**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT KEMENDIRIAN PASIEN HALUSINASI DI POLIKLINIK PSIKIATRIK RSAM BUKITTINGGI TAHUN 2013**

**PENELITIAN KEPERAWATAN JIWA**

**SKIRIPSI**

**Diajukan sebagaai**

**salah satu syarat untuk memperoleh gelar**

**Sarjana keperawatan**

****

**Oleh :**

**AYU ARDINA**

**NIM : 08103084105188**

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS**

**SUMATRA BARAT**

**2013**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT KEMENDIRIAN PASIEN HALUSINASI DI POLIKLINIK PSIKIATRIK RSAM BUKITTINGGI TAHUN 2013**

**SKIRIPSI**

****

**Oleh :**

**AYU ARDINA**

**NIM : 08103084105188**

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS**

**SUMATRA BARAT**

**2013**

**Nursing Science Program
PIONEERS HEALTH HIGH SCHOOL WEST SUMATRA**

**hesis, August 2013

AYU Ardina
Nim: 08103084105188

FAMILY SUPPORT LEVEL RELATIONSHIP WITH INDEPENDENCE IN PATIENTS hallucinations POLYCLINIC psychiatric RSAM BUKITTINGGI YEAR 2013**

viii + 52 Pages, 4 Tables, 2 Picture, 10 Attachments

**ABSTRAC**

Hallucination is one positive symptoms in schizophrenia patients. Hallucinations patient independence can be affected by many things one of which is the factor of family support. Interviews with families of patients in the clinic family earned less provide suggestions and advice about the disease. Based on reports of psychiatric clinic RSAM Bukittinggi in 2013 of 835 patients who visited the clinic obtained in 204 patients suffering from hallucinations. This study is to determine the level of family support patient independence hallucinations in psychiatric clinic RSAM Bukittinggi.

His study design with cross correlation sectional. The sample is the entire family that has a family member who suffered from hallucinations in psychiatric clinic RSAM Bukittinggi totaling 50 people taken Accidental Sampling. The research was conducted in July and August 2013. Analysis of the data in the study using univariate and bivariate analysis.

Results of this study showed that less than half (64%) no family support for the patient's hallucinations, and less than half of respondents (58%) patients experienced hallucinations are not independent. Results of bivariate analyzes the relationship between the level of family support patient autonomy hallucinations which statistical tests obtained p = 0.019 (p ≤ 0.05) means that Ha = accepted that there is a relationship with the level of family support patient independence hallucinations.

Suggested to the leadership RSAM Bukittinggi through the field of nursing education programs regularly conduct room of the clinic as well as to enable nurses to better perform its role in the Home Visit to the family properly. For further research is expected to look at other factors such as intelligence, culture, patterns of patient care, patient education level, age of the patient and the patient's job.

Keywords : family support, patient autonomy hallucinations
Bibliography : 22 (1998 - 2011)

**Program Studi Ilmu Keperawatan**

**SEKOLAH TINGGI KESEHATAN PERINTIS SUMATRA BARAT**

**SKRIPSI, Agustus 2013**

**AYU ARDINA**

**Nim : 08103084105188**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT KEMANDIRIAN PASIEN HALUSINASI DI POLIKLINIK PSIKIATRIK RSAM BUKITTINGGI TAHUN 2013**

viii+ 52 Halaman, 2 Gambar, 4 Tabel, 10 Lampiran

**ABSTRAK**

Halusinasi merupakan salah satu gejala positif pada pasien skizofrenia. Ketidakmandirian pasien halusinasi dapat dipengaruhi oleh banyak hal salah satunya adalah factor dukungan keluarga. Wawancara dengan keluarga pasien di poliklinik didapatkan keluarga kurang memberikan saran dan nasehat tentang penyakitnya. Berdasarkan laporan poliklinik psikiatrik RSAM Bukittinggi tahun 2013 dari 835 orang pasien yang melakukan kunjungan di poliklinik didapatkan 204 pasien yang menderita halusinasi. Penelitian ini adalah untuk mengetahui dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi di poliklinik psikiatrik RSAM Bukittinggi.

Desain penelitian ini korelasi dengan pendekatan *cross sectional.* Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita halusinasi di poliklinik psikiatrik RSAM Bukittinggi yang berjumlah 50 orang diambil secara *Accidental Sampling.* Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli sampai Agustus 2013. Analisa data dalam penelitian menggunakan analisa univariat dan bivariat.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari separoh (64%) keluarga memberikan dukungan terhadap pasien halusinasi, dan lebih dari separoh responden (58%) pasien halusinasi mandiri. Hasil analisa bivariat didapatkan hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi dimana uji statistic didapatkan p = 0.019 (p ≤ 0,05) berarti Ha = diterima yaitu ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi.

Disarankan kepada pimpinan RSAM Bukittinggi melalui bidang keperawatan melakukan program penyuluhan secara berkala diruangan poliklinik serta bagi perawat agar lebih mengaktifkan perannya dalam melakukan *Home Visit* kepada keluarga secara tepat. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melihat faktor lain seperti intelegensi, kebudayaan, pola asuh pasien, tingkat pendidikan pasien, usia pasien dan pekerjaan pasien.

Kata Kunci : Dukungan keluarga, kemandirian pasien halusinasi

Daftar Pustaka : 22 (1998 – 2011 )

**DAFTAR ISI**

 *Halaman*

**HALAMAN SAMPUL**

**HALAMAN JUDUL**

**HALAMAN ORISINILITAS**

**HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING**

**HALAMAN PENGESAHAN TTD PENGUJI**

**ABSTRAK**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

**KATA PENGANTAR**. i

**DAFTAR ISI** iv

**DAFTAR GAMBAR** vi

**DAFTAR TABEL** vii

**DAFTAR LAMPIRAN** viii

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang. 1
	2. Rumusan Masalah 6
	3. Tujuan Penelitian. 6
		1. Tujuan Umum 6
		2. Tujuan Khusus. 6
	4. Manfaat penelitian
		1. Bagi RSAM Bukittinggi 7
		2. Bagi Institusi Pendidikan. 7
		3. Bagi Peneliti. 7
		4. Bagi Peneliti Selanjutnya .7
	5. Ruang Lingkup .8

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

2.1 Konsep Halusinasi. 9

2.1.1 Pengertian Halusinasi. 9

2.1.2 Penyebab Halusinasi. 10

2.1.3 Tanda dan Gejala Halusinasi. 12

2.1.4 Jenis – jenis Halusinasi. 14

2.1.5 Tahap Halusinasi. 15

2.2 Kemandirian. 17

 2.2.1 Pengertian Kemandirian. 17

2.2.2 Ciri – Ciri Kemandirian. 18

2.2.3 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kemandirian Halusinasi. 19

2.3 Dukungan Keluarga 20

 2.3.1 Pengertian Dukungan Keluarga. 20

 2.3.2 Sumber Dukungan Keluarga. 22

 2.3.3 Fungsi – fungsi Dukungan keluarga. 22

 2.3.4 Manfaat Dukungan Keluarga. 23

 2.3.5 Struktur Kekuatan keluarga. 24

2.4 Kerangka Teori. 26

**BAB III KERANGKA KONSEP**

3.1 Kerangka Konsep. 27

 3.2 Defenisi Operasional. 28

3.3 Hipotesis. 29

**BAB IV METODE PENELITIAN**

4.1 Desain Penelitian .30

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian. 30

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling. 31

4.4 Pengumpulan Data. 32

4.5 Cara Pengolahan Data dan Analisa Data. 34

4.6 Etika Penelitian. 37

**BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN**

5.1 Gambaran Umum Lokasi 39

5.2 Hasil Penelitian 39

5.3 Pembahasan 42

5.4 Keterbatasan Penelitian 49

**BAB VI PENUTUP**

6.1 Kesimpulan 50

6.2 Saran 51

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Organisasi kesehatan dunia (WHO) mendefenisikan kesehatan jiwa sebagai keadaan sehat fisik, mental dan sosial bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan. Orang yang memiliki kesejahteraan emosional, fisik dan sosial berfungsi dapat memenuhi tanggung jawab kehidupan, berfungsi dengan efektif dalam kehidupan sehari-hari dan puas dengan hubungan interpersonal dan diri mereka sendiri ( Videbeck, 2008). Defenisi ini menekankan bahwa kesehatan jiwa suatu keadaan sejehtera yang positif, bukan keadaan tanpa penyakit tapi sehat mental dan sosial (Buchanan& Carpenter,2000).

Gangguan jiwa merupakan sindrom atau pola perilaku, atau psikologik seseorang yang secara klinik cukup bermakna, dan secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan atau gangguan didalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia. Disfungsi dalam segi perilaku, psikologik atau biologik, dan gangguan itu tidak semata-mata terletak didalam hubungan antara orang dengan masyarakat (R.Maslim, 1998).

Berdasarkan laporan *Worl Health Organisation* (WHO) (2009), satu dari empat orang di dunia akan terkena gangguan jiwa pada satu tahap pada kehidupannya. Sekitar 450 juta orang kini telah menderita gangguan jwa,sehingga menempatkan penyakit jiwa sebagai penelitian utama dunia (Alim,2009).

Indonesia diperkirakan sekitar 50 juta atau 25 % dari 220 juta penduduk indonesia mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan dasar Depkes RI 2007 sumatra barat menunjukan angka ke-3 gangguan jiwa terbesar di Indonesia itu adalah (1,06 % ) setelah NAD ( 2,05 % ) dan DKI ( 3,01 % ). Hal ini menunjukkan bahwa gangguan jiwa di Indonesia saat ini menunjukkan masalah yang cukup serius.

Kepala Dinas Kesehatan DKI Jakarta Dien Emawati, Senin (10/10), mengatakan, jumlah penderita gangguan jiwa ringan hingga triwulan kedua tahun 2011 mencapai 306.621 orang, naik dari 159.029 orang pada tahun 2010.

Sumatra barat, dari hasil penelitian Putri Lidiana (2011) berdasarkan laporan yang diperoleh dari *Medical Record* Poliklinik RSJ Prof. HB Sa’anin padang pada tahun 2011 dari 1376 orang pasien yang melakukan kunjungan di Poliklinik didapatkan 462 pasien yang menderita halusinasi dan dirawat ulang sebanyak 398 pasien.

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa, Halusinasi sering diidentikkan dengan skhizofrenia. Dari seluruh pasien skhizofrenia 70% diantaranya mengalami halusinasi. Gangguan jiwa lain yang juga disertai dengan gejala halusinasi adalah gangguan manik depresif dan delerium. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksteren ersepsi palsu (Maramis, 2005). Berbeda dengan ilusi dimana klien mengalami persepsi yang salah terhadap stimulus, salah persepsi pada halusinasi terjadi tanpa adanya timulus eksternal yang terjadi. Stimulus internal dipersepsikan sebagai sesutu yang nyata ada oleh pasien.

Prilaku pasien yang terkait dengan halusinasi adalah sebagai berikut : bicara sendiri, senyum sendiri, ketawa sendiri, mengerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, menarik diri dari orang lain, berusaha untuk menghindari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dengan yang tidak nyata, terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan yang kurang, berkonsentrasi dengan pengelaman sensori, sulit berhubungan dengan orang lain, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah, tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, prilaku panik, curiga dan bermusuhan, bertindak merusak diri, ketakutan, dan tidak dapat mengurus diri sendiri ( Hamid,2000 ).

Prinsip perawatan pada pasien halusinasi terdiri dari empat tahapan pertama membantu pasien mengenal halusinasi, kedua melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, ketiga melatih klien berbicara / bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul dan keempat jelaskan pentingnya penggunaan obat. Prinsip perawatan ini harus dilakukan oleh anggota keluarga pasien ( Keliat,2005 ).

Keberhasilan dari pasien halusinasi untuk mampu mandiri sesuai dengan kebutuhan yang ia butuhkan. Mandiri adalah mampu melakukan semua kebutuhan yang kita butuhkan, seperti makan, minum, mandi, berpakaian dan yang lainnya. Menurut Maslow (1994) mengmukakan bahwa kemandirian merupakan salah satu dari tingkat kebutuhan manusia yang disebut sebagai kebutuhan otonomi, dan tercantum dalam kebutuhan akan penghargaan.

Menurut kamus besar edisi ketiga, Kemandirian didefinisikan sebagai hal atau keadaan dapat berdiri sendiri tanpa bergantung kepada orang lain. (Dep. Pendidikan Nasional, 2000) Dan pengertian lain dari kemandirian adalah suatu sikap yang ditandai oleh adanya kepercayaan diri.Kemandirian (independence) merupakan suatu kemampuan individu untuk mengatur dirinya sendiri dan tidak tergantung kepada orang lain.(Lamman dkk, 1988).

Hal yang senada juga diungkapkan oleh Brawer (1973) bahwa kemandirian merupakan perilaku yang terdapat pada seseorang yang timbul karena dorongan dari dalam dirinya sendiri, bukan karena pengaruh orang lain. Sedangkan Jhonson dan Medinnnus (1969) mengemukakan bahwa independent merupakan perilaku yang aktivitasnya berdasarkan kemampuan sendiri karena mendapatkan kepuasan atas perilaku eksploratif, mampu memanipulasi lingkungan dan mampu berinteraksi dengan teman sebayanya.

Faktor yang mempengaruhi kemandirian pasien halusinasi adalah salah satunya adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga juga sangat penting bagi pasien halusinasi. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan keluarga yaitu : Dukungan informasional yaitu pemberian saran, sugesti, informasi yag dapat digunakan menggungkapkan suatu masalah. Dukungan penilaian yaitu memberikan support, penghargaan, perhatian. Dukungan instrumental yaitu keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit. Dukungan emosional yaitu : dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan, dan didengarkan ( Friedman,1998).

Berdasarkan survey awal yang peneliti lakukan pada tanggal 22 Maret 2013 dengan mewawancarai 25 keluarga pasien, di dapatkan 15 orang yang bisa mandiri sesuai kebutahannya dan 10 orang yang dibantu keluarga dalam kebutuhan sehari-harinya. Keluarga mengatakan bahwa mereka tidak terlalu memperhatikan kemandirian pasien. Dan juga keluarga mengatakan kalau mereka hanya sebatas merawat pasien tanpa melatih kemandiriannya, keluarga juga tidak tau bagaimana cara melatih kemandirian pasien halusinasi.

Berdasarkan fenomena di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang **“ Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien Halusinasi di Poliklinik Psikiatrik RSAM Bukittinggi Tahun 2013”**

* 1. **Rumusan masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan diatas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi di poliklinik psikiatrik RSAM Bukittinggi Tahun 2013.

* 1. **Tujuan penelitian**
		1. **Tujuan umum**

Tujuan umum penelitian adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi di poliklinik psikiatrik RSAM Bukittinggi Tahun 2013.

* + 1. **Tujuan khusus**
1. Untuk mengetahui dukungan keluarga pasien Halusinasi di poliklinik psikiatrik RSAM Bukittinggi Tahun 2013.
2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien Halusinasi di poliklinik psikiatrik di RSAM Bukuttinggi tahun 2013.
3. Untuk mengetahui Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian pasien Halusinasi di poliklinik psikiatrik RSAM Bukittinggi Tahun 2013.
	1. **Manfaat penelitian**
		1. **Bagi RSAM Bukittinggi**

Dapat dijadikan sebagai acuan bagi teanaga kesehatan dalam menjelaskan pentingnya dukungan keluarga untuk tingkat kemandirian pasien halusinasi, sehingga keluarga mampu memberikan dukungan yang positif dalam upaya mencegah tingkat kemandirian pasien halusinasi.

* + 1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat dijadikan sebagai acuan bagi institusi pendidikan dalam mengkususkan pembelajaran atau praktek lapangan terkait dengan masalah yang diteliti sebagai tinjauan teori dan sumber serta pedoman.

* + 1. **Bagi Peneliti**

Penelitian ini berguna untuk menambah wawasan dan sebagai bakal ilmu bagi peneliti untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga terkait dengan masalah-masalah yang ditentukan berhubungan dengan tingkat kemandirian serta sebagai sumber dalam melakukan penelitian selanjutnya tentang dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi.

* + 1. **Bagi peneliti selanjutnya**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat berguna bagi peneliti terutama dalam menambah pengetahuan peneliti dibidang jiwa terutama pada pasien gangguan jiwa terutamanya pasien halusinasi.

* 1. **Ruang lingkup penelitian**

Peneliti membatasi ruang lingkup penelitian ini hanya melihathubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi di poliklinik psikiatrik RSAM Bukittinggi tahun 2013. populasi peneliti adalah seluruh keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalammi gangguan halusinasi. Sampel yang digunakan adalah *accidental sampling*. Sampel yang akan diteliti sebanyak 10% dari 204 pasien. Peneliti ini dilaksanakan padan bulan Maret sampai Juni di poliklinik psikiatrik RSAM bukittinggi tahun 2013. Dalam melaksanakan penelitian ini peneliti menggunakan instrumen penelitian berupa kueisoner dan metode yang digunakan wawancara.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Halusinasi**
		1. **Pengertian halusinasi**

Halusinasi adalah persepsi atau tanggapan dari pancaindera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal (Stuart & Laraia, 2001). Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu pencerapan panca indera tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami seperti suatu persepsi melalui pancaindera tanpa stimulus eksternal; persepsi palsu ( Maramis, 2005). Berbeda dengan ilusi dimana pasien mengalami persepsi yang salah terhadap stimulus, salah persepsi pada halusinasi terjadi tanpa adanya stimulus eksternal yang terjadi. Stimulus internal dipersepsikan sebagai sesuatu yang nyata oleh pasien.

Menurut Prof. Willy F. Maramis DSJ halusinasi adalah suatu persepsi sensori yang salah tanpa rangsangan dari luar yang sebenarnya, mungkin karena gangguan emosi atau stress (reaksi histerik, deprivasi sensorik), psikosa fungsional atau keracunan (obat, alkohol, halusinogen) dan dapat terjadi pada setiap indra.

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang keliru dan melibatkan panca indra dalam skizofrenia, halusinasi pendengaran merupakan halusinasi yang paling banyak terjadi ( Ann Isaacs, 2005).

* + 1. **Penyebab halusinasi**

 Menurut Stuart (2007), faktor penyebab terjadinya halusinasi adalah:

1. Faktor Predisposisi
2. Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian yang berikut :

1. Penelitian pencitraan otak sudah menunjuk.

Keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.

1. Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin.

Neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.

1. Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal.

Menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post-mortem).

1. Psikologis Keluarga,

Pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

1. Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stres.

1. Faktor Prespitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stresor dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2006).

Menurut Stuart (2007), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

1. Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

1. Stres Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

1. Sumber Koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stresor.

* + 1. **Tanda dan gejala halusinasi**

Prilaku pasien yang terkait dengan halusinasi adalah sebagai berikut : bicara sendiri, senyum sendiri, ketawa sendiri, mengerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, menarik diri dari orang lain, berusaha untuk menghindari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dengan yang tidak nyata, terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan yang kurang, berkonsentrasi dengan pengelaman sensori, sulit berhubungan dengan orang lain, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah, tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, prilaku panik, curiga dan bermusuhan, bertindak merusak diri, ketakutan, dan tidak dapat mengurus diri sendiri ( Hamid, 2000 ).

Berikut ini merupakan gejala klinis berdasarkan halusinasi (Budi Anna Keliat, 1999) :

1. Tahap 1: halusinasi bersifat tidak menyenangkan

Gejala klinis:

1)      Menyeriangai / tertawa tidak sesuai

2)      Menggerakkan bibir tanpa bicara

3)      Gerakan mata cepat

4)      Bicara lambat

5)      Diam dan pikiran dipenuhi sesuatu yang mengasikkan

1. Tahap 2: halusinasi bersifat menjijikkan

Gejala klinis:

1)      Cemas

2)      Konsentrasi menurun

3)      Ketidakmampuan membedakan nyata dan tidak nyata

1. Tahap 3: halusinasi bersifat mengendalikan

Gejala klinis:

1)      Cenderung mengikuti halusinasi

2)      Kesulitan berhubungan dengan orang lain

3)      Perhatian atau konsentrasi menurun dan cepat berubah

4)      Kecemasan berat ( berkeringat, gemetar, tidak mampu mengikuti petunjuk ).

1. Tahap 4: halusinasi bersifat menaklukkan

Gejala klinis:

1)      Pasien mengikuti halusinasi

2)      Tidak mampu mengendalikan diri

3)      Tidak mamapu mengikuti perintah nyata

4)      Beresiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan.

* + 1. **Jenis – jenis halusinasi**

Menurut Stuart (2007) halusinasi terdiri dari 7 jenis – jenis halusinasi adalah :

1. Pendengaran

70 % Mendengar suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai pada percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang dapat membahayakan.

1. Penglihatan

20% Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun,bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan bias menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

1. Penghidu

Membaui bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin, dan feses umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat stroke, tumor, kejang, atau dimensia.

1. Pengecapan

Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

1. Perabaan

Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

1. Cenesthetic

Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makan atau pembentukan urine.

1. Kinisthetic

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

* + 1. **Tahap halusinasi**

Halusinasi yang dialami oleh klien biasanya berbeda intensitas dan keparahannya. Tahapan halusinasi terdiri dari 4 fase menurut ( Stuart dan Laraia, 2001) :

1. Fase pertama

Pada fase ini pasien mengalami kecemasan, stress, perasaan gelisah, kesepian. Pasien mungkin melamun atau memfokukan pikiran pada hal yang menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan dan stress. Cara ini menolong untuk sementara. Pasien masih mampu mengotrol kesadarannya dan mengenal pikirannya, namun intensitas persepsi meningkat.

1. Fase kedua

kecemasan meningkat dan berhubungan dengan pengalaman internal dan eksternal, pasien berada pada tingkat “ listening” pada halusinasi. Pemikiran internal menjadi menonjol, gambaran suara dan sensasi halusinasi dapat berupa bisikan yang tidak jelas pasien takut apabila orang lain mendengar dan pasien merasa tak mampu mengontrolnya. Pasien membuat jarak antara dirinya dan halusinasi dengan memproyeksikan seolah-olah halusinasi datang dari orang lain.

1. Fase ketiga

Halusinasi lebih menonjol, menguasai dan mengontrol pasien menjadi terbiasa dan tak berdaya pada halusinasinya. Halusinasi memberi kesenangan dan rasa aman sementara.

1. Fase keempat

Pasien merasa terpaku dan tak berdaya melepaskan diri dari kontrol halusinasinya. Halusinasi yang sebelumnya menyenangkan berubah menjadi mengancam, memerintah dan memarahi pasien tidak dapat berhubungan dengan orang lain karena terlalu sibuk dengan halusinasinya pasien berada dalam dunia yang menakutkan dalam waktu singkat, beberapa jam atau selamanya. Proses ini menjadi kronik jika tidak dilakukan intervensi.

* 1. **Kemandirian**
		1. **Pengertian kemandirian**

Menurut kamus besar edisi ketiga, Kemandirian didefinisikan sebagai hal atau keadaan dapat berdiri sendiri tanpa bergantung kepada orang lain. (Dep. Pendidikan Nasional, 2000) Dan pengertian lain dari kemandirian adalah suatu sikap yang ditandai oleh adanya kepercayaan diri. Kemandirian (independence) merupakan suatu kemampuan individu untuk mengatur dirinya sendiri dan tidak tergantung kepada orang lain (Lamman dkk, 1988).

Hal yang senada juga diungkapkan oleh Brawer (1973) bahwa kemandirian merupakan perilaku yang terdapat pada seseorang yang timbul karena dorongan dari dalam dirinya sendiri, bukan karena pengaruh orang lain. Sedangkan Jhonson dan Medinnnus (1969) mengemukakan bahwa independent merupakan perilaku yang aktivitasnya berdasarkan kemampuan sendiri karena mendapatkan kepuasan atas perilaku eksploratif, mampu memanipulasi lingkungan dan mampu berinteraksi dengan teman sebayanya.

Menurut Maslow (1994) mengmukakan bahwa kemandirian merupakan salah satu dari tingkat kebutuhan manusia yang disebut sebagai kebutuhan otonomi, dan tercantum dalam kebutuhan akan penghargaan. Ia juga menambahkan bahwa seorang yang mencapai aktualisasi diri memiliki sifat-sifat khusus pengaktualisasi yang salah satunya yaitu kebutuhan akan privasi dan independensi, dimana orang yang mengaktualisasikan diri dalam memenuhi kebutuhannya tidak membutuhkan oranglain. Tingkat kemandirian seseorang dapat dibedakan antara orang yang mempunyai tingkat kemandirian tinggi dan rendah.

Sehubungan dengan itu menurut Beller dalam Johnson dan Medinnus (1964) orang yang mempunyai kemandirian rendah biasanya memiliki ciri khusus antara lain mencari bantuan, mencari perhatian, mencari pengarahan, mencari dukungan orang lain.

* + 1. **Ciri – ciri**

Ciri-ciri sikap mandiri menurut Spencer dan Kass (1970) mengatakan bahwa ciri – ciri sikap mandiri adalah :

1. Mampu mengambil inisiatif
2. Mampu mengatasi masalah
3. Penuh ketekunan
4. Memperoleh kepuasan dari usahanya
5. Berusaha menjalankan sesuatu tanpa bantuan orang lain.
	* 1. **Faktor – factor yang mempengaruhi kemandirian pasien halusinasi**

Ada beberapa yang mempengaruhi perkembangan kemandirian berikut pendapat para ahli tentang faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Intelegensi

Anak dapat dikatakan mempunyai kecerdasan (intelegensi) yang baik jika ia mampu menyelesaikan masalahnya sendiri (Gunarsa dan Gunarsa, 2006).

1. Kebudayaan

Kebudayaan yang berbeda akan menyebabkan perbedaan norma dan nilai-nilai yang berlaku di dalam lingkungan keluarga, sehingga tindak tanduk suku tertentu akan berbeda dengan suku yang lainnya (Sarwono, 1997).

1. Pola asuh klien

Pola pengasuhan keluarga seperti sikap orang tua, kebiasaan keluarga, dan pandangan keluarga akan mempengaruhi pembentukan kemandirian anak. Keluraga yang membiasakan anak-anaknya diberi kesempatan untuk mandiri sejak dini, akan menumbuhkan kemandirian pada anak-anaknya.

1. Tingkat pendidikan klien

Orang yang paling dekat atau yang paling sering berhubungan dengan anak dalam keluarga pada umumnya adalah ibu, sehingga sikap ibu merupakan faktor yang penting dalam perkembangan anak. Tingkat pendidikan ibu akan mempengaruhi sikap dan tingkah lakunya dalam menghadapi anak-anaknya artinya ibu yang berpendidikan akan bersikap lebih baik.

1. Usia klien

Kemandirian dapat dilihat sejak individu masih kecil, dan akan terus berkembang sehingga akhirnya akan menjadi sifat-sifat yang relative menetap pada masa remaja (Smart dan Smart, 1978).

1. Pekerjaan klien

Orang yang mandiri bila dihadapkan pada situasi kerja yang tidak sesuai dengan kebutuhan dirinya, maka cenderung akan mencari pekerjaan lain dimana lebih banyak terdapat kebebasan dan kemandirian (Masrun, dkk, 1986 : 23).

* 1. **Dukungan keluarga**
		1. **Pengertian dukungan keluarga**

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 1998).

Pada hakekatnya keluarga diharapkan mampu berfungsi untuk mewujudkan proses pengembangan timbal balik rasa cinta dan kasih sayang antara anggota keluarga, antar kerabat, serta antar generasi yang merupakan dasar keluarga yang harmonis (Soetjiningsih, 1995). Hubungan kasih sayang dalam keluarga merupakan suatu rumah tangga yang bahagia. Dalam kehidupan yang diwarnai oleh rasa kasih sayang maka semua pihak dituntut agar memiliki tanggung jawab, pengorbanan, saling tolong menolong, kejujuran, saling mempercayai, saling membina pengertian dan damai dalam rumah tangga (Soetjiningsih, 1995).

Menurut gottlieb (1998) dalam kuncoro (2002) dukungan keluarga adalah Komunikasi verbal dan non verbal, saran bantuan, yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang – orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau berupa kehadiran dan hal – hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya.

Menurut serason (1983) daloam kuncoro (2002) Dukungan keluarga adalah keberadaan, kepedulian, kesediaan dari orang – orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita. Pandangan yang sama juga dikemukakan oleh cobb sebagai adanya kenyamanan, perhatian dan penghargaan atau menolong dengan sikap menerima kondisinya. Dukungan sosial tersebut diperoleh dari individu maupun dari kelompok.

* + 1. **Sumber dukungan keluarga**

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial kelurga internal, seperti dukungan dari suami atau istri serta dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 1998).

* + 1. **Fungsi dukungan keluarga**

Caplan ( 1996) dalam friedman (2003) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan keluarga :

1. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang dunia. menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stresor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu.

1. Dukungan penilaian

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan falidator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.

1. Dukungan instrumental

keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit diantaranya: bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti : materi, tenaga dan sarana. Manfaat dukungan ini adalah mendukung pulihnya energi atau stamina dan semangat yang menurun selain itu individu merasa bahwa masih ada perhatian atau kepedulian dari lingkungan terhadap seseorang yang mengalami kesusahan atau penderitaan.

1. Dukungan emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Manfaat dukungan ini adalah secara emosional menjamin nilai-nilai individu akan selalu terjaga karahasiaanya dari keingintahuan orang lain. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan, dan didengarkan ( Friedman,1998).

* + 1. **Manfaat dukungan keluarga**

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998).

Wills (1985) dalam Friedman (1998) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama( dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dandi kalangan kaum tua, fungsi kognigtif, fisik dan kesehatan emosi.

* + 1. **Struktur kekuatan keluarga**

Menurut Friedman (1998) terdapat struktur kekuatan keluarga yaitu terdiri dari pola dan proses komunikasi dalam keluarga, struktur peran,struktur kekuatan keluarga dan nilai-nilai dalam keluarga. Keluarga yang mempunyai struktur kakuatan keluarga yang masing-masing berjalan dengan baik mak sisitim akan berjalan dengan baik.

Struktur kekuatan dalam keluarga memegang penting untuk mempengaruhi anggota keluarga. Orang tua mempunyai pengaruh untuk mempengaruhi anak-anaknya untuk makan makanan yang sehat dan bergizi. Setiap keluarga juga mempunyai nilai-nilai yang dianut oleh keluarga. Nilai-nilai ini menjadi pedoman keluarga sebagai suatu sistem.

* 1. **Kerangka teori**

**Gambar 2.1 Kerangka Teori**

**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian pasien Halusinasi di Poliklinik Psikiatrik RSAM Bukittinggi Tahun 2013**

 Pasien halusinasi

1. Faktor predisposisi
* Biologis
* Psikologis
* Sosial budaya
1. Faktor presipitasi
* Biologis
* Sters lingkungan
* Mekanisme koping

Halusinasi

Perawatan

Sembuh / berobat ulang

* Mandiri
* Belum mandiri

Dukungan keluarga :

1. Dukungan Informasional
2. Dukungan Penilaian
3. Dukungan Instrumental
4. Dukungan Emosional

Sumber : Friedman (1998), Struat (2007)

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

**3.1 Kerangka Konsep**

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasian halusinasi di poloklinik psikiatrik RSAM bukittinggi tahun 2013. Adapun variabel independennya adalah dukungan keluarga dan variabel dependennya adalah tingkat kemandirian pasian halusinasi yang digambarkan pada kerangka konsep dibawah ini.

**Bagan 3.1**

**Kerangka konsep**

**Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi di Poliklinik Psikiatrik RSAM Bukittinggi Tahun 2013**

**variabel independen variabel dependen**

Dukungan keluarga :

1. Dukungan Informasional
2. Dukungan Penilaian
3. Dukungan Instrumental
4. Dukungan Emosional

Kemandirian pasien halusinasi

1. Mandiri
2. Belum mandiri

**3.2 Defenisi Operasional**

**Tabel 3.2 Defenisi Operasional**

**Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi di Poliklinik Psikiatrik RSAM Bukittinggi Tahun 2013**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Variabel** | **Defenisi operasional** | **Cara Ukur** | **Alat ukur** | **Skala ukur** | **Hasil ukur** |
| 1 | **Independen** Dukungan keluarga | Dukungan keluarga merupakan keluarga yang dapat menerima keadaan anggota keluarganya yang mengalami gangguan halusinasi meliputi dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional.  | Wawancara  | Kuisioner | Ordinal | 1. Ada dukungan = ≥ 7-15
2. Tidak ada dukungan = < 7
 |
| 2 | **Dependen** Kemandirian pasien halusinasi | Pasien bisa melakukan kebutuhannya seperti, mandi sendiri, pakai baju sendiri, makan sendiri, minum obat, bisa mengatasi halusinasi dengan mendengarkan musik/ mebaca buku. | Wawancara  | kuisioner | ordinal | 1. Mandiri

= ≥ 7-151. belum mandiri = < 7
 |

**3.3 Hipotesis Penelitian**

Ha : ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi dipoliklinik psikiatrik RSAM bukittinggi tahun 2013.

Ho : tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi dipoliklinik psikiatrik RSAM bukittinggi tahun 2013.

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

* 1. **Desain Penelitian**

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengidentifikasi berupa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Nursalam, 2003).

Penelitian ini menggunakan metode penelitian *deskriptif korelasi*  yaitu untuk mengetahui Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi di Poliklinik Psikiatrik RSAM Bukittinggi Tahun 2013. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Dimana pengumpulan data variable independen dan variable dependen yang dilakukan secara bersamaan dan sekaligus (Notoatmodjo, 2002 : 26)

* 1. **Tempat dan Waktu Penelitian**
		1. Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Psikiatrik RSAM Bukittinggi Tahun 2013.

* + 1. Waktu

Waktu Penelitian dilakukan pada tangal 15 Juli –3 Agustus 2013.

* 1. **Populasi, Sampel dan Sampling**
		1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2002: 79). Pada penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh anggota keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita halusinasi, di poliklinik psikiatrik RSAM dengan jumlah populasi 204 pada tahun 2013.

* + 1. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti (Machfoedz, dkk, 2005). Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti dan di anggap mewakili dari populasi ( Notoatmodjo,2005 ). Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 50 responden.

 N

 Rumus : n = 

 1 + N (d2)

Keterangan : n = Besarnya sampel

 N = Besarnya Populasi

 d = Tingkat kesalahan.*(Notoatmodjo, 2005)*

Diketahui : N = 204 orang

 d2 = 15% (0,015)

 204

 n =

 1 + 204 (0,015)

 204

 n =

 4,06

 n = 50.25

 n = 50 orang

 Dari rumusan sampel diatas, maka jumlah responden 50 orang.

Adapun Kriteria sampel yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Kriteria inklusif
2. Anggota keluarga yang bersedia menjadi responden
3. Anggota keluarga yang bisa berbahasa Indonesia dan tulis baca.
4. Anggota keluarga yang ada pada saat penelitian
5. Anggota keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan halusinasi yang sedang berobat ke poliklinik psikiatrik RSAM.
	* 1. Sampling

Pengambilan sampel dilakukan secara *accidental sampling.* Dimana accidental sampling yaitu teknik penetapan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan/ insidental bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data (Sugiyono, 2007).

* 1. **Pengumpulan Data**
		1. Alat Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan alat pengumpulan data berupa kuesioner. Kuesioner merupakan alat ukur berupa kuesioner dengan beberapa pertanyaan ( Alimul H, 2008 ).

Alat pengumpulan data yang peneliti gunakan adalah berupa lembaran kuesioner. Lembar kuesioner ini dalam bentuk pertanyaan dengan menggunakan skala Guttman untuk melihat Dukungan Keluarga :

1. Apabila benar skornya 1
2. Apabila salah skornya 0

Sedangkan untuk melihat tingkat kemandirian pasien halusinasi digunakan lembaran kuesioner dalam bentuk skala Guttman :

1. Apabila benar skornya 1
2. Apabila salah skornya 0

Dengan jumlah pertanyaan untuk masing – masing variabel berjumlah 15 item pertanyaan.

* + 1. Uji Coba

Uji coba kuisioner telah dilakukan pada 15 orang responden. Berdasarkan uji coba yang peneliti lakukan responden paham dan mengerti terhadap pertanyaan-pertanyaan yang ada dalam kuisioner, sehingga kuisioner dinyatakan valid.

* + 1. Prosedur Pengumpulan Data

 Setelah mendapat izin dari Ka. Prodi Ilmu Keperawatan maka pengumpulan data dilakukan dengan tahapan pemberian penjelasan tentang tujuan, manfaat, prosedur penelitian yang dilaksanakan kepada responden. Setelah responden memahami penjelasan yang diberikan, responden diminta persetujuan yang dibuktikan dengan cara menandatangani *informed consent,* membagikan kuisioner kepada responden dan memberikan penjelasan cara pengisiannya.

 Pengisian kuesioner dilakukan selama 10-20 menit, selama pengisian kuesioner responden didampingi oleh peneliti untuk memberikan penjelasan pada responden tentang hal-hal yang kurang dimengerti oleh responden. Peneliti mengingatkan responden mengisi seluruh pernyataan dengan lengkap. Kuesioner yang diisi dikumpulkan dan diperiksa selengkapnya, kemudian peneliti akan mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan terimakasih pada responden atas kerjasamanya.

 Penelitian dilakukan pada tanggal 15 Juli – 3 Agustus, peneliti melakukan penelitian dimulai pada hari senin jam 10.00 wib sampai 13.00 wib sebanyak 5 responden, selanjutnya hari selasa jam 09.00 wib sampai 13.00 sebanyak 8 responden, selanjutnya hari rabu 10.00 sebanyak 6 responden dan selanjutnya sampai berjumlah 50 responden sudah dilakukan penelitian.

* 1. **Cara Pengolahan Data dan Analisis Data**
		1. Cara Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan setelah pengumpulan data selesai dilaksanakan dengan maksud agar data yang dikumpulkan memiliki sifat yang jelas. Adapun langkah-langkah dalam pengolahan data yaitu:

* + - 1. *Editing*

Peneliti melakukan pemeriksaan kembali terhadap kuesioner dengan memeriksa jawaban – jawaban yang kosong. Peneliti akan menanyakan kembali kepada responden guna untuk melengkapi data..

* + - 1. *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf atau kode menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Pada tahap coding, peneliti merubah data berbentuk huruf atau kode menjadi data berbentuk angka. Pada data hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi seperti dukungan keluarga dan tingkat kemandirian, jika jawabannya Ya maka diberi kode 1 dan jika jawabannya Tidak diberi kode 0.

* + - 1. *Entry.*

Peneliti memindahkan dan menyusun kode atau data yang ada di kuesioner kedalam master tabel kemudian diproses dengan mengelompokkan data ke dalam variabel yang sesuai dengan menggunakan program computerisasi.

* + - 1. *Cleaning*

Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-entry apakah ada kesalahan atau tidak, apakah pengkodeannya sudah tepat atau belum. Pada penelitian ini peneliti memeriksa kembali data yang telah dimasukkan ke dalam program komputer, saat pemeriksaan data peneliti tidak menemukan data yang tidak lengkap atau data yang salah saat meng-entry data.

* + - 1. *Processing*

Kemudian selanjutnya data diproses dengan mengelompokkan data ke dalam variabel yang sesuai dengan menggunakan program computer.

* + 1. Analisa Data
			1. Analisa Univariat

Analisa univariat yang dilakukan dengan menggunakan analisis distribusi frekuensi dan statistic deskriptif untuk melihat dari variabel independen yaitu dukungan keluarga dan variabel dependen nya tingkat kemandirian pasien halusinasi. Tujuannya untuk mendapatkan gambaran tentang sebaran distribusi frekuiensi dan presentasi.

Variabel dukungan keluarga

1. Didukung : ≥ 7-15
2. Belum didukung : ‹ 7

Variabel tingkat kemandirian pasien halusinasi

1. Mandiri : ≥ 7-15
2. Belum mandiri : ‹ 7
	* + 1. Analisa Bivariat

Analisa bivariat yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang diteliti. Pengujian hipotesa untuk mengambil keputusan tentang apakah hipotesis yang diajukan cukup meyakinkan untuk ditolak atau diterima dengan menggunakan uji statistik Chi – Square tes. Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik digunakan batasan kemaknaan 0,05 sehingga jika p ≤ 0,05 maka secara statistik disebut “bermakna” dan p > 0,05 maka hasil hitung tersebut “tidak bermakna” ( A.Kunto,1993 )

Apabila p ≤ 0,05, maka ada hubungan antara variable independen dan variable dependen. Apabila p ≥ 0,05, maka tidak ada hubungan antara variable independen dan variable dependen ( Notoatmodjo, 2001)

* 1. **Etika Penelitian**

Masalah penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia hampir 90%, supaya dalam penelitian ini tidak melanggar hak asasi manusia maka Penulis harus memahami prinsip-prinsip etika dalam penelitian. Menurut Nursalam (2003), adapun masalah etika penelitian yang harus di perhatikan sebagai berikut :

* + 1. *Beneficence*

Peneliti menjamin responden penelitian terbebas dari resiko tereksploitasi.

* + 1. *Respect for human dignity*

Peneliti memperlakukan responden sebagai subjek penelitian secara manusiawi dan menghargai hak untuk bertanya, menolak memberikan informasi atau memutuskan menjadi subjek peneliti atau tidak tanpa ada sanksi bila menolak dan memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi pada subjek.

* + 1. *Justice* (prinsip keadilan)

Prinsip ini dilakukan untuk menjunjung tinggi keadilan manusia dengan menghargai hak atau memberikan pengobatan secara adil, hak menjaga privasi manusia dan tidak berpihak dalam perlakuan terhadap manusia.

* + 1. *Informed Consent* (Lembar persetujuan).

Menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang di teliti selama pengumpulan data, responden bersedia di teliti maka harus ditanda tangani lembar persetujuan.

* + 1. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi responden dapat dipenuhi melalui anomonity (tampa nama) pada data responden. Peneliti tidak mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberikan kode masing-masing lembar tersebut. Kertas pengumpulan data hanya dapat digunakan bagi kepentingan pengelolaan data dan akan segera dimusnahkan bila tidak diperlukan lagi.

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

**5.1 Gambaran Umum Lokasi**

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik psikiatrik RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi. Rumah sakit ini terletak di jln. Dr. A. Rivai-Bukittinggi. RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi adalah Rumah Sakit kelas B pendidikan yang terletak di kotamadya Bukittinggi yang berudara sejuk dengan ketinggian dari permukaan laut 909-914 M dan terletak di antara ( 10021 BT – 10025 BT ), ( 00,76LS-00,19LS ).

RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi merupakan Rumah Sakit Pemerintah Daerah TK. II dengan fasilitas cukup memadai yang dapat melayani rujukan dari 7 daerah TK. II di Sumatera Barat bagian utara dan daerah – daerah perbatasan.

**5.2 Hasil Penelitian**

Penelitian tentang Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kemandirian Pasien Halusinasi DI Poliklinik Psikiatrik RSAM Bukittinggi Tahun 2013. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli sampai Agustus 2013. Terhadap keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami halusinasi yang sebanyak 50 orang di poliklinik psikiatrik RSAM. Hasil penelitian akan dijelaskan sebagai berikut.

**5.2.1 Analisa Univariat**

Analisa univariat digunakan untuk melihat distribusi frekuensi dan persentase masing-masing variable independen dukungan keluarga dan variable dependen tingkat kemandirian pasien halusinasi di poliklinik psikiatrik. Secara rinci hasil penelitian dijelaskan dalam bentuk distribusi frekuensi sebagai berikut :

1. **Tingkat Kemandirian Pasien Halusinasi**

**Tabel 5.1**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat**

**Kemandirian Pasien Halusinasi Di Poliklinik**

**Psikiatrik RSAM Bukittinngi**

**Tahun 2013**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kemandirian pasien Halusinasi | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
| Tidak Mandiri | 21 | 42 |
| Mandiri | 29 | 58 |
| Total | 50 | 100 |

Berdasarkan table 5.1 di dapatkan bahwa lebih dari separoh ( 58 % ) pasien halusinasi yang mandiri.

1. **Dukungan Keluarga**

**Tabel 5.2**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga**

**kepada Pasien Halusinasi Di Poliklinik Psikiatrik RSAM**

**Bukittinngi Tahun 2013**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dukungan Keluarga | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
| Mendukung | 32 | 64 |
| Tidak Mendukung | 18 | 36 |
| Total | 50 | 100 |

Berdasarkan table 5.2 di dapatakan bahwa lebih dari separoh responden mendukung ( 64 % ) pada pasien halusinasi.

**5.2.3 Analisa Bivariat**

Analisa ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variable dependen (kemandirian pasien halusinasi) dengan independen (dukungan keluarga) dengan menggunakan uji *Chi-Square*, dengan hasil sebagai berikut :

**Tabel 5.3**

 **Distribusi Frekuensi Responden Menurut Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian Pasien Halusinasi Di Poliklinik Psikiatrik RSAM Bukittinngi**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dukungan Keluarga | Tingkat Kemandirian Pasien Halusinasi |  Total | P value | OR |
| Tidak Mandiri | Mandiri |
| F | % | f | % | f | % |
| Mendukung | 9 | 28,1 | 23 | 71,1 | 32 | 100 | 0.019 | 5.111 |
| Tidak Mendukung | 12 | 66,7 | 6 | 33,3 | 18 | 100 |
| Total |   | 21 | 42 | 29 | 58 | 50 | 100 |

Berdasarkan table 5.3 di dapatkan bahwa dari 32 responden yang mendukung didapatkan lebih dari separoh (71,1%) pasien halusinasi yang mandiri. Dan 18 responden yang tidak mendukung didapatkan lebih dari separoh (66,7%) pasien halusinasi tidak mandiri.

Analisa didapatkan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien dengan halusinasi, diperoleh nilai p = 0.019 (p ≤ 0,05) berarti Ha = diterima yaitu ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi. Dengan nilai OR ( Odss Ratio ) sebesar 5.1 yang artinya pasien dengan dukungan keluarga baik dan mandiri dibandingkan pasien dukungan keluarga yang tidak baik.

**5.3 Pembahasan**

**5.3.1 Analisa Univariat**

1. Kemandirian pasien Halusinasi

Berdasarkan table 5.1 di dapatkan bahwa lebih dari separoh ( 58 % ) pasien halusinasi yang mandiri.

Kemandirian (independence) merupakan suatu kemampuan individu untuk mengatur dirinya sendiri dan tidak tergantung kepada orang lain.(Lamman dkk, 1988) . Menurut Maslow (1994) mengemukakan bahwa kemandirian merupakan salah satu dari tingkat kebutuhan manusia yang disebut sebagai kebutuhan otonomi, dan tercantum dalam kebutuhan akan penghargaan. Sehubungan dengan itu menurut Beller dalam Johnson dan Medinnus (1964) orang yang mempunyai kemandirian rendah biasanya memiliki ciri khusus antara lain mencari bantuan, mencari perhatian, mencari pengarahan, mencari dukungan orang lain.

Ciri-ciri sikap mandiri menurut Spencer dan Kass (1970) mengatakan bahwa ciri – ciri sikap mandiri yaitu Mampu mengambil inisiatif, Mampu mengatasi masalah, Penuh ketekunan, Memperoleh kepuasan dari usahanya dan Berusaha menjalankan sesuatu tanpa bantuan orang lain.

Menurut asumsi peneliti banyak factor yang menyebabkan terjadinya kemandirian pasien halusinasi salah satunya adalah yang pertama intelegensi yaitu mampu menyelesaikan masalahnya sendiri, yang kedua kebudayaan yaitu kebudayaan yang berbeda menyebabkan nilai dan norma dalam lingkungan keluarga, yang ketiga pola asuh pasien yaitu orang tua dan kebiasaa keluarga akan mempengaruhi pembentukan kemandirian, yang keempat tingkat pendidikan pasien yaitu merupakan pengetahuan yang tinggi bagi pasien untuk berfikir mana yang lebih baik bagi pasien, yang kelima usia pasien yaitu kemandirian pasien dapat dilihat dari pasien masih kecil dan yang terakhir pekerjaan yaitu orang yang mandiri bila.dihadapan pada situasi kerja yang tidak sesuai dengan kebutuhan dirinya, maka akan cendrung mencari pekerjaan lain dimana lebih banyak terdapat kebebasan dan kemandirian.

1. Dukungan Keluarga

Berdasarkan table 5.2 di dapatkan bahwa lebih dari separoh responden mendukung ( 64 % ) terhadap pasien halusinasi.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 1998). Menurut serason (1983) daloam kuncoro (2002) Dukungan keluarga adalah keberadaan, kepedulian, kesediaan dari orang – orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita. Pandangan yang sama juga dikemukakan oleh Cobb sebagai adanya kenyamanan, perhatian dan penghargaan atau menolong dengan sikap menerima kondisinya. Dukungan sosial tersebut diperoleh dari individu maupun dari kelompok.

Dukungan keluarga memiliki beberapa fungsi menurut Caplan ( 1996) dalam friedman (2003) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan keluarga yaitu, yang pertama adalah dukungan informasional dimana dalam fungsi ini keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Yang kedua adalah dukungan penilaian yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan falidator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.

Fungsi yang ketiga adalah dukungan instrumental yaitu keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit diantaranya: bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti : materi, tenaga dan sarana. Dan yang terakhir adalah dukungan emosional yaitu keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan, dan didengarkan ( Friedman,1998).

Sumber dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial kelurga internal, seperti dukungan dari suami atau istri serta dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 1998).

Menurut Nurdiana dkk (2007, h. 7) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa dukungan keluarga yang tinggi dapat disebabkan oleh karena keluarga telah banyak memperoleh informasi mengenai penyakit Skizofrenia melalui media informasi (koran, televisi, radio) dan orang lain (teman, kerabat).

Dinosetro (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, 1995, h. 277).

Pendapat diatas diperkuat oleh pernyataan dari *Commission on the Family* (1998, dalam Dolan dkk, 2006, h. 91) bahwa dukungan keluarga dapatmemperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesarpenghargaan terhadap diri sendiri, mempunyai potensi sebagai strategipencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangankehidupan sehari-hari serta mempunyai relevansi dalam masyarakat yang beradadalam lingkungan yang penuh dengan tekanan.

Menurut asumsi penelitian dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit, dimana dukungan keluarga ini sebagai informasi terbaik/nonverbal, saran, bantuan, atau tingkah laku yang nyata yang diberikan oleh anggota keluarga kepada anggota keluarga yang lain, atau berupa kehadiran dan hal – hal yang dapat memberikan keuntungan emosional/berpengaruh pada tingkah laku anggota keluarganya.

**5.3.2 Analisa Bivariat**

Hasil analisa didapatkan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien dengan halusinasi, diperoleh nilai p = 0.019 (p ≤ 0,05) berarti Ha = diterima yaitu ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi. Dengan nilai OR ( Odss Ratio ) sebesar 5.1 yang artinya pasien dengan dukungan keluarga baik dan mandiri dibandingkan pasien dukungan keluarga yang tidak baik.

Hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian pasien halusinasi didapatkan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu factor yang dapat menyebabkan terjadinya kemandirian pada pasien halusinasi. Keluarga menyebabkan kemandirian yang tinggi pada pasien halusinasi. Hal lain adalah pasien mudah dipengaruhi oleh stress yang menyenangkan maupun yang menyedihkan.

Mandiri adalah mampu melakukan semua kebutuhan yang kita butuhkan, seperti makan, minum, mandi, berpakaian dan yang lainnya. Menurut Maslow (1994) mengmukakan bahwa kemandirian merupakan salah satu dari tingkat kebutuhan manusia yang disebut sebagai kebutuhan otonomi, dan tercantum dalam kebutuhan akan penghargaan. Jhonson dan Medinnnus (1969) mengemukakan bahwa independent merupakan perilaku yang aktivitasnya berdasarkan kemampuan sendiri karena mendapatkan kepuasan atas perilaku eksploratif, mampu memanipulasi lingkungan dan mampu berinteraksi dengan teman sebayanya.

Faktor yang mempengaruhi kemandirian pasien halusinasi adalah salah satunya adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga juga sangat penting bagi pasien halusinasi. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan keluarga yaitu : Dukungan informasional yaitu pemberian saran, sugesti, informasi yag dapat digunakan menggungkapkan suatu masalah. Dukungan penilaian yaitu memberikan support, penghargaan, perhatian. Dukungan instrumental yaitu keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit. Dukungan emosional yaitu : dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan, dan didengarkan ( Friedman,1998).

Menurut Sumampouw (2007) bila dilihat dari segi psikologis kebanyakan keluarga merasa malu dengan adanya anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa sehingga keluarga suka menyembunyikan dirumah dan mengurungnya atau memasungnya, disamping itu keluarga menunjukkan sikap negative pada pasien dimana keluarga tidak mendengarkan kebutuhan pasien, tidak mampu menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien.

Hasil yang sama dengan penelitian Putri Lidiana (2011) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan klien halusinasi. Yang menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan yang baik pada keluarga dapat mencegah kekembuhan pada pasien gangguan jiwa halusinasi

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti berasumsi bahwa dengan dukungan keluarga yang baik, akan meminimalkan resiko pasien dengan halusinasi untuk mandiri. Penderita halusinasi yang mendapatkan dukungan keluarga mempunyai kesempatan berkembang kearah positif secara maksimal, sehingga penderita halusinasi akan bersikap positif, baik terhadap dirinya maupun lingkungannya karena keluarga merupakan lingkungan social pertama yang dikenal. Untuk itu diperlukan dukungan keluarga yang baik dalam kemandirian pasien halusinasi. Karena keluarga memberikan informasi tentang penyakitnya, keluarga mengingatkan agar minum obat secara teratur, keluarga selalu mendukung pekerjaan yang ingin dilakukan pasien, dan keluarga selalu memberikn semangat kepada pasien agar cepat sembuh. Selain itu peran serta petugas kesehatan dalam memberikan penjelasan kepada keluarga bahwa dukungan kepada pasien sangat penting dalam kemandirian pasien.

**5.5 Keterbatasan penelitian**

**5.5.1 instrumen penelitian dan validasi**

Alat yang digunakan dalam penelitian ini berupa yang dirancang sendiri oleh peneliti dan di isi oleh keluarga pasien. Instrument penelitian ini telah dilakukan uji validitas maka sudah dinyatakan valid. Kurang maksimalnya dalam merancang kuisioner dikarnakan tidak adanya pengalaman peneliti, karena baru pertama dalam melakukan penelitian.

**BAB VI**

**PENUTUP**

**6.1 Kesimpulan**

Berdasarka hasil penelitian hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi dapat disimpulkan sebagai berikut :

6.1.1 Lebih dari separoh ( 58 % ) pasien halusinasi yang mandiri.

6.1.2 Lebih dari separoh mendukung ( 64 % ) terhadap pasien halusinasi.

6.1.3 Terdapat hubungan yang bermakna antara hubungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien halusinasi, dengan p value 0,019.

**6.2 Saran**

**6.2.1 Bagi RSAM Bukittingi**

Kepada pimpinan RSAM Bukittinggi melalui bidang keperawatan untuk lebih intensif melakukan program penyuluhan secara berkala diruangan poliklinik serta bagi perawat agar lebih mengaktifkan perannya dalam melakukan *Home Visit* kepada keluarga secara cepat.

**6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Institusi pendidikan agar lebih memberikan pemahaman dan penjelasan kepada anak didik mengenai keperawatan jiwa khususnya masalah halusinasi.

**6.2.3 Bagi Keluarga**

Bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami halusinasi agar lebih memberikan dukungan untuk kemandirian pasien halusinasi.

**6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat melihat dari variabel yang mempengaruhi ketidakmandirian pasien halusinasi. Dimana penyebab dari ketidakmandirian itu sendiri adalah faktor lain seperti intelegensi. Kebudayaan, pola asuh pasien, tingkat pendidikan pasien, usia pasien dan pekerjaan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Buchanan, Carpenter. 2000. *Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatrik*. Jakarta : EGC

Videbeck, Sheila. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta. EGC

Alim. 2009. Internet. *Gangguan Jiwa didunia*. Jakarta : www. Google. Com

Lidiana, Putri. 2011. *Hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan klien halusinasi dipoliklinik gangguang mental organic ( GMO ) RSJ Prof. HB Sa’anin padang*. Bukittinggi : STIKes PERINTIS SUMBAR. Skiripsi

Friedman. 1998. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta : EGC

Emawati, Dien. 2011. Internet. *Penderita Gangguan Jiwa di Indonesia Meningkat*. Jakarta : www. Google. Com

Maslim, R. 1998. Internet. *Gangguan Jiwa*. Jakarta : www. Google. Com

Nursalam. 2003. *Konsep dan Penetapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan.* Jakarta : Rineka Cipta

Notoatmodjo. 2001. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

Notoatmodjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

Notoatmodjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta : Rineka Cipta

Maramis.2009. *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 2. Surabaya : Air Langga University Press

Keliat. 2005. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC

Isaacs, Ann. 2005. *Buku Saku Keperawatan*. Jakarta : EGC

Hamid. 2000. *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta : EGC

Hidayat, Aziz, Alimul. 2008. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba medika

Sugiyono, S, dkk. 2007. *Metode Penelitian Pendidikan.* Bandung : Alfabeta

Lamman, dkk. 1998. Internet. *Kemandirian*. Jakarta : www. Google. Com

Dinosetro. 2008. Internet. *Hubungan antara peran keluarga dengan tingkat kemandirian*

*kehidupan sosial bermasyarakat pada klien Skizofrenia post perawatan di*

*Rumah Sakit Jiwa Menur.* Semarang : Fakultas Psikologi Universitas

Macfoedz, dkk. 2005. *Metode Penelitian di Bidang Kesehatan, Keperawatan dan Kebidanan*, Jakarta : Rineka Cipta

Struat. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC

Jafri, Yendrizal. 2011. *Pedoman Tugas Akhir Program Penulisan Proposal dan Skiripsi*. Bukittingi