

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEKAMBUHAN
PASIEN GANGGUAN JIWA DI RUMAH SAKIT KHUSUS
DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN**



SKRIPSI

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar
Sarjana Keperawatan Jurusan Keperawatan
Pada Fakultas Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar**

Oleh:

**MUHAMMAD ALI
70300110063**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UIN ALAUDDIN
MAKASSAR
2014**

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Mahasiswa yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Muhammad Ali
NIM : 70300110063
Tempat/Tgl. Lahir : Tippulu, 13 Maret 1991
Jur/Prodi/Konsentrasi : Ilmu Keperawatan
Fakultas/Program : Ilmu Kesehatan
Alamat : Komp.Bumi Samata Permai
Judul : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kekambuhan
Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Menyatakan dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya sendiri. Jika dikemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Makassar, Agustus 2014

Muhammad ALi
NIM: 70300110063

KATA PENGANTAR



Alhamdulillah Rabbil Alamin, puja dan puji syukur kehadiran Allah SWT. karena atas segala Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penyusunan skripsi ini yang berjudul “*Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa Di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan Gowa*”, dapat diselesaikan dan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Ilmu Kesehatan Jurusan Keperawatan Universitas Islam Negeri Makassar. Tidak lupa pula kami haturkan salam dan taslim kepada baginda Nabi besar Muhammad SAW. beserta para sahabat dan pengikutnya yang telah membawa ajaran Islam kepada kita semua.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapat hambatan mulai dari tahap persiapan sampai pada tahap penelitian. Namun Alhamdulillah atas bimbingan, arahan, kerja sama, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan.

Dalam kesempatan ini dengan penuh rasa hormat penulis haturkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Teristimewah buat, Ibunda Indo Masse dan Ayahanda Muhammad Basir yang tercinta atas dukungan, jerih payah serta doa restunya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Prof. DR. H. A. Qadir Gassing HT.,M.S selaku Rektor UIN Alauddin Makassar beserta staf-stafnya atas bantuannya selama peneliti mengikuti pendidikan.

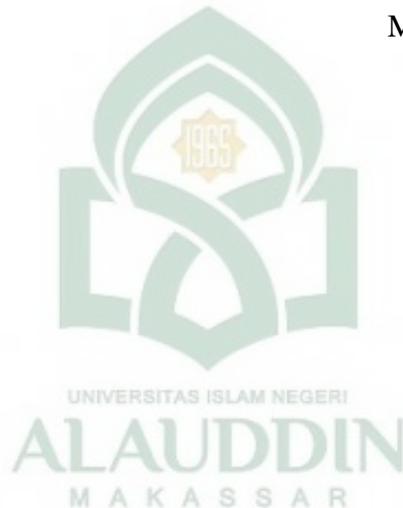
3. DR. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan uin Alauddin Makassar.
4. Para wakil dekan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
5. DR. Nur Hidayah, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar yang telah memberikan pelayanan, arahan, motivasi, dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Penghargaan penulis yang setinggi-tingginya dengan hati yang tulus kepada Muh. Hamka.,S.kep.,Ns.,M.Kes sebagai pembimbing I dan H. Syamsul Rijal S,Kep.,Ns., selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga, pikiran dan nasehatnya untuk membimbing penulis sejak dari awal rencana penelitian hingga terselesainya skripsi ini.
7. Kepada Eny Sutria.,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji I dan Drs. H. Syamsul Bahri selaku penguji II yang telah meluangkan waktu dan memberi saran serta kritikan demi kesempurnaan skripsi ini.
8. Direktur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan yang telah memberikan izin untuk memperoleh data dan melakukan penelitian di institusinya.
9. Seluruh keluargaku atas dukungan, jerih payah serta doa restunya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
10. Seluruh rekan mahasiswa keperawatan dan kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan yang tak sempat aku sebut namanya, terima kasih atas bantuan dan dukungannya.

Tidak menutup kemungkinan bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhirnya kepada Allah SWT. jualah penulis memohon do'a dan berharap semoga ilmu yang telah diperoleh dan dititipkan dapat bermanfaat serta menjadi salah satu bentuk pengabdian dimasyarakat nantinya. Amin

Makassar, Agustus 2014

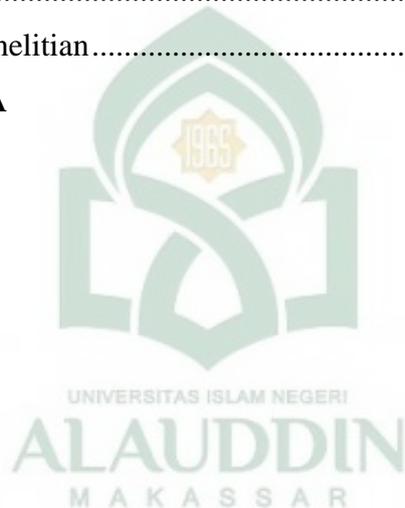
Penulis,



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
ABSRAK	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1-9
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Hipotesis penelitian.....	6
D. Defenisi Operasional dan Kriteria Objebtif	7
E. Kajian Pustaka.....	8
F. Tujuan Penelitian.....	8
G. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN TEORITIS	10-37
A. Tinjauan Umum Kesehatan Jiwa.....	10
B. Tinjauan Umum Gangguan Jiwa.....	10
C. Tinjauan Umum Kekambuhan	27
D. Kerangka Konsep Penelitian	34
E. Kerangka Kerja	35
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	36-45
A. Desain Penelitian.....	36
B. Populasi dan Sampel	36
C. Uji Validitas dan Reliabilitas	38
D. Instrumen Penelitian.....	39

E. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	40
F. Metode Pengumpulan Data	40
G. Pengolahan Data.....	41
H. Analisa Data	42
I. Etika Penelitian	43
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	45-62
A. Hasil Penelitian.....	46
B. Pembahasan	55
C. Keterbatasan Penelitian	64
BAB V PENUTUP.....	65-66
A. Kesimpulan.....	65
B. Implikasi Penelitian.....	65
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 : Kerangka Konsep Penelitian.....	36
Gambar 2 : Kerangka Kerja	37



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 : Defenisi Operasional Dan Kriteria Objektif.....	6
Tabel 4.1 : Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur.....	48
Tabel 4.2 : Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	49
Tabel 4.3 : Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Suku.....	49
Tabel 4.4 : Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan ..	50
Tabel 4.5 : Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan	50
Tabel 4.6 : Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Lingkungan.	51
Tabel 4.7 : Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Status	51
Tabel 4.8 : Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga	52
Tabel 4.9 : Distribusi Responden Berdasarkan Ketidapatuhan Berobat..	52
Tabel 4.10 : Distribusi Responden Berdasarkan Lingkungan Sekitar	53
Tabel 4.11 : Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kekambuhan	53
Tabel 4.12 : Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kekambuhan.....	54
Tabel 4.13 : Hubungan Kepatuhan Klien Berobat Terhadap Kekambuhan .	55
Tabel 4.14 : Hubungan Lingkungan Sekitar Terhadap Kekambuhan.....	56
Tabel 4.15 : Hasil Uji Regresi Logistic Variabel.....	57

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 : Master tabel penelitian
- Lampiran 3 : Surat izin dari Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah
Makassar
- Lampiran 4 : Surat Keterangan Telah Menyelesaikan Penelitian dari RSKD
Provinsi Sulawesi Selatan
- Lampiran 5 : Distribusi frekuensi data penelitian
- Lampiran 6 : Crosstab Chy Square
- Lampiran 7 : Regresi logistic
- Lampiran 8 : Uji Validitas da Reliabilitas



ABSTRAK

Nama : Muhammad Ali
NIM : 70300110063
Judul : **Analisi Faktor yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa Di RSKD Provinsi Sulawesi-Selatan. (Dibimbing oleh : (Muh. Hamka dan H. Syamsul Rijal)**

Berdasarkan data Medical Record, sepanjang tahun 2008 lalu mencatat ada sejumlah 10.267 pasien gangguan jiwa yang dirawat inap di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sul-Sel (Adi, 2012). Data yang diperoleh periode 2013 dijumpai penderita gangguan mental sekitar 16.517 orang. Peneliti memilih kekambuhan sebagai target populasi dalam penelitian ini didasarkan pada kenyataan bahwa tingginya angka kejadian gangguan jiwa . Mengingat gangguan jiwa sulit disembuhkan maka potensi pasien yang mengalami kekambuhan akan semakin besar jika tidak ada dukungan baik dari pihak rumah sakit, keluarga atau masyarakat.

Penelitian bertujuan untuk mengetahui faktor apa saja yang memberi pengaruh bermakna terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel. Jenis penelitian ini menggunakan jenis kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif analitik melalui pendekatan *cross sectional*. Populasi pasien yang dirawat inap di ruang Nyiur berjumlah 179 orang. Pengambilan sampel penelitian ini dilakukan dengan cara *purposive sampling* sebanyak 50 orang yang memenuhi criteria inklusi dan eksklusi. Pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner dan observasi dengan uji hubungan Chi Square.

Hasil penelitian didapatkan ada hubungan dukungan keluarga ($p=0,018$) dan kepatuhan klien ($p = 0.003$) Terhadap kekambuhan serta tidak ada hubungan lingkungan sekitar ($p= 0,126$) terhadap kekambuhan. Faktor yang paling dominan hubungannya dengan kekambuhan adalah kepatuhan klien berobot dengan signficancy 0,004 dengan uji regresi logistik. Disarankan kepada pihak manajemen RSKD Provinsi Sul-sel untuk meningkatkan edukasi tentang pentingnya minum obat dan membuat sarana informasi kepada keluarga pasien dalam bentuk media cetak.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Masalah kesehatan jiwa semakin meningkat, berdasarkan penelitian WHO (*World Health Organization*) di dunia tahun 2001 menyatakan penyakit jiwa menempati urutan kedua setelah penyakit infeksi (Rasmun, 2001). Dan WHO juga memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa. Di Amerika Serikat dari 250 juta penduduknya di perkirakan 16 juta menderita gangguan jiwa (Purnomo, 2004). Sedangkan hasil Survei Kesehatan Mental Rumah Tangga (SKMRT) di Indonesia menyatakan bahwa 264 orang dari 1000 penduduk mengalami gangguan jiwa, itu artinya dari satu kepala keluarga maka ada satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan diperkirakan sejak awal tahun 2009 jumlah penduduk yang mengalami gangguan jiwa sebesar 25% dari populasi penduduk di Indonesia (Iyus Yosep, 2009).

Gangguan jiwa sangat berbahaya walaupun tidak langsung menyebabkan kematian, namun akan menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban yang berat bagi keluarga. Gangguan kesehatan jiwa bukan hanya gejala kejiwaan saja tetapi sangat luas dari mulai yang ringan seperti kecemasan dan depresi, malas bekerja, sering tidak masuk kerja, tidak bisa bekerja sama dengan teman sekerja, sering marah-marah, ketagihan NAPZA, Alkohol, Rokok, kepikunan pada orang tua, Autis pada anak sampai kepada yang sangat berat seperti *Skizofrenia*. Beban yang

ditimbulkan oleh gangguan jiwa sangat besar. Hasil studi Bank Dunia tahun 2008 menunjukkan, global burden of disease akibat masalah kesehatan jiwa mencapai 8,1%, jauh lebih tinggi dari tuberkulosis (7,2%), kanker (5,8%), penyakit jantung (4,4%), atau malaria (2,6%). Meski bukan penyebab utama kematian, gangguan jiwa merupakan penyebab utama disabilitas pada kelompok usia paling produktif, yakni antara 15-44 tahun. Dampak sosialnya sangat serius berupa penolakan, pengucilan, dan diskriminasi. Begitu pula dampak ekonomi berupa hilangnya hari produktif untuk mencari nafkah bagi penderita maupun keluarga yang harus merawat, serta tingginya biaya perawatan yang harus ditanggung keluarga maupun masyarakat (Yosep, 2009).

Bukti lainnya, berdasarkan data statistik, angka penderita gangguan kesehatan jiwa memang mengkhawatirkan. Secara global, dari sekitar 450 juta orang yang mengalami gangguan mental, sekitar satu juta orang diantaranya meninggal karena bunuh diri setiap tahunnya. Angka ini lumayan kecil jika dibandingkan dengan upaya bunuh diri yang dilakukan dari para penderita kejiwaan yang mencapai 20 juta jiwa setiap tahunnya. Di masyarakat ada stigma bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang sulit disembuhkan, memalukan dan aib bagi keluarganya. Pandangan lain yang beredar di masyarakat bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh guna-guna orang lain. Ada kepercayaan di masyarakat bahwa gangguan jiwa timbul karena musuhnya roh nenek moyang masuk kedalam tubuh seseorang kemudian menguasainya (Hawari, 2003).

Di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan sendiri, berdasarkan data Medical Record, sepanjang tahun 2008 lalu mencatat ada sejumlah 10.267 pasien gangguan jiwa yang dirawat inap. Pasien yang dirawat tersebut berasal dari berbagai karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, suku dan masalah keperawatan yang berbeda (Adi, 2012).

Data yang diperoleh dari RSKD Provinsi Sulawesi Selatan periode 2013 dijumpai penderita gangguan mental sekitar 16.517 orang. Pasien gangguan mental yang di diagnosa keperawatannya yaitu Halusinasi terdapat 7.604 orang, menarik diri 2.705 orang, waham 833 orang, harga diri rendah 1.771 orang, perilaku kekerasan 1.304 orang, defisit care 2.235 orang, percobaan bunuh diri 59 orang.

Faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa bervariasi tergantung pada jenis-jenis gangguan jiwa yang dialami. Secara umum gangguan jiwa disebabkan karena adanya tekanan psikologis yang disebabkan oleh adanya tekanan dari luar individu maupun tekanan dari dalam individu. Beberapa hal yang menjadi penyebab adalah ketidaktahuan keluarga dan masyarakat terhadap jenis gangguan jiwa ini (Hawari,2001).

Kejadian yang seringkali di masyarakat hingga saat ini adalah adanya keterlambatan dalam pengenalan masalah kesehatan jiwa dan keterlambatan dalam membawa pasien gangguan jiwa berobat ke fasilitas kesehatan. Keterlambatan tersebut ternyata sangat dipengaruhi oleh kurangnya keterlibatan dan dukungan keluarga pasien gangguan jiwa. Untuk

meningkatkan keterlibatan dan dukungan keluarga maka keluarga pasien gangguan jiwa perlu diberdayakan. Dalam rangka hal tersebut maka keluarga membutuhkan informasi dan edukasi yang benar mengenai masalah kesehatan jiwa.

Hal lain yang mempengaruhi keterlambatan penanganan adalah adanya stigma dan diskriminasi terhadap gangguan jiwa. Tidak jarang pasien gangguan jiwa mengalami pemasungan. Estimasi jumlah pemasungan pasien gangguan jiwa di Indonesia adalah sekitar 18.800 kasus (Depkes RI, 2008).

Beberapa diagnosis gangguan jiwa bersifat kronis dan membutuhkan pengobatan dalam jangka waktu lama (lebih dari 1 tahun). Namun demikian akibat kurang patuh maka angka kekambuhan pasien gangguan jiwa tinggi. Angka kekambuhan tersebut dapat diturunkan secara signifikan dengan pemberdayaan keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Keliat, B (2009) menemukan bahwa dengan adanya pelatihan pada keluarga tentang cara mengontrol perilaku kekerasan (*violence*) pasien gangguan jiwa menghasilkan lama rawat yang lebih pendek di rumah sakit dan durasi kekambuhan yang lebih panjang.

Keluarga sebagai unit terkecil masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam pencegahan, pengenalan dini, serta perawatan pasien gangguan jiwa, termasuk memberikan dukungan emosional dan motivasi untuk kesetiaan terhadap terapi. Oleh sebab itu pemberdayaan keluarga dalam upaya-upaya kesehatan jiwa di atas sangat diperlukan.

Terjadinya kekambuhan pada pasien tentu akan merugikan dan

membahayakan pasien, keluarga, dan masyarakat. Ketika tanda-tanda kekambuhan atau relaps muncul, pasien bisa saja berperilaku menyimpang seperti mengamuk, bertindak anarkis atau yang lebih parah lagi pasien akan melukai bahkan membunuh orang lain atau dirinya sendiri. Jika hal itu terjadi masyarakat akan menganggap bahwa gangguan yang diderita pasien tersebut sudah tidak bisa disembuhkan lagi padahal terjadinya gangguan jiwa bukan hanya disebabkan oleh dari individu itu sendiri melainkan disebabkan pula oleh lingkungan sosial di mana pasien berada.

Alasan peneliti melakukan penelitian ini dan memilih kekambuhan sebagai target populasi dalam penelitian ini didasarkan pada kenyataan bahwa tingginya angka kejadian gangguan jiwa. Mengingat gangguan jiwa sulit disembuhkan maka potensi pasien yang mengalami kekambuhan akan semakin besar jika tidak ada dukungan baik dari pihak rumah sakit, keluarga atau masyarakat. Berdasarkan hal itu, peneliti merasa perlu melakukan penelitian untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa. Peneliti menjadi tertarik untuk melakukan penggalan lebih dalam terkait dengan apa yang menyebabkan pasien itu kambuh bahkan setelah pasien mendapat perawatan medis maupun psikologis. Peneliti juga beranggapan bahwa penelitian ini juga dapat digunakan untuk meminimalkan kejadian kekambuhan sehingga dapat menurunkan angka rehospitalisasi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut di atas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah Faktor Apa yang Berhubungan dengan Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan.

C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan pernyataan singkat yang disimpulkan dari landasan teori atau tinjauan pustaka yang merupakan jawaban sementara terhadap pertanyaan penelitian yang masih perlu diuji kebenarannya.

1. H_a :

- a. Ada hubungan antara kepatuhan klien minum obat dengan terjadinya kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.
- b. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan terjadinya kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.
- c. Ada hubungan antara dukungan lingkungan sekitar klien dengan terjadinya kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

2. H_0 :

- a. Tidak ada hubungan antara kepatuhan klien minum obat dengan terjadinya kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

- b. Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan terjadinya kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan
- c. Tidak ada hubungan antara dukungan lingkungan sekitar klien dengan terjadinya kekambuhan di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

D. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 1.1
Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

No	Variabel	Defenisi Operasional	Kriteria Objektif	Skala Ukur
1	Dependen - Kekambuhan	Kekambuhan merupakan keadaan pasien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali	Dinyatakan sering kambuh jika pasien berulang dirawat di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan >2 kali selama 1 tahun. Dinyatakan jarang kambuh jika pasien berulang dirawat di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan ≤ 2 kali selama 1 tahun .	Likert
2	Independen a. Dukungan Keluarga	Klien yang tinggal dengan keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi lebih berpotensi untuk kambuh.	Dinyatakan dukungan keluarga baik jika skor nilai median >8 Dinyatakan dukungan keluarga kurang baik, jika skor nilai median ≤ 8	Guttman
	b. Kepatuhan klien minum obat.	Klien yang tidak patuh dalam minum obat secara teratur mempunyai kecendrungan untuk kambuh.	Klien dinyatakan patuh minum obat jika skor nilai median >5, klien dinyatakan tidak patuh minum obat jika skor nilai median ≤ 5	Guttman
	c. Dukungan lingkungan sekitar	Dukungan lingkungan sekitar tempat tinggal klien yang tidak mendukung dapat juga meningkatkan frekuensi kekambuhan.	Dinyatakan lingkungan baik jika skor nilai median >5 untuk mendukung kesembuhan pasien, dinyatakan lingkungan Kurang, jika skor nilai median ≤ 5	Guttman

F. Kajian Pustaka

Kajian pustaka bertujuan untuk membantu peneliti untuk menyelesaikan masalah penelitiannya dengan mengacu pada teori dan hasil-hasil penelitian sebelumnya yang relevan (Hamdiyati, 2008).

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan diantaranya adalah kepatuhan klien minum obat, dukungan keluarga, penanggungjawab klien, dokter dan dukungan lingkungan sekitar (Keliat, 2009). Berdasarkan hasil penelitian mengenai faktor-faktor penyebab kepatuhan pasien skizofrenia menjalani pengobatan dirumah sakit jiwa daerah Propinsi Sumatera Utara Medan tahun 2009 didapatkan kesimpulan bahwa Faktor obat menyebabkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan sebesar 62.2%, Faktor dokter menyebabkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan sebesar 55.6%%, Faktor lingkungan menyebabkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan sebesar 64.4%, Faktor keluarga menyebabkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan sebesar 77.8% (Sirait & Mustika, 2009).

G. Tujuan Penelitian.

1. Tujuan Umum

Diketuinya faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya hubungan dukungan keluarga terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.
- b. Diketuinya hubungan kepatuhan klien minum obat terhadap

kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

c. Diketuainya hubungan dukungan lingkungan sekitar terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

d. Diketuainya faktor apa yang paling berhubungan dengan kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

H. Manfaat Penelitian.

Dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut

1. Terhadap Rumah Sakit Khusus Daerah Makassar

Dengan adanya penelitian ini dapat menambah informasi bagi pihak rumah sakit, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan profesional.

2. Terhadap Peneliti

Merupakan pengalaman berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan dalam penerapan pemberian asuhan keperawatan jiwa.

3. Terhadap ilmu pengetahuan

Diharapkan adanya penelitian ini dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dan kemampuan perawat dalam penerapan asuhan keperawatan jiwa.

4. Terhadap masyarakat luas

Hasil penelitian ini kiranya dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang faktor-faktor penyebab kekambuhan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Tinjauan Umum Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa adalah suatu bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan atau bagian integral dan merupakan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh. Kesehatan jiwa menurut UU No 36 tahun 2009 tentang kesehatan jiwa sebagai suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan secara selaras dengan keadaan orang lain. Selain dengan itu pakar lain mengemukakan bahwa kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi mental yang sejahtera (*mental wellbeing*) yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif, sebagai bagian yang utuh dan kualitas hidup seseorang dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia. Dengan kata lain, kesehatan jiwa bukan sekedar terbebas dari gangguan jiwa, tetapi merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh semua orang, mempunyai perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain (Sumiati dkk, 2009).

B. Tinjauan Umum Gangguan Jiwa

1. Defenisi gangguan jiwa

Gangguan jiwa atau mental illness adalah kesulitan yang harus dihadapi oleh seseorang karena hubungannya dengan orang lain, kesulitan karena persepsinya tentang kehidupan dan sikapnya terhadap dirinya

sendiri. Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), *emosi (affective)*, tindakan (*psychomotor*).

Menurut Depkes RI, gangguan jiwa adalah gangguan pikiran, perasaan, dan tingkah laku seseorang sehingga menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari (fungsi pekerjaan dan fungsi sosial) dari orang tersebut. Sedangkan menurut Muslim, gangguan jiwa merupakan sindrom atau pola perilaku atau psikologi seseorang yang secara klinis cukup bermakna, dan yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) didalam satu atau lebih fungsi penting dari manusia (Djamaludin, 2001).

Gangguan jiwa dapat mengenai setiap orang, tanpa mengenal umur, ras, agama, maupun status sosial-ekonomi. Gangguan jiwa bukan disebabkan oleh kelemahan pribadi. Di masyarakat banyak beredar kepercayaan atau mitos yang salah mengenai gangguan jiwa, ada yang percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh gangguan roh jahat, ada yang menuduh bahwa itu akibat guna-guna, karena kutukan atau hukuman atas dosanya. Kepercayaan yang salah ini hanya akan merugikan penderita dan keluarganya karena pengidap gangguan jiwa tidak mendapat pengobatan secara cepat dan tepat (Notosoedirjo, 2005).

Gangguan jiwa adalah suatu ketidakberesan kesehatan dengan manifestasi-manifestasi psikologis atau perilaku terkait dengan penderitaan yang nyata dan kinerja yang buruk, dan disebabkan oleh gangguan biologis, sosial, psikologis, genetik, fisis, atau kimiawi. Gangguan jiwa

mewakili suatu keadaan tidak beres yang berakibatkan penyimpangan dari suatu konsep normatif. Setiap jenis ketidakberesan kesehatan itu memiliki tanda-tanda dan gejala-gejala yang khas.

Setiap gangguan jiwa dinamai dengan istilah yang tercantum dalam PPDGJ-IV (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi IV) atau DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition with text revision*). Kendati demikian, terdapat pula beberapa istilah yang dapat digunakan untuk mendeskripsikan gangguan jiwa (Maslim, 2002).

1. Gangguan jiwa psikotik : ditandai hilangnya kemampuan menilai realitas, ditandai waham (delusi) dan halusinasi, misalnya schizophrenia.
2. Gangguan jiwa neurotik : tanpa ditandai kehilangan kemampuan menilai realitas, terutama dilandasi konflik intrapsikis atau peristiwa kehidupan yang menyebabkan kecemasan (ansietas), dengan gejala-gejala obsesi, fobia, dan kompulsif.
3. Gangguan jiwa fungsional : tanpa kerusakan struktural atau kondisi biologis yang diketahui dengan jelas sebagai penyebab kinerja yang buruk.
4. Gangguan jiwa organik : ketidakberesan kesehatan disebabkan oleh suatu penyebab spesifik yang membuahkan perubahan struktural di otak, biasanya terkait dengan kinerja kognitif, delirium, atau demensia, misalnya pada penyakit Pick. Istilah ini tidak digunakan dalam DSM-

IV-TR karena ia merangkum pengetahuan bahwa beberapa gangguan jiwa tidak mengandung komponen biologis.

5. Gangguan jiwa primer : tanpa penyebab yang diketahui disebut pula idiopatik atau fungsional.
6. Gangguan jiwa sekunder : diketahui sebagai suatu manifestasi simptomatik dari suatu gangguan sistemik, medis atau serebral, misalnya delirium yang disebabkan oleh penyakit infeksi otak.

2. Penyebab Gangguan Jiwa

Penyebab gangguan jiwa itu bermacam-macam ada yang bersumber dari hubungan dengan orang lain yang tidak memuaskan seperti diperlakukan tidak adil, diperlakukan semena-mena, cinta tidak terbatas, kehilangan seseorang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, dan lain-lain. Selain itu ada juga gangguan jiwa yang disebabkan faktor organik, kelainan saraf dan gangguan pada otak (Suliswati, 2005).

Para ahli psikologi berbeda pendapat tentang sebab-sebab terjadinya gangguan jiwa. Menurut pendapat Sigmund Freud dalam Maslim (2002), gangguan jiwa terjadi karena tidak dapat dimainkan tuntutan id (dorongan *instinctive* yang sifatnya seksual) dengan tuntutan super ego (tuntutan normal sosial). Orang ingin berbuat sesuatu yang dapat memberikan kepuasan diri, tetapi perbuatan tersebut akan mendapat celaan masyarakat. Konflik yang tidak terselesaikan antara keinginan diri dan tuntutan masyarakat ini akhirnya akan mengantarkan orang pada gangguan jiwa.

Terjadinya gangguan jiwa dikarenakan ketidakpuasan macam-macam kebutuhan jiwa. Beberapa contoh dari kebutuhan tersebut diantaranya adalah pertama kebutuhan untuk afiliasi, yaitu kebutuhan akan kasih sayang dan diterima oleh orang lain dalam kelompok. Kedua, kebutuhan untuk otonomi, yaitu ingin bebas dari pengaruh orang lain. Ketiga, kebutuhan untuk berprestasi, yang muncul dalam keinginan untuk sukses mengerjakan sesuatu dan lain-lain. Ada lagi pendapat Alfred Adler yang mengungkapkan bahwa terjadinya gangguan jiwa disebabkan oleh tekanan dari perasaan rendah diri (*inferiority complex*) yang berlebihan. Sebab-sebab timbulnya rendah diri adalah kegagalan di dalam mencapai superioritas di dalam hidup.

Dari berbagai pendapat mengenai penyebab terjadinya gangguan jiwa seperti yang dikemukakan diatas disimpulkan bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh karena ketidakmampuan manusia untuk mengatasi konflik dalam diri, tidak terpenuhinya kebutuhan hidup, perasaan kurang diperhatikan (kurang dicintai) dan perasaan rendah diri (Kartini, 2002).

Gejala utama atau gejala yang menonjol pada gangguan jiwa terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin di badan (somatogenik), di lingkungan sosial (sosiogenik) ataupun psikis (psikogenik). Biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu timbulah gangguan badan ataupun jiwa (Maramis, 1998).

3. Insiden gangguan jiwa

Berdasarkan Riskesdas 2007 angka rata-rata nasional gangguan mental emosional (cemas dan depresi) pada penduduk usia 15 tahun adalah 11,6% atau sekitar 19 juta penduduk. Sedang gangguan jiwa berat rata-rata sebesar 0,46% atau sekitar 1 juta penduduk. Sedikit sekali dari jumlah penderita yang besar ini datang ke fasilitas pengobatan. Menurut perhitungan utilisasi layanan kesehatan jiwa di tingkat primer, sekunder dan tersier kesenjangan pengobatan diperkirakan >90%. Hal ini berarti bahwa hanya <10% orang dan masalah kesehatan jiwa terlayani di fasilitas kesehatan.

Kerugian ekonomi minimal akibat masalah kesehatan jiwa berdasarkan hasil Riskesdas 2007 tersebut mencapai Rp. 20 Triliun, jumlah yang sangat besar dibandingkan masalah kesehatan lainnya. Masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang juga penting antara lain: masalah kesehatan jiwa pada TKI, masalah KDRT, masalah kekerasan/agresivitas di masyarakat, masalah kesehatan jiwa dan psikososial akibat bencana, angka kejadian bunuh diri yang semakin meningkat, kenakalan remaja, penyalahgunaan Napza, masalah kesehatan jiwa pada usia sekolah. Khusus masalah pasung, estimasi jumlah pemasangan di Indonesia sekitar 18.800 kasus, suatu jumlah yang cukup besar dan kebutuhan penanganan (Depkes RI, 2008).

4. Tanda gangguan jiwa

Tanda dan gejala gangguan jiwa diantaranya adalah ketegangan (*tension*), rasa putus asa, murung, gelisah, cemas, perbuatan-perbuatan yang terpaksa (*convulsive*), histeria, rasa lemah, dan tidak mampu mencapai tujuan, takut, pikiran-pikiran buruk dan sebagainya (yosep, 2009).

5. Macam-macam gangguan jiwa

Gangguan jiwa artinya yang menonjol ialah gejala-gejala yang psikologik dari unsur psikis (Maramis, 2008). Macam-macam gangguan jiwa (Rusdi Maslim, 1998): Gangguan jiwa organik dan simtomatik, skizofrenia, gangguan waham, gangguan suasana perasaan, gangguan neurotik, gangguan somatoform, sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik, gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa, retardasi mental, gangguan perkembangan psikologis, gangguan perilaku dan emosional dengan onset masa kanak dan remaja.

a. Skizofrenia.

Merupakan bentuk psikosa fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Skizofrenia juga merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai dimana-mana sejak dahulu kala. Meskipun demikian pengetahuan kita tentang sebab-musabab dan patogenesisnya sangat kurang (Maramis, 1994). Dalam kasus berat, klien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan

perilakunya abnormal. Perjalanan penyakit ini secara bertahap akan menuju kearah kronisitas, tetapi sekali-kali bisa timbul serangan. Jarang bisa terjadi pemulihan sempurna dengan spontan dan jika tidak diobati biasanya berakhir dengan personalitas yang rusak ” cacat ”.

b. Depresi

Merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri (Kaplan, 1998). Depresi juga dapat diartikan sebagai salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan yang ditandai dengan kemurungan, kekecewaan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya (Hawari, 2001). Depresi adalah suatu perasaan sedih dan yang berhubungan dengan penderitaan. Dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang mendalam (Nugroho, 2000). Depresi adalah gangguan patologis terhadap mood mempunyai karakteristik berupa bermacam-macam perasaan, sikap dan kepercayaan bahwa seseorang hidup menyendiri, pesimis, putus asa, ketidak berdayaan, harga diri rendah, bersalah, harapan yang negatif dan takut pada bahaya yang akan datang. Depresi menyerupai kesedihan yang merupakan perasaan normal yang muncul sebagai akibat dari situasi tertentu misalnya kematian orang yang dicintai. Sebagai ganti rasa ketidaktahuan akan kehilangan seseorang

akan menolak kehilangan dan menunjukkan kesedihan dengan tanda depresi. Individu yang menderita suasana perasaan (mood) yang depresi biasanya akan kehilangan minat dan kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktifitas. Depresi dianggap normal terhadap banyak stress kehidupan dan abnormal hanya jika ia tidak sebanding dengan peristiwa penyebabnya dan terus berlangsung sampai titik dimana sebagian besar orang mulai pulih.

c. Kecemasan

Sebagai pengalaman psikis yang biasa dan wajar, yang pernah dialami oleh setiap orang dalam rangka memacu individu untuk mengatasi masalah yang dihadapi sebaik-baiknya.

d. Gangguan Kepribadian

Klinik menunjukkan bahwa gejala-gejala gangguan kepribadian (*psikopatia*) dan gejala-gejala nerosa berbentuk hampir sama pada orang-orang dengan intelegensi tinggi ataupun rendah. Jadi boleh dikatakan bahwa gangguan kepribadian, nerosa dan gangguan intelegensi sebagian besar tidak tergantung pada satu dan lain atau tidak berkorelasi. Klasifikasi gangguan kepribadian: kepribadian paranoid, kepribadian afektif atau siklotemik, kepribadian skizoid, kepribadian ayplosif, kepribadian anankastik atau obsesif-konpulsif, kepribadian histerik, kepribadian astenik, kepribadian antisosial, Kepribadian pasif agresif, kepribadian inadequate (Maslim,1998).

e. Gangguan Mental Organik

Merupakan gangguan jiwa yang psikotik atau non-psikotik yang disebabkan oleh gangguan fungsi jaringan otak (Maramis,1994). Gangguan fungsi jaringan otak ini dapat disebabkan oleh penyakit badaniah yang terutama mengenai otak atau yang terutama diluar otak. Bila bagian otak yang terganggu itu luas , maka gangguan dasar mengenai fungsi mental sama saja, tidak tergantung pada penyakit yang menyebabkannya bila hanya bagian otak dengan fungsi tertentu saja yang terganggu, maka lokasi inilah yang menentukan gejala dan sindroma, bukan penyakit yang menyebabkannya. Pembagian menjadi psikotik dan tidak psikotik lebih menunjukkan kepada berat gangguan otak pada suatu penyakit tertentu daripada pembagian akut dan menahun.

f. Gangguan Psikosomatik

Merupakan komponen psikologik yang diikuti gangguan fungsi badaniah. Sering terjadi perkembangan neurotik yang memperlihatkan sebagian besar atau semata-mata karena gangguan fungsi alat-alat tubuh yang dikuasai oleh susunan saraf vegetatif. Gangguan psikosomatik dapat disamakan dengan apa yang dinamakan dahulu neurosa organ. Karena biasanya hanya fungsi faaliah yang terganggu, maka sering disebut juga gangguan psikofisiologik.

g. Retardasi Mental

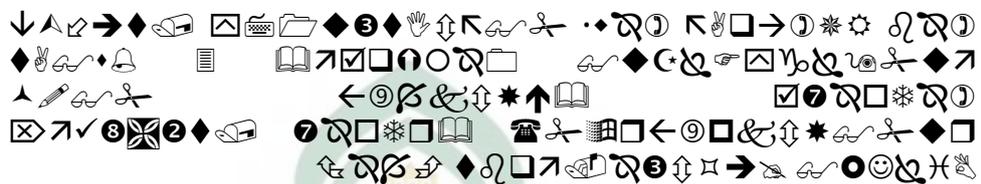
Retardasi mental merupakan keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial (Maslim, 1998).

h. Gangguan Perilaku Masa Anak dan Remaja.

Anak dengan gangguan perilaku menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan permintaan, kebiasaan atau norma-norma masyarakat (Maramis, 1994). Anak dengan gangguan perilaku dapat menimbulkan kesukaran dalam asuhan dan pendidikan. Gangguan perilaku mungkin berasal dari anak atau mungkin dari lingkungannya, akan tetapi akhirnya kedua faktor ini saling memengaruhi. Diketahui bahwa ciri dan bentuk anggota tubuh serta sifat kepribadian yang umum dapat diturunkan dari orang tua kepada anaknya. Pada gangguan otak seperti trauma kepala, ensepalitis, neoplasma dapat mengakibatkan perubahan kepribadian. Faktor lingkungan juga dapat mempengaruhi perilaku anak, dan sering lebih menentukan oleh karena lingkungan itu dapat diubah, maka dengan demikian gangguan perilaku itu dapat dipengaruhi atau dicegah.

6. Karakteristik Jiwa yang Sehat dalam Perspektif Islam

Dalam Al-Qur'an sendiri telah dijelaskan bahwa pada zaman Nabi, skizofrenia (gangguan jiwa) sudah ada, meskipun demikian terhadap masalah gangguan jiwa, ada suatu upaya untuk mencapai suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan optimal bagi individu secara fisik, intelektual dan emosional, sepanjang hal itu tidak bertentangan dengan kepentingannya. Seperti dalam firman Allah Swt. Q.S huud (11): 54.



Terjemahnya:

“Kami hanya mengatakan bahwa sebagian sesembahan kami telah menimpakan penyakit gila atas dirimu.” Dia (Hud) menjawab, “sesungguhnya aku bersaksi kepada Allah dan saksikanlah bahwa aku berlepas diri dari apa yang kamu persekutukan” (Depag, 2012).

Pada ayat di atas diterangkan kelanjutan dari tantangan kaum Huud a.s. yaitu dengan mengatakan kepada Hud a.s. bahwa ucapan Hud itu mirip seperti ucapan orang yang kemasukan setan yang sama sekali tidak dapat kami terima, lebih-lebih ucapan yang meremehkan dan menghalang-halangi kami. Tantangan ini ternyata diikuti dengan tantangan yang lebih keras dari yang sebelumnya. Mereka menuduh Hud a.s menderita penyakit gila, jadi tidak perlu didengar perkataannya apalagi dipercayai dan penyakit gila itu menurut anggapan mereka disebabkan karena Hud a.s. durhaka kepada sesembahan-sesembahan mereka. Itulah sebabnya Nabi Hud a.s. mengambil kesimpulan bahwa dakwanya tak akan berguna lagi bagi mereka, sehingga ia menjawab tantangan mereka itu dengan

mengatakan bahwa ia bersaksi kepada Allah Swt. dan menyuruh mereka supaya menyaksikannya, bahwa sesungguhnya ia berlepas diri dari apa yang mereka persekutukan itu. Jawaban Hud a.s. ini menunjukkan suatu sikap yang tegas, penuh dengan keimanan dalam mempertanggung jawabkan kebenaran dakwanya yang disampaikan kepada kaumnya tanpa mempedulikan bentuk rintangan dan tantangan yang dihadapinya.

Maksud dari ayat tersebut diatas adalah tidak ada satupun yang mampu untuk melimpahkan suatu penyakit atas diri seseorang selain Allah Swt. Penyakit gangguan jiwa yang diturunkan dari orang-orang yang menang menghendaki gila oleh Allah Swt. Mereka persekutukan Allah, mempercayai dan meyakini hal-hal yang berhubungan dengan kemusyrikan mereka ditimpahkan penyakit gangguan Jiwa karena adanya pelanggaran norma dan agama yang telah mereka lakukan. Hati mereka jauh dari Allah dan keimanan mereka meredup seiring dengan kepercayaannya terhadap kemusyrikan. Mereka tidak mampu menguasai diri mereka, tanpa arah sehingga merekapun menjadi gangguan jiwa. Dari itulah, Allah Swt. sudah memperingatkan kita agar senantiasa menjaga keimanan kita karena sesungguhnya keimananlah yang menguatkan dan menyehatkan jiwa (shihab, 2006).

Menurut Usman Najati dalam Baharuddin (2004), di dalam al-Qur'an ditemukan tiga pola kepribadian, yaitu pola kepribadian mukmin, pola kepribadian munafik, dan pola kepribadian kafir. Pola kepribadian munafik dan kafir menunjuk pada pribadi yang tidak sehat mentalnya,

sedangkan pola kepribadian yang beriman menunjuk pada pribadi dengan mental yang sehat. Pola kepribadian yang beriman ini ditandai oleh sembilan kelompok karakteristik, yaitu :

- a. Karakteristik yang berhubungan dengan akidah ; beriman kepada Allah, beriman kepada para MalaikatNya, beriman kepada Kitab SuciNya, beriman kepada para Rasul, beriman kepada hari akhir, hari kebangkitan dan hari perhitungan, beriman kepada surga dan neraka, beriman kepada alam gaib serta beriman kepada *qadha* dan *qadhar* Allah.

Seperti firman Allah SWT.: Q.S Al-Fath (48): 4



Terjemahnya:

“Dialah yang telah menurunkan ketenangan ke dalam hati orang-orang mu'min supaya keimanan mereka bertambah di samping keimanan mereka (yang telah ada)” (Depag, 2012)

- b. Karakteristik yang berhubungan dengan ibadah; menyembah Allah, menunaikan berbagai kewajiban (seperti sholat, puasa, zakat, haji), berjihad di jalan Allah baik dengan harta maupun jiwa, senantiasa mengingatNya, memohon ampunanNya (taubat), tawakal, dan membaca al-Qur'an.

Q.S Al-Fajr (89): 27-30.



Terjemahnya:

“Hai jiwa yang tenang. Kembalilah kepada Tuhanmu dengan hati yang puas lagi diridai-Nya. Maka masuklah ke dalam surga-Ku” (Depag, 2012).

Dari keterangan ayat diatas dapat pula diambil suatu pedoman bahwa tujuan dari pembinaan dan pengembangan jiwa itu dalam islam adalah untuk mewujudkan kondisi kesehatan jiwa yang baik. (al-falah) yang diperoleh melalui pendidikan tazkiyah atau pembinaan potensi jiwa takwa dalam diri. Sehingga jiwa muthmainnah menyempurnakan kehidupan mental manusia, dan inilah tujuan yang paling tinggi dari usaha pembinaan dan pengembangan kesehatan jiwa dalam Islam yang harus dicapai oleh setiap muslim muslimah.

Allah Swt. berfirman: QS. ar-Ra'd (13): 28



Terjemahnya:

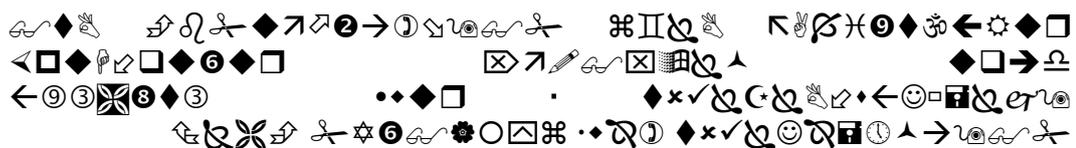
“(yaitu) Orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingati Allahlah hati menjadi tenteram” (Depag, 2012)

Iman atau percaya bahwa Allah Swt. itu ada, Pencipta alam semesta ini termasuk manusia sebagai makhluk-Nya, Tuhan Yang

Maha Esa, Maha Kuasa, Maha Pengasih, Maha Pengampun, Maha Adil, Maha Mengetahui, dan seterusnya; serta kepada-Nya kita semua kelak akan kembali, merupakan keimanan yang besar pengaruhnya bagi kesehatan mental manusia (Hawari, 2007).

Salah satu kebutuhan utama manusia adalah kebutuhan akan rasa aman dan terlindung (*security feeling*). Menurutny, rasa aman dan terlindung ini tumbuh dan dirasakan sebagai suatu kekuatan spiritual dengan doa atau salat yang dilakukan 5 kali sehari semalam, belum lagi dengan salat sunnah lainnya. Dengan beriman kepada Allah Swt., berarti orang akan menjauhi larangan-Nya, dan melaksanakan apa yang diperintahkan, agar diperoleh keselamatan/kesejahteraan baik di dunia maupun di akhirat kelak. Orang yang beriman adalah orang yang selalu ingat kepada Allah Swt. (*dzikrullah/zikir*), perasaan tenang, aman dan terlindung selalu menyertainya. Dalam menjalani kehidupan di dunia ini tiada yang perlu ditakutkan selain Allah Swt. karena Allah Swt. selalu memberikan petunjuk, taufik, serta hidayah-Nya; sehingga orang yang beriman itu senantiasa memperoleh bimbingan dan perlindungan-Nya (Hawari, 2007).

Selanjutnya dalam Q.S Al-Israa (17):82.



Terjemahnya:

“Dan (sedangkan) Kami menurunkan Al-Qur’an sebagai obat

penawar dan rahmat bagi orang-orang yang beriman dan ia tidaklah menambah kepada orang-orang yang dhalim selain kerugian” (Depag, 2012).

Orang yang sehat mentalnya adalah orang yang dapat membedakan mana yang halal dan mana yang haram, mana yang hak dan mana yang batil, mana yang baik dan mana yang buruk, mana yang boleh dan yang tidak, mana yang manfaat dan mana yang mudarat, dan lain sebagainya (Hawari 2007).

Semua dimensi kehidupan manusia yang menyangkut aspek hukum, norma, nilai dan etika kehidupan termaktub dalam kitab suci Al-Qur'an; serta petunjuk pelaksanaannya (juklak) terdapat dalam Al-Hadis sebagaimana dicontohkan oleh Nabi Muhammad Saw. Bila para dokter selalu membaca "*textbook*" kedokteran guna menambah ilmunya untuk diamalkan bagi kesehatan pasien; maka sesungguhnya Al-Qur'an merupakan "*textbook*" kesehatan mental terlengkap dan tersempurna di dunia. Bagi mereka yang mengerti menghayati dan mengamalkannya akan beroleh manfaat serta kesejahteraan lahir dan batin, selamat di dunia dan selamat pula di akhirat kelak (Hawari, 2007).

- c. Karakteristik yang berkaitan dengan hubungan kekeluargaan; berbuat baik kepada orangtua dan kerabat, pergaulan yang baik di antara suami istri, serta menjaga dan memberi nafkah keluarga.
- d. Karakteristik yang berkaitan dengan hubungan sosial; bergaul dan bekerja sama secara baik dengan orang lain, mengutamakan

- kepentingan orang lain daripada kepentingan sendiri, menunaikan prinsip '*amar ma'ruf nahi munkar*, yakni dengan berbuat kebajikan dan menghindarkan diri dari perbuatan yang tercela dan tidak bermanfaat.
- e. Karakteristik yang berhubungan dengan moral (akhlak); bersikap sabar, adil, rendah hati, jujur, amanah, menjaga kehormatan, mampu mengendalikan hawa nafsu dan menjauhkan diri dari perbuatan dosa, serta teguh dalam kebenaran di jalan Allah Swt.
 - f. Karakteristik yang berhubungan dengan faktor emosional (afeksi); cinta kepada Allah, takut kepada azab Allah, memiliki sifat penyayang, tidak memiliki sifat dengki, sombong, tidak mudah berputus asa, senang berbuat kebajikan kepada sesama, tidak suka memusuhi dan menyakiti orang lain, mampu menahan dan mengendalikan amarah, tidak mencela diri sendiri, serta merasa menyesal setelah melakukan kekhilafan.
 - g. Karakteristik yang berhubungan dengan intelektual (kognitif); berfikir tentang alam semesta beserta ciptaan Allah, menuntut ilmu pengetahuan, tidak mengikuti prasangka, mencari kebenaran, cermat dalam meneliti realitas, serta bebas dalam berpikir dan berakidah (berideologi).

C. Tinjauan Umum Kekambuhan.

1. Defenisi kekambuhan

Kekambuhan merupakan keadaan pasien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali (Andri, 2008). Keadaan sekitar atau lingkungan yang penuh stres

dapat memicu pada orang-orang yang mudah terkena depresi, dimana dapat ditemukan bahwa orang-orang yang mengalami kekambuhan lebih besar kemungkinannya daripada orang-orang yang tidak mengalami kejadian-kejadian buruk dalam kehidupan mereka. Pada gangguan jiwa kronis diperkirakan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama, dan 70% pada tahun kedua (yosep, 2006). kekambuahn biasanya terjadi karena adanya kejadian-keadian buruk sebelum mereka kambuh (Wiramihardja, 2007).

2. Faktor-faktor kekambuhan

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kekambuhan penderita gangguan jiwa dalam Keliat (1996), meliputi:

1. Pasien

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

2. Dokter

Minum obat yang teratur dapat mengurangi kekambuhan, namun

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

3. Penanggung Jawab Pasien (*Case Manager*)

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

4. Keluarga

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

5. Dukungan lingkungan sekitar.

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

3. Faktor resiko kekambuhan

Menurut Murphy, MF, & Moller MD, faktor resiko untuk kambuh dalam Videbeck (2008), adalah:

1. Faktor risiko kesehatan
 - a) Gangguan sebab dan akibat berpikir
 - b) Gangguan proses informasi
 - c) Gizi buruk
 - d) Kurang tidur
 - e) Kurang olahraga
 - f) Keletihan
 - g) Efek samping pengobatan yang tidak dapat ditoleransi
2. Faktor resiko lingkungan
 - a) Kesulitan keuangan
 - b) Kesulitan tempat tinggal
 - c) Perubahan yang menimbulkan stress dalam peristiwa kehidupan
 - d) Keterampilan kerja yang buruk, ketidakmampuan mempertahankan pekerjaan
 - e) Tidak memiliki transportasi.
 - f) Keterampilan *sosial* yang buruk, isolasi *sosial*, kesepian
 - g) Kesulitan interpersonal

3. Faktor resiko perilaku dan emosional

- a) Tidak ada control, perilaku agresif, atau perilaku kekerasan
- b) Perubahan mood
- c) Pengobatan dan penatalaksanaan gejala yang buruk
- d) Konsep diri rendah
- e) Penampilan dan tindakan berbeda
- f) Perasaan putus asa
- g) Kehilangan motivasi

4. Gejala-gejala kambuh

Menurut Keliat (1996), gejala kambuh yang diidentifikasi oleh klien dan keluarganya, yaitu *nervous*, tidak nafsu makan, sukar konsentrasi, sulit tidur, depresi, tidak ada minat dan menarik diri. Pada gangguan jiwa psokotik akan timbul gejala positif yang lebih aktif seperti; waham, halusinasi, gangguan pikiran, *ekoprasia*, *asosiasi longer*, *Flight of ideas*.

Beberapa gejala kambuh yang perlu diidentifikasi oleh klien dan keluarganya yaitu :

- a. Menjadi ragu-ragu dan serba takut (*nervous*).
- b. Tidak nafsu makan
- c. Sukar konsentrasi
- d. Sulit tidur
- e. Depresi
- f. Tidak ada minat

g. Menarik diri

5. Strategi yang dapat membantu keluarga untuk mencegah kekambuhan

- 1) Mengenali tanda kambuh
- 2) Menjalani pengobatan yang sesuai
- 3) Menghindari situasi yang mungkin memicu timbulnya gejala seperti film-film atau program di televisi.
- 4) Mempelajari tentang keadaan sakit yang diderita anggota keluarganya.
- 5) Melaksanakan pelatihan teknik manajemen stress. Contoh meditasi, berpikir positif, dan napas dalam.
- 6) Melaksanakan aktifitas secara terstruktur

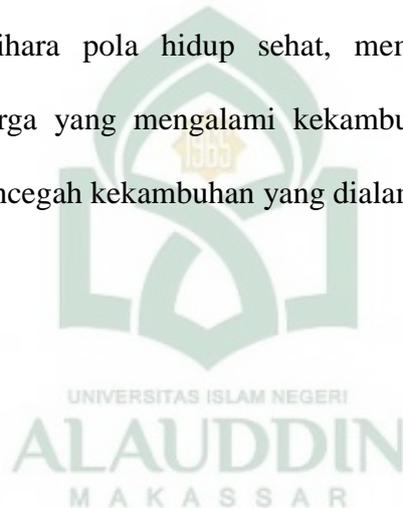
Seorang yang menderita gangguan jiwa harus diberi semangat dan nasehat untuk mengatur keadaan dirinya dan untuk menghindari kekambuhan. Tim kesehatan menyatakan bahwa klien menyimpan catatan harian mengenai perasaan dan perilakunya sehingga mereka secara signifikan dapat mengalami perubahan dan peringatan tanda akan kekambuhannya. Banyak klien yang mempelajari dan mengenali peribadi mereka dengan adanya catatan tersebut.

Memelihara pola hidup juga penting untuk setiap orang khususnya klien gangguan jiwa. Mengambil dosis obat yang benar pada waktu yang sama setiap hari sangat diperlukan. Membantu mengingatkan klien dalam

meminum obat dengan menggunakan pil untuk setiap dosis harian. Hal tersebut akan menolong mereka bila mereka harus mengambil dosis pengobatan

Dalam sebuah riset menyatakan bahwa tidur yang cukup dapat mempengaruhi pikirannya dan dapat mencegah kekambuhan. Jika intensitas tidurnya terlalu banyak, dapat diidentifikasi jika hal tersebut adalah tanda dari depresi. Namun sebaliknya, jika intensitas tidurnya kurang mungkin menandakan jika klien merasa khawatir.

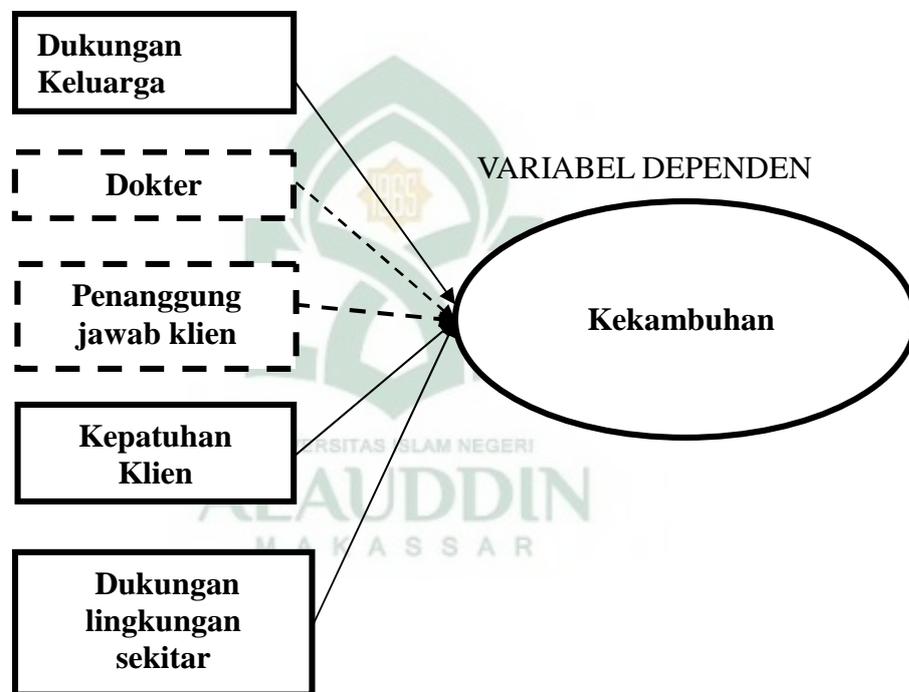
Memelihara pola hidup sehat, memonitor dan memeriksakan anggota keluarga yang mengalami kekambuhan gangguan jiwa dapat membantu mencegah kekambuhan yang dialaminya.



D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep dibuat berdasarkan kerangka teori yang peneliti rumuskan sebagai berikut :

VARIABEL INDEPENDEN



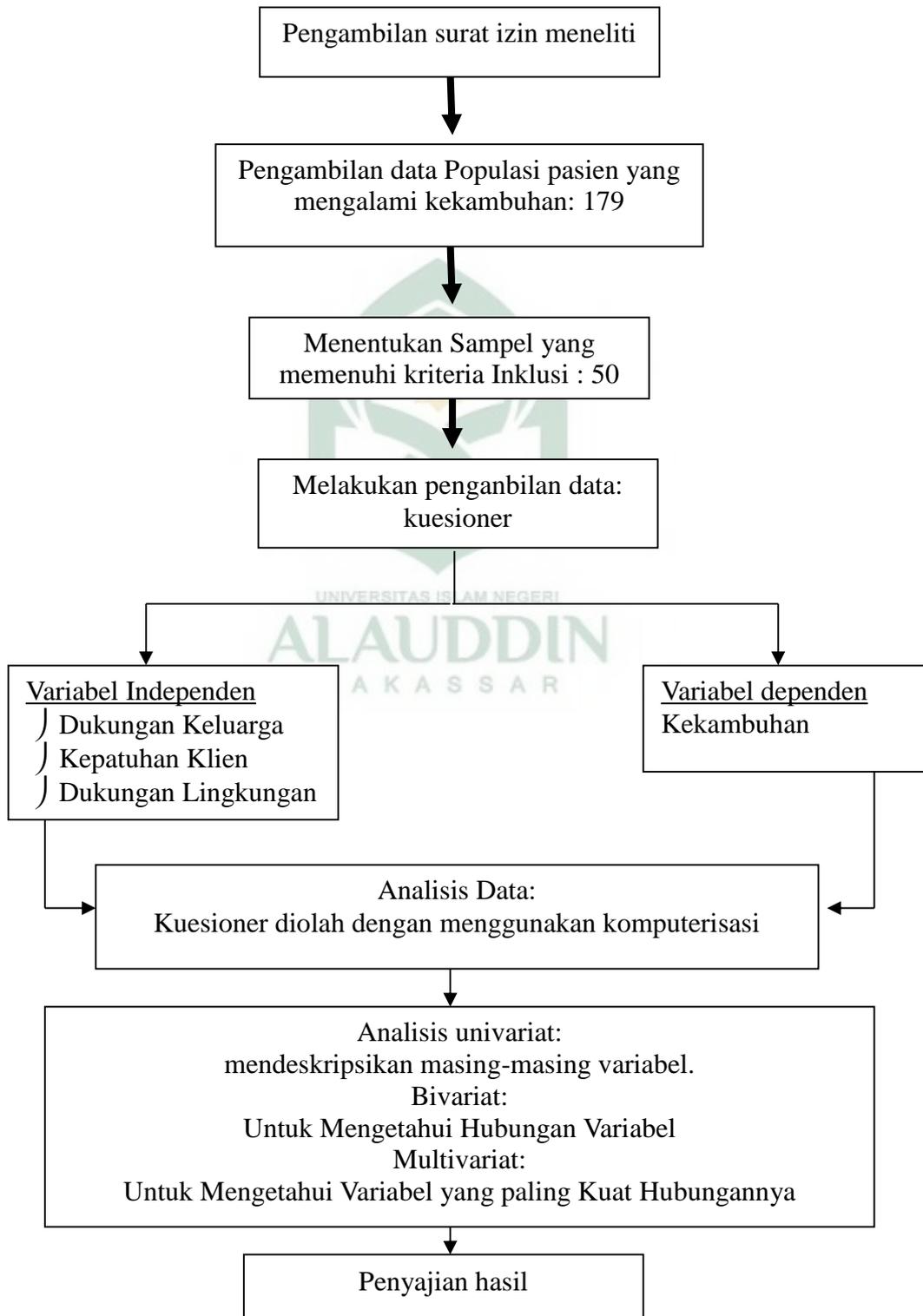
○ = Variabel Dependen

□ = variabel independen

→ = Variabel yang diteliti

-----▶ = Variabel yang tidak diteliti

E. Kerangka Kerja



↓
Kesimpulan dan Saran

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan jenis kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif analitik melalui pendekatan *cross sectional* (belah melintang) yaitu melakukan *cross tab* antara variabel dependen (kekambuhan) dengan variabel independen (kepatuhan klien, dukungan keluarga dan dukungan lingkungan sekitar). Desain ini dipilih karena tidak akan ada dilakukan intervensi apapun dan pengambilan data hanya dilakukan sekali. Pengukuran dilakukan secara bersamaan kemudian dianalisa kolerasi dari kedua variabel tersebut.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek (Nursalam, 2008). Juga dapat disebutkan sebagai jumlah keseluruhan dari unit analisa yang ciri-cirinya akan diduga (Kasjono dkk, 2009). Sedangkan menurut Sastroasmoro dan Ismael yang dimaksud dengan populasi adalah sekelompok subjek atau data dengan karakteristik tertentu. Populasi dibagi menjadi dua, yaitu ; 1) populasi target (*target population*) 2) populasi terjangkau (*accessible population*) atau populasi sumber (*source*

population). Populasi target (*target population*) merupakan sasaran penerapan hasil penelitian, sedangkan populasi terjangkau (*source population*) adalah bagian dari populasi target yang dapat dijangkau oleh peneliti (Sastroasmoro s & Ismael s, 2008). Populasi target pada penelitian ini adalah klien gangguan jiwa yang mengalami kekambuhan yang dirawat di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan. Sedangkan populasi terjangkau pada penelitian ini adalah seluruh klien gangguan jiwa yang mengalami kekambuhan yang dirawat di ruang rawat inap Nyiur di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan berjumlah 179 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti. Sampel sebesar 10% dari populasi dianggap minimum untuk riset deskriptif dan sampel sebesar 30 responden atau lebih dianggap mewakili keakuratan populasi Pengambilan sampel dalam penelitian ini (Sugiono, 2012). Besar sampel menurut Arikunto (2006), apabila populasi subjeknya kurang dari 100, lebih baik diambil semua sehingga penelitiannya merupakan penelitian populasi. Tetapi jika jumlah subjeknya besar atau lebih dari 100, dapat diambil antara 10-15% atau 20-25% atau lebih.

Sampel dalam penelitian ini adalah bagian dari populasi di ruang rawat inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel dipilih dengan metode *Purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel berdasarkan kriteria inklusi (Nursalam 2008), adapun jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 50

orang atau 27,93% dari jumlah populasi.

Sampel penelitian ini adalah klien gangguan jiwa yang mengalami kekambuhan dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Pasien yang berulang dirawat inap di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.
- b. Bersedia untuk menjadi responden.
- c. Bisa membaca dan menulis
- d. Mampu berkomunikasi atau menjawab pertanyaan (kooperatif).
- e. Pasien yang dalam tahap persiapan pulang.

Sedangkan kriteria (Eksklusi) sampel dalam penelitian ini adalah:

- a. Pasien yang tidak pernah mengalami kekambuhan
- b. Pasien yang sedang sakit
- c. Menolak menjadi responden

C. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dianggap valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang diukur dengan kuesioner tersebut (Dahlan, 2013). Dalam hal ini dilakukan item pertanyaan yang diharapkan dapat secara tepat mengungkapkan variabel yang diukur. Uji signifikansi ini membandingkan korelasi antara nilai total koefisien item pertanyaan masing-masing variabel melebihi nilai signifikan maka pertanyaan tersebut

dinilai valid.

Pengujian validitas dilakukan dengan bantuan komputerisasi. Pengambilan keputusan berdasarkan *p value* / nilai *significansy* kurang dari 0,05 (5 %) maka item pertanyaan tersebut dinyatakan valid dan sebaliknya jika nilai *p value* atau signifikasinya sama dengan atau lebih dari 0,05 (5%) dinilai tidak valid.

2. Reliabilitas

Reabilitas adalah pengukuran untuk suatu gejala dalam penelitian. Semakin tinggi reabilitas suatu alat ukur, maka semakin stabil alat tersebut untuk digunakan. Menurut Dahlan (2013) alat ukur dikatakan *reliable* (handal) kalau dipergunakan untuk mengukur berulang kali dalam kondisi yang relatif sama, akan menghasilkan data yang relatif sama atau sedikit variasi. Tingkat reliabilitas suatu konstruk / Variabel penelitian dapat dilihat dari hasil statistik *Cronbac Alpha* () suatu variabel dikatakan *reliable* jika memberikan nilai *Cronbac Alpha* > 0,63. Semakin nilai alphanya mendekati satu maka nilai reliabilitas datanya semakin terpercaya.

D. Instrument Penelitian

Dalam penelitian ini instrument yang digunakan berupa kuesioner yang berisikan pertanyaan yang akan dijawab oleh responden. Penelitian ini menggunakan skala guttman. Skala guttman ini berhubungan dengan pernyataan tentang faktor kekambuhan pasien, responden diminta mengisi pertanyaan dalam skala nominal berbentuk verbal dalam jumlah kategori

tertentu. Adapun perumusan penentuan criteria objektifnya sebagai berikut :

- a. Untuk kekambuhan diberikan pernyataan dengan menggunakan *multiple choise*. Untuk menentukan frekuensi kekambuhan pasien.
- b. Untuk faktor dukungan keluarga akan dinilai dengan 16 pernyataan positif dan menggunakan skala guttman dengan nilai jawaban ya (1) dan tidak (0).
- c. Untuk faktor kepatuhan klien berobat akan dinilai dengan 10 pernyataan negatif dan menggunakan skala guttman dengan nilai jawaban ya (0) dan tidak (1).
- d. Untuk faktor Lingkungan akan dinilai dengan 10 pernyataan negatif dan menggunakan skala guttman dengan nilai jawaban ya (0) dan tidak (1).

E. Lokasi dan waktu Penelitian

1. Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan.

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 26 Juli sampai 18 Agustus 2014.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data yang diperoleh yaitu dengan mengunjungi lokasi penelitian dan meminta responden untuk mengisi kuesioner yang telah disusun oleh peneliti yaitu pasien gangguan jiwa yang mengalami kekambuhan di Ruang rawat inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

2. Data sekunder

Data yang digunakan sebagai data pelengkap untuk data primer yang berhubungan dengan masalah yang diteliti didapatkan dari instansi yang terkait yaitu di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan.

3. Tahap persiapan

- a. Mengurus perijinan Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar sampai ke tempat penelitian yang ditujukan yaitu kepada Direktur RSKD. Provinsi Sulawesi Selatan.
- b. Mencari sumber pustaka dan data penunjang di lapangan yaitu jumlah pasien gangguan jiwa yang mengalami kekambuhan.

4. Tahap pelaksanaan.

- a. Menentukan sampel penelitian dari populasi yang telah ditetapkan.
- b. Kemudian peneliti melakukan pendekatan dengan responden sesuai dengan kriteria inklusi.
- c. Setelah kriteria inklusi terpenuhi peneliti melakukan pengambilan data dengan cara membagikan kuesioner kepada responden.
- d. Setelah kuesioner terisi, peneliti kembali mengecek keakuratan kuesioner yang sudah diisi.

G. Pengolahan Data

Pengolahan data penelitian dilakukan dengan melalui tahap-tahap yang disebutkan oleh Hastono (2001) yaitu:

1. Editing

Editing adalah proses pengecekan isian lembar observasi apakah pengisian sesuai yang diharapkan atau tidak.

2. *Coding*

Coding adalah kegiatan merubah data yang berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan.

3. *Tabulating*

Tabulating adalah mengelompokkan data kedalam suatu tabel tertentu menurut sifat-sifat yang dimilikinya sesuai dengan tujuan penelitian, hal ini untuk memudahkan dalam menganalisa data selanjutnya.

4. *Proccesing*

Proccesing adalah memproses data agar dapat dianalisis.

5. *Cleaning*

Cleaning adalah kegiatan pengecekan kembali data yang sudah diproses apakah ada kesalahan atau tidak.

H. Analisa Data

1. Univariat

Untuk mengetahui distribusi frekuensi faktor kekambuhan dan kekambuhan di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

2. Bivariat

Untuk mengukur hipotesis penelitian menggunakan uji *Chi Square* apakah terdapat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat maka digunakan p value yang dibandingkan dengan tingkat kemaknaan

(alpha) yang digunakan yaitu 5% atau 0.05. Apabila p value < 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a (hipotesis penelitian) diterima, yang berarti ada hubungan antara variabel-variabel bebas dan terikat, sedangkan bila p value > 0,05 maka H_0 diterima dan tidak ada hubungan (Sugiono, 2009).

3. Multivariat

Untuk melihat besarnya pengaruh semua variabel bebas terhadap variabel terikat. Analisa data menggunakan *Regresi Logistik*, dengan program komputer.

I. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mendapatkan rekomendasi dari Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar dan instansi-instansi terkait lainnya. Setelah mendapat persetujuan maka peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika (Yurisa, Wella. 2008).

1) Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*).

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*).

Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia adalah peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subyek (*informed consent*) yang terdiri dari :

a) Penjelasan manfaat penelitian

- b) Penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan.
- c) Penjelasan manfaat yang akan didapatkan.
- d) Persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian.
- e) Persetujuan subyek dapat mengundurkan diri kapan saja.
- f) Jaminan anonimitas dan kerahasiaan.

2) Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*).

Setiap manusia memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu. Pada dasarnya penelitian akan memberikan akibat terbukanya informasi individu termasuk informasi yang bersifat pribadi. Sedangkan tidak semua orang menginginkan informasinya diketahui oleh orang lain, sehingga peneliti perlu memperhatikan hak-hak dasar individu tersebut. Dalam aplikasinya, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal subyek dalam kuesioner dan alat ukur apapun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subyek. Peneliti dapat menggunakan koding (inisial atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden.

3) Keadilan dan inklusivitas (*respect for justice and inclusiveness*).

Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor

ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta perasaan religius subyek penelitian. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan yaitu kejelasan prosedur penelitian.

- 4) Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*).

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*nonmaleficience*). Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subyek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stres, maupun kematian subyek penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.

Penelitian analisis faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pasien gangguan jiwa di Ruang rawat inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan telah dilaksanakan dimulai tanggal 26 Juli sampai 18 Agustus 2014. Responden penelitian berjumlah 50 orang dari pasien yang dirawat di Ruang Rawat Inap RSKD Provinsi Sulawesi Selatan. Dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan uji chi square, serta untuk analisis multivariate menggunakan uji *regresi logistic*. Adapun hasil penelitian dijelaskan sebagai berikut :

1. Analisis Karakteristik Responden.

Karakteristik responden pada penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, suku, pendidikan, pekerjaan, karakteristik lingkungan dan status perkawinan. Data karakteristik responden ini dijabarkan pada tabel 4.1 sampai dengan tabel 4.7 adalah sebagai berikut :

a. Umur .

Tabel 4.1
Distribusi karakteristik Responden Berdasarkan Umur Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Umur	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Dewasa muda (18-44)	38	76,0
Usia Pertengahan (45-59)	8	16,0
Lansia (60-74)	4	8,0
Jumlah	50	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

Pada tabel 4.1 menunjukkan distribusi responden yang tertinggi adalah kelompok umur dewasa muda yaitu 38 (76 %) responden dan yang paling rendah pada kelompok umur lansia 4 (8 %) responden.

b. Jenis kelamin

Tabel 4.2
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Jenis kelamin	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Laki-laki	50	100.0

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

Berdasarkan tabel 4.2 responden pada penelitian ini yang diambil semua berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 50 (100%) responden.

c. Suku

Tabel 4.3
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Suku Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Suku	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Bugis	20	40,0
Makassar	17	34,0
Toraja	8	16,0
Mandar	5	10,0
Jumlah	50	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa mayoritas responden suku bugis yaitu 20 (40 %) responden, sedangkan terendah adalah suku mandar yaitu 5 (10 %) responden.

d. Pendidikan

Tabel 4.4
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Pendidikan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
SD/ TIDAK TAMAT SD	12	24.0
SMP	15	30.0
SMA	20	40.0
PT (Perguruan Tinggi)	3	6.0
Jumlah	50	100.0

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pendidikan terakhir SMA yaitu sebanyak 20 (40%) responden, sedangkan hanya 3 (6%) responden yang memiliki pendidikan terakhir PT (Perguruan Tinggi).

e. Pekerjaan

Tabel 4.5
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Pekerjaan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Petani	11	22.0
Buruh	14	28.0
Wiraswasta	12	24.0
Tidak ada	13	26.0
Jumlah	50	100.0

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

Tabel 4.5 menunjukkan mayoritas responden memiliki pekerjaan buruh yaitu 14 (28%) responden, sedangkan yang terendah adalah petani yaitu 11 (22 %) responden.

f. Karakteristik lingkungan

Tabel 4.6
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan lingkungan Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Lingkungan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Perkotaan	23	46.0
Pedesaan	27	54.0
Jumlah	50	100.0

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa mayoritas responden tinggal di pedesaan sebanyak 27 (54%) responden, sedangkan responden yang tinggal perkotaan sejumlah 23 (46 %) responden.

g. Status perkawinan

Tabel 4.7
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Status Perkawinan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Menikah	11	22.0
Belum menikah	27	54.0
Duda/ janda	12	24.0
Jumlah	50	100.0

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

Berdasarkan tabel 4.7 mayoritas responden belum menikah yaitu sebanyak 27 (54 %) responden, sedangkan yang terendah adalah responden yang sudah menikah yaitu sebanyak 11 (22 %) responden.

2. Analisis Univariat

a. Dukungan Keluarga

Tabel 4.8
Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Dukungan Keluarga	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	31	62.0
Kurang	19	38.0
Total	50	100.0

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

Berdasarkan tabel 4.7 bahwa responden yang memiliki dukungan keluarga yang baik, lebih banyak yaitu 31 (62 %) responden daripada responden yang memiliki dukungan keluarga yang kurang, yaitu 19 (38 %) responden.

b. Kepatuhan Klien Berobat.

Tabel 4.9
Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Berobat Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Kepatuhan Klien	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	31	62.0
Kurang	19	38.0
Jumlah	50	100.0

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

Berdasarkan tabel 5.9 bahwa responden yang memiliki kepatuhan berobat baik, lebih banyak yaitu 31 (62 %) responden

daripada responden yang memiliki kepatuhan berobat kurang, yaitu 19 (38 %) responden.

c. dukungan lingkungan sekitar

Tabel 4.10
Distribusi Responden Berdasarkan dukungan lingkungan sekitar Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

dukungan lingkungan sekitar	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	18	36.0
Kurang	32	64.0
Jumlah	50	100.0

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

Berdasarkan tabel 4.10 bahwa responden yang memiliki dukungan lingkungan sekitar yang kurang lebih banyak, yaitu 32 (64%) responden daripada yang memiliki dukungan lingkungan sekitar yang baik, yaitu 18 (36%) responden.

d. Kekambuhan

Tabel 4.11
Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kekambuhan Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Kekambuhan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jarang	29	58.0
Sering	21	42.0
Jumlah	50	100.0

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

Berdasarkan tabel 4.10 jumlah responden yang jarang mengalami kekambuhan lebih banyak yaitu 29 (58%) responden dibandingkan dengan responden yang sering mengalami kekambuhan yaitu 21 (42%) responden.

3. Analisis bivariat

Adapun Variabel yang akan dianalisis hubungan dan persentasenya adalah sebagai berikut:

a. Hubungan dukungan keluarga terhadap kekambuhan.

Tabulasi silang faktor dukungan keluarga terhadap kekambuhan dapat dilihat pada tabel 4.12 berikut:

Tabel 4.12
Hubungan dukungan keluarga terhadap kekambuhan Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Dukungan keluarga	Kekambuhan				Jumlah		<i>p</i>
	Jarang		Sering				
	n	%	n	%	n	%	
Baik	22	75,9%	6	37.5%	31	62.0%	0,018
Kurang	7	24,1%	12	57.1%	19	38.0%	
Jumlah	29	100.0%	21	100.0%	50	100.0%	

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

= 0,05

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 22 (75,9 %) responden yang memiliki dukungan keluarga yang baik, jarang mengalami kekambuhan, sedangkan responden yang memiliki dukungan keluarga yang kurang, jumlah yang sering mengalami kekambuhan sebesar 12 (57,1 %) responden. Berdasarkan hasil uji statistik *chy-square* diperoleh $p= 0,018$

berarti $p < (0,05)$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima ini menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

- b. Hubungan antara kepatuhan klien berobat terhadap kekambuhan.

Tabulasi silang faktor kepatuhan klien berobat terhadap kekambuhan dapat dilihat pada tabel 4.13 berikut:

Tabel 4.13
Hubungan Kepatuhan Klien Berobat terhadap kekambuhan Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Kepatuhan Klien	Kekambuhan				Jumlah	<i>p</i>	
	Jarang		Sering				
	n	%	n	%			
Baik	23	79.3%	8	38.1%	31	62.0%	0,003
Kurang	6	20.7%	13	61.9%	19	38.0%	
Jumlah	29	100.0%	21	100.0%	50	100.0%	

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

= 0,05

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 23 (79,3%) responden yang memiliki kepatuhan berobat yang baik, jarang mengalami kekambuhan. Adapun responden yang memiliki kepatuhan berobat kurang, jumlah yang sering mengalami kekambuhan sebesar 13 (61,9%) responden. Berdasarkan hasil uji statistik *chy-square* diperoleh $p= 0,003$ berarti $p < (0,05)$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima ini menunjukkan adanya hubungan antara kepatuhan klien berobat dengan tingkat kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

c. Hubungan antara dukungan lingkungan sekitar terhadap kekambuhan .

Tabulasi silang faktor dukungan lingkungan sekitar terhadap kekambuhan dapat dilihat pada tabel 4.14 berikut:

Tabel 4.14
Hubungan dukungan lingkungan sekitar terhadap kekambuhan Di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Lingkungan Sekitar	Kekambuhan				Jumlah		<i>p</i>
	Jarang		Sering		n	%	
	n	%	n	%			
Baik	13	44.8%	5	23.8%	18	36.0%	0,126
Kurang	16	55.2%	16	76.2%	32	64.0%	
Jumlah	29	100.0%	21	100.0%	50	100.0%	

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

= 0,05

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 13 (44,8%) responden yang memiliki lingkungan yang baik, jarang mengalami kekambuhan. Sedangkan responden yang memiliki lingkungan kurang baik, jumlah yang sering mengalami kekambuhan sebesar 16 (76,2%) responden. Berdasarkan hasil uji statistik *chy-square* diperoleh $p = 0,126$ berarti $p > (0,05)$, maka H_0 diterima dan H_a ditolak ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan lingkungan sekitar dengan tingkat kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

4. Analisis multivariat

Pada uji multivariat ini dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik dimana variable yang memenuhi syarat nilai signifikansi setelah di uji hubungan dengan variable kekambuhan dibawah 0,25.

Hasil uji ini ditampilkan pada tabel 4.15

Tabel 4.15
Hasil Uji Regresi Logistic Variabel.

	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
			Lower	Upper
DUKUNGAN KELUARGA KEPATUHAN KLIEN	0.008	0.050	0.006	0.452
DUKUNGAN INGKUNGAN SEKITAR	0.549	0.636	0.145	2.794
Constant	0.005	31.804		

Sumber : Data Primer, Agustus 2014

Pada tabel ini menjelaskan bahwa variable yang paling berpengaruh terhadap kekambuhan adalah kepatuhan klien melakukan pengobatan dengan *significancy* 0,004.

B. Pembahasan.

Berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan terhadap 50 responden di Ruang Rawat Inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan maka diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Hubungan dukungan keluarga terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna dan signifikan antara dukungan keluarga terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa. Didapatkan nilai *significancy* (p) = 0,018 dukungan

keluarga terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa dan tanda negatif koefisien korelasi menunjukkan ketidaksearahannya, artinya semakin tinggi dukungan sosial diberikan keluarga maka semakin rendah kekambuhan pasien gangguan jiwa, begitupun sebaliknya. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan sosial masih belum optimal dalam merawat pasien gangguan jiwa karena masih banyak pasien yang sering mengalami kekambuhan yaitu 19 dari 50 pasien. Hal ini pun didukung oleh hasil penelitian Saputra N (2010) yang menyatakan bahwa pasien gangguan jiwa yang tinggal bersama keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bingung, marah, tidak mengerti, bermusuhan dan overprotektif) memiliki resiko kekambuhan yang lebih besar.

Menurut Keliat, (1996) keluarga seharusnya mempunyai sikap yang positif seperti menerima kenyataan kondisi pasien, menghargai pasien, menumbuhkan sikap tanggung jawab dan tidak memusuhi pasien. Keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan dan mengkritik) akan membuat kekambuhan lebih cepat dalam waktu 9 bulan. Hasilnya 57% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi dan 17% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi yang rendah.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ambari (2010) yang menyatakan bahwa Semakin tinggi dukungan keluarga, maka semakin tinggi pula keberfungsian sosial pasien. Sebaliknya semakin rendah dukungan keluarga, semakin rendah pula keberfungsian sosial pasien gangguan jiwa *pasca* perawatan di Rumah Sakit.

Menurut analisis peneliti, hal ini disebabkan karena dukungan emosional, dukungan pengharapan dan dukungan nyata yang diberikan keluarga kurang. Keterbatasan ekonomi terkadang juga membuat keluarga tidak mampu untuk membelikan obat secara terus-menerus kepada pasien hingga pasien betul-betul pulih dari penyakitnya, banyaknya masalah dalam keluarga seperti kasus perceraian serta tidak terpenuhinya kebutuhan-kebutuhan pasien dikarenakan keterbatasan finansial dan rasa tidak percaya atau stigma yang dimiliki oleh keluarga yang biasa menganggap pasien berbeda dan tidak mampu beraktual seperti orang pada umumnya. Selain itu keluarga juga berperan dalam menentukan cara atau asuhan keperawatan yang diperlukan penderita gangguan jiwa di rumah sehingga mencegah kekambuhan. Jadi pengetahuan atau stigma keluarga terhadap penyakit harus dipahami agar bisa mendukung kesembuhan pasien dan bisa meminimalkan kekambuhan. Informasi yang akurat, gejala penyakit, kemungkinan perjalanan penyakit, berbagai bantuan medis dan psikologis dapat meringankan gejala gangguan jiwa yang merupakan informasi yang sangat dibutuhkan keluarga.

2. Hubungan kepatuhan klien berobat dengan kekambuhan gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna dan signifikan antara kepatuhan klien berobat terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa. Didapatkan nilai *significancy* (p) = 0,003 kepatuhan klien berobat terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa

dan tanda negatif koefisien korelasi menunjukkan ketidaksearahannya, artinya semakin tinggi kepatuhan klien berobat maka semakin rendah kekambuhan pasien gangguan jiwa begitupun sebaliknya.

Berdasarkan pada tabel 4.13 responden yang memiliki kepatuhan berobat yang baik, yang jarang mengalami kekambuhan sebanyak 23 (79,3%) responden, sedangkan yang sering mengalami kekambuhan hanya 8 (38%) responden, ini membuktikan bahwa semakin baik kepatuhan klien berobat maka bisa meminimalkan frekuensi kekambuhan. Responden yang memiliki kepatuhan kurang, frekuensi yang sering mengalami kekambuhan sebanyak 13 (61,9%) responden, sedangkan yang jarang mengalami kekambuhan 6 (20,7%) responden, maka hal ini menunjukkan bahwa semakin buruk kepatuhan klien berobat maka frekuensi kekambuhan makin meningkat..

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sihaan, C (2012) mendapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa (skizofrenia) yang mengalami kekambuhan didapati sebanyak 75 (75,8%) responden yang tidak patuh dan hanya sebanyak 24 (24,2%) responden yang patuh. Dapat disimpulkan bahwa tingginya angka ketidakpatuhan minum obat pasien gangguan jiwa akan menyebabkan kekambuhan (relaps) dan perawatan kembali pada pasien

Menurut analisis peneliti, hal ini disebabkan oleh karena masalah dalam pengobatan gangguan jiwa adalah kebanyakan obat-obat antipsikotik kerja obatnya lambat, sehingga pasien tidak merasakan dengan segera efek

positif antipsikotik. Malahan kadang-kadang pasien lebih dahulu merasakan efek samping sebelum efek obat terhadap penyakitnya sehingga pasien menghentikan pengobatan. Kekambuhan yang terjadi akan berpengaruh terhadap buruknya kondisi pasien. Beragamnya obat yang diresepkan juga memiliki peran penting dalam kepatuhan selain itu kesakitan pasien dalam beberapa keadaan, dapat berkontribusi pada kepatuhan. Pada pasien dengan gangguan psikiatrik, kemampuan untuk bekerja sama, demikian juga sikap terhadap pengobatan mungkin dirusak oleh adanya kesakitan, dan individu-individu ini lebih mungkin tidak patuh daripada pasien lain. Berbagai studi dari pasien dengan kondisi seperti pasien skizofrenia telah menunjukkan suatu kejadian kepatuhan yang tinggi. Pasien cenderung menjadi putus asa dengan program terapi yang lama dan tidak menghasilkan kesembuhan kondisi.

3. Hubungan dukungan lingkungan sekitar dengan kekambuhan pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan lingkungan sekitar terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa. Didapatkan nilai *significancy* (p) = 0,126 dukungan lingkungan sekitar terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa $> 0,05$.

Berdasarkan pada tabel 4.14 responden yang memiliki dukungan lingkungan sekitar baik, yang jarang mengalami kekambuhan hanya 13 (44,8%) responden. Sedangkan yang memiliki dukungan lingkungan sekitar kurang, yang sering mengalami kekambuhan 16 (76,2%) responden dan

yang jarang mengalami kekambuhan juga 16 responden. Hasil penelitian ini ternyata tidak sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Keliat (1996) bahwa dukungan lingkungan sekitar yang buruk dapat meningkatkan frekuensi kekambuhan. Selain itu belum ada hasil penelitian yang mendapati hubungan yang signifikan antara dukungan lingkungan sekitar dengan kekambuhan. Adapun penelitian yang pernah dilakukan oleh Diny.R (2013) yang mendapati bahwa faktor lingkungan berhubungan dengan kepatuhan klien berobat. namun penelitian tersebut dihubungkan antara lingkungan dengan kepatuhan klien berobat.

Menurut asumsi peneliti, hal ini disebabkan karena hal yang dirasakan oleh beberapa klien pada saat berada di lingkungan tempat tinggal lebih nyaman dibandingkan ketika berada dalam perawatan di rumah sakit karena harus menjalani beberapa fase-fase pengobatan yang justru dapat menimbulkan stressor yang berlebihan, karena tempat yang terbaik sebenarnya dalam penyembuhan klien adalah di dalam lingkungan keluarga dengan begitu klien bisa berinteraksi dan melakukan aktualisasi diri secara normal. Disamping itu sebagian dari pasien juga kembali dirawat, bukan karena penyakitnya kambuh lagi, namun karena ia lebih suka tinggal di Rumah Sakit ketimbang di lingkungannya. Hal ini dimungkinkan karena dukungan keluarga yang buruk sehingga pasien lebih memilih kembali masuk ke Rumah Sakit.

4. Hubungan yang paling dominan terhadap kekambuhan di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Pada tabel 4.15 melalui hasil uji regresi logistic didapatkan variabel yang sangat berhubungan kuat, yakni kepatuhan klien berobat terhadap kekambuhan dengan nilai *exp (B)* 0,040 dan *significancy* 0,004. Kepatuhan klien berobat terhadap kekambuhan merupakan hal yang sangat mendasar dalam menunjang penyembuhan klien semakin patuh pasien berobat maka kesembuhan bisa lebih cepat dan kekambuhan bisa diatasi. Selain itu dukungan ekonomi dan motivasi keluarga juga mempebgaruhi agar pasien tidak terputus minum obat sebelum pasien pulih dan bisa beraktifitas dengan baik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Machyra dan Dewi (2009) yang menyatakan bahwa Faktor ketidakteraturan minum obat yang paling bermakna mempengaruhi kekambuhan pasien gangguan jiwa.

Dari hasil observasi peneliti, adanya hubungan timbal balik yang saling mempengaruhi antara kepatuhan pasien berobat dengan dukungan keluarga. karena dukungan yang baik dari keluarga merupakan hal yang dapat menyebabkan pasien patuh dalam minum obat, namun keluarga dapat pula memberikan dampak buruk bagi kepatuhan klien minum obat bilamana keluarga tidak mengetahui secara jelas apa dan bagaimana penyakit yang diderita oleh pasien. Oleh karena itu keluarga harus mendapatkan informasi yang banyak mengenai penyakit yang diderita oleh pasien terkhusus dalam bagaimana mencegah terjadinya kekambuhan pada pasien.

Pasien juga terkadang tidak mau minum obat karena merasa bosan dengan jadwal minum obat setiap hari serta tidak menyukai rasa atau efek samping obat yang dirasakan, bahkan pasien biasa merasa kalau penyakitnya tidak perlu diobati karena ia merasa penyakitnya akan sembuh dengan sendirinya tanpa harus meminum obat. Kurangnya pengetahuan yang dimiliki oleh pasien dan motivasi baik dari dalam maupun dari luar diri pasien, yang memungkinkan ketidakpatuhan klien minum obat.

Menurut peneliti, kepatuhan pasien gangguan jiwa menjalani terapi tidak hanya terkait dengan tilikan yang dimiliki, namun juga motivasi diri untuk sembuh. Upaya dari luar pasien akan sia-sia apabila standar terapi yang diberikan kepada pasien tidak dilaksanakan karena kepatuhan pasien melaksanakan meskipun sebenarnya mampu. Sebagaimana yang tertera dalam Q.S. Ar Ra'd (13): 11



Terjemahan:

“...Sesungguhnya Allah tidak merubah Keadaan sesuatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri. dan apabila Allah menghendaki keburukan terhadap sesuatu kaum, Maka tak ada yang dapat menolaknya; dan sekali-kali tak ada pelindung bagi mereka selain Dia” (Depag, 2012).

Dengan demikian, maksud ayat ayat 11 Surat ar-Ra'd adalah pada adatnya, Allah tidak mencabut nikmat yang telah dilimpahkan-Nya kepada sesuatu kaum, selama kaum itu tidak merubah ketaatan dan bersyukur

kepada Allah Swt. Selain itu agar pasien bisa pulih dari penyakitnya maka hendaklah dia selalu patuh dan bersabar menjalani pengobatan karna dengan bersabar, Allah Swt. akan menurunkan rahmat dan selalu bersama orang-orang yang sabar, seperti yang ada dalam Q.S. Al-Baqarah (2):153

هَيٰٓ اَيُّهَا الَّذِيْنَ اٰمَنَ جَعَلْنَا الصَّبْرَ وَالصَّلٰةَ سَيِّدَاتِ لِمَا تُرْسَلْنَ ۗ وَتُحْيِيْنَ اَمْوَالَكُمْ ۗ اِنَّ اِيْنَ اٰمَنَ لَاحْسَبُكَ اَنَّ تَجْعَلَ لِمَنْ يَّكْفُرُ اَمْوَالًا يَّجْعَلُهَا لَكُمْ اَنْ تَكْفُرُوْا ۗ اِنَّ اِيْنَ لَظٰلِمٌ ۗ

Terjemahnya:

“Hai orang-orang yang beriman, Jadikanlah sabar dan shalat sebagai penolongmu. Sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar” (Depag, 2012).

Pada ayat-ayat yang di atas telah dijanjikan Tuhan bahwa nikmat itu akan terus-menerus disempurnakan, Nikmat pertama dan utama ialah diutusnya Rasulullah Saw. menjadi Rasul Beliaulah yang akan memimpin perjuangan selanjutnya. Sebab itu tetaplah mengingat Allah supaya Allah ingat pula akan kamu dan syukurilah nikmat-Nya, jangan kembali kepada kufur, yaitu melupakan jasa dan tidak mengingat budi.

Maka apabila ketenangan telah diperteguh dengan shalat, kemenangan pastilah datang. Sabar dan shalat; keduanya mesti sejalan. Apabila kedua resep ini telah dipakai dengan setia dan yakin, kita akan merasa bahwa kian lama hijab dinding kian terbuka. Berangsur-angsur jiwa kita terlepas dari belenggu kesulitan itu sebab Tuhan telah berdaulat dalam hati kita. (Shihab 2006).

C. Keterbatasan Penelitian.

Peneliti menyadari bahwa dalam pelaksanaan penelitian tentu menemukan keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil penelitian, diantaranya:

1. Pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti dilakukan dengan menggunakan alat berupa kuesioner dan observasi sederhana. Dimana kuesioner ini peneliti memodifikasi dari instrument-instrument yang sudah ada sebelumnya. Sedangkan penelitian yang dilakukan terhadap responden memiliki sosial budaya yang berbeda sehingga bisa menimbulkan pula persepsi yang berbeda terhadap instrument-instrumen yang digunakan. Dan proses pembuatan kuesioner yang mungkin masih banyak kekurangan yang diakibatkan keterbatasan peneliti terkait dengan pengalaman dalam membuat dan menyusun kuesioner. Observasi yang dilakukan yang singkat dan sederhana terhadap responden menimbulkan subjektivitas peneliti, sehingga memungkinkan terjadi kekurangan keakuratan penelitian.
2. Pengisian kuesioner yang terkait dengan faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pasien gangguan jiwa sangat bergantung dengan kondisi yang dirasakan responden dan keluarga saat mengisinya, sehingga dapat menimbulkan hasil yang berbeda.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penelitian yang berkaitan dengan faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pasien gangguan jiwa di ruang rawat inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan dihadapkan pada keterbatasan- keterbatasan penelitian. Hasil ini dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan antara dukungan keluarga terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa di ruang rawat inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.
2. Terdapat hubungan antara kepatuhan klien berobat terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa di ruang rawat inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.
3. Tidak terdapat hubungan antara dukungan lingkungan sekitar terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa di ruang rawat inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.
4. Faktor yang paling dominan terhadap frekuensi kekambuhan pasien gangguan jiwa di ruang rawat inap Nyiur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan adalah kepatuhan klien berobat.

B. Implikasi penelitian.

1. Bagi RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

Perlu dipertimbangkan untuk meningkatkan program-program penyuluhan berupa edukasi keluarga yang ditekankan pada dukungan keluarga sebagai *primary support group* dan pengurangan *expressed emotion* dalam lingkungan keluarga untuk mencegah kekambuhan yang menyebabkan tinggi frekuensi rawat inap pasien gangguan jiwa.

2. Bagi perawat.

Adanya upaya melibatkan pasien dalam bersosialisasi/rehabilitasi dan upaya melibatkan tilikan yang baik sehubungan dengan keadaan pasien pada saat ini yang secara bersamaan juga akan meningkatkan kepatuhan pasien dalam menghadapi proses terapi yang harus dijalani.

3. Bagi masyarakat.

Hendaknya mau mengerti, memahami dan menolong pasien serta keluarga dalam menghadapi situasi yang terjadi di lingkungannya, sehingga pasien dan keluarga merasa diterima dan dihargai apa adanya dengan demikian kekambuhan dapat dicegah atau tidak terjadi.

4. Agama.

Pentingnya kebutuhan spiritual dalam menunjang kesembuhan pasien gangguan jiwa sebagai kebutuhan yang mendasar, merimplikasikan kepada pemerintah atau pemuka agama agar lebih meningkatkan layanan atau terapi spiritual serta meningkatkan edukasi kepada masyarakat mengenai pentingnya kebutuhan spiritual terhadap kesembuhan pasien.

5. Disarankan untuk dilakukan penelitian lebih lanjut dengan waktu yang lebih lama dan jumlah sampel yang lebih besar agar didapatkan hasil yang lebih signifikan.





PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
Unit Pelaksana Teknis – Pelayanan Perizinan Terpadu
Jln. Bougenville No. 5 Telp (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
MAKASSAR 90222

Makassar, 25 Juli 2014

Kepada

Nomor : 1191S /P2T-BKPMD/19.36P/07/VII/2014

Lampiran : -

Perihal : Izin Penelitian

Yth. Direktur Rumah Sakit Khusus Daerah
Prov. Sulsel

di-

Makassar

Berdasarkan surat Dekan FIK UIN Alauddin Makassar Nomor : FIK/PP.00.9/2283/2014 tanggal 23 Juli 2014 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini :

N a m a : **Muhammad Ali**
Nomor Pokok : 70300110063
Program Studi : Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. St. Alauddin No. 63, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEKAMBUHAN PASIEN GANGGUAN JIWA DI RSKD PROV. SULAWESI SELATAN”

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 26 Juli s/d 26 Agustus 2014

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi dan dipergunakan seperlunya.

a.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
Pit. KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL
DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



H. IRMAN YASIN LIMPO, SH.

Pangkat : Pembina Utama Madya, IV/d

NIP : 19670824 199403 1 008

TEMBUSAN : Kepada Yth :

1. Dekan FIK UIN Alauddin Makassar di Makassar;
2. Pertinggal



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH

Jalan Lantö Dg. Pasewang No. 34 Makassar Kode Pos : 90131

Telepon : 0411 - 873120 Faximile : 0411 - 872167

LEMBAR DISPOSISI

Surat dari : *BKPMID PAV Sul Sel*

Diterima Tgl : *24 - 07 - 2014*

No. Surat : *11864/P22.BKPMID/PAV.360/07/2014*

No. Agenda : *754*

Tgl. Surat : *24 - 07 - 2014*

Sifat :
 Sangat segera Segera
 Rahasia

Perihal : *Izin Penelitian ^{*} dr. Arsi Saputra*

Diteruskan kepada sdr :

- YTH WADIL YAMMER ^{HN 24/14}*
-
-

Dstnya

Dengan hormat harap :

- Tanggapan dan Saran
- Proses lebih lanjut
- Koordinasi/Konfirmasikan
-
-

Catatan : *As. Kabid Keperawatan*
di Ambang Layuh
25/7/14

Nama Jabatan,
Paraf dan tanggal

Nama Jelas

LAMPIRAN

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
MAKASSAR

Lampiran 1

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Judul Penelitian : Analisis Faktor Yang Berhubungan dengan Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Khusus Daerah Prov. Sul-Sel.

Peneliti : Muhammad Ali
NIM : 70300110063

Saya adalah mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan jurusan Keperawatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar yang melakukan penelitian dengan tujuan untuk Menganalisis Faktor yang Berhubungan dengan Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Prov. Sul-Sel.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini adalah bersifat sukarela dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Apabila saudara bersedia menjadi responden dalam penelitian ini maka saudara akan diberi formulir persetujuan menjadi responden untuk ditandatangani sebagai lembar persetujuan.

Peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas dan data yang responden berikan. Informasi yang responden berikan akan saya simpan sebaik mungkin dan apabila dalam pemberian informasi ada yang kurang dimengerti maka responden dapat menanyakannya kepada peneliti.

Terima kasih atas partisipasi saudara/i dalam penelitian ini.



Makassar, Agustus 2014

Peneliti

Responden

(Muhammad Ali)

()

KUESIONER PENELITIAN
Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa
di Rumah Sakit Khusus Daerah Prov. Sulsel
TAHUN 2014

I. KARAKTERISTIK RESPONDEN

- a. Inisial** :
- b. Umur** : tahun
- c. Jenis Kelamin** : () Laki-laki () Perempuan
- d. Suku** : () Bugis () Makassar () Toraja () MPasienr () lain-lain
- d. Pendidikan** : () SD/Tidak Tamat SD/Tidak Sekolah
 () SLTP
 () SLTA
 () PT
- e. Pekerjaan** :
- f. Karakteristik lingkungan** : () perkotaan () Pedesaan () lain-lain
- f. status perkawinan** : () Menikah () Belum Menikah () Duda/jPasien

II. DUKUNGAN KELUARGA

Petunjuk : Berilah checklist (v) pada jawaban yang Pasien rasa paling benar.

No	Pernyataan	YA	TIDAK
1	Keluarga Pasien tidak membedakan Pasien dengan anggota keluarga lainnya.		
2	Keluarga Pasien memberikan rasa percaya pada Pasien saat sedang menghadapi masalah.		
3	Keluarga Pasien memperhatikan kebutuhan Pasien sehari-hari.		
4	Keluarga Pasien memberikan rasa nyaman, perasaan saling memiliki dan dicintai kepada Pasien.		
5	Keluarga mengingatkan Pasien untuk minum obat secara teratur.		
6	Keluarga membantu Pasien dengan memberikan informasi yang tepat tentang segala sesuatu yang dibutuhkan Pasien selama pengobatan.		
7	Keluarga membimbing Pasien untuk bisa bekerja dan beraktivitas seperti biasanya.		
8	Keluarga membantu Pasien melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan Pasien.		
9	Keluarga menyediakan dana untuk pengobatan Pasien.		
10	Keluarga menyediakan waktu menemani Pasien kontrol ke puskesmas atau rumah sakit.		

11	Keluarga membantu menyelesaikan dan memecahkan masalah yang Pasien hadapi.		
12	Keluarga memfasilitasi transportasi yang dibutuhkan oleh Pasien selama kontrol ke puskesmas atau rumah sakit.		
13	Keluarga memotivasi Pasien untuk minum obat secara teratur		
14	Keluarga memotivasi Pasien untuk melakukan tindakan yang telah diajarkan perawat di rumah sakit.		
15	Keluarga memberikan pujian kepada Pasien bila Pasien dapat melakukan kegiatan secara tepat.		
16	Keluarga membantu meningkatkan harga diri dan rasa percaya Pasien selama perawatan sehingga Pasien tetap merasa berharga dan berguna.		

III. Kepatuhan klien berobat.

Petunjuk :

Berilah tanda checklist () pada pada tempat yang disediakan.

No	Pernyataan	YA	TIDAK
1	Kelemahan kondisi tubuh membuat Pasien tidak termotivasi untuk minum obat		
2	Rasa obat pada saat diminum membuat Pasien merasa enggan untuk minum obat		
3	Pasien berfikir penyakit Pasien tidak perlu diobati .		
4	Pasien merasa malu dengan penyakit Pasien sehingga tidak mau melakukan pengobatan		
5	Pasien tidak yakin penyakit Pasien sembuh dengan pengobatan.		
6	Tampilan obat membuat Pasien tidak tertarik untuk minum obat seperti kemasan dan beraneka ragam.		
7	Jadwal minum obat membuat Pasien menjadi bosan		
8	Lamanya pengobatan yang Pasien jalani membuat Pasien menghentikan pengobatan.		
9	Efek obat yang berlebihan membuat Pasien tidak mau minum obat		
10	Apabila gejala sudah mulai redah, Pasien berhenti meminum obat.		

IV. Dukungan Lingkungan sekitar

Petunjuk :

Berilah tanda checklist (✓) pada tempat yang disediakan.

No	Pernyataan	YA	TIDAK
1	Pasien merasa tidak nyaman dengan kondisi lingkungan Pasien		
2	Pasien dikucilkan oleh teman-teman dan tetangga Pasien		
3	Pasien merasa khawatir ketika Pasien keluar dari rumah		
4	Pasien merasa bosan dengan lingkungan sekitar rumah Pasien		
5	Pasien merasa terancam ketika keluar rumah		
6	Pasien merasa tidak percaya dengan orang-orang sekitar rumah Pasien		
7	Teman-teman dan tetangga Pasien tidak pernah datang memberikan dukungan kepada Pasien.		
8	Pasien lebih banyak menghabiskan waktu dengan keluarga.		
9	Keluarga memiliki pengaruh yang lebih besar ketimbang teman.		
10	Teman-teman tidak pernah mengajak Pasien untuk mengikuti kegiatan-kegiatan yang positif (mis.bakti sosial).		

V. Kuesioner Kekambuhan

Petunjuk Pengisian :

Berilah Tanda checklist () pada tempat yang disediakan.

1. Dalam satu tahun ini berapa kali Pasien mengalami kekambuhan?

- a. () Tidak Pernah
- b. () 1 kali
- c. () 2 kali
- d.() Lebih dari 2 kali



Lampiran 5

Frequency Table

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-44	38	76.0	76.0	76.0
	45-59	8	16.0	16.0	92.0
	60-74	4	8.0	8.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

JENIS KELAMIN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	50	100.0	100.0	100.0

SUKU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BUGIS	20	40.0	40.0	40.0
	MAKASSAR	17	34.0	34.0	74.0
	TORAJA	8	16.0	16.0	90.0
	MANDAR	5	10.0	10.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

PENDIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD/ TIDAK TAMAT SD	12	24.0	24.0	24.0
	SMP	15	30.0	30.0	54.0
	SMA	20	40.0	40.0	94.0
	PT	3	6.0	6.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

PEKERJAAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PETANI	11	22.0	22.0	22.0
	BURUH	14	28.0	28.0	50.0
	WIRASWASTA	12	24.0	24.0	74.0
	TIDAK ADA	13	26.0	26.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

LINGKUNGAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PERKOTAAN	21	42.0	42.0	42.0
	PEDESAAN	27	54.0	54.0	96.0
	3	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

STATUS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MENIKAH	11	22.0	22.0	22.0
	BELUM MENIKAH	27	54.0	54.0	76.0
	DUDA/ JANDA	12	24.0	24.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

DUKUNGAN KELUARGA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BAIK	31	62.0	62.0	62.0
	KURANG	19	38.0	38.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

KETIDAKPATUHAN KLIEN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BAIK	31	62.0	62.0	62.0
	KURANG	19	38.0	38.0	100.0

KETIDAKPATUHAN KLIEN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BAIK	31	62.0	62.0	62.0
	KURANG	19	38.0	38.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

LINGKUNGAN SEKITAR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BAIK	18	36.0	36.0	36.0
	KURANG	32	64.0	64.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

KEKAMBUHAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	JARANG	29	58.0	58.0	58.0
	SERING	21	42.0	42.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Predicted probability

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.04889	17	34.0	34.0	34.0
	.51206	14	28.0	28.0	62.0
	.58349	14	28.0	28.0	90.0
	.96622	5	10.0	10.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Lampiran 6. Crosstabs

[DataSet1] D:\Muhammad Ali.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
DUKUNGAN KELUARGA * KEKAMBUHAN	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
KETIDAKPATUHAN KLIEN * KEKAMBUHAN	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%
LINGKUNGAN SEKITAR * KEKAMBUHAN	50	100.0%	0	.0%	50	100.0%

DUKUNGAN KELUARGA * KEKAMBUHAN

Crosstab

			KEKAMBUHAN		Total
			JARANG	SERING	
DUKUNGAN KELUARGA	BAIK	Count	22	9	31
		% within KEKAMBUHAN	75.9%	42.9%	62.0%
	KURANG	Count	7	12	19
		% within KEKAMBUHAN	24.1%	57.1%	38.0%
Total		Count	29	21	50
		% within KEKAMBUHAN	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.632 ^a	1	.018	.022	.019
Continuity Correction ^b	4.318	1	.038		
Likelihood Ratio	5.670	1	.017		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.519	1	.019		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.98.

b. Computed only for a 2x2 table

KETIDAKPATUHAN KLIEN * KEKAMBUHAN

Crosstab

			KEKAMBUHAN		Total
			JARANG	SERING	
KETIDAKPATUHAN KLIEN	BAIK	Count	23	8	31
		% within KEKAMBUHAN	79.3%	38.1%	62.0%
	KURANG	Count	6	13	19
		% within KEKAMBUHAN	20.7%	61.9%	38.0%
Total		Count	29	21	50
		% within KEKAMBUHAN	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.782 ^a	1	.003	.007	.004
Continuity Correction ^b	7.120	1	.008		
Likelihood Ratio	8.927	1	.003		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	8.606	1	.003		
N of Valid Cases	50				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.98.

b. Computed only for a 2x2 table

LINGKUNGAN SEKITAR * KEKAMBUHAN

Crosstab

			KEKAMBUHAN		Total
			JARANG	SERING	
LINGKUNGAN SEKITAR	BAIK	Count	13	5	18
		% within KEKAMBUHAN	44.8%	23.8%	36.0%
	KURANG	Count	16	16	32
		% within KEKAMBUHAN	55.2%	76.2%	64.0%
Total		Count	29	21	50
		% within KEKAMBUHAN	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.335 ^a	1	.126		
Continuity Correction ^b	1.512	1	.219		
Likelihood Ratio	2.397	1	.122		

Fisher's Exact Test				.149	.109
Linear-by-Linear Association	2.289	1	.130		
N of Valid Cases	50				

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.56.
b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 7 Logistic Regression

[DataSet1] D:\AAAALLLIIIII\SPSS ALI.sav VVVVVVVVVVVVVVVVVVVV.sav

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	50	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	50	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		50	100.0

- a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding
			(1)
LINGKUNGAN SEKITAR	BAIK	18	1.000
	KURANG	32	.000
KETIDAKPATUHAN KLIEN	BAIK	31	1.000
	KURANG	19	.000
DUKUNGAN KELUARGA	BAIK	31	1.000
	KURANG	19	.000

Block 0: Beginning Block

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.323	.287	1.269	1	.260	.724

Variables not in the Equation

		Score	df	Sig.
Step 0	Variables DUKUNGAN KELUARGA(1)	5.632	1	.018

	KETIDAKPATUHANKLIEN(1)	8.782	1	.003
	LINGKUNGANSEKITAR(1)	2.335	1	.126
Overall Statistics		17.908	3	.000

Block 1: Method = Backward Stepwise (Likelihood Ratio)

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	21.860	3	.000
	Block	21.860	3	.000
	Model	21.860	3	.000
Step 2 ^a	Step	-.361	1	.548
	Block	21.499	2	.000
	Model	21.499	2	.000

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.



Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	46.169 ^a	.354	.476
2	46.530 ^a	.349	.470

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.



Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	Df	Sig.
1	1.096	5	.954
2	.227	2	.893

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		KEKAMBUHAN = JARANG		KEKAMBUHAN = SERING		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	8	7.690	0	.310	8
	2	8	8.463	1	.537	9
	3	3	3.322	3	2.678	6
	4	2	1.989	2	2.011	4
	5	4	3.526	4	4.474	8
	6	4	3.859	6	6.141	10

	7	0	.152	5	4.848	5
Step 2	1	16	16.169	1	.831	17
	2	7	6.831	7	7.169	14
	3	6	5.831	8	8.169	14
	4	0	.169	5	4.831	5

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			KEKAMBUHAN		Percentage Correct
			JARANG	SERING	
Step 1	KEKAMBUHAN	JARANG	19	10	65.5
		SERING	4	17	81.0
Overall Percentage					72.0
Step 2	KEKAMBUHAN	JARANG	16	13	55.2
		SERING	1	20	95.2
Overall Percentage					72.0

a. The cut value is .500



Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
DUKUNGANKELUARGA(1)	-2.995	1.123	7.117	1	.008	.050	.006	.452
KETIDAKPATUHANKLIEN(1)	-3.221	1.130	8.134	1	.004	.040	.004	.365
LINGKUNGANSEKITAR(1)	-.453	.756	.360	1	.549	.636	.145	2.794
Constant	3.460	1.219	8.057	1	.005	31.804		
Step 2 ^a								
DUKUNGANKELUARGA(1)	-3.016	1.118	7.283	1	.007	.049	.005	.438
KETIDAKPATUHANKLIEN(1)	-3.305	1.120	8.711	1	.003	.037	.004	.329
Constant	3.353	1.191	7.931	1	.005	28.603		

a. Variable(s) entered on step 1: DUKUNGANKELUARGA, KETIDAKPATUHANKLIEN, LINGKUNGANSEKITAR.

Lampiran 8

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

Correlations

Dukungan Keluarga

[DataSet2]

		Correlations																
		VAR0 0001	VAR0 0002	VAR0 0003	VAR0 0004	VAR0 0005	VAR0 0006	VAR0 0007	VAR0 0008	VAR0 0009	VAR0 0010	VAR0 0011	VAR0 0012	VAR0 0013	VAR0 0014	VAR0 0015	VAR0 0016	total
VAR0 0001	Pearson Correlation	1	-.612	-.612	-.802**	-.612	-.612	-.612	-.802**	-.802**	-.583	-.612	-.612	-.583	-.802**	-.612	-.802**	-.710*
	Sig. (2-tailed)		.060	.060	.005	.060	.060	.060	.005	.005	.077	.060	.060	.077	.005	.060	.005	.021
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR0 0002	Pearson Correlation	-.612	1	1.000**	.764*	1.000**	1.000**	1.000**	.764*	.764*	.612	1.000**	1.000**	.612	.764*	1.000**	.764*	.961**
	Sig. (2-tailed)	.060		.000	.010	.000	.000	.000	.010	.010	.060	.000	.000	.060	.010	.000	.010	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR0 0003	Pearson Correlation	-.612	1.000**	1	.764*	1.000**	1.000**	1.000**	.764*	.764*	.612	1.000**	1.000**	.612	.764*	1.000**	.764*	.961**
	Sig. (2-tailed)	.060	.000		.010	.000	.000	.000	.010	.010	.060	.000	.000	.060	.010	.000	.010	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR0 0004	Pearson Correlation	-.802**	.764*	.764*	1	.764*	.764*	.764*	1.000**	.524	.802**	.764*	.764*	.802**	1.000**	.764*	1.000**	.899**
	Sig. (2-tailed)	.005	.010	.010		.010	.010	.010	.000	.120	.005	.010	.010	.005	.000	.010	.000	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR0 0005	Pearson Correlation	-.612	1.000**	1.000**	.764*	1	1.000**	1.000**	.764*	.764*	.612	1.000**	1.000**	.612	.764*	1.000**	.764*	.961**
	Sig. (2-tailed)	.060	.000	.000	.010		.000	.000	.010	.010	.060	.000	.000	.060	.010	.000	.010	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR0 0006	Pearson Correlation	-.612	1.000**	1.000**	.764*	1.000**	1	1.000**	.764*	.764*	.612	1.000**	1.000**	.612	.764*	1.000**	.764*	.961**

	Sig. (2-tailed)	.060	.000	.000	.010	.000		.000	.010	.010	.060	.000	.000	.060	.010	.000	.010	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00015	Pearson Correlation	-.612	1.000**	1.000**	.764*	1.000**	1.000**	1.000**	.764*	.764*	.612	1.000**	1.000**	.612	.764*	1	.764*	.961**
	Sig. (2-tailed)	.060	.000	.000	.010	.000	.000	.000	.010	.010	.060	.000	.000	.060	.010		.010	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00016	Pearson Correlation	-.802**	.764*	.764*	1.000**	.764*	.764*	.764*	1.000**	.524	.802**	.764*	.764*	.802**	1.000**	.764*	1	.899**
	Sig. (2-tailed)	.005	.010	.010	.000	.010	.010	.010	.000	.120	.005	.010	.010	.005	.000	.010		.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
total	Pearson Correlation	-.710*	.961**	.961**	.899**	.961**	.961**	.961**	.899**	.699*	.785**	.961**	.961**	.785**	.899**	.961**	.899**	1
	Sig. (2-tailed)	.021	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.025	.007	.000	.000	.007	.000	.000	.000	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



Reliability

[DataSet2]

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.770	17



Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	22.60	141.378	-.731	.793
VAR00002	22.20	123.511	.958	.753
VAR00003	22.20	123.511	.958	.753
VAR00004	22.30	122.900	.890	.751
VAR00005	22.20	123.511	.958	.753
VAR00006	22.20	123.511	.958	.753
VAR00007	22.20	123.511	.958	.753
VAR00008	22.30	122.900	.890	.751

VAR00009	22.30	125.122	.677	.757
VAR00010	22.40	123.600	.766	.753
VAR00011	22.20	123.511	.958	.753
VAR00012	22.20	123.511	.958	.753
VAR00013	22.40	123.600	.766	.753
VAR00014	22.30	122.900	.890	.751
VAR00015	22.20	123.511	.958	.753
VAR00016	22.30	122.900	.890	.751
total	11.50	33.167	1.000	.958

Kepatuhan Klien Berobat.

Correlations



Correlations

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	TOTAL
VAR00001 Pearson Correlation	1	.500	.218	1.000**	1.000**	.218	.612	.500	.500	1.000**	.784**
Sig. (2-tailed)		.141	.545	.000	.000	.545	.060	.141	.141	.000	.007
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00002 Pearson Correlation	.500	1	.655*	.500	.500	.655*	.816**	1.000**	1.000**	.500	.908**
Sig. (2-tailed)	.141		.040	.141	.141	.040	.004	.000	.000	.141	.000
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00003 Pearson Correlation	.218	.655*	1	.218	.218	1.000**	.356	.655*	.655*	.218	.666*
Sig. (2-tailed)	.545	.040		.545	.545	.000	.312	.040	.040	.545	.035
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00010 Pearson Correlation	1.000**	.500	.218	1.000**	1.000**	.218	.612	.500	.500	1	.784**
Sig. (2-tailed)	.000	.141	.545	.000	.000	.545	.060	.141	.141		.007

	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
TOTAL	Pearson Correlation	.784**	.908**	.666*	.784**	.784**	.666*	.831**	.908**	.908**	.784**	1
	Sig. (2-tailed)	.007	.000	.035	.007	.007	.035	.003	.000	.000	.007	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability

[DataSet3]

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

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



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.782	11

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N

VAR00001	.80	.422	10
VAR00002	.50	.527	10
VAR00003	.70	.483	10
VAR00004	.80	.422	10
VAR00005	.80	.422	10
VAR00006	.70	.483	10
VAR00007	.60	.516	10
VAR00008	.50	.527	10
VAR00009	.50	.527	10
VAR00010	.80	.422	10
TOTAL	6.70	3.831	10



Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	12.60	53.822	.762	.765
VAR00002	12.90	51.656	.895	.752
VAR00003	12.70	54.011	.629	.767
VAR00004	12.60	53.822	.762	.765
VAR00005	12.60	53.822	.762	.765
VAR00006	12.70	54.011	.629	.767
VAR00007	12.80	52.400	.808	.757
VAR00008	12.90	51.656	.895	.752
VAR00009	12.90	51.656	.895	.752
VAR00010	12.60	53.822	.762	.765
TOTAL	6.70	14.678	1.000	.939

Dukungan Lingkungan Sekitar.

Correlations.

Correlations

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	TOTAL
VAR00001 Pearson Correlation	1	.200	.655*	1.000**	.655*	.655*	.655*	1.000**	.200	.655*	.821**
Sig. (2-tailed)		.580	.040	.000	.040	.040	.040	.000	.580	.040	.004
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00002 Pearson Correlation	.200	1	.655*	.200	.655*	.655*	.655*	.200	.200	.655*	.616
Sig. (2-tailed)	.580		.040	.580	.040	.040	.040	.580	.580	.040	.058
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00003 Pearson Correlation	.655*	.655*	1	.655*	1.000**	1.000**	1.000**	.655*	.218	1.000**	.952**
Sig. (2-tailed)	.040	.040		.040	.000	.000	.000	.040	.545	.000	.000
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00004 Pearson Correlation	1.000**	.200	.655*	1	.655*	.655*	.655*	1.000**	.200	.655*	.821**
Sig. (2-tailed)	.000	.580	.040		.040	.040	.040	.000	.580	.040	.004
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00005 Pearson Correlation	.655*	.655*	1.000**	.655*	1	1.000**	1.000**	.655*	.218	1.000**	.952**
Sig. (2-tailed)	.040	.040	.000	.040		.000	.000	.040	.545	.000	.000
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00006 Pearson Correlation	.655*	.655*	1.000**	.655*	1.000**	1	1.000**	.655*	.218	1.000**	.952**
Sig. (2-tailed)	.040	.040	.000	.040	.000		.000	.040	.545	.000	.000
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00007 Pearson Correlation	.655*	.655*	1.000**	.655*	1.000**	1.000**	1	.655*	.218	1.000**	.952**
Sig. (2-tailed)	.040	.040	.000	.040	.000	.000		.040	.545	.000	.000
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00008 Pearson Correlation	1.000**	.200	.655*	1.000**	.655*	.655*	.655*	1	.200	.655*	.821**

	Sig. (2-tailed)	.000	.580	.040	.000	.040	.040	.040		.580	.040	.004
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00009	Pearson Correlation	.200	.200	.218	.200	.218	.218	.218	.200	1	.218	.359
	Sig. (2-tailed)	.580	.580	.545	.580	.545	.545	.545	.580		.545	.308
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00010	Pearson Correlation	.655*	.655*	1.000**	.655*	1.000**	1.000**	1.000**	.655*	.218	1	.952**
	Sig. (2-tailed)	.040	.040	.000	.040	.000	.000	.000	.040	.545		.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
TOTAL	Pearson Correlation	.821**	.616	.952**	.821**	.952**	.952**	.952**	.821**	.359	.952**	1
	Sig. (2-tailed)	.004	.058	.000	.004	.000	.000	.000	.004	.308	.000	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

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



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.783	11

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	11.50	60.722	.798	.760
VAR00002	11.50	62.500	.573	.770
VAR00003	11.30	60.233	.945	.757
VAR00004	11.50	60.722	.798	.760
VAR00005	11.30	60.233	.945	.757
VAR00006	11.30	60.233	.945	.757
VAR00007	11.30	60.233	.945	.757
VAR00008	11.50	60.722	.798	.760
VAR00009	11.50	64.722	.301	.782
VAR00010	11.30	60.233	.945	.757
TOTAL	6.00	16.889	1.000	.943

Surat Keterangan

Sehubungan dengan adanya izin / rekomendasi penelitian nomor :
070.5./11915/Balitbangda atas nama :

Nama : Muhammad Ali
Nomor Pokok : 70300110063
Program Studi : Ilmu Keperawatan

Telah melakukan penelitian : "Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan
Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan
mulai tanggal 26 Juli 2014 s/d 18 Agustus 2014

Demikian Surat Keterangan ini untuk di pergunakan sebagaimana mestinya

Makassar, 20 Agustus 2014

Kabid. Keperawatan



Hj. St. Hadriani, SKM, M. Kes
Nip.19601128 198503 2 006



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH

Jalan Lanto Dg. Pasewang No. 34 Telepon (0411) 873120 Faximile : (0411) 872167
E-Mail : rsdadiss@plasa.com
Makassar 90131

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070 /...7353..... / VIII / 2014

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan menerangkan bahwa :

Nama : **Muhammad Ali**
Nomor Pokok : 70300110063
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa (UIN)
Alamat : Jl.Slt Alauddin No. 63, Makassar

Benar telah melakukan penelitian yang berlangsung sejak Tgl 26 Juli 2014 sampai dengan 18 Agustus 2014 di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan dengan judul

Penelitian yaitu :

" ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEKAMBUHAN PASIEN GANGGUAN JIWA DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN"

Demikian surat keterangan ini di buat dan di berikan kepada yang bersangkutan untuk di gunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, Agustus 2014

Direktur,



Drg. Hj. Ayuansri Harahap
Pangkat : Pembina Utama Muda
Nip . 19590705 198901 2 001

DAFTAR PUSTAKA

Al Quran.

Andri, 2008. *Kongres Nasional Skizofrenia V Closing The Treatment Gap for Schizophrenia*

Adi. 2012. Gambaran Karakteristik Klien Yang Di Rawat Di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. <http://www.4skripsi.com.html>. Diakses pada tanggal 15 Juli 2014

Ambari.2010. *Hubungan Antara Dukungan Keluarga DenganKeberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Pasca Perawatan Di Rumah Sakit. Universitas Diponegoro Semarang*. Diakses pada tanggal 15 Juli 2014.

Dahlan, Muhammad Sopiuddin. 2013. *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat, dilengkapi aplikasi dengan menggunakan SPSS Edisi 5* . Jakarta: Salemba Medika.

Departemen Agama Republik Indonesia.2008. *Al-Quran dan Terjemahnya*.

Depkes RI, 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat*. Jakarta.

Depkes RI. (2008). *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Dewi & Marchira. 2009. *Riwayat Gangguan Jiwa Pada Keluarga Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Rsup Dr Sardjito Yogyakarta* . Diakses pada tanggal 15 Juli 2014.

Diny, R. 2013. *Relaps Pada Pasien Skizofrenia*.Universitas Muhammadiyah Malang. Diakses pada tanggal 15 Juli 2014.

Djamaludin dan Fuad Nashori Suroso. (2001). *Psikologi Islam*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Hamdiyati, y . 2008. *Cara Membuat Kajian Pustaka*. Universitas Pendidikan Indonesia. Diakses pada tanggal 15 Juli 2014.

Hastono, S.P., 2001. *Analisis Data*. Jakarta: Pustaka Fakultas Kesehatan Masyarakat-UI.

Hawari, 2001. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC.

Hawari, 2003. *Psikologi untuk Keperawatan*, Cetakan Kedua. Jakarta : EGC.

Hawari, D. 2007. Konsep Hawari Dalam Memelihara Kesehatan Jiwa. Diakses pada 22 Juli2014.

Iyus Yosep.2009. *Keperawatan Jiwa*. Bandung:Refika Aditama.

- Kaplan, Harold. (1998) *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat* Jakarta : Widya Medika.
- Kartini Kartono, Dr. (2002) *Patologi Sosial 3 Gangguan Kejiwaan*, PT. Raja Grafindo Persada: Jakarta.
- Kasjono, Heru., Kristiawan, Heldhi,. 2009. *Intisari Epidemiologi*. Jogjakarta :Mitra Cendikia Press.
- Keliat, Budi. (2009). *Peran Serta Keluarga dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Keliat, Budi. 1996. *Peran Serta Keluarga dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Maramis, 1998. *Ilmu Kesehatan Jiwa*. Jakarta.
- Maramis. (1994). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press
- Maslim Rusdi.2001. *Diagnosa Gangguan Jiwa*. Rujukan Ringkas Dari PPDGJ III
- Maslim. R., 2002. *Gejala Depresi, Diagnosa Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III*. Jakarta : Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.
- Baharudin.2004. *Paradigma Psikologi Islami; Studi tentang Elemen Psikologi dalam al-Qur'an*, cet. I, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Notosoedirjo, 2005. *Kesehatan Mental*. Malang : UMM Press.
- Nugroho, 2000., *Keperawatan Gerontik*. EGC, Jakarta.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian*. Jakarta: Salemba Medika.
- Purnomo, Edi, 2004. *Membangun Kesehatan Jiwa Edisi I*, Pustaka Hidayah, Bandung.
- Rasmun.2001.*Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi DenganKeluarga. Edisi I*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Sastroasmoro s & Ismael s, 2008. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Saputra, N. 2010. *Skripsi Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Propinsi Sumatera Utara – Medan*.USU
- Shihab, M. Quraish. 2006. *Tarsir Al-Misabah*. Lentera Hati: Jakarta

- Siahaan, C. 2012. Skripsi *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Yang Mengalami*. Keperawatan USU. Diakses pada tanggal 15 Juli 2014
- Sirait & Mustika. 2009. *Faktor-Faktor Penyebab Ketidakpatuhan Pasien Skizofrenia Menjalani Pengobatan Dirumah Sakit Jiwa Daerah Propinsi Sumatera Utara Medan*. Diakses pada tanggal 15 Juli 2014.
- Sugiono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: CV Alfabeta
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suliswati. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Sumiati, dkk, 2009. *Kesehatan Jiwa Remaja dan Konseling*. Jakarta : Trans Info Media.
- Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), 2007. Kesehatan Indonesia. Jakarta.
- Syaharia.2008. *Stigma Gangguan Jiwa Perspektif Kesehatan Mental Islam*. Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta. Diakses pada 22 Juli 2014.
- Videbeck, Sheila L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* Jakarta : EGC.
- Wiramihardja, A. Sutardo.2007. *Pengantar psikologi Abnormal*. Bandung : PT. Rendika Aditama.
- Yosep, I. 2007. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama.
- Yosep, Iyus. (2008). *Faktor Penyebab dan Proses terjadinya Gangguan Jiwa* dibuka pada website <http://resources.unpad.ac.id/> tanggal 27 Juni 2014
- Yurisa, Wella. (2008). *Etika Penelitian Kesehatan*. Riau : University of Riau.