

**TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA DALAM MENGIDENTIFIKASI
TANDA-TANDA KEKAMBUIHAN KLIEN SKIZOFRENIA**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan
Untuk Menyelesaikan Pendidikan**

**Ahli Keperawatan Jiwa Perawat Pendidik
Pada
PROGRAM STUDI D IV PERAWAT PENDIDIK**



Oleh :

**SUSILO HARIANTO
NIM. 01971054 D-IV**

**DEPARTEMEN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI D IV PERAWAT PENDIDIK
SURABAYA
1999**

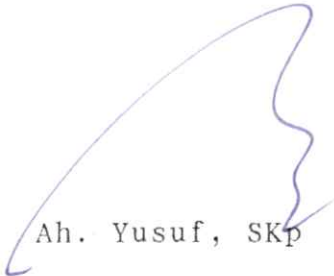
PERSETUJUAN

Diterima dan Disetujui untuk dipertahankan
pada Ujian Sidang Sekripsi

Menyetujui


Surabaya,

Pembimbing II



Ah. Yusuf, SKP

Pembimbing I



dr. Hendy Mugiari Margono, SpKJ
NIP : 13051897

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji Sidang Sekripsi
pada program Studi D IV Perawat Pendidik
Fakultas Kedokteran Unair

Pada tanggal :

Mengesahkan

a.n. Dekan
Pembantu Dekan I
Selaku Penanggung Jawab

Ketua Program Studi
DIV Perawat Pendidik

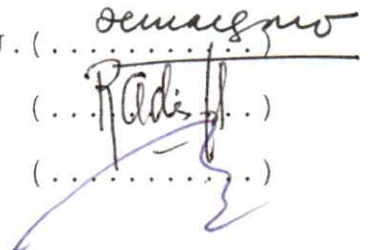
Prof. Dr. Bambang Prijambodo, dr.
NIP : 130 610 102

Harjono, dr, AFK.
NIP : 130 185 824

Tim Penguji

Ketua : dr. Hendy Mugiari Margono, SPkJ. (... ..)
Anggota : Radia Astuti, SKp (... ..)
Anggota : Ah. Yusuf, SKp (... ..)

Tanda Tangan



ABSTRAK

Hasil studi medical record RSUD Dr. Soetomo Surabaya jumlah kasus skizofrenia pada periode Januari - Desember 1997 sebanyak 352 orang dan yang merupakan kasus kambuhan sebanyak 121 orang atau 30 %. Dan berdasarkan pengamatan penulis selama praktek di ruang Jiwa hampir semua kasus perawatan ulang menunjukkan gejala yang berat.

Dari gambaran di atas menunjukkan bahwa kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan klien skizofrenia sangat kurang.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana hubungan tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan pada klien skizofrenia terhadap faktor frekuensi MRS, pendidikan dan sosial ekonomi.

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara faktor MRS terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan klien skizofrenia. Sedangkan faktor pendidikan dan faktor sosial ekonomi tidak menunjukkan adanya hubungan dengan $p \geq 0,1$.

Untuk itu penulis menyarankan agar semua keluarga klien sebelum pulang rumah sakit dilakukan skrining untuk mengetahui tingkat pengetahuannya dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan.

Dan perlu diselenggarakan penelitian lebih lanjut terhadap faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan keluarga.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT karena rahmat, taufiq dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Sekripsi dengan judul "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan Keluarga dalam Mengidentifikasi Tanda-Tanda Kekambuhan pada Klien Skizofrenia".

Sekripsi ini diajukan sebagai bahan ujian Sarjana Program D IV Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya tahun 1998-1999.

Penulis telah berupaya semaksimal mungkin untuk dapat menyusun skripsi ini dengan sebaik-baiknya, namun keberhasilannya tidak lepas oleh adanya bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini saya sampaikan rasa terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya, terutama kepada :

1. Prof. Dr. Bambang Prijambodo, dr., selaku pembantu dekan I fakultas kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberi ijin untuk penelitian ini.
2. Bapak Haryono, dr., selaku ketua program pendidikan D IV Keperawatan Pendidik yang telah memberi ijin untuk penelitian ini.
3. Bapak Imam Kurnen, dr., SpKJ. Selaku kepala Irna Jiwa yang telah memberi ijin untuk mengadakan penelitian di ruang Jiwa.

4. Ibu Hendy Margono, dr., SpKJ. selaku pembimbing I yang dengan penuh kesabaran telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak Ah. Yusuf, SKp, selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Bapak Nur Salam, M.Nurs.(Hons)., yang telah banyak memberikan bimbingan metodologi dan pengolahan data dalam skripsi ini.
7. Ibu Kasmi, selaku kepala ruang jiwa C yang telah banyak membantu dalam penemuan responden dalam penelitian ini.
8. Ibu Yayie Harun Alrosyid, dr., selaku direktur Akper pemda Gresik yang telah memberi kesempatan untuk mengikuti pendidikan program D IV Keperawatan ini.
9. Semua rekan-rekan yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga semua kebaikan yang telah diberikan kepada penulis akan mendapat imbalan yang setimpal dari Allah SWT. Amin.

Akhirnya penulis berharap agar hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya maupun bagi pengembangan profesi keperawatan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan keperawatan umumnya.

DAFTAR ISI

	hal.
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	3
1.5 Sistematika Penulisan.....	4
 BAB II LANDASAN TEORI	
2.1 Pengertian	5
2.2 Peran Keluarga.....	5
2.3 Fungsi Keluarga.....	7
2.4 Tanda-tanda skizofrenia.....	9

Bab III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian.....	11
3.2 Populasi, Sampel dan Sampling.....	11
3.3 Identifikasi Variabe.....	12
3.4 Pengolahan dan Analisis Data	13
3.5 Masalah Etika	14
3.6 Keterbatasan Penelitian.....	14

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil.....	15
4.2 Pembahasan	27

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5. Kesimpulan	32
6. Saran-saran.....	32

DAFTAR PUSTAKA	34
----------------------	----

LAMPIRAN-LAMPIRAN.

DAFTAR TABEL

	hal.
1. Tabel 1 distribusi frekuensi MRS	16
2. Tabel 2 distribusi tingkat pendidikan	16
3. Tabel 3 distribusi tingkat sosial ekonomi.....	17
4. Tabel 4 distribusi frekuensi MRS terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan persepsi.....	18
5. Tabel 5 distribusi frekuensi MRS terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan proses berfikir.....	18
6. Tabel 6 distribusi frekuensi MRS terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan kemauan.....	19
7. Tabel 7 distribusi frekuensi MRS terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan afek emosi.....	19
8. Tabel 8 distribusi frekuensi MRS terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan psikomotor.....	20
9. Tabel 9 distribusi pendidikan terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan persepsi	20
10. Tabel 10 distribusi pendidikan terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan proses berfikir.....	21

11	Tabel 11 distribusi pendidikan terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan kemauan.....	22
12	Tabel 12 distribusi pendidikan terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan afek emosi.....	22
13	Tabel 13 distribusi pendidikan terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan psikomotor.....	23
14	Tabel 14 distribusi sosial ekonomi terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan persepsi	23
15	Tabel 15 distribusi sosial ekonomi terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan proses berfikir.....	24
16	Tabel 16 distribusi sosial ekonomi terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan kemauan	25
17	Tabel 17 distribusi sosial ekonomi terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan afek emosi.....	25
18	Tabel 18 distribusi sosial ekonomi terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan psikomotor.....	26

DAFTAR LAMPIRAN

1. Quesioner
2. Surat Ijin Penelitian
3. Inform Consent

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Merujuk terhadap catatan medical record ruang jiwa RSUD dr. Soetomo Surabaya dalam kurun waktu Januari - Desember tahun 1997 jumlah penderita psikosa 430 orang dari 521 pasien yang MRS, berarti 82 % dari jumlah pasien keseluruhan. Sedang jumlah penderita skizofrenia 352 orang dan yang merupakan kasus kekambuhan sebanyak 121 orang atau 30 % dari kasus skizofrenia.

Dari gambaran di atas menunjukkan penderita skizofrenia adalah 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 Budiana K. (1995) klien dengan diagnosa skizofrenia akan mengalami kekambuhan 50 % pada tahun pertama, dan 70 % pada tahun ke dua. Sedang Carson & Ross 1987 mencatat 100 % akan kambuh pada tahun kelima.

Sulinger dapat mengidentifikasi 4 faktor penting penyebab klien mengalami kekambuhan yaitu :

(1) Klien

Hasil penelitian Appliton 1982 yang dikutip Sulinger 1988 ternyata 25 % - 50 % klien pulang dari Rumah Sakit tidak memakan obat secara teratur.

(2) Dokter (pemberi resep)

Pemakaian obat neoroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping tardive diskinesia.

(3) Penanggung jawab klien

Yang menjadi penanggung jawab klien setelah pulang dari rumah sakit adalah dokter Puskesmas yang selalu memantau perkembangan perilaku klien.

(4) Keluarga

Penelitian di Inggris (Vough, 1986) dan di Amerika Serikat (Snyder, 1981) memperlihatkan bahwa keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi akan mempercepat kekambuhan dalam waktu 9 bulan. Hasilnya 57 % kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi dan hanya 17 % kembali dirawat dengan keluarga ekspresi emosi rendah.

Memperhatikan kenyataan di atas sangat jelas bagi kita bahwa pengaruh keluarga sangat tinggi dalam menentukan berhasil atau tidaknya atau kambuh atau tidaknya klien setelah pulang dari rumah sakit.

Disamping itu menurut pemantauan peneliti kasus-kasus kekambuhan dibawa ke rumah sakit sudah menunjukkan gejala yang berat, yang berarti memberikan gambaran pada kita bahwa kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi adanya tanda-tanda kekambuhan sangat kurang. Hal ini tentunya dipengaruhi oleh banyak faktor diantara tingkat pendidikan, kondisi sosial ekonomi dan frekuensi MRS dll.

Berkaitan dengan permasalahan di atas, maka penulis tertarik menyusun karya tulis ini dengan judul faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan klien skizofrenia.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan di atas peneliti merumuskan permasalahan sebagai berikut:

Apakah faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan klien skizofrenia.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menambah pengetahuan peneliti tentang hubungan pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan pada klien skizofrenia dengan faktor frekuensi MRS, pendidikan, ekonomi.

1.3.2 Tujuan khusus

- (1) Mengetahui hubungan frekuensi MRS terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi gejala kambuh pada klien skizofrenia.
- (2) Mengetahui hubungan antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi gejala kambuh pada klien skizofrenia.
- (3) Mengetahui hubungan ekonomi terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi gejala kambuh pada penderita skizofrenia.

1.4 Manfaat Penelitian

- (2) Dapat mengurangi frekuensi MRS sehingga dapat mengurangi biaya perawatan.
- (2) Dapat meningkatkan penerapan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga selama perawatan di rumah sakit

utamanya dalam mengidentifikasi dini tanda-tanda kekambuhan pada klien skizofrenia.

1.5. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan pemahaman terhadap hasil penelitian ini peneliti menyusun laporan penelitian ini menjadi 5 bab. yaitu mulai bab pendahuluan, tinjauan pustaka, metode penelitian, hasil dan pembahasan, kesimpulan dan saran. Adapun rincian masing-masing bab adalah sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, signifikansi, dan sistematika penulisan.

Bab II Landasan Teori yang memuat pengertian keluarga, fungsi keluarga dan peran keluarga.

Bab III Metode Penelitian memuat desain penelitian, populasi sampel dan sampling, identifikasi variabel, pengelolaan dan analisis data, masalah etika serta keterbatasan penelitian.

Bab IV Hasil dan Pembahasan terdiri dari hasil penelitian dan pembahasan hasil penelitian.

Bab V Kesimpulan dan Saran yang memuat kesimpulan penelitian dan saran-saran.

Yang terakhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran-lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab II ini akan disajikan tentang (1) konsep keluarga yang meliputi, pengertian, peran dan fungsi keluarga, (2) tanda dan gejala skizofrenia.

2.1 Pengertian

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga berinteraksi satu sama lain dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. (Bailon & Maglaya, 1978).

2.2 Peran Keluarga

Keluarga merupakan sistem 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.

Perawat membantu keluarga agar mampu melakukan lima tugas kesehatan yaitu : (Bailon & Maglaya, 1978).

(1) mengenal masalah kesehatan,

- (2) membuat keputusan tindakan kesehatan,
- (3) memberi perawatan pada anggota keluarga,
- (4) menciptakan lingkungan keluarga yang sehat dan,
- (5) menggunakan sumber yang ada dalam masyarakat.

Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), menanggulangi perilaku mal adaptif (pencegahan sekunder), dan memulihkan perilaku maladaptif (pencegahan tersier). (Budiana, 1995).

Untuk dapat menjalankan peran tersebut di atas maka perawat dalam merawat klien di rumah sakit harus selalu melibatkan keluarga dalam semua aspek keperawatan.

Adapun tindakan keperawatan terhadap keluarga antara lain : (Budiana, 1995)

- (1) menyertakan keluarga dalam rencana perawatan klien,
- (2) menjelaskan pola perilaku klien dan cara penanganannya,
- (3) membantu keluarga berperilaku terapeutik yang dapat menolong pemecahan masalah klien,
- (4) mengadakan pertemuan antar keluarga klien, diskusi membagi pengalaman serta mengantisipasi masalah klien,
- (5) melakukan terapi keluarga dan,
- (6) menganjurkan kunjungan keluarga yang teratur.

Pendidikan kesehatan yang diberikan pada keluarga sebelum pulang adalah : (Yousset, 1997)

- (1) identifikasi gejala kambuh,

- (2) ADL (Activity Daily Living),
- (3) perilaku adaptif,
- (4) aturan penggunaan obat,
- (5) penataan rumah tangga,
- (6) pemecahan masalah,
- (7) komunikasi efektif,
- (8) ekspresi emosi yang konstruktif,
- (9) relaksasi dan,
- (10) pengelolaan stres (mekanisme coping).

2.3 Fungsi Keluarga

Keluarga dalam menjalankan fungsinya dikelompokkan menjadi fungsi keluarga secara biologis, psikologis, sosial, ekonomi, dan pendidikan.

2.3.1 Fungsi Biologis

Maksud dari fungsi biologis keluarga adalah fungsi dalam memenuhi kebutuhan biologis dari para anggota keluarganya. Fungsi tersebut meliputi : (Depkes RI.,1983)

- (1) meneruskan keturunan/jenisnya,
- (2) membesarkan anak,
- (3) memberikan/menyediakan makanan bagi anggota keluarganya,
- (4) melindungi kesehatan dari para anggotanya dan,
- (5) memberikan kesempatan untuk berekreasi pada anggota keluarganya.

2.3.2 Fungsi psikologis

Pengertian fungsi psikologis adalah fungsi keluarga dalam upaya untuk memenuhi kebutuhan psikologis dari para anggotanya. Yang termasuk dalam fungsi psikologis tersebut adalah : (Depkes RI., 1983).

- (1) identitas keluarga serta rasa keamanan bagi anggota keluarga,
- (2) pendewasaan kepribadian dari para anggotanya,
- (3) perlindungan secara psikologis dan,
- (4) kemampuan untuk mengadakan hubungan keluarga dengan keluarga-keluarga lain atau masyarakat.

2.3.3 Fungsi Sosial

Dalam hal ini keluarga dituntut untuk memenuhi kebutuhan sosial dari anggota keluarga. Adapun yang termasuk dalam fungsi sosial tersebut adalah :

- (1) meneruskan nilai-nilai budaya,
- (2) sosialisasi dari anak dan,
- (3) pembentukan norma-norma tingkah laku pada tiap tahap perkembangan anak serta kehidupan keluarga.

2.3.4 Fungsi ekonomi

Keluarga berkewajiban dalam memenuhi kebutuhan sosial ekonomi. Yang termasuk dalam fungsi sosial ekonomi keluarga adalah : (Depkes RI., 1983).

- (1) mencari sumber-sumber untuk memenuhi fungsi-fungsi lainnya,
- (2) pembagian pemakaian sumber-sumber tersebut untuk pengeluaran dan ditabung dan,

(3) pengaturan ekonomi atau keuangan keluarga.

2.3.5 Fungsi pendidikan

Maksud dari fungsi pendidikan dalam keluarga adalah fungsi dalam upaya untuk memenuhi kebutuhan akan pendidikan dari anggota keluarganya. Yang termasuk dalam fungsi pendidikan itu adalah :

- (1) penanaman ketrampilan, tingkah laku dan pengetahuan dalam hubungannya dengan fungsi-fungsi lainnya,
- (2) persiapan untuk kehidupan dewasa atau masa yang akan datang dan,
- (3) memenuhi peranan sebagai anggota dewasa.

2.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Bleuler yang dikutip oleh Maramis (1980) tanda atau gejala dari skizofrenia dikelompokkan menjadi dua yaitu tanda primer yang meliputi gangguan proses berfikir, gangguan emosi, gangguan kemauan, otisme dan tanda sekunder yang meliputi waham, halusinasi, gejala katatonik atau psikomotor.

Gangguan proses berfikir meliputi adanya gangguan asosiasi yaitu timbulnya ide-ide baru sebelum ide yang pertama selesai dekemukaan atau ide yang diulang-ulang, pikiran yang melayang yaitu ide yang timbul sangat cepat, inkohern artinya tidak ada hubungan antara pikiran dengan emosi.

Gangguan afek emosi dapat berupa : mudah marah, kedangkalan emosi, ambivalen seperti membenci dan

mencintai orang yang sama, inadkuat.

Gangguan kemauan dapat berupa negativisme yaitu sikap yang negatif atau berlawanan terhadap suatu permintaan, ambivalensi yaitu menghendaki dua hal yang berlawanan pada waktu yang sama, kelemahan kemauan.

Gangguan psikomotor yang dapat dinamakan katatonik dapat berupa stupor yaitu tidak menunjukkan pergerakan sama sekali, hiperkinesia terus bergerak, logore yaitu penderita terus-menerus berbicara, neologisme yaitu membuat kata-kata baru, katalepsi yaitu bila mempertahankan posisi dalam waktu lama, fleksibilitas cerea yaitu bila anggota gerak digerakkan seperti pada lilin.

Gangguan persepsi khususnya halusinasi yang timbul tanpa adanya penurunan kesadaran. Yang paling sering adalah halusinasi pendengaran, penciuman, cita rasa, singgungan (taktil) dan yang jarang adalah halusinasi penglihatan.

Dalam kaitan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan perawat perlu untuk mengenalkan pengetahuan tersebut melalui pendidikan kesehatan yang disampaikan selama klien MRS dan menjelang pulang MRS.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain penelitian

Desain penelitian dengan menggunakan cross sectional dimana pengukuran variabel dilakukan pada satu saat. (Subyek hanya diobservasi satu kali saja dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan / pengkajian data). (Notoadmodjo, 1993).

3.2 Populasi, sampel dan sampling

3.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek yang diteliti. (Notoadmodjo, 1993). Dalam penelitian ini populasinya adalah anggota keluarga klien skizofrenia yang hendak rencana pulang rumah sakit di ruang jiwa RSUD dr. Soetomo Surabaya.

3.2.2 Sampel

Sampel : sebagian dari populasi yang diambil sebagai obyek penelitian dan dianggap mewakili seluruh populasi dengan kriteria tertentu. (Notoadmodjo, 1993)

Kriteria sampel dibedakan menurut kriteria inklusi dan eksklusi. Yang menjadi kriteria inklusi adalah:

- (1) keluarga ayah, ibu, saudara, suami, istri dengan anggotanya yang menderita skizofrenia dan menjelang pulang dari rumah sakit RSUD dr. Soetomo Surabaya ruang Jiwa C dan mau untuk dijadikan sampel dengan menandatangani inform consent,

(2) keluarga yang pernah mengikuti PKMRS pada waktu di rawat.

(3) keluarga yang tinggal serumah.

Sedangkan yang termasuk kriteria eksklusi adalah:

(1) keluarga yang menolak untuk dijadikan sampel

(2) keluarga yang belum pernah mengikuti PKMRS

(3) keluarga yang anggotanya pulang paksa

Besar sampel 10 orang.

3.2.3 Sampling

Sampling adalah cara pengambilan sampel agar dianggap mewakili populasinya. (Notoadmodjo, 1993). Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampelnya secara total sampling dalam arti semua sampel yang tersedia dapat digunakan sebagai sampel kecuali termasuk dalam kriteria eksklusi.

3.3 Identifikasi Variabel

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain. (Notoadmodjo, 1993). Pada penelitian ini identifikasi variabelnya dibedakan menjadi 2 kelompok yaitu:

3.3.1 Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini meliputi :

(1) Frekuensi MRS

Frekuensi MRS artinya keseringan klien/keluarga masuk rumah sakit. Untuk memudahkan frekuensi MRS dikelompokkan menjadi 2 yaitu satu kali MRS, dua kali atau lebih MRS.

(2) Pendidikan

Dalam penelitian ini yang dimaksudkan dengan pendidikan adalah pendidikan formal. Dalam penelitian ini pendidikan dibedakan menjadi 3 kelompok yaitu pendidikan rendah (tidak sekolah - SD), sedang (SLTP - SLTA), tinggi (perguruan tinggi)

(3) Sosial ekonomi

Dalam penelitian ini yang dimaksud sosial ekonomi adalah kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Untuk memudahkan kami bedakan menjadi 4 kelompok yaitu miskin (penghasilan tidak cukup untuk hidup), cukup (penghasilan cukup untuk hidup), lebih dari cukup (cukup untuk keperluan hidup), kaya (lebih untuk keperluan hidup dan kebutuhan lainnya).

3.3.2 Variabel bergantung

Yang masuk dalam variabel ini adalah tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan klien skizofrenia.

3.4 Pengolahan dan Analisa data

Cara pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan analisa diskriptif yaitu mengetahui proporsi tingkat pengetahuan keluarga.

Data dikumpulkan dengan menggunakan questioner model check list yaitu responden diberikan kebebasan untuk memilih jawaban sebanyak mungkin sesuai kemampuannya. (Notoadmodjo, 1993). Data yang sudah terkumpul

kemudian dilakukan coding dan dilakukan skoring. Kemudian data dihitung prosentasenya dan dilakukan tabulasi silang. Untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen dilakukan uji statistik X^2 (Chi Sechuer) dengan tingkat kemaknaan $\leq 0,1$. (Notoadmodjo, 1993).

3.5 Masalah Etika

Terhadap masalah etika dalam penelitian ini peneliti sangat memperhatikan aspek-aspek etika diantaranya adalah kepada semua responden sebelum dilakukan wawancara diajukan terlebih dahulu pernyataan persetujuan, calon responden berhak untuk menolak untuk menjadi sampel. Untuk menjamin kerahasiaan informasi yang diberikan responden dalam questioner hanya dicantumkan nama inisial dalam rangka untuk menghindari diketahui oleh pihak lain.

3.6 Keterbatasan

Dalam penelitian ini masih banyak keterbatasan-keterbatasannya utamanya dalam jumlah sampel yang diteliti masih jauh dari representatif yaitu hanya 10 orang, dan alat ukur yang peneliti gunakan unsur subyektifitasnya masih tinggi, serta metode pengolahan dan analisis data yang masih sangat sederhana sehingga masih dimungkinkan angka kesalahan yang cukup besar. Hal ini diantaranya disebabkan oleh terbatasnya waktu yang digunakan dalam penelitian ini.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini peneliti menyajikan hasil penelitian dan pembahasan yang dilakukan dari tanggal 7 Desember sampai 16 Desember 1998 di ruang jiwa C RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang diuraikan menjadi 2 sub bab yaitu data umum dan data khusus.

Data umum berisi tentang karakteristik dari variabel independen dan data khusus berisi tentang variabel dependen yaitu tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan yang dimulai dengan mengadakan tabulasi silang antar variabel. Kemudian untuk mengetahui hubungan lebih lanjut diadakan uji χ^2 dengan tingkat signifikan / kemaknaan $p \leq 0,1$ artinya bila hasil uji χ^2 kurang atau sama dengan 0,1 maka ada signifikan atau H_0 ditolak.

4.1 Hasil

Penelitian ini telah dilaksanakan dengan cara melakukan kunjungan responden ke rumah sakit yang semuanya ada di ruang jiwa C RSUD dr Soetomo Surabaya.

4.1.1 Data Umum

Jumlah responden yang berhasil diperoleh adalah 10 orang yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia dirawat di rumah sakit dan menjelang pulang dari rumah sakit.

4.1.1.1 Karakteristik responden menurut frekuensi MRS

Menurut frekuensi MRS dikelompokkan menjadi 2 yaitu responden dengan MRS baru pertama kali dan responden dengan MRS ≥ 2 kali. Adapun jumlah responden menurut frekuensi MRS seperti terlihat dalam tabel 1.

Tabel 1 : Distribusi responden menurut frekuensi MRS

Frekuensi MRS	Orang	Prosentase
1 kali	4	40
≥ 2 kali	6	60
jumlah	10	100

4.1.1.2 Karakteristik responden menurut tingkat pendidikan.

Dalam penelitian ini tingkat pendidikan dikelompokkan menjadi 3 kelompok yaitu tingkat pendidikan dasar dari tidak tamat SD sampai tamat SD, tingkat pendidikan SLTP dan SLTA dan tingkat pendidikan tinggi dari akademi sampai sarjana. Gambaran tingkat pendidikan responden terlihat pada tabel 2.

Tabel 2 : Distribusi responden menurut tingkat pendidikan.

Pendidikan	Orang	Prosentase
TS - SD	6	60
SLTP - SLTA	3	30
PT.	1	10
J u m l a h	10	100

4.1.1.3 Karakteristik responden menurut tingkat sosial ekonomi.

Tingkat sosial ekonomi dalam penelitian ini dibedakan menjadi 4 kelompok yaitu mulai dari tingkat sosial ekonomi yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan makan, cukup untuk memenuhi kebutuhan makan, lebih dari cukup untuk memenuhi kebutuhan makan, dan kaya (dapat memenuhi kebutuhan mewah lainnya).

Tabel 3 : Distribusi tingkat sosial ekonomi

Sosial Ekonomi	Orang	Prosentase
- Tidak cukup		
- Cukup	6	60
- > cukup untuk makan	4	40
- Kaya		
J u m l a h	10	100

4.1.2 Data khusus

Penjabaran data khusus ini diuraikan menjadi 3 kelompok yaitu menurut frekuensi MRS, tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan.

4.1.2.1 Distribusi data menurut frekuensi MRS terhadap tingkat pengetahuan keluarga.

Distribusi data menurut frekuensi MRS dikelompokkan menjadi 5 sub pakok bahasan yaitu frekuensi MRS terhadap pengetahuan mengidentifikasi tanda -tanda gangguan persepsi, terhadap gangguan proses berfikir, terhadap gangguan kemauan, terhadap gangguan afek emosi, dan terhadap gangguan psikomotor.

Tabel 4. : Distribusi frekuensi MRS terhadap tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan persepsi.

Frekuensi MRS	Pengetahuan keluarga mengidentifikasi gangguan persepsi									
	Kurang		C u k u p		B a i k		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 kali	2	20.	2	20					4	40
≥ 2 kali			3	30	3	30			6	60
$\chi^2 = 5$ $df = 2$ $p = 0,082$									10	100

Tabel 4 menunjukkan bahwa keluarga yang anggotanya ≥ 2 kali MRS (60%) mempunyai kemampuan mengidentifikasi tanda-tanda gangguan persepsi lebih baik dan cukup. Sedang yang baru pertama kali MRS menunjukkan hasil yang kurang 20 % dan yang cukup 20 %. Hasil uji χ^2 ternyata ada pengaruh antara frekuensi MRS dengan tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan persepsi ($p = 0,082$).

Tabel 5. : Distribusi frekuensi MRS terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan proses berfikir.

Frekuensi MRS	Pengetahuan keluarga mengidentifikasi gangg. prose berfikir									
	Kurang		C u k u p		B a i k		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 kali			2	20	2	20			4	40
≥ 2 kali					4	40	2	20	6	60
$\chi^2 = 4,444$ $df = 2$ $p = 0,10$									10	100

Tabel 5 menunjukkan bahwa keluarga dengan ≥ 2 kali MRS (60 %) mempunyai kemampuan mengidentifikasi tanda-tanda gangguan proses berfikir sangat baik dan baik. Sedang yang baru pertama kali MRS menunjukkan hasil baik 20 % dan yang

cukup 20 %. Hasil uji χ^2 ternyata ada pengaruh antara frekuensi MRS dengan tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan proses berfikir ($p = 0,10$).

Tabel 6. : Distribusi frekuensi MRS terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan kemauan.

Frekuensi MRS	Pengetahuan keluarga mengidentifikasi gangguan kemauan									
	Kurang		C u k u p		B a i k		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 kali			1	10	2	20	1	10	4	40
≥ 2 kali					1	10	5	50	6	60
$\chi^2 = 3.754$ df = 2 p = 0,153									10	100

Tabel 6 menunjukkan bahwa keluarga dengan ≥ 2 kali MRS (60) mempunyai kemampuan mengidentifikasi tanda-tanda gangguan kemauan baik. Sedang yang baru pertama kali MRS menunjukkan hasil baik 30 dan cukup 10 %. Hasil uji χ^2 ternyata tidak ada pengaruhnya antara frekuensi MRS dengan tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan kemauan = 0,153.

Tabel 7. : Distribusi frekuensi MRS terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan afek emosi.

Frekuensi MRS	Pengetahuan keluarga mengidentifikasi gangguan afek emosi									
	Kurang		C u k u p		B a i k		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 kali			4	40					4	40
≥ 2 kali			1	10	5	50			6	60
$\chi^2 = 6.666$ df = 1 p = 0,009									10	100

Tabel 7 menunjukkan bahwa keluarga dengan ≥ 2 kali MRS

(60%) mempunyai kemampuan mengidentifikasi tanda-tanda gangguan afek emosi baik dan cukup. Sedang yang baru pertama kali MRS menunjukkan hasil 40 % cukup. Hasil uji χ^2 ternyata ada pengaruh antara frekuensi MRS dengan tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan afek emosi ($p = 0,009$).

Tabel 8. : Distribusi frekuensi MRS terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan psikomotor.

Frekuensi MRS	Pengetahuan keluarga mengidentifikasi gangguan psikomotor										
	Kurang		C u k u p		B a i k		Sangat Baik		Jumlah		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1 kali			4	40	3	30			4	40	
≥ 2 kali			3	30					6	60	
$\chi^2 = 2,857$ df = 1 p = 0,090										10	100

Tabel 8 menunjukkan bahwa keluarga dengan ≥ 2 kali MRS (60) mempunyai kemampuan mengidentifikasi tanda-tanda gangguan psikomotor baik dan cukup. Sedang yang baru pertama kali MRS menunjukkan hasil 40 % cukup. Hasil uji χ^2 ternyata ada pengaruh antara frekuensi MRS dengan tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan psikomotor ($p = 0,090$).

Tabel 9. : Distribusi Pendidikan terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan persepsi.

Pendidikan	Pengetahuan keluarga mengidentifikasi gangguan persepsi										
	Kurang		C u k u p		B a i k		Sangat Baik		Jumlah		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
TS - SD	1	10	3	30	2	20			6	60	
SLTP - SLTA	1	10	2	20	1	10			3	30	
PT									1	10	
$\chi^2 = 3,722$ df = 4 p = 0,444										10	100

Tabel 9 menunjukan keluarga dengan tingkat pendidikan

tinggi (10 %) mempunyai kemampuan mengidentifikasi gangguan persepsi baik, tingkat pendidikan menengah menunjukkan hasil 20 % cukup dan 10 % kurang. Sedang untuk tingkat pendidikan dasar menunjukkan hasil 20 % baik, 30 % cukup dan 10 % kurang. Hasil uji χ^2 ternyata tidak ada pengaruh antara pendidikan dengan pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan persepsi ($p = 0,444$)

Tabel 10 : Distribusi Pendidikan terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan proses berfikir.

Pendidikan	Pengetahuan keluarga mengidentifikasi gangg. proses berfikir									
	Kurang		C u k u p		B a i k		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TS - SD			1	10	3	30	2	20	6	60
SLTP - SLTA			1	10	2	20			3	30
PT					1	10			1	10
$\chi^2 = 2,222$ df = 4 p = 0,69									10	100

Tabel 10 menunjukan keluarga dengan tingkat pendidikan tinggi (10 %) mempunyai kemampuan mengidentifikasi gangguan proses berfikir baik, tingkat pendidikan menengah menunjukkan hasil 20 % baik dan 10 % cukup. Sedang untuk tingkat pendidikan dasar menunjukkan hasil 20 % sangat baik, 30 % baik dan 10 % cukup. Hasil uji χ^2 ternyata tidak ada pengaruh antara pendidikan dengan pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan proses berfikir persepsi ($p = 0,69$).

Tabel 11 : Distribusi Pendidikan terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan kemauan .

Pendidikan	Pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi gangguan kemauan									
	Kurang		Cukup		Baik		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TS - SD			1	10	2	20	3	30	6	60
SLTP - SLTA					1	10	2	20	3	30
PT							1	10	1	10
$\chi^2 = 1,388$ df = 4 p = 0,846									10	100

Tabel 11 menunjukan keluarga dengan tingkat pendidikan tinggi (10 %) mempunyai kemampuan mengidentifikasi gangguan kemauan sangat baik, tingkat pendidikan menengah menunjukan hasil 30 % sangat baik dan 10 % baik. Sedangkan untuk tingkat pendidikan dasar menunjukan hasil 30 % sangat baik, 20 % baik dan 10 % cukup. Hasil uji χ^2 ternyata tidak ada pengaruh antara pendidikan dengan pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan kemauan ($p = 0,846$)

Tabel 12 : Distribusi Pendidikan terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan afek emosi.

Pendidikan	Pengetahuan keluarga mengidentifikasi gangguan afek emosi									
	Kurang		Cukup		Baik		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TS - SD			3	30	3	30			6	60
SLTP - SLTA			2	20	1	10			3	30
PT					1	10			1	10
$\chi^2 = 1,333$ df = 2 p = 0,239									10	

Tabel 12 menunjukan keluarga dengan tingkat pendidikan tinggi (10 %) mempunyai kemampuan mengidentifikasi gang-

guan afek emosi baik, tingkat pendidikan menengah menunjukkan hasil 10 % baik dan 20 % cukup. Sedang untuk tingkat pendidikan dasar menunjukkan hasil 30 % baik dan 30 % cukup. Hasil uji χ^2 ternyata tidak ada pengaruh antara pendidikan dengan pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan afek emosi ($p = 0,239$).

Tabel 13 : Distribusi Pendidikan terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan psikomotor.

Pendidikan	Pengetahuan keluarga mengidentifikasi gangguan psikomotor									
	Kurang		Cukup		Baik		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TS - SD SLTP - SLTA PT			3	30	3	30			6	60
			3	10	1	10			3	30
									1	10
$\chi^2 = 2,857$ df = 2 p = 0,234									10	100

Tabel 13 menunjukan keluarga dengan tingkat pendidikan tinggi (10 %) mempunyai kemampuan mengidentifikasi gangguan psikomotor baik, tingkat pendidikan menengah menunjukkan hasil 30 % cukup. Sedang untuk tingkat pendidikan dasar menunjukkan hasil 30 % baik dan 30 % cukup Hasil uji χ^2 ternyata tidak ada pengaruh antara pendidikan dengan pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan psikomotor ($p = 0,234$).

Tabel 14 : Distribusi tingkat sosial ekonomi terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan persepsi.

Sosial Ekonomi	Pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi gangguan persepsi									
	Kurang		Cukup		Baik		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
- Tidak cukup										
- Cukup	1	10	3	30	2	20			6	60
- Lebih cukup untuk makan	1	10	2	20	1	10			4	40
- Mewah										
$\chi^2 = 0,138$ df = 2 p = 0,432									10	100

Tabel 14 menunjukkan keluarga dengan tingkat sosial ekonomi lebih cukup untuk makan mempunyai tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan persepsi 10 % baik, 20 % cukup dan 10 % kurang.

Sedangkan untuk yang sosial ekonominya hanya cukup untuk makan menunjukkan hasil 20 % baik, 30 % cukup, 10 % kurang. Hasil uji X^2 ternyata tidak ada pengaruh antara tingkat sosial ekonomi yang hanya cukup untuk makan dengan yang lebih untuk makan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan persepsi ($p = 0,239$).

Tabel 15 : Distribusi tingkat sosial ekonomi terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan proses berfikir.

Sosial Ekonomi	Pengetahuan keluarga mengidentifikasi gangg. proses berfikir									
	Kurang		Cukup		Baik		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
- Tidak cukup			1	10	3	30	2	20	6	60
- Cukup			1	10	3	30			4	40
- Lebih cukup untuk makan										
- Mewah										
$X^2 = 1,666$ $df = 2$ $p = 0,434$									10	100

Tabel 15 menunjukkan keluarga dengan tingkat sosial ekonomi lebih cukup untuk makan mempunyai tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan proses berfikir menunjukkan hasil 30 % baik dan 10 % cukup. Sedangkan untuk yang sosial ekonominya hanya cukup untuk makan menunjukkan hasil 20 % sangat baik, 30 % baik dan 10 % cukup. Hasil uji X^2 ternyata tidak ada pengaruh antara tingkat sosial ekonomi yang hanya cukup untuk makan dengan

yang lebih untuk makan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan proses berfikir ($p = 0,434$).

Tabel 16 : Distribusi tingkat sosial ekonomi terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan kemauan .

Sosial Ekonomi	Pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi gangguan kemauan									
	Kurang		Cukup		Baik		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
- Tidak cukup - Cukup - Lebih cukup - untuk makan - Kaya			1	10	2	20	3	30	6	60
				1	10	3	30	4	40	
$\chi^2 = 0,972$ df = 2 p = 0,615									10	100

Tabel 16 menunjukan keluarga dengan tingkat sosial ekonomi lebih cukup untuk makan mempunyai tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan kemauan menunjukkan hasil 30% sangat baik dan 10 % baik. Sedangkan untuk yang sosial ekonominya hanya cukup untuk makan menunjukkan hasil 30 % sangat baik, 20 % baik dan 10 % cukup. Hasil uji χ^2 ternyata tidak ada pengaruh antara tingkat sosial ekonomi yang hanya cukup untuk makan dengan yang lebih untuk makan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan kemauan ($p = 0,615$).

Tabel 17 : Distribusi tingkat sosial ekonomi terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan afek emosi.

Sosial Ekonomi	Pengetahuan keluarga mengidentifikasi gangguan afek emosi									
	Kurang		Cukup		Baik		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
- Tidak cukup - Cukup - Lebih cukup - untuk makan - Mewah			3	30	3	30			6	60
			2	20	2	20			4	40
$\chi^2 = 0$ df = 1 p = 1									10	100

Tabel 17 menunjukan keluarga dengan tingkat sosial ekonomi lebih cukup untuk makan mempunyai tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan afek emosi menunjukkan hasil 20% baik dan 20 % cukup. Sedangkan untuk yang sosial ekonominya hanya cukup untuk makan menunjukkan hasil 30 % baik dan 30 % cukup. Hasil uji χ^2 ternyata tidak ada pengaruh antara tingkat sosial ekonomi yang hanya cukup untuk makan dengan yang lebih untuk makan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan afek emosi ($p = 1$).

Tabel 18 : Distribusi tingkat sosial ekonomi terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan psikomotor.

Sosial Ekonomi	Pengetahuan keluarga mengidentifikasi gangguan psikomotor									
	Kurang		C u k u p		B a i k		Sangat Baik		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
- Tidak cukup										
- Cukup			3	30	3	30			6	60
- Lebih cukup untuk makan			4	40					4	40
- Mewah										
$\chi^2 = 2,857$ $df = 1$ $p = 0,09$									10	100

Tabel 18 menunjukan keluarga dengan tingkat sosial ekonomi lebih cukup untuk makan mempunyai tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan psikomotor menunjukkan hasil 40 % cukup. Sedangkan untuk yang sosial ekonominya hanya cukup untuk makan menunjukkan hasil 30 % baik dan 30 % cukup. Hasil uji χ^2 ternyata ada pengaruh antara tingkat sosial ekonomi yang hanya

cukup untuk makan dengan yang lebih untuk makan dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan psikomotor ($p = 0,09$).

4.2 Pembahasan

Dalam penelitian ini telah diteliti sebanyak 10 responden (keluarga) yang salah satu anggotanya menderita skizofrenia . Peneliti membandingkan hubungan antara faktor-faktor frekuensi MRS, pendidikan dan sosial ekonomi dengan tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan klien skizofrenia.

(1) Hubungan antara frekuensi MRS dengan tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan klien skizofrenia.

Dari hasil penelitian ini diperoleh adanya hubungan yang cukup bermakna antara faktor frekuensi MRS dengan tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi adanya tanda-tanda kekambuhan klien skizofrenia dengan hasil $p = 0,082$ untuk tanda-tanda gangguan persepsi, $p = 0,10$ untuk tanda-tanda gangguan proses berfikir, $p = 0,153$ untuk tanda-tanda gangguan kemauan, $p = 0,009$ untuk tanda-tanda gangguan afek emosi dan $p = 0,09$ untuk tanda-tanda psikomotor.

Keadaan ini dapat diterangkan sebagai berikut :

Menurut teori belajar bahwa semakin sering individu melihat, mendengar, suatu informasi maka, semakin tinggi kemampuan individu tersebut dalam menerima (mengingat)

informasi tersebut. (Bima, 1980). Dan kalau kita memperhatikan definisi pengetahuan yang dikemukakan oleh Abu Ahmadi (1991): pengetahuan adalah kesan dalam pemikiran manusia sebagai hasil dari penggunaan panca inderanya.

Bahwa keluarga dengan anggota yang frekuensi MRS nya lebih sering, maka inderanya akan semakin sering terstimulus terhadap informasi-informasi yang berkenaan dengan permasalahan kliennya (anggota keluarganya yang sakit), sehingga semakin memudahkan mereka dalam memahami hal-hal yang berkenaan dengan klien. Ditambah pula informasi yang diperoleh dari petugas kesehatan (dokter, perawat) yang merawat klien baik melalui PKMRS maupun pada saat perawatan langsung.

Dengan semakin sering keluarga MRS secara sadar atau sungguh-sungguh keluarga berusaha memahami permasalahan klien baik melalui dokter yang merawat klien atau melalui tim perawatan klien yang selalu memantau perkembangan dan memberikan pendidikan perawatan terhadap klien dan keluarga. Atau secara tidak sengaja atau tidak menyadari bahwa keluarga memperoleh pengetahuan perihal permasalahan klien khususnya tanda dan gejala skizofrenia yang diperoleh secara kebetulan melalui inderanya selama mendampingi mengamati klien di rumah sakit ataupun di rumah. Sehingga dengan demikian semakin meningkatkan tingkat pengetahuan keluarga utamanya dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan. (Ahmadi, 1991).

- (2) Hubungan pendidikan dengan tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan klien skizofrenia.

Hasil uji χ^2 untuk pendidikan terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan adalah sebagai berikut $p = 0,444$ untuk pengetahuan gangguan persepsi, $p = 0,69$ untuk gangguan proses berfikir, $p = 0,846$ untuk gangguan kemauan, $p = 0,239$ untuk gangguan afek emosi dan $p = 0,234$ untuk gangguan psikomotor. Dari hasil tersebut tidak satupun dari sub variabel yang menunjukkan hubungan yang bermakna.

Hal ini dapat dipahami mengingat jumlah sampel antara yang mempunyai tingkat pendidikan dasar, dan menengah serta pendidikan tinggi kurang seimbang. Yang terbanyak sampelnya adalah tingkat pendidikan dasar dengan jumlah sampel sebanyak 6 orang, sedang untuk pendidikan menengah 3 orang sedang untuk pendidikan tinggi 1 orang. Sehingga penyebaran tingkat pengetahuan dari masing-masing kelompok pendidikan lebih condong untuk bervariasi.

Selain itu tingkat pendidikan pengaruhnya terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan tidak bersifat langsung. Lain halnya dengan faktor frekuensi MRS yang mempunyai pengaruh langsung terhadap tingkat pemahaman keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan.

- (3) Hubungan antara tingkat sosial ekonomi dengan tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan pada klien skizofrenia

Hasil uji χ^2 untuk pendidikan terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan adalah sebagai berikut $p = 0,434$ untuk gangguan proses berfikir, $p = 0,432$ untuk gangguan persepsi, $p = 0,434$ untuk gangguan proses berfikir, $p = 0,615$ untuk gangguan kemauan, $p = 1$ untuk gangguan psikomotor, $p = 0,09$ untuk gangguan psikomotor.

Memperhatikan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa antara tingkat sosial ekonomi dengan tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan tidak terhadap hubungan yang bermakna. Hanya pada sub variabel gangguan psikomotor menunjukkan hubungan yang berarti, tetapi menunjukkan hubungan yang terbalik dalam arti pada mereka yang tingkat sosial ekonominya lebih rendah justru mempunyai tingkat pengetahuan yang lebih baik dari yang tingkat sosial ekonominya lebih tinggi.

Menurut persepsi penulis bahwa tingkat sosial ekonomi juga tidak mempunyai pengaruh langsung terhadap tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan. Sebab untuk dapat mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan lebih banyak dipengaruhi seberapa sering keluarga memperhatikan, mengamati, atau berusaha untuk mengetahui permasalahan klien. Sehingga pengaruh tingkat sosial ekonomi tidak terlalu besar terhadap tingkat

pengetahuan keluarga.

Dan hanya terdapat satu sub variabel tingkat pengetahuan dalam mengidentifikasi gangguan psikomotor yang menunjukkan hubungan yang bermakna dengan nilai $p = 0,09$.

Hal ini dapat disadari mengingat pengetahuan itu terkait langsung proses belajar, baik belajar sejara tidak sengaja maupun belajar secara sengaja (bima,1980). Dan kemampuan belajar itu dipengaruhi oleh kondisi internal dan eksternal, kondisi internal misalnya daya ingat, motivasi dan lain-lain. Kaitannya dengan daya ingat itu dipengaruhi oleh kemampuan untuk menerima, menyimpan dan mengemukakan kembali. Hubungannya dengan kemampuan menerima dipengaruhi oleh besarnya stimulus yang dalam hal ini semakin sering individu terstimulus terhadap informasi semakin tinggi kemampuan individu dalam menangkap informasi.(Bima, 1980)

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- (1) Terdapat hubungan antara frekuensi MRS dan tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan pada klien skizofrenia. Semakin sering MRS semakin tinggi pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan pada klien skizofrenia.
- (2) Tidak ada hubungan antara faktor pendidikan dengan tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan pada klien skizofrenia.
- (3) Tidak ada hubungan antara faktor sosial ekonomi dengan tingkat pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan pada klien skizofrenia.

5.2 Saran

- (1) Perlu dilakukan penelitian lebih luas dan terinci agar dapat memastikan pengaruh faktor-faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan klien skizofrenia.
- (2) Perlu dilakukan sekrening pada keluarga sebelum pulang dari rumah sakit sehingga bisa diidentifikasi sejauh mana pemahaman keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan.

- (3) Untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan, maka dalam memberikan materi PKM RS disesuaikan dengan permasalahan yang dihadapi oleh keluarga/klien.
- (4) Pendidikan kesehatan tidak hanya diberikan pada saat PKMRS, tetapi setiap perawat menyelenggarakan perawatan pada klien yaitu dengan melibatkan keluarga agar lebih memahami hal-hal yang harus dilakukan keluarga setelah pulang dari rumah sakit khususnya dalam mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ahmadi,A. (1991). *Ilmu Sosial Dasar*. Rineka Cipta, Jakarta.
2. Bailon,S.G. & Maglaya. (1989). *Family Health Nursing The Proses*. Philippines U.P. College of Nursing. Diliman.
3. Bima,W. (1980). *Pengantar Psikologi Umum*. F.P. U.G.M. Yogyakarta.
4. Depkes R.I. (1983). *Perawatan Kesehatan Keluarga*. Sub Dit. Perawatan Kesehatan Masyarakat Dir. Jen. Binkesmas. Jakarta.
5. Kelliatt,B.A. (1995). *Peran Serta Keluarga dalam Keperawatan Klien Gangguan Jiwa*. EGC. Jakarta.
6. Maramis, W.E. (1994). *Ilmu Kesehatan Jiwa*. Airlangga University Press. Surabaya.
7. Notoatmodjo,Soekidjo & Sarwono . (1985). *Pengantar Pendidikan Kesehatan*. Andi offset. Jakarta.
8. Notoatmodjo, Soekijo. (1993). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
9. Stuart,G.W. & Sundeen,S.J. (1991). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis : Mosby year book.
10. Sulinger,N.S. (1988). *Relapse What Causes Schizophrenic Relapse ?* Journal of Psychosocial Nursing. Vol.26, no 6. has 20 - 23.

Lampiran 1

QUESTIONER

PETUNJUK Pengerjaan

Pewawancara memberikan tanda cawang pada alternatif pilihan jawaban yang tersedia sesuai dengan pilihan responden dalam wawancara.

DATA UMUM

I. IDENTITAS

1. Identitas klien

Nama klien :

Alamat :

Diagnosa medik :

Umur :

2. Identitas Keluarga

(Bapak/Ibu/Suami/Istri/Saudara yang serumah dengan klien)

Nama :

Pekerjaan :

Umur :

Alamat :

Pertanyaan

Koding

1. Pendidikan saudara
 1 Tidak sekolah
 2 SLTP - SLTA
 3 Perguruan tinggi

--

2. Tingkat penghasilan keluarga saudara sebulan
 - 1 tidak cukup untuk makan
 - 2 cukup untuk makan saja
 - 3 lebih dari cukup untuk makan dan keperluan sederhana lainnya
 - 4 dapat memenuhi kebutuhan mewah
3. Frekuensi MRS
 - 1 baru 1 kali
 - 2 lebih dari atau sama dengan 2 kali

DATA KHUSUS

1. Tanda-tanda dari gangguan persepsi meliputi:
 - () bila klien mendengar suara-suara
 - () bila klien melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada apa-apa
 - () bila klien merasa meraba sesuatu yang sebetulnya tidak ada apa-apa
 - () bila klien merasa mencium sesuatu yang sesuatu yang sebetulnya tidak ada apa-apa
 - () bila klien merasakan cita rasa yang sebetulnya tidak ada apa-apa
2. Tanda-tanda dari gangguan proses berfikir meliputi :
 - () adanya ide-ide baru sebelum ide yang pertama selesai dikemukakan
 - () timbulnya ide yang diulang-ulang
 - () pikiran yang melayang yaitu ide timbul sangat cepat
 - () inkoheren artinya tidak ada hubungan antara pikiran dengan emosi
 - () klien bicaranya ngelantur
 - () klien berkeyakinan pada sesuatu yang di pertahankan meski telah dibanta oleh orang lain
3. Tanda-tanda gangguan kemauan meliputi :
 - () adanya sikap negatif atau berlawanan terhadap permintaan
 - () menghendaki dua hal yang berlawanan pada waktu yang bersamaan
 - () Hilangnya minat klien untuk makan, minum
 - () hilangnya minat untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungannya (mandi, kerapian dan kebersihan pakaian)
4. Tanda-tanda gangguan afek emosi meliputi :
 - () mudah marah
 - () kedangkalan emosi
 - () ambivalen
 - () inadkuat
 - () kecemasan

- () depresi
5. Tanda-tanda gangguan psikomotor meliputi :
- () stupor yaitu tidak menunjukkan pergerakan sama sekali
 - () hiperkinesia yaitu banyak bergerak
 - () logore yaitu klien banyak bicara
 - () neologisme yaitu membuat kata-kata baru
 - () katalepsi yaitu mempertahankan posisi dalam waktu lama
 - () fleksibilitas cerea yaitu bila anggota gerak digerakkan seperti lilin

