

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut *World Health Organization* (WHO) adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kondisi perkembangan yang tidak sesuai pada individu disebut gangguan jiwa (UU No.18 tahun 2014).

Gangguan jiwa merupakan tanda dan gejala dari bentuk penyimpangan perilaku sebagai efek dari adanya distorsi emosi sehingga muncul penyimpangan dalam berperilaku, seseorang dapat dikatakan gangguan jiwa apabila terdapat gangguan mental yang meliputi gangguan emosi, perilaku, polapikir, perasaan, keinginan, motivasi, daya tarik diri, kemauan, dan persepsi sehingga dapat mengganggu dirinya dalam menjalani kehidupan di masyarakat (Nasir, 2011). Ada hampir 300 jenis gangguan jiwa yang tercantum dalam DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Buku ini menjadi panduan bagi para psikolog, psikiater, dan professional lainnya dalam membantu mengidentifikasi dan mendiagnosis jenis gangguan jiwa, salah satunya adalah skizofrenia

Menurut Temes (2011) skizofrenia adalah bentuk paling umum dari penyakit mental yang parah. Penyakit ini adalah penyakit yang serius dan mengkhawatirkan yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (berupa halusinasi dan waham), gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Menurut Riskesdas (2013) skizofrenia adalah gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (*insight*) yang buruk. Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu.

Luana dalam Prabowo (2014), menjelaskan penyebab dari skizofrenia, yaitu faktor biologis meliputi komplikasi kelahiran, infeksi perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia, *hipotesis dopamine*, hipotesis serotonin dan struktur otak. Kemudian faktor genetik juga berpengaruh, para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki ataupun perempuan dengan skizofrenia.

Menurut (Darlond, 2010) Kekambuhan adalah kembalinya suatu penyakit setelah tampaknya mereda. Pada gangguan jiwa kronis diperkirakan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama, dan 70% pada tahun kedua. Kekambuhan biasanya terjadi karena adanya kejadian-kejadian buruk sebelum

mereka kambuh dan juga dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya faktor internal dan faktor eksternal (Suprayitno, 2010).

Pada faktor eksternal kekambuhan dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya dukungan keluarga, kepatuhan minum obat, dukungan petugas kesehatan. Kurangnya dukungan dan perhatian keluarga, maka penderita merasa dirinya terasingkan dan juga merasa rendah diri, sehingga dia lebih sering mengasingkan diri dan lebih banyak bermenung, maka dengan demikian penderita kembali memikirkan hal-hal yang di bawah alam sadarnya. Maka terjadilah kekambuhan berulang pada penderita gangguan jiwa tersebut (Suprayitno, 2010). Sedangkan faktor internal yang mempengaruhi kekambuhan pada pasien gangguan skizofrenia yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan.

Faktor eksternal kekambuhan gangguan jiwa yaitu kepatuhan minum obat, kepatuhan pasien gangguan jiwa dalam meminum obat sangat lah penting, obat harus digunakan dalam dosis yang efektif untuk periode waktu yang cukup. Respon terapi dan timbulnya efek samping harus diberikan sesegera mungkin. Obat yang digunakan untuk mengobati psikosis memiliki banyak sebutan yaitu: obat anti psikotik, dan neoroleptik. Terapi obat penting diketahui perawat karena keefektifannya mengacu pada efek terapeutik maksimal yang didapat oleh obat. Hal ini berkaitan dengan kepatuhan obat yang dikonsumsi oleh penderita. Obat yang berpotensi rendah perlu diberikan dalam dosis tinggi untuk mencapai keefektifan, sedangkan obat yang berpotensi tinggi mencapai keefektifan pada pemberian dosis rendah (Suprayitno, 2010).

Faktor dukungan petugas kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Dukungan mereka berguna terutama saat pasien menghadapi bahwa perilaku sehat yang baru tersebut merupakan hal penting, begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien, dan secara terus menerus memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya (Niven, 2002 dalam Sari dkk, 2018).

Menurut WHO (2012) kekambuhan yang sering terjadi dapat memperburuk kondisi klien skizofrenia. Skizofrenia ini sering disertai dengan kekambuhan bahkan saat pengobatan dan perawatan. Gangguan jiwa yang menjadi salah satu masalah utama di negara-negara berkembang adalah Skizofrenia. Skizofrenia termasuk jenis psikosis yang menempati urutan atas dari seluruh gangguan jiwa yang ada (Nuraenah, 2012).

Kekambuhan sering diukur dengan menilai waktu antara lepas rawat dari perawatan terakhir sampai dengan perawatan berikutnya dan jumlah rawat inap pada periode tertentu (Pratt, 2006 dalam Ryandy 2014). Salah satu faktor untuk mencegah kekambuhan pada penderita gangguan jiwa yaitu dengan melakukan program pengobatan rutin, pengobatan yang dimaksud pada penelitian ini adalah kepatuhan penderita minum obat secara rutin. Walaupun minum obat tidak menyembuhkan 100% bagi penderita, setidaknya waktu remisi penderita lebih lama dan gejala berulang terjadinya gangguan jiwa tidak terlalu parah (Zygmunt et al, 2002) dalam Sari, dkk (2018).

Dampak dari skizofrenia bagi individu yang terkena, keluarga, dan masyarakat pada umumnya adalah sangat besar. Beban keluarga di antaranya hilangnya produktivitas keluarga, gangguan ritme aktivitas keluarga, stigma yang dibebankan masyarakat pada keluarga dan pasien. Sebuah penelitian yang dilakukan di Malaysia tahun 2010, menyatakan bahwa 80% dari caregiver yang menyediakan perawatan rutin merasa terbebani hubungannya dengan keluarga, 71% melaporkan sering terjadi ketegangan komunikasi di antara anggota keluarga (Phillips et al., 2002; Sri Idayani dan Hartono, 2005; Lewis et al., 2010)

Menurut data WHO pada tahun 2016 sekitar 35 juta orang mengalami stres, 60 juta orang terkena bipolar. Survei *Global Health Data Exchange* tahun 2017 menunjukkan, ada 27,3 juta orang di Indonesia mengalami masalah kejiwaan hal ini berarti, satu dari sepuluh orang di Negara ini mengidap gangguan kesehatan jiwa. Indonesia jadi Negara dengan jumlah pengidap gangguan jiwa tertinggi di Asia Tenggara. Gangguan kejiwaan yang paling tinggi yakni kecemasan (*anxiety disorder*). Jumlah pengidapnya lebih dari 8,4 juta jiwa. Selain itu, ada sekitar 6,6 juta orang yang mengalami depresi. Ada juga 2,1 juta orang mengalami gangguan perilaku.

Data *American Psychiatric Association* (APA) tahun 2014 menyebutkan 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia. 75% penderita skizofrenia mulai mengidapnya pada usia 16-25 tahun. Usia remaja dan dewasa muda paling beresiko karena pada tahap ini, kehidupan manusia penuh dengan berbagai tekanan (Stresor) (Akbar, 2011).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan, prevalensi skizofrenia/psikosis di Indonesia sebanyak 6,7 per 1000 rumah tangga. Artinya, dari 1.000 rumah tangga terdapat 6,7 rumah tangga yang mempunyai anggota rumah tangga (ART) pengidap skizofrenia/psikosis. Penyebaran prevalensi tertinggi terdapat di Bali dan DI Yogyakarta dengan masing-masing 11,1 dan 10,4 per 1.000 rumah tangga yang mempunyai ART mengidap skizofrenia/psikosis.

Berdasarkan data di Propinsi Riau menurut laporan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit Jiwa Tampan Propinsi Riau (2018), didapatkan data kasus skizofrenia yang di rawat inap terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Dan yang mendapatkan pelayanan rawat inap pada tahun 2018 sebanyak 2.227, pada tahun 2019 sebanyak 2.340 orang dan pada bulan januari s/d mei jumlah 875. Serta jumlah perawat yang ada di Rumah Sakit Jiwa tampan adalah sebanyak 146 orang.

Berdasarkan survei awal yang penulis lakukan pada 10 perawat rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Tampan, 4 dari 10 perawat mengatakan bahwa penderita skizofrenia tidak patuh dalam minum obat karena penderita merasa bosan jika harus minum obat setiap hari, 5 dari 10 perawat mengatakan bahwa keluarga penderita skizofrenia mengatakan penderita dirumah tidak mendapat dukungan sosial dari lingkungan sekitar dan 6 dari 10 perawat mengatakan bahwa rata-rata prevalensi kekambuhan penderita skizofrenia \pm 60 % setiap bulannya dan hal ini disebabkan karena tidak minum obat saat dirumah.

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang **“Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kekambuhan Penderita Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Tahun 2020”**

B. Rumusan Masalah

Mengacu pada latar belakang yang telah dipaparkan maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan Kekambuhan Penderita Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Tahun 2020?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengidentifikasi Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kekambuhan Penderita Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Tahun 2020.

2. Tujuan khusus

a. Mengetahui distribusi frekuensi faktor kepatuhan minum obat dengan kekambuhan penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Tampan Propinsi Riau 2020

b. Mengetahui distribusi frekuensi faktor dukungan keluarga dengan kekambuhan penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Tampan Propinsi Riau 2020

c. Mengetahui hubungan faktor dukungan petugas kesehatan dengan kekambuhan penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Tampan Propinsi Riau 2020.

d. Menganalisa hubungan Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kekambuhan Penderita Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Tahun 2020

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan bagi teori keperawatan jiwa dan menambah hasil informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan skizofrenia. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menyusun hipotesis baru dalam merancang penelitian selanjutnya.

2. Aspek praktis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan perbaikan, masukan, kebijakan dan saran dalam memberikan informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan skizofrenia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Konsep Dasar Skizofrenia

a. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu “*Schizein*” yang artinya retak atau pecah (split), dan “*phren*” yang artinya pikiran, yang selalu dihubungkan dengan fungsi emosi. Dengan demikian seseorang yang menderita skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian serta emosi (Sianturi, 2014).

Menurut Pedoman PPDGJ III, skizofrenia dijelaskan sebagai gangguan jiwa yang ditandai dengan distorsi khas dan fundamental dalam pikiran dan persepsi yang disertai dengan adanya afek yang tumpul atau tidak wajar.

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar (Sutejo, 2017)

b. Jenis-jenis Skizofrenia

Kraepelin dalam Yusrianti (2018) membagi skizofrenia menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi batas-batas golongan-golongan ini tidak jelas, gejala-gejala dapat berganti-ganti

atau mungkin seorang penderita tidak dapat digolongkan ke dalam satu jenis. Pembagiannya adalah sebagai berikut:

1) Skizofrenia paranoid

Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah mulai 30 tahun. Permulaanya mungkin sub akut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan *schizoid*. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

2) Skizofrenia hebefrenik

Permulaanya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15 – 25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik, waham dan halusinasinya banyak sekali.

3) Skizofrenia katatonik

Timbulnya pertama kali antara usia 15 sampai 30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik. Gejala yang penting adalah gejala psikomotor seperti:

- a) Mutisme, kadang-kadang dengan mata tertutup, muka tanpa mimik, seperti topeng, stupor penderita tidak bergerak sama

sekali untuk waktu yang sangat lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang beberapa bulan.

- b) Bila diganti posisinya penderita menentang.
 - c) Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul di dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan.
 - d) Terdapat grimas dan katalepsi.
- 4) Skizofrenia simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

5) Skizofrenia residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang kearah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negative terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

c. Etiologi Skizofrenia

Etiologi terjadinya skizofrenia belum diketahui secara pasti.

Diduga penyebabnya adalah :

- 1) Faktor genetik, meskipun ada gen yang abnormal, skizofrenia tidak akan muncul kecuali disertai faktor-faktor lainnya yang disebut faktor epigenetik, seperti virus atau infeksi lain selama kehamilan, menurunnya *auto-immune* yang mungkin disebabkan infeksi selama kehamilan, berbagai macam komplikasi kandungan dan kekurangan gizi yang cukup berat
- 2) Faktor biologi seperti hiperaktivitas sistem dopaminergik, faktor serotonin, faktor neuroimunovirologi, hipoksia atau kerusakan neurotoksik selama kehamilan dan kelahiran (Sadock dan Sadock, 2007 dalam Yusrianti, 2018).
- 3) Faktor lingkungan yang menyebabkan skizofrenia meliputi penyalahgunaan obat, pendidikan yang rendah, dan status ekonomi (Carpenter, 2010).
- 4) Abnormalitas korteks cerebral, talamus, dan batang otak pada penderita skizofrenia ditunjukkan dengan penelitian neuropatologi dan pemeriksaan dengan Ctscan (Sadock dan Sadock, 2007 dalam Yusrianti, 2018).
- 5) Faktor psikososial dan sosiokultural (Supratiknya, 2003 dalam Asih 2010)

d. Gejala Skizofrenia

Gejala-gejala skizofrenia terdiri dari dua jenis yaitu simtom positif dan simtom negatif.

- 1) Simtom positif berupa delusi atau waham, halusinasi, kekecauan alam pikir, gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- 2) Simtom negatif berupa alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”, menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*), kontak emosional amat miskin, sukar diajak bicara, pendiam dan pola pikir stereotip (Muhyi, 2011).

e. Fase Skizofrenia

American Psychiatric Association (APA) menyatakan bahwa perjalanan penyakit skizofrenia terdiri dari tiga fase yaitu fase akut, fase stabilisasi dan fase stabil (Reverger, 2012). Ketiga fase tersebut disebut dengan fase psikotik. Sebelum fase psikotik muncul, terdapat fase premorbid dan fase prodormal (Muhyi, 2011).

Pada fase premorbid, fungsi-fungsi individu masih dalam keadaan normatif (Muhyi, 2011). Pada fase prodormal biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa sampai beberapa bulan atau beberapa tahun sebelum diagnosis pasti skizofrenia ditegakkan (Herdaetha, 2009 dalam Yusrianti, 2018). Gejala non spesifik berupa gangguan tidur, ansietas, iritabilitas, depresi, konsentrasi berkurang, mudah lelah, dan adanya defisit perilaku misalnya kemunduran fungsi peran dan penarikan sosial (Muhyi, 2011).

Fungsi pekerjaan, fungsi sosial, fungsi penggunaan waktu luang dan fungsi perawatan diri juga muncul pada fase prodromal (Safitri, 2010). Simtom positif seperti curiga mulai berkembang di akhir fase prodromal dan berarti sudah mendekati fase psikotik (Muhyi, 2011). Masuk ke fase akut psikotik, simtom positif menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai gangguan afek (Safitri, 2010).

Kemudian muncul fase stabilisasi yang berlangsung setelah dilakukan terapi dan pada fase stabil terlihat simtom negatif dan residual dari simtom positif. Pada beberapa individu bisa dijumpai asimtomatis, sedangkan individu lain mengalami gejala non psikotik misalnya, merasa tegang (tension), ansietas, depresi, atau insomnia (Muhyi, 2011).

2. Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kekambuhan Skizofrenia

Beberapa Faktor yang mempengaruhi kekambuhan skizofrenia diantaranya yaitu :

a. Kepatuhan Minum Obat

1) Pengertian

Ada beberapa macam sebutan yang biasa digunakan untuk mendeskripsikan kepatuhan pasien diantaranya *compliance* dan *adherence*. *Compliance* adalah secara pasif mengikuti masukan dan perintah dari dokter untuk menjalankan terapi yang sedang dijalankan. *Adherence* adalah sejauh mana perilaku pasien minum

obat terhadap obat yang diresepkan oleh pelayanan kesehatan (Nuraenah, 2012). Didalam psikologi kesehatan, kepatuhan menjurus kepada situasi dimana perilaku seorang individu selaras dengan tindakan yang dianjurkan atau nasehat yang diberikan oleh seorang praktisi kesehatan atau yang diperoleh dari sumber informasi yang lainnya (Ian & Marcus, 2011)

2) **Faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat**

Kepatuhan merupakan fenomena multidimensi yang ditentukan oleh tujuh dimensi (Yuliantika dkk, 2012) :

a) Faktor terapi

Faktor yang berhubungan dengan pengobatan antara efek samping, dosis yang diberikan, cara penggunaan, lama pengobatan, biaya pengobatan, jumlah obat yang harus diminum. Semakin banyak jumlah obat yang direkomendasikan maka kemungkinan besar makin rendah tingkat kepatuhan karena kompleksitas pengobatan yang harus dijalankan.

b) Faktor Petugas kesehatan

Kualitas interaksi antara klien dan petugas kesehatan menentukan derajat kepatuhan. Kegagalan pemberian informasi yang lengkap tentang obat dari tenaga kesehatan bisa menjadi penyebab ketidakpatuhan klien meminum obatnya. Pemberian perawatan lanjutan ketika dirumah, keyakinan tenaga kesehatan terhadap suksesnya pengobatan, hubungan yang baik dan tenaga kesehatan,

dan efektifitas dari perawatan pada rawat jalan mempengaruhi kepatuhan klien dalam menjalani program pengobatan.

c) Faktor lingkungan

faktor lingkungan yang mempengaruhi kepatuhan meliputi: ketersediaan pelayanan fasilitas kesehatan, sikap terhadap pengobatan, adanya pengawasan terhadap pandangan masyarakat terhadap skizofrenia.

d) Usia

Usia lanjut menunjukkan kepatuhan yang rendah karena penurunan kapasitas fungsi memori dan penyakit degeneratif selain skizofrenia yang dialaminya. Tingkat kepatuhan wanita lebih tinggi daripada pria, wanita muda lebih patuh dari wanita tua. Klien dengan gejala positif (waham dan maniak) sulit patuh terhadap pengobatan karena merasa dipaksa dan takut diracuni. Kebiasaan klien merokok juga akan mempengaruhi efek terapeutik antipsikotik.

e) Dukungan keluarga

Menurut Friedman (2010) Dukungan keluarga adalah suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya yang dapat diakses oleh keluarga yang dapat bersifat mendukung dan memberikan pertolongan kepada anggota keluarga. Hal ini berkaitan dengan apa yang diungkapkan Friedman (2010) yang menyatakan bahwa dukungan keluarga adalah bagian integral dari

dukungan sosial. Dampak positif dari dukungan keluarga adalah meningkatnya penyesuaian diri seseorang terhadap kejadiankejadian dalam kehidupan. Dukungan keluarga meliputi informasi verbal atau non-verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penderita Skizofrenia.

f) Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terhadap obyek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Wawan dan Dewi, 2011).

b. Dukungan Sosial

1) Pengertian

Menurut Sarafino (Rokhimah, dalam Meilianawati 2015) dukungan sosial adalah derajat dukungan yang diberikan kepada individu khususnya sewaktu dibutuhkan oleh orang – orang yang memiliki hubungan emosional yang dekat dengan orang tersebut, dukungan sosial dapat merujuk pada kenyamanan, kepedulian, harga

diri atau segala bentuk bantuan yang diterima individu dari orang lain atau kelompok. Dukungan sosial merupakan transaksi interpersonal yang mencakup afeksi positif, penegasan, dan bantuan berdasarkan pendapat lain.

Dukungan sosial pada umumnya menggambarkan mengenai peranan atau pengaruh yang dapat ditimbulkan oleh orang lain yang berarti seperti keluarga, teman, saudara, dan rekan kerja. Menurut Brownel dan Shumaker (dalam Sulistyawati, 2010; Rima & Raudatussalamah, 2012) terdapat efek tidak langsung dari dukungan sosial berarti dukungan sosial mempengaruhi kesejahteraan individu dengan mengurangi tingkat keparahan stress dari suatu peristiwa. Dukungan sosial melibatkan hubungan sosial yang berarti, sehingga dapat menimbulkan pengaruh positif bagi si penerimanya.

2) **Aspek Dukungan Sosial**

Aspek dukungan sosial menurut House (Handono, 2013 dalam Meilianawati 2015) yaitu:

a) Dukungan emosional

yaitu mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan.

b) Dukungan penghargaan

yaitu terjadi lewat ungkapan hormat (penghargaan) positif bagi orang itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau

perasaan individu, dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain.

c) Dukungan instrumental

yaitu mencakup bantuan langsung untuk mempermudah perilaku yang secara langsung untuk mempermudah perilaku secara langsung menolong individu. Misalnya bantuan benda, pekerjaan, dan waktu.

d) Dukungan informatif

yaitu mencakup pemberian nasehat, saran-saran, atau umpan balik. Menurut Taylor (dalam King, 2010; Rima & Raudatussalamah, 2012) dukungan sosial adalah informasi, dan umpan balik dari orang lain yang menunjukkan bahwa seseorang dicintai, diperhatikan, dihargai, dihormati dan dilibatkan dalam jaringan komunikasi

3) Bentuk Dukungan Sosial

Bentuk dukungan sosial menurut Cohen & Hoberman (dalam Isnawati & Suhariadi, 2013) yaitu:

a) Appraisal Support

Yaitu adanya bantuan yang berupa nasehat yang berkaitan dengan pemecahan suatu masalah untuk membantu mengurangi stressor.

b) Tangible Support

Yaitu bantuan yang nyata yang berupa tindakan atau bantuan fisik dalam menyelesaikan tugas

c) Self Esteem Support

Dukungan yang diberikan oleh orang lain terhadap perasaan kompeten atau harga diri individu atau perasaan seseorang sebagai bagian dari sebuah kelompok dimana para anggotanya memiliki dukungan yang berkaitan dengan self-esteem seseorang.

d) Belonging Support

Menunjukkan perasaan diterima menjadi bagian dari suatu kelompok dan rasa kebersamaan

c. Dukungan Petugas Kesehatan

Dukungan petugas kesehatan/medis merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Dukungan mereka terutama berguna saat pasien dalam menghadapi tentang perilaku sehat yang baru tersebut merupakan hal yang penting, begitu pula mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien, dan secara berkelanjutan memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya (Niven, 2012)

3. Kekambuhan

a. Pengertian

Kekambuhan merupakan keadaan pasien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali (Andri, 2008). Keadaan sekitar atau lingkungan yang penuh stres dapat memicu pada orang-orang yang mudah terkena depresi, dimana dapat ditemukan bahwa orang-orang yang mengalami kekambuhan lebih besar kemungkinannya daripada orang-orang yang tidak mengalami kejadian-kejadian buruk dalam kehidupan mereka. Pada gangguan jiwa kronis diperkirakan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama, dan 70% pada tahun kedua (yosep, 2008). kekambuhan biasanya terjadi karena adanya kejadian-kejadian buruk sebelum mereka kambuh (Wiramihardja, 2008). Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kekambuhan penderita gangguan jiwa dalam Keliat (2010), meliputi:

1) Pasien

Secara umum bahwa pasien yang minum obat secara tidak teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% pasien skizofrenia yang pulang dari rumah sakit jiwa tidak memakan obat secara teratur. Pasien kronis, khususnya skizofrenia 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 sedangkan di rumah tugas perawat digantikan oleh keluarga.

2) Dokter

Minum obat yang teratur dapat mengurangi kekambuhan, namun pemakaian obat neuroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping yang mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Pemberian obat oleh dokter diharapkan sesuai dengan dosis terapeutik sehingga dapat mencegah kekambuhan.

3) Penanggung Jawab Pasien (Case Manager)

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

4) Keluarga

Ekspresi emosi yang tinggi dari keluarga diperkirakan menyebabkan kekambuhan yang tinggi pada pasien. Hal lain adalah pasien mudah dipengaruhi oleh stress yang menyenangkan maupun yang menyedihkan. Keluarga mempunyai tanggung jawab yang penting dalam proses perawatan di rumah sakit jiwa, persiapan pulang dan perawatan di rumah agar adaptasi klien berjalan dengan baik. Kualitas dan efektifitas perilaku keluarga akan membantu proses pemulihan kesehatan pasien sehingga status kesehatan pasien meningkat.

5) Dukungan lingkungan sekitar.

Dukungan lingkungan sekitar tempat tinggal klien yang tidak mendukung dapat juga meningkatkan frekuensi kekambuhan, misalnya masyarakat menganggap klien sebagai individu yang tidak berguna, mengucilkan klien, mengejek klien dan seterusnya.

b. Gejala Kekambuhan

Menurut Keliat (2010), gejala kambuh yang diidentifikasi oleh klien dan keluarganya, yaitu nervous, tidak nafsu makan, sukar konsentrasi, sulit tidur, depresi, tidak ada minat dan menarik diri. Pada gangguan jiwa psikotik akan timbul gejala positif yang lebih aktif seperti; waham, halusinasi, gangguan pikiran, *ekoprasia*, *asosiasi longer*, *Flight of ideas*. Beberapa gejala kambuh yang perlu diidentifikasi oleh klien dan keluarganya yaitu :

- 1) Menjadi ragu-ragu dan serba takut (nervous).
- 2) Tidak nafsu makan
- 3) Sukar konsentrasi
- 4) Sulit tidur
- 5) Depresi
- 6) Tidak ada minat
- 7) Menarik diri.

4. Pengukuran Kekambuhan Skizofrenia

Pengukuran kekambuhan klien skizofrenia adalah sebagai berikut:

1. Tidak kambuh apabila Tidak pernah dirawat sebelumnya minimal dalam 1 tahun terakhir
2. Kambuh apabila dirawat ≥ 2 kali dalam 1 tahun
(Schennach, dkk 2012).

B. Penelitian Terkait

- a. Sandi Fitra (2013) dengan judul Hubungan Antara Faktor Kepatuhan Mengonsumsi Obat, Dukungan Keluarga Dan Lingkungan Masyarakat Dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di RSJD Surakarta
Peningkatan jumlah pasien gangguan jiwa khususnya skizofrenia di RSJD Surakarta dari tahun ketahun semakin meningkat. Selain tingginya jumlah pasien, ternyata tingkat kekambuhan pasien yang tercatat di RSJD Surakarta juga cukup besar. Perawatan di rumah sakit tidak akan terlaksana dengan baik, jika tidak didukung oleh dukungan keluarga yang baik, misalnya keluarga tidak memperhatikan perkembangan pengobatan pasien, tidak mendukung proses pengobatan pasien dan sebagainya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi tingkat kekambuhan pasien skizofrenia di RSJD Surakarta. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelatif dengan pendekatan cross sectional. Sampel penelitian adalah 96 anggota keluarga yang memiliki keluarga rawat jalan di RSJD Surakarta. Instrument penelitian berupa kuesioner dan data rekap medis. Teknik analisis meliputi rank spearman dan Regresi Logistik. Penelitian menyimpulkan bahwa: (1) terdapat faktor kepatuhan mengonsumsi obat terhadap kekambuhan pasien skizofrenia,

(2) terdapat pengaruh dukungan keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia, (3) tidak terdapat pengaruh lingkungan masyarakat terhadap kekambuhan pasien skizofrenia, dan (4) faktor dukungan keluarga merupakan faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia di RSJD Surakarta. Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada variabel dimana dalam penelitian ini hanya meneliti tentang variabel dukungan keluarga.

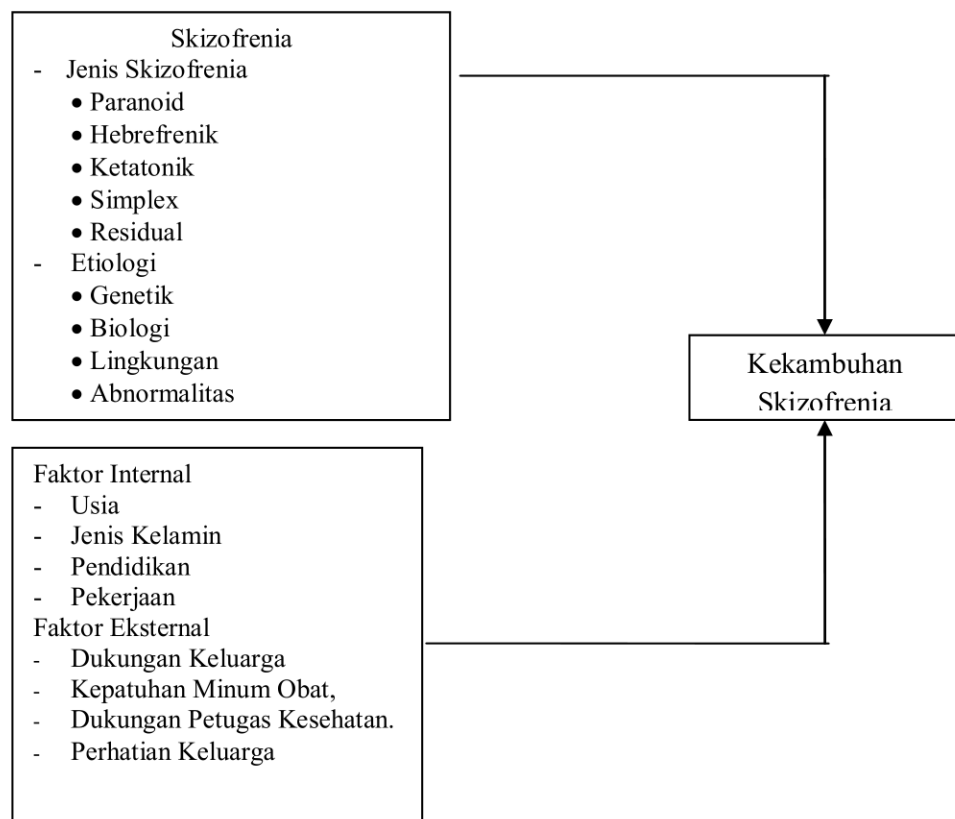
- b. Sari, dkk (2018) dengan judul Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Kekambuhan Pada Penderita Gangguan Jiwa Di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Dareh Kabupaten Dharmasraya Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui "Faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya kekambuhan pada penderita gangguan jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Dareh Kabupaten Dharmasraya Tahun 2017. Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik dan metode studi Crossesional. Sampel dalam penelitian ini adalah 40 responden .Penelitian ini dilakukan pada 1 Maret hingga 10, 2018. Hasil uji statistik kepatuhan obat diperoleh p value = 0,000 ($p < \alpha$), dukungan keluarga diperoleh nilai $p = 0,001$ ($p < \alpha$), dukungan petugas kesehatan diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < \alpha$) maka dapat disimpulkan adanya faktor kepatuhan kepatuhan obat, dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan dengan terjadinya kekambuhan pada penderita gangguan jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Dareh Kabupaten Dharmasraya tahun 2017.Persamaan penelitian diatas dengan penelitian yang peneliti lakukan adalah sama-sama meneliti

mengenai variabel dukungan kepatuhan minum obat, dukungan petugas kesehatan dan perbedaan penelitian diatas adalah jumlah sampel, lokasi serta waktu penelitian.

C. Kerangka Teori

Kerangka teori pada penelitian ini dapat dilihat pada skema berikut

Skema 2.1
Kerangka Teori

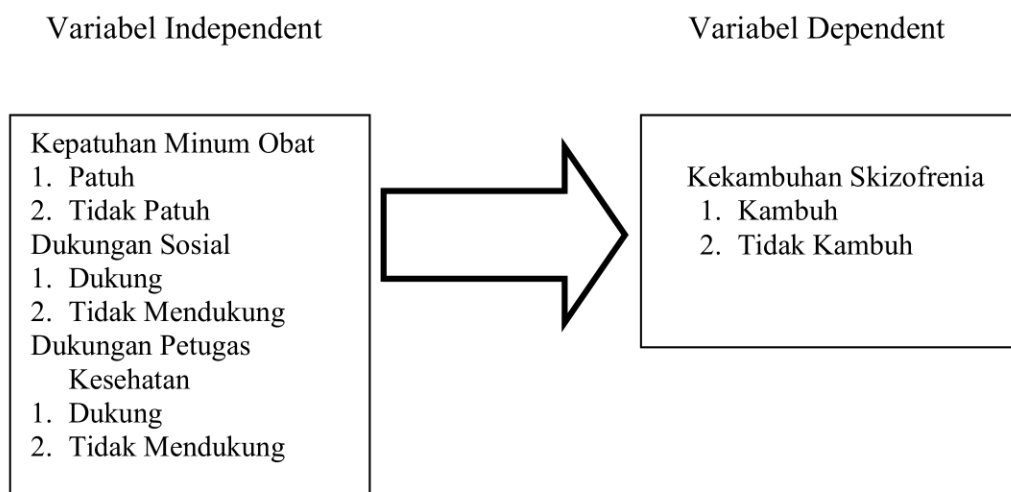


(Notoadmodjo, 2010)

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2010). Variabel yang akan diamati terdiri dari variabel independent atau variabel bebas dan Variabel dependent atau variabel terikat. Kerangka konsep pada penelitian ini dapat dilihat pada skema 2.2 berikut

Skema 2.2 Kerangka Konsep Penelitian



E. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ha: Ada hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kekambuhan skizofrenia

Ha : Ada hubungan antara dukungan sosial dengan kekambuhan skizofrenia

Ha : Ada hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan kekambuhan skizofrenia

BAB III

METODE PENELITIAN

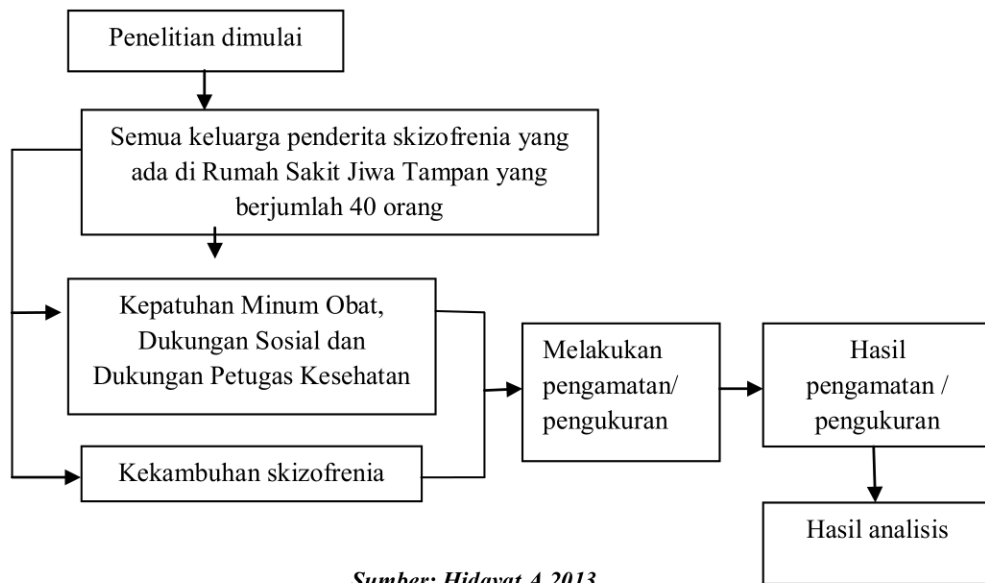
A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan desain penelitian Analitik dengan rancangan *Cross Sectional*, karena pengukuran variabel bebas (Kepatuhan Minum Obat, Dukungan Sosial, Dukungan Petugas Kesehatan) dengan variabel terikat (Kekambuhan Skizofrenia) dilakukan pada saat yang bersamaan (Notoatmodjo, 2010).

B. Rancangan Penelitian

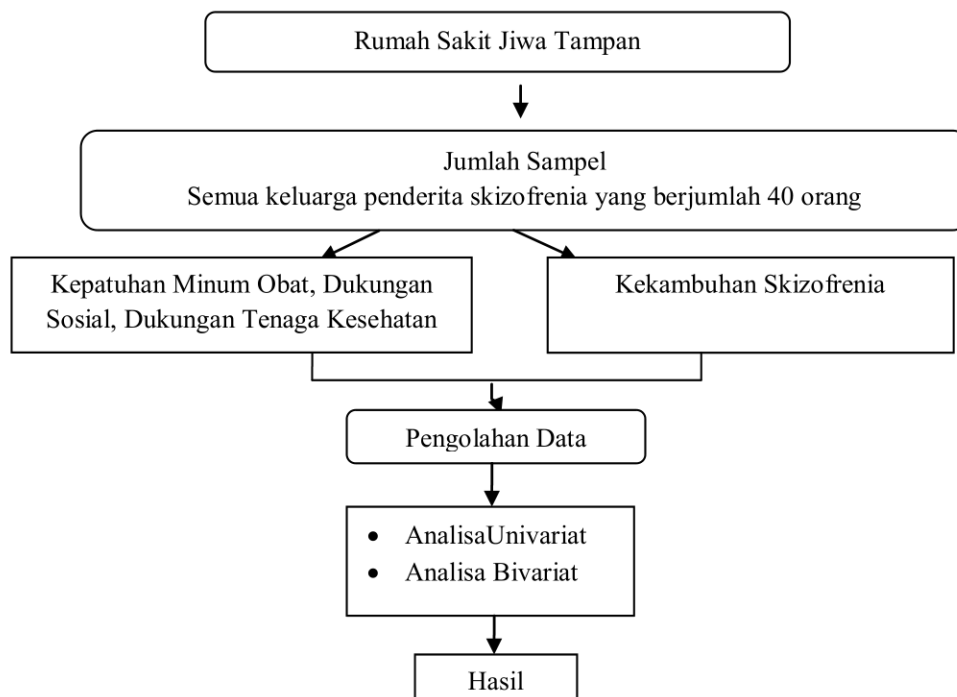
Rancangan Penelitian merupakan suatu kesatuan, rencana terinci dan spesifik mengenai cara memperoleh, menganalisis, dan menginterpretasi data serta berisi tentang hal-hal dan kondisi umum yang melatarbelakangi dilaksanakan kegiatan tersebut.

Setelah peneliti mengenali variabel–variabel dalam penelitian ini dan merumuskan masalah yang telah ditemukan maka rancangan penelitian yang digunakan adalah sebagai berikut :



Skema 3.1 Rancangan Penelitian

C. Alur Penelitian



Skema 3.1 Alur Penelitian

D. Lokasi dan Waktu penelitian

1. Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru

2. Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 17 juni s/d 24 Juni tahun 2020.

E. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita skizofrenia yang ada di Rumah Sakit Jiwa Tampan tahun 2020 yang berjumlah 40 orang.

2. Sampel

1) Sampel

Merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2012).

2) Teknik Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *Purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan data dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2012:).

3) Kriteria sampel

Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

a) Kriteria Inklusi

Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita skizofrenia yang ada di Rumah Sakit Jiwa Tampan dan bersedia menjadi responden.

b) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian. Adapun kriteria eksklusi penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 1) Keluarga penderita skizofrenia yang pada saat penelitian tidak berada ditempat.

F. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut :

1. Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar persetujuan diberikan kepada subjek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset yang akan dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika responden bersedia diteliti, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, jika responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembaran pengumpulan data, cukup dengan memberikan kode pada masing-masing lembar riset.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subjek dijamin oleh peneliti.

G. Alat pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian yaitu berupa kuesioner dengan menggunakan *Skala Guttman* terlebih dahulu diberi penjelasan singkat kepada responden tentang kuesioner dan hal-hal yang tidak dimengerti responden yang berisikan jumlah pertanyaan yang dibuat berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat, Dukungan Sosial, Dukungan Petugas Kesehatan dan Kekambuhan Skizofrenia (Hidayat. A.A, 2012)

H. Prosedur Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian ini peneliti mengumpulkan data dengan melalui prosedur sebagai berikut :

1. Mengajukan surat permohonan izin kepada Institusi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau untuk mengadakan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Tampan
2. Meminta izin kepada kepala Rumah Sakit Jiwa Tampan untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Tampan

3. Menentukan responden sesuai dengan jumlah sampel yang telah direncanakan.
4. Mendatangi responden sesuai kriteria penelitian untuk pengisian kuesioner.
5. Melakukan sesuai permohonan dijamin kerahasiaannya.
6. Meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.
7. Membagi lembaran kuesioner sambil menjelaskan cara pengisian.
8. Setelah kuesioner diisi, peneliti langsung mengumpulkan untuk memeriksa kelengkapannya.
9. Apabila belum lengkap responden diminta untuk melengkapinya saat itu juga.

I. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat A.A,2012).

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

NO	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Variabel independen				
	Kepatuhan Minum Obat	Patuhnya responden dalam minum obat sesuai dengan dosis yang telah ditetapkan oleh dokter	Kuesioner	Ordinal	0. Tidak Patuh Jika nilai < 16 1. Patuh Jika nilai \geq 16
	Dukungan Sosial	Derajat dukungan yang diterima oleh penderita skizofrenia yang didapatkan dari lingkungan sekitar	Kuesioner	Ordinal	0. Negatif, jika nilai < 12 1. Positif, jika nilai \geq 12
	Dukungan Petugas Kesehatan	Perilaku kesehatan yang diterima oleh penderita skizofrenia yang diberikan oleh petugas kesehatan seperti dokter dan perawat	Kuesioner	Ordinal	0. Negatif, jika nilai < 13 1. Positif, jika nilai \geq 13
2	Variabel dependen.				
	Tingkat Kekambuhan Skizofrenia	Waktu antara lepas rawat dari perawatan terakhir sampai dengan perawatan berikutnya dan jumlah rawat inap pada periode tertentu	Kuesioner	Ordinal	0. Tidak Kambuh jika tidak pernah dirawat minimal dalam 1 tahun terakhir 1. Kambuh Jika \geq 2 kali dalam 1 tahun (Schennach, dkk 2012)

H. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan cara *statistic* menggunakan komputersasi melalui langkah-langkah berikut:

1. *Editing* (Mengedit Data)

Setelah instrumen penelitian (kuesioner) dikembalikan responden, maka setiap instrumen akan diperiksa apakah sudah diisi dengan benar dan semua item sudah dijawab oleh responden.

2. *Coding* (Pengkodean)

Data yang sudah terkumpul diklarifikasikan dan diberi kode untuk masing-masing kelas dalam kategori yang sama.

3. *Entry* (Memasukkan Data)

Memasukkan data yang telah terkumpul kedalam komputer untuk dianalisa dengan menggunakan komputer.

4. *Cleaning*

Memeriksa kembali data yang telah dimasukkan ke dalam komputer untuk memastikan bahwa data tersebut telah bersih dari kesalahan.

5. *Tabulating*

Memasukan data kedalam tabel berdasarkan variabel dan kategori penelitian agar mudah dibaca

I. Analisa Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan komputerisasi berupa Analisis Univariat dan Analisis Bivariat serta interpretasi data dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

1. Analisis Univariat

Analisis univariat untuk menjelaskan variabel independen dan variabel dependen. Analisis ini digunakan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dari variabel independen dan variabel dependen. Analisis dilakukan secara deskriptif terhadap variabel dan sub variabel, dengan menghitung distribusi frekuensi dan persentasikan dari tiap-tiap variabel. Yang dilakukan dengan sistem komputerisasi.

Dengan Rumus:

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase

f = Frekuensi.

N = Jumlah seluruh observasi.

(Budiarto, E. 2012).

Hasil pengukuran Dukungan Petugas Kesehatan dan Dukungan Sosial diinterpretasikan dengan menggunakan kriteria sebagai berikut :

Mencari nilai mean

$$X = \frac{\sum x}{n}$$

Keterangan :

X : Nilai Rata-rata

$\sum x$: Jumlah total nilai sampel

N : Banyak Sampel

Hasil pengukuran dukungan sosial dan dukungan petugas kesehatan diinterpretasikan sebagai berikut :

1. Jika $X \geq \text{Mean} / \text{Median}$: Dukungan Positif
2. Jika $X < \text{Mean} / \text{Median}$: Dukungan Negatif

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat untuk melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen, untuk melihat hubungan itu digunakan uji kemaknaan *chi square* (X^2), dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$ Untuk menyatakan berhubungan atau tidak berhubungan secara statistik dilihat dari nilai *p-value* yaitu bila $p \leq 0,05$, H_0 ditolak, artinya ada hubungan yang signifikan secara statistik, dan bila nilai $p > 0,05$, H_0 gagal ditolak, artinya tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik dan dilakukan dengan menggunakan sistem komputerisasi.

Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square* dengan batas derajat kepercayaan $p < 0,05$. Data diolah dengan sistem komputerisasi dengan kriteria :

- a. Jika hasil yang didapat $p < 0,05$ berarti hipotesa alternatif diterima.
- b. Jika hasil yang didapat $p \geq 0,05$ berarti hipotesa alternatif ditolak.