

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kasus gangguan jiwa dari tahun ke tahun cenderung meningkat seiring dengan perubahan pola kehidupan di era globalisasi. Pada saat sekarang satu dari empat orang di dunia terkena gangguan jiwa pada satu tahap dalam kehidupannya, demikian laporan organisasi kesehatan dunia WHO. Indonesia diperkirakan sekitar 50 juta atau 25 persen dari penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa. Riset kesehatan dasar (Rikesda) tahun 2013 menunjukkan, prevalensi gangguan jiwa berat, termasuk gangguan jiwa mencapai 7,1 per mil atau 1-2 orang dari 1000 warga Indonesia.

Gangguan jiwa tidak terjadi dengan begitu saja, akan tetapi ada banyak faktor yang menyebabkan terjadinya gejala – gejala gangguan jiwa. Berbagai penelitian telah menjelaskan penyebab gangguan jiwa. Faktor – faktor penyebab gangguan jiwa menurut Coleman, Butcher, dan Carson (1980 dalam Baihaqi, 2008) yaitu penyebab primer (*primary cause*), penyebab yang menyiapkan (*predisposing cause*), penyebab pencetus (*precipitating cause*), penyebab yang menguatkan (*reinforcing cause*), sirkulasi faktor – faktor penyebab (*multiple cause*).

Dalam teori lain menyebutkan bahwa faktor penyebab gangguan jiwa ada empat yaitu : faktor somatogenik (fisik-biologis), faktor psikogenik (psikologis), pola asuh patogenik, faktor sosiogenik (sosial budaya)

(Yosep,2007). Dari beberapa faktor penyebab gangguan jiwa salah satunya ada faktor somatogenik(fisik-biologis)yang berasal dari keluarga.

Suatu penyakit dalam keluarga mempengaruhi seluruh keluarga. Karena itu pengaruh dari status sehat sakit pada keluarga saling mempengaruhi atau sangat bergantung satu sama lain (Marilyn dalam Arif,2006). Penderita gangguan jiwa membutuhkan peran dari keluarganya dalam upaya percepatan proses penyembuhannya, salah satunya dengan memberikan dukungan dalam mematuhi program pengobatan.

Peran keluarga sangat penting terhadap pengobatan pasien gangguan jiwa. Karena pada umumnya pasien gangguan jiwa belum mampu mengatur,mengetahui jadwal, jenis obat,serta kondisi obat gangguan jiwa yang akan diminum. Keluarga harus selalu membimbing dan mengarahkannya, agar pasien gangguan jiwa dapat minum obat dengan benar dan teratur agar mengurangi kambuhnya penyakit gangguan jiwa.

Kekambuhan yang terjadi dari beberapa pemicu salah satunya disebabkan karena ketidakpatuhan pasien minum obat, sehingga pasien putus obat mengakibatkan pasien mengalami kekambuhan.Menurut Riyadi dalam Yuliantika,(2012)kepatuhan merupakan fenomena multidimensi yang ditentukan oleh tujuh dimensi yaitu faktor terapi,faktor sistem kesehatan,faktor lingkungan, usia, dukungan keluarga,tingkat pengetahuan,dan faktor sosial ekonomi. Sedangkan menurut(Wardani,2012) menjelaskan bahwa fenomena kekambuhan pada penderita gangguan jiwa lebih banyak diakibatkan oleh ketidakpatuhan minum obat,dan hasil *survey* yang dilakukan oleh (*World Federation Of Mental*

Health,2006) pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa menunjukkan bahwa kekambuhan kembali terjadi akibat ketidakpatuhan minum obat serta mengubah dosis obat sendiri.

Indriani (2009) dalam penelitiannya yang berjudul hubungan dukungan keluarga dengan periode kekambuhan menjelaskan bahwa kekambuhan terjadi jika pengobatan yang dilakukan tidak teratur atau lalai dalam melakukan pengobatan yang sangat dipengaruhi oleh dukungan keluarga. Menurut Yuliantika(2012) dalam penelitiannya yang berjudul faktor – faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa. Salah satu upaya untuk menciptakan kepatuhan pasien gangguan jiwa dalam minum obat adalah dengan meningkatkan peran keluarga, petugas dan psikiater.

Anggota keluarga harus bekerja sama agar pasien gangguan jiwa tersedia minum obat dengan tepat dan teratur. Petugas dan psikiater harus memberikan *health education* pada keluarga, khususnya tentang pemakaian obat dengan benar dan teratur. Agar keluarga bisa merawat, mengontrol dan membimbing klien dalam minum obat di rumah.

Puskesmas Plus Mandiangin kota Bukittinggi adalah salah satu Puskesmas induk yang terletak di Kelurahan Puhun Pintu Kabun Kecamatan Mandiangin Koto Selayan, salah satu Puskesmas di kota Bukittinggi yang memiliki fasilitas yang lengkap sehingga memudahkan pasien untuk menikmati Pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas, Seperti kelengkapan ruangan IGD, dan bagian farmasinya. Fasilitas ini merupakan kelebihan dari Puskesmas Plus Mandiangin,

serta sebagai contoh bagi Puskesmas lainnya baik dari segi fasilitas, pelayanan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan Maret 2015 di Puskesmas Plus Mandiangin Kota Bukittinggi jumlah pasien gangguan jiwa yang tercatat di Puskesmas Plus Mandiangin sekitar 30 orang, menurut petugas Puskesmas yang meminta obat rutin ke Puskesmas hanya 5 – 10 orang setiap bulannya. Dari 6 orang anggota keluarga penderita gangguan jiwa yang peneliti wawancara 4 diantaranya mengatakan bahwasannya mereka mengkonsumsi obat yang diberikan oleh petugas Puskesmas sesuai dengan jenis obat yang diberikan, mereka meminum obat sesuai waktu yang diberikan petugas Puskesmas ada yang diminum 3x1 (pagi, siang, malam) ada yang diminum 2x1 (pagi, malam), mereka juga meminum obat ini dengan sela waktu 6jam dan meminumnya sesuai dengan dosis yang diberikan oleh petugas Puskesmas, menurut keluarga mereka tidak ada mengkonsumsi obat selain yang diberikan oleh petugas Puskesmas karena mereka takut adanya komplikasi atau efek lain untuk kesehatan, keluarga selalu mengingatkan ketika sudah jadwalnya untuk minum obat dan memeriksakan kesehatan, serta 2 orang anggota keluarga lainnya mengatakan bahwa pasien juga meminum obat yang diberikan oleh petugas Puskesmas terkadang obat yang seharusnya diminum 3x1 (pagi, siang, malam) mereka hanya meminum 2x1 (pagi, malam) dan obat yang semestinya diminum 2x1 (pagi, malam) mereka hanya meminum satu kali saja, dalam meminumnya terkadang mereka membuang obatnya atau menyembunyikan obat tersebut dikarenakan merasa bosan dan terkadang keluarga tidak begitu

memperhatikan dan mengingatkan jadwal minum obat mereka dikarenakan banyak pekerjaan yang harus diselesaikan.(*Medikal Record* Puskesmas Plus Mandiangin Tahun 2014).

Berdasarkan fenomena tersebut penulis tertarik untuk mengetahui bagaimana “Hubungan Tugas Keluarga Sebagai Pendamping Dalam Kepatuhan Minum Obat Rutin Dengan Kekambuhan penyakit Pada Penderita Gangguan Jiwa di Puskesmas Plus Mandiangin Kota Bukittinggi Tahun 2015”.

1.2 Rumusan Masalah

Gangguan jiwa adalah responmaladaptif dari lingkungan internal dan eksternal, dibuktikan melalui pikiran,perasaan dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma lokal atau budaya setempat dan mengganggu fungsi sosial,pekerjaan dan atau fisik. Untuk membantu pasien dalam kebiasaan meminum obat rutin, maka keikutsertaanya dalam terapi, dukungan keluarga dan dukungan tim kesehatan sangat diperlukan. Jika penderita tidak teratur dalam minum obat rutin tanpa bantuan dari keluarganya maka kekambuhan dari penyakit yang diderita oleh pasien gangguan jiwa tidak bisa dikendalikan,hal ini ditakutkan akan membahayakan pasien,keluarga maupun masyarakat yang ada disekitar pasien.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu “ apakah ada hubungan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat dengan kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa di Puskesmas Plus Mandiangin Kota Bukittinggi Tahun 2015?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah untuk mengetahui hubungan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin dengan kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa di Puskesmas Plus Mandiangin Bukittinggi Tahun 2015.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Diketahui distribusi frekuensi tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin pada penderita gangguan jiwa di Puskesmas Plus Mandiangin Bukittinggi Tahun 2015.
- b. Diketahui distribusi frekuensi kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa di Puskesmas Plus Mandiangin Bukittinggi Tahun 2015.
- c. Menganalisis hubungan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin dengan kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa di Puskesmas Plus Mandiangin Bukittinggi Tahun 2015.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Sebagai pengalaman langsung dalam melakukan penelitian dan dapat mengaplikasikan teori yang didapat saat kuliah ke dalam praktek lapangan sesungguhnya, dengan demikian diharapkan dapat menambah wawasan peneliti serta sebagai rujukan dan referensi perpustakaan dalam keperawatan jiwa mengenai hubungan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin dengan kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa.

1.4.2 Bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan oleh mahasiswa keperawatan sebagai bahan pembelajaran dan bisa diaplikasikan dalam pemberian asuhan keperawatan serta dapat digunakan oleh perawat pendidik untuk mengembangkan metode pembelajaran yang tepat untuk meningkatkan kemampuan mahasiswa memahami hubungan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin dengan kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa dan menerapkannya dalam pemberian asuhan keperawatan.

1.4.3 Bagi Masyarakat Umum

Bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, sebagai sarana informasi, menambah pengetahuan serta keterampilan keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

1.5 Ruang Lingkup

Penelitian ini membahas tentang “hubungan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa”, yang mencakup beberapa hal yang akan diteliti yaitu sebagai variable independent adalah tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat: memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit yang mengacu pada 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan tepatnya pada tugas yang nomor 3 yakni memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit. Dan sebagai variable dependent adalah kekambuhan pada penderita gangguan jiwa. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 4 Mei 2015 sampai dengan 28 Juni 2015 di wilayah kerja

Puskesmas Plus Mandiangin Bukittinggi. Populasi pada penelitian ini adalah semua keluarga penderita gangguan jiwa yang meminta obat rutin ke Puskesmas Plus Mandiangin Kota Bukittinggi. Data dikumpulkan melalui kuesioner yang diisi langsung oleh responden, kemudian diolah dan dianalisa secara komputerisasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gangguan Jiwa

2.1.1 Pengertian Gangguan Jiwa

Menurut Videbeck (2008) gangguan jiwa adalah suatu sindrom atau pola psikologis atau perilaku yang penting secara klinis yang terjadi pada seseorang dan dikaitkan dengan adanya distress atau disabilitas atau disertai peningkatan resiko kematian yang menyakitkan, nyeri, disabilitas atau sangat kehilangan kebebasan.

Gangguan jiwa menurut *The American Psychiatric Association's* (1994, dalam Basmanelly, 2008) adalah "gangguan psikologis atau manifestasi perilaku dan atau kerusakan fungsi sosial, psikologik, genetik, fisik atau gangguan biologik". Gangguan jiwa juga dapat diartikan sebagai keyakinan individu terhadap faktor penyebabnya, yaitu faktor biologis (disfungsi anatomi dan fisiologi), faktor pembelajaran (pola perilaku maladaptif yang dipelajari), faktor *kognitif* (ketidaksesuaian atau defisit pengetahuan/ kesadaran), faktor *psikodinamika* (konflik intrapsikis dan defisit perkembangan), faktor lingkungan (respon terhadap stressor dan penolakan lingkungan) (Stuart & Sundeen, 1998). Jadi seseorang yang dikatakan mengalami gangguan jiwa apabila dirinya tidak lagi mampu berfungsi secara wajar dan optimal dalam kehidupannya sehari-hari baik di rumah, di sekolah, di tempat kerja dan lingkungan sosialnya yang disebabkan oleh faktor biologis, pembelajaran, kognitif, psikodinamika, dan lingkungan.

Menurut Yosep(2007) Gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan – keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental.

2.1.2 Penyebab Gangguan Jiwa

Menurut (Yosep, 2007) Ada beberapa faktor penyebab gangguan jiwa diantaranya : penyebab utamanya mungkin di badan(*somatogenik*),di lingkungan sosial (*sosiogenik*) ataupun psikologis (*psikogenik*) biasanya itu tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu timbulah gangguan badan ataupun jiwa.

Sumber penyebab dipengaruhi oleh faktor-faktor yang terus menerus saling mempengaruhi, yaitu :

- a) Faktor – faktor somatik (*somatogenik*) atau *organobiologis*.

Yang termasuk kedalam kelompok ini adalah:

- a. Genetika / keturunan.

Menurut Cloninger dalam Yosep, (2007) gangguan jiwa, terutama gangguan persepsi sensori dan gangguan psikotik lainnya, penyebab dan faktor genetik termasuk di dalamnya saudara kembar, individu yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecenderungan lebih tinggi di banding dengan orang yang tidak memiliki faktor herediter.

Individu yang memiliki hubungan sebagai ayah, ibu, saudara atau anak dari klien yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecenderungan 10 %

sedangkan keponakan atau cucu kejadian 2- 4 %. Individu yang memiliki hubungan sebagai kembar identik dengan klien yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecenderungan 46 – 48 %, sedangkan kembar *dizygot* memiliki kecenderungan 14-17%. Faktor genetik tersebut sangat ditunjang dengan pola asuh yang diwariskan sesuai dengan pengalaman yang dimiliki oleh anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa.

b. Cacat kongenital.

Cacat kongenital atau sejak lahir dapat mempengaruhi perkembangan jiwa anak, terlebih yang berat, seperti retardasi mental yang berat. Akan tetapi umumnya pengaruh cacat ini timbulnya gangguan jiwa terutama tergantung pada individu itu, bagaimana ia menilai dan menyesuaikan diri terhadap keadaan hidupnya yang cacat. Orang tua dapat mempersulit penyesuaian ini dengan perlindungan yang berlebihan (proteksi berlebihan). Penolakan atau tuntutan yang sudah diluar kemampuan anak.

c. Faktor jasmaniah

Beberapa penyelidik berpendapat bentuk tubuh seseorang berhubungan dengan gangguan jiwa tertentu. Misalnya yang bertubuh gemuk/*endoform* cenderung mengalami gangguan jiwa, begitu juga dengan yang bertubuh kurus/*ectoform*, tinggi badan yang terlalu tinggi atau yang terlalu pendek dan sebagainya.

d. Deprivasi

Deprivasi atau kehilangan fisik, baik yang dibawa sejak lahir ataupun yang di dapat, misalnya karena kecelakaan hingga anggota gerak(kaki dan tangan)ada yang harus diamputasi (Baihaqi, 2005).

e. Temperamen / Proses-proses emosi yang berlebihan

Orang yang terlalu peka/sensitif biasanya mempunyai masalah kejiwaan dan ketegangan yang memiliki kecenderungan mengalami gangguan jiwa. Dan proses emosi yang terjadi secara terus-menerus dengan koping yang tidak efektif akan mendukung timbulnya gejala psikotik(Yosep, 2007).

f. Penyalahgunaan obat-obatan

Koping yang maladaftif yang digunakan individu untuk menghadapi stresor melalui obat-obatan yang memiliki sifat adiksi (efek ketergantungan) seperti *cocaine*, *amphetamine* menyebabkan gangguan persepsi, gangguan proses berpikir, gangguan motorik dan sebagainya.

g. Patologi otak

Termasuk disini adalah, trauma, lesi, infeksi, perdarahan, tumor, toksin, gangguan metabolisme dan atrofi otak.

h. Penyakit dan cedera tubuh.

Penyakit – penyakit tertentu misalnya penyakit jantung, kanker, dan sebagaimana, mungkin menyebabkan merasa murung dan sedih. Demikian pula cedera / cacat tubuh tertentu dapat menyebabkan rasa rendah diri(Yosep, 2007).

b) Faktor – Faktor Psikologik(*Psikogenik*)atau Psikoedukatif

Bermacam pengalaman frustasi, kegagalan dan keberhasilan yang dialami seseorang akan mewarnai sikap, kebiasaan, dan sifatnya dikemudian hari.

a. Trauma di masa kanak-kanak

Deprivasi dini biologi maupun psikologik yang terjadi pada masa bayi, anak-anak. Misalnya anak yang ditolak (*rejected child*)akan menimbulkan rasa tidak nyaman dan ia akan mengembangkan cara penyesuaian yang salah (Baihaqi, 2005).

b. Deprivasi parental

Deprivasi parental atau kehilangan asuhan ibu dirumah sendiri, terpisah dengan ibu atau ayah kandung, tinggal di asrama, dapat menimbulkan perkembangan yang abnormal.

c. Hubungan keluarga yang patogenik

Dalam masa kanak-kanak keluarga memegang peranan yang penting dalam pembentukan kepribadian. Hubungan orang tua-anak yang salah atau interaksi yang patogenik dalam keluarga merupakan sumber gangguan penyesuaian diri. Kadang orang tua terlalu banyak berbuat untuk anak dan tidak memberikan kesempatan anak itu berkembang sendiri, adakalanya orang tua berbuat terlalu sedikit dan tidak merangsang anak, atau tidak memberi bimbingan dan anjuran yang dibutuhkan.

Beberapa jenis hubungan keluarga yang sering melatarbelakangi adanya gangguan jiwa, umpamanya penolakan,perlindungan berlebihan,manja

berlebihan, tuntutan perfeksionistik, disiplin yang salah, dan persaingan antara saudara yang tidak sehat. (Yosep, 2007).

d. Struktur keluarga yang patogenik

Struktur keluarga inti kecil atau besar mempengaruhi terhadap perkembangan jiwa anak, apalagi bila terjadi ketidak sesuaian perkawinan dan problem rumah tangga yang berantakan (Baihaqi, 2005). Anak tidak mendapat kasih sayang, tidak dapat mengahayati disiplin, tidak ada panutan, pertengkaran dan keributan yang membingungkan dan menimbulkan rasa cemas serta rasa tidak aman. Hal tersebut merupakan dasar yang kuat untuk timbulnya tuntunan tingkah laku dan gangguan kepribadian pada anak dikemudian hari (Yosep, 2007).

Kejadian kekerasan dalam rumah tangga memungkinkan anak-anak untuk menyaksikan pertengkaran orang tuanya (kekerasan terhadap ibunya) mengalami kekerasan seperti yang dialami ibunya, bahkan menjadi sasaran kekerasan (pelampiasan emosi) oleh ibunya.

Anak korban KDRT tergantung usianya dapat mengalami berbagai bentuk gangguan kejiwaan sebagai dampak dari peristiwa traumatik yang dialaminya. Pada anak prasekolah dapat berupa perilaku menarik diri, mengompol, gelisah, ketakutan, sulit tidur, mimpi buruk, dan teror tidur (mendadak terbangun teriak histeris), dan bicara gagap (Dharmono, 2008).

e. Kekecewaan dan pengalaman yang menyakitkan

Kematian, kecelakaan, sakit berat, perceraian, perpindahan yang mendadak, kekecewaan yang berlarut-larut, dan sebagainya, akan

mempengaruhi perkembangan kepribadian, tapi juga tergantung pada keadaan sekitarnya (orang, lingkungan atau suasana saat itu) apakah mendukung atau mendorong dan juga tergantung pada pengalamannya dalam menghadapi masalah tersebut (Yosep, 2007).

f. Stress berat

Tekanan stress yang timbul bersamaan dan atau berturut-turut, bisa menyebabkan berkurangnya/hilangnya daya tahan terhadap stress. Contohnya kasus seseorang yang baru saja mengalami perceraian kemudian harus juga kehilangan anak, baik karena anaknya meninggal atau diputus secara paksa, mengakibatkan daya tahan dirinya dalam menghadapi masalah menjadi lebih rentan (Baihaqi, 2005).

c) Sebab Sosial Kultral

Kebudayaan secara teknis adalah idea tau tingkah laku yang dapat dilihat maupun yang tidak terlihat. Faktor budaya bukan merupakan penyebab langsung timbulnya gangguan jiwa. Biasanya terbatas menentukan “warna” gejala – gejala disamping mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan kepribadian seseorang misalnya melalui atauran – aturan kebiasaanya yang berlaku dalam kebudayaan tersebut. Beberapa faktor – faktor kebudayaan tersebut yaitu :

a. Cara – cara membesarkan anak

Cara – cara membesarkan anak yang kaku dan otoriter, hubungan orang tua anak menjadi kaku dan tidak hangat. Anak – anak setelah dewasa mungkin bersifat sangat agresif atau pendiam dan tidak suka tergaol atau justru menjadi penurut yang berlebihan.

b. Sistem nilai

Perbedaan sistem nilai, moral dan etika antara kebudayaan yang satu dengan yang lain sering menimbulkan masalah kejiwaan.

c. Kepincangan antarkeinginan dengan kenyataan

Iklan-iklan di radio, televisi, surat kabar, film dan lain-lain menimbulkan bayangan-bayangan yang menyilaukan tentang kehidupan modern yang mungkin jauh dari kenyataan hidup sehari-hari. Akibat rasa kecewa yang timbul, seseorang mencoba mengatasinya dengan khayalan atau melakukan kegiatan yang merugikan masyarakat.

d. Ketegangan akibat faktor ekonomi

Dalam masyarakat modern kebutuhan makin meningkat dan persaingan makin meningkat dan makin ketat untuk meningkatkan ekonomi hasil-hasil teknologi modern. Faktor-faktor gaji yang rendah, perumahan yang buruk, waktu istirahat dan berkumpul dengan keluarga sangat terbatas dan sebagainya merupakan sebagian hal yang mengakibatkan perkembangan kepribadian yang abnormal.

e. Perpindahan kesatuan keluarga

Khusus untuk anak yang sedang berkembang kepribadiannya, perubahan-perubahan lingkungan(kebudayaan dan pergaulan)cukup mengganggu.

f. Masalah golongan minoritas

Tekanan-tekanan perasaan yang dialami golongan ini dari lingkungannya dapat mengakibatkan rasa pemberontakan yang selanjutnya akan tampil dalam

bentuk sikap acuh atau melakukan tindakan-tindakan yang akan merugikan orang banyak (Yosep, 2007).

2.1.3 Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Menurut (Yosep, 2007) beberapa gejala umum kekambuh yang perlu diidentifikasi oleh klien dan keluarganya yaitu : Ketegangan (*tension*), rasa putus asa dan murung, gelisah, cemas, perbuatan - perbuatan yang terpaksa (*convulsive*), *hysteria*, rasa lemah, tidak mampu mencapai tujuan, takut, pikiran-pikiran buruk, menjadi ragu-ragu dan serba takut (*Nervous*), tidak ada nafsu makan, sukar konsentrasi, sulit tidur, depresi, tidak ada minat, menarik diri.

- a) Gangguan kognisi pada persepsi: merasa mendengar (mempersepsikan) sesuatu bisikan yang menyuruh membunuh, melempar, naik genting, membakar rumah, padahal orang di sekitarnya tidak mendengarnya dan suara tersebut sebenarnya tidak ada hanya muncul dari dalam diri individu sebagai bentuk kecemasan yang sangat berat dia rasakan. Hal ini sering disebut halusinasi, klien bisa mendengar sesuatu, melihat sesuatu atau merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak ada menurut orang lain.
- b) Gangguan kemauan: klien memiliki kemauan yang lemah (*abulia*) susah membuat keputusan atau memulai tingkah laku, susah sekali bangun pagi, mandi, merawat diri sendiri sehingga terlihat kotor, bau dan acak-acakan.
- c) Gangguan emosi: klien merasa senang, gembira yang berlebihan (Waham kebesaran). Klien merasa sebagai orang penting, sebagai

raja, pengusaha, orang kaya, titisan Bung Karno tetapi di lain waktu ia bisa merasa sangat sedih, menangis, tak berdaya (depresi) sampai ada ide ingin mengakhiri hidupnya.

- d) Gangguan psikomotor : Hiperaktivitas, klien melakukan pergerakan yang berlebihan naik ke atas genting berlari, berjalan maju mundur, meloncat-loncat, melakukan apa-apa yang tidak disuruh atau menentang apa yang disuruh, diam lama tidak bergerak atau melakukan gerakan aneh. (Yosep, 2007).

2.1.4 Klasifikasi Gangguan Jiwa

Ada beberapa klasifikasi gangguan jiwa, diantaranya sebagai berikut:

a) Psikotik – Organik

Gangguan Jiwa Psikotik : Semua kondisi yang memberi indikasi terdapatnya hendaya berat dalam kemampuan daya nilai realitas, sehingga terjadi salah menilai persepsi dan pikirannya, dan salah dalam menyimpulkan dunia luar, kemudian diikuti dengan adanya waham, halusinasi, atau perilaku yang kacau, seperti delirium, demensia dan lain sebagainya.

b) Psikotik – Non Organik

Gangguan Jiwa Neurotik : Gangguan jiwa non psikotik yang kronis dan rekuren, yang ditandai terutama oleh kecemasan, yang dialami atau dipersepsikan secara langsung, atau diubah melalui mekanisme pertahanan/pembelaan menjadi sebuah gejala, yaitu: obsesi, kompulsi, fobia, disfungsi seksual, seperti : gangguan jiwa, waham, gangguan mood (Maramis, 2009).

c) Non Psikotik

Seperti cemas, gangguan somatoform, gangguan psikoseksual, gangguan kepribadian, dll.

2.1.5 Macam – Macam Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa artinya bahwa yang menonjol ialah gejala-gejala yang psikologik dari unsur psikis. Macam-macam gangguan jiwa (Maramis, 2009): Gangguan mental organik dan simtomatik, gangguan jiwa, gangguan skizotipal dan gangguan waham, gangguan suasana perasaan, gangguan neurotik, gangguan somatoform, sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik, gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa, retardasi mental, gangguan perkembangan psikologis, gangguan perilaku dan emosional dengan onset masa kanak dan remaja.

Menurut Nita (2010) macam – macam gangguan jiwa ada 7 yaitu :

a) Harga Diri Rendah

Evaluasi diri dan perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif dan dapat secara langsung atau tidak langsung diekspresikan.(Townsend,1998). Perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilangnya percaya diri dan harga diri, merasa gagal mencapai keinginan.(Keliat,1998).

a. Tanda dan gejala Harga Diri Rendah

Berikut tanda dan gejala klien dengan harga diri rendah kronis: Mengkritik diri sendiri,perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis, tidak menerima pujian, penurunan produktifitas, penolakan terhadap kemampuan diri, kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian

tidak rapi, selera makan berkurang, lebih banyak menunduk, bicara lambat dan nada suara rendah.

b. Tindakan keperawatan pada keluarga

Tujuannya adalah : Keluarga dapat membantu klien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki klien, keluarga memfasilitasi aktifitas klien yang sesuai kemampuan, keluarga memotivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan latihan yang telah ditentukan, keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan klien.

Tindakan Keperawatannya adalah : Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien, menjelaskan kepada keluarga tentang kondisi klien yang mengalami gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis, diskusikan dengan keluarga kemampuan yang dimiliki klien, jelaskan cara – cara merawat klien dengan gangguan konsep diri : harga diri kronis, demonstrasikan cara merawat klien dengan gangguan konsep diri : harga diri kronis, bantu keluarga menyusun rencana kegiatan klien di rumah.

b) Isolasi sosial

Menurut Balitbang (2007) isolasi sosial adalah suatu sikap dimana individu menghindari diri dari interaksi dengan orang lain. Individu merasa bahwa ia kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk membagi perasaan, pikiran, prestasi, atau kegagalan.

a. Tanda dan gejala isolasi sosial

Berikut tanda dan gejala klien dengan isolasi sosial : Kurang spontan, apatis (acuh terhadap lingkungan), ekspresi wajah kurang berseri, tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri, tidak ada atau kurang berkomunikasi verbal, mengisolasi diri, asupan makan atau minuman terganggu, retensi urine dan feses. Aktifitas menurun, kurang energi (tenaga), rendah diri, postur tubuh berubah misalnya sikap fetus/janin (khususnya pada posisi tidur).

b. Tindakan Keperawatan pada keluarga klien

Tujuannya adalah :Keluarga mampu merawat klien isolasi sosial dirumah.

Tindakan keperawatannya adalah : Melatih keluarga agar mampu merawat klien isosalasi sosial. Keluarga merupakan sistem pendukung utama bagi klien untuk mengatasi masalahnya termasuk mengatasi masalah isolasi sosial ini, mengingat keluargalah yang akan bersama – sama dengan klien sepanjang hari. Tahapan dalam melatih keluarga dalam merawat klien isolasi sosial dirumah menjelaskan hal – hal sebagai berikut: masalah isolasi sosial dan dampaknya pada klien, penyebab isolasi sosial, sikap keluarga untuk membantu klien mengatasi isolasi sosialnya, pengobatan yang berkelanjutan dan mencegah putus obat, tempat rujukan bertanya dan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi klien, memperagakan cara komunikasi dengan klien, memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempraktikan cara berkomunikasi dengan klien.

c) Halusinasi

Menurut Cook dan Fontaine (1987) perubahan persepsi : halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori, seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada.

a. Tanda dan gejala halusinasi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Faktor predisposisi dapat meliputi: faktor perkembangan, faktor sosiokultural, faktor biokimia, faktor psikologis, faktor genetik.

b. Tindakan Keperawatan untuk keluarga klien

Tujuannya : keluarga dapat merawat klien dirumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk klien.

Tindakan keperawatannya : keluarga merupakan faktor vital dalam penanganan klien gangguan jiwa dirumah. Hal ini mengingat keluarga adalah sistem pendukung terdekat dan orang yang bersama – sama dengan klien selama 24 jam. Keluarga sangat menentukan apakah klien akan kambuh atau tetap sehat. Keluarga yang mendukung klien secara konsisten akan membuat klien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun demikian, jika keluarga tidak mampu merawat klien maka klien akan kambuh bahkan untuk memulihkannya kembali akan sulit. Oleh karna itu perawat harus melatih keluarga klien agar mamopu merawat klien

gangguan jiwa dirumah. Pendidikan kesehatan kepada keluarga dapat dilakukan tiga tahap. Tahap pertama adalah menjelaskan masalah yang dialami klien dan pentingnya peran keluarga untuk mendukung klien. Tahap kedua adalah melatih keluarga untuk merawat klien, dan tahap yang ketiga yaitu melatih keluarga merawat langsung. Informasi yang penting disampaikan kepada keluarga meliputi pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, cara merawat klien halusinasi (cara berkomunikasi, pemberian obat, dan pemberian aktifitas kepada klien), serta sumber – sumber pelayanan kesehatan yang bisa terjangkau.

d) Waham

Menurut Depkes RI,(2002)Waham adalah keyakinan klien yang tidak sesuai dengan kenyataan, tetapi dipertahankan dan tidak dapat diubah secara logis oleh orang lain. Keyakinan ini berasal dari pemikiran klien yang sudah kehilangan kontrol.

a. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala pada klien gangguan perubahan proses pikir: waham adalah : menolak makan, tidak ada perhatian pada perawatan diri, ekspresi wajah sedih/ gembira/ ketakutan, gerakan tidak terkontrol, mudah tersinggung, isi kenyataan tidak sesuai dengan kenyataan, tidak bisa membedakan antara kenyataan dan bukan kenyataan, menghindar dari orang lain, mendominasi pembicaraan, berbicara kasar, menjalankan kegiatan keagamaan secara berlebihan.

b. Tindakan keperawatan untuk keluarga klien

Tujuannya : keluarga mampu mengidentifikasi waham klien, keluarga mampu memfasilitasi klien untuk memenuhi kebutuhan yang dipenuhi oleh wahamnya, keluarga mampu mempertahankan program pengobatan klien secara optimal.

Tindakan keperawatannya : diskusikan dengan keluarga tentang waham yang dialami klien, diskusikan dengan keluarga tentang cara merawat klien waham dirumah, follow up dan keteraturan pengobatan, serta lingkungan yang tepat untuk klien, diskusikan dengan keluarga tentang obat klien (nama obat, dosis, frekuensi, efek samping, dan akibat penghentian obat), diskusikan dengan keluarga kondisi klien yang memerlukan bantuan.

e) **Defisit Perawatan Diri**

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapinya aktifitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi(hygiene), berpakaian/berhias, makan, dan BAB/BAK(toileting).

a. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala pada pasien yang mengalami gangguan defisit perawatan diri adalah mandi/hygiene : Klien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi.

Berpakaian/berhias : klien mempunyai kelemahan dalam meletakkan atau mengambil potongan pakaian, menanggalkan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. Klien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, memilih pakaian, menggunakan alat tambahan, menggunakan kaos kaki, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian, dan mengenakan sepatu.

Makan : klien tidak mempunyai kemampuan dalam menelan makanan, mempersiapkan makanan, menangani perkakas, mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, membuka kontainer, memanipulasikan makanan kedalam mulut, mengambil makanan dari wadah lalu memasukkannya kemulut, melengkapi makan, mencerna makanan, menurut cara yang diterima masyarakat, mengambil cangkir atau gelas, serta mencerna cukup makanan dengan aman.

BAB/BAK (toileting) : klien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk toileting, membersihkan diri setelah BAB/BAK dengan tepat, dan menyiram toilet atau kamar kecil.

Keterbatasan diri diatas biasanya diakibatkan karna stresor yang cukup berat dan sulit ditangani oleh klien (klien bisa mengalami harga diri rendah), sehingga dirinya tidak mau mengurus atau merawat dirinya sendiri baik dalam hal mandi, berpakaian, berhias, makan, maupun BAB dan BAK. Bila tidak dilakukan intervensi oleh perawat, maka kemungkinan klien bisa mengalami masalah resiko tinggi isolasi sosial.

b. Tindakan keperawatan untuk keluarga klien

Keluarga dapat meneruskan melatih klien dan mendukung agar kemampuan klien dalam perawatan dirinya meningkat. Serangkaian intervensi ini dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut : diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh klien agar dapat menjaga kebersihan diri, anjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat dan membantu klien dalam merawat diri (sesuai jadwal yang telah disepakati), anjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas kebersihan klien dalam merawat diri.

f) Risiko Bunuh Diri

Menurut Nita (2010 : 111) bunuh diri adalah suatu keadaan dimana individu mengalami resiko untuk menyakiti diri sendiri atau melakukan tindakan yang dapat mengancam nyawa.

a. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala klien dengan gangguan resiko bunuh diri adalah : mempunyai ide untuk bunuh diri, mengungkapkan keinginan untuk mati, mengungkapkan rasa bersalah dan keputusasaan, impulsif, menunjukkan perilaku yang mencurigakan (biasanya menjadi sangat patuh), memiliki riwayat percobaan bunuh diri, verbal terselubung (berbicara tentang kematian, menanyakan tentang obat dosis mematikan), status emosional (harapan, penolakan, cemas meningkat, panik, marah, dan mengasingkan diri), kesehatan mental (secara klinis klien terlihat sebagai orang yang depresi, psikosis, dan menyalahgunakan alkohol), kesehatan fisik (biasanya pada

klien dengan penyakit kronis atau terminal), pengangguran (tidak bekerja, kehilangan pekerjaan, atau mengalami kegagalan karier), umur 15 – 19 tahun atau diatas 45 tahun, status perkawinan (mengalami kegagalan dalam perkawinan), pekerjaan, konflik interpersonal, latar belakang keluarga, orientasi seksual, sumber – sumber personal, sumber – sumber sosial menjadi korban perilaku kekerasan saat kecil.

- b. Tindakan keperawatan untuk keluarga dengan anggota keluarga yang menunjukkan isyarat bunuh diri

Tujuannya : Keluarga mampu merawat klien dengan resiko bunuh diri.

Tindakan keperawatannya : mengajarkan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri, menanyakan pada keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri yang pernah muncul pada klien, mendiskusikan tentang tanda dan gejala yang umumnya muncul pada klien yang beresiko bunuh diri, mengajarkan keluarga cara melindungi klien dari perilaku bunuh diri, mendiskusikan tentang cara yang dapat dilakukan keluarga bila klien memperlihatkan tanda dan gejala bunuh diri, menjelaskan tentang cara – cara melindungi klien, seperti contoh berikut ini : memberikan tempat yang aman, menjauhkan barang – barang yang bisa digunakan untuk bunuh diri, selalu mengadakan pengawasan dan meningkatkan pengawasan bila tanda dan gejala bunuh diri meningkat, menganjurkan keluarga untuk mempraktikkan cara diatas, mengajarkan keluarga tentang hal – hal yang dapat dilakukan apabila klien melakukan percobaan bunuh diri, antara lain dengan cara sebagai berikut :

mencari bantuan tetangga sekitar atau pemuka masyarakat untuk menghentikan upaya bunuh diri tersebut, segera membawa klien ke rumah sakit atau puskesmas untuk mendapatkan bantuan, membantu keluarga untuk mencarirujukan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi klien, memberikan informasi tentang nomor telepon darurat, menganjurkan kepada keluarga untuk mengantarkan klien berobat/kontrol secara teratur untuk mengatasi masalah bunuh dirinya, menganjurkan keluarga untuk membantu klien minum obat sesuai prinsip enam benar yaitu benar orangnya, benar dosisnya, benar obatnya, benar cara penggunaannya, benar waktu penggunaannya, dan benar pencatatannya.

g) Perilaku Kekerasan

Menurut Stuar dan Sundeen, dalam Nita, (2010) perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

a. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala klien yang mengalami gangguan perilaku kekerasan adalah : Fisik : mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku. Verbal : mengancam, mengumpat, dengan kata – kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, ketus. Perilaku : menyerang orang lain, melukai orang lain/diri sendiri, merusak lingkungan, amuk/agresif. Emosi : tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya,

bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut. Intelektual : mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan kata – kata bernada sarkasme. Spiritual : merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu – raguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat. Sosial : menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran. Perhatian : bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

b. Tindakan keperawatan untuk keluarga klien

Tujuannya : Keluarga mampu merawat klien dirumah.

Tindakan keperawatannya : diskusikan dengan keluarga tentang perilaku kekerasan meliputi penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul, serta akibat dari perilaku tersebut, latih keluarga untuk merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan, anjurkan keluarga untuk selalu memotivasi klien agar melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat, ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada klien bila anggota keluarga dapat melakukan kegiatan tersebut dengan tepat, diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila klien menunjukkan gejala – gejala kekerasan. Diskusikan bersama keluarga kondisi – kondisi klien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain.

2.2 Kekambuhan Pada Penderita Gangguan Jiwa

2.2.1 Pengertian Kekambuhan

Kambuh merupakan keadaan klien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus dirawat kembali (Andri, 2008).

Periode kekambuhan adalah lamanya waktu tertentu atau masa dimana klien muncul lagi gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus dirawat kembali.

2.2.2 Gejala Kekambuhan Pada Penderita Gangguan Jiwa

Menurut Yosep (2009) beberapa gejala kekambuhan yang perlu diidentifikasi oleh klien dan keluarganya yaitu :

- a. Menjadi ragu-ragu dan serba takut
- b. Tidak ada nafsu makan
- c. Sukar konsentrasi
- d. Sulit tidur
- e. Depresi
- f. Tidak ada minat
- g. Menarik diri

Ada beberapa hal yang bisa memicu kekambuhan gangguan jiwa, antara lain tidak minum obat dan tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat, serta adanya masalah kehidupan yang berat yang membuat stress (Akbar, 2008).

2.2.3 Faktor Penyebab Kekambuhan

Sullinger dalam Keliat, (1996) mengidentifikasi 4 faktor penyebab klien kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit jiwa, yaitu :

a) Klien

Secara umum bahwa klien yang minum obat secara tidak teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% klien yang pulang dari rumah sakit jiwa tidak memakan obat secara teratur (Appleton, dalam Keliat 1996). Klien kronis gangguan jiwa sukar mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidakmampuan mengambil keputusan. Di rumah sakit perawat bertanggung jawab dalam pemberian atau pemantauan pemberian obat, di rumah tugas perawat digantikan oleh keluarga.

b) Dokter (pemberi resep)

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

c) Penanggung jawab klien (case manager)

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

d) Keluarga

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

kekambuhan pada penderita gangguan kejiwaan biasanya berhubungan dengan faktor penderita itu sendiri, keluarga, dan masyarakat.

Faktor penderita adalah berkaitan dengan ketidakteraturan dalam meminum obat. Menurut penelitian, 25%-50% penderita yang pulang dari rumah sakit jiwa tidak meminum obat secara teratur. Kemudian faktor keluarga, menurut penelitian (di Inggris dan Amerika), keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi seperti bermusuhan, mengkritik, tidak ramah, banyak menekan dan menyalahkan, menyebabkan 57% penderita kembali kambuh. Sebaliknya keluarga dengan ekspresi emosi yang rendah, hanya 17% penderita yang kambuh. Selain itu faktor yang berpengaruh juga adalah perubahan stres, baik yang menyenangkan maupun yang menyedihkan.

2.3 Konsep Kepatuhan

2.3.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan (bahasa Inggris: *compliance*) berarti mengikuti suatu spesifikasi, standar, atau hukum yang telah diatur dengan jelas yang biasanya diterbitkan oleh lembaga atau organisasi yang berwenang dalam suatu bidang tertentu (Wikipedia, 2008).

Kepatuhan adalah sejauhmana perilaku seseorang sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh Profesionalisme kesehatan (Niven, 2002)

2.3.2 Faktor – Faktor Yang Mendukung Kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah segala sesuatu yang dapat berpengaruh positif sehingga penderita tidak mampu lagi

mempertahankan kepatuhannya, sampai menjadi kurang patuh dan tidak patuh.

Adapun Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya:

a. Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorangpun mematuhi instruksi jika dia salah paham tentang instruksi yang diberikannya kepadanya. Menurut Ley dan Spelmen, (1967) menemukan bahwa lebih dari 60% responden yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan kepada mereka. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan Profesional dalam memberikan informasi lengkap, penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh penderita.

b. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif yang diperoleh secara mandiri, lewat tahapan-tahapan tertentu. Semakin tua umur seseorang maka proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi umur-umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat ketika berusia belasan tahun, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa faktor umur akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang yang akan mengalami puncaknya pada umur-umur tertentu dan akan menurun kemampuan penerimaan atau mengingat sesuatu seiring dengan usia semakin lanjut. (Niven dalam Desmanovi, 2014).

c. Kesakitan dan pengobatan

Perilaku kepatuhan lebih rendah untuk penyakit kronis (karena tidak ada akibat buruk yang segera dirasakan atau resiko yang jelas), saran mengenai gaya hidup dan kebiasaan lama, pengobatan yang kompleks, pengobatan dengan efek samping, perilaku yang tidak pantas.(Niven dalam Desmanovi, 2014).

d. Keyakinan, sikap dan kepribadian

Kepribadian antara orang yang patuh dengan orang yang gagal, orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan memiliki kehidupan sosial yang lebih, memusatkan perhatian kepada diri sendiri. Kekuatan ego yang lebih ditandai dengan kurangnya penguasaan terhadap lingkungannya. (Niven dalam Desmanovi, 2014)

e. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga dapat menjadi Faktor yang dapat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta menentukan program pengobatan yang akan mereka terima. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarga yang sakit. Agar proses penyembuhan pada penderita dapat lebih optimal. (Niven dalam Desmanovi, 2014).

f. Tingkat ekonomi

Tingkat ekonomi merupakan kemampuan financial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup, namun biasanya ada sumber keuangan lain yang bisa digunakan untuk membiayai semua program pengobatan dan perawatan

sehingga belum tentu tingkat ekonomi menengah ke bawah akan mengalami ketidakpatuhan dan sebaliknya tingkat ekonomi baik tidak terjadi ketidakpatuhan. (Niven dalam Desmanovi, 2014)

g. Dukungan sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga, teman, waktu, dan uang merupakan faktor penting dalam kepatuhan contoh yang sederhana, jika tidak ada transportasi dan biaya dapat mengurangi kepatuhan penderita. Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan godaan dan ketidakpatuhan dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan. Dukungan sosial nampaknya efektif di negara seperti Indonesia yang memiliki status sosial lebih kuat, dibandingkan dengan negara-negara barat. (Niven dalam Desmanovi, 2014)

h. Perilaku sehat

Perilaku sehat dapat dipengaruhi, oleh karena itu perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku tetapi juga dapat mempertahankan perubahan tersebut. Sikap pengontrolan diri membutuhkan pemantauan terhadap diri sendiri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap diri sendiri terhadap perilaku yang baru tersebut. (Niven dalam Desmanovi, 2014)

i. Dukungan Profesi keperawatan

Dukungan Profesi kesehatan merupakan Faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan penderita. Dukungan mereka terutama

berguna saat penderita menghadapi kenyataan bahwa perilaku yang sehat yang baru itu merupakan hal yang penting. (Niven dalam Desmanovi, 2014)

2.3.3 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan

Ada beberapa faktor Yang mempengaruhi ketidakpatuhan diantaranya :

a) Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorangpun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Kedua hal ini disebabkan oleh kegagalan Profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah medis dan memberikan banyak informasi yang harus di ingat oleh mereka.

b) Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara Profesional kesehatan dan masyarakat merupakan bagian penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

c) Keyakinan, sikap dan kepribadian

Model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. (Niven dalam Desmanovi, 2014)

2.3.4 Cara Mengatasi Ketidakpatuhan

a) Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorangpun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Kedua hal ini disebabkan oleh kegagalan Profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah medis dan memberikan banyak informasi yang harus di ingat oleh mereka.

b) Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara Profesional kesehatan dan masyarakat merupakan bagian penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

c) Keyakinan, sikap dan kepribadian

Model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan (Niven dalam Desmanovi, 2014).

2.4.5 Obat Pada Penderita Gangguan Jiwa

Menurut Katzung, Bertram G, (2011) ada beberapa jenis obat yang biasa dikonsumsi oleh penderita gangguan jiwa diantaranya:

Tabel Obat 1

1. Antipsikotik

No.	Nama obat	Efek samping	Dosis (mg)
1.	Chlorpromazine (Thorazine)	Banyak efek samping terutama ke otonom	100 - 1000
2.	Thioridazine (Mellari)	Batas penggunaan 800mg/hari:tidak ada bentuk parenteral:kardiotoksitas	100 - 800
3.	Fluphenazine (Premitil,Prolixin)	Peningkatan Tardif diskinesia	2 - 60
4.	Thiothixene (Nevane)	-	2 -120
5.	Haloperidol (Haldol)	Sindrom ekstrapiramidal berat	2 – 60
6.	Loxapine (Loxitane)	-	20 – 160
7.	Clozapine (clozaril)	Dapat menyebabkan agranulositosis hingga lebih dari 2% penderita:penurunan ambang kejang terkait dosis	300 – 600

8.	Risperidone (Risperidal)	Disfungsi system ekstrapiramidal dan hipotensi pada dosis yang lebih tinggi	4 – 16
9.	Olanzapine (Zyprexa)	Penambahan berat badan,penurunan ambang kejang terkait dosis	10 – 30
10.	Quitiapine (Seroquel)	Mungkin memerlukan dosis tinggi jika ada hipotensi	150 – 800
11.	Ziprasidone (Zeldox)	Pemanjangan QT	80 – 160
12.	Aripiprazole (Abilify)	Tidak jelas,kemungkinan ada toksisitas paru	10 - 30

2. Anti depresan

No.	Nama obat	Efek samping	Dosis
1.	Trisiklik : Amitriptyline Clomipramine Desipramine Doxepin Imipramine Nortriptyline Protriptyline Trimipramine	Trisiklik : Sedasi : mengantuk,efek adiktif dengan sedative lainnya. Simptomimetik : tremor, insomnia Antimuskarinik : penglihatan kabur, konstipasi, keinginan untuk terus berkemih, bingung Kardiovaskuler : hipotensi ortostatik, gangguan konduksi, aritmia Psikiatrik : pemburuan psikosis,sondrom putus obat Neurologi : kejang	Trisiklik : 75 – 200 75 – 300 75 – 200 75 – 300 75 – 200 75 – 150 20 – 40 75 – 200

		Metabolic – endokrin : penambahan berat badan, gangguan seksual	
2.	Agen generasi kedua dan ketiga: Amoxapine Bupropion Duloxetine Maprotiline Mirtazapine Nefazodone Trazodone Venlafaxine	Agen generasi kedua dan ketiga: Amoxapine : Serupa dengan trisiklik disertai tambahan beberapa efek terkait antipsikotik. Bupropion : pusing, mulut kering,berkeringat, tremor, pemburukan psikosis, potensi timbul kejang pada dosis tinggi. Duloxetine : mual, mulut kering, penurunan nafsu makan, penambahan berat badan, pusing. Maprotiline : serupa dengan trisiklik: kejang terkait dosis. Mirtazapine : somnolen, peningkatan nafsu makan, penambahan berat badan, pusing. Nefazodone mengantuk,pusing, insomnia ,mual, agitasi Trazodone : mengantuk, pusing, insomnia, mual, agitasi	

		Venlafaxine : mual, somnolen, berkeringat, tremor, pemburukan psikosis, potensi timbul kejang pada dosis tinggi.	
3.	Penghambat monoamine oksidase : Phenelzine Tranlylcypromine	Nyeri kepala, mengantuk, mulut kering, penambahan berat badan, hipotensi postural, gangguan seksual.	45 – 75 10 – 30
4.	Selectve serotonin reuptake inhibitor : Citalopram Fluxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline	Ansietas, insomnia, gejala gastrointestinal, penurunan libido, disfungsi seksual, petensi teratogenik dengan paroxetine.	20 – 60 10 – 60 100 – 300 20 – 50 50 – 200

2.4 Konsep Keluarga

2.4.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang. Keluarga yang lengkap dan fungsional serta mampu membentuk *homoestatis* akan dapat meningkatkan kesehatan mental para anggota keluarganya, kemungkinan dapat meningkatkan ketahanan para anggota keluarga dari gangguan-gangguan mental serta ketidakstabilan emosional anggota keluarganya. Usaha kesehatan mental sebaiknya dan seharusnya dimulai dari keluarga. Karena itu perhatian utama dalam kesehatan mental adalah menggarap keluarga agar dapat

memberikan iklim yang kondusif bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan mental (Notosoedirdjo & Latipun, 2005).

Menurut Duval dalam Setiadi, (2008) keluarga yaitu sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggota keluarga.

Keluarga adalah sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan yang tinggal bersama dan makan dari satu dapur kedapur yang terbatas pada orang-orang yang mempunyai hubungan darah saja, atau seseorang yang mendiami, sebagian/seluruh bangunan yang mengurus keperluan kehidupannya sendiri (Nasution, 2011).

Sebagai bagian dari tugasnya untuk menjaga kesehatan anggota keluarganya, keluarga perlu menyusun dan menjalankan aktivitas-aktivitas pemeliharaan kesehatan berdasarkan atas apakah anggota keluarga yakin menjadi sehat dan mencari informasi mengenai kesehatan yang benar yang dapat bersumber dari petugas kesehatan langsung ataupun media massa (Friedman dalam Setyowati dan Murwani, 2008).

2.1.2 Struktur Keluarga

Menurut Friedman dalam Setyowati dan Murwani, (2008) struktur keluarga terdiri atas :

a) Pola dan proses komunikasi

Pola interaksi keluarga berfungsi untuk membuat anggota keluarga bersifat terbuka dan jujur, selalu menyelesaikan konflik keluarga, berfikir positif dan

tidak mengulang – ulang isu dan pendapat sendiri. Komunikasi dalam keluarga berfungsi agar keluarga yakin dalam mengemukakan sesuatu atau pendapat, apa yang disampaikan jelas dan berkualitas, selalu meminta dan menerima umpan balik sehingga anggota keluarga lain yang menerima pendapat tersebut dapat mendengarkan dengan baik, memberikan umpan balik dan melakukan validasi.

b) Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Yang dimaksudkan dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat sebagai suami, istri, anak, orang tua dan sebagainya. Tetapi kadang peran ini tidak dapat dijalankan oleh masing – masing individu dengan baik. Misalnya sebagai orang tua ketika salah seorang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa maka sebaiknya orang tua harus memberikan dukungan dan perhatiannya bukan mengecilkannya.

c) Struktur kekuatan

Kekuatan merupakan kemampuan individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi sehingga mengubah perilaku anggota keluarga yang lain ke arah positif. Misalnya ketika salah seorang anggota keluarga mengalami gangguan jiwa maka orang tua mempunyai kemampuan untuk mempengaruhi perilaku dan sikap anggota keluarga yang lain ke arah positif. Ada beberapa macam tipe struktur kekuatan yaitu *legitimat power* (hak untuk mengontrol), *referent power* (seseorang yang ditiru atau sebagai *role model*), *reward power* (kekuasaan penghargaan), *coercive power* (kekuasaan paksaan atau dominasi), dan *affective power* (kekuasaan afektif).

d) Nilai – nilai keluarga

Nilai merupakan suatu sistem , sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan. Norma adalah perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga.

2.4.3 Macam – Macam Keluarga

Menurut Sudiharto (2007) beberapa bentuk keluarga adalah :

- a) Keluarga Inti(*Nuclear Family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak.
- b) Keluarga Besar(*Exstended Family*) adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.
- c) Keluarga Berantai (*Serial Family*) adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- d) Keluarga Duda / Janda(*single Family*) adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian
- e) Keluarga Berkomposisi(*Composite*) adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama
- f) Keluarga Kabitas(*Cahabitation*) adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga.(Friedman, 1998).

2.4.4 Peran Keluarga

Peran keluarga dalam mengenal masalah kesehatan yaitu mampu mengambil keputusan dalam kesehatan, ikut merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada sangatlah penting dalam mengatasi kecemasan klien.(Friedman, 2003 : 146). Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat.

Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

- a) Peranan Ayah: ayah sebagai suami dari istri dan anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.
- b) Peranan Ibu: sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.
- c) Peranan Anak: anak-anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, social dan spiritual.

2.4.5 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai peran dan tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Menurut Friedman dalam Setiadi, (2008) membagi tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

a) Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya

Perubahan yang sekecil apapun yang dialami oleh anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

b) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat dan sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera dilakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi, terutama mengatasi gangguan jiwa keluarga harus mengambil tindakan dengan segera agar tidak memperburuk keadaan klien. Jika keluarga mempunyai keterbatasan sebaiknya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar.

c) Memberikan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit

Terutama anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda. Perawatan ini dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan

melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau pergi ke pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

- d) Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

Dengan cara tidak mengucilkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, keluarga mau mengikutsertakan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dalam berbagai kegiatan yang ada didalam keluarga tersebut.

- e) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan lembaga kesehatan yang ada)

Dalam hal ini keluarga harus mampu merawat klien baik dirumah maupun membawa klien berobat jalan ke rumah sakit jiwa yang ada, apabila keluarga tidak sanggup lagi merawat klien maka sebaiknya keluarga memasukkan klien ke rumah sakit jiwa untuk dirawat inap, tapi selama klien dirawat inap sebaiknya keluarga mengunjungi klien dan memberikan dukungan semangat. (Friedman dalam setiadi, 2008)

Ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan terdiri atas:

- a) Ketidaksanggupan mengenai masalah kesehatan keluarga karena kurangnya pengetahuan/ketidakmampuan fakta akan penyakit gangguan jiwa dan rasa takut akibat masalah yang dihadapi serta aib yang harus dihadapi membuat keluarga tidak focus dalam mengenal masalah gangguan jiwa yang dihadapi anggota keluarga.

- b) Ketidak sangguapan keluarga mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat, disebabkan karena keluarga tidak sanggup memecahkan masalah karena kurang pengetahuan dan kurang baik itu dalam hal biaya, tenaga dan waktu dalam penanganan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, fasilitas kesehatan yang tidak terjangkau terutama bagi keluarga yang di pedesaan.
- c) Ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang sakit, disebabkan karena tidak mengetahui keadaan penyakit misalnya sifat, penyebabnya, gejala dan perawatannya, konflik individu dalm keluarga, keluarga tidak peduli dan lebih menyalahkan satu dengan yang lainnya mengenai keadaan anggota keluarganya.
- d) Ketidakmampuan menggunakan sumber di masyarakat guna memelihara kesehatan disebabkan karena rasa asing dan tidak ada dukungan dari masyarakat, adanya anggapan dan pemahaman masyarakat yang negative terhadap gangguan jiwa membuat keluarga merasa malu, kuarang percaya terhadap petugas dan lembaga kesehatan.

2.5 Kesehatan Jiwa Masyarakat

2.5.1 Pengertian Kesehatan Jiwa Maysrakat

Kesehatan Jiwa Masyarakat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa & sosial yang berorientasi kepada masyarakat dengan mengutamakan pendekatan masyarakat. Pelayanan keperawatan yang komprehensif; holistik & paripurna berfokus pada masyarakat yang sehat, rentan terhadap stress & dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan.(Hawiyahawi, 2012).

2.5.2 Tujuan Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat

- a. Meningkatkan kesehatan jiwa, mempertahankan dan meningkatkan kemampuan klien dan dalam memelihara kesehatan jiwa.
- b. Perawat dapat mengaplikasikan konsep kesehatan jiwa dan komunitas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sehingga anggota masyarakat sehat jiwa dan yang mengalami gangguan jiwa dapat dipertahankan di lingkungan masyarakat serta tidak perlu dirujuk segera ke Rumah Sakit.

2.5.3 Prinsip – Prinsip Kesehatan Jiwa Masyarakat

- a. Pelayanan Keperawatan yang komprehensif

Pelayanan yang difokuskan pada : pencegahan primer pada anggota masyarakat yang sehat. Pencegahan sekunder pada anggota masyarakat yang mengalami masalah psikososial & gangguan jiwa. Pencegahan tersier pada klien gangguan jiwa dengan proses pemulihan.

- b. Pelayanan keperawatan yang holistic.
- c. Pelayanan yang difokuskan pada aspek bio-psiko-sosio-kultural & spiritual.

Perawatan mandiri Individu dan keluarga meliputi: masyarakat baik individu maupun keluarga diharapkan dapat secara mandiri memelihara kesehatan jiwanya. Pada saat ini sangat penting pemberdayaan keluarga. Perawat dan petugas kesehatan lain dapat mengelompokkan masyarakat dalam masyarakat sehat jiwa, masyarakat yang mempunyai masalah psikososial, masyarakat yang mengalami gangguan jiwa.

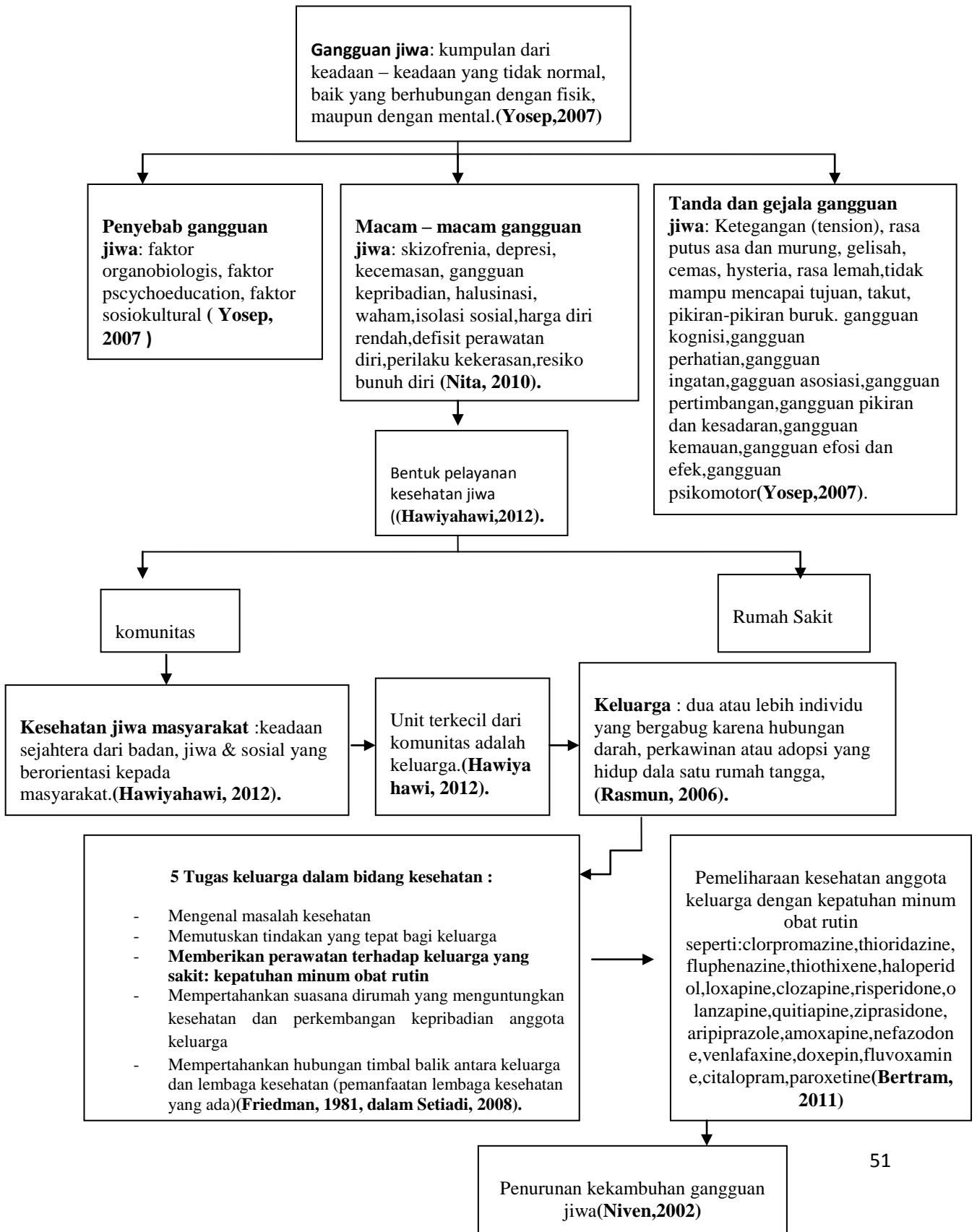
- d. Pelayanan Formal & Informal di luar Sektor kesehatan meliputi: tokoh masyarakat, kelompok formal dan informal di luar tatanan pelayanan kesehatan merupakan target pelayanan kesehatan jiwa. Kelompok yang dimaksud adalah TOMA (tokoh agama, kepala dusun), pengobatan tradisional (orang pintar). Mereka dapat menjadi target pelayanan ataupun mitra tim kesehatan yang diinterasikan dengan perannya di masyarakat.
- e. Pelayanan kesehatan jiwa melalui pelayanan kesehatan dasar seperti : semua pemberi pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat yaitu praktik pribadi dokter, bidan, perawat psikolog dan semua sarana pelayanan kesehatan (puskesmas dan balai pengobatan). Untuk itu diperlukan penyegaran dan penambahan pengetahuan tentang pelayanan kesehatan jiwa komunitas bersama dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan. Pelatihan yang perlu dilakukan adalah konseling, deteksi dini dan pengobatan segera, keperawatan jiwa dasar.
- f. Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat diantaranya: tim kesehatan terdiri atas psikiater, psikolog klinik dan perawat jiwa. Tim berkedudukan di tingkat Dinas Kesehatan kabupaten / kota . Tim bertanggung jawab terhadap program pelayanan kesehatan jiwa di daerah pelayanan kesehatan kabupaten / kota . Tim bergerak secara periodik ke tiap puskesmas untuk konsultasi, survei, monitoring dan evaluasi. Pada saat tim mengunjungi puskesmas, maka penanggung jawab pelayanan kesehatan jiwa & komunitas di puskesmas akan mengkonsultasikan kasus-kasus yang tidak berhasil atau melaporkan hasil dan kemajuan pelayanan yang telah dilakukan. Unit

pelayanan Kesehatan Jiwa di RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah pada tingkat kabupaten/kota diharapkan mampu menyediakan pelayanan rawat inap bagi klien gangguan jiwa dengan jumlah tempat tidur terbatas sesuai dengan kemampuan. Sistem rujukan dari puskesmas / tim kesehatan jiwa masyarakat kabupaten / kota ke rumah sakit umum harus jelas. Rumah Sakit Jiwa : Rumah Sakit Jiwa merupakan pelayanan spesialis kesehatan jiwa yang difokuskan pada klien gangguan jiwa yang tidak berhasil di rawat di keluarga/puskesmas/ RSUD. Pasien yang telah selesai di rawat di RSJ dirujuk lagi ke Puskesmas. Penanggung jawab pelayanan kesehatan jiwa masyarakat di Puskesmas bertanggung jawab terhadap lanjutan asuhan di keluarga.

2.6 Kerangka Teori

Gambar 1

Kerangka teori hubungan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin terhadap kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa



BAB III

KERANGKA KONSEP

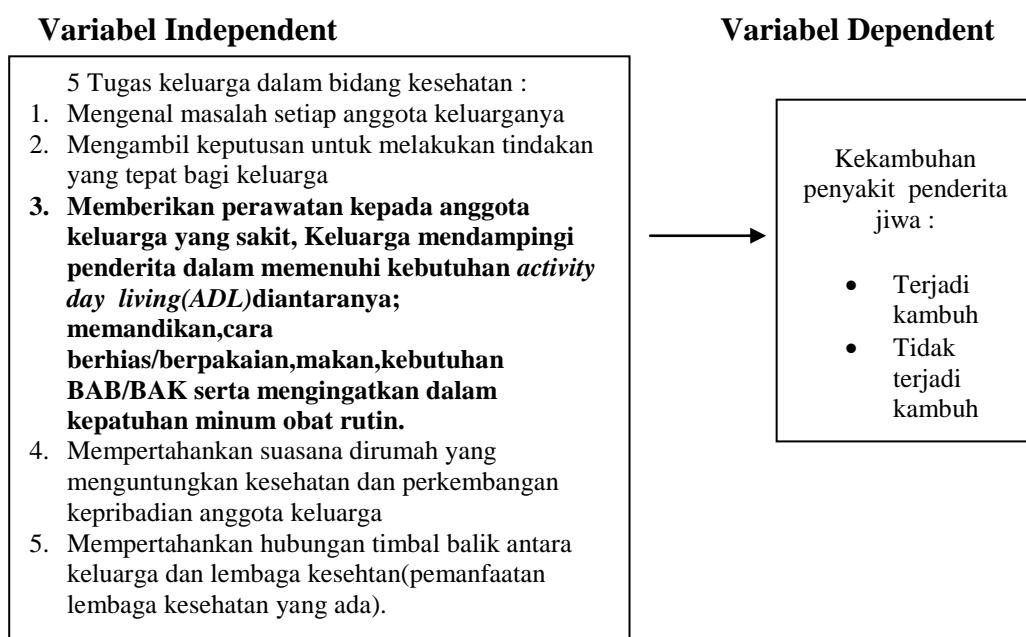
3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu terhadap variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2005).

Variabel Independent adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependent (Nursalam, 2008). Variabel Independent yang akan diteliti adalah tugas keluarga sebagai pendamping dan kepatuhan minum obat rutin. Sedangkan Variabel Dependent adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel Dependent penelitian adalah kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa.

Gambar 2

Kerangka Konsep



3.2 Defenisi Operasional

Defenisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang akan diukur oleh variabel yang bersangkutan.(Notoadmodjo, 2010)

Tabel Defenisi Operasional 2

No	Variabel	Defenisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
1.	Variabel dependen Kekambuhan penyakit gangguan jiwa	Keadaan klien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus dirawat kembali,bisa dalam bentuk rawat jalan atau rawat inap	Kuisoner	Panduan Wawancara	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Terjadi Kambuh jika $> \text{Mean (17)}$ • Tidak terjadi kambuh jika $\leq \text{Mean (17)}$
2.	Variabel independen Tugas kesehatan keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat pada poin nomor 3 dari 5 tugas kesehatan keluarga	Keluarga melaksanakan perintah terhadap salah satu anggota keluarga yang sakit,dan mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga	Kuisisioner	Panduan Wawancara	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan : $> \text{Mean (47)}$ • Tidak Dilakukan : $\leq \text{Mean (47)}$

3.3 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga atau dalil sementara yang kebenarannya akan diteliti kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoadmodjo, 2005).

Dalam penelitian ini hipotesis yang dirancang oleh peneliti adalah :

Ha : Ada hubungan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin dengan kekambuhan pada penderita gangguan jiwa di Puskesmas Plus Mandiangin Kota Bukittinggi Tahun 2015 dengan p value = 0,024. P value $\leq \alpha$.
Artinya Ha diterima Ho ditolak.

BAB IV

METODE PENELITIAN

Bab ini diuraikan dengan desain penelitian dan berbagai kegiatan yang terdapat pada penelitian, diantaranya penetapan populasi, sampel, dan sampling, waktu dan tempat penelitian, teknik pengumpulan data dan analisa data serta etika penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan oleh peneliti adalah *deskriptif analisis* yaitu penelitian yang diarahkan untuk menjelaskan hubungan antara dua variabel yaitu variabel bebas dengan variabel terikat (Notoatmodjo, 2005) dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan meminum obat rutin dan distribusi frekuensi kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa dan menganalisa hubungan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin dengan kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa di Puskesmas Plus Mandiangin Bukittinggi Tahun 2015.

4.2 Populasi Sampel Penelitian dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian (Notoadmodjo, 2005). Berdasarkan data dari Catatan dari Puskesmas Mandiangin Plus Bukittinggi, Tahun 2014 jumlah seluruh keluarga penderita gangguan jiwa yang berkunjung dan berada di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin

Bukittinggi Tahun 2015 yang berjumlah 30 orang. Dalam penelitian ini jumlah populasi penderita gangguan jiwa sebanyak 30 orang sesuai dengan jumlah populasi pada data puskesmas.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki populasi (Alimul Hidayat, 2008:32). Sampel dari penelitian ini adalah seluruh penderita gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin dan bersedia menjadi responden yaitu sebanyak 30 orang.

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan adalah dengan *caranon probability sampel* dengan pendekatan *TotalSampling* yaitu teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Hal ini sering digunakan bila jumlah populasi relatif kecil, kurang dari 30 orang, atau penelitian yang ingin membuat generalisasi dengan kesalahan yang sangat kecil. (Sugiono, 2009)

Kriteria populasi yang akan di jadikan sampel adalah:

- a. Salah satu keluarga yang anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang berada di wilayah kerja Puskesmas Mandiangin Plus Bukittinggi.
- b. Keluarga yang tinggal serumah dengan pasien gangguan jiwa.
- c. Sehat jasmani dan rohani.
- d. Dapat menulis dan membaca.

- e. keluarga yang bersedia untuk diteliti. Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di wilayah kerja puskesmas Mandiangin Plus.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

4.3.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin Kota Bukittinggi. Peneliti mendatangi masing-masing rumah responden secara *door to door* dan memberikan lembar kuesioner kepada keluarga.

4.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 4 Mei 2015 sampai dengan 28 Juni 2015. Setelah perbaikan proposal selesai dilakukan peneliti melakukan kunjungan kerumah pasien/ *home visit*, dalam kunjungan kesetiap rumah ada 3 fase yang dilakukan, namun dalam 1 kali kunjungan hanya dilakukan 1 fase, untuk 1 rumah ada 3 kali kunjungan yang dilakukan. Untuk 1 fase dibutuhkan waktu \pm 30 menit tatap muka, dalam 1 hari peneliti bisa melakukan 3 – 4 kunjungan rumah dan tergantung dari keluarga apakah keluarga ada waktu luang atau tidak untuk peneliti. Peneliti memberikan kuesioner kepada keluarga untuk diisi. Setelah keluarga selesai mengisi kuesioner, peneliti memeriksa kembali kelengkapan jawaban. Untuk jawaban yang belum lengkap, peneliti meminta keluarga melengkapi jawaban. Setelah kuesioner terisi peneliti memasukkan data dan mengolah data secara komputerisasi.

4.4 Alat dan Metode Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang peneliti gunakan adalah kuesioner/ angket dengan wawancara tidak langsung berupa daftar pertanyaan, kuesioner terbagi tiga bagian, bagian pertama berisi identitas responden yang terdiri dari nama(inisial), umur, pekerjaan, dan alamat. Bagian kedua berupa pernyataan tentang tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin dengan kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa. Data yang akan diperoleh dari angket tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin terdiri dari 15 pernyataan, tentang kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa terdiri dari 10 pernyataan.

1. Tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin

Tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin dapat dikategorikan sebagai berikut : untuk pernyataan positif. Selalu (S) = 4, Sering (S) = 3, Jarang (J) = 2, dan Tidak Pernah (TP) = 1. Untuk pernyataan negatif Tidak Pernah (TP) = 4, Jarang (J) = 3, Sering (S) = 2, dan Selalu (S) = 1. Tugas keluarga responden diketahui dengan cara membandingkan antara skor dalam kelompok dan kemudian dikategorikan menjadi :

Positif / baik jika skor \geq mean / median

Negative / kurang baik jika skor $<$ mean / median.

2. Kekambuhan Penyakit Gangguan Jiwa

Kekambuhan penyakit gangguan jiwa dapat di kategorikan sebagai berikut jika jawaban responden “Selalu (S) = 4, Sering (S) = 3, Jarang (J) = 2, dan Tidak Pernah (TP) = 1.

Pengumpulan data dimulai setelah mendapatkan surat pengantar untuk penelitian dari kampus, peneliti mengurus surat izin ke Kesbangpol yang ditujukan ke Puskesmas Plus Mandiangin Bukittinggi, setelah mendapatkan izin dari Kesbangpol dan Puskesmas maka peneliti melakukan pengumpulan data untuk mengetahui jumlah responden yang akan diteliti. Setelah jumlah responden diketahui sebanyak 30 orang selanjutnya peneliti mengunjungi satu per satu rumah responden/*home visit* untuk melakukan penelitian. Dalam melakukan kunjungan tersebut ada 3 fase yang dilakukan diantaranya fase orientasi (salam, komunikasi terapeutik, membina hubungan saling percaya, menjelaskan tujuan penelitian, meminta persetujuan menjadi responden/*informed consent*, kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya), fase kerja (evaluasi, pembagian kuisisioner, kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya), fase terminasi (evaluasi, rencana tindak lanjut setelah kuisisioner dibagikan), dalam 1 kali kunjungan peneliti bisa melakukan kunjungan rumah 3 – 4 rumah dalam sehari dan tergantung kesediaan dari keluarga untuk menerima peneliti dalam melakukan kunjungan, untuk minggu pertama dan kedua dilakukan fase orientasi yaitu dilakukan dengan tahapan perkenalan, membina hubungan saling percaya, memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, prosedur penelitian yang akan dilakukan kepada responden setelah responden memahami penjelasan yang diberikan, responden diminta persetujuan yang dibuktikan dengan cara menandatangani *informed*

consent, minggu ketiga akan dilakukan fase kerja yaitu membagi kuisisioner kepada responden dan memberikan penjelasan cara pengisian kuisisioner serta mempersilahkan responden mengisi jawaban dalam pertanyaan yang ada pada kuisisioner. Dalam pengumpulan data ini peneliti memberikan 15-30 menit untuk pengisian kuisisioner dan selama pengisian kuisisioner peneliti berada disamping responden untuk memberikan penjelasan pada responden, apabila ada hal – hal yang kurang dimengerti. Setelah selesai dan sesuai dengan waktu yang diberikan, responden diminta mengumpulkan kuisisioner, kemudian peneliti melihat dan mengecek apakah data yang dikumpulkan ada yang meragukan atau kurang lengkap, peneliti meminta responden untuk melengkapinya saat itu, dan data itu dikumpulkan lagi serta peneliti mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan terimakasih atas kerja sama responden. Dan minggu ke empat dilakukan fase terminasi pada kunjungan terakhir ini peneliti berpamitan pada responden sekaligus untuk mengakhiri pertemuan selama penelitian berlangsung dan mengucapkan terima kasih atas kerja samanya. Dalam melakukan penelitian ini peneliti menemukan beberapa masalah diantaranya anggota keluarga yang tidak terbuka saat peneliti datang kerumahnya, kurangnya kebersihan anggota keluarga, alamat rumah yang sulit ditemukan.

4.5 Teknik Pengolahan Data

4.5.1 Cara Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan diolah dengan cara manual dengan tahap-tahap sebagai berikut :

a. Editing

Merupakan kegiatan untuk pengecekan isian formulir kuesioner, apakah jawaban yang ada dikuesioner sudah :

- 1) Lengkap yaitu semua pernyataan sudah terisi jawabannya
- 2) Jelas yaitu jawaban pernyataan tulisannya sudah cukup jelas terbaca
- 3) Relevan yaitu jawaban yang tertulis apakah relevan dengan pernyataan
- 4) Konsisten yaitu antara beberapa pernyataan yang berkaitan dengan isi, jawabannya konsisten.

b. Coding

Mengkode data adalah kegiatan mengklasifikasi data dan memberi kode untuk masing-masing jawaban yang ada pada kuesioner. Pemberian simbol, tanda atau kode informasi yang telah dikumpulkan untuk memudahkan pengolahan data. Pada tahap ini peneliti melakukan kegiatan pemberian tanda, simbol kode bagi tiap – tiap data. Untuk tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin dapat dikategorikan sebagai berikut : untuk pernyataan positif. Selalu (S) = 4, Sering (S) = 3, Jarang (J) = 2, dan Tidak Pernah (TP) = 1. Untuk pernyataan negatif Tidak Pernah (TP) = 4, Jarang (J) = 3, Sering (S) = 2, dan Selalu (S) = 1. Kekambuhan penyakit gangguan jiwa dapat di kategorikan sebagai berikut jika jawaban responden “Selalu (S) = 4, Sering (S) = 3, Jarang (J) = 2, dan Tidak Pernah (TP) = 1.

c. *Entry*

Data yang sudah di edit dan diberi kode, dimasukkan ke komputer untuk dianalisa menggunakan program SPSS. Pada tahap ini dilakukan proses data terhadap semua kuesioner yang lengkap dan benar untuk dianalisis. Memindahkan data yang telah diubah menjadi kode ke dalam mesin pengolah data, dengan membuat lembar kode.

d. *Cleaning*

Data cleaning memastikan bahwa data yang telah masuk sesuai dengan yang sebenarnya. Prosesnya dilakukan dengan cara melakukan perbaikan kesalahan pada kode yang tidak jelas atau tidak mungkin ada akibat salah memasukkan kode.

4.6 Analisis Data

4.6.1 Analisis Univariat

Analisis ini dapat menggambarkan distribusi frekuensi variabel – variabel yang diteliti, baik variabel independen yaitu tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin maupun variabel dependen kekambuhan pada pasien gangguan jiwa. Tujuan untuk mendapatkan gambaran tentang distribusi frekuensi, tendensi sentral (*mean*) dari masing – masing variabel. Untuk tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat tersebut dengan kategorik dilakukan dan tidak dilakukan yaitu :

- a. Dilakukan : \geq Mean
- b. Tidak Dilakukan : $<$ Mean

Untuk hasil pengukuran kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa dengan kategorik terjadi kambuh dan tidak terjadi kambuh yaitu :

- a. Terjadi kambuh \geq mean
- b. Tidak terjadi kambuh $<$ mean

4.6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang diteliti. Pengujian hipotesis untuk mengambil keputusan tentang apakah hipotesis yang diajukan cukup meyakinkan untuk ditolak atau diterima dengan menggunakan uji Chi-square tes.

Kriteria pengujian adalah bila *p value* derajat kepercayaan 95% atau $\alpha = 0,05$. Jika nilai *p value* $\leq \alpha$ (alpha), maka hubungan tersebut ada hubungan bermakna, tetapi jika *p value* $> \alpha$ (alpha), maka secara statistik tidak signifikan atau tidak ada hubungan yang bermakna. Semua data pengolahan dilakukan dengan bantuan SPSS komputer.

4.7 Etika Penelitian

4.7.1 Proses Pengambilan Data

Setelah mendapatkan surat pengantar dari pendidikan STIKes Perintis Sumbar, peneliti melaporkan pada Kesbangpol Kota Bukittinggi dan Puskesmas Plus Mandiangin Bukittinggi tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Penelitian ini dilakukan pada 4 Mei - 28 Juni Tahun 2015. Setelah peneliti mendapatkan izin dari Kesbangpol kemudian peneliti meminta surat pengantar penelitian untuk Puskesmas Plus Mandiangin Bukittinggi. Sebelum penelitian dilakukan semua responden yang menjadi subjek

penelitian, diberi informasi tentang tujuan penelitian. Setiap responden berhak untuk menolak atau menyetujui sebagai subjek penelitian. Bagi mereka yang setuju akan diminta untuk menandatangani surat persetujuan yang telah ditetapkan. Setelah mendapatkan persetujuan barulah peneliti melakukan pengambilan data, dan menyebarkan kuesioner di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin Bukittinggi, pada saat pengisian kuesioner responden didampingi oleh peneliti agar tidak bingung.

4.7.2 *Informed Consent*

Lembaran persetujuan ini diberikan pada responden yang akan diteliti, yang memenuhi kriteria sebagai responden, bila subjek menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak subjek.

4.7.3 *Anomity (Tanpa Nama)*

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberi kode. Informasi responden tidak hanya dirahasiakan tapi juga harus dihilangkan.

4.7.4 *Confidentiality (Kerahasiaan)*

Kerahasiaan informasi responden dijamin peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang diharapkan sebagai hasil penelitian.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian yang berjudul “Hubungan Tugas Keluarga Sebagai Pendamping Kepatuhan Minum Obat Rutin Dengan Kekambuhan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Puskesmas Plus Mandiangin Tahun 2015” ini dilaksanakan dari tanggal 4 Mei 2015 sampai dengan 28 Juni 2015.

Adapun responden dalam penelitian ini sebanyak 30 orang penderita gangguan jiwa. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah dengan kuisisioner/angket. Hasil penelitian ini dianalisis dengan analisis univariat dan analisis bivariate. Analisis univariat digunakan untuk melihat distribusi frekuensi tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat dan kekambuhan pada pasien dengan gangguan jiwa. Sedangkan analisis bivariate untuk melihat hubungan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa. Setelah data dikumpulkan kemudian diolah dengan menggunakan sistem komputerisasi.

5.1.2 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin dengan luas wilayah 4,32 Km² dengan ketinggian 780 – 950 diatas permukaan laut. Yang terdiri dari 2

Kelurahan yaitu kelurahan Tembok dengan luas 7,10 Km² dan kelurahan Puhun Pintu Kabun 3,610 Km².

5.1.3 Hasil Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menganalisa variable dependen yaitu tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat dan kekambuhan pada pasien dengan gangguan jiwa.

5.1.3.1 Tugas Keluarga Sebagai Pendamping Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Gangguan Jiwa

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Tugas Keluarga Sebagai Pendamping Kepatuhan Minum Obat Rutin Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Puskesmas Plus Mandiangin Tahun 2015

Tugas Keluarga Sebagai Pendamping Kepatuhan Minum Obat	f	%
Dilakukan	12	40
Tidak Dilakukan	18	60
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.1 ditunjukkan bahwa kurang dari separoh atau sebanyak 40% keluarga melakukan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin pada pasien gangguan jiwa, dan 60% keluarga yang tidak melakukan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin pada pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin tahun 2015.

5.1.3.2 Kekambuhan Pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Kekambuhan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di
Puskesmas Plus Mandiangin Tahun 2015

Kekambuhan Pada Pasien Gangguan Jiwa	F	%
Kambuh	12	40
Tidak Kambuh	18	60
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.2 ditunjukkan bahwa lebih dari separoh atau sebanyak 60 % pasien dengan gangguan jiwa mengalami kekambuhan penyakit, dan kurang dari separoh atau sebanyak 40% pasien gangguan jiwa mengalami tidak kambuh penyakitnya.

5.1.4 Hasil Analisa Bivariat

Tabel 5.3
Hubungan Tugas Keluarga Sebagai Pendamping Kepatuhan Minum Obat
Rutin Dengan Kekambuhan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Puskesmas
Plus Mandiangin Tahun 2015

Tugas keluarga Mendampingi	Kekambuhan Penyakit Gangguan Jiwa				Total		P	OR
	Tidak Kambuh		Kambuh					
	F	%	F	%	F	%		
Melakukan	8	66,7	4	22,2	12	100	0,024	7,000
Tidak Melakukan	4	33,3	14	77,8	18	100		
Total	12	60	18	40	30	100		

Berdasarkan tabel 5.3 . ditunjukkan dari 12 responden yang melakukan tugas keluarga yang mendampingi kepatuhan minum obat rutin didapat 66,7%

responden mengalami tidak kambuh , sedangkan 22,2% responden mengalami kekambuhan penyakit gangguan jiwa. Dari 18 responden yang tidak melakukan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin didapat 77,8% responden mengalami kekambuhan sedangkan 33,3% mengalami kekambuhan penyakit gangguan jiwa. Dari hasil analisis diperoleh nilai $p=0,024$ ($p<0,05$) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pelaksanaan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan meminum obat rutin dengan kekambuhan pada pasien dengan gangguan jiwa dengan $OR= 7,000$. Ada hubungan antara tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan meminum obat rutin dengan kekambuhan pada pasien dengan gangguan jiwa dengan peluang 7,000. Keluarga yang tidak mendampingi keluarga minum obat rutin berpeluang 7x dibandingkan keluarga yang mendampingi minum obat rutin dengan kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Tugas Keluarga Sebagai Pendamping Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Gangguan Jiwa

Berdasarkan tabel 5.1 ditunjukkan bahwa kurang dari separoh atau sebanyak 40% keluarga melakukan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin pada pasien gangguan jiwa, dan 60% keluarga yang tidak melakukan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin pada pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin tahun 2015.

Keluarga adalah sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan yang tinggal bersama dan makan dari satu dapur kedapur yang terbatas pada orang-orang yang mempunyai hubungan darah saja, atau seseorang yang mendiami, sebagian/seluruh bangunan yang mengurus keperluan kehidupannya sendiri (Nasution, 2011).

Dukungan keluarga dapat menjadi Faktor yang dapat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta menentukan program pengobatan yang akan mereka terima. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarga yang sakit. Agar proses penyembuhan pada penderita dapat lebih optimal. (Niven dalam Desmanovi, 2014).

Sebagai bagian dari tugasnya untuk menjaga kesehatan anggota keluarganya, keluarga perlu menyusun dan menjalankan aktivitas-aktivitas pemeliharaan kesehatan berdasarkan atas apakah anggota keluarga yakin menjadi sehat dan mencari informasi mengenai kesehatan yang benar yang dapat bersumber dari petugas kesehatan langsung ataupun media massa (Friedman dalam Setyowati dan Murwani, 2008).

Untuk dapat melakukan perawatan yang baik dan benar, keluarga perlu mempunyai bekal pengetahuan tentang penyakit yang dialami penderita, salah satunya adalah gangguan fungsi kognitif. Oleh sebab itu, orang terdekat penderita seperti keluarga, pengasuh, dan masyarakat berperan sangat penting dalam penanganan penderita gangguan jiwa (Magaru, 2012). Salah satu faktor yang

mempengaruhi kekambuhan pada penderita gangguan jiwa adalah dukungan keluarga (Wicaksana, 2007).

Kurangnya dukungan dan dampingan dari keluarga dalam meminimumkan obat menyebabkan penderita lebih sering kambuh. Keluarga yang tidak melakukan pendampingan terhadap penderita gangguan jiwa akan kambuh dalam waktu sembilan bulan dan 57% kembali dirawat (Keliat, 2006). Motivasi dari keluarga merupakan bentuk support yang paling penting untuk penderita. Selain motivasi secara materi, dukungan secara psikologis sangat menentukan kesembuhan penderita.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Surya (2012) yang menemukan ekspresi emosi keluargayang tinggi menyebabkan frekuensi kekambuhan penderita gangguan jiwa bertambah. Pasien gangguan jiwa yang tinggal dalam lingkungan keluarga dengan ekspresi emosi yang kuat (*highly expressed emotion*) atau gayaafektif negatif secara signifikan lebih sering mengalami kekambuhan dibandingkan dengan yang tinggal dalam lingkungan keluarga dengan ekspresi emosi yang rendah (*low expressed emotion*) atau gayaafektif yang normal.

Menurut asumsi peneliti, sebagian besar keluarga penderita gangguan jiwa masih kurang memiliki informasi yang memadai tentang gangguan jiwa, perjalanan penyakit, dan tata laksana untuk mengupayakan rehabilitasi pasien sehingga menyebabkan kurangnya dukungan terhadap penderita. Namun disisi lain keluarga juga kurang memperhatikan keadaan penderita gangguan

jiwa karena banyaknya kegiatan yang dilakukan, keluarga juga tidak mengajarkan kepada penderita tentang kegiatan sehari – hari seperti mandi, makan, kebutuhan BAK/BAB,serta kebiasaan yang baik seperti mencuci piring, bersih – bersih rumah sehingga penderita terus tergantung dengan keluarganya.

Keluarga diharapkan dapat lebih mengerti, mengetahui dan memahami yang pada akhirnya dapat berperan secara aktif sebagai pendukung utama bagi penderita yang juga akan meningkatkan kemampuan penyesuaian dirinya serta tidak rentan lagi terhadap pengaruh stresor psikososial. Upaya untuk meningkatkan pengetahuan pada keluarga penderita gangguan jiwa perlu melalui penyuluhan dan Pendidikan Kesehatan, baik yang dilakukan secara langsung maupun tidak langsung.Untuk itu keluarga harus selalu mengikuti proses perawatansehingga keluarga dapat memberikan informasi, saran,dukungan, perhatian, mengontrol dan mengawasi penderitaminum obat.

5.2.2 Kekambuhan Pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa

Berdasarkan tabel 5.2 ditunjukkan bahwa lebih dari separoh atau sebanyak 60% pasien dengan gangguan jiwa mengalami kekambuhan penyakit, dan kurang dari separoh atau sebanyak 40% pasien gangguan jiwa mengalami tidak kambuh penyakitnya.

Wicaksana (2007) dalam penelitiannya menyatakan kekambuhan (*relapse*) adalah kondisi pemunculan kembali tanda dan gejala satu penyakit setelah mereda. Sekitar 33% penderita gangguan jiwa mengalami kekambuhan dan sekitar 12,1% kembali mengalami rawat inap. Penyakit gangguan jiwa cenderung menjadi kronis, sekitar 20 hingga 40% penderita gangguan jiwa yang

diobati belum menunjukkan hasil yang memuaskan. Beberapa faktor yang memengaruhi kekambuhan penderita gangguan jiwa, antara lain meliputi ekspresi emosi keluarga, pengetahuan keluarga, ketersediaan pelayanan kesehatan, dan kepatuhan minum obat.

Berbagai upaya pengobatan dan teori model konsep keperawatan jiwa telah dilaksanakan, akan tetapi masih banyak klien yang mengalami perawatan ulang atau kekambuhan dan tinggal di rumah sakit jiwa. Klien dengan diagnosa gangguan jiwa diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua setelah pulang dari rumah sakit, kekambuhan 100% pada tahun kelima (Widodo, 2003).

Kontinuitas pengobatan dalam penatalaksanaan gangguan jiwa merupakan salah satu faktor utama keberhasilan terapi. Pasien yang tidak patuh pada pengobatan akan memiliki resiko kekambuhan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang patuh pada pengobatan. Ketidapatuhan berobat ini yang merupakan alasan pasien kembali dirawat di rumah sakit. Pasien yang kambuh membutuhkan waktu yang lebih lama untuk kembali pada kondisi semula dan dengan kekambuhan yang berulang, kondisi pasien bisa semakin memburuk dan sulit untuk kembali ke keadaan semula. Pengobatan gangguan jiwa ini harus dilakukan terus menerus sehingga pasiennya nanti dapat dicegah dari kekambuhan penyakit dan dapat mengembalikan fungsi untuk produktif serta akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidupnya (Medicastore, 2009).

Ada beberapa hal yang bisa memicu kekambuhan gangguan jiwa, antara lain pasien tidak minum obat dan tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat, serta adanya masalah kehidupan yang berat yang membuat stres, sehingga pasien kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit. Berbagai upaya pengobatan dan teori model konsep keperawatan jiwa telah dilaksanakan, akan tetapi masih banyak pasien yang mengalami perawatan ulang atau kekambuhan dan menetap di rumah sakit jiwa. Pasien dengan diagnosa gangguan jiwa diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama dan 70% pada tahun kedua setelah pulang dari rumah sakit, serta kekambuhan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit jiwa (Widodo & Wulansih, 2008).

Kekambuhan yang terjadi dari beberapa pemicu salah satunya disebabkan karena ketidakpatuhan pasien minum obat sehingga pasien putus obat yang mengakibatkan pasien mengalami kekambuhan dan di rawat di rumah sakit kembali. Kepatuhan merupakan fenomena multidimensi yang ditentukan oleh tujuh dimensi yaitu faktor terapi, faktor sistem kesehatan, faktor lingkungan, usia, dukungan keluarga, pengetahuan dan faktor sosial ekonomi. Diatas semua faktor itu, diperlukan komitmen yang kuat dan koordinasi yang erat dari seluruh pihak dalam mengembangkan pendekatan multidisiplin untuk menyelesaikan permasalahan ketidakpatuhan pasien ini (Riyadi & Purwanto, 2009).

Menurut asumsi peneliti, lamanya penyakit akan memberikan efek negatif terhadap kepatuhan pasien. Makin lama pasien mengidap penyakit, makin kecil pasien tersebut patuh pada pengobatannya. Masalah biaya, pelayanan, dukungan keluarga juga merupakan hambatan yang besar bagi pasien yang mendapat pelayanan rawat jalan dari klinik umum. Tingkat ekonomi atau penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan.

Untuk mengurangi perawatan ulang atau frekuensi kekambuhan, perlu adanya pendidikan kesehatan jiwa yang ditujukan kepada klien, keluarga yang merawatnya, atau orang lain yang bertanggung jawab merawatnya. Sebagai upaya meningkatkan pengetahuan klien tentang gangguan jiwa dan kepatuhan dalam minum obat. faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pasien dapat disimpulkan bahwa pasien tidak patuh minum obat dikarenakan pasien sudah merasa sembuh, kejenuhan penderita minum obat, biaya yang tidak ada dan tidak ada dukungan keluarga, sehingga membuat mereka putus obat dan terjadinya kekambuhan. Selain itu juga dapat melatih atau mengajarkan pada penderita gangguan jiwa untuk bisa melakukan kebiasaan sehari – hari seperti mandi, makan, berhias/berdandan, kebutuhan BAK/BAB serta bersih – bersih rumah serta mengenalkan obat dan efek samping jika tidak minum obat.

5.2.3 Hubungan Tugas Keluarga Sebagai Pendamping Kepatuhan Minum Obat Rutin Dengan Kekambuhan Pada Pasien Gangguan Jiwa

Berdasarkan tabel 5.3 . ditunjukkan dari 12 responden yang melakukan tugas keluarga yang mendampingi kepatuhan minum obat rutin didapat 66,7% responden mengalami tidak kambuh , sedangkan 22,2% responden mengalami kekambuhan penyakit gangguan jiwa. Dari 18 responden yang tidak melakukan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin didapat 77,8% responden mengalami kekambuhan sedangkan 33,3% mengalami kekambuhan penyakit gangguan jiwa.

Dari hasil analisis diperoleh nilai $p=0,024$ ($p<0,05$) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pelaksanaan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan meminum obat rutin dengan kekambuhan pada pasien dengan gangguan jiwa dengan $OR= 7,000$. Keluarga yang tidak mendampingi keluarga minum obat rutin berpeluang 7x dibandingkan keluarga yang mendampingi minum obat rutin dengan kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa.

Dukungan keluarga menurut Francis dan Satiadarma, (2004) merupakan bantuan/sokongan yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat di dalam sebuah keluarga.

Keberhasilan perawatan di rumah sakit yakni pemberian obat akan menjadi sia – sia apabila tidak ditunjang oleh peran serta dukungan keluarga dalam mendampingi meminum obat di rumah. Penelitian yang dilakukan oleh Jenkins,

(2006) menunjukkan bahwa *family caregivers* adalah sumber yang sangat potensial untuk menunjang pemberian obat pada pasien Gangguan jiwa.

Nurdiana,(2007) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa keluarga berperan penting dalam menentukan cara atau asuhan keperawatan yang diperlukan oleh pasien di rumah sehingga akan menurunkan angka kekambuhan. Hasil penelitian tersebut dipertegas oleh penelitian lain yang dilakukan oleh Dinosestro, (2008) menyatakan bahwa keluarga memiliki fungsi strategis dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan kemandirian dan taraf hidupnya serta pasien dapat beradaptasi kembali pada masyarakat dan kehidupan sosialnya.

Dukungan yang dimiliki oleh seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi. Seseorang dengan dukungan yang tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak memiliki dukungan (Taylor, 2005). Pendapat ini diperkuat oleh pernyataan dari *Commission on the Family* (Dolan, 2006) bahwa dukungan keluarga dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari-hari serta mempunyai relevansi dalam masyarakat yang berada dalam lingkungan yang penuh dengan tekanan.

Menurut asumsi peneliti, perawat di rumah sakit tidak akan bermakna apabila tidak dilanjutkan dengan perawatan di rumah. Semakin baik sikap

keluarga, semakin berkurang frekuensi kekambuhan penderita gangguan jiwa. Semakin tinggi dukungan keluarga, semakin berkurang frekuensi kekambuhan penderita. Penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya, pengetahuan keluarga berhubungan signifikan dengan kekambuhan pada penderita gangguan jiwa.

Pengetahuan yang perlu dimiliki oleh keluarga antara lain pemahaman tentang gangguan mental yang diderita penderita/penyakit gangguan jiwa, faktor penyebab, cara pemberian obat, dosis obat, dan efek samping, pengobatan, gejala kekambuhan, sikap yang perlu ditunjukkan dan dihindari selama merawat klien di rumah serta melatih penderita gangguan jiwa untuk melakukan kebiasaan sehari – hari secara mandiri seperti mandi, berhias/berdandan, makan/minum, kebutuhan BAB/BAK, bersih – bersih rumah dan bergaul dengan tetangga sekitar serta masyarakat agar dapat meningkatkan kepercayaan diri dan penyembuhan pada penderita sehingga dapat menurunkan resiko kekambuhan penyakit yang dideritanya.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah:

6.1.1 Kurang dari separoh atau sebanyak 40% keluarga melakukan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin pada pasien gangguan jiwa, dan 60% keluarga yang tidak melakukan tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan minum obat rutin pada pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin tahun 2015.

6.1.2 Lebih dari separoh atau sebanyak 60 % pasien dengan gangguan jiwa mengalami kekambuhan penyakit, dan kurang dari separoh atau sebanyak 40% pasien gangguan jiwa mengalami tidak kambuh penyakitnya.

6.1.3 Ada hubungan antara tugas keluarga sebagai pendamping kepatuhan meminum obat rutin dengan kekambuhan pada pasien dengan gangguan jiwa dengan peluang 7,000. Keluarga yang tidak mendampingi keluarga minum obat rutin berpeluang 7x dibandingkan keluarga yang mendampingi minum obat rutin dengan kekambuhan penyakit pada penderita gangguan jiwa.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Pendampingan keluarga dalam kepatuhan meminum obat rutin terbukti berhubungan dengan kekambuhan pada penderita dengan gangguan jiwa di Puskesmas Plus Mandiangin. Oleh karena itu penelitian ini diharapkan bisamenjadi informasi tambahan dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan jiwa. Dan diharapkan hasil penelitian ini bisa dijadikan salah satu masukan bahwa dalam pemberian asuhan keperawatan tidak hanya bersifat hari ini tapi juga memperkecil efek negative jangka panjang.

6.2.2 Bagi Lahan

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi masukan dan pertimbangan bagi Puskesmas dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien atau keluarga dengan gangguan jiwa.

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini hanya mengkaji hubungan pendampingan keluarga dalam kepatuhan meminum obat rutin dengan kekambuhan pada penderita dengan gangguan jiwa. Diharapkan untuk peneliti selanjutnya dapat melakukan pengembangan penelitian factor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada penderita dengan gangguan jiwa. Selain itu peneliti juga mengharapakan pada peneliti selanjutnya melakukan penelitian untuk kajian yang lebih dalam dan jumlah sampel yang lebih banyak sehingga keakuratan hasil penelitian lebih terjamin.