|       | Total  | 30        | 100.0   | 100.0         |                    |

#### PERILAKU

|       |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | kurang | 10        | 33.3    | 33.3          | 33.3               |
|       | baik   | 20        | 66.7    | 66.7          | 100.0              |
|       | Total  | 30        | 100.0   | 100.0         |                    |

#### KAMBUH

|       |           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Menurun   | 16        | 53.3    | 53.3          | 53.3               |
|       | Meningkat | 14        | 46.7    | 46.7          | 100.0              |
|       | Total     | 30        | 100.0   | 100.0         |                    |

Crosstabs

Case Processing Summary

|                   | Cases |         |         |         |       |         |
|-------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
|                   | Valid |         | Missing |         | Total |         |
|                   | N     | Percent | N       | Percent | N     | Percent |
| PENGETAH * KAMBUH | 30    | 100.0%  | 0       | .0%     | 30    | 100.0%  |
| SIKAP * KAMBUH    | 30    | 100.0%  | 0       | .0%     | 30    | 100.0%  |
| PERILAKU * KAMBUH | 30    | 100.0%  | 0       | .0%     | 30    | 100.0%  |

PENGETAH \* KAMBUH

Crosstab

|          |            |                   | KAMBUH    |         | Total  |
|----------|------------|-------------------|-----------|---------|--------|
|          |            |                   | meningkat | Menurun |        |
| PENGETAH | kurang     | Count             | 11        | 4       | 15     |
|          |            | % within PENGETAH | 73.3%     | 26.7%   | 100.0% |
|          |            | % within KAMBUH   | 78.6%     | 25.0%   | 50.0%  |
|          | % of Total | 36.7%             | 13.3%     | 50.0%   |        |
|          | baik       | Count             | 3         | 12      | 15     |
|          |            | % within PENGETAH | 20.0%     | 80.0%   | 100.0% |
|          |            | % within KAMBUH   | 21.4%     | 75.0%   | 50.0%  |
|          | % of Total | 10.0%             | 40.0%     | 50.0%   |        |
| Total    |            | Count             | 14        | 16      | 30     |
|          |            | % within PENGETAH | 46.7%     | 53.3%   | 100.0% |
|          |            | % within KAMBUH   | 100.0%    | 100.0%  | 100.0% |
|          |            | % of Total        | 46.7%     | 53.3%   | 100.0% |

Chi-Square Tests

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 8.571 <sup>b</sup> | 1  | .003                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>a</sup> | 6.563              | 1  | .010                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 9.046              | 1  | .003                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | .009                 | .005                 |
| Linear-by-Linear Association       | 8.286              | 1  | .004                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 30                 |    |                       |                      |                      |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.00.

Symmetric Measures

|                      |                      | Value | Asymp. Std. Error <sup>a</sup> | Approx. T <sup>b</sup> | Approx. Sig.      |
|----------------------|----------------------|-------|--------------------------------|------------------------|-------------------|
| Interval by Interval | Pearson's R          | .535  | .154                           | 3.347                  | .002 <sup>c</sup> |
| Ordinal by Ordinal   | Spearman Correlation | .535  | .154                           | 3.347                  | .002 <sup>c</sup> |
| N of Valid Cases     |                      | 30    |                                |                        |                   |

a. Not assuming the null hypothesis.

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

c. Based on normal approximation.

SIKAP \* KAMBUH

Crosstab

|       |                 |                 | KAMBUH    |         | Total  |
|-------|-----------------|-----------------|-----------|---------|--------|
|       |                 |                 | meningkat | Menurun |        |
| SIKAP | kurang          | Count           | 8         | 3       | 11     |
|       |                 | % within SIKAP  | 72.7%     | 27.3%   | 100.0% |
|       |                 | % within KAMBUH | 57.1%     | 18.8%   | 36.7%  |
|       |                 | % of Total      | 26.7%     | 10.0%   | 36.7%  |
|       | baik            | Count           | 6         | 13      | 19     |
|       |                 | % within SIKAP  | 31.6%     | 68.4%   | 100.0% |
|       |                 | % within KAMBUH | 42.9%     | 81.3%   | 63.3%  |
|       |                 | % of Total      | 20.0%     | 43.3%   | 63.3%  |
| Total | Count           | 14              | 16        | 30      |        |
|       | % within SIKAP  | 46.7%           | 53.3%     | 100.0%  |        |
|       | % within KAMBUH | 100.0%          | 100.0%    | 100.0%  |        |
|       | % of Total      | 46.7%           | 53.3%     | 100.0%  |        |

Chi-Square Tests

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 4.739 <sup>b</sup> | 1  | .029                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>a</sup> | 3.230              | 1  | .072                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 4.866              | 1  | .027                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | .057                 | .035                 |
| Linear-by-Linear Association       | 4.581              | 1  | .032                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 30                 |    |                       |                      |                      |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.13.

Symmetric Measures

|                      |                      | Value | Asymp. Std. Error <sup>a</sup> | Approx. T <sup>b</sup> | Approx. Sig.      |
|----------------------|----------------------|-------|--------------------------------|------------------------|-------------------|
| Interval by Interval | Pearson's R          | .397  | .167                           | 2.292                  | .030 <sup>c</sup> |
| Ordinal by Ordinal   | Spearman Correlation | .397  | .167                           | 2.292                  | .030 <sup>c</sup> |
| N of Valid Cases     |                      | 30    |                                |                        |                   |

a. Not assuming the null hypothesis.

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

c. Based on normal approximation.

PERILAKU \* KAMBUH

Crosstab

|          |                   |                   | KAMBUH    |         | Total  |
|----------|-------------------|-------------------|-----------|---------|--------|
|          |                   |                   | meningkat | Menurun |        |
| PERILAKU | kurang            | Count             | 8         | 2       | 10     |
|          |                   | % within PERILAKU | 80.0%     | 20.0%   | 100.0% |
|          |                   | % within KAMBUH   | 57.1%     | 12.5%   | 33.3%  |
|          |                   | % of Total        | 26.7%     | 6.7%    | 33.3%  |
|          | baik              | Count             | 6         | 14      | 20     |
|          |                   | % within PERILAKU | 30.0%     | 70.0%   | 100.0% |
|          |                   | % within KAMBUH   | 42.9%     | 87.5%   | 66.7%  |
|          |                   | % of Total        | 20.0%     | 46.7%   | 66.7%  |
| Total    | Count             | 14                | 16        | 30      |        |
|          | % within PERILAKU | 46.7%             | 53.3%     | 100.0%  |        |
|          | % within KAMBUH   | 100.0%            | 100.0%    | 100.0%  |        |
|          | % of Total        | 46.7%             | 53.3%     | 100.0%  |        |

Chi-Square Tests

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 6.696 <sup>b</sup> | 1  | .010                  | .019                 | .013                 |
| Continuity Correction <sup>a</sup> | 4.838              | 1  | .028                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 7.013              | 1  | .008                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       |                      |                      |
| Linear-by-Linear Association       | 6.473              | 1  | .011                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 30                 |    |                       |                      |                      |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.67.

Symmetric Measures

|                      |                      | Value | Asymp. Std. Error <sup>a</sup> | Approx. T <sup>b</sup> | Approx. Sig.      |
|----------------------|----------------------|-------|--------------------------------|------------------------|-------------------|
| Interval by Interval | Pearson's R          | .472  | .157                           | 2.837                  | .008 <sup>c</sup> |
| Ordinal by Ordinal   | Spearman Correlation | .472  | .157                           | 2.837                  | .008 <sup>c</sup> |
| N of Valid Cases     |                      | 30    |                                |                        |                   |

a. Not assuming the null hypothesis.

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

c. Based on normal approximation.

