

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
MINUM OBAT PASIEN SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RUANG
POLIKLINIK PSIKIATRI RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana (S.Kep) Pada Program
Studi S1 Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada

Samarinda



PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2018

HALAMAN PENGESAHAN

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT
PASIEN SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RUANG POLIKLINIK PSIKIATRI RSJD
ATMA HUSADA MAHAKAM PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

SKRIPSI

Disusun Oleh:

ZAINAL MUTTAQIN

14.1214.446.01

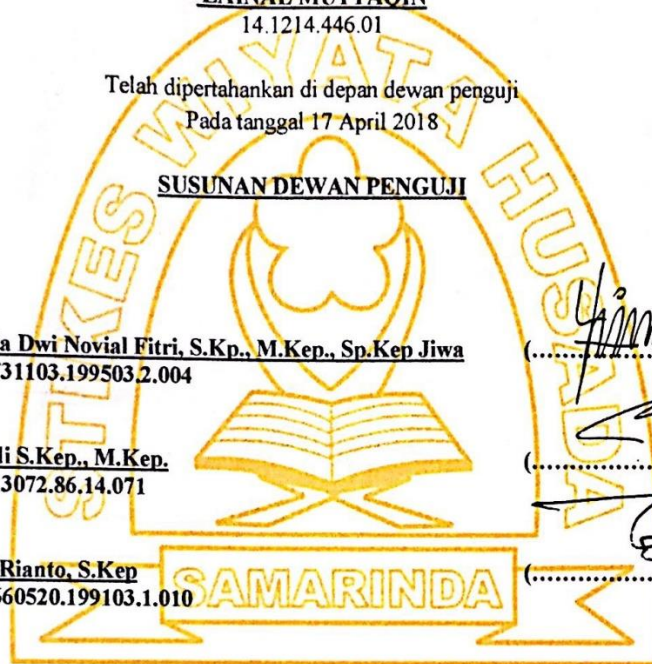
Telah dipertahankan di depan dewan penguji
Pada tanggal 17 April 2018

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns. Linda Dwi Novial Fitri, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep Jiwa
NIP. 19731103.199503.2.004

2. Ns. Rusdi S.Kep., M.Kep.
NIK : 113072.86.14.071

3. Ns. Eko Rianto, S.Kep
NIP. 19660520.199103.1.010



[Handwritten signature]
.....
[Handwritten signature]
.....
[Handwritten signature]
.....

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

[Handwritten signature]
Ns. Edy Muliono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

[Handwritten signature]
Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.86.14.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Zainal Muttaqin

NIM : 14.1214.446.01

Program Studi : S.1 Keperawatan

Judul Skripsi : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan
Minum Obat Pasien Skizofrenia Tak Terinci Di
Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada
Mahakam Provinsi Kalimantan Timur

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 30 April 2018

Yang membuat pernyataan,

Zainal Muttaqin

NIM. 14.1214.446.01

KATA PENGANTAR

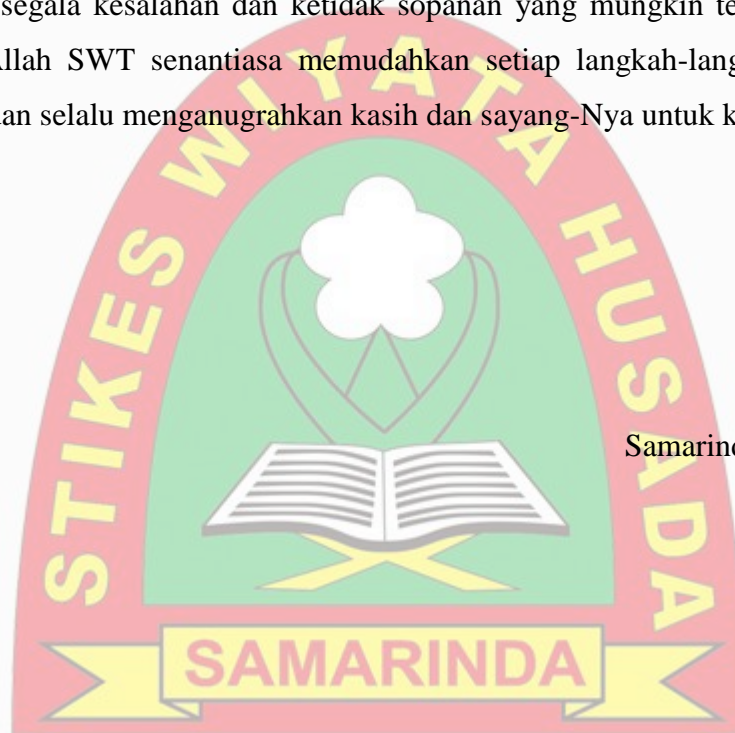
Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul "**Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur**". Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S.1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Ibu dr. Hj. Padilah Mante Runa, M.Si. MARS selaku Direktur RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
3. Bapak Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Bapak Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Ners dan Pembimbing 1 STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas pembelajaran dan bimbingan serta semua ilmu yang telah diberikan sebagai dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
5. Bapak Ns. Eko Rianto, S.Kep., selaku Pembimbing 2 STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas pembelajaran dan bimbingan serta ilmu yang telah diberikan selama masa bimbingan sebagai bentuk dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
6. Ibu Ns. Linda Dwi Novial Fitri, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep Jiwa selaku penguji utama STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas pembelajaran dan bimbingan serta ilmu yang telah diberikan selama masa bimbingan sebagai bentuk dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
7. Bapak, Ibu staf kantor beserta staf perawat yang ada di ruang poliklinik psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

8. Terima kasih kepada Ayahanda H. Murdjani dan Ibunda HJ. Rusdiana yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta doa untuk keberhasilan anak tercintanya.
9. Terima kasih kepada teman-teman bimbingan seperjuangan Program Studi S.1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
10. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan Program Studi S.1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Dan semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Skripsi ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidak sopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugrahkan kasih dan sayang-Nya untuk kita semua. Amin.



Samarinda, 30 April 2018

Peneliti

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Zainal Muttaqin

NIM : 14.1214.446.01

Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda,2018

Yang menyatakan

(.....)

ABSTRAK

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur

Zainal Muttaqin¹, Rusdi², Eko Rianto³

Latar Belakang : skizofrenia merupakan penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh, Skizofrenia tidak dapat didefinisikan sebagai penyakit tersendiri, melainkan diduga sebagai suatu sindrom atau proses penyakit yang mencakup banyak jenis dengan berbagai macam gejala. **Tujuan :** untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci di RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur. **Metode :** penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*, yang dilakukan pada bulan maret 2018 dengan jumlah sampel sebanyak 93 orang yang dipilih menggunakan tehnik *accidental sampling*. Pengukuran variabel dilakukan dengan menggunakan kuisisioner. **Hasil :** analisis data ini menggunakan uji *chi square*, lama menderita penyakit dengan nilai *p value* 0,031 yang berarti $p < 0,05$, dukungan keluarga dengan nilai *p value* = 0,004 yang berarti $p < 0,05$, dan peran perawat dengan nilai *p value* = 0,128 yang berarti $p > 0,05$. **Kesimpulan :** ada hubungan antara lama menderita penyakit dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat dan tidak ada hubungan antara peran perawat dengan kepatuhan minum obat. **Saran :** untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pasien harus ada dukungan keluarga yang penuh dan peran perawat yang baik agar pasien patuh dalam meminum obatnya.

Kata Kunci : Skizofrenia Tak Terinci, Kepatuhan Minum Obat

¹Mahasiswa program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

²Dosen program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³Praktisi RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur

ABSTRACT

The Factors Correlating with Medication Adherence of Undifferentiated Schizophrenia Patients in Psychiatric Polyclinic Room of Atma Husada Mahakam Mental Hospital, East Kalimantan Province

Zainal Muttaqin¹, Rusdi², Eko Rianto³

Background: Schizophrenia is an illness which affects brain and causes a weird thinking, perception, emotion, movement and behavior. Schizophrenia cannot be defined as an isolated disease, but it is a syndrome or a process of disease which involves a lot of types of symptoms. **Objective:** to find out the factors correlating with medication adherence of undifferentiated schizophrenia patients at Atma Husada Mahakam Mental Hospital, East Kalimantan Province. **Method:** this research used cross sectional design and it was conducted in March 2018 with the total respondents of 93 people which were selected using accidental sampling technique. The variables were measured by using questionnaire. **Findings:** The data were analyzed by using chi square and it was found that the duration of the illness had a p value of 0.031, meaning that $p < 0.05$; family support had a p value of 0,004, meaning that $p < 0.05$, and the role of the nurses had a p value of 0.128, meaning that $p > 0.05$. **Conclusion:** there was a correlation between the duration of illness and family support with medication adherence and there was no any correlation between the role of nurses and medication adherence. **Suggestion:** to increase medication adherence of the patients, there should be full support from the family and nurses should play important roles to make the patients adhere in medication.

Keywords: Undifferentiated Schizophrenia, Medication Adherence

¹ Students of Nursing Science Study program of STIKES Wiyata Husada, Samarinda

² Lecturer of Nursing Science Study Program of STIKES Wiyata Husada, Samarinda

³ Practitioner of Atma Husada Mahakam Mental Hospital, East Kalimantan Province

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pengesahan	ii
Lembar Pernyataan Keaslian	iii
Kata Pengantar	iv
Lembar Pernyataan Persetujuan Publikasi	vi
Abstrak	vii
Abstract	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Skema	xii
Daftar Lampiran	xiii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Penelitian	4
E. Penelitian Terkait	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia	8
1. Pengertian Skizofrenia	8
2. Etiologi	8
3. Patofisiologi	9
a. Fase Prodromal	9
b. Fase Aktif Gejala	10
c. Fase Residual	10
4. Manifestasi Klinis	10
a. Gejala Positif	10
b. Gejala Negatif	11
5. Klasifikasi Skizofrenia	12
a. Skizofrenia Paranoid	12
b. Skizofrenia Hebefrenik	12
c. Skizofrenia Katatonik	12
d. Skizofrenia Tak Terinci	13
e. Skizofrenia Residual	13
6. Penatalaksanaan Skizofrenia	14
a. Terapi Farmakologi	14
b. Terapi Non Farmakologi	15
7. Prognosis	17
8. Lama Menderita Penyakit	17
9. Dukungan Keluarga	17
10. Peran Perawat	19
11. Kepatuhan Minum Obat	21
a. Pengertian Kepatuhan	21

12. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan	21
a. Faktor Individu	22
b. Faktor Lingkungan.....	22
c. Faktor Tenaga Kesehatan	22
d. Faktor Pengobatan	23
13. Faktor-Faktor Yang Meningkatkan Kepatuhan	23
14. Upaya-Upaya Meningkatkan Kepatuhan	24
15. Pengukuran Tingkat Kepatuhan Minum Obat	24
B. Kerangka Teori Penelitian	26
C. Kerangka Konsep Penelitian.....	27
D. Hipotesis Penelitian	27

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian	29
B. Populasi dan Sampel Penelitian	29
1. Populasi.....	29
2. Sampel Penelitian	29
3. Teknik Sampling.....	30
C. Variabel Penelitian.....	31
D. Definisi Operasional	31
E. Tempat dan Waktu Penelitian	33
1. Tempat Penelitian	33
2. Waktu Penelitian.....	33
F. Instrumen Penelitian	33
G. Prosedur Pengumpulan Data Dan Sumber Data	36
H. Validitas Dan Reliabilitas	36
I. Pengolahan Data Dan Analisa Data	38
J. Etika Penelitian	41
K. Alur Penelitian	43

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	44
1. Gambaran Tempat Penelitian.....	44
2. Uji Normalitas Data	45
3. Hasil Analisis Univariat.....	46
4. Hasil Analisis Bivariat	49
B. Pembahasan.....	52
C. Kelemahan Penelitian	61

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	62
B. Saran	62

DAFTAR PUSTAKA
DAFTAR RIWAYAT HIDUP
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional	32
Tabel 3.2	Kisi-Kisi Kuesioner Dukungan Keluarga	34
Tabel 3.3	Kisi-Kisi Kuesioner Peran Perawat	34
Tabel 3.4	Uji Validitas Dukungan Keluarga Dan Peran Perawat	37
Tabel 3.5	Uji Reliabilitas Dukungan Keluarga Dan Peran Perawat	38
Tabel 4.1	Uji Normalitas Data	45
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden	46
Tabel 4.3	Distribusi Lama Menderita	47
Tabel 4.4	Distribusi Dukungan Keluarga.....	48
Tabel 4.5	Distribusi Peran Perawat.....	48
Tabel 4.6	Distribusi Kepatuhan Minum Obat	49
Tabel 4.7	Analisis Hubungan Lama Menderita Dengan Kepatuhan.....	49
Tabel 4.8	Analisis Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan.....	50
Tabel 4.9	Analisis Hubungan Peran Perawat Dengan Kepatuhan	51



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori Penelitian.....	26
Skema 2.2	Kerangka Konsep Penelitian.....	27
Skema 3.1	Alur Penelitian.....	43



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Ijin Penelitian
Lampiran 2	Lembar Permohonan <i>Inform Consent</i>
Lampiran 3	Lembar Kuesioner Karakteristik Responden
Lampiran 4	Lembar Instrumen Penelitian
Lampiran 5	Timeline Ujian Proposal



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (2013) masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius, paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang didunia mengalami gangguan kesehatan jiwa. Dalam hal ini, Dirjen bina kesehatan masyarakat (Depkes) mengatakan jumlah penderita gangguan jiwa di masyarakat sangat tinggi, yakni satu dari empat penduduk indonesia menderita kelainan jiwa dari rasa cemas, depresi, stress, penyalahgunaan obat, kenakalan remaja sampai skizofrenia.

National institute Of Mental Health menunjukkan prevalensi skizofrenia di seluruh dunia sekitar 1,1% dari populasi di atas usia 8 tahun atau sekitar 51 juta orang diseluruh dunia menderita skizofrenia. Prevalensi skizofrenia di negara sedang berkembang dan maju relatif sama yakni sekitar 20% dari jumlah penduduk dewasa. Banyak yang bisa beresiko terkena skizofrenia, tanpa melihat jenis kelamin, status sosial maupun tingkat pendidikan (NIMH, 2012).

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk indonesia 1,7 per 1000 penduduk atau sebanyak 400.000 orang, sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat terbanyak di provinsi DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Sementara di provinsi Kalimantan timur prevalensi gangguan jiwa berat yaitu 1,3 per 1000 penduduk (Risikesdas, 2013).

Jumlah penderita skizofrenia yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur, Tahun 2017 pasien skizofrenia rawat jalan berjumlah 7367, pasien skizofrenia rawat inap berjumlah 1082, sedangkan pasien skizofrenia tak terinci rawat jalan berjumlah 2434 dan skizofrenia tak terinci rawat inap berjumlah 585 pasien (Rekam Medik RSJD Atma Husada Mahakam, 2017).

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang menyebabkan seseorang mengalami disfungsi fisiologis terhadap diri mereka sendiri atau interaksi sosial. Sekitar 15% populasi dunia menderita penyakit ini. Orang dengan skizofrenia tidak dapat berkomunikasi secara normal dengan orang lain, salah satunya adalah menganggap orang lain ingin menyakitinya (Sadock & Sadock, 2010).

Skizofrenia adalah penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh, Skizofrenia tidak dapat didefinisikan sebagai penyakit tersendiri, melainkan diduga sebagai suatu sindrom atau proses penyakit yang mencakup banyak jenis dengan berbagai macam gejala (Videbeck, 2008:348).

Hasil penelitian dari Pratiwi (2011:06) bahwa RSJ Prof. Dr. HB Saanin Padang menerima jumlah klien skizofrenia yang berobat setiap bulan januari- juni tahun 2010 mencapai 300 klien. Kemudian 70% klien mengetahui tentang penyakitnya dan percaya akan pengobatan medis, sedangkan 30% tidak begitu percaya akan pengobatan medis karena alasan bosan minum obat terus-menerus, banyaknya obat yang harus diminum, dan tidak suka efek samping yang ditimbulkan oleh obat.

Hasil penelitian dari Kaunang *et al* (2015) meneliti hubungan kepatuhan minum obat dengan prevalensi kekambuhan pada pasien skizofrenia yang berobat jalan di ruang Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Prof Dr. V. L. Ratumbusang manado. Populasi dalam penelitian ini keluarga dari pasien skizofrenia dan sampel yang di dapatkan sebanyak 88 responden, Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara kepatuhan minum obat dengan prevalensi kekambuhan pasien skizofrenia. Kepatuhan minum obat pasien skizofrenia yang berobat jalan di poliklinik jiwa, membawa dampak yang baik bagi pasien skizofrenia sehingga prevalensi kekambuhan pasien skizofrenia selama 1 tahun tidak pernah, hal ini di karenakan rutusnya pasien melakukan pengobatan. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pasien skizofrenia.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan menurut Skinner (dalam Raras, 2016:30) dipengaruhi oleh faktor-faktor dalam diri klien (faktor internal), yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, pengetahuan, sikap, dan kepercayaan, sementara faktor-faktor dari luar klien (faktor eksternal) yaitu, dukungan keluarga, peran petugas, lama minum obat, efek samping obat, ketersediaan obat-obatan dan jarak tempat tinggal yang jauh. Oleh karena itu, berbagai faktor yang mempengaruhi kepatuhan dapat dirumuskan, seperti usia, jenis kelamin, kelas ekonomi, pendidikan, tingkat keparahan penyakit, lama menderita penyakit dan minum obat, serta jumlah obat atau dosis.

Keluarga sebagai orang yang terdekat dengan klien, wajib mengetahui prinsip lima benar dalam mengkonsumsi obat yaitu benar pasiennya, benar obatnya, benar dosisnya, benar cara pemberiannya, dan waktu pemberian obatnya. Kepatuhan dapat terjadi bila aturan pakai dalam obat yang diresepkan serta pemberiannya di rumah sakit di ikuti dengan tepat. Hal ini sangat penting terutama pada penyakit kronis termasuk salah satunya adalah penyakit gangguan jiwa. Faktor pendukung untuk klien adanya keterlibatan keluarga sebagai pengawas minum obat pada keluarga dengan klien dalam kepatuhan pengobatan (Butar Butar, 2012).

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah di lakukan diruang Poliklinik Psikiatri pada 5 keluarga pasien skizofrenia tak terinci. Dari 5 keluarga pasien tersebut 3 keluarga pasien mengatakan pasien tidak patuh minum obat karena alasan bosan minum obat terus menerus, merasa sudah sembuh, dan tidak ada biaya untuk membeli obat dan pergi kontrol sedangkan 2 keluarga pasien mengatakan pasien tidak menyukai efek samping yang di timbulkan oleh obat tersebut. Berdasarkan fenomena yang telah ditemukan maka peneliti ingin mengetahui tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci di RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dapat dirumuskan sebagai pertanyaan dalam penelitian sebagai berikut. Apa saja faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci di RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Peneliti ingin menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci di RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi Karakteristik Responden (usia, jenis kelamin, pendidikan).
- b. Mengidentifikasi lama menderita pada pasien skizofrenia tak terinci.
- c. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada pasien skizofrenia tak terinci.
- d. Mengidentifikasi peran perawat pada pasien skizofrenia tak terinci.
- e. Mengidentifikasi kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia tak terinci.
- f. Menganalisis hubungan lama menderita dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci.
- g. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci.
- h. Menganalisis hubungan peran perawat dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan tentang kesehatan jiwa.

2. Manfaat Praktis

a. Untuk Peneliti

Menambah wawasan peneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci.

b. Untuk Pasien dan Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan informasi untuk pasien maupun anggota keluarga yang lain, dalam rangka untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci.

c. Untuk RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai informasi bagi rumah sakit, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan profesional.

d. Untuk Perawat

Diharapkan adanya penelitian ini dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dan kemampuan perawat dalam penerapan asuhan keperawatan jiwa untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci.

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang berkenaan dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci antara lain:

1. Adianta (2015) meneliti tentang “*Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia*” Tujuan penelitian ini adalah apakah ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *descriptif correlation* dengan metode pendekatan *cross sectional*. penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali pada bulan Maret 2015. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar dukungan keluarganya tinggi yaitu sebanyak (244/286, 85,3%). Klien skizofrenia sangat memerlukan dukungan dari keluarga dalam proses penyembuhan klien karena mempunyai peranan yang besar bagi klien skizofrenia.

2. Yuliantika (2012) penelitiannya berjudul “*Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia*” Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor pengetahuan pasien skizofrenia tentang terapi pengobatan, dukungan keluarga dan faktor ekonomi terhadap kepatuhan minum obat. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelatif, sampel penelitian berjumlah 30 pasien yang rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau dengan teknik *purposive sampling*. Alat pengumpul data berupa kuesioner yang terdiri dari 46 pertanyaan. Hasil penelitian ini sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (90%) dengan mayoritas responden berada pada usia 26-60 tahun (86,7%). Responden sebagian besar memiliki tingkat pendidikan SMA (50%) dan frekuensi rawat inap pasien mayoritas yang ke 3 (33,3%). Berdasarkan uji statistik chi – square, faktor – faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat yang meliputi pengetahuan responden, dukungan keluarga, dan faktor ekonomi menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan dengan kepatuhan minum obat.
3. Kaunang *et al.* (2014) meneliti tentang “*Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Prevalensi Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Yang Berobat Jalan Di Ruang Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Prof Dr. V.L. Ratumbuang Manado*” Rancangan penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross-sectional*. Sampel penelitian berjumlah 88 responden pada penelitian ini untuk pengumpulan data peneliti menggunakan instrument sebagai pedoman pengumpulan data berupa kuesioner. Hasil dari penelitian ini prevalensi kekambuhan didapatkan bahwa pasien yang berkunjung ke poliklinik jiwa sebagian besar tidak pernah mengalami kekambuhan, pasien dan keluarga yang berkunjung ke poliklinik antara lain yakni hanya untuk menambah resep dokter, serta melakukan konsultasi dengan dokter. Dari hasil penelitian ini bahwa kepatuhan minum obat pasien skizofrenia perlu mendapatkan dukungan penuh dari keluarga, karena keluarga merupakan orang terdekat dengan pasien. Keluarga yang mendorong pasien untuk patuh

pada pengobatan, sehingga prevalensi kekambuhan pada pasien skizofrenia akan berkurang.

4. Erwina *et al.* (2014) penelitian yang berjudul “*Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Di Rsj. Prof. Dr. Hb. Saanin. Padang*” desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* untuk jumlah sampel berjumlah 75 orang. Hasil dari penelitian ini menunjukkan lebih dari separuh (54,7%) responden dengan efek obat yang tidak mengganggu, sebagian besar (82,7%) dosis obat yang diterima responden tepat, lebih dari separuh (72%) responden dengan lama pengobatan lebih dari 1 tahun, sebagian besar responden (96%) menggunakan biaya pengobatan asuransi kesehatan dan lebih dari separuh (57,3%) responden tidak patuh pada pengobatan. Faktor yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan berobat pasien skizofrenia adalah dosis obat yang di konsumsi pasien.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas adalah penggunaan variabel, metode penelitian, serta lokasi penelitiannya. Penelitian diatas membahas tentang skizofrenia secara umum. Sedangkan penelitian ini membahas lebih detail tentang jenis skizofrenia yaitu skizofrenia tak terinci.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan psikis yang berat sehingga tidak terbentuk sinkronisasi antara proses berpikir, afek, atau emosi, keinginan dan psikomotor disertai penyimpangan kenyataan yang disebabkan waham dan halusinasi, banyaknya gejala-gejala yang muncul seperti gangguan berfikir, afek dan emosi yang berlebihan, psikomotor cenderung menarik diri, dan perilaku tidak wajar atau aneh (Maramis, 2009).

Kartono (2009: 167) mengatakan klien skizofrenia mengalami kekacauan terhadap dirinya sendiri dan mengalami perpecahan kepribadian yakni tidak menerima kenyataan hidupnya dan cenderung terjebak dalam dunia khayalannya yang menyebabkan pola berpikir klien tidak jelas atau tidak terarah yang mengarah ke waham dan halusinasi.

2. Etiologi

Menurut Maramis (2009), faktor-faktor yang berisiko untuk terjadinya skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Keturunan

Faktor keturunan menentukan timbulnya skizofrenia, dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7- 15%, bagi anak dengan salah satu anggota keluarga yang menderita Skizofrenia 7-16%, bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40-68%, bagi kembar dua telur (*heterozigot*) 2-15%, bagi kembar satu telur (*monozigot*) 61-86%.

b. Endokrin

Skizofrenia mungkin disebabkan oleh suatu gangguan endokrin. Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, kehamilan atau puerperium dan klimakterium.

c. Metabolisme

Ada yang menyangka bahwa skizofrenia disebabkan oleh suatu gangguan metabolisme, karena penderita dengan skizofrenia tampak pucat dan tidak sehat.

d. Susunan saraf pusat

Ada yang berpendapat bahwa penyebab skizofrenia ke arah kelainan susunan saraf pusat, yaitu pada diensefalon atau korteks otak.

e. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh suatu penyakit badaniah tetapi merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi. Oleh karena itu timbul suatu disorganisasi kepribadian dan lama-kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan (*otisme*).

f. Teori Sigmund Freud

Terjadi kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik.

g. Eugen Bleuler

Skizofrenia, yaitu jiwa yang terpecah-belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan, dan perbuatan.

3. Patofisiologi

Menurut Kaplan dan Sadock (2010: 736) terdapat 3 fase perjalanan penyakit skizofrenia yaitu:

a. Fase prodromal

Gejala awal pada fase ini adalah menarik diri secara sosial dari lingkungannya, gangguan tidur, ansietas, mudah curiga. Gejala positif

seperti curiga mulai berkembang di akhir fase prodromal dan berarti sudah mendekati fase aktif.

b. Fase aktif gejala

Pada fase ini terdapat manifestasi yang jelas yakni ditandai dengan kesenjangan yang sangat besar di lingkungannya dan yang muncul di fase ini disertai waham, halusinasi, berbicara tidak jelas, pikiran kacau, perilaku tidak wajar atau aneh.

c. Fase residual

Gejala pada fase ini sama dengan gejala pada fase prodromal dengan gejala psikotik yang sudah mulai berkurang atau hilang (Nantingkaseh, 2007).

4. Manifestasi Klinis Skizofrenia

Davidson dan Neale (dalam Prabowo, 2007: 19) menyatakan bahwa secara umum karakteristik gejala skizofrenia (kriteria A) dapat digolongkan dalam tiga kelompok: gejala positif, gejala negatif, dan gejala lainnya.

a. Gejala positif adalah gejala nyata yang bersifat bizzare atau aneh (Davidson dan Neale, dalam Prabowo, 2007: 19). Gejala positif skizofrenia antara lain:

- 1) Delusi atau waham merupakan gangguan pada isi pikiran berupa keyakinan yang salah dan dipertahankan tanpa adanya dasar dalam realitas (Videbeck, 2008: 349). Jenis delusi adalah:
 - a) Delusion of control atau kontrol adalah waham tentang individu yang percaya perilakunya dikendalikan oleh objek atau orang tertentu (Maslim, 2013 :46);
 - b) Delusion of influence atau curiga adalah waham tentang individu merasa terancam dan percaya seseorang akan membahayakan dirinya (Townsend, 2010: 163);
 - c) Delusion of passivity atau rujukan adalah waham tentang individu yang mengarahkan peristiwa di lingkungan sekitar ke diri sendiri (Townsend, 2010: 163);

- d) Delusion of perception atau kebesaran adalah waham tentang individu merasa lebih sangat penting atau berkuasa (Maslim, 2013: 46).
- 2) Halusinasi merupakan gangguan pada persepsi yang tidak terjadi dalam realitas (Videbeck, 2008: 349). Halusinasi menyerang pada pancaindera pendengar dan penglihatan, walaupun halusinasi pengecap, pencium dan peraba dapat terjadi (Townsend, 2010: 163);
 - 3) Ketidakteraturan pembicaraan yang melompat-lompat dari satu topik ke topik lain (flight ideas) disertai gagasan yang terpecah-pecah, perubahan perilaku meniru orang lain (ekopraksia), dan melakukan pengulangan topik yang sama (perseverasi).
- b. Gejala negatif adalah menurunnya atau tidak adanya perilaku tertentu, seperti perasaan yang datar, tidak adanya perasaan yang bahagia dan gembira, menarik diri, ketiadaan pembicaraan yang berisi, mengalami gangguan sosial, serta kurangnya motivasi untuk beraktivitas (Prabowo, 2007: 20). Beberapa gejala negatif antara lain:
- 1) avolition atau apathy, hilangnya energi dan minat atau ketidakmampuan untuk mempertahankan hal-hal yang awalnya merupakan aktivitas rutin (Halgin & Whitbourne, 2010: 49);
 - 2) alogia, kemiskinan kuantitas dan atau isi pembicaraan (Halgin & Whitbourne, 2010: 49);
 - 3) anhedonia, ketidakmampuan untuk memperoleh kesenangan menjalani hidup, aktivitas, atau hubungan (Videbeck, 2008: 349);
 - 4) abulia, berkurangnya impuls untuk bertindak atau berpikir dalam bersosialita (Wiramihardja, 2005 dalam Prabowo, 2007: 20);
 - 5) affective flattening, afek yang datar dan ketidakmampuan menampilkan ekspresi emosi (Halgin & Whitbourne, 2010: 49).

5. Klasifikasi Skizofrenia

Sadock (2010: 156) dalam bukunya yang berjudul *Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry- 2th Ed* klasifikasi skizofrenia digolongkan menjadi beberapa tipe berdasarkan definisi dan gejala didalam DSM IV TR, antara lain:

a. Skizofrenia Paranoid

Tipe skizofrenia ini yang memenuhi beberapa kriteria sebagai berikut: Klien biasanya merasakan tegang, mudah curiga, dan agresif (Kartono, 2002: 170). Preokupasi dengan kehadiran satu atau lebih delusi atau halusinasi dengar yang menonjol secara berulang-ulang (Halgin & Whitbourne, 2010: 50), seperti: pembicaraan yang tidak terorganisir, perilaku yang tidak terorganisir, atau katatonik, atau afek yang datar atau tidak sesuai (Sadock, 2010: 156).

b. Skizofrenia Hebefrenik

Tipe hebefrenik memiliki beberapa kriteria yang menonjol pada klien adalah sebagai berikut: komunikasi yang inkoheren (Townsend, 2010: 157), perilaku yang tidak terorganisir, dan afek yang datar atau tidak sesuai realitas (Videbeck, 2008: 349), perilaku regresi atau primitif seperti menyeringai aneh, meringis, cekikikan atau senyum sendiri (Maslim, 2013: 49).

c. Skizofrenia Katatonik

Tipe skizofrenia ini dengan gambaran klinis yang didominasi oleh sekurang-kurangnya dua hal berikut ini:

- 1) Imobilitas motorik, seperti ditunjukkan adanya *katalepsi* (termasuk fleksibilitas lilin) atau *stupor* (Kartono, 2002: 169);
- 2) Aktivitas motorik yang berlebihan (tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal), seperti kegembiraan tanpa tujuan dengan resiko menciderai diri sendiri atau orang lain mungkin terjadi (Sadock, 2010: 156);

- 3) *Negativisme* yang berlebihan (sebuah resistensi yang tampak tidak adanya motivasi terhadap semua bentuk perintah atau mempertahankan postur yang kaku dan menentang untuk menggerakkan atau berkomunikasi (*mutism*) (Videbeck, 2008: 349);
 - 4) Gerakan-gerakan sadar yang aneh dengan mengikuti tingkah laku orang lain (*echopraxia*), seperti ditunjukkan oleh tubuh (mengambil postur yang tidak lazim atau aneh secara disengaja), gerakan stereotipik yang berulang-ulang, *mannerism* yang menonjol, atau bermuka menyeringai secara menonjol (Kartono, 2002: 170; Sadock, 2010: 156);
 - 5) Ekolalia (pembicaraan yang tidak bermakna, mengulang ucapan orang lain, dan gerakan yang tidak terkendali) (Videbeck, 2008: 349).
- d. Skizofrenia Tak Terinci (*undifferentiated*)
Tipe skizofrenia ini memenuhi Kriteria A, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk tipe paranoid, terdisorganisasi, dan katatonik (Maslim, 2013: 50). Akan tetapi klien akan ditandai dengan delusi dan halusinasi yang menonjol, ketidaklogisan atau perilaku yang kacau (Sadock, 2010: 156).
- e. Skizofrenia Residual
Tipe skizofrenia yang memenuhi kriteria sebagai berikut: tidak adanya delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terorganisir, dan perilaku yang tidak terorganisasi atau katatonik yang menonjol (Halgin & Whitbourne, 2010: 51). Selain itu terdapat tanda-tanda gangguan, seperti adanya gejala negatif atau dua atau lebih gejala yang menonjol (Maslim, 2013: 49). Walaupun ditemukan dalam bentuk yang lemah (misalnya, keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim, emosional, dan isolasi sosial) (Sadock, 2010: 156).

6. Penatalaksanaan Skizofrenia

a. Terapi Farmakologi

Undang-Undang No 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa Pasal 61 menyatakan bahwa terapi farmakologi atau obat-obatan yang dipergunakan untuk pengobatan klien skizofrenia disebut obat antipsikotik. Obat antipsikotik bekerja untuk mengontrol gejala positif yang dialami klien skizofrenia seperti halusinasi, delusi, dan perubahan pola pikir (Videbeck, 2008:349). Serta gejala negatif antara lain tidak adanya motivasi, menarik diri, dan anhedonia (Videbeck, 2008: 354). Efek samping antipsikotik menimbulkan ketidaknyamanan ringan sampai gangguan gerakan yang permanen menjadi alasan utama klien skizofrenia menghentikan atau mengurangi dosis obat (Marder, 2000 dalam Videbeck, 2008: 355). Yusuf (2015: 281) mengemukakan bahwa efek utama obat antipsikotik adalah mensupresi gejala psikotik seperti gangguan proses pikir (waham), gangguan persepsi (halusinasi), aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresivitas), dan juga memiliki efek samping ekstrapiramidal. Efek samping yang dapat terjadi antara lain :

- 1) Gangguan neurologic (Gejala ekstrapiramidal)
 - a) Akatisia merupakan kegelisahan motorik sehingga klien tidak dapat merasa tenang (Videbeck,2008: 356);
 - b) Distonia akut merupakan kekakuan otot terutama otot lidah (prostusio lidah), tortikolis (otot leher tertarik kesatu sisi), opistotonus (otot punggung tertarik kebelakang), dan okulogirikrisis (mata seperti tertarik ke atas) (Yusuf, 2015: 281);
 - c) Diskinesia tardif ditandai dengan gerakan-gerakan involunter yang berulang dan terkontrol pada bagian tubuh atau kelompok otot tertentu, karena pemakaian antipsikotik jangka lama selama 1 tahun atau lebih (Halgin & Whitbourne, 2010: 68);
 - d) Sindroma Parkinson atau parkinsonism meliputi kekakuan otot, tremor kasar, muka topeng atau kaku, hipersalivasi (Videbeck,

2008: 356). Terapi parkinsonism (antikolinergik) merupakan suatu pereda gejala efek samping ekstrapiramidal (Townsend, 2010: 538).

2) Gangguan otonom

a) Hipotensi ortostatik atau postural ditandai dengan penurunan tekanan darah pada perubahan posisi, misalnya dari keadaan berbaring kemudian tiba-tiba berdiri, sehingga dapat terjatuh atau syok atau kesadaran menurun (Yusuf, 2015: 281);

b) Gangguan sistem gastrointestinal yang ditandai dengan mulut kering, obstipasi, hipersalivasi, dan diare (Townsend, 2010: 519);

c) Gangguan mata yaitu kesulitan akomodasi, penglihatan kabur, fotopobia karena terjadi mydriasis (Yusuf, 2015: 282);

d) Gangguan pada hidung yang ditandai dengan selaput lendir hidung edema sehingga klien merasa hidungnya mampet (Yusuf, 2015: 282)

e) Gangguan urogenital yaitu inkontinensia urine (Yusuf, 2015: 282).

3) Gangguan hematologi ditandai dengan agranulositosis, thrombosis, dan neutropenia (Yusuf, 2015: 281)

4) Gangguan hormonal ditandai dengan hiperprolaktinemia, galactorrhoea, amenorrhoea, gynecomastia pada laki- laki (Yusuf, 2015: 281).

b. Terapi Non-farmakologi

Sadock dan Sadock (2010: 154); Yusuf (2015: 280) mengatakan bahwa perawatan terpenting dalam menangani klien skizofrenia adalah perawatan obat-obatan antipsikotik (terapi farmakologi) yang dikombinasikan dengan perawatan terapi rehabilitasi (terapi nonfarmakologi) agar meningkatkan tingkat kesembuhan yang maksimal tanpa perlu mengubah regimen pengobatan yang kompleks, antara lain:

1) *Electroconvulsive therapy (ECT)*

Terapi yang dilakukan untuk klien psikosis akut dan tipe katatonik serta klien skizofrenia yang telah mengidap kurang dari satu tahun (Townsend, 2010: 619). Terapi ECT adalah pengobatan yang mengatasi gejala positif skizofrenia yang berkelanjutan dari pengobatan antipsikotik (Sadock & Sadock, 2010: 156). Adanya efek samping terapi ECT yang menyebabkan klien mengalami hilang ingatan sementara, sehingga penting adanya peran perawat dalam memberikan informasi *pre* dan *post* terapi ECT (Townsend, 2010: 620).

2) Psikoterapi

Sadock dan Sadock (2010: 156) mengatakan bahwa pengobatan antipsikotik saja tidak efektif dalam menangani klien skizofrenia sehingga disertai dengan terapi psikososial (terapi perilaku, terapi kelompok, terapi keluarga, dukungan psikoterapi, dan latihan keterampilan sosial serta manajemen kasus). Terapi perilaku tujuannya adalah untuk menggeneralisasi perilaku dalam komunitas (Stuart, 2006: 258). Terapi kelompok berfokus pada dukungan dan pengembangan aktivitas hidup sehari-hari dalam mengurangi isolasi sosial dan meningkatkan tes realitas di kelompok (Kaplan & Sadock, 2010: 742). Terapi keluarga merupakan teknik terapi dukungan suportif yang signifikan menurunkan tingkat kekambuhan untuk anggota keluarga klien skizofrenia (Videbeck, 2008: 359). Psikoterapi suportif atau terapi suportif merupakan terapi pribadi melibatkan ketergantungan pada hubungan terapeutik dengan menanamkan informasi (Kaplan & Sadock, 2010: 743). Sedangkan manajemen kasus berpartisipasi dalam mengkoordinasikan perencanaan pengobatan, menavigasi sistem perawatan kesehatan (advokasi), dan juga memajemen krisis untuk menjaga klien dalam pengobatan (Sadock & Sadock, 2010: 157).

7. Prognosis

Meskipun penderita skizofrenia dapat disembuhkan tetapi kebanyakan orang mempunyai gejala sisa dengan keparahan yang bervariasi. Secara umum 25% individu sembuh sempurna, 40% mengalami kekambuhan, dan 35% mengalami perburukan. Sampai saat ini belum ada metode yang dapat memprediksi siapa yang akan menjadi sembuh siapa yang tidak, tetapi ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya seperti, usia tua, faktor pencetus jelas, onset akut, riwayat sosial, gejala depresi, menikah, riwayat keluarga gangguan mood, sistem pendukung baik dan gejala positif ini akan memberikan prognosis yang baik sedangkan onset muda, tidak ada faktor pencetus, onset tidak jelas, riwayat sosial buruk, autistik, tidak menikah, riwayat keluarga skizofrenia, sistem pendukung buruk, gejala negatif, riwayat trauma prenatal, sering kambuh dan riwayat agresif akan memberikan prognosis yang buruk.

8. Lama Menderita Penyakit

Lamanya penyakit akan memberikan efek negatif terhadap kepatuhan minum obat pasien. Makin lama pasien mengidap penyakit, makin kecil pasien tersebut patuh pada pengobatannya. Seseorang yang mengalami sakit dalam kurun waktu yang lama akan berpengaruh terhadap perilaku kepatuhan dalam menjalankan program terapi. Faktor kebosanan, putus asa, terhadap manfaat terapi dan biaya yang harus dikeluarkan secara terus menerus untuk mendapatkan obat menurunkan motivasi untuk patuh terhadap program terapi.

9. Dukungan Keluarga

a. Pengertian Dukungan Keluarga

Kane dalam Friedman (2010) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan yang terjadi dalam semua tahap kehidupan. Dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi (Friedman, 2010). Pasien skizofrenia harus diterima dengan baik oleh pihak keluarga. Karena

pasien skizofrenia sebenarnya tidak dapat menerima emosi yang berlebihan dari orang lain (Durand, et al., 2007).

b. Komponen Dukungan Keluarga

Menurut Kaplan dalam Friedman (2010) dan House dalam Setiadi (2008), komponen-komponen dukungan keluarga terdiri dari:

1) Dukungan Informasi

Dukungan informasi meliputi pemberian pengetahuan penyakitnya, solusi masalah (bagaimana cara minum obat), saran terapi dan tindakan spesifik bagi pasien dalam melawan *stressor* (penyebab stress) atau meningkatkan strategi coping pasien (bagaimana cara mengurangi ketegangan dan cara komunikasi yang benar). Keluarga bertindak sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

2) Dukungan Emosional/Afeksional

Dukungan afeksional yang diberikan membuat pasien merasa tidak menanggung beban sendiri tetapi ada orang lain yang peduli, memperhatikan, mendengar keluhan-kesahnya, berempati, dan membantu memecahkan masalah. Keluarga memberikan peluang pasien untuk berinteraksi sosial antara pasien dengan keluarga, tetangga, dan teman sebaya serta memberikan kegiatan sesuai kemampuan.

3) Dukungan Fasilitas

Dukungan fasilitas meliputi waktu, tenaga, dan akomodasi. Keluarga meluangkan waktu untuk pasien dirumah, menyediakan waktu dan tenaga untuk mendampingi pasien kontrol ke fasilitas kesehatan serta menyediakan akomodasi bagi pasien berupa kendaraan untuk berobat.

4) Dukungan Finansial

Keluarga menyediakan dana untuk kesehatan jiwa dan raga bagi anggota keluarga, dana tersebut dapat dalam bentuk tabungan maupun simpanan dalam bentuk lain yang sewaktu-waktu dapat digunakan.

10. Peran Perawat

Sebagai tenaga kesehatan, perawat memiliki beberapa peran dalam menjalankan tugas sesuai hak dan kewenangan perawat (Asmadi, 2008: 76).

Mengidentifikasi bahwa peran professional perawat meliputi:

a. Pemberi asuhan keperawatan

Menurut Asmadi (2008: 76) menjelaskan bahwa perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care giver*) memberikan pelayanan secara langsung dan tidak langsung kepada klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yakni: pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil analisis data, merencanakan intervensi keperawatan. Hal tersebut merupakan upaya mengatasi masalah yang muncul dan membuat langkah atau cara pemecahan masalah, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun, dan melakukan evaluasi berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Kusnanto, 2004: 82).

b. Pengamat Kesehatan

Perawat sebagai penghubung antara klien dengan tim kesehatan lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan atau keputusan klien, membela kepentingan klien, dan membantu klien memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional maupun profesional (Videbeck, 2008: 115).

c. *Counsellor*

Perawat sebagai pemberi bimbingan atau konseling klien adalah mengidentifikasi perubahan pola interaksi klien terhadap keadaan sehat sakit (Kusnanto, 2004: 82). Konseling diberikan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu, pemecahan masalah difokuskan pada masalah keperawatan, dan mengubah perilaku hidup ke arah perilaku hidup sehat (Kusnanto, 2004:82).

d. Pendidik

Perawat sebagai pendidik membantu klien untuk meningkatkan kesehatan melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medis yang diterima sehingga klien atau keluarga dapat menerima tanggung jawab terhadap hal-hal yang diketahuinya (Susanto, 2012:31). Peran perawat pendidik juga dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok keluarga yang berisiko, kader kesehatan, dan masyarakat (Kusnanto, 2004: 83).

e. *Collaborator*

Perawat bekerjasama dengan tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana maupun pelaksanaan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan klien (Susanto, 2012: 31).

f. Koordinator Pelayanan Kesehatan

Perawat sebagai koordinator untuk memanfaatkan sumber dan potensi dari klien baik materi maupun kemampuan klien secara terkoordinasi sehingga tidak ada intervensi yang terlewatkan maupun tumpang tindih (Kusnanto, 2004: 84).

g. Pembaharu

Perawat sebagai pembaharu untuk melakukan perubahan-perubahan. Perawat mengadakan inovasi dalam cara berpikir, bersikap, bertindak laku, dan meningkatkan keterampilan klien atau keluarga agar menjadi sehat (Susanto, 2012: 32).

h. Fasilitator

Perawat menjadi sumber informasi untuk memecahkan masalah atau konsultasi tindakan keperawatan yang tepat untuk klien (Susanto, 2012: 32). Perawat adalah sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi spesifik klien (Kusnanto, 2004: 86). Peran ini secara tidak langsung berkaitan dengan permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan keperawatan yang diberikan (Susanto, 2012: 32).

11. Kepatuhan Minum Obat

a. Pengertian Kepatuhan

Istilah kepatuhan menggambarkan perilaku klien skizofrenia minum obat secara benar sesuai dosis, frekuensi, dan waktu (Nursalam, 2007: 86). Kepercayaan sangat mempengaruhi kepatuhan minum obat setiap klien (Sinaga, 2014: 28). Karakteristik obat yang memiliki efek samping yang tidak menyenangkan menjadi alasan utama klien tidak minum obat (Videbeck, 2008: 349). Terapi psikofarmakologi yang efektif hanya dapat dicapai bila klien mengetahui seluk beluk pengobatan serta kegunaan dan efek samping (Sariah, et al., 2014: 11).

Osterberg (2005: 01) dan Morisky (2008: 348) mengklasifikasikan jenis kepatuhan dibedakan menjadi :

- 1) Kepatuhan tinggi (*high adherence*) adalah klien yang mengkonsumsi obat secara teratur sesuai petunjuk yakni tidak kehilangan satu atau lebih dari dosis pengobatan yang ditentukan serta minum obat sesuai jangka waktu yang ditentukan.
- 2) Kepatuhan sedang (*medium adherence*) adalah klien yang memiliki riwayat putus obat. Maupun berhenti terapi pengobatan untuk sementara.
- 3) Kepatuhan rendah (*low adherence*) adalah klien yang tidak minum obat sama sekali.

12. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan menurut Skinner (dalam Ulfah, 2013: 20) dipengaruhi oleh faktor dalam diri klien (faktor internal) yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, pengetahuan, sikap, dan kepercayaan, sedangkan faktor dari luar klien (faktor eksternal) yaitu, dukungan keluarga, peran petugas, lama minum obat, efek samping obat, tersedianya obat serta jarak tempat tinggal yang jauh. Sehingga dapat dirumuskan beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan antara lain usia, jenis kelamin, kelas

ekonomi, pendidikan, keparahan penyakit, lama sakit dan minum obat, serta jumlah obat atau dosis.

Fleishhacker, et al (2003: 10) mengklasifikasikan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan klien skizofrenia menjadi empat faktor, meliputi faktor individu, faktor lingkungan, faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan, dan faktor yang berhubungan dengan pengobatan.

a. Faktor individu

Faktor individu meliputi usia, jenis kelamin, gangguan kognitif dan psikopatologi (Smeltzer, 2002: 48). Secara umum dikatakan tingkat kepatuhan wanita lebih tinggi dari pria, dan wanita muda lebih patuh daripada wanita tua (Fleishhacker, et al., 2003: 10). Klien dengan gejala positif khususnya waham dan maniak patuh terhadap pengobatan karena merasa dipaksa dan takut diracuni, sedangkan klien dengan gejala negatif dapat memiliki tingkat kepatuhan yang rendah. Hal ini disebabkan karena klien mengalami kurang motivasi yang mengakibatkan dampak negatif dalam mengikuti program pengobatan (Fleishhacker, et al., 2003: 10).

b. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang mempengaruhi kepatuhan meliputi: dukungan dari keluarga dan ekonomi, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, sikap terhadap pengobatan, adanya pengawasan terhadap pengobatan, pandangan masyarakat terhadap skizofrenia (Smeltzer, 2002: 48). Klien yang tinggal sendirian biasanya memiliki tingkat kepatuhan yang rendah dibandingkan dengan klien yang tinggal di lingkungan yang memberikan dukungan sosial yang penuh bagi klien untuk patuh (Fleishhacker, et al., 2003: 12).

c. Faktor tenaga kesehatan

Faktor ini meliputi adanya pemberian panduan perawatan di rumah setelah klien dirawat, keyakinan tenaga kesehatan akan keberhasilan pengobatan, hubungan terapeutik yang baik antara klien dengan tenaga kesehatan, serta efektifitas rawat jalan yang mempengaruhi kepatuhan klien dalam menjalani program pengobatan (Fleishhacker, et al., 2003: 12). Stuart (2006: 252)

mengatakan bahwa pendekatan utama intervensi keperawatan pada klien yaitu memberikan informasi tentang diagnosis, pengobatan, penelitian terbaru, dan sumber yang tersedia di komunitas.

d. Faktor pengobatan

Beberapa klien yang mengalami efek samping pengobatan terbukti memiliki kepatuhan yang rendah, sementara beberapa klien yang tidak mengalami efek samping pengobatan justru memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi (Fleishhacker, et al., 2003: 10). Sehingga dapat disimpulkan bahwa efek samping pengobatan menjadi salah satu faktor tingkat kepatuhan minum obat klien. Selain itu faktor yang mempengaruhi pengobatan meliputi kompleksitas program, efek samping yang tidak menyenangkan, dosis yang diberikan, cara penggunaan, lama pengobatan, biaya pengobatan, dan jumlah obat yang harus diminum (Videbeck, 2008; Smeltzer, 2002: 48).

13. Faktor-Faktor Yang Meningkatkan Kepatuhan

Menurut Videbeck (2008) ada beberapa cara untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia antara lain:

- a. Klien percaya bahwa penyakitnya parah atau berat.
- b. Klien secara pribadi merasa bahwa ia memiliki risiko untuk kambuh.
- c. Klien tahu tentang penyakitnya dan pengobatannya.
- d. Klien percaya manfaat obat.
- e. Klien mengalami tingkat kecemasan sedang.
- f. Klien mempunyai situasi keluarga atau rumah yang stabil/harmonis.
- g. Teman dan anggota keluarga mendukung kepatuhan.
- h. Klien mempunyai hubungan kuat dengan pemberi asuhan.
- i. Klien mempunyai hubungan jangka panjang dengan pemberi asuhan.
- j. Klien mempunyai hubungan profesional dengan pemberi asuhan.

14. Upaya-Upaya Meningkatkan Kepatuhan

Upaya dibawah ini menurut Videbeck (2008) yang dapat meningkatkan kepatuhan minum obat pasien sebagai berikut:

- a. Ajarkan klien dan anggota keluarga tentang obat.
- b. Berikan informasi tertulis yang eksplisit dan konsisten tentang obat.
- c. Perkuat kembali manfaat obat dalam pencegahan kambuh.
- d. Gali berbagai cara khusus manfaat obat.
- e. Pertahankan pemberi resep tetap.
- f. Pertahankan hubungan professional.
- g. Ungkapkan optimisme tentang efikasi obat.
- h. Siap terhadap berbagai pertanyaan tentang obat atau efek sampingnya.
- i. Meneliti hubungan antara berhenti minum obat dengan kambuh di masa lalu.
- j. Buat jadwal obat sesederhana mungkin.
- k. Berikan beberapa dosis per hari sebisa mungkin.
- l. Berikan motivasi kepada keluarga dan teman untuk mendukung pengobatan.

15. Pengukuran Tingkat Kepatuhan Minum Obat

kepatuhan minum obat pasien dapat diukur secara kuantitatif melalui beberapa jenis kuesioner kepatuhan minum obat seperti *Drug Inventory Attitude-10 (DAI-10)*, *Medication Adherence Scale (MAQ)* atau *Medication Adherence Rating Scale (MARS)* (Kane, Kissling, Lambert, & Parellada, 2010: 01). Cara untuk mendeteksi yang lain adalah dengan metode langsung dan tidak langsung kepatuhan minum obat (Osteberg, 2005: 01). Alat ukur pada penelitian ini menggunakan alat ukur tingkat kepatuhan minum obat dengan menggunakan kuesioner MARS yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan dua kategori ya dan tidak. Berdasarkan jumlah yang diperoleh maka kepatuhan minum obat dapat dikategorikan berdasarkan rumus statistik (Hidayat, 2009) sebagai berikut:

$$I = \frac{\text{rentang kelas}}{\text{banyak kelas}}$$

$$n = \frac{10-0}{2}$$

$$n = \frac{10}{2}$$

n = 5 interval kelas

Keterangan:

I : Nilai yang dicari

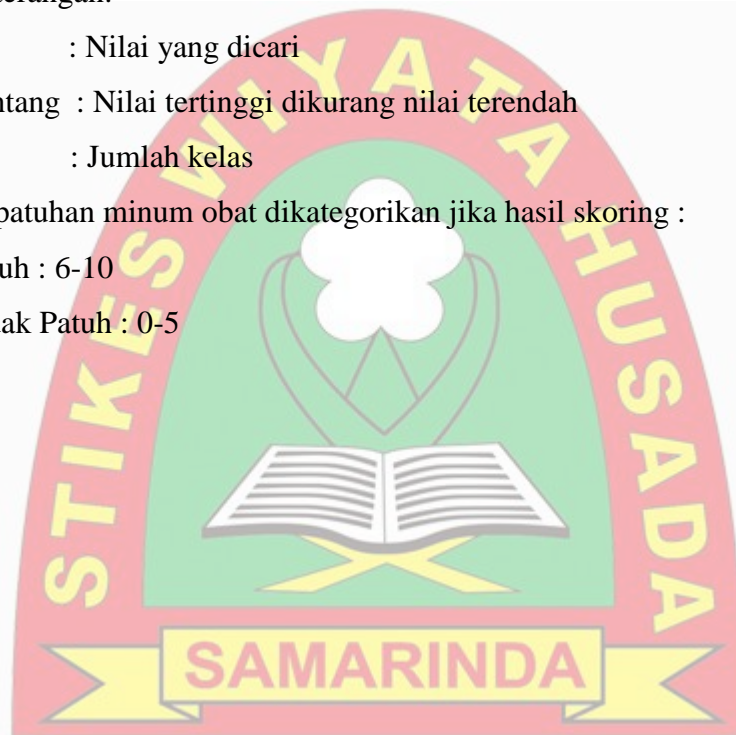
Rentang : Nilai tertinggi dikurang nilai terendah

BK : Jumlah kelas

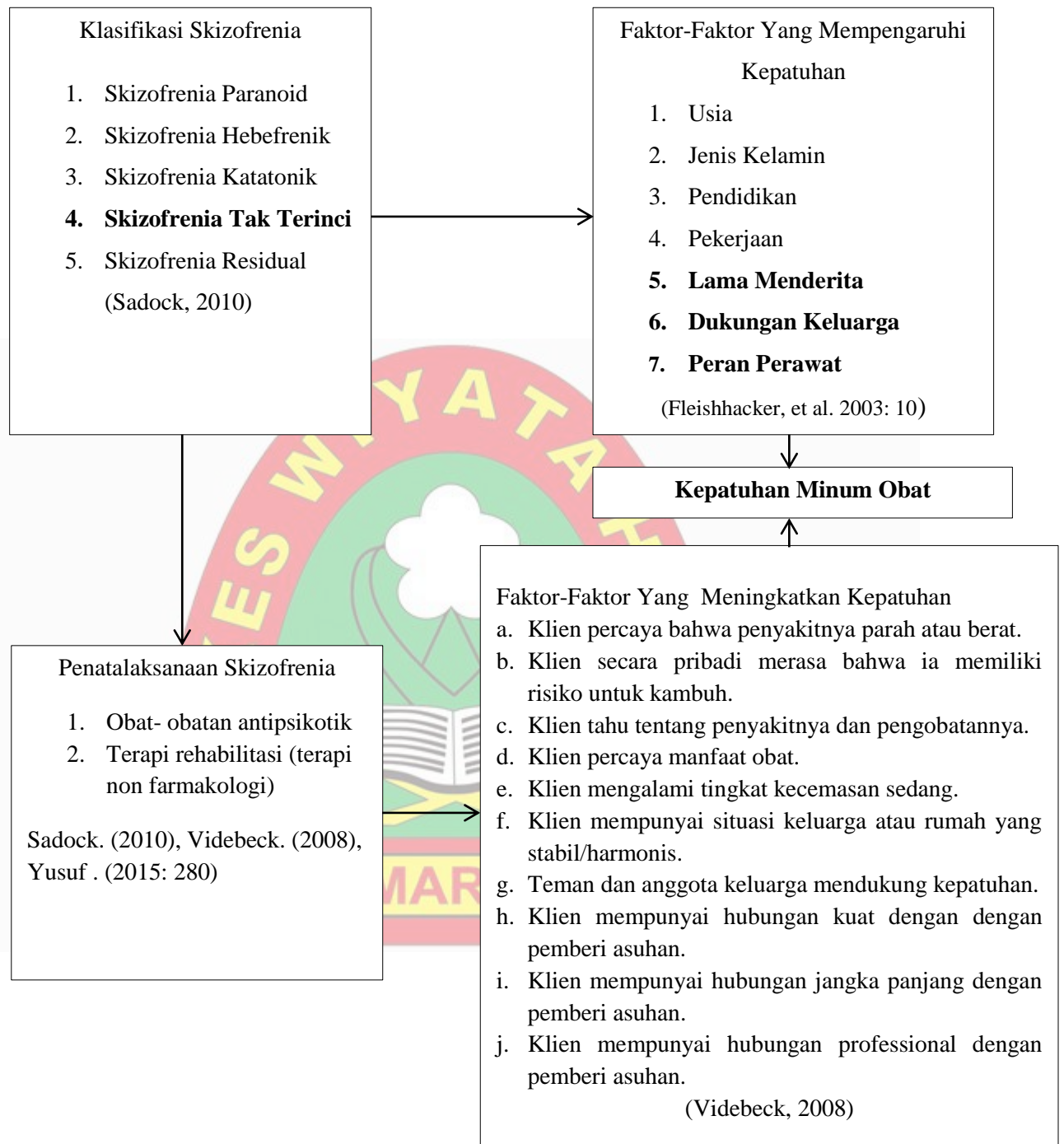
Kepatuhan minum obat dikategorikan jika hasil skoring :

Patuh : 6-10

Tidak Patuh : 0-5



B. Kerangka Teori

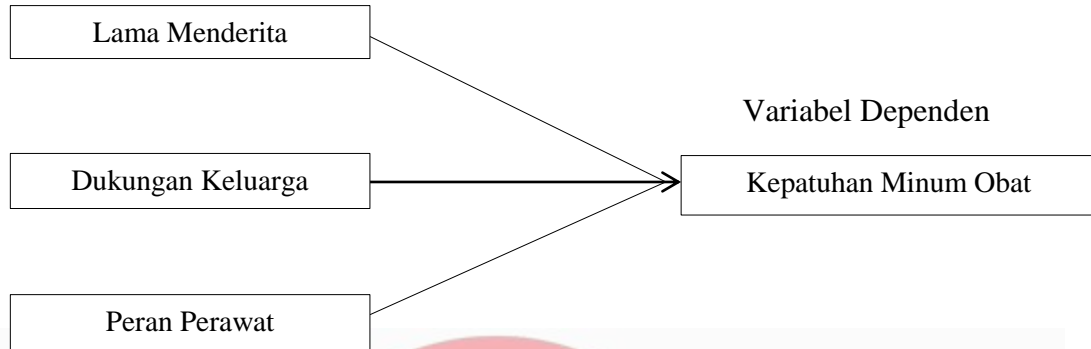


Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Memodifikasi Dari Teori Fleishhacker, et al. (2003: 10), Sadock (2010), Videbeck (2008), Yusuf (2015: 280).


C. Kerangka Konsep

Variabel Independen



Keterangan :

 : Diteliti

 : Berhubungan

Skema 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah ditanyakan dalam bentuk kalimat pertanyaan (Sugiyono, 2011). Ada dua jenis hipotesis yang digunakan dalam penelitian :

1. Hipotesis Alternatif (Ha)

Hipotesis yang menyatakan ada perbedaan suatu kejadian antara kedua kelompok. Atau hipotesis yang menyatakan ada hubungan variabel satu dengan variabel yang lain.

- a. Ada hubungan antara lama menderita dengan kepatuhan minum obat.
- b. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat.
- c. Ada hubungan antara peran perawat dengan kepatuhan minum obat.

2. Hipotesis Nol (H_0)

Hipotesis yang menyatakan tidak ada perbedaan sesuatu kejadian antara kedua kelompok. Atau hipotesis yang menyatakan tidak ada hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya.

- a. Tidak ada hubungan antara lama menderita dengan kepatuhan minum obat.
- b. Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat.
- c. Tidak ada hubungan antara peran perawat dengan kepatuhan minum obat.



BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan metode *analitik deskriptif* yaitu untuk melihat apakah ada faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci. Pendekatan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu pengukuran variabel dilakukan bersama-sama (sekali waktu) pada saat penelitian dengan menggunakan kuesioner secara kuantitatif (Notoatmodjo, 2010).

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi pada penelitian ini adalah keluarga pasien skizofrenia tak terinci yang berada di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur berjumlah 122 responden pada periode bulan Juni 2017.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah keluarga pasien skizofrenia tak terinci yang berada di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur ada dua kriteria dalam pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi (Nursalam, 2008).

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan yang akan diteliti.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Keluarga pasien yang bersedia menjadi responden dalam penelitian
- 2) Keluarga yang merawat pasien yang terdiagnosis skizofrenia tak terinci
- 3) Bisa membaca dan menulis

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Keluarga pasien yang tidak bersedia menjadi responden dalam penelitian
- 2) Pasien berobat ke poliklinik psikiatri tidak ditemani keluarga

3. Teknik Sampling

Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *Non Probability Sampling* yaitu menghasilkan peluang yang tidak sama pada individu dalam populasi untuk terpilih menjadi sampel (Nursalam, 2016). Teknik pengambilan sampel menggunakan *Accidental Sampling* yaitu pemilihan sampel dengan pertimbangan kemudahan peneliti dalam memilih sampel. Pada metode ini sampel diambil sesuai dengan keinginan peneliti tanpa sistematika tertentu. Seseorang dapat diambil sebagai sampel karena kebetulan ditemukan atau dikenal oleh peneliti. (Dharma, 2011).

Dalam penelitian ini untuk menentukan sampel dengan menggunakan rumus *Slovin* :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan:

n: Besar Sampel Minimum

N: Besar Populasi

d^2 : Kesalahan (absolute) yang dapat ditoleransi 5%

Berdasarkan rumus maka besar sampel dalam penelitian ini adalah

$$= \frac{122}{1 + 122(0,5^2)}$$

$$= \frac{122}{1,305} = 93$$

N = 93 responden

C. Variabel Penelitian

1. Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel tergantung terikat, akibat, atau variabel yang berpengaruh, variabel ini dipengaruhi oleh variabel bebas atau variabel independen (Notoatmodjo, 2010). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan minum obat.

2. Variabel Independen

Variabel Independen adalah variabel bebas, sebab, mempengaruhi atau variabel risiko (Notoatmodjo, 2010). Variabel independen dalam penelitian ini adalah lama menderita, dukungan keluarga, dan peran perawat terhadap kepatuhan minum obat.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional, dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi oleh orang lain (Nursalam 2016).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Independen				
	a. Lama Menderita	Waktu pertama kali munculnya gejala dan tanda skizofrenia.	Satu item pertanyaan pada kuesioner	Dibatasi menjadi : 1. 1-5 tahun 2. > 5 tahun	Ordinal
	b. Dukungan Keluarga	Segala upaya yang dilakukan keluarga untuk membantu segala proses kesembuhan pasien.	Kuesioner dengan jumlah 10 pernyataan dengan jawaban : pernyataan positif, tidak : 0, ya : 1 dan pernyataan negatif ya : 0, tidak : 1	Hasil skoring dikategorikan berdasarkan metode cut off point : 1. Ada dukungan keluarga : jika skor > (9,00) Median 2. Tidak ada dukungan keluarga : jika skor < (9,00) Median	Ordinal
	c. Peran Perawat	Hubungan terapeutik yang baik antara klien dengan tenaga kesehatan.	Kuesioner dengan jumlah 11 pernyataan dengan jawaban : pernyataan positif, tidak : 0, ya : 1 dan pernyataan negatif ya : 0, tidak : 1	Hasil skoring dikategorikan berdasarkan metode cut off point : 1. Baik : jika skor > (11,00) Median 2. Kurang Baik : jika skor < (11,00) Median	Ordinal
2	Dependen				
	Kepatuhan Minum Obat	Seperangkat perilaku klien dalam menjalani pengobatan secara teratur	Kuesioner dengan jumlah 10 pernyataan dengan jawaban 0: ya dan 1: tidak.	Jika hasil skoring dikategorikan atas : 1. Patuh : 6-10 2. Tidak patuh : 0-5	Ordinal

E. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur dikarenakan jumlah populasi yang mencukupi untuk dilakukannya penelitian.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dan Pengambilan data di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur pada bulan Maret 2018.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner, yaitu sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang ia ketahui (Arikunto, 2013). Alat ukur pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner.

1. Kuesioner A : merupakan instrumen untuk mendapatkan data karakteristik demografi responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, lama menderita. Bentuk pertanyaan dalam pertanyaan tertutup dengan peneliti memberi kolom dengan beberapa option yang akan dipilih oleh responden. Jumlah pertanyaan ada 4 pertanyaan.
2. Kuesioner B : merupakan alat pengumpulan data untuk dukungan keluarga yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Untuk mengukur masing-masing pertanyaan tentang dukungan keluarga menggunakan skala guttman sebagai berikut : Pernyataan positif memiliki nilai jawaban Ya= 1, Tidak = 0, sedangkan pernyataan negatif nilai jawaban Ya = 0, Tidak = 1. Kuesioner ini diadopsi dari kuesioner penelitian sebelumnya oleh Putra (2013), kuesioner awal berjumlah 13 pernyataan dimodifikasi oleh peneliti menjadi 10 pernyataan. Ada dukungan keluarga jika skor > mean/median dan Tidak ada dukungan keluarga jika skor < mean/median.

Tabel 3.2 kisi-kisi kuesioner tentang Dukungan Keluarga

No	Variabel	Sub variabel	Item	
			Favourable	Unfavourable
1.	Dukungan Keluarga	1. Dukungan materi 2. Dukungan keluarga dengan sikap 3. Dukungan informasi 4. Dukungan Emosional	No 7 No 1, 4,5 dan 6 No 10 No 3, 8 dan 9	No 2

3. Kuesioner C merupakan alat pengumpulan data untuk variabel independen yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tentang peran perawat sebagai *educator* yang merujuk pada *Journal Professional Standards Revised 2002* yang direkomendasikan oleh *College of Nurse Ontario* (2009) dan telah di modifikasi oleh Rohmah (2015) dan Hapsari (2013). Pernyataan dalam kuesioner bersifat *closed ended question* dengan tipe *Yes/No question*, pernyataan dalam kuesioner ini terdiri dari pernyataan *favourable* dan *unfavourable*. Pernyataan *favourable* merupakan pernyataan positif yang mendukung teori sedangkan pernyataan *unfavourable* merupakan pernyataan negatif dan tidak sesuai teori. Pernyataan positif memiliki nilai jawaban Ya= 1, Tidak = 0, sedangkan pernyataan negatif nilai jawaban Ya = 0, Tidak = 1. Kuesioner ini diadopsi dari kuesioner penelitian sebelumnya oleh Raras (2016), kuesioner awal berjumlah 24 pernyataan kemudian dimodifikasi oleh peneliti menjadi 11 pernyataan. Baik jika skor > mean/median dan Kurang Baik jika skor < mean/median.

Tabel 3.3 kisi-kisi kuesioner tentang peran perawat sebagai *educator*

No	Variabel	Sub variabel	Item	
			Favourable	Unfavourable
1.	Peran Perawat Sebagai Educator	1. memiliki wawasan luas terkait skizofrenia, pengobatan antipsikotik dan efek samping 2. kemampuan berkomunikasi terkait pengobatan dan penanganan efek samping	No 10 dan 11 No 2, 6 dan 8	No 1 No 7

	yang tidak menyenangkan	
3.	menjadi contoh perilaku profesional penatalaksanaan	No 3 dan 4 terkait
4.	memahami psikologis dalam menjalankan regimen	No 5 dan 9

4. Kuesioner D : merupakan alat pengumpulan data untuk variabel dependen tentang kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci sebanyak 10 pertanyaan menggunakan kuesioner MARS. Sejumlah 10 pertanyaan dalam kuesioner diadopsi peneliti dari medication adherence rating scale (MARS) for the psychoses dari Thompson (1999) dan telah di modifikasi oleh Munthe (2015) yang memuat variabel kedisiplinan minum obat serta pernyataan efek samping obat. Instrumen kepatuhan minum obat menggunakan pertanyaan tertutup dan diukur dengan skala ordinal, dengan pilihan jawaban Ya = 0 dan Tidak = 1. Semua hasil penelitian tersebut kemudian dikategorikan menjadi sehingga skor tertinggi 10 dan skor terendah 0. Berdasarkan jumlah yang diperoleh maka kepatuhan minum obat dapat dikategorikan berdasarkan rumus statistik (Hidayat, 2009) sebagai berikut :

$$= \frac{\text{rentang kelas}}{\text{banyak kelas}}$$

$$n = \frac{10-0}{2}$$

$$n = \frac{10}{2}$$

n = 5 interval kelas

Keterangan :

I : Nilai yang dicari

Rentang : Nilai tertinggi dikurang nilai terendah

BK : Jumlah kelas

Kepatuhan minum obat dikategorikan jika hasil skoring :

Patuh : 6-10

Tidak Patuh : 0-5

G. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Persiapan penelitian
 - a. Peneliti menyusun proposal dan melakukan bimbingan,
 - b. Mengurus surat izin studi pendahuluan di Stikes wiyata Husada Samarinda.
 - c. Mengajukan surat izin studi pendahuluan di RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
 - d. Peneliti menemui bagian rekam medik RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur. Data yang diambil jumlah keseluruhan pasien skizofrenia.
 - e. Mengurus surat perizinan penelitian ke Stikes Wiyata husada Samarinda, RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
 - f. Tahap studi dokumentasi, studi pustaka, penyusunan proposal dan dilanjutkan dengan ujian proposal.
2. Tahap pelaksanaan penelitian
 - a. Mengajukan izin kesepakatan pada responden untuk menjadi sampel dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*) bagi responden yang bersedia menjadi sampel penelitian
 - b. Setelah responden memahami tujuan penelitian, maka responden diminta kesediannya untuk mengisi lembar kuesioner
 - c. Jika responden menyatakan bersedia, maka lembar kuesioner diberikan untuk mengisi karakteristik responden
 - d. Setelah kuesioner dikumpulkan selanjutnya dipersiapkan untuk diolah dan dianalisa.

H. Validitas dan Reabilitas

1. Validitas

Validitas didefinisikan sebagai suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2011). Dalam penelitian ini peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas pada tanggal 12

Maret 2018 diruang poliklinik psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur, dengan jumlah 30 responden karena kuesioner yang digunakan dimodifikasi oleh peneliti dari penelitian sebelumnya oleh Putra (2013), tentang dukungan keluarga, oleh Rahmatichasari (2016), tentang peran perawat pendidik. Uji validitas dapat menggunakan rumus *pearson product moment*.

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - \sum Y^2\}}}$$

Keterangan :

- N = Jumlah sampel
- X = Pertanyaan nomor
- Y = Skor total
- XY = Skor pertanyaan nomor dikali skor total

Instrumen dikatakan valid jika nilai r hitung lebih besar dari nilai r tabel (0,374). Hasil uji validitas instrumen kuesioner dapat dilihat tabel 3.4 dan 3.5 di bawah ini.

Tabel 3.4 Hasil uji validitas kuesioner dukungan keluarga

No	Kuesioner	Jumlah Pertanyaan	Keterangan
1.	Dukungan Keluarga	12	Dari 12 pertanyaan terdapat 10 pertanyaan yang valid dalam rentang nilai 0,417 – 0,692
2	Peran Perawat	15	Dari 15 pertanyaan terdapat 11 pertanyaan yang valid dalam rentang nilai 0,374 – 0,638

2. Reliabilitas

Setelah melakukan uji validitas maka perlu mengukur reliabilitas data, apakah alat ukur dapat digunakan atau tidak. Dalam mengukur reliabilitas dapat digunakan beberapa rumus diantaranya rumus belah dua dan *spearman Brown*,

(jika untuk mengetahui reliabilitas seluruh tes) *alpha cronbach*. Rumus Koefisien reliabilitas *alpha cronbach* adalah

$$r = \frac{k}{(k - 1)} \left\{ 1 - \frac{\sum \delta b^2}{\delta 1^2} \right\}$$

Keterangan:

r : Reliabilitas Instrumen (nilai alpha)

k : Banyaknya butir pertanyaan

$\sum \delta b^2$: Jumlah varians butir

$\delta 1^2$: Varians Total

Tinggi rendahnya tes reliabilitas tercermin oleh nilai *Cronbach Alpha* yaitu dengan membandingkan r alpha dengan r tabel. Jika nilai *alpha cronbach* (0,6-0,7) maka dikatakan pernyataan tersebut reliabilitas sedangkan tidak reliabilitas jika nilai *alpha* < (0,6-0,7).

Tabel 3.5 Hasil Uji Reabilitas kuesioner dukungan keluarga dan peran perawat

No	Kuesioner	Nilai alpha (a)	Tingkat Reabilitas
1.	Dukungan Keluarga	0,669	Reliable
2.	Peran Perawat	0,711	Reliable

I. Pengolahan Data dan Analisa Data

Suatu penelitian, pengolahan data merupakan salah satu langkah yang penting. Hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian, belum memberikan informasi apa-apa, dan belum siap untuk dilakukan (Notoatmodjo, 2010).

1. Editing

Proses editing merupakan proses dimana peneliti melakukan klarifikasi, keterbacaan, kelengkapan data yang sudah terkumpul. Secara umum editing adalah merupakan kegiatan pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner.

2. Coding

Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau “coding”, yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. Coding dalam penelitian ini berbentuk angka 1, 2, 3, 4, 5 dan berguna dalam memasukan data. Adapun kode yang diberikan yaitu :

- a. Jenis kelamin responden yaitu dengan kode 1. laki-laki dan kode 2. perempuan.
- b. Pendidikan dengan kode 1. SD, 2. SMP, 3. SMA, 4. Sarjana, 5. Tidak Sekolah.
- c. Lama menderita dengan kode 1. 1-5 tahun dan 2. > 5 tahun.
- d. Dukungan keluarga menggunakan kode 1. Ada dukungan keluarga dan 2. Tidak ada dukungan keluarga.
- e. Peran perawat menggunakan dengan kode 1. Baik dan 2. Kurang baik
- f. Kepatuhan minum obat menggunakan dengan kode 1. Patuh dan 2. Tidak patuh

3. Processing

Data, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan kedalam program atau “software” komputer. Salah satu dari paket program yang paling sering digunakan untuk “entri data” penelitian adalah paket program SPSS for Window.

4. Tabulating

Tabulating adalah usaha untuk menyajikan data, terutama pengolahan data yang akan menjurus ke analisis kuantitatif. Biasanya pengolahan data seperti menggunakan tabel, baik tabel distribusi frekuensi maupun tabel silang.

5. Uji Normalitas Data

Dilakukan dengan menggunakan uji *one sample Kolmogrov-Smirnov*, karena penelitian ini memiliki > 50 responden. Uji ini bertujuan menguji apakah

sebaran data yang ada berdistribusi normal atau tidak. Penerapan pada uji *Kolmogrov-Smirnov* adalah :

- a. Jika nilai Sig lebih besar dari 0,05 maka data berdistribusi normal, penentuan hasil ukur menggunakan mean.
- b. Jika nilai Sig lebih kecil dari 0,05 maka data berdistribusi tidak normal, penentuan hasil ukur menggunakan median.

6. *Analisa Univariat*

Analisa yang digunakan untuk penggunaan variabel dan subjek penelitian dengan tidak melakukan analisis perbedaan atau hubungan antar variabel. Analisa univariate dilakukan untuk memberi gambaran dan penjelasan terhadap variabel yang diteliti. Untuk mengetahui frekuensi dan persentase (Notoatmodjo, 2012) dengan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{F}{N} = 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase yang dicari

F = Frekuensi responden untuk setiap pertanyaan

N = Jumlah sampel

7. *Analisa Bivariat*

Analisa data yang dilakukan pada dua variabel yang diduga mempunyai hubungan atau korelasi. Data yang diperoleh melalui kuesioner diproses dan diolah sehingga dapat memberi makna guna menyimpulkan masalah penelitian. Tujuan analisis ini adalah untuk mengetahui bentuk hubungan kedua variabel (independen dan dependen).

Pembuktian dengan *Chi-Square* dengan sistem pengelolaan data SPSS melalui rumus :

$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Keterangan:

X^2 = nilai *chi square*

F_o = frekuensi yang diobservasi

Fe = frekuensi yang diharapkan

Syarat – syarat uji *Chi Square* :

- a) Skala berupa kategorik dengan kategorik
- b) Satu kali pengukuran
- c) Kategori tidak berpasangan tabel 2x2
- d) Kategori mencari hubungan variabel kategorik dan kategorik
- e) Tidak berpasangan karena tidak memenuhi kriteria variabel yang sama diambil dari subjek yang sama atau dianggap sama.

J. Etika Penelitian

Uraian bagaimana memperoleh persetujuan (*informed consent*) dari calon responden dan persetujuan dari komite etik, dengan memperhatikan masalah etika yang meliputi :

1. Lembar persetujuan (*Informed Consent*).

Responden bersedia diteliti, pada saat di berikan lembar persetujuan untuk menjadi responden dan selanjutnya responden mencantumkan tanda tangan sebagai bukti kesediaan responden menerima untuk menjadi subyek penelitian.

2. Tanpa nama (*Anonimity*)

Responden tidak perlu mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data, tetapi cukup mencatumkan tanda tangan pada lembar persetujuan sebagai responden, untuk mengetahui keikutsertaan responden.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Dalam penelitian ini peneliti merahasiakan informasi–informasi yang telah didapat dari responden termasuk identitas dan sebagai gantinya peneliti menggunakan nomor responden.

4. *Nonmaleficence*

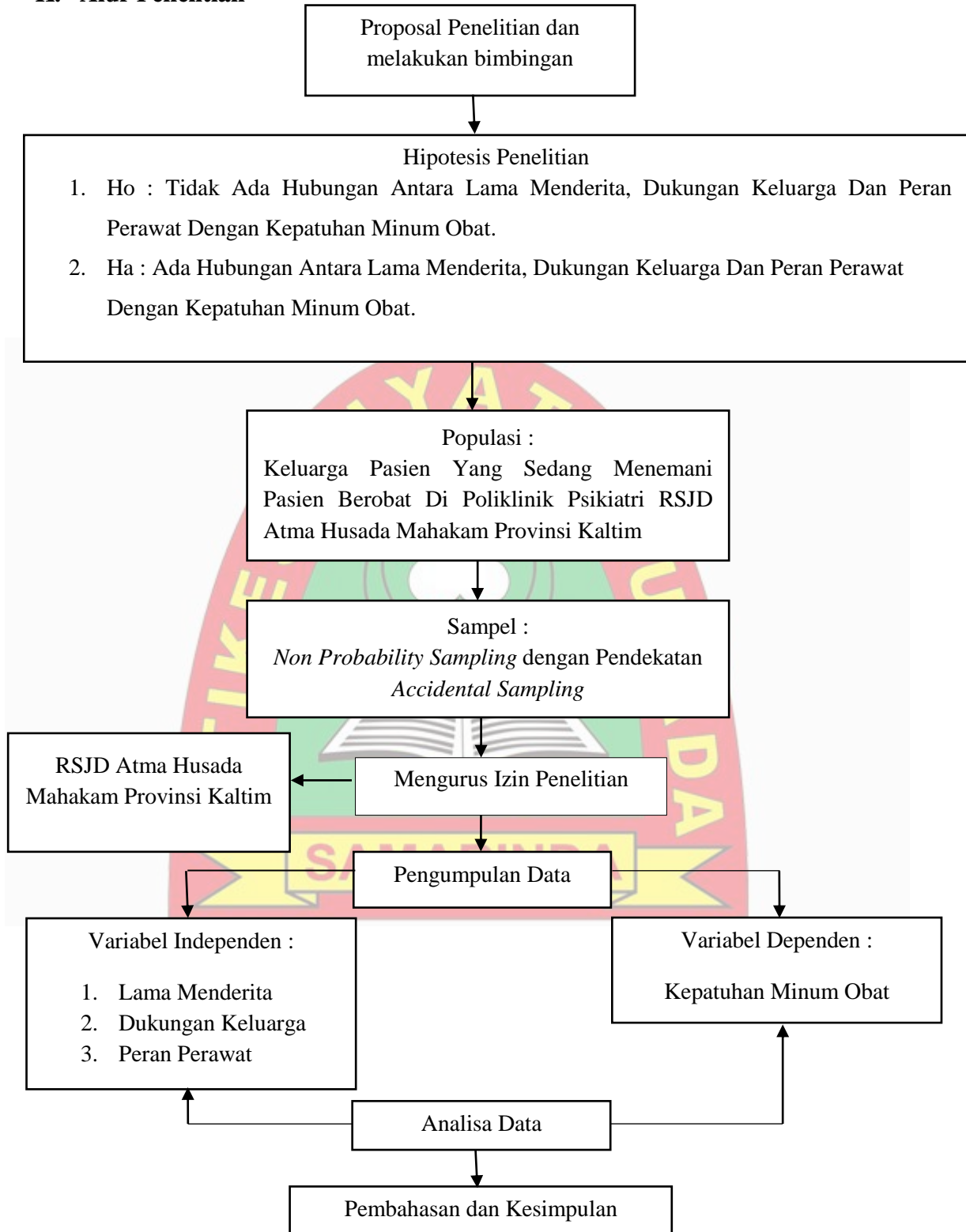
Peneliti menjamin pada penelitian ini tidak akan merugikan calon responden apalagi sampai terjadi cedera bagi calon responden maupun orang lain.

5. *Beneficience*

Peneliti melakukan yang terbaik dalam melakukan tindakan penelitian berupa kuisioner, tapi dalam hal ini peneliti pun menekankan pada responden atau keluarga untuk menyampaikan pada peneliti apabila merasa tidak aman dan tidak nyaman selama proses penelitian sehingga menimbulkan rasa kelelahan maka dihentikan dan mengobservasi keadaan responden.



K. Alur Penelitian



Skema 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Tempat Penelitian

Rumah sakit jiwa pusat (RSJP) Samarinda didirikan pada tahun 1933 diatas tanah seluas 20.157 m² yang dibiayai oleh Kesultanan Kutai dan merupakan Rumah Keperawatan Sakit Jiwa. Pada awalnya RSJP didirikan bersama dengan Rumah Sakit Umum yang ditetapkan ketua Bestwer College Samarinda. Tanggal 20 April 1949 No. 558/IH-9-Fed, masalah pembiayaan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa Samarinda diserahkan oleh Kesultanan Kutai dan Kerajaan di Kalimantan Timur.

Pada tanggal 1 Januari 1951, pembiayaan diambil alih oleh pemerintah pusat. Berdasarkan Surat Keputusan bulan November 1951, kantor Rumah Sakit Jiwa dipisahkan dari Rumah Sakit Umum. Struktur organisasi berdasarkan SK Menkes No. 135/Menkes/SK/IV/1978, Rumah Sakit Jiwa ditetapkan sebagai Rumah Sakit Jiwa kelas B.

Sejalan dengan pelaksanaan otonomi Daerah UPTD, Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda dilimpahkan kepada pemerintah Daerah sesuai surat Menkes No. 1732/Menkes-Kesos/XII/2000 tentang pengalihan UPTD ke pemerintah kabupaten/kota dan surat revisi penetaan Depkes No. 196/Menkes-sos/III/2001, tanggal 7 Maret 2001 tentang revisi penetaan UPTD kepada pemerintah provinsi, pengoperasian Rumah Sakit Jiwa Samarinda dalam tahun 2001 dibawah pemerintah kota Samarinda.

Selanjutnya kedudukan Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda ditetapkan berdasarkan surat keputusan Gubernur Kaltim No. 16 Tahun 2001 tanggal 24 Desember 2001 tentang pembentukan organisasi dan tata kerja unit pelaksanaan teknis pada dinas-dinas Provinsi Kalimantan Timur.

Pada tahun 2005, untuk menghilangkan stigma di masyarakat, Rumah Sakit Jiwa Samarinda berubah nama menjadi Rumah Sakit Jiwa Atma Husada

Mahakam Samarinda dengan surat keputusan Gubernur No. 03 tahun 2005, tanggal 17 Januari tahun 2005. Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda bertujuan untuk memberi pelayanan kesehatan jiwa bagi seluruh masyarakat Kaltim yang tersebar di 4 kota madya dan 10 kabupaten.

Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda bekerja sama dengan instansi terkait seperti Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman dan instansi pendidikan lainnya sebagai fasilitas prevensi, promosi, kuratif dan rehabilitasi serta riset di bidang kesehatan jiwa.

Sesuai dengan Peraturan Daerah No. 10 Tahun 2008, tentang organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Khusus Daerah Kalimantan Timur tanggal 23 Juli 2008, menetapkan Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda berkedudukan sebagai unsur pendukung tugas Kepala Daerah di bidang pelayanan kesehatan jiwa yang bersifat khusus dan spesifik yang berbentuk lembaga teknis daerah.

2. Uji Normalitas Data

Peneliti melakukan uji normalitas data bertujuan untuk melihat sebaran data pada saat mengkategorikan dukungan keluarga dan peran perawat diruang poliklinik psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam. Hasil uji normalitas data pada variabel di penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Distribusi Statistik Deskriptif variabel-variabel Responden (n= 93)

No	Variabel	<i>p</i> value
1.	Dukungan Keluarga	0,000
2.	Peran Perawat	0,000

Berdasarkan hasil analisis diatas menunjukkan :

- a. Hasil uji Kolmogorov Smirnov Dukungan Keluarga dengan *p* value 0,000 lebih kecil dari pada nilai alpha (0,05), berarti distribusi variabel dukungan keluarga berbentuk tidak normal.

- b. Hasil uji Kolmogorov Smirnov Peran Perawat dengan p value 0,000 lebih kecil dari pada nilai alpha (0,05), berarti distribusi variabel peran perawat berbentuk tidak normal.

3. Hasil Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden

Responden yang terlibat dalam penelitian ini sesuai dengan karakteristik yang terdapat dalam kriteria inklusi yang telah ditentukan oleh peneliti adalah 93 responden. Data responden yang diperoleh dari penelitian ini terdiri dari beberapa karakteristik antara lain usia, jenis kelamin, dan pendidikan responden. Karakteristik Distribusinya dapat dilihat pada tabel 4.2 dibawah ini :

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden Di Ruang Poliklinik RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur (n= 93)

No	Karakteristik Responden	Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	Usia Responden	< 19 tahun	1	1,1%
		19-40 tahun	53	57,0%
		41-77 tahun	38	40,9%
		> 77 tahun	1	1,1%
2.	Jenis Kelamin	Laki-Laki	59	63,4%
		Perempuan	34	36,6%
3.	Pendidikan	SD	33	35,5%
		SMP	22	23,7%
		SMA	25	26,9%
		Sarjana	6	6,5%
		Tidak Sekolah	7	7,5%
Total			93	100%

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 93 responden yang paling dominan 53 responden (57,0%). Hal ini karena usia 19-40 tahun adalah usia pasien yang banyak mengalami skizofrenia. Onset skizofrenia, sebelum umur 10 dan sesudah 50 tahun adalah jarang terjadi. Lebih kurang

90% pasien skizofrenia yang di rawat di RSJ adalah berumur antara 15-55 tahun.

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 93 responden yang didapatkan paling banyak laki-laki yaitu sebanyak 59 responden (63,4%). Hal ini karena skizofrenia mempunyai prevalensi yang hampir sama pada laki-laki dan perempuan, tetapi kedua jenis kelamin ini mempunyai perbedaan permulaan dan perjalanan penyakitnya. Laki-laki mempunyai permulaan skizofrenia yang lebih cepat daripada perempuan. Lebih separuh dari penderita skizofrenia adalah laki-laki.

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa untuk tingkat pendidikan diperoleh dari 93 responden yang paling banyak pendidikan SD paling dominan 33 responden (35,5%). Tingkat pendidikan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan rendah cenderung kurang memperhatikan kualitas hidup sehat, sehingga berpengaruh juga pada terapi pengobatan. Sebaliknya pasien dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung untuk kritis terhadap kesehatan mereka.

b. Distribusi Lama Menderita

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Menderita Di Ruang Poliklinik RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur (n= 93)

No	Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	1-5 tahun	42	45,2%
	> 5 tahun	51	54,8%
Total		93	100%

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 93 responden yang paling dominan yang lama menderita penyakit lebih dari 5 tahun sebanyak 51 responden (54,8%). Hal ini karena lama menderita penyakit berpengaruh terhadap pengobatan karena pasien cenderung bosan untuk minum obat, karena merasa bahwa dirinya sudah sembuh dan tidak butuh obat lagi.

c. Distribusi Dukungan Keluarga

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Di Ruang Poliklinik RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur (n= 93)

No	Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	Ada Dukungan keluarga	64	68,8%
	Tidak Ada Dukungan Keluarga	29	31,2%
Total		93	100%

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa dari 93 responden yang paling dominan ada dukungan keluarga yaitu 64 responden (68,8%). Hal ini karena keluarga memberikan dukungan yang adekuat dan terus-menerus selama pasien di rawat baik hal ini tampak pada keluarga yang mau membawakan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa berobat secara berkala dan terus-menerus ke Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

d. Distribusi Peran Perawat

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Peran Perawat Di Ruang Poliklinik RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur (n= 93)

No	Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	Baik	55	59,1%
	Kurang Baik	38	40,9%
Total		93	100%

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa dari 93 responden yang paling dominan peran perawat dalam kategori baik yaitu 55 responden (59,1%). Hal ini karena peran perawat yang semakin baik dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatannya.

e. Distribusi Kepatuhan Minum Obat

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepatuhan Minum Obat Di Ruang Poliklinik RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur (n= 93)

No	Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	Patuh	54	58,1%
	Tidak Patuh	39	41,9%
Total		93	100%

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 93 responden yang paling dominan dalam kategori patuh yaitu 54 responden (58,1%). Hal ini karena tingkat kesadaran pasien dalam hal pengobatannya sudah sangat tinggi.

4. Hasil Analisis Bivariat

- a. Hubungan Lama Menderita dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur menggunakan uji *chi square* dapat dilihat pada tabel 4.7

Tabel 4.7 Analisis Hubungan Lama Menderita Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur (N= 93)

No	Lama Menderita	Kepatuhan minum obat		Total	p value
		Patuh	Tidak Patuh		
1.	1-5 tahun	30	12	42	0,031*
		71,4%	28,6%	100%	
2.	> 5 tahun	24	27	51	
		47,1%	52,9%	100%	
Total		54	39	93	
		58,1%	41,9%	100%	

*Analisa Uji Chi Square p value = 0,031

Hasil Analisis Hubungan Lama Menderita Dengan Kepatuhan Minum Obat didapatkan hasil lama menderita selama 1-5 tahun yaitu 30 responden (71,4%) ada kepatuhan minum obat karena pasien yang menderita skizofrenia di usia 1-5 tahun tingkat kesadaran sangat tinggi dalam hal pengobatan sehingga rutin dalam meminum obat. Didapatkan hasil lama menderita selama > 5 tahun yaitu 27 responden (52,9%) tidak ada kepatuhan minum obat dikarenakan pasien cenderung bosan untuk minum obat dan merasa bahwa dirinya sudah sembuh.

Hasil uji statistik Chi Square diperoleh nilai p value = 0,031 dengan demikian p value lebih kecil daripada alpha 0,05 maka H_0 ditolak, artinya bahwa ada hubungan antara lama menderita dengan kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia tak terinci di ruang poliklinik psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

- b. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur menggunakan uji *chi square* dapat dilihat pada tabel 4.8.

Tabel 4.8 Analisis Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur (N= 93)

No	Dukungan Keluarga		Kepatuhan minum obat		Total	p value
	Ada	Tidak	Patuh	Tidak Patuh		
1.	Ada	Dukungan Keluarga	44	20	64	0,004*
			68,8%	31,2%	100%	
2.	Tidak	Ada Dukungan Keluarga	10	19	29	100%
			34,5%	65,5%	100%	
Total			54	39	93	
			58,1%	41,9%	100%	

*Analisa Uji Chi Square p value = 0,004

Analisis Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat didapatkan hasil ada dukungan 44 (68,8%) ada kepatuhan minum obat karena peran keluarga sangat penting dalam mendukung dan memotivasi pasien untuk selalu patuh pada pengobatannya. Didapatkan hasil tidak ada dukungan keluarga yaitu 19 (65,5%) tidak ada kepatuhan minum obat dikarenakan kurangnya dukungan keluarga yang penuh dapat menurunkan motivasi pasien dalam hal terapi pengobatannya dan juga berdampak malas minum obat.

Hasil uji statistik Chi Square diperoleh nilai p value = 0,004 dengan demikian p value lebih kecil daripada alpha 0,05 maka H_0 ditolak, artinya bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia tak terinci di ruang poliklinik psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

- c. Hubungan Peran Perawat dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur menggunakan uji *chi square* dapat dilihat pada tabel 4.9

Tabel 4.9 Analisis Hubungan Peran Perawat Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur (N= 93)

No	Peran Perawat	Kepatuhan minum obat		Total	p value
		Patuh	Tidak Patuh		
1.	Baik	36 65,5%	19 34,5%	55 100%	0,128*
2.	Kurang Baik	18 47,4%	20 52,6%	38 100%	
Total		54 58,1%	39 41,9%	93 100%	

* Analisa Uji Chi Square p value = 0,128

Hasil analisis Hubungan Peran Perawat Dengan Kepatuhan Minum Obat didapatkan hasil peran perawat yang baik sebanyak 36 (65,5%) ada kepatuhan minum obat karena peran perawat sebagai pendidik pasien dan keluarga berperan penting dalam mengedukasi dan memotivasi pasien dalam hal terapi pengobatan. Didapatkan hasil peran perawat yang kurang baik berjumlah 20 (52,6%) tidak ada kepatuhan minum obat dikarenakan peran perawat sangat penting dalam hal terapi pengobatan pasien sehingga peran perawat yang kurang baik dapat mempengaruhi seseorang untuk tidak patuh dalam hal terapi pengobatannya.

Hasil uji statistik Chi Square diperoleh nilai p value = 0,128 dengan demikian p value lebih besar daripada alpha 0,05 maka H_0 diterima, artinya bahwa tidak ada hubungan antara peran perawat dengan kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia tak terinci diruang poliklinik psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

B. Pembahasan

Pada bab ini akan membahas tentang hasil pengolahan data yang diperoleh setelah dianalisis dengan menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci di ruang poliklinik psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

1. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden

Berdasarkan karakteristik responden didapatkan frekuensi usia < 19 tahun sebanyak 1 responden, usia 19-40 tahun sebanyak 53 responden, 41-77 tahun sebanyak 38 tahun dan usia > 77 tahun yaitu sebanyak 1 responden. Frekuensi jenis kelamin laki-laki sebanyak 59 responden dan frekuensi jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 34 responden. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Yosep, 2011) mengatakan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap penyakit skizofrenia yaitu usia dan jenis kelamin.

Umur puncak terjadinya skizofrenia pada laki-laki antara; 5-25 tahun, sedangkan pada perempuan 25-35 tahun. Onset skizofrenia, sebelum umur 10 dan sesudah 50 tahun adalah jarang terjadi. Lebih kurang 90% pasien skizofrenia yang di rawat di RSJ adalah berumur antara 15-55 tahun. Skizofrenia mempunyai prevalensi yang hampir sama pada laki-laki dan perempuan, tetapi kedua jenis kelamin ini mempunyai perbedaan permulaan dan perjalanan penyakitnya. Laki-laki mempunyai permulaan skizofrenia yang lebih cepat daripada perempuan. Lebih separuh dari penderita skizofrenia adalah laki-laki.

Frekuensi pendidikan didapatkan hasil berpendidikan SD sebanyak 33 responden, berpendidikan SMP sebanyak 22 responden, berpendidikan SMA yaitu sebanyak 25 responden, Sarjana 6 responden dan tidak sekolah sebanyak 7 orang. Berdasarkan hasil penelitian dari (Dyah, 2012) berpendapat terkait dengan tingkat pendidikan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan rendah cenderung kurang memperhatikan kualitas hidup sehat, sehingga berpengaruh juga pada terapi pengobatan. Sebaliknya pasien dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung untuk kritis terhadap kesehatan mereka. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan cenderung pasien berpendidikan tinggi sehingga memperhatikan kualitas kesehatan dan terapi jiwa mereka.

b. Lama Menderita Penyakit

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lama menderita penyakit selama 1-5 tahun yaitu sebanyak 42 responden dan lama menderita penyakit > 5 tahun sebanyak 51 responden. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Notoadmodjo, 2009) mengatakan bahwa lamanya pasien mengidap penyakit, makin kecil pasien tersebut patuh pada pengobatannya. Masalah biaya pelayanan juga merupakan hambatan yang besar bagi pasien yang mendapat pelayanan rawat jalan dari klinik umum. Tingkat ekonomi atau penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan

pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau membayar transportasi.

Berdasarkan hasil penelitian dari (Sulistyowati, 2012) berpendapat bahwa lama menderita penyakit berpengaruh terhadap pengobatan karena pasien cenderung bosan untuk minum obat, karena merasa bahwa dirinya sudah sembuh dan tidak butuh obat lagi. Meskipun, terkadang ada beberapa pasien skizofrenia yang masih merasa bahwa dirinya dalam kondisi sakit dan membutuhkan obat setiap harinya.

c. Dukungan Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada dukungan keluarga sebanyak 64 responden dan tidak ada dukungan keluarga yaitu sebanyak 29 responden. Berdasarkan hasil penelitian dari (Putra, 2013) hasil ini berarti keluarga memberikan dukungan yang adekuat dan terus-menerus selama pasien di rawat baik hal ini tampak pada keluarga yang mau membawakan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa berobat secara berkala dan terus-menerus ke Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

Hasil penelitian ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan (Emnina, 2010) yang menyebutkan bahwa keluarga memberikan dukungan yang adekuat dan terus-menerus selama pasien di rawat baik dukungan pengharapan, nyata, informasi dan dukungan emosional.

Dukungan keluarga adalah dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga (suami, istri, anak, saudara kandung dan orang tua dari pasien) sehingga individu yang diberikan dukungan merasakan bahwa dirinya diperhatikan, dihargai, mendapatkan bantuan dari orang-orang yang berarti serta memiliki ikatan keluarga yang kuat dengan anggota keluarga yang lain (Lubis, et al., 2009).

d. Peran Perawat

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat peran perawat yang baik sebanyak 55 (59,1%) dan peran perawat kurang baik berjumlah 38 (40,9%). Wawasan ilmu pengetahuan yang luas untuk mempengaruhi orang lain agar dapat berperilaku mengikuti suatu program pengobatan (Asmadi, 2008). Informasi yang diberikan dapat merujuk klien memperoleh informasi lanjutan terkait kepatuhan pengobatan (dosis, efek samping, dan aturan minum obat (Videbeck, 2008).

Kemampuan berkomunikasi perawat dalam memberikan informasi kepada klien agar memahami program pengobatan yang dilakukan (Potter & Perry, 2005). Penerapan komunikasi yang baik akan mampu meningkatkan citra profesionalisme dari kepercayaan klien kepada perawat. Menjadi model atau contoh perilaku profesional (Asmadi, 2008). Sebagai contoh adalah perawat menggunakan prosedur benar dalam pemberian obat (nama, dosis, rute, waktu pemberian atau minum obat).

e. Kepatuhan Minum Obat

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat patuh minum obat sebanyak 54 (58,1%) dan tidak patuh minum obat sebanyak 39 (41,9%). Bahwa kepatuhan pasien adalah sejauh mana perilaku pasien skizofrenia sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan (Niven, 2008). Ketidapatuhan akan mengakibatkan penggunaan obat tidak sesuai dosis atau aturan yang ada. Pasien skizofrenia akan kehilangan manfaat terapi dan kemungkinan mengakibatkan kondisi semakin memburuk dan dapat mengakibatkan kekambuhan pasien skizofrenia.

Kepatuhan sebagai ketaatan pasien dalam melaksanakan tindakan terapi. Kepatuhan pasien berarti bahwa pasien beserta keluarga harus meluangkan waktu dalam melakukan pengobatan secara teratur termasuk menjalani program farmakoterapi. Mematuhi program pengobatan pada tahap awal serangan dapat meminimalisasi deteriorasi (kemunduran mental)

karena dalam keadaan psikotik yang lama akan menimbulkan detriorasi kronik. Apabila responden mengalami keadaan detriorasi kronik, akan ketergantungan dalam memenuhi keadaan dasarnya, responden menjadi menyusahkan keluarga, orang lain, masyarakat, dan lingkungan sekitar (Saranggih, 2011).

Menurut (Cit Hakim, 2008) seseorang dikatakan patuh dalam minum obat apabila memenuhi 4 hal seperti dosis yang diminum sesuai dengan yang dianjurkan, durasi waktu minum obat diantara dosis sesuai dengan yang dianjurkan, jumlah obat yang diambil pada suatu waktu sesuai dengan yang ditentukan dan tidak mengganti dengan obat lain yang tidak dianjurkan.

2. Analisis Bivariat

a. Hubungan Lama Menderita Penyakit dengan Kepatuhan Minum Obat

Hasil analisis pada penelitian ini menggunakan uji *Chi Square* diperoleh hasil *p* value yaitu $0,031 < \alpha 0,05$. Dengan demikian terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel, berarti H_0 diterima dan H_0 ditolak yaitu terhadap hubungan antara lama menderita penyakit dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci di ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur. Hasil penelitian ini sesuai dengan (Sulistyowati, 2012) dengan judul penelitian hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kekambuhan skizofrenia di Desa Paringan Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponorogo dengan hasil lamanya menderita skizofrenia mayoritas menderita selama > 5 tahun yaitu sebesar 56,67%. Lama pengobatan pasien skizofrenia berpengaruh bagi pasien skizofrenia. Pasien cenderung bosan untuk minum obat, karena merasa bahwa dirinya sudah sembuh dan tidak butuh obat lagi. Meskipun, terkadang ada beberapa pasien skizofrenia yang masih merasa bahwa dirinya dalam kondisi sakit dan membutuhkan obat setiap hari.

Terdapat 12 responden 28,6% lama menderita penyakit selama 1-5 tahun tetapi tidak patuh akan pengobatannya hal ini karena pasien kurang

menyadari dirinya sakit dan pasien juga terkadang lupa pentingnya meminum obat secara rutin. Terdapat 24 responden 47,1% lama menderita penyakit selama > 5 tahun tetapi patuh akan pengobatannya hal ini karena pasien sangat sadar pentingnya meminum obat dan pasien mempunyai motivasi untuk sembuh dari penyakitnya sehingga rutin dalam meminum obat.

(Notoadmodjo, 2009) mengatakan bahwa Lamanya pasien mengidap penyakit, makin kecil pasien tersebut patuh pada pengobatannya. Masalah biaya pelayanan juga merupakan hambatan yang besar bagi pasien yang mendapat pelayanan rawat jalan dari klinik umum. Tingkat ekonomi atau penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau membayar transportasi.

Menurut asumsi peneliti semakin lama menderita penyakit kemungkinan untuk patuh dalam pengobatannya rendah dikarenakan pasien bosan untuk meminum obat terus-menerus, merasa dirinya sudah sembuh dan tidak butuh obat lagi.

b. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat

Hasil analisis pada penelitian ini menggunakan uji *Chi Square* diperoleh hasil *p* value yaitu $0,004 < \alpha 0,05$. Dengan demikian terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel, berarti H_a diterima dan H_0 ditolak yaitu terhadap hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci di ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

Terdapat 20 responden 31,2 % ada dukungan keluarga tetapi tidak patuh akan pengobatannya hal ini karena pasien tidak memperlakukan lagi terapi pengobatannya sehingga ada dukungan keluarga secara penuh tidak mampu merubah pasien untuk patuh dalam meminum obatnya. Terdapat 10

responden 34,5% tidak ada dukungan keluarga tetapi patuh akan pengobatannya hal ini karena pasien menyadari bahwa meminum obat rutin dapat membuat sembuh walaupun tidak ada dukungan keluarga tidak mempengaruhi pasien rutin dalam terapi pengobatannya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan (Yoga, 2011) yang berjudul hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien minum obat di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara Medan menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien minum obat. Hasil penelitian ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan (Emnina, 2010) yang menyebutkan bahwa keluarga memberikan dukungan yang adekuat dan terus-menerus selama pasien di rawat baik dukungan pengharapan, nyata, informasi dan dukungan emosional.

Hasil penelitian yang mendukung oleh (Putra, 2013) yang berjudul hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa diruang Poli Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur mengatakan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa dengan hasil p value = 0,017.

Dukungan keluarga adalah dorongan dari anggota keluarga klien untuk melakukan kunjungan ke sarana kesehatan guna mendapat pelayanan kesehatan, (Rachmadiany, 2008). Keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi dan mental (Ryan dan Austin, dalam Friedman, 2010).

Keluarga sebagai orang yang dekat dengan pasien harus mengetahui prinsip lima benar dalam minum obat yaitu pasien yang benar, obat yang benar, dosis yang benar, cara atau rute pemberian yang benar dan waktu pemberian obat yang benar dimana kepatuhan terjadi bila aturan pakai dalam obat yang diresepkan serta pemberiannya di rumah sakit diikuti dengan

benar. Ini sangat penting terutama pada penyakit-penyakit menahun termasuk salah satunya adalah penyakit gangguan jiwa. Faktor pendukung pada klien adanya keterlibatan keluarga sebagai pengawas minum obat pada keluarga dengan klien dalam kepatuhan pengobatan (Butar, 2012).

Mengurangi terjadinya *compliance* dan *adherence* pada klien skizofrenia yang sedang menjalankan proses pengobatan sangat penting untuk melibatkan keluarga guna mendukung klien agar selalu patuh berobat. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam mengantisipasi kekambuhan klien dengan cara membawa klien kontrol berobat secara teratur ke pelayanan kesehatan terdekat (Sumampow, dalam Anna, 2012). Klien skizofrenia yang mendapatkan dukungan keluarga mempunyai kesempatan berkembang kearah yang lebih baik secara maksimal, sehingga klien skizofrenia akan bersikap positif baik terhadap dirinya maupun lingkungannya karena keluarga merupakan lingkungan sosial pertama yang dikenal.

Menurut asumsi peneliti dukungan keluarga sangat penting dalam hal terapi pengobatan pasien skizofrenia sehingga patuh dalam pengobatannya. Dukungan keluarga sangat diperlukan oleh pasien skizofrenia dalam memberikan semangat dan motivasi kepada pasien skizofrenia selama perawatan dan pengobatan.

c. Hubungan Peran Perawat dengan Kepatuhan Minum Obat

Hasil analisis pada penelitian ini menggunakan uji *Chi Square* diperoleh hasil *p* value yaitu $0,128 > \alpha 0,05$. Dengan demikian tidak ada hubungan yang signifikan antara kedua variabel, berarti H_a ditolak dan H_0 diterima yaitu terhadap hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci di ruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian yang telah dilakukan (Raras, 2016) yang berjudul Hubungan Peran Perawat Pendidik

Dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia Di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember dengan hasil p value = 0,000. Penelitian yang dilakukan peneliti bertentangan dengan penelitian yang dilakukan (Raras, 2016) terletak pada metode penelitian yang digunakan. Peneliti menggunakan sampel sebanyak 93 responden dengan teknik *accidental sampling* sedangkan penelitian (Raras, 2016) menggunakan sampel sebanyak 62 responden dengan teknik *consecutive sampling* sehingga dengan sampel yang sedikit didapatkan hasil yang bervariasi.

Terdapat 19 responden 34,5% peran perawat yang baik tetapi tidak patuh akan pengobatannya hal ini karena pasien mengabaikan terapi pengobatannya walaupun peran perawat yang baik tidak dapat mempengaruhi pasien rutin dalam pengobatannya. Terdapat 18 responden 47,4% peran perawat yang kurang baik tetapi patuh akan pengobatannya hal ini karena pasien menyadari bahwa meminum obat rutin dapat membuat sembuh walaupun peran perawat yang kurang baik tidak mempengaruhi pasien rutin dalam terapi pengobatannya.

Perawat sebagai penghubung antara klien dengan tim kesehatan lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan atau keputusan klien, membela kepentingan klien, dan membantu klien memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional maupun profesional (Videbeck, 2008).

Perawat sebagai pemberi bimbingan atau konseling klien adalah mengidentifikasi perubahan pola interaksi klien terhadap keadaan sehat sakit konseling diberikan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu, pemecahan masalah difokuskan pada masalah keperawatan, dan mengubah perilaku hidup ke arah perilaku hidup sehat (Kusnanto, 2004).

Perawat sebagai pendidik membantu klien untuk meningkatkan kesehatan melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medis yang diterima sehingga klien atau keluarga dapat

menerima tanggung jawab terhadap hal-hal yang diketahuinya (Susanto, 2012).

Menurut asumsi peneliti peran perawat terhadap terapi pengobatan pasien skizofrenia masih kurang optimal dan kurang efektif sehingga tidak terdapat hubungan antara peran perawat dengan kepatuhan minum obat untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia diharapkan peran perawat dioptimalkan lagi dalam mengedukasi pasien dan keluarga tentang terapi pengobatannya karena perawat sebagai pendidik pasien dan keluarga penting untuk memberikan edukasi dan motivasi dalam hal pengobatan untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam meminum obatnya.

C. Kelemahan Penelitian

Dalam penelitian ini terdapat kelemahan yang disebabkan karena keterbatasan penelitian, yaitu :

1. Desain dalam penelitian ini adalah *cross sectional* yang mempunyai kelemahan sehingga tidak dapat membedakan variabel sebab akibat karena variabel tersebut diukur dalam waktu bersamaan.
2. Dalam penelitian ini hanya melihat riwayat pasien pada saat dilakukan penelitian saja, penelitian ini tidak berusaha melihat ke belakang, yaitu data yang digali dari dampak atau akibat yang terjadi karena penelitian ini tidak menggunakan desain penelitian *case control*.
3. Waktu penelitian, kunjungan keluarga pasien ke poliklinik psikiatri yang tidak merata setiap harinya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan analisis statistik yang telah dilakukan dan pembahasan yang telah dikemukakan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Lama menderita penyakit mayoritas > 5 tahun sebanyak 51 (54,8%).
2. Dukungan Keluarga pasien skizofrenia tak terinci 64 (68,8%) dengan kategori ada dukungan keluarga.
3. Peran Perawat didapatkan sebanyak 55 (59,1%) dengan kategori baik.
4. Kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci diruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur berjumlah 54 (58,1%) dengan kategori patuh minum obat.
5. Ada hubungan antara lama menderita dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci dengan nilai p value = 0,031
6. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci dengan nilai p value = 0,004
7. Tidak ada hubungan antara peran perawat dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci dengan nilai p value = 0,128

B. Saran

Setelah penelitian dapat disimpulkan hasil penelitian ini, maka peneliti memberikan beberapa saran untuk penatalaksanaan keperawatan dan peneliti selanjutnya sebagai berikut :

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Masih perlu dilakukan penelitian lebih lanjut karena terdapat faktor lain yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia tak terinci yang belum diteliti

2. Bagi Keluarga Pasien

Keluarga diharapkan dapat selalu memberikan dukungan dan motivasi yang lebih terutama membantu pasien untuk teratur minum obat agar tidak mengalami kekambuhan

3. Bagi Perawat RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur

Diharapkan perawat poliklinik psikiatri selalu memberikan motivasi kepada pasien tentang minum obatnya serta mengedukasi pasien dan keluarga tentang minum obat pasien.



DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- College of Nurse Ontario. (2009). *Professional Standards Revised 2002. California*. [online]. http://www.cno.org/Global/docs/prac/41006_ProfStds.pdf. [diakses pada tanggal 18 Februari 2017].
- Davidson, G. C. & John M. N. 2001. *Abnormal Psychology*. The Eight Edition. New York : John Wiley & Sons, Inc
- Dharma Kusuma Kelana. (2015). *Metodologi penelitian keperawatan*. Trans Info Media, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Republik Indonesia*. Jakarta: Badan Litbangkes Kemenkes RI.
- Fleischhacker W., Oehl M. A., & Hummer M. (2003). *Factors Influencing Compliance In Schizophrenia Patients*. Physicians Postgraduate Press.
- Halgin, R & Whitebourne S. (2010). *Psikologi Abnormal: Persepektif Klinis pada Gangguan Psikologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kaplan, H. I. & Benjamin J. S. (2010). *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Perilaku dan Psikiatri Klinis. Ed. Terj. Jilid 1*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Kartono, K. 2009. *Psikologi Abnormal dan Abnormalitas Seksual*. Bandung: Penerbit CV. Mandar Maju.
- Kaunang, I., E. Kanine, dan V. Kallo. (2015). *Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Prevalensi Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Yang Berobat Jalan Di Ruang Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Prof Dr. V. L. Ratumbusang Manado* . Jurnal Keperawatan, Vol 3, No 2.
- Kusnanto. 2004. *Pengantar profesi dan Praktek Keperawatan Professional*. Jakarta: EGC.
- Maramis, W. F. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.

- Maslim, R. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas Dari PPDGJ – III: Skizofrenia, Gangguan Skizotipal Dan Gangguan Waham*. Jakarta: Bagian ilmu kedokteran jiwa FK – Unika Atmajaya.
- Munthe, M. (2015). *Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Frekuensi Kekambuhan Pada Orang Dengan Skizofrenia Di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan*. Program Studi Ners Fakultas Keperawatan & Kebidanan Universitas Sari Mutiara Indonesia.
- Nantingkaseh L (2007). *Skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya. Proseding simposium sehari kesehatan jiwa dalam rangka menyambut hari kesehatan jiwa sedunia*. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia Cabang Jakarta.
- NIMH. (2012). *Schizophrenia*. [serial online] www.nimh.nih.gov [diakses pada tanggal 26 Agustus 2017]
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- . (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika
- . (2011) *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta Selatan: Salemba Medika
- . (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Osteberg, Lars MD & Blashcke T. (2005). *Adherence to Medication. England: The New England Journal of Medicine* [serial online] Februari 2016] <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ2/docs/osterberg.pdf> [diakses pada tanggal 22 desember 2017]
- Prabowo, H. P. 2007. *Interaksi Keluarga Pada Remaja Penderita Skizofrenia Tinjauan Psikokultural Jawa*. Semarang: Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro.
- Pratiwi, I. (2011). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik RSJ Prof. Dr. HB Saanin Padang* [serial online] <http://repository.unand.ac.id/17978/1/INNEKE.pdf>. [diakses pada tanggal 24 desember 2017]
- Putra,W, W, G, I. (2013) *hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa diruang poli psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam*. Stikes Wiyata Husada Samarinda

Rahmatichasari, R. (2016). *Hubungan Peran Perawat Pendidik Dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia Di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember*. Diakses Pada Tanggal 20 Desember 2017

Republik Indonesia. 2014. *Undang-Undang No 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Sekretariat Negara.

Sadock, B. J & Sadock, V. A. (2010). *E-Book Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry- 5th Ed*. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins, a Wolters Kluwer Business.

Sadock, B. J. (2010). *Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry Ed. 2/ alih bahasa Profitasari*. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins, a Wolters Kluwer Business.

Sariah, A. E. Outwater, A. H. dan Malima, Khadija IY. (2014). *Risk and protective factors for relapse among Individuals with Schizophrenia: A Qualitative Study in Dar es Salaam, Tanzania*. BMC Pshychiatry.

Sinaga, N. A. (2014). *Skripsi: Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia Paranoid Di Unit Rawat Jalan RSJ Aceh*. Banda Aceh: FK-Utsyiah.

Smeltzer, S. C & Bare B. G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi ke-8*. Jakarta: EGC.

Stuart, G. W. (2006). *Buku Saku Keperawatan Jiwa/ Edisi Terjemahan, Alih Bahasa Ramona P. dkk, Edisi Ke-5*. Jakarta: EGC.

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif & RND*. Bandung : Alfabeta

Townsend, M. C. (2010). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Psikiatri: Rencana Asuhan & Medikasi Psikotropik Edisi Terjemahan Edisi Ke-5*. Jakarta: EGC.

Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC

WHO. 2013. *Schizophrenia*. www.who.int. [4 Desember 2014].


Wiramihardja, S. A. 2005. *Pengantar Psikologi Klinis*. Bandung : Refika Aditama


Yusuf Ah, Rizky F. P. K., Hanik EN. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.



LAMPIRAN

Lampiran 1

 **PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR**
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan Kakap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743364 Fax. 741035
Website : rsjdahm.kaltimprov.go.id // email : rsjdahm@kaltimprov.go.id

 Management System
TUV Rheinland
Certified
TIC 9001:2008
www.tuv.com
ID: 1500970271

Samarinda, 18 Desember 2017

Nomor : 800/1663/RSJD.AHM-TU/2017
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Ijin Studi Pendahuluan & Penelitian


Kepada
Yth. Wakil Ketua I STIKES WHS Samarinda
di
Samarinda

Dengan hormat,
Menjawab Surat Saudara Nomor : 1760/STIKES-WHS/XII/2017 tanggal 15 Desember 2017 Perihal Pelaksanaan Studi Pendahuluan & Penelitian :

Nama : Zainal Muttaqin
NIM : 14.1214.446.01
Semester : VII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Tak Terinci.

Maka dengan ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui permohonan tersebut.
Demikianlah hal ini kami sampaikan, atas perhatiannya di ucapkan terima kasih.

An. Direktur
Wakil Optum & Keuangan


Dra. Hj. Ernawati, AH
Pembina Tk. I
NIP.19591229 198303 2007

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN

MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Setelah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat dan mekanisme penelitian yang dilakukan oleh Zainal Muttaqin, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda. Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia dan akan memberikan informasi yang sebenar-benarnya serta tidak keberatan untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang berjudul ” Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Tak Terinci Diruang Poliklinik Psikiatri RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur”

Demikian surat persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela dan tanpa ada paksaan dari berbagai pihak manapun.



Responden,

(.....)

Lampiran 3

KUESIONER A

Petunjuk Pengisian

Kode Responden :

1. Setiap pernyataan dibawah ini berisi satu jawaban

Pertanyaan :

1. Usia Pasien :

2. Jenis Kelamin Pasien : (1) Laki-laki

(2) Perempuan

3. Pendidikan Pasien : (1) SD (4) Sarjana

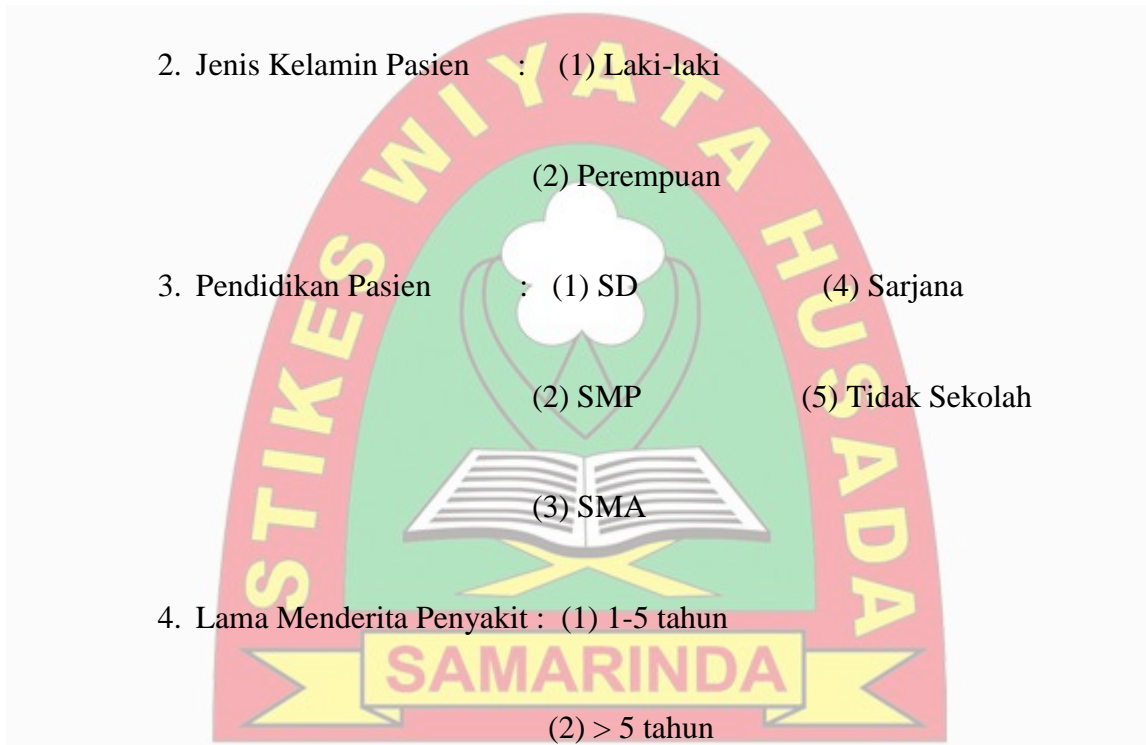
(2) SMP

(5) Tidak Sekolah

(3) SMA

4. Lama Menderita Penyakit : (1) 1-5 tahun

(2) > 5 tahun



Lampiran 4

KUESIONER B (DUKUNGAN KELUARGA)

Petunjuk Pengisian

1. Jawablah semua pertanyaan yang tersedia dengan memberikan tanda (√) pada tempat yang telah disediakan.
2. Semua pertanyaan harus dijawab.
3. Tiap pertanyaan harus diisi dengan satu jawaban

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya mengingatkan pasien untuk kontrol, minum obat, latihan, dan makan		
2	Saya menganggap bahwa penyakit jiwa sebagai penyakit yang memalukan bagi keluarga saya		
3	Saya tetap menyayangi selama pasien sakit		
4	Saya mengikut sertakan penderita dalam kegiatan sehari-hari di rumah (membantu pekerjaan di rumah)		
5	Saya mendampingi pasien untuk minum obat		
6	Saya mengingatkan pasien untuk minum obat		
7	Saya bersedia membiayai perawatan dan pengobatan		
8	Saya menerima apa adanya keluarga saya yang mengalami gangguan jiwa		
9	Saya memberi pujian dan perhatian kepada pasien		
10	Saya memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat kepada pasien		

Sumber : Kuesioner diadopsi dari penelitian Putra (2013) dan dimodifikasi oleh peneliti

KUESIONER C (PERAN PERAWAT)

Petunjuk Pengisian :

1. Berilah tanda centang (√) pada kolom Ya atau Tidak yang menunjukkan seberapa besar pernyataan tersebut sesuai dengan keadaan anda selama beberapa hari terakhir;
2. Dalam kuesioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga tidak terdapat jawaban yang dianggap salah, semua jawaban dianggap benar jika anda memberikan jawaban sesuai dengan keadaan anda;
3. Informasi ini akan dirahasiakan, oleh karena itu mohon diisi sesuai dengan keadaan sebenarnya. Terima kasih.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Apakah Perawat belum menjelaskan pentingnya minum obat sesuai jam minum obat yang dianjurkan		
2	Apakah Perawat memberi dukungan kepada klien untuk taat pada anjuran pengobatan		
3	Apakah Perawat mengajarkan klien minum obat secara mandiri		
4	Apakah Perawat memberi contoh obat beberapa macam obat yang harus diminum		
5	Apakah Perawat mengingatkan klien tentang jadwal ambil obat selanjutnya setiap setelah kontrol		
6	Apakah Perawat menjelaskan efek samping obat yang mungkin terjadi, jika klien minum obat sesuai anjuran dokter		
7	Apakah Perawat belum menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang peran keluarga dalam pengawasan minum obat		
8	Apakah Perawat menjelaskan dampak yang akan terjadi kepada klien, ketika klien tidak minum obat sesuai anjuran dokter		
9	Apakah Perawat menjelaskan tentang tujuan dan manfaat minum obat		
10	Apakah Perawat menjelaskan kepada klien tentang akibat apabila klien lupa minum obat		
11	Apakah Perawat menjelaskan tentang tempat yang harus dikunjungi untuk kontrol		

Sumber : Journal Professional Standards Revised 2002 (2009), dalam Rohmah (2015) dan Hapsari (2013) diadopsi dan dimodifikasi oleh peneliti

KUESIONER D (KEPATUHAN MINUM OBAT)

Petunjuk pengisian :

1. Isilah pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda check list (√) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan apa yang anda alami.

Tidak : tidak pernah melakukan.

Ya : pernah

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1	Apakah klien lupa meminum obat?		
2	Apakah klien melanggar jadwal waktunya minum obat?		
3	Apakah klien harus selalu diingatkan jadwal waktunya minum obat?		
4	Apakah klien tidak mandiri meminta obat kepada perawat?		
5	Apakah klien harus dipanggil terlebih dahulu saat waktunya minum obat		
6	Apakah klien masih harus dipaksa dan diawasi ketika minum obat?		
7	Apakah klien tidak mengetahui nama obat yang biasa diminum?		
8	Apakah klien tidak meminum obatnya dengan benar (nama, aturan dan cara minum)?		
9	Apakah klien tidak mengetahui manfaat obat yang di minum selama ini?		
10	Apakah klien tidak mengetahui efek samping obat yang di minum?		

Sumber : Kuesioner diadopsi dari medication adherence rating scale (MARS) for the psychoses dari Thompson (1999), dalam Munthe (2015)

RIWAYAT HIDUP



Nama : Zainal Muttaqin

Tempat tanggal lahir : Samarinda, 3 November 1995

Jenis kelamin : Laki-Laki

Agama : Islam

Alamat : Jalan Adam Malik Perumahan Citra Griya Blok G No. 29

Email : Zainal110395@gmail.com

Nama Orang Tua

1. Ayah : H. Murdjani
2. Ibu : HJ. Rusdiana

Institusi : STIKes Wiyata Husada Samarinda

Program Studi : S1 – Ilmu Keperawatan

Angkatan : 2014

Riwayat Pendidikan :

1. TK Darma Bahagia, Samarinda
2. SD Muhammadiyah 2, Samarinda
3. SMP N 10 Samarinda
4. SMA N 5 Samarinda

Tabulasi Data Penelitian

No Resp	Usia	Jk	Pd	Lama sakit	Dukungan keluarga	Peran perawat	Kepatuhan obat
1	40	1	1	1	1	1	1
2	28	1	3	1	2	2	2
3	39	2	5	2	1	1	2
4	66	2	1	2	1	2	1
5	43	1	2	2	1	2	2
6	47	1	3	1	1	1	1
7	35	1	3	2	2	2	2
8	61	2	3	2	1	2	2
9	48	1	3	2	1	2	1
10	50	1	1	1	2	2	2
11	35	2	5	2	1	2	1
12	44	1	2	2	1	2	1
13	31	2	3	1	1	2	1
14	48	1	3	2	1	2	2
15	32	2	2	2	1	1	1
16	65	1	1	1	1	1	1
17	18	2	1	1	1	2	2
18	40	1	2	2	1	2	1
19	30	1	2	1	2	2	2
20	24	1	3	1	2	2	2
21	45	2	1	1	1	1	1
22	31	1	2	1	1	1	2
23	42	1	3	1	1	1	1
24	30	1	5	2	1	1	1
25	32	2	3	1	2	2	1
26	31	1	3	1	2	1	1
27	22	1	4	1	2	1	1
28	21	1	2	2	1	2	2
29	26	2	1	2	1	1	2

30	55	2	5	2	1	2	2
31	44	1	2	1	1	2	1
32	32	1	5	2	1	1	1
33	36	1	1	1	1	2	1
34	53	1	1	1	1	1	1
35	60	2	2	2	1	1	1
36	35	1	2	2	1	2	2
37	39	1	3	2	1	2	2
38	48	2	3	1	1	1	1
39	50	1	1	2	1	2	2
40	35	1	1	2	1	2	1
41	21	1	5	1	1	2	1
42	36	2	1	1	1	1	1
43	38	1	3	1	1	2	1
44	44	2	4	2	1	2	1
45	43	2	3	1	1	1	1
46	20	1	2	1	1	1	2
47	32	1	2	2	1	2	2
48	49	1	1	2	1	2	1
49	22	1	2	1	2	1	2
50	47	1	1	2	1	2	1
51	34	1	2	1	1	2	1
52	36	1	1	2	2	1	2
53	60	2	5	1	1	1	1
54	44	1	3	2	1	2	1
55	37	1	3	2	2	1	2
56	52	1	1	1	1	1	1
57	66	1	3	2	2	1	1
58	78	2	1	2	2	2	2
59	44	2	1	2	1	1	1
60	50	2	3	2	1	1	1
61	54	1	4	2	1	1	1

62	35	1	1	2	1	2	2
63	48	2	1	2	1	1	2
64	41	1	3	2	2	1	2
65	27	1	2	2	1	1	1
66	41	1	3	2	2	2	2
67	32	2	1	2	2	1	2
68	68	1	1	2	1	2	1
69	33	1	3	1	1	1	2
70	40	1	1	2	2	1	1
71	23	1	1	2	1	2	2
72	22	1	2	1	2	1	1
73	29	1	3	1	1	2	2
74	38	1	4	2	2	1	2
75	25	2	1	2	2	1	2
76	24	1	3	1	1	1	1
77	32	2	2	2	1	1	1
78	44	2	2	2	1	1	1
79	36	1	2	2	2	1	2
80	40	2	1	1	1	1	1
81	23	1	4	1	1	1	1
82	29	2	1	2	2	1	2
83	35	2	1	1	2	1	1
84	51	2	1	2	2	1	2
85	30	1	2	1	2	1	1
86	42	2	1	2	1	1	2
87	25	1	3	1	2	1	1
88	29	2	2	1	1	1	1
89	35	2	4	2	2	1	1
90	55	2	1	1	2	1	2
91	38	1	2	1	1	1	1
92	45	2	1	1	1	1	1
93	60	1	1	1	2	1	2

Uji Validitas Kuesioner Dukungan Keluarga

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

R tabel 5%, $N 30 - 2 = 28$ (0,374)

No Item	Nilai R Hitung	Nilai R Tabel (5%)	Keterangan
P1	0,577	0,374	Valid
P2	0,463	0,374	Valid
P3	0,577	0,374	Valid
P4	0,430	0,374	Valid
P5	0,429	0,374	Valid
P6	0,692	0,374	Valid
P7	0,417	0,374	Valid
P8	0,633	0,374	Valid
P9	0,509	0,374	Valid
P10	0,622	0,374	Valid

Uji Reabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.669	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	7.13	3.016	.558	.632
p2	7.27	2.823	.343	.642
p3	7.13	3.016	.558	.632
p5	7.47	2.878	.171	.689
p6	7.37	2.861	.224	.672
p7	7.17	2.833	.592	.612
p8	7.27	2.961	.229	.665
p9	7.20	2.855	.441	.628
p11	7.27	2.892	.285	.654
p12	7.63	2.447	.440	.620

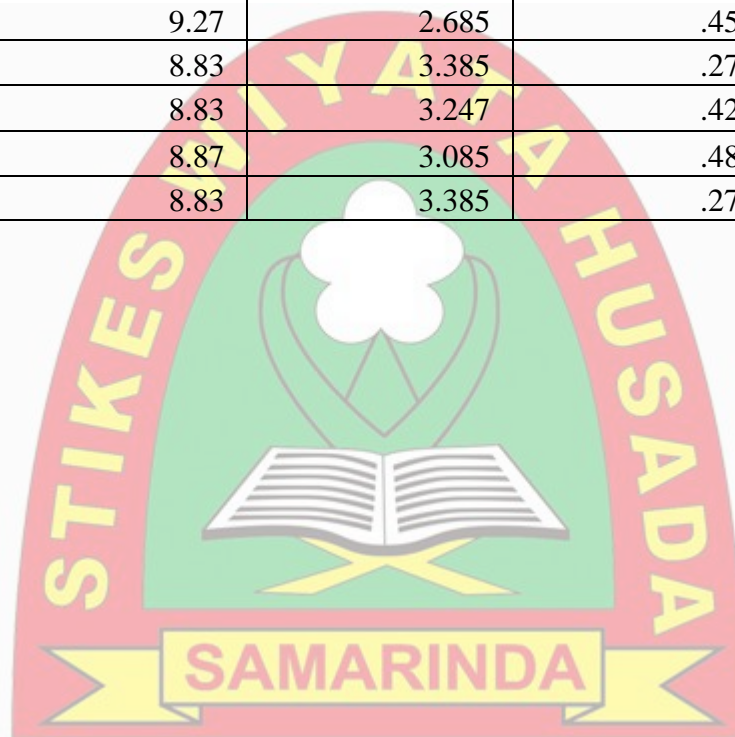
Uji Validitas Kuesioner Peran Perawat R tabel 5%, N 30 – 2 = 28 (0,374)

No Item	Nilai R Hitung	Nilai R Tabel (5%)	Keterangan
P1	0,560	0,374	Valid
P2	0,530	0,374	Valid
P3	0,374	0,374	Valid
P4	0,517	0,374	Valid
P5	0,488	0,374	Valid
P6	0,461	0,374	Valid
P7	0,638	0,374	Valid
P8	0,392	0,374	Valid
P9	0,461	0,374	Valid
P10	0,546	0,374	Valid
P11	0,392	0,374	Valid

Uji Reabilitas Kuesioner Peran Perawat

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.711	11

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p2	9.57	3.151	.267	.708
p3	8.83	3.178	.508	.676
p4	8.87	3.292	.287	.701
p8	8.93	3.099	.345	.694
p9	8.87	3.292	.287	.701
p10	8.83	3.316	.348	.694
p11	9.27	2.685	.455	.678
p12	8.83	3.385	.271	.702
p13	8.83	3.247	.427	.685
p14	8.87	3.085	.489	.674
p15	8.83	3.385	.271	.702



Hasil Uji Normalitas Lama Menderita Penyakit, Dukungan Keluarga, Peran Perawat dan Kepatuhan Minum Obat

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
dukungan keluarga	93	100.0%	0	0.0%	93	100.0%
peran perawat	93	100.0%	0	0.0%	93	100.0%

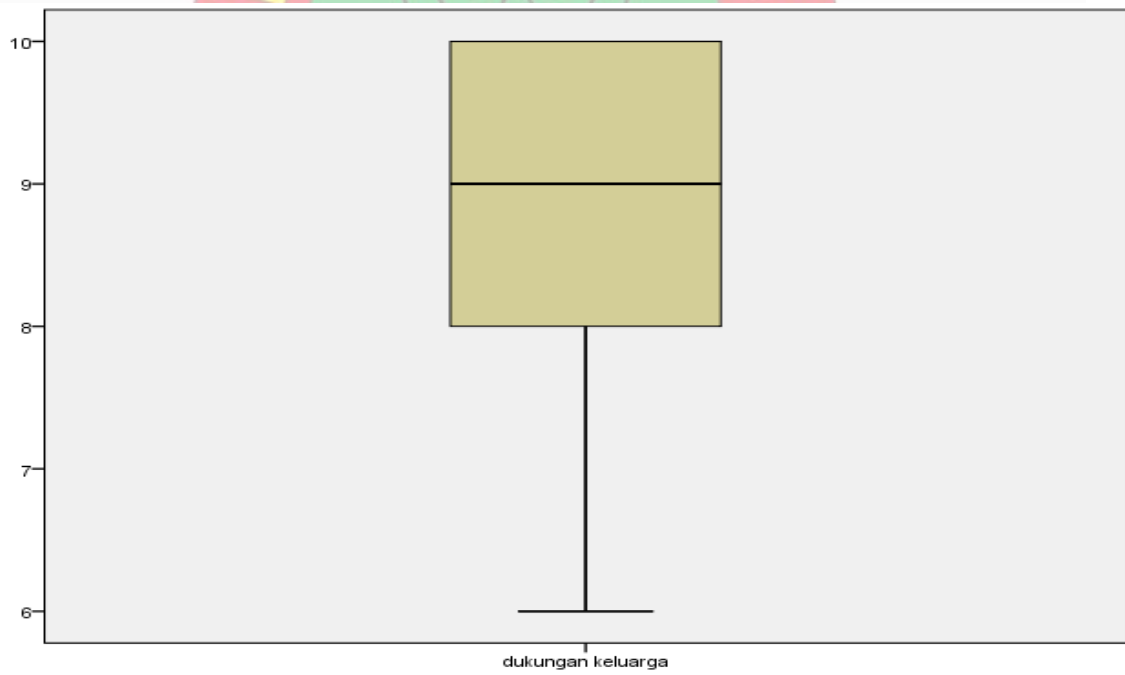
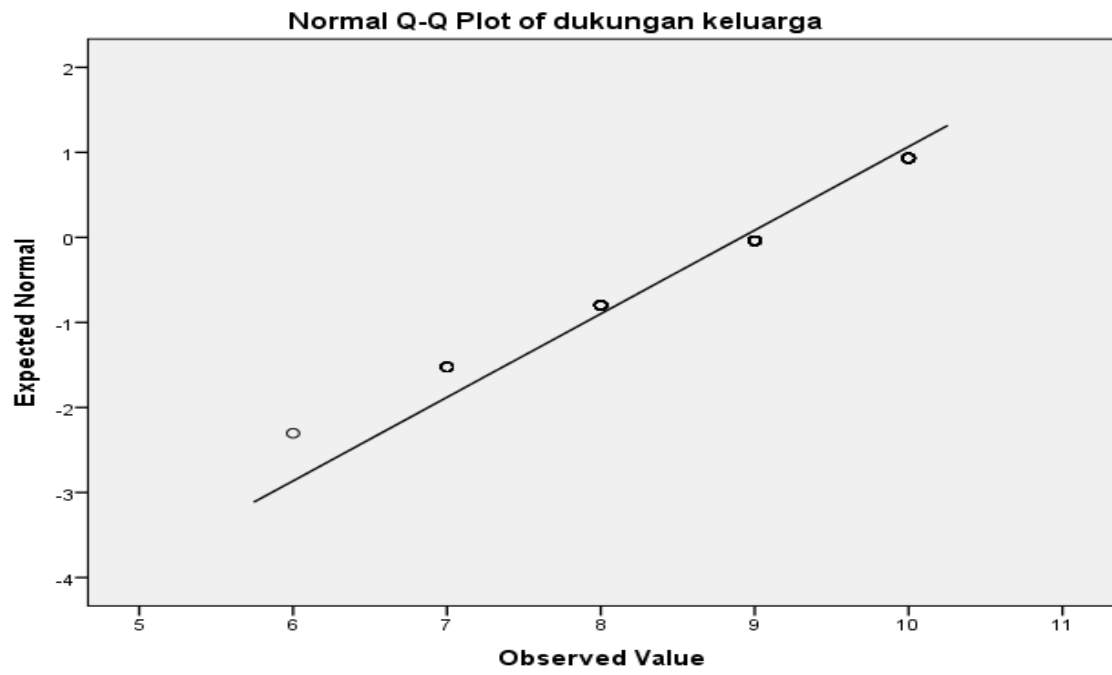
Dukungan Keluarga	Statistic	Std. Error
Mean	8.91	.106
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 8.70 Upper Bound 9.12	
5% Trimmed Mean	8.97	
Median	9.00	
Variance	1.036	
Std Deviation	1.018	
Minimum	6	
Maximum	10	
Range	4	
Interquartile Range	2	
Skewness	-.646	.250
Kurtosis	-.391	.495

Peran Perawat		Statistic	Std. Error
	Mean	10.27	.122
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 10.03 Upper Bound 10.51	
	5% Trimmed Mean	10.44	
	Median	11.00	
	Variance	1.394	
	Std Deviation	1.181	
	Minimum	6	
	Maximum	11	
	Range	5	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	-2.080	.250
	Kurtosis	4.361	.495

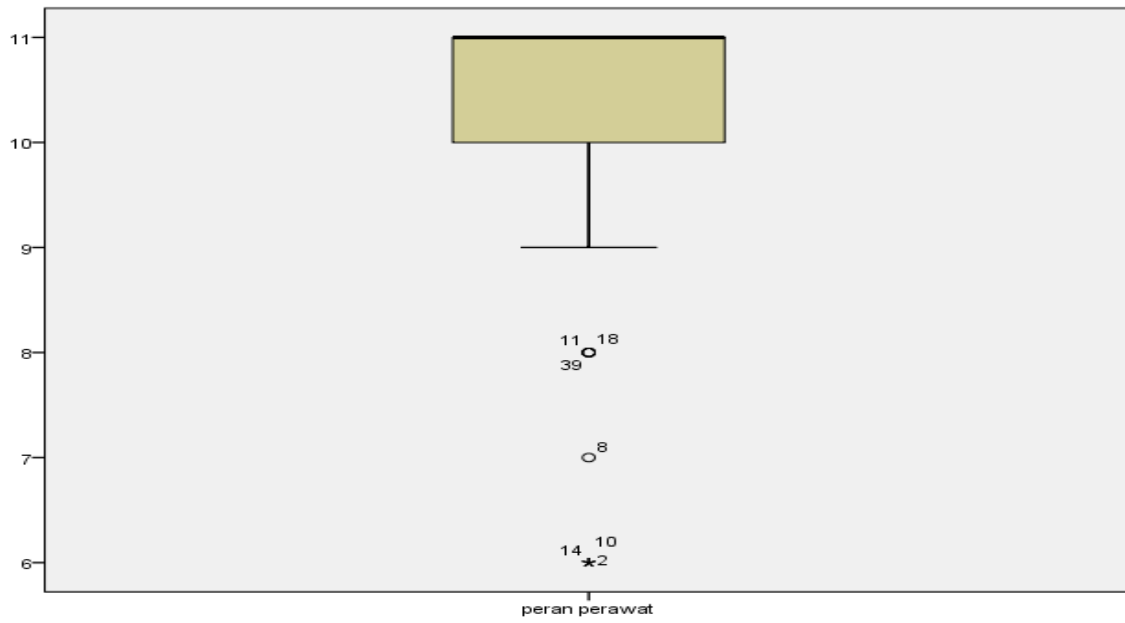
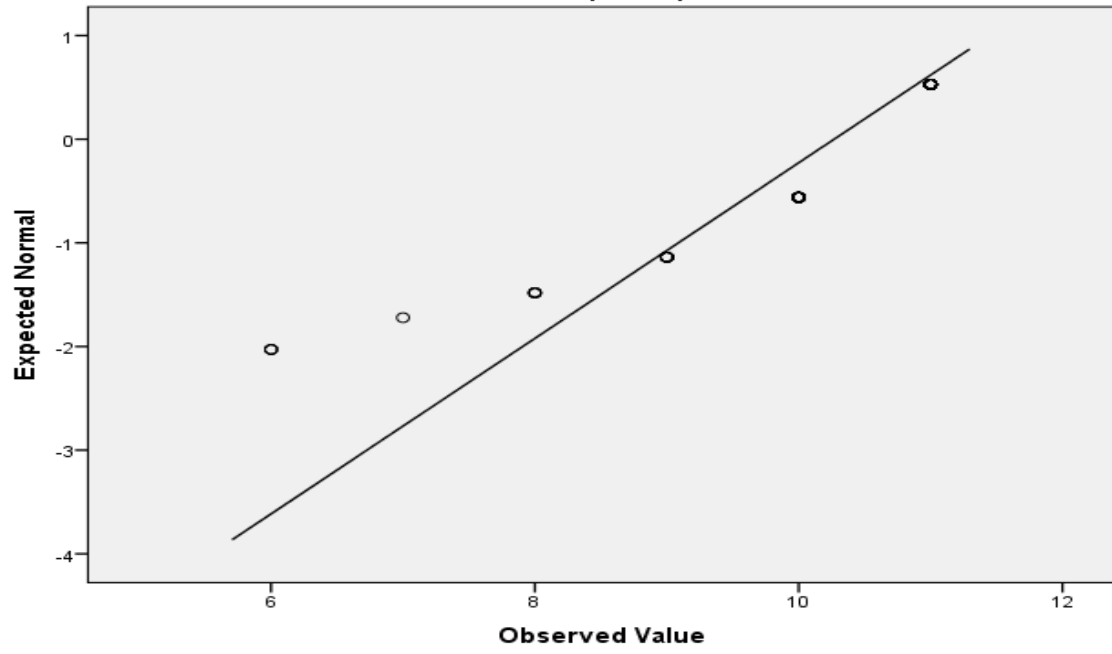
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
dukungan keluarga	.222	93	.000	.854	93	.000
peran perawat	.324	93	.000	.661	93	.000

a. Lilliefors Significance Correction



Normal Q-Q Plot of peran perawat



Hasil Univariat

Frequencies

Statistics

		Usia Respon den	Jenis Kelamin	Pendid ikan	lama menderit a penyakit	dukung an keluarg a	peran peraw at	kepatuha n minum obat
N	Valid	93	93	93	93	93	93	93
	Mis sing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2.4194	1.37	2.27	1.55	1.31	1.41	1.42
Median		2.0000	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00
Mode		2.00	1	1	2	1	1	1
Std. Deviation		.53816	.484	1.226	.500	.466	.494	.496
Minimum		1.00	1	1	1	1	1	1
Maximum		4.00	2	5	2	2	2	2

Frequency Table

**Usia Respon
den**

		Frequen cy	Percen t	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<19 tahun	1	1.1	1.1	1.1
	19-40 tahun	53	57.0	57.0	58.1
	41-77 tahun	38	40.9	40.9	98.9
	>77 tahun	1	1.1	1.1	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frekuensi	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	59	63.4	63.4	63.4
	perempuan	34	36.6	36.6	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frekuensi	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	33	35.5	35.5	35.5
	SMP	22	23.7	23.7	59.1
	SMA	25	26.9	26.9	86.0
	SARJANA	6	6.5	6.5	92.5
	TIDAK SEKOLAH	7	7.5	7.5	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

lama menderita penyakit

		Frekuensi	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 tahun	42	45.2	45.2	45.2
	> 5 tahun	51	54.8	54.8	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

kepatuhan minum obat

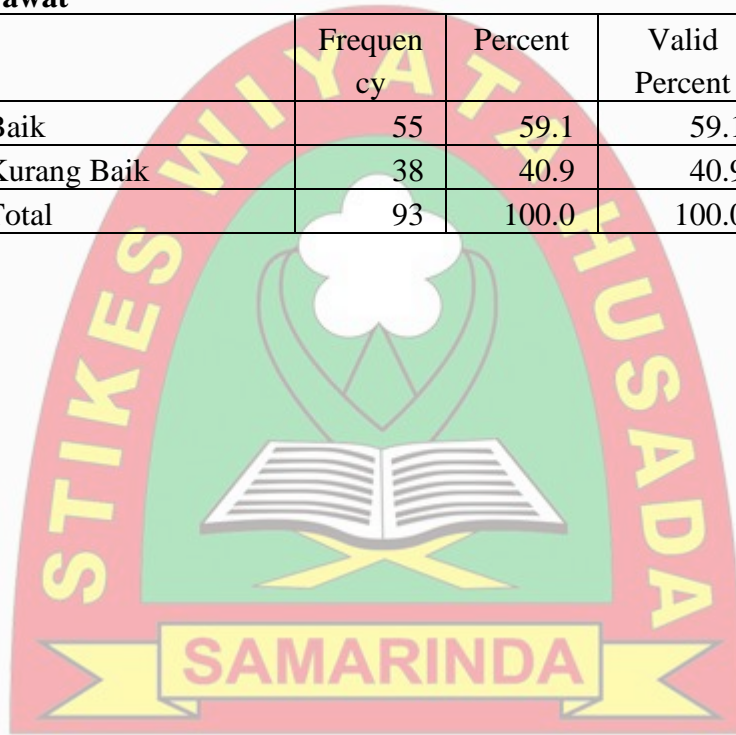
		Frekuensi	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Patuh	54	58.1	58.1	58.1
	Tidak Patuh	39	41.9	41.9	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

dukungan keluarga

		Frekuensi	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada Dukungan Keluarga	64	68.8	68.8	68.8
	Tidak Ada Dukungan Keluarga	29	31.2	31.2	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

peran perawat

		Frekuensi	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	55	59.1	59.1	59.1
	Kurang Baik	38	40.9	40.9	100.0
	Total	93	100.0	100.0	



Hasil Bivariat

Crosstabs

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
lama menderita penyakit * kepatuhan minum obat	93	100.0 %	0	0.0%	93	100.0%
dukungan keluarga * kepatuhan minum obat	93	100.0 %	0	0.0%	93	100.0%
peran perawat * kepatuhan minum obat	93	100.0 %	0	0.0%	93	100.0%

lama menderita penyakit * kepatuhan minum obat

Crosstab					
		kepatuhan minum obat			Total
		Patuh	Tidak Patuh		
lama menderita penyakit	1-5 tahun	Count	30	12	42
		% within lama menderita penyakit	71.4%	28.6%	100.0%
		% within kepatuhan minum obat	55.6%	30.8%	45.2%
		% of Total	32.3%	12.9%	45.2%
	> 5 tahun	Count	24	27	51
		% within lama menderita penyakit	47.1%	52.9%	100.0%
		% within kepatuhan minum obat	44.4%	69.2%	54.8%
		% of Total	25.8%	29.0%	54.8%
Total		Count	54	39	93
		% within lama menderita penyakit	58.1%	41.9%	100.0%

	% within kepatuhan minum obat	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	58.1%	41.9%	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.618 ^a	1	.018		
Continuity Correction ^b	4.661	1	.031		
Likelihood Ratio	5.716	1	.017		
Fisher's Exact Test				.021	.015
Linear-by-Linear Association	5.557	1	.018		
N of Valid Cases	93				
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.61.					
b. Computed only for a 2x2 table					

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for lama menderita penyakit (1-5 tahun / > 5 tahun)	2.813	1.183	6.689
For cohort kepatuhan minum obat = Patuh	1.518	1.071	2.150
For cohort kepatuhan minum obat = Tidak Patuh	.540	.313	.930
N of Valid Cases	93		

dukungan keluarga * kepatuhan minum obat

Crosstab					
			kepatuhan minum obat		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
dukungan keluarga	Ada Dukungan Keluarga	Count	44	20	64
		% within dukungan keluarga	68.8%	31.2%	100.0%
		% within kepatuhan minum obat	81.5%	51.3%	68.8%
		% of Total	47.3%	21.5%	68.8%
	Tidak Ada Dukungan Keluarga	Count	10	19	29
		% within dukungan keluarga	34.5%	65.5%	100.0%
		% within kepatuhan minum obat	18.5%	48.7%	31.2%
		% of Total	10.8%	20.4%	31.2%
Total		Count	54	39	93
		% within dukungan keluarga	58.1%	41.9%	100.0%
		% within kepatuhan minum obat	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	58.1%	41.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.624 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	8.268	1	.004		
Likelihood Ratio	9.634	1	.002		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	9.521	1	.002		
N of Valid Cases	93				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.16.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukungan keluarga (Ada Dukungan Keluarga / Tidak Ada Dukungan Keluarga)	4.180	1.649	10.599
For cohort kepatuhan minum obat = Patuh	1.994	1.176	3.381
For cohort kepatuhan minum obat = Tidak Patuh	.477	.304	.747
N of Valid Cases	93		

peran perawat * kepatuhan minum obat

Crosstab					
		kepatuhan minum obat		Total	
		Patuh	Tidak Patuh		
peran perawat	Baik	Count	36	19	55
		% within peran perawat	65.5%	34.5%	100.0%
		% within kepatuhan minum obat	66.7%	48.7%	59.1%
		% of Total	38.7%	20.4%	59.1%
	Kurang Baik	Count	18	20	38
		% within peran perawat	47.4%	52.6%	100.0%
		% within kepatuhan minum obat	33.3%	51.3%	40.9%
		% of Total	19.4%	21.5%	40.9%
Total		Count	54	39	93
		% within peran perawat	58.1%	41.9%	100.0%
		% within kepatuhan minum obat	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	58.1%	41.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.019 ^a	1	.082		
Continuity Correction ^b	2.322	1	.128		
Likelihood Ratio	3.017	1	.082		
Fisher's Exact Test				.092	.064
Linear-by-Linear Association	2.987	1	.084		
N of Valid Cases	93				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.94.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for peran perawat (Baik / Kurang Baik)	2.105	.904	4.902
For cohort kepatuhan minum obat = Patuh	1.382	.939	2.033
For cohort kepatuhan minum obat = Tidak Patuh	.656	.409	1.053
N of Valid Cases	93		