

**HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA DENGAN PERBAIKAN
KONDISI PASIEN PSIKOSA POLIMORFIK AKUT TANPA GEJALA
SKIZOFRENIA DI POLI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA RADJIMAN
WEDIODININGRAT LAWANG**

TUGAS AKHIR



Oleh:

Fara Idamawati

NIM. 0810710044

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2011

**HALAMAN PENGESAHAN
TUGAS AKHIR**

**HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA DENGAN PERBAIKAN
KONDISI PASIEN PSIKOSA POLIMORFIK AKUT TANPA GEJALA
SKIZOFRENIA DI POLI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA RADJIMAN
WEDIODININGRAT LAWANG**

Oleh:

Fara Idamawati

NIM: 0810710044

Telah diuji pada

Hari : Rabu

Tanggal : 28 Desember 2011

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I

Dr. Rita Rosita M.Kes

NIK. 197308112005012001

Penguji II

Penguji III

Dra. Asmika.,SKM.,M.Kes

NIP. 1 9490905 19203 2 001

DR.Dr.Sri Andarini.,M.Kes

NIP. 195 10110 198 103

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah Swt, yang telah memberikan berjuta nikmat sehat, waktu, dan kemudahan sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir yang berjudul “Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Perbaikan Kondisi Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia Di Poli Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Radjiman Wediodiningrat Lawang”. Dengan selesainya Tugas Akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan saya kesempatan menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
2. Dra. Asmika SKM.,M.Kes sebagai pembimbing I yang dengan sabar telah membimbing penulisan Tugas Akhir ini.
3. DR. Dr. Sri Andarini.,M.Kes selaku pembimbing II yang di tengah kesibukan beliau selalu menyempatkan waktu untuk membimbing penulisan Tugas Akhir ini.
4. Dr. Rita Rosita M.Kes selaku penguji I yang telah banyak memberi masukan pada penulisan tugas akhir ini.
5. Kedua orang tuaku dan seluruh keluarga besarku yang tercinta, terima kasih atas segala dukungan baik material maupun non material yang semakin menambah semangat penulis untuk menyelesaikan proposal ini.
6. Teman-teman di kelas dan saudara-sudaraku seiman atas semua dukungan, saran, dan motivasi yang tiada pernah habisnya.
7. Semua pihak yang telah membantu dalam terselesaikannya Tugas Akhir ini, yang tiada dapat saya sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa penulisan proposal ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang membangun.

Akhirnya penulis berharap semoga Tugas Akhir ini dapat memberi manfaat bagi semua pihak tanpa terkecuali.

Malang, 22 Desember 2011

Penulis

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



ABSTRAK

Idamawati, Fara. 2011. ***Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Perbaikan Kondisi Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia Di Poli Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Radjiman Wediodiningrat Lawang*** . Tugas Akhir, Jurusan Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Dra. Asmika SKM.,M.Kes (2) DR.Dr Sri Andarini M.Kes

Dukungan sosial adalah dukungan suportif dalam berbagai bentuk yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain. Perbaikan kondisi adalah

progresifitas keadaan pasien ke arah yang lebih baik dibandingkan dengan kondisi sebelumnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan sosial keluarga dengan perbaikan kondisi pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Radjiman Wediodiningrat Lawang. Desain penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional study* dilakukan secara *purposive sampling*. Variabel yang diukur meliputi dukungan sosial keluarga dan tingkat perbaikan kondisi pasien. Pengukuran dukungan sosial keluarga dan perbaikan kondisi pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia menggunakan kuesioner modifikasi sebanyak 23 nomer. Dari analisis data menggunakan uji korelasi *Rank Spearman* diperoleh nilai r_{hitung} sebesar 0,689 dengan nilai signifikansi = 0,000. r_{tabel} dengan derajat bebas 39 untuk $\alpha = 0,05$ didapatkan nilai 0,317 dan nilai signifikansi kurang dari $\alpha = 0,05$ ($0,000 < 0,05$). Nilai r_{hitung} lebih besar daripada r_{tabel} ($0,689 > 0,317$), koefisien korelasi yang positif mengindikasikan bahwa hubungan yang terbentuk antara dukungan keluarga dengan kesembuhan pasien bersifat positif. Semakin baik dukungan yang diberikan keluarga, maka kesembuhan pasien akan semakin baik. Perlu diadakan penelitian lebih lanjut dengan memperluas populasi, memperbaiki instrumen penelitian dan metode pengambilan data.

Kata kunci : *Dukungan Sosial, Perbaikan Kondis, Pasien, Poli Rawat Inap.*

ABSTRACT

Idamawati, Fara. 2011. ***Family Social Support Relationship with Improved Condition of Patient with Acute Polymorphic Psychosis Disorder without Symptoms of Schizophrenia In Inpatient Poly of Psychiatric Hospital Radjiman Wediodiningrat Lawang.*** Final Assignment, Medical School of Brawijaya University. Supervisors: (1) Dra. Asmika SKM.,M.Kes (2) DR.Dr Sri Andarini M.Kes

Repairing condition is a subjective state of a person's condition that is improved from the previous condition. While social support is supportive support

in various forms given by a person to another person. This study aims to determine the relationships of social support from a families with a patient; condition improved from acute polymorphyc psychosis without symptoms of schizophrenia in the Mental Hospital Radjiman Wediodiningrat Lawang. Design of the study is obeservational cross sectional analytic study approach, conducted by purposively sampling. Variable measured include social support of family and the patinet's condition improved from acute polymorphyc psychosis without symptoms of schizophrenia using the questionnaire modified as much as 23 numbers. From the data a significant value = 0.000, rs. Table with 39 degrees of freedom for $\alpha = 0,05$ obtained value 0,317 and significancy values less than $\alpha = 0,05$ ($0,000 < 0,05$). i Rs count value greater than rs table ($0,689 > 0,317$), a possitive correlation coefficient indicates that the relationship formed between support of the family with the patien's repairing condition was positive. The better support given by the family, then the better patient's recovery.

It should be further research conducted with the population expanding, improving research instrument and methods of data retrieval.

Keywords : Social Support, Improved Condisition ,Patient, Inpatien Poly.

DAFTAR ISI

	Halaman
Judul	i
Lembar Pengesahan.....	ii
Kata Pengantar.....	iii
Abstrak	v
Abstract.....	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Gambar	x
Daftar Tabel.....	xi



Daftar Lampiran	xii
-----------------------	-----

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	4

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga	5
2.1.1 Tipe Keluarga	5
2.1.2 Fungsi Keluarga	6
2.2 Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	7
2.2.1 Etiologi Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	7
2.2.2 Tanda dan gejala Psikosa Akut secara umum bila dikaitkan dengan gejala dan pemeriksaan pada pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	9
2.2.3 Diagnosa Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	13
2.2.4 Penanganan Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	14
2.3 Dukungan Sosial Keluarga pada Penderita Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	16
2.3.1 Keluarga dan Kesehatan Mental	16
2.3.2 Dukungan Sosial Keluarga Untuk Meningkatkan Konsep Diri Pada Penderita Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	20
2.3.3 Dukungan Sosial Keluarga dan Bentuk-bentuknya Pada Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	24

BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep	30
3.2 Hipotesis Penelitian	31

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian	32
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	32
4.2.1 Populasi Penelitian	32
4.2.2 Sampel Penelitian	32
4.3 Variabel Penelitian	32
4.4 Definisi Operasional	33
4.5 Teknik Pengumpulan Data	34
4.6 Instrumen Penelitian	34
4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian	35
4.8 Analisa Data	35
4.8.1 Analisa Dukungan Keluarga	35
4.8.2 Analisa Kesembuhan	35
4.8.3 Analisa Hubungan antar Variabel	35
4.9 Etika Penelitian	35
4.9.1 <i>Informed Consent</i>	35

4.9.2 Anonimity.....	36
4.9.3 Confidentiality.....	36

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Karakteristik Umum Ruang Poli Rawat Inap Kesehatan Jiwa	37
5.2 Gambaran Umum Hasil Penelitian	37
5.3 Karakteristik Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	38
5.3.1 Karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin.....	38
5.3.2 Karakteristik Pasien Berdasarkan Usia.....	38
5.3.3 Karakteristik Pasien Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	39
5.4 Karakteristik Keluarga Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	40
5.4.1 Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin ...	40
5.4.2 Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Usia	41
5.4.3 Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	41
5.4.4 Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Hubungan Keluarga Dengan Pasien	41
5.4.5 Karakteristik Keluarga Pasien Berdasarkan Pekerjaan	42
5.5 Dukungan Sosial Keluarga Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	42
5.6 Uji Hipotesa Dukungan Sosial Keluarga Dengan Perbaikan Kondisi Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	45

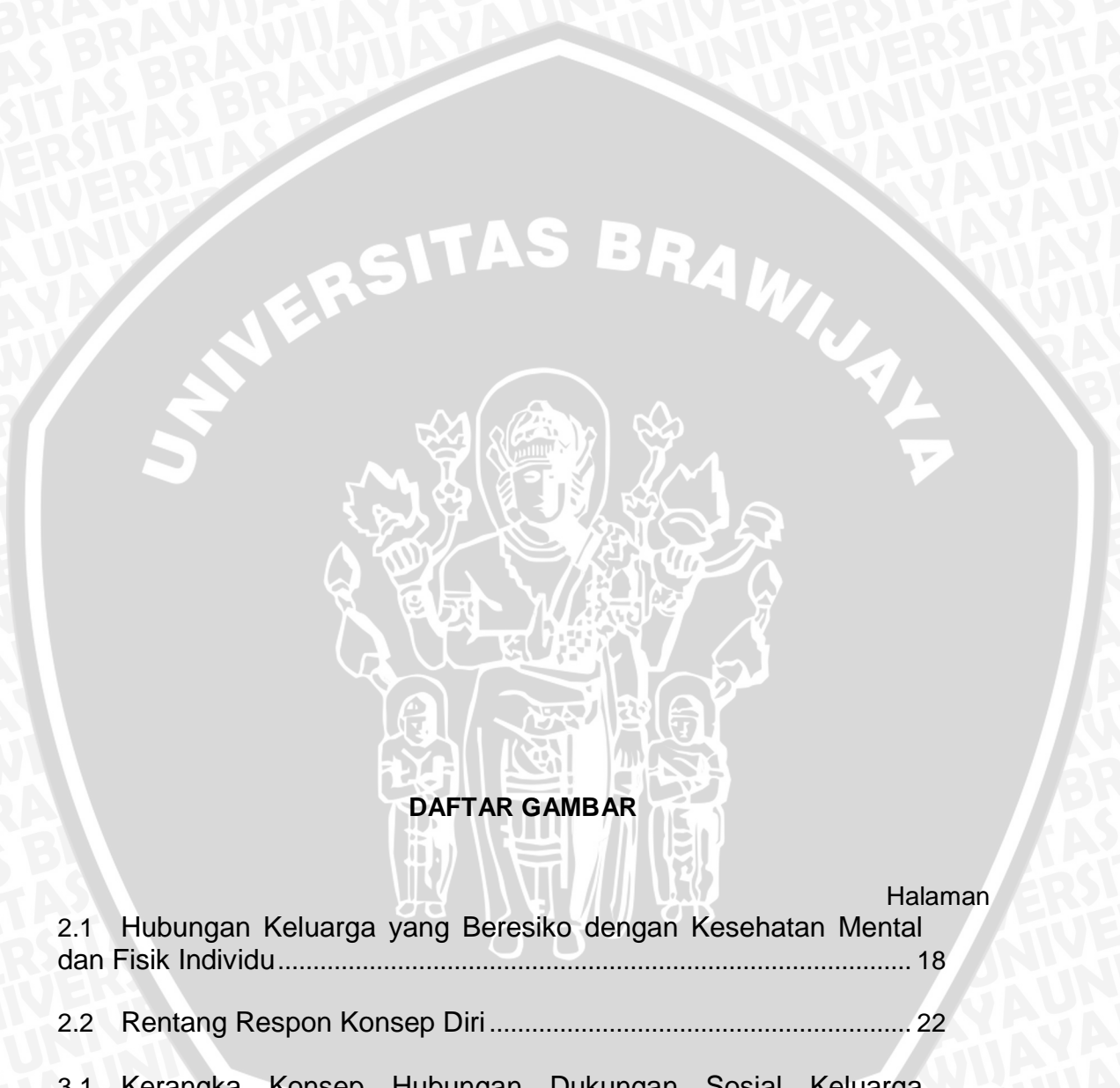
BAB VI PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia.....	47
6.2 Dukungan Sosial Keluarga Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia.....	48
6.3 Perbaikan Kondisi Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	50
6.4 Pengaruh Dukungan Sosial Keluarga Dengan Perbaikan Kondisi Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia	51

BAB VII PENUTUP

7.1 Kesimpulan.....	53
7.2 Saran.....	53

DAFTAR PUSTAKA	54
Lampiran 1 Questioner	57
Lampiran 2 Lembar Pernyataan Kesiediaan Sebagai Subyek Penelitian.....	64
Lampiran 3 Lembar Bukti Kelayakan Etik	65
Lampiran 4 Lampiran Output SPSS	66
Pernyataan Keaslian Tulisan	69

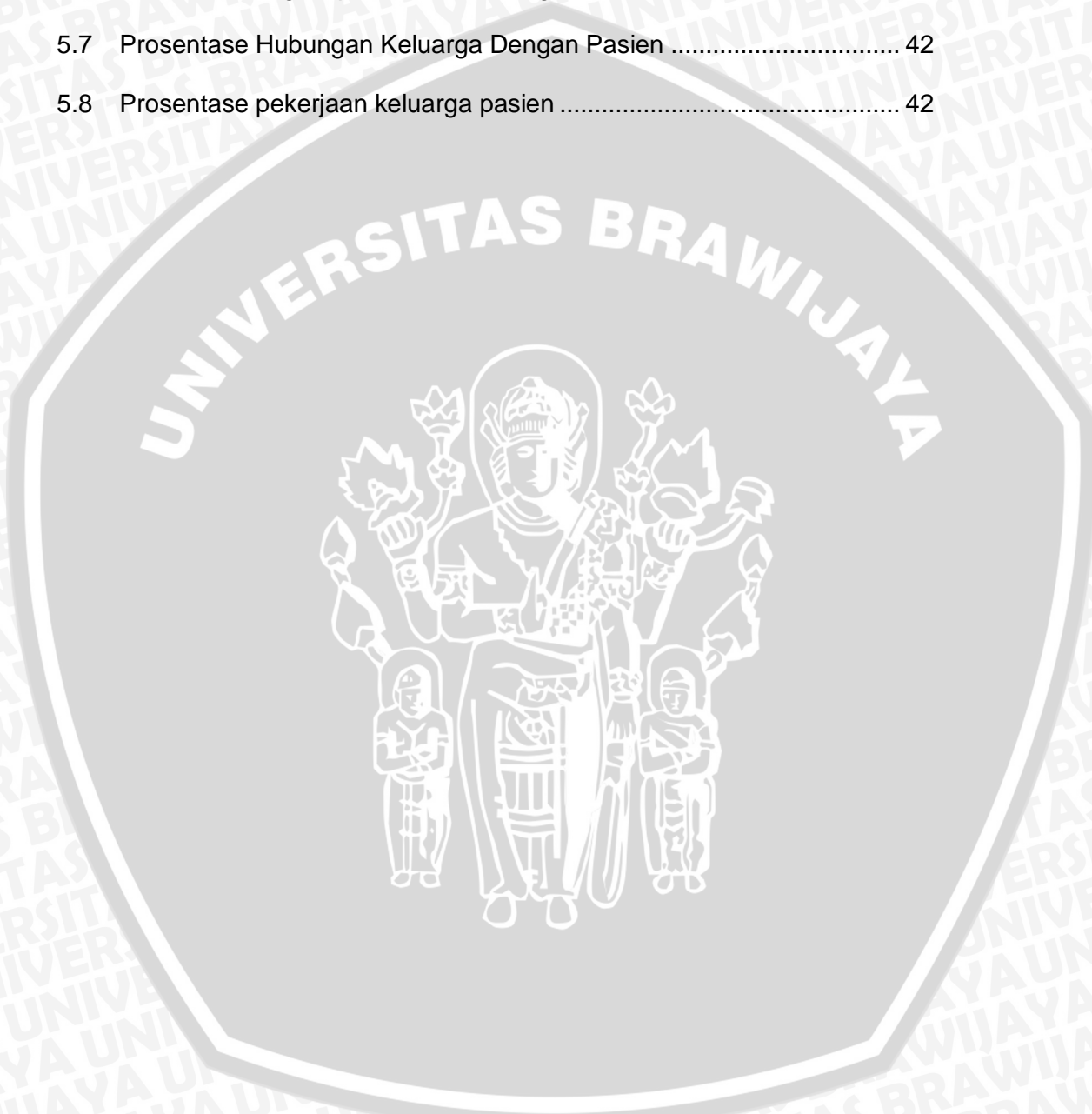


DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Hubungan Keluarga yang Beresiko dengan Kesehatan Mental dan Fisik Individu.....	18
2.2 Rentang Respon Konsep Diri.....	22
3.1 Kerangka Konsep Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Perbaikan Kondisi Pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia.....	30
5.1 Prosentase jenis kelamin pasien.....	38
5.2 Prosentase rentang usia pasien.....	39
5.3 Prosentase pendidikan pasien.....	39



5.4	Prosentase jenis kelamin keluarga pasien	40
5.5	Prosentase rentang usia keluarga pasien	41
5.6	Prosentase tingkat pendidikan keluarga.....	41
5.7	Prosentase Hubungan Keluarga Dengan Pasien	42
5.8	Prosentase pekerjaan keluarga pasien	42



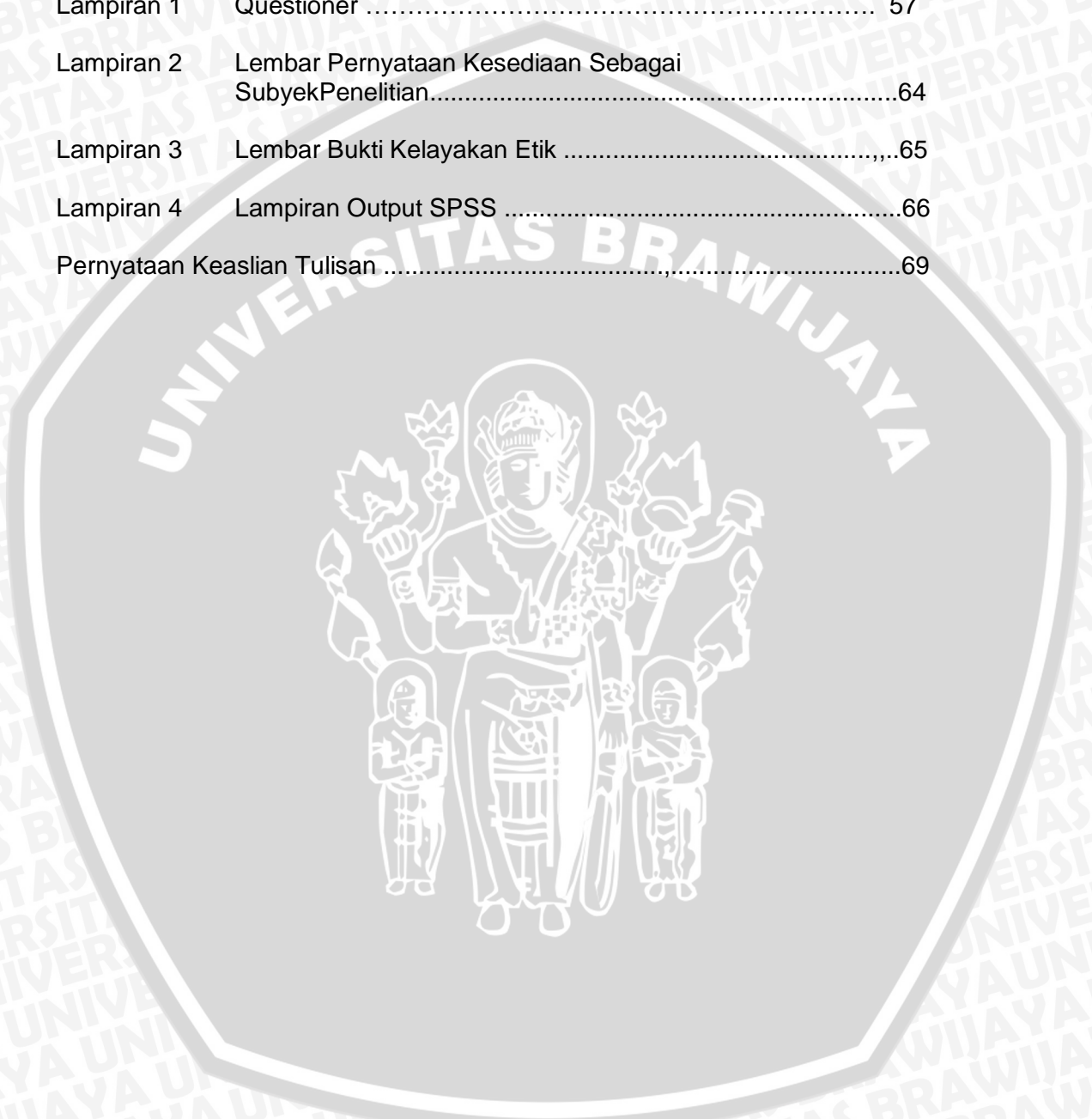
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Pertanyaan yang Berkaitan dengan Deteksi Dini Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia.....	11
Tabel 2.2 Karakteristik keluarga yang beresiko dan kesehatan mental dan fisik individu	18
Tabel 2.3 Tipe dan Karakteristik dari Dukungan Sosial.....	25
Tabel 4.1 Definisi Operasional.....	33
Tabel 5.1 Tabel Dukungan keluarga terhadap pasien	43
Tabel 5.2 Tabulasi Silang antara Dukungan Keluarga dengan Perbaikan kondisi Pasien	45
Tabel 5.3 Uji Korelasi Spearman Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Perbaikan kondisi Pasien.....	45



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Questioner	57
Lampiran 2 Lembar Pernyataan Kesiediaan Sebagai Subyek Penelitian.....	64
Lampiran 3 Lembar Bukti Kelayakan Etik	65
Lampiran 4 Lampiran Output SPSS	66
Pernyataan Keaslian Tulisan	69



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan masalah yang kompleks pada diri individu. Berdasarkan data dari Badan Kesehatan Jiwa dan Penyalahgunaan Obat Amerika Serikat (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration/SAMHSA*) menunjukkan bahwa 20 persen (45 juta jiwa) penduduk Amerika Serikat mengalami sakit jiwa. Dari jumlah tersebut, SAMHSA mengungkapkan, bahwa 11 juta orang menderita penyakit jiwa yang serius. Gangguan ini jugadidominasi oleh anak mudaberumur 18-25 tahun. Jumlahnya hingga 30 persen atau satu dari lima pemuda menderita penyakit jiwa. Tapi, yang lebih menyedihkan, sebagian besar penderita tidak mendapat pengobatan atau perawatan. Adapun penderita dari kelompok umur 50 tahun ke atas hanya berjumlah 13,7 persen. Penyebab dari gangguan jiwa adalah multifaktorial, namun yang terbanyak disebabkan depresi oleh karena kehilangan pekerjaan. Menurut Pamela Hyde, apabila penderita tidak memperoleh bantuan apa yang mereka perlukan, tidak memiliki peluang mencegah penyakit tersebut dan mengabaikan gangguan

ninimakaakanmenimbulkan berbagaimacammasalahbaru yang tidakhanyamembawadampakluarbiasabagiindividu, tapijugabagimasyarakatdankeluarga. Beberapamasalah yang bisatimbuladalahkonflikkeluarga, kehilanganefficiensi, bunuhdiri, penyiksaanbadan, dankecacatan (Tempo Interaktif, 2010).

Penelitian mengenai psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia dilakukan oleh beberapa orang, di antaranya olehSajithet al(2002) terhadap 45 orang dengan gejala ini, 32 orang adalah wanita dengan usia rata-rata 26,9 tahun.Penelitian lain yang dilakukan oleh Takaaki et al (2006) terhadap 388 pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia yang sedang menjalani pengobatan, menunjukkan setelah 12 tahun, 5 kasus di re-diagnosis sebagai skizofrenia dan 1 kasus dengan tipe emosional borderline dengan gangguan kepribadian tidak stabil, meskipun demikian diagnosa psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia (F 23.0)tidak berubah pada pasien yang 10 tahun lebih tua. Di beberapa kasus, diagnosa berubah ke arah skizofrenia, namun yang lainnya menunjukkan episode berulang dari F 23.0.

Pasien gangguan jiwa membutuhkan dukungan sosial keluarga untuk membantu proses penyembuhan dan pemulihan ke kondisi semula.

Penelitian

tentanghubungandukungansosialdankesehatantelahmendapatperhatian yang cukupbesar (Kulik& Mahleret al, 1989; dalamDiMatteo, 2004).

Dukungansosialmerupakanfaktorpentingpadasistemimun, endokrin,

fungsi kardiovaskular, penyembuhan dari penyakit dan luka, serta pertahanan kesehatan (S. Cohen *et al*, 1988; dalam DiMatteo, 2004). Dukungan sosial bermanfaat bagi kesehatan dengan cara melindungi diri dari akibat yang ditimbulkan oleh stress, mempengaruhi keadaan afektif dan dapat merubah perilaku (S. Cohen, 1998 dalam DiMatteo, 2004); secara langsung dapat mempengaruhi sistem hormon dan neuroendokrin dan secara tidak langsung pada gaya hidup dan perilaku sehat (DiMatteo, 2004). Penelitian lain yang dilakukan oleh Hegelson *et al* dalam DiMatteo (2004) juga menunjukkan bahwa dukungan sosial sangat berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk beradaptasi dan hidup dengan penyakit yang dideritanya.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat dilihat betapa pentingnya dukungan sosial keluarga pada penderita psikosa akut..

Dengan dukungan sosial keluarga berupa perhatian dan kasih sayang diharapkan dapat mengembalikan penderita pada realita dan coping terhadap permasalahannya. Pendapat di atas diperkuat oleh pernyataan dari *Commission on the Family* (1998, dalam Dolan *et al*, 2006) bahwa dukungan keluarga dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan yang utam bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari-hari serta mempunyai relevansi dalam masyarakat yang berada dalam lingkungan yang penuh dengan tekanan.

Berdasarkan data rekam medis tahun 2010 dari rumah sakit jiwa Radjiman Wediodinigrat Lawang, didapatkan jumlah pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia yang menjalani rawat inap sebanyak 252 pasien, hal tersebut di atas menarik peneliti untuk membahas lebih lanjut dalam tugas akhir dengan judul Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Perbaikan Kondisi Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Radjiman Wediodinigrat Lawang.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana bentuk hubungan dukungan keluarga dengan perbaikan kondisi pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia di poli rawat inap rumah sakit jiwa Radjiman Wediodinigrat Lawang jika dilihat berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, dan kekerabatan yang ada pada anggota keluarga pasien?
2. Bagaimanakah hasil dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga dengan perbaikan kondisi pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia di poli rawat inap rumah sakit jiwa Radjiman Wediodinigrat Lawang

1.3 Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan perbaikan kondisi pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia di poli rawat inap rumah sakit jiwa Radjiman Wediodinigrat Lawang berdasarkan jenis

kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, dan kekerabatan yang ada pada anggota keluarga pasien.

2. Untuk mengetahui hasil dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga dengan perbaikan kondisi pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia di poli rawat inap rumah sakit jiwa Radjiman Wediodiningrat Lawang.

1.4 Manfaat Penelitian

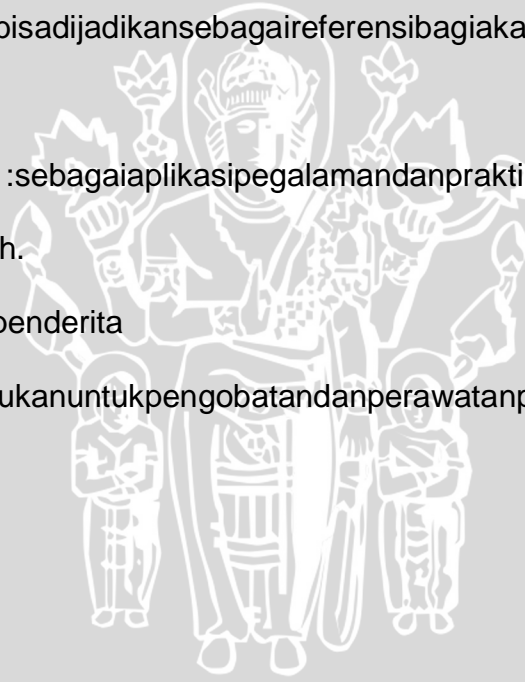
1. Bagi institusi Pendidikan

: penelitian ini bisa dijadikan sebagai referensi bagi akademis dan mahasiswa.

2. Bagi peneliti : sebagai aplikasi pengalaman dan praktik atas ilmu yang telah diperoleh.

3. Bagi keluarga penderita

: sebagai masukan untuk pengobatan dan perawatan pasien.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan, keluarga juga merupakan anggota yang berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial (Nashrul Efendi, 1998).

2.1.1 Tipe Keluarga

Menurut Nashrul Efendi (1998) tipe keluarga terdiri dari :

- (1) Keluarga inti (*nuclear family*) terdiri atas ayah, ibu dan anak-anak.
- (2) Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara misalnya : nenek, kakek, keponakan, saudara, paman, bibi dan sebagainya.
- (3) Keluarga berantai (*serial family*) adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- (4) Keluarga janda / duda (*single parent*) adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
- (5) Keluarga komposisi (*composition family*) adalah keluarga yang berpoligami dan hidup bersama-sama.

- (6) Keluarga kabisat (*kahabisation family*) adalah dua orang terjadi satu tanpa pernikahan tapi membentuk keluarga bersama.

2.1.2 Fungsi Keluarga

Menurut Nashrul Efendi (1998), fungsi keluarga meliputi :

(a) Fungsi belajar

- (1) Meneruskan keturunan.
- (2) Memelihara dan membesarkan anak.
- (3) Memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
- (4) Memelihara dan merawat anggota keluarga.

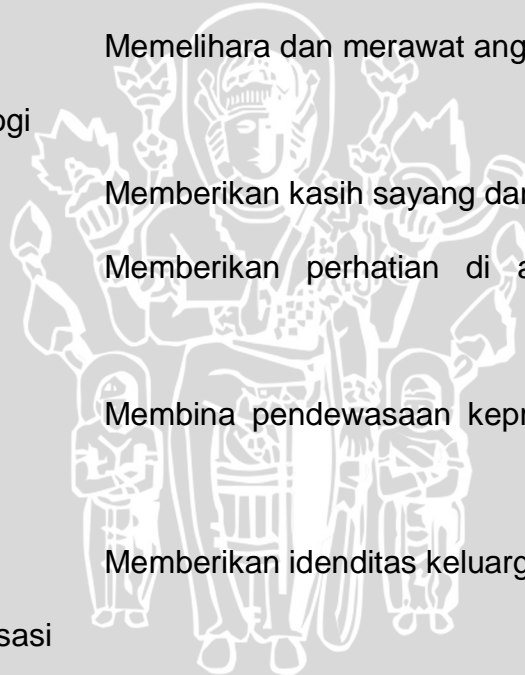
(b) Fungsi psikologi

- (1) Memberikan kasih sayang dan rasa aman.
- (2) Memberikan perhatian di antara anggota keluarga.
- (3) Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga.
- (4) Memberikan identitas keluarga.

(c) Fungsi sosialisasi

- (1) Membina sosialisasi pada anak.
- (2) Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan.
- (3) Meneruskan nilai-nilai budaya.

(d) Fungsi Ekonomi



- (1) Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
 - (2) Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
 - (3) Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga di masa yang akan datang, misalkan pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan lain sebagainya.
- (e) Fungsi pendidikan
- (1) Menyekolahkan anak untuk memberi pengetahuan, keterampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.
 - (2) Menyekolahkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi perannya sebagai orang dewasa.
 - (3) Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.

2.2 Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia

2.2.1 Etiologi Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia

Berdasarkan PPDGJ III (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia, edisi ke III), psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia adalah suatu psikotik akut di mana jelas terdapat halusinasi, waham, gangguan persepsi, tetapi bersifat sangat bervariasi

dan berubah-ubah dari hari ke hari atau bahkan dari jam ke jam. Kekalutan emosional dengan berbagai perasaan senang dan ekstase atau anxietas serta iritabilitas juga sering muncul. Gambaran klinis yang polimorfik dan tidak stabil serta yang selalu berubah itu merupakan hal yang bersifat khas, dan walaupun kadang-kadang gejala-gejala afektif atau psikotik juga terdapat, kriteria untuk episode manik, depresif, atau skizofrenia tidak dipenuhi.

Dalam PPDGJ III (1993) dan Kaplan & Sadock's (2007), psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia terangkum dalam gangguan psikotik akut dan sementara/ *acute and transient psychotic disorder* (F23), di mana pada gangguan ini terdapat informasi klinis yang sistematis, yaitu :

- (a) onset akut (dalam masa 2 minggu) sebagai ciri khas yang menentukan seluruh kelompok;
- (b) adanya sindrom yang khas;
- (c) adanya stres akut yang terkait.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh P. Jørgensen *et al* (2007) terhadap pasien ATPD (*acute and transient psychotic disorder*), menunjukkan bahwa, saat penanganan di rumah sakit, ATPD adalah suatu kondisi yang jarang muncul. Onset terjadi pada usia awal kedewasaan dan biasanya berkaitan dengan jenis kelamin wanita, diawali dengan fungsi sosial yang mulanya berjalan baik, dan stressor psikososial yang kecil. Kriteria DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) mendistribusikan pasien ATPD menjadi 4 kriteria :

- gangguan skizofrenia (41%)
- *brief psychotic disorder* (33%)
- gangguan psikotik tidak terklasifikasi (25%).

Prevalensi tinggi gangguan kepribadian (63%) muncul setelah perbaikan kondisi gangguan psikosis. ATPD tidak terkait dengan gangguan kepribadian yang spesifik, karena pada beberapa kasus (37%) ATPD, tidak ditemukan gangguan kepribadian. Pada penelitian yang dilakukan oleh Sajith *et al* pada tahun 2002 terhadap 45 orang wanita dengan diagnosa ATPD yang diikuti dan di *follow up* selama 3 tahun, menunjukkan bahwa dua per tiga pasien adalah wanita dengan usia rata-rata 26,9 tahun. Sebanyak 33 kasus tetap menunjukkan diagnosa APPD, sementara 12 kasus terjadi revisi diagnosa : 10 kasus gejala gangguan bipolar dan 2 gejala psikosis non-organik yang tidak spesifik.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Singh *et al* pada tahun 2004 terhadap pasien ATPD di Nottingham pada kurun waktu 1992 sampai 1994 menunjukkan bahwa pasien pria mempunyai kecenderungan untuk mendapatkan riwayat gangguan dari keluarga. Berdasarkan populasi di Inggris dan Wales pada tahun 1991 , insiden ATPD sebanyak 3,9 per 100.000 populasi, di mana jumlah pasien pria lebih banyak daripada pasien wanita.

2.2.2 Tanda dan gejala Psikosa Akut secara umum bila dikaitkan dengan gejala dan pemeriksaan pada pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia

Secara umum, Mohammed A Memon (2007) menyebutkan bahwa seseorang yang menderita psikosa akut memiliki klinis satu atau lebih dari gejala klinis di bawah ini :

- Delusi
- Halusinasi
- Perilaku yang aneh
- Pembicaraan yang tidak teratur/terorganisir.

Pasien juga dapat menunjukkan beberapa gejala lain yang berkaitan, seperti

- Gejala afektif : perubahan mood secara cepat
- Disorientasi (melalui pemeriksaan status mental dapat membedakan gejala ini dari delirium, dementia, dan atau gejala organik otak lainnya)
- Perhatian yang tidak penuh
- Perilaku katatonik (pada beberapa pasien)

Gejala lain yang dapat menjadi karakteristik dari *Brief Psychotic Disorder*, antara lain:

- Emosi yang mudah berubah
- Perilaku atau cara berpakaian yang aneh
- Berteriak atau diam
- Gangguan memori pada kejadian yang baru terjadi

Menurut Nicholas Keks (2006), gejala psikosa akut juga dapat dibagi menjadi :

o Gejala positif :

- Delusi dan halusinasi
- Gangguan pikiran formal

o Gejala negatif :

- Afeksi yang datar
- Kemiskinan berpikir
- Kekurangan motivasi
- Penarikan diri dari lingkungan sosial

o Gejala kognitif :

- Gangguan perhatian
- Gangguan memori kerja
- Gangguan fungsi eksekutif

o Gejala mood :

- Depresi
- Elevasi (mania)

o Kelelahan/panik/kebingungan

o Agresivitas/keadaan memusuhi/keinginan untuk bunuh diri

Nicholas Keks (2006) mengemukakan bahwa dalam menjalani pemeriksaan pasien psikosa akut, pemeriksa harus bersikap tenang, teliti dan sabar dalam mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang menjurus ke diagnose psikosa akut. Berbincang dengan keluarga pasien juga sangat dianjurkan. Biasanya pasien dengan psikosa akut akan menunjukkan gejala prodromal berikut ini :

- Berkurangnya konsentrasi atensi
- Pengurangan fungsi-fungsi semestinya
- Mudah marah
- Curiga
- Kurangnya motivasi dan energy
- Kegelisahan
- Penarikan diri dari sosial
- Gangguan tidur
- Mood yang berkurang

Namun apabila penderita tidak mampu bekerja sama untuk menegakkan diagnose, maka dokter atau klinisi dapat mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan gejala psikotik kepada pasien, di antaranya dapat dilihat seperti tabel di bawah ini :

Tabel 2.1 Pertanyaan yang Berkaitan dengan Deteksi Dini Pasien Psikosa Akut

Gejala	Pertanyaan
Kegelisahan	Apakah anda merasa gugup atau takut? Merasa gemeteran dan denyut nadi meningkat?
Depresi mood	Apa anda merasa sedih atau terpuruk? Merasa tidak memiliki minat untuk melakukan aktivitas seperti biasanya?
Elevasi mood	Apakah anda merasa lebih baik dari biasanya? Lebih bahagia dari biasanya?
Halusinasi auditori	Apakah anda mendengar suara orang berbicara pada anda meskipun tidak ada orang di sekitar anda?

Inseri pikiran	Apakah anda merasa ada pikiran yang dimasukkan ke dalam otak anda? Apakah anda merasa sedang bertelepati?
<i>Withdrawal</i> pikiran	Apakah anda merasa ada pikiran yang diambil dari pikiran anda?
<i>Broadcasting</i> pikiran	Apakah anda merasa orang lain bisa membaca pikiran anda?
<i>Tought echo</i> (pikiran bergema)	Apakah anda merasa ada suara yang bergema atau ada suara seseorang bergema di pikiran anda?
Delusi kontrol	Apakah anda merasa anda berada di bawah control sesuatu/seseorang?
Delusi referensi	Apakah anda merasa suatu program tv atau radio mempunyai arti yang sangat berarti dalam hidup anda? Apakah anda merasa dipilih untuk menjalani perawatan tertentu?
Delusi penghambatan	Apakah anda merasa didiskriminasi? Apakah anda merasa ada konspirasi melawan anda?
Delusi keluarbiasaan	Apakah anda merasa mempunyai kekuatan super/ luar biasa?
Delusi rasa bersalah	Apakah anda merasa telah melakukan kesalahan atau berbuat kesalahan dan berhak mendapat hukuman?

Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan adalah :

- Pemeriksaan fisik rutin untuk mengeluarkan penyebab medikasi dari psikosa.
- Pemeriksaan status mental, meliputi : penderita dengan gangguan psikosa akut biasanya menunjukkan perilaku yang aneh, tidak kooperatif, agresifitas fisik atau pembicaraan, berteriak, diam,

gangguan mood, tidak bisa tenang, halusinasi, disorientasi, gangguan atensi, konsentrasi, dan memori, gangguan tilik diri dan gangguan penilaian diri.

- Stressor individu (Memon, 2007).

Keadaan di atas adalah tanda dan gejala yang dimiliki oleh pasien psikosa akut pada umumnya, namun untuk mengetahui tanda dan gejala yang dimiliki oleh pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia, maka kita dapat mengaitkannya dengan pedoman diagnostik yang sesuai dengan ciri F23.0, di mana halusinasi atau waham yang dimiliki oleh pasien berubah dalam jenis dan intensitasnya dari hari ke hari atau dalam waktu yang sama, gejala yang polimorfik, dan gejala-gejala yang ditunjukkan pasien bukanlah gejala yang konsisten yang memenuhi kriteria skizofrenia ataupun episode manik.

2.2.3 Diagnosa Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia

Menurut *ICD-10 (The Tenth Revision of International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)* dalam Kaplan & Sadock (2007), psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia mempunyai kriteria diagnosis sebagai berikut :

- (a). Kriteria umum psikosa akut dan sementara harus ditemukan
- (b). Gejala berubah secara cepat dan intensitasnya berlangsung dari hari kehari pada hari yang sama.

(c). Beberapa tipe halusinasi atau delusi terjadi, sedikitnya pada beberapa jam, kapan saja saat onset terjadi.

(d). Gejala sedikitnya dari 2 kategori di bawah ini terjadi secara bersamaan :

1. *emotional turmoil*, ditandai dengan perasaan bahagia yang terus-menerus, atau kelelahan yang berlebihan dan iritabilitas.

2. kebingungan atau salah mengidentifikasi tempat ataupun orang.

3. Meningkatnya atau menurunnya motilitas pada derajat tertentu.

(e). Apabila terdapat gejala skizofrenia (g) (1) dan (2), menunjukkan bahwa gejala tersebut hanya minoritas dari onset, maka gejala (b) dari psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia tidak terpenuhi.

(f). Durasi total dari gangguan ini tidak lebih dari 3 bulan.

Sedangkan menurut PPDGJ III, pedoman diagnostik psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia adalah sebagai berikut :

(a) Onset harus akut (dari suatu keadaan non psikotik sampai keadaan psikotik yang jelas dalam waktu 2 minggu atau kurang).

(b). Harus ada beberapa jenis halusinasi atau waham yang berubah dalam jenis dan intensitasnya dari hari ke hari atau dalam hari yang sama.

(c) Harus ada keadaan emosional yang sama beraneka ragamnya;

(d) Walaupun gejala-gejalanya beraneka ragam, tidak satupun gejala itu ada secara cukup konsisten, sehingga dapat memenuhi kriteria skizofrenia, episode manik, atau episode depresif.

2.2.4 Penanganan Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia

1. Rawat inap

Pasien yang menderita psikosa akut membutuhkan perawatan di rumah sakit untuk evaluasi dan proteksi. Evaluasi meliputi monitoring secara dekat dan penilaian level bahaya pasien terhadap diri sendiri dan orang lain. Sebagai tambahan, *setting* struktural dari rumah sakit dapat membantu pasien memperoleh kembali kesadaran diri terhadap realitas. Sementara klinisi menunggu penanganan lebih lanjut dan efek dari pengobatan terhadap diri pasien, monitoring *one-to-one* terhadap pasien sangatlah dibutuhkan.

2. Farmakoterapi

Dua kelas utama obat yang digunakan untuk penanganan *Brief Psychotic Disorder* adalah anti-psikotik dan benzodiazepin. Anti-psikotik yang biasa digunakan adalah obat anti-psikotik tinggi potensi seperti haloperidol, yang mungkin digunakan juga adalah agonis dopamine-serotonin seperti ziprasadone. Pada pasien yang memiliki resiko tinggi terjadi efek samping ekstrapiramidal (seperti pada pria muda), obat-obatan antagonis dopamine-serotonin harus digunakan sebagai profilaksis terhadap medikasi—merangsang gejala *movement disorder*. Sebagai alternatif, benzodiazepine mempunyai efek jangka panjang yang terbatas untuk gangguan *Brief Psychotic Disorder*, namun memiliki efek jangka pendek yang cukup efektif dan mempunyai efek samping yang lebih sedikit bila dibandingkan dengan obat anti-

psikotik. Pada kasus-kasus yang jarang, benzodiazepine dapat meningkatkan agitasi, dan pada kasus yang lebih jarang lagi dapat menyebabkan efek kejang *withdrawal* bila digunakan dalam dosis tinggi. Penggunaan obat-obatan lain pada perawatan psikosa akut, walaupun telah dilaporkan pada beberapa studi kasus, belum didukung oleh penelitian skala luas. Medikasi anxiolitik sering berguna pada minggu ke 2 atau 3 setelah resolusi episode psikosis. Klinisi harus menghindari pengobatan jangka panjang. Jika pengaturan medikasi diperlukan, klinisi harus mempertimbangkan kembali diagnosis.

3. Psikoterapi

Meskipun perawatan di rumah sakit dan farmakoterapi mampu mengontrol kondisi pasien dalam jangka pendek, perawatan yang sulit adalah pada saat mengintegrasikan pengalaman psikososial pada pasien ke dalam kehidupan pasien dan keluarga mereka. Psikoterapi berguna dalam menyediakan kesempatan untuk mendiskusikan stressor dan episode psikotik. Eksplorasi dan pengembangan dari strategi koping adalah topik utama dalam psikoterapi. Isu yang berkaitan dengan hal ini adalah menolong pasien apabila mengalami penurunan kepercayaan diri. Strategi pengobatan individu yang berdasarkan peningkatan kemampuan pemecahan masalah dan peningkatan ego melaluipsikoterapi dirasa paling efektif. Untuk itu peran serta keluarga akan menjadi suatu proses yang amat krusial untuk mencapai hasil yang diinginkan. Kekuatan dan dukungan keluarga merupakan faktor yang

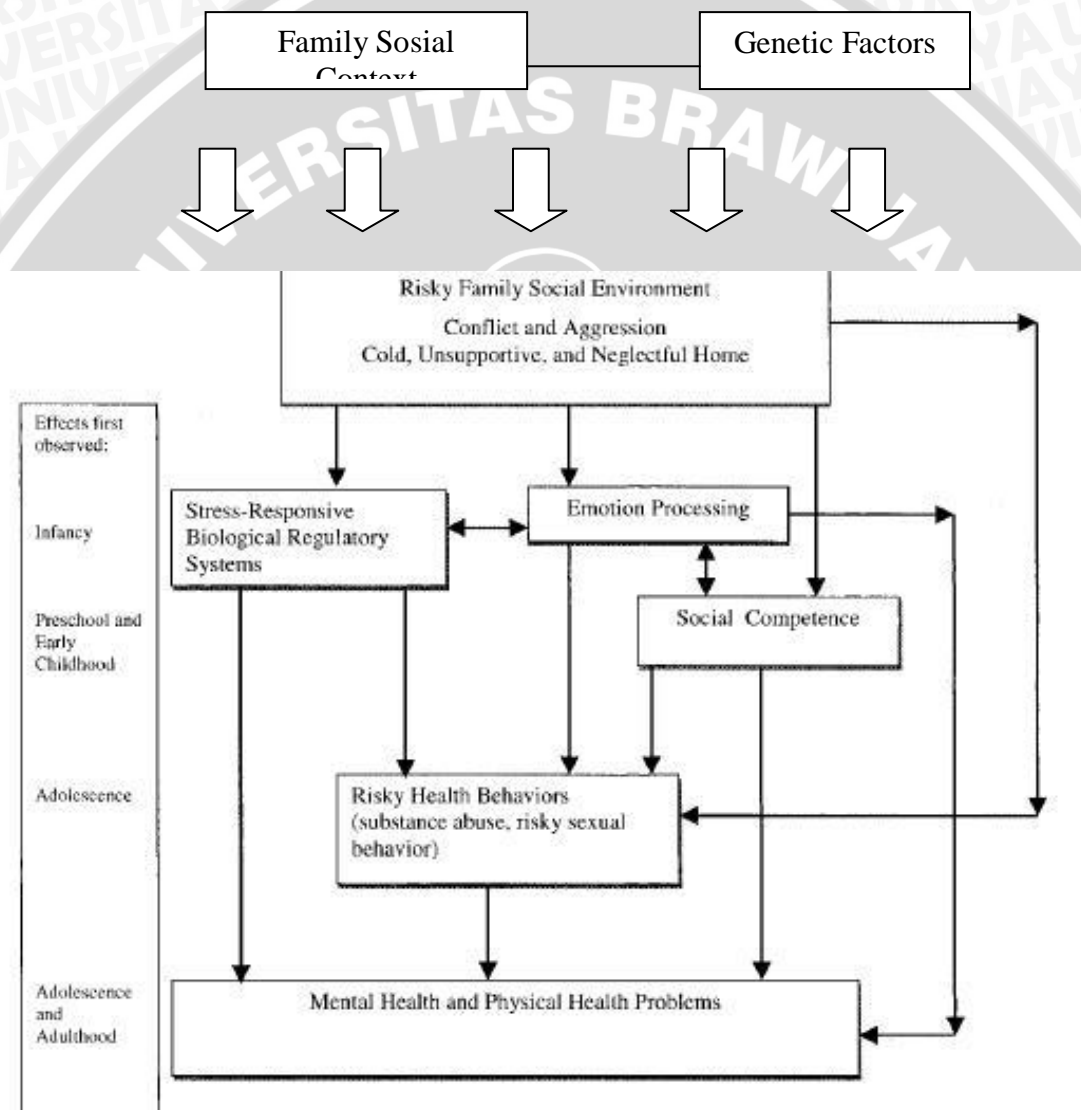
amat penting bagi pasien psikosa akut untuk pulih dari kondisinya (Kaplan & Sadock, 2007).

2.3 Dukungan Sosial keluarga pada penderita Psikosa Akut

2.3.1 Kelurga dan Kesehatan Mental

Kesehatan mental pertama kali dibentuk pada awal kehidupan. Pada keluarga yang sehat, anak dapat merasakan bahwa lingkungannya menyediakan rasa aman bagi sisi emosional dan fisik mereka. Berdasarkan poin ini, kesehatan lingkungan untuk anak merupakan lingkungan yang memberikan keamanan emosional dan integrasi sosial, juga menyediakan pengalaman sosial kritis yang mengarah pada pembebasan perilaku yang menjadikan seorang anak dapat mencapai regulasi diri yang efektif (*Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996*). Sementara itu, mental yang buruk pada seorang anak juga bisa berawal dari buruknya karakter keluarga. Penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa keluarga dengan karakter tertentu dapat merusak kesehatan mental dan fisik seorang anak. Karakteristik ini meliputi keluarga dengan konflik, penuh dengan kemarahan, keluarga yang hubungannya tergolong dingin, tidak mendukung dan mengabaikan. Keluarga yang tidak menyediakan kehidupan emosional yang baik pada seseorang dapat menciptakan suatu hierarki yang muncul pada kehidupan awal. Contohnya, sebuah keluarga yang memiliki karakteristik yang buruk seperti yang disebutkan di atas mampu menciptakan penurunan pada kontrol emosi

dan kompetensi seorang anak, juga mengarahkan pada gangguan fisiologis dan regulasi sistem endokrin. Gangguan-gangguan tersebut akhirnya berakumulasi, terjadi dalam jangka waktu yang panjang dan berakibat sangat buruk bagi kehidupan (Repetti et al, 2002)



Gambar 2.1 Hubungan Keluarga yang Beresiko dengan Kesehatan Mental dan Fisik Individu

Bagan di atas menunjukkan pengaruh buruk yang akan timbul apabila keluarga tidak menciptakan suasana yang suportif pada diri seseorang untuk mengembangkan kesehatan mental seorang anak. Pengaruh buruk yang ditimbulkan oleh keluarga yang tidak suportif, penuh dengan kemarahan, dingin, dan cenderung mengabaikan dapat berakibat pada penurunan kesehatan mental seseorang. Penelitian menunjukkan bahwa keluarga yang tidak suportif dan penuh konflik dapat meningkatkan resiko perubahan emosional yang luas dan masalah perilaku pada anak, termasuk perilaku perlawanan, kenakalan remaja, perilaku anti-sosial, mudah cemas, dan bunuh diri (Emery, 1982, 1988; Grych & Fincham, 1990; Kaslow, Deering, & Racusia, 1994; R. J.Reid & Crisafulli, 1990; Wagner, 1997 dalam Repetti et al 2002).

Penelitian-penelitian yang menunjukkan hubungan antara perilaku keluarga yang tidak suportif dengan kesehatan mental seseorang yang terangkum dalam bulletin psikologi yang dikeluarkan oleh American Psychological Association (dalam Repetti et al et al,2002) dapat dilihat pada table berikut ini :

Tabel 2.2 Karakteristik keluarga yang beresiko dan kesehatan mental dan fisik individu :

Penelitian dan Desain	Karakteristik Sampel	Pengukuran Lingkungan Keluarga	Kesehatan Mental yang terjadi setelah paparan	Key Findings
O. Lundberg, 1993 GC/FLW-UP SELF	Sampel Representatif dari populasi Swedia (n_ 4,216). Waktu 1(1968)	Waktu 1: respon individu pada tahun 1968 "adakah konflik yang	Waktu 2, status kesehatan: <i>self-reports pada</i> 1981 Terhadap penyakit fisik	Konflik keluarga yang parah selama proses pengasuhan berkaitan dengan peningkatan

	Rentang usia: 17-62 tahun, Waktu 2 (1981) Rentang usia: 30-75 tahun.	parah/pelik selama proses pengasuhan?" (10% menjawab ya atau tidak yakin).	(nyeri dan tekanan darah tinggi) dan stress (kelelahan dan kecemasan).	resiko, 13 tahun kemudian, pada penyakit yang dilaporkan sendiri dan indikator stress yang lain. Peningkatan resiko masalah kesehatan ditemukan pada saat <i>follow up</i> dan bahkan setelah kontrol untuk stress psikologis dan penyakit mental pada waktu 1.
Mechanic & Hansell, 1989 CORR/LONG SELF	Anak-anak kelas VII, VIII dan XI N = 1,067	Waktu 1: Laporan pada remaja mengenai perbedaan pendapat atau pertengkaran di rumah.	Waktu 2: Laporan pada remaja mengenai gejala fisik umum.	Lebih banyak perbedaan pendapat dan pertengkaran di rumah berkaitan dengan peningkatan gejala fisik 1 tahun kemudian (kontrol pada level awal gejala). Konflik juga berkaitan dengan peningkatan depresi dan kecemasan.
Montgomery et al., 1997 GC/FLW-UP IND RPTS OBJ	Sampel representatif sebanyak 6.500 orang pada studi longitudinal nasional pada kelahiran di Inggris secara <i>cohort</i> . Waktu 1 : usia 7 tahun, Waktu 2 usia: 33 tahun.	Waktu 1: kesulitan dan konflik keluarga (4.5% <i>cohort</i>) berdasarkan laporan kesehatan pengunjung (tekanan domestic, perceraian, perpisahan, konflik).	Waktu 1: kesulitan dan konflik keluarga (4.5% <i>cohort</i>) berdasarkan laporan kesehatan pengunjung (tekanan domestic, perceraian, perpisahan, konflik).	Paparan konflik keluarga berkaitan dengan penurunan tinggi badan pada usia 7 tahun dan dewasa. Mereka yang terpapar konflik keluarga lebih pendek 5 persentil dari distribusi tinggi (31% pada anak-anak dan 24% pada dewasa).
Stein et al., 1994 CORR/CS OBS & OBJ 12-14 bulan.	Ibu dengan dan tanpa gangguan makan dan anak mereka.	Konflik ibu dan anak : berdasarkan observasi di rumah pada	Berat badan bayi.	Lebih banyak konflik berkaitan dengan pencapaian berat yg lebih rendah,

	Rentang usia anak : 12-14 bulan.	interaksi ibu anak-bayi selama waktu makan.		bahkan setelah kontrol berat badan dan berat ibu, tinggi badan ibu dan perhatian ibu terhadap bentuk tubuh & apakah dia memiliki gangguan makan.
Gil et al., 1987 CORR/CS IND REPORTS	Anak yang dalam pengobatan dermatitis atopik yang parah (n= 44). Rentang Usia anak : 2-21 thn.	Orang tua dan anak (jika > dari 12 tahun) melaporkan level kohesi.	Keparahan gejala : laporan perawat tentang presentasi area tubuh yang terinfeksi dermatitis atopik; laporan remisi penyakit.	Kurangnya kohesi keluarga berkaitan dengan peningkatan keparahan gejala.

Keluarga merupakan faktor yang amat penting bagi kesehatan mental dan fisik seseorang bahkan sejak seseorang belum dilahirkan. Perilaku keluarga dapat berakibat pada kesehatan, perbaikan kondisi, dan keparahan dari penyakit yang diderita seseorang. Terlebih lagi apabila seseorang tersebut mengalami gangguan kesehatan jiwa. Keluarga dibutuhkan sebagai upaya penyembuhan pasien tersebut.

2.3.2 Dukungan Sosial Keluarga Untuk Meningkatkan Konsep Diri Pada Penderita Psikosa Akut

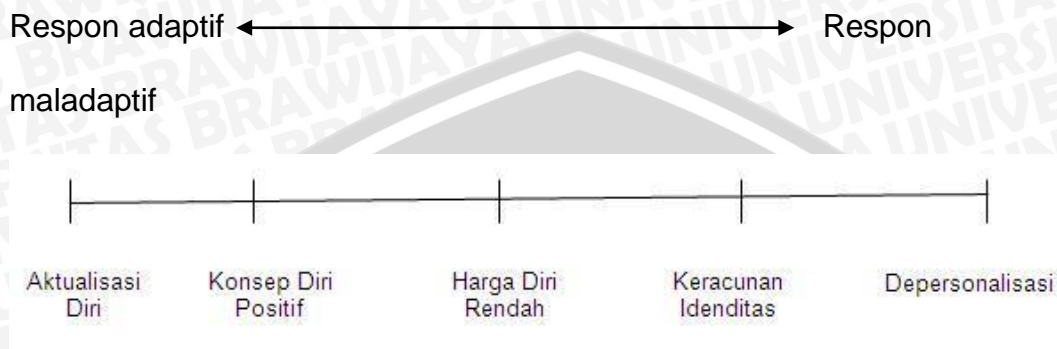
Seseorang dengan Psikosa Akut pasti mengalami masalah yang kompleks, mulai dari gangguan fisiologis fungsi tubuh, sampai yang berkaitan dengan kehidupan sosial mereka. Bukan merupakan rahasia lagi bahwa seseorang dengan gangguan psikis akan mengalami disfungsi

dalam interaksi sosial. Hal yang sering terjadi adalah penurunan kepercayaan diri dan ketakutan tidak diterima kembali ke kehidupan bermasyarakat saat mereka sembuh. Di sinilah peran keluarga untuk meningkatkan kepercayaan diri dan keyakinan hidup pada diri pasien.

Harga diri rendah adalah evaluasi perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang dapat secara langsung atau tidak langsung diekspresikan (Towsend, 1998). Gangguan harga diri rendah adalah penilaian negatif terhadap diri yang diekspresikan secara langsung ataupun tidak langsung (Schult dan Videbeck, 1998). Jadi sudah jelas bahwa permasalahan penurunan kepercayaan diri merupakan masalah yang kritical bagi penderita psikosa akut. Seseorang yang mengalami penurunan kepercayaan diri bisa disebabkan karena adanya perubahan pada konsep diri yang dimiliki, di sini pentingnya peran keluarga untuk membangun kembali konsep diri pasien.

Konsep diri didefinisikan sebagai semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya berinteraksi dengan orang lain dan lingkungannya, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek tujuan serta keinginan (Stuart dan Sundeen, 1991).

Stuart dan Sundeen (1991) menggambarkan skema respon konsep diri seperti di bawah ini :



Gambar 2.2 Rentang respon konsep diri (Stuart dan Sundeen, 1991)

Pengertian :

- a. Aktualisasi diri : pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman yang sukses dan diterima.
- b. Konsep diri : apabila individu mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri.
- c. Harga diri rendah : transisi antar respon konsep diri adaptif dengan konsep diri mal adaptif.
- d. Keracunan identitas : kegagalan aspek individu mengintegrasikan aspek-aspek identitas masa kanak-kanak ke dalam kematangan aspek psikososial, kepribadian pada masa dewasa yang harmonis.
- e. Depersonalisasi : perasaan yang tidak realistik dan asing terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan

kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain (Kelliat, 1998).

Ketika pasien sudah mendapatkan kembali konsep diri yang dia peroleh dari dukungan sosial keluarga terhadap penyakitnya, maka hal ini diharapkan dapat meningkatkan penerimaan pasien terhadap dukungan yang diberikan keluarganya terhadap penyakitnya tersebut. Penerimaan pasien dapat dilihat pada patuhnya pasien untuk menjalani pengobatan. Menurut Dunbar-Jacob dan Schlenk (2001, dalam DiMatteo, 2004) kepatuhan pasien inilah yang memidiasi antara dukungan sosial dan kesehatan. Kepatuhan pasien di sini tentunya haruslah melibatkan penerimaan dari keluarga dan *follow-up* penyakit yang berkelanjutan. Penerimaan dari sisi pasien dan keluarga menunjukkan efek yang signifikan pada hasil pengobatan (DiMatteo et al, 2004). Menurut *Comission on The Family* (1998, dalam Dolan et al, 2006), dukungan keluarga sangat diperlukan untuk memperkuat individu dan memperbesar penghargaan diri pasien terhadap diri mereka sendiri. Keluarga yang mendukung perbaikan kondisi pasien juga akan menimbulkan perasaan positif dari pasien itu sendiri. Yafie (dalam Hawari, 2001), mengemukakan bahwa keluarga memiliki peran dalam memberi dukungan terhadap kesehatan anggotanya, baik berupa dukungan fisik atau pun dukungan moral.

Jadi sudah jelas bahwa disfungsi keluarga dalam menangani perawatan pasien psikosa akut dapat berakibat pada penurunan kepercayaan diri pasien yang tercermin dalam konsep diri pasien. Kesalahan dalam perawatan keluarga tentu berakibat pada perbaikan kondisi pasien itu sendiri. *National Mental Health Assosiation/NHMA* (2001) mengemukakan bahwa, ketidakpahaman keluarga mengenai gangguan jiwa adalah ketika keluarga menganggap bahwa pasien tidak akan sembuh dari sakitnya. Padahal menurut NHMA, orang yang mengalami gangguan jiwa dapat sembuh dan dapat memulai kembali aktivitasnya. Untuk itu dukungan sosial keluarga menjadi sangat penting untuk pemulihan pasien psikosa akut post dan pasca penyembuhan.

2.3.3 Dukungan Sosial Keluarga dan Bentuk-bentuknya Pada Pasien Psikosa Akut

Seperti yang telah dikemukakan sebelumnya bahwa keluarga merupakan aspek yang sangat penting dalam pemulihan kondisi pasien dengan psikosa akut. Hal ini disebabkan penanganan secara medika mentosa tidak begitu memberikan efek apabila keluarga tidak memberikan dukungan (Kaplan dan Saddock, 2007).

Dukungan sosial telah didefinisikan dan digunakan di berbagai bidang. Menurut House (1981; dalam Glanz, 1996), dukungan sosial dikategorikan menjadi empat tipe perilaku suportif yaitu :

- (1) Dukungan emosional (*emotional support*) meliputi empati, cinta, kepercayaan/hubungan saling percaya dan perhatian/
- (2) Dukungan instrumental (*instrumental support*) meliputi pemberian bantuan nyata dan pelayanan yang langsung dibutuhkan oleh seseorang.
- (3) Dukungan informasi (*informational support*) adalah pemberian nasehat atau saran, sugesti dan informasi yang diperlukan seseorang dalam mengenali masalah.
- (4) Dukungan penghargaan (*appraisal support*) adalah informasi yang sangat diperlukan untuk evaluasi diri yang bertujuan untuk membuat umpan balik, penegasan, dan perbandingan sosial.

Dukungan sosial bisa dibedakan dari fungsi hubungan sosial lainnya. Dukungan sosial selalu dimaksudkan (oleh pengirimnya) untuk menolong sepenuhnya perbedaan dari interaksi negative yang disengaja dan dari persepsi negative dan akibat perubahan interpersonal yang telah teridentifikasi (untuk contoh, Wortman dalam Lehman, 1985; dalam Glanz, 1996). Dukungan sosial sengaja diberikan oleh pengirim, yang mana dipisahkan dari pengaruh sosial yang digunakan melalui observasi sederhana dari perilaku lain (bandura, 1986; dalam Glanz, 1996) dan dari penerima diproses dalam perbandingan sosial (Taylor, Buunk dan Aspinwall, 1990 ; dalam Glanz, 1996).

Tabel 2.3 Tipe dan Karakteristik dari Dukungan Sosial adalah :

Konsep	Definisi
<ul style="list-style-type: none"> ○ Dukungan emosional (<i>emotiona support</i>) 	Ekspresi empati, cinta, kepercayaan dan perhatian
<ul style="list-style-type: none"> ○ Dukungan instrumental (<i>instrumental support</i>) 	Bantuan nyata dan pelayanan
<ul style="list-style-type: none"> ○ Dukungan informasional (<i>informational support</i>) 	Nasehat/saran, sugesti dan informasi
<ul style="list-style-type: none"> ○ Dukungan penghargaan (<i>appraisal support</i>) 	Informasi yang berguna untuk evaluasi diri

Source : Based on Israel,1982;House1981,dalam Glanz, 1996

Dukungan sosial melibatkan pengenalan jiwa seseorang, rasa empati, cinta, kepercayaan dan perhatian yang isinya meliputi dukungan, bantuan jasa yang secara langsung membantu individu yang sedang kekurangan. Seperti dalam bentuk nasehat, sugesti dan informasi yang sangat berguna bagi individu/seseorang di dalam mengenali masalahnya, evaluasi diri yang bertujuan sebagai umpan balik yang bersifat membangun (Glanz Karen, 1996).

Dukungan sosial bisa diberikan (*who*) oleh macam-macam tipe orang pada situasi formal maupun informal (contoh, keluarga, teman, rekan kerja dan atasan) dan yang lebih formal dalam menolong orang

(contoh, petugas kesehatan professional dan lembaga swadaya masyarakat), pada interaksi sosial biasanya dukungan yang diberikan (*what*) adalah inti dari masalah penerima dukungan, diberikan (*when*) ketika seseorang dalam keadaan terdesak, ketidakberdayaan, proses kehilangan, dan perpisahan (Kahn dan Antonucci 1980; dalam Glanz, 1996). Notosoedirjo dan Latipun (2005) mengemukakan bahwa pengetahuan keluarga mengenai kesehatan mental adalah usaha awal untuk memberikan iklim kondusif bagi anggotanya. Selain dapat meningkatkan dan mempertahankan kesehatan mental, iklim kondusif juga diharapkan mampu menjadi *problem solving* bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Dinosestro (2008) menyatakan bahwa keluarga mempunyai fungsi strategis dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan kemandirian dan taraf hidup pasien dan membantu pasien agar dapat beradaptasi kembali pada masyarakat dan kehidupan sosialnya.

Secara umum support system keluarga dalam memberikan perawatan pada anggotanya yang sakit tergantung pada (1) kesehatan individu, (2) jenis masalah kesehatan (akut, kronis, atau ganas), (3) tingkat perhatian dan (4) keterlibatan keluarga. Menurut *National Institute of Mental Health* (2008), ketika seseorang menderita gangguan jiwa, contohnya depresi, maka hal tersebut juga dapat mempengaruhi orang-orang di sekitarnya, baik itu teman, atau pun keluarga. Bila orang terdekat

kita menderita gangguan tersebut, maka yang dapat keluarga atau kerabat lakukan adalah :

1. Memberikan dukungan emosional, pengertian, kesabaran, dan dorongan yang positif kepada pasien
2. Libatkan penderita ke dalam percakapan dan dengarkan baik-baik keluhannya.
3. Jangan pernah mengecilkan hati atau meremehkan keluhan penderita, namun keluarga dapat memaparkan realita kepada penderita dan memberikan semangat atau harapan bahwa penderita bisa sembuh dari sakitnya.
4. Jangan pernah meremehkan ancaman bunuh diri pasien, dan apabila hal tersebut terjadi, segera laporkan ke dokter pasien.
5. Ajak penderita untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitar, namun jangan memaksa penderita. Meskipun perilaku yang menstimulasi pasien sangat diperlukan, tuntutan yang terlalu banyak kepada pasien dapat meningkatkan perasaan gagal pada diri pasien.
6. Ingatkan pasien tentang waktu pengobatan dan jadwal minum obat, dan ingatkan juga resiko yang akan timbul apabila hal tersebut tidak dipenuhi.

Dalam menjalankan fungsi tugasnya tentu saja keluarga tidak lepas dari hambatan. Rintangan yang sering dihadapi keluarga dalam memecahkan masalah kesehatan adalah pendidikan yang rendah, terbatasnya sumber daya keluarga (keuangan, sarana dan prasarana), kebiasaan yang melekat dan sosial budaya yang tidak menunjang (Nashrul Efendi, 1998).

Pentingnya fungsi pokok keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa dapat dipandang dari berbagai segin antara lain :

Pertama menurut Clement dan Buchana (1982), keluarga merupakan tempat di mana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya. Keluarga merupakan institusi pendidikan utama bagi individu untuk belajar dan mengembangkan nilai, keyakinan, sikap dan perilaku. Individu menguji coba perilakunya di dalam keluarga dan umpan balik keluarga mempengaruhi individu dalam mengadopsi perilaku tertentu, semua ini merupakan individu dalam berperan di masyarakat (Keliat, 1992).

Kedua, jika keluarga dipandang sebagai suatu system, maka gangguan yang terjadi pada salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi seluruh system, sebaliknya disfungsi keluarga dapat pula merupakan salah satu penyebab terjadinya gangguan jiwa pada anggotanya (Keliat, 1992).

Ketiga, berbagai pelayanan kesehatan jiwa bukan merupakan tempat tinggal klien seumur hidup, tetapi hanya fasilitas yang membantu klien dan

keluarga mengembangkan kemampuan dalam mencegah terjadinya masalah dan mempertahankan keadaan adaptif (Keliat, 1992).

Keempat, menurut Sulinget (1998), dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa salah satu penyebab kambuh gangguan jiwa adalah keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku klien di rumah (Keliat, 1992).

Salah satu bentuk dukungan sosial yang diberikan keluarga adalah kunjungan. Kunjungan merupakan suatu hal atau perbuatan dengan maksud pergi/datang untuk menengok atau menjumpai, dapat pula diartikan mendatangi untuk menjumpai (WJS Poerwadarmita, 1993).

Menurut Shumaker & Hill (1991) dan Wallston et al (1983) dalam DiMatteo (2004), menyebutkan bahwa bantuan dan dukungan dari teman dan keluarga berimplikasi pada peningkatan penerimaan dan kepatuhan berobat pasien terhadap penyakitnya dengan cara meningkatkan optimism dan estimasi diri pasien, menahan stress, mengurangi stress orang tua pasien, meningkatkan *sick-role behavior*, dan meningkatkan bantuan praktis. Terbangunnya hubungan yang signifikan dan substansial antara dukungan sosial dan proses penerimaan pasien terhadap dukungan tersebut mampu menyediakan mekanisme mediasi antara dukungan sosial dan perbaikan kondisi pasien (Burroughs et al, 1997; Uchino et al, 1996; Willston et al, 1983 dalam DiMatteo 2004). Beberapa *meta-analysis* sudah mulai dilakukan untuk menggambarkan secara kuantitatif peran sentral dari dukungan sosial dan perbaikan kondisi pasien (Devine & Percy, 1996; Meyer & Mark, 1995; Mains & Velez, 1992;

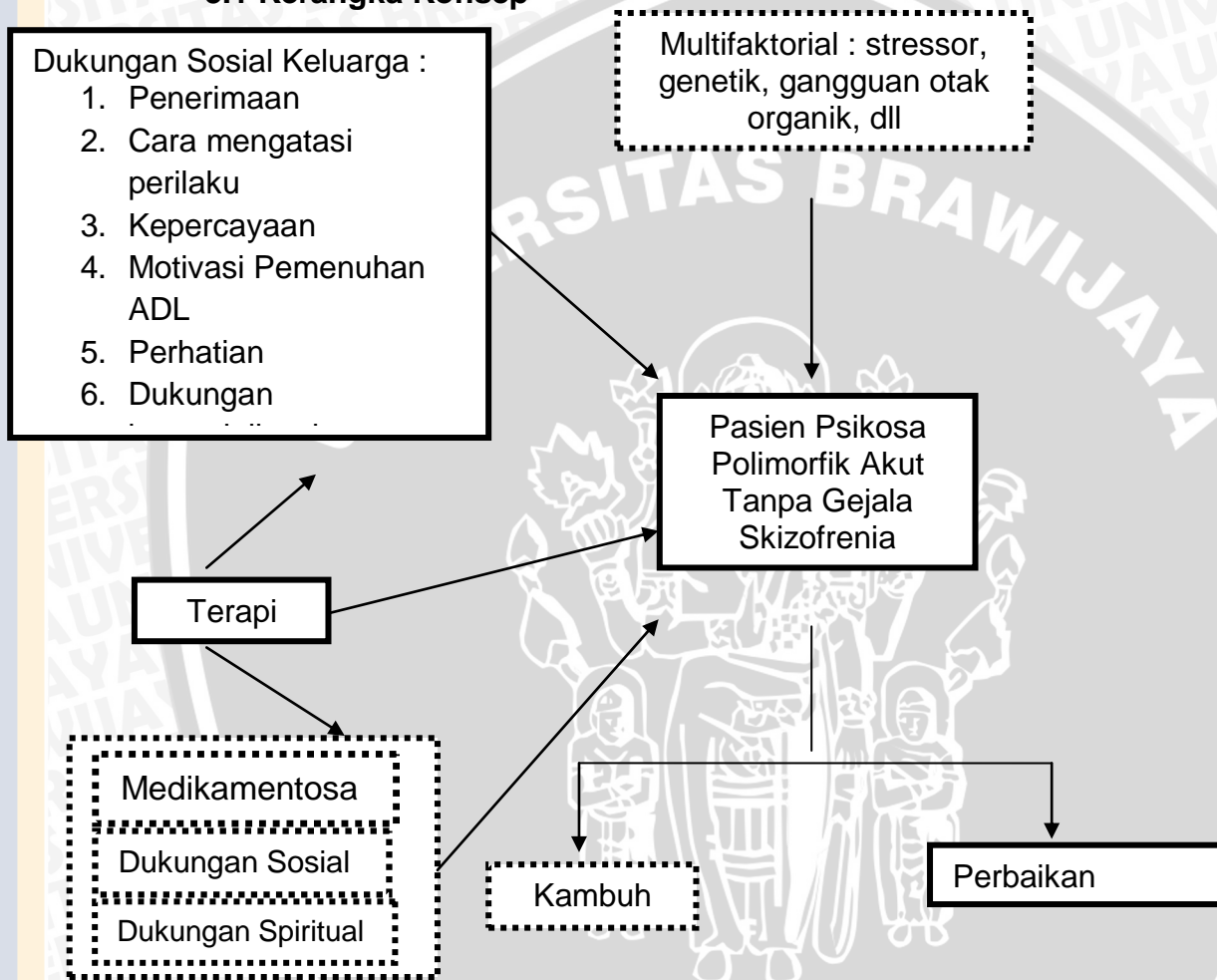
Uchino et al., 1996 dalam DiMatteo, 2004), meskipun hal tersebut masih memerlukan pengembangan yang lebih lanjut untuk menentukan tingkat penerimaan dan variable yang menunjukkan hubungan antara dukungan dan penerimaan, seperti tipe-tipe dukungan sosial (structural vs. fungsional, praktis vs.emosi), penyakit yang diderita pasien dan dosis pengobatan, serta variable metodologi (seperti tipe dan pengukuran yang dapat dipercaya (Heitzmann &Kaplan, 1988; Helgeson & Cohen, 1996; Kaplan & Hartwell, 1987; Martin et al., 1994 dalam DiMatteo, 2004).



BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep



———— = Diteliti
 = Tidak Diteliti



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Perbaikan Kondisi Pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia

Narasi : Pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia yang sedang menjalani pengobatan di poli rawat inap mengalami kondisi kompleksitas masalah yang berkaitan dengan penyakit yang mereka alami. Pemberian medikasi dan perawatan yang dilakukan oleh dokter atau perawat di rumah sakit tidak menjamin kesembuhan total dari pasien, apabila tidak diimbangi dengan dukungan sosial yang dilakukan oleh keluarga. Peran serta keluarga ketika pasien masih menjalani perawatan dan setelah pasien dipulangkan dari rumah sakit akan sangat membantu meningkatkan rasa kepercayaan diri serta memberikan pasien keyakinan untuk kembali beraktivitas seperti ketika mereka belum menderita gejala psikosa.

3.2 Hipotesis Penelitian

Ada hubungan antara pengaruh dukungan sosial keluarga dengan kesembuhan pasien psikosa polimorfik akut dengan gejala skizofrenia di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

BAB IV

METODELOGI PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Melalui penelitian tersebut dimaksudkan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh dukungan sosial keluarga dikaitkan dengan kesembuhan pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia di poli rawat inap RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian adalah pasien yang pernah menjalani perawatan di poli rawat inap RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dalam kurun waktu 1 tahun.

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian ini adalah sebagian dari jumlah populasi pasien yang pernah menjalani perawatan di poli rawat inap RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dalam kurun waktu 1 tahun. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *purposive sampling*, karena keterbatasan peneliti, baik dari segi waktu, biaya, dan tenaga. Sehingga peneliti membatasi waktu penelitian dan jumlah responden.

4.3 Variabel Penelitian

a. Variabel independen (bebas) : dukungan keluarga, meliputi penerimaan, perlakuan, temperamen, kepercayaan, motivasi, perhatian dan dukungan keluarga

- b. Variabel dependen (tergantung) yaitu : perbaikan kondisi pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia.

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional





4.5 Teknik Pengumpulan Data

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Hasil Ukur	Skala
Variabel Bebas: Dukungan Keluarga	<ul style="list-style-type: none"> Dukungan : Cara keluarga untuk membantu pasien dalam menghadapi masalah kesehatannya Keluarga : Kumpulan orang yang memiliki kekerabatan dengan pasien dan tempat di mana pasien akan kembali untuk tinggal setelah pulang dari RS serta melakukan interaksi dengan pasien, contoh: ayah, ibu, kakak, dll. 	<ul style="list-style-type: none"> Penerimaan Keluarga Cara mengatasi perilaku Kepercayaan Motivasi Pemenuhan ADL Perhatian Dukungan bersosialisasi 	Baik → 76%-100% Cukup → 56%-75% Kurang → kurang dari 56% (Modifikasi Arikunto, 1998)	Ordinal
Variabel Tergantung: Perbaikan Kondisi	Membaliknya pasien mendekati seperti sebelum pasien mendapat gangguan.	<ul style="list-style-type: none"> Tidak munculnya lagi gangguan psikosa akut Dapat beraktivitas sebagaimana mestinya Mampu berfungsi kembali secara sosial 	Baik → 76%-100% Cukup → 56%-75% Kurang → kurang dari 56% (Modifikasi Arikunto, 1998)	Ordinal



Untuk mendapatkan data yang relevan dengan tujuan penelitian, maka dalam pengumpulan data peneliti menggunakan kuesioner yang berbentuk pilihan ganda, yaitu daftar yang berisi pernyataan dan pilihan jawaban kepada keluarga responden. Sebelumnya anggota keluarga yang mengisi akan diberikan lembar *inform consent* mengenai tindakan yang mereka lakukan. Apabila anggota keluarga tidak dapat menggunakan bahasa Indonesia, maka peneliti akan menerjemahkan kuesioner ke dalam bahasa yang dipahami oleh anggota keluarga.

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan untuk mengetahui hubungan dukungan sosial keluarga adalah kuesioner modifikasi dari penelitian yang dilakukan oleh Fitri Kalsiyani Dewi (2003) mengenai Pengaruh Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Angka Kekambuhan Pasien Schizofrenia di Ruang Poliklinik Kesehatan Jiwa RSJP. Radjiman Wediodinigrat Lawang. Tes ini terdiri dari 16 pertanyaan. Setiap pertanyaan terdiri dari 3 pertanyaan. Skor masing-masing adalah sebagai berikut:

Angka 1 : tidak mendukung

Angka 2 : cukup mendukung

Angka 3 : mendukung

Dan pada 2 pertanyaan, yakni pertanyaan nomer 3 dan 7, terdapat sub-pertanyaan, yang apabila pada kondisi sangat tidak mendukung, di mana keluarga mengisi dengan jawaban “tidak”, maka nilai yang diberikan adalah “0”.

Sedangkan alat ukur kesembuhan pasien yang digunakan adalah kuesioner yang terdiri dari pertanyaan terstruktur mengenai gejala kekambuhan pasien, terdiri atas 7 pertanyaan yang bernilai :

Angka 1 : menunjukkan angka kekambuhan

Angka 2 : kadang menunjukkan kekambuhan

Angka 3 : tidak pernah menunjukkan angka kekambuhan.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

a. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di melalui metode *home visit* dengan mendatangi kediaman pasien yang pernah menjalani pengobatan poli rawat inap RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

b. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Juni-Juli 2011.

4.8 Analisa Data

4.8.1 Analisa Variabel Bebas

Analisa variabel bebas dinilai dengan skor tertinggi sebesar 48 (semua jawaban dengan skor 3 terjawab).

4.8.2 Analisa Variabel Tergantung

Analisa variabel tergantung dinilai dengan skor tertinggi sebesar 21 (semua jawaban dengan skor 3 terjawab).

4.8.3 Analisa Hubungan Antar Variabel

Data penelitian dianalisis dengan uji korelasi *rank Spearman* menggunakan program komputer *SPSS for Windows*.

4.9 Etika Penelitian

4.9.1 *Informed Consent*

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian melalui lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan. Tujuan *informed consent* adalah

agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian, serta mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan.

4.9.2 Anonimity

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

4.9.3 Confidentiality

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Karakteristik umum ruang poli rawat inap kesehatan jiwa

Poli rawat inap RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang terdiri atas 7 (tujuh) pelayanan rawat inap, yaitu :

1. Rawat Inap I P C U
2. Rawat Inap Zieken zaal (Ruang sakit)
3. Rawat Inap Napza menggunakan terapi :- Detoxifikasi
- Rehabilitasi
4. Rawat Inap Psikogeriatri (Lanjut Usia)
5. Rawat Inap Anak dan Remaja
6. Rawat Inap Mental Organik
7. Autis (Day Care / Siang hari)

Ruang-ruang perawatan tersebut terbagi atas VIP, Kelas I, Kelas II, dan Kelas III.

Kapasitas total poli rawat inap adalah 700 tempat tidur.

5.2 Gambaran umum hasil penelitian

Data pasien diambil dari rekam medis tahun 2010. Jumlah pasien yang di dapatkan dari rekam medis poli rawat inap berjumlah 252 orang. Pasien yang berdomisili di malang berjumlah 47 orang. Namun pasien yang dapat ditemui hanya berjumlah 41 orang. Hal ini disebabkan :

- Kesulitan menemui pasien karena keluarga yang bersangkutan tidak berkenan ditemui
- Kesulitan menemui pasien karena alamat salah atau berganti alamat

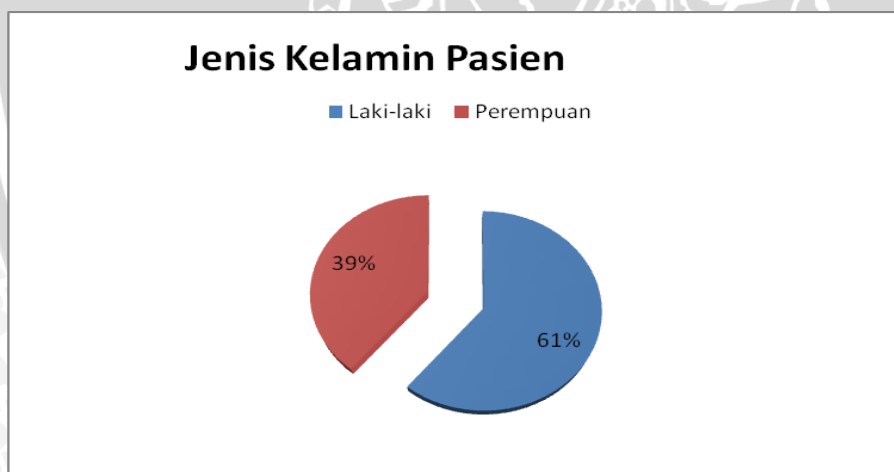
- Kurangnya data pasien, baik berupa alamat lengkap atau nomor telepon
- Peneliti terbatas periode waktu.

Metode yang dilakukan oleh peneliti adalah memberikan kuesioner kepada pasien, namun apabila pasien tidak fasih berbahasa Indonesia atau memiliki keterbatasan dalam hal bahasa, maka peneliti menanyakan secara detail setiap poin yang ada di kuesioner dan membantu keluarga menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut.

5.3 Karakteristik pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia

5.3.1 Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar pasien berjenis kelamin laki-laki (61 %), dan 16 orang berjenis kelamin perempuan (39%).



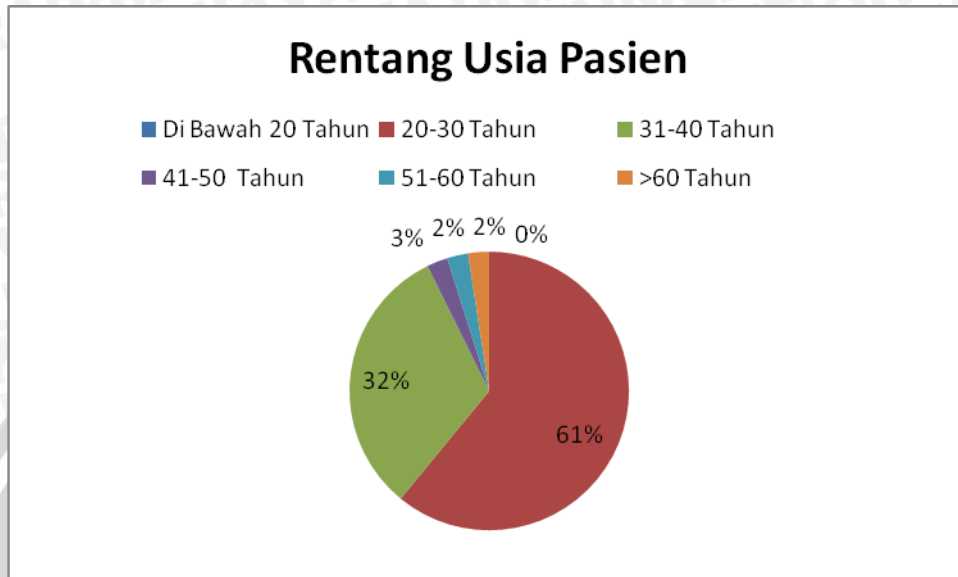
Gambar 5.1 Prosentase jenis kelamin pasien

5.3.2 Karakteristik pasien berdasarkan usia

Berdasarkan usia, pasien dikelompokkan menjadi 6 kelompok usia. Mayoritas pasien berusia 20-30 tahun (61 %). Pasien berusia 31-40 tahun sebanyak 13 orang (32 %). Pasien dengan rentang usia 41-50 tahun, 51-60

repository.ub.ac.id

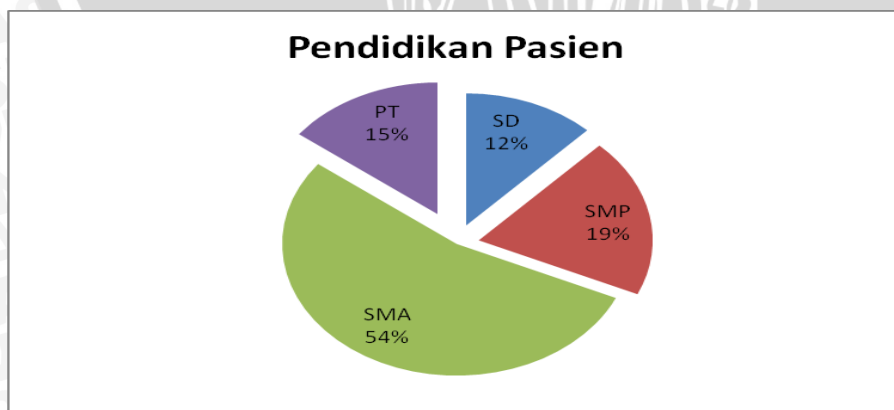
tahun, dan lebih dari 60 tahun, masing-masing sebanyak 1 orang (masing-masing sebesar 3 %).



Gambar 5.2 Prosentase rentang usia pasien

5.3.3 Karakteristik pasien berdasarkan tingkat pendidikan

Berdasarkan pendidikan, pasien dikelompokkan menjadi 4 kelompok. Pasien tamat SD sebanyak 5 orang (12 %). Pasien lulusan SMP sebanyak 8 orang (19 %). Pasien lulusan SMA sebanyak 22 orang (54 %). Dan pasien yang menempuh perguruan tinggi sebanyak 6 orang (15 %).

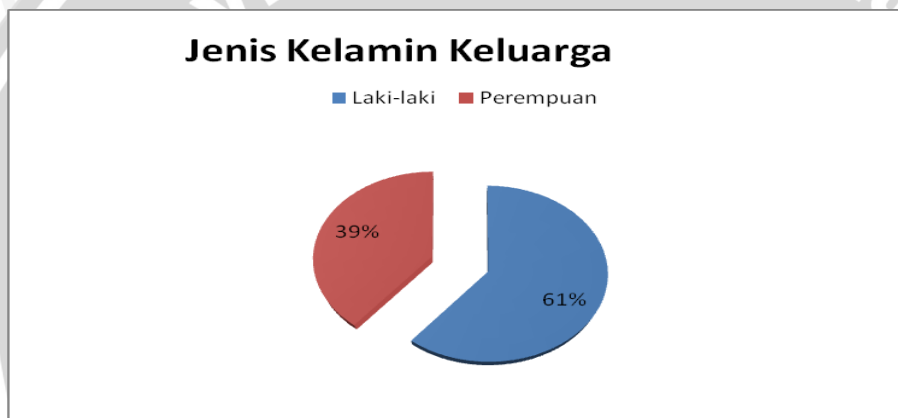


Gambar 5.3 Prosentase Pendidikan pasien

5.4 Karakteristik keluarga pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia

5.4.1 Karakteristik anggota keluarga pasien berdasarkan jenis kelamin

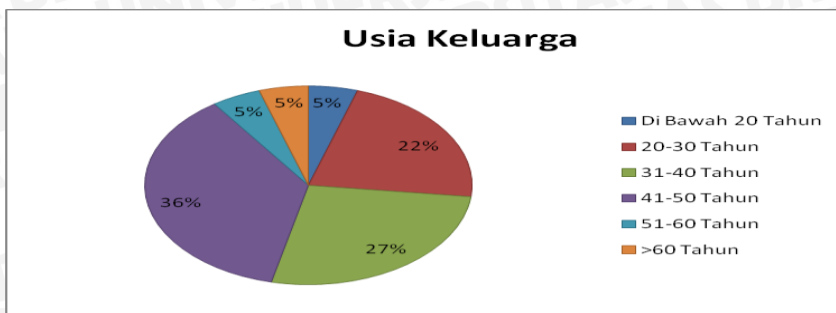
Berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar anggota keluarga pasien berjenis kelamin laki-laki (61 %), dan 16 orang berjenis kelamin perempuan (39%).



Gambar 5.4 Prosentase jenis kelamin keluarga pasien

5.4.2 Karakteristik keluarga berdasarkan usia

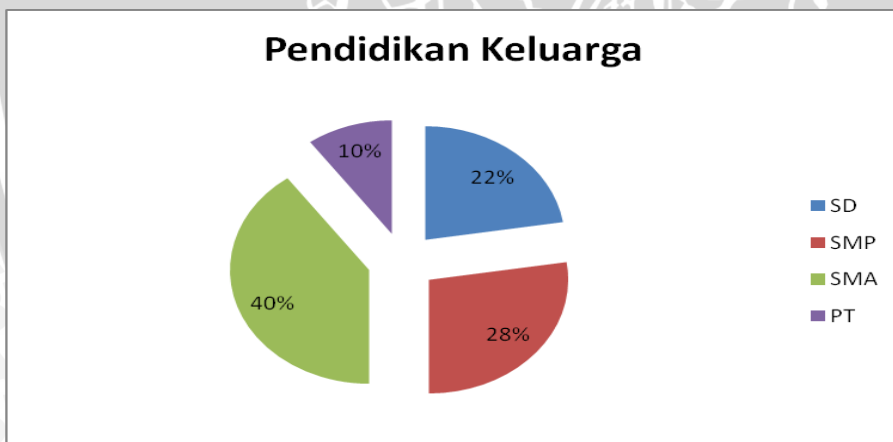
Dari segi usia, yang paling banyak memberikan dukungan pada pasien adalah keluarga dengan kelompok usia 41-50 tahun (36 %). Keluarga pasien yang berusia kurang dari 20 tahun sebanyak 2 orang (5 %). Berusia 20-30 tahun sebanyak 9 orang (22 %). Berusia 31-40 tahun sebanyak 11 orang (27%). Rentang usia 51-60 tahun dan di atas 60 tahun masing-masing sebanyak 2 orang (masing-masing sebesar 5 %).



Gambar 5.5 Prosentase rentang usia keluarga pasien

5.4.3 Karakteristik keluarga berdasarkan tingkat pendidikan

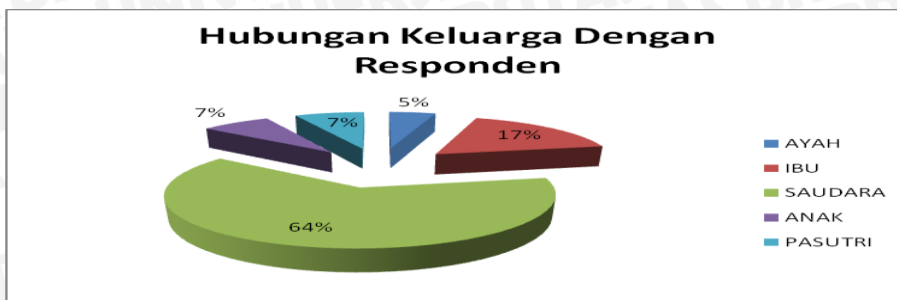
Dari segi pendidikan, terlihat bahwa dukungan yang positif juga dipengaruhi oleh tingginya pendidikan keluarga. Sebanyak 40 persen (16 orang) keluarga adalah lulusan SMA dan 10 persen (4 orang) merupakan lulusan perguruan tinggi. Sebanyak 9 orang (22 persen) adalah lulusan SD, dan sisanya sebanyak 12 orang (28 %) adalah lulusan SMP.



Gambar 5.6 Prosentase tingkat pendidikan keluarga

5.4.4 Karakteristik keluarga berdasarkan hubungan keluarga dengan pasien

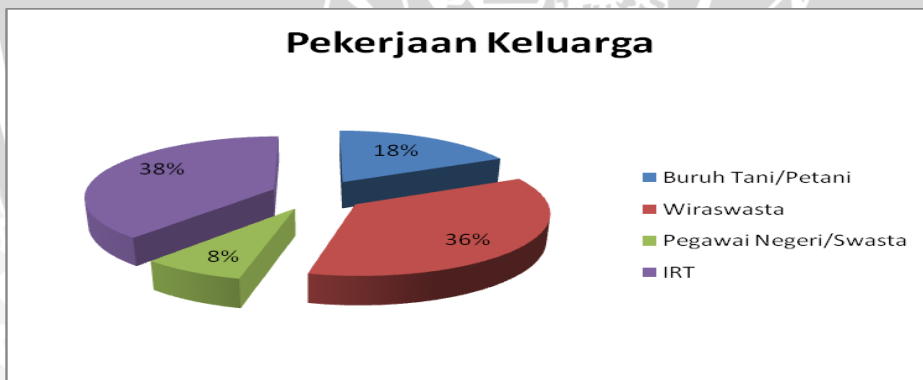
Sebanyak 5 persen (2 orang) adalah ayah pasien. Keluarga yang merupakan ibu dari pasien sebanyak 7 orang (17 %). Saudara pasien sebanyak 26 orang (64 %). Keluarga yang merupakan anak pasien sebanyak 3 orang (7 %). Dan sisanya sebanyak 7 % (3 orang) adalah suami atau istri pasien.



Gambar 5.7 Prosentase Hubungan Keluarga Dengan Pasien

5.4.5 Karakteristik keluarga pasien berdasarkan pekerjaan

Pekerjaan keluarga sebagian besar adalah wiraswasta sebanyak 14 orang (36 %) dan sebagian kecil yang merupakan pegawai negeri sipil dan swasta, sebanyak 3 orang (8%) dan sebanyak 18 % (14 orang) adalah buruh tani ataupun petani. Keluarga pasien yang merupakan ibu rumah tangga sebanyak 15 orang (36 %).



Gambar 5.8 Prosentase pekerjaan keluarga pasien

5.5 Dukungan sosial keluarga pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia

Dukungan sosial keluarga pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia di RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang dibagi menjadi 6 sub variabel, yaitu:

1. dukungan keluarga dalam hal penerimaan dan perlakuan keluarga saat pasien berada di rumah sakit dan saat pasien keluar dari rumah sakit
2. temperamen dan cara keluarga mengatasi perilaku pasien
3. kepercayaan keluarga akan kemampuan pasien
4. motivasi keluarga terhadap pasien dalam pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari (ADL/ *Activity Day Living*)
5. perhatian keluarga dalam menemani pasien kontrol dan mengawasi kepatuhan minum obat
6. dukungan keluarga terhadap kebutuhan pasien bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

Dukungan keluarga terhadap kebutuhan pasien dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.1 Tabel Dukungan keluarga terhadap pasien

Bentuk Dukungan Keluarga	Kriteria Dukungan Keluarga							
					Baik		Jumlah	
					f	%	f	%
Penerimaan dan Perlakuan Keluarga	2	4,88	4	9,76	35	85,37	41	100
Cara Mengatasi Perilaku	1	2,44	3	7,32	37	90,24	41	100
Kepercayaan	0	0	4	9,76	37	90,24	41	100
Motivasi	0	0	0	0	41	100	41	100
Perhatian	0	0	1	2,44	40	97,56	41	100
Dukungan Bersosialisasi	1	2,44	2	4,88	38	92,68	41	100

Berdasarkan pada tabel 1 di atas, dapat dijelaskan bahwa pada subvariabel dukungan keluarga dalam penerimaan dan perlakuan keluarga, dari 41 pasien mayoritas keluarga memberikan dukungan yang baik yakni sebanyak 35 pasien (85,37%). Sebanyak 4

pasien (9,76%) yang memberikan dukungan dalam tingkatan cukup, dan sebanyak 2 pasien (4,88%) yang kurang memberikan dukungan.

Pada subvariabel dukungan keluarga dalam cara mengatasi perilaku pasien, dari 41 pasien mayoritas keluarga memberikan dukungan yang baik yakni sebanyak 37 pasien (90,24%). Sebanyak 3 pasien (7,32%) yang memberikan dukungan dalam tingkatan cukup, dan sebanyak 1 pasien (2,44%) yang kurang memberikan dukungan.

Pada subvariabel dukungan keluarga dalam hal kepercayaan kepada pasien, dari 41 pasien mayoritas keluarga memberikan dukungan yang baik yakni sebanyak 37 pasien (90,24%). Dan sebanyak 4 pasien (9,76%) yang memberikan dukungan dalam tingkatan cukup, dan tidak ada pasien yang kurang memberikan dukungan.

Pada subvariabel dukungan keluarga dalam hal motivasi kepada pasien, dari 41 pasien, semuanya memberikan dukungan yang baik kepada pasien.

Pada subvariabel dukungan keluarga dalam hal perhatian kepada pasien, dari 41 pasien mayoritas keluarga memberikan dukungan yang baik yakni sebanyak 40 pasien (97,56%). Dan sebanyak 1 pasien (2,44%) yang memberikan dukungan dalam tingkatan cukup, dan tidak ada pasien yang kurang memberikan dukungan.

Pada subvariabel dukungan keluarga dalam hal memberikan dukungan untuk bersosialisasi di masyarakat, dari 41 pasien mayoritas keluarga memberikan dukungan yang baik yakni sebanyak 38 pasien (92,68%). Sebanyak 2 pasien (4,88%) yang memberikan dukungan dalam tingkatan cukup, dan sebanyak 1 pasien (2,44%) yang kurang memberikan dukungan.

5.6 Uji hipotesa dukungan sosial keluarga dengan perbaikan kondisi pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia

Tabel 5.2 Tabulasi Silang antara Dukungan Keluarga dengan Perbaikan kondisi Pasien

Dukungan Keluarga	Kriteria Perbaikan Kondisi Pasien					
	Kurang		Baik		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cukup	1	2,44	1	2,44	2	4,88
Baik	0	0	39	95,12	39	95,12
Total	1	2,44	40	97,56	41	100

Berdasarkan pada tabel 2 di atas, pada kelompok keluarga yang memberikan dukungan yang cukup, sebanyak 1 (2,44%) orang pasien yang memiliki perbaikan kondisi dalam tingkat kurang baik dan sebanyak 1 orang pasien yang memiliki perbaikan kondisi dalam tingkat yang baik.

Pada kelompok keluarga yang memberikan dukungan yang baik, semua pasien mendapatkan perbaikan kondisi yang baik pula,

tidak ada pasien yang mendapatkan perbaikan kondisi pada tingkat cukup dan kurang.

Tabel 5.3 Uji Korelasi Spearman Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Perbaikan kondisi Pasien

r_{hitung}	Signifikansi	$r_{\text{tabel}} (df=39, \alpha=0,05)$	Keputusan
0,689	0,000	0,317	Terima H_1

Pengujian hipotesis pada Tabel 3 dengan menggunakan uji r_s ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan perbaikan kondisi pasien. Dengan menggunakan uji korelasi Spearman didapatkan nilai r_{hitung} sebesar 0,689 dengan nilai signifikansi = 0,000. r_{tabel} dengan derajat bebas 39 untuk $\alpha = 0,05$ didapatkan nilai 0,317. Langkah selanjutnya dilakukan perbandingan, dimana nilai r_{hitung} lebih besar daripada r_{tabel} ($0,689 > 0,317$), dan selain itu nilai signifikansi kurang dari $\alpha = 0,05$ ($0,000 < 0,05$) sehingga dapat disimpulkan H_1 diterima. Sehingga dari pengujian ini dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara keluarga dengan perbaikan kondisi pasien. Koefisien korelasi yang positif mengindikasikan bahwa hubungan yang terbentuk antara dukungan keluarga dengan perbaikan kondisi pasien bersifat positif, dimana semakin baik dukungan yang diberikan keluarga, maka perbaikan kondisi pasien akan semakin baik.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia.

Sebagian besar pasien yang menjalani perawatan dipoli rawat inap RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang berjenis kelamin perempuan. Hal ini tidak bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sajith *et al* pada tahun 2002 yang menyatakan bahwa pada penelitiannya, sebagian besar penderita ATPD adalah wanita. Namun fakta di atas bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Swaran *et al* pada tahun 2004, yang menyatakan bahwa pasien ATPD terbanyak adalah pria. Di samping itu ada begitu banyak faktor yang menyumbang dalam terjadinya suatu gejala psikosis, misalnya kesehatan mental seseorang yang dipicu oleh keadaan lingkungan tempat dia hidup, di mana kesehatan lingkungan juga sangat penting untuk memberikan keamanan emosional dan integrasi sosial, juga menyediakan pengalaman sosial kritis yang mengarah pada pembebasan perilaku yang menjadikan seorang anak dapat mencapai regulasi diri yang efektif (*Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996*). Stressor-stressor tertentu juga dapat memicu terjadinya suatu gejala psikosa pada pasien. Penelitian yang dilakukan oleh O.Ludenberg (1993), Mechanic dan Hansell (1989) dan Gottman *et al* (1997) dalam Repetti *et al* (2002) menunjukkan bahwa keadaan emosional keluarga dan lingkungan berpengaruh terhadap kesehatan seorang individu pada tahap selanjutnya.

6.2 Dukungan sosial keluarga pada pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia.

Pada hasil penelitian, dapat diketahui bahwa dukungan keluarga dalam penerimaan dan perlakuan keluarga adalah baik (85,37 %), dukungan keluarga dalam cara mengatasi perilaku pasien dan kepercayaan adalah baik (masing-masing 90,24 %), dukungan keluarga mengenai motivasi terhadap pasien menunjukkan hasil baik (100 %), dukungan keluarga dalam hal perhatian adalah baik (97,56 %), dan dukungan keluarga dalam memberi dukungan bersosialisasi pasien juga baik (92,68%). Menurut *Comission on The Family* (1998, dalam Dolan *et al*, 2006), dukungan keluarga sangat diperlukan untuk memperkuat individu dan memperbesar penghargaan diri pasien terhadap diri mereka sendiri. Keluarga yang mendukung perbaikan kondisi pasien juga akan menimbulkan perasaan positif dari pasien itu sendiri. Sebagian besar keluarga pasien yang peneliti kunjungi mengungkapkan bahwa mereka telah memberikan dukungan yang maksimal terhadap pasien untuk mencapai perbaikan kondisinya. Peneliti juga berhasil menemui beberapa pasien yang sudah dapat berinteraksi dengan lingkungan sekitar sebagaimana layaknya orang tanpa gangguan psikosa.

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap dukungan keluarga terhadap kebutuhan pasien dalam bersosialisasi dari 41 responden, 38 orang (92,86 %), menunjukkan hasil yang baik. Ketika keluarga mendapati salah seorang anggotanya menderita gangguan jiwa, terkadang keluarga merasa malu terhadap masyarakat sekitar, sehingga keluarga tidak memperlakukan pasien sebagaimana mestinya. Padahal menurut Yafie (dalam Hawari, 2001), keluarga

memiliki peran dalam memberi dukungan terhadap kesehatan anggotanya, baik berupa dukungan fisik atau pun dukungan moral.

Namun ada kalanya usaha-usaha yang dilakukan oleh keluarga dalam membantu proses penyembuhan pasien menemukan kendala-kendala tertentu, seperti rendahnya pendidikan keluarga, rendahnya sumber daya (baik sumber daya manusia atau sumber daya berupa materi) yang dimiliki oleh keluarga, dan terikatnya keluarga dengan sosial budaya tertentu yang tidak mendukung perbaikan kondisi pasien. *National Mental Health Assosiation/NHMA* (2001) mengemukakan bahwa, ketidakpahaman keluarga mengenai gangguan jiwa adalah ketika keluarga menganggap bahwa pasien tidak akan sembuh dari sakitnya. Padahal menurut NHMA, orang yang mengalami gangguan jiwa dapat sembuh dan dapat memulai kembali aktivitasnya. Hal ini dibuktikan dengan pengalaman peneliti saat berkomunikasi dengan pasien post-psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia yang sudah beraktivitas sebagaimana mestinya. Peneliti melihat bahwa dukungan yang diberikan oleh keluarga selama pasien menjalani pengobatan memberikan dampak positif terhadap perbaikan kondisi mereka. Di sinilah pentingnya keluarga mengetahui gejala dan prognosa penyakit pasien, sehingga keluarga dapat selalu berkontribusi pada saat pasien memerlukan bantuan. Notosoedirjo dan Latipun (2005) mengemukakan bahwa pengetahuan keluarga mengenai kesehatan mental adalah usaha awal untuk memberikan iklim kondusif bagi anggotanya. Selain dapat meningkatkan dan mempertahankan kesehatan mental, iklim kondusif juga diharapkan mampu menjadi *problem solving* bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

6.3 Perbaikan kondisi Pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia.

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan pasien yang tidak sembuh sebanyak 1 orang dan 40 lainnya sudah dapat menjalani aktivitas sebagaimana mestinya. Selama proses wawancara yang dilakukan oleh peneliti terhadap pasien, rata-rata pasien sudah dapat berinteraksi dengan lingkungan sekitar sebagaimana layaknya orang tanpa gangguan psikosis. Hasil yang didapatkan peneliti menunjukkan hasil yang homogen, karena rata-rata pasien yang peneliti temui adalah pasien post rawat inap yang segera masuk rumah sakit dan mendapat dukungan keluarga. Namun hal di atas tidak dapat dijadikan ukuran mutlak bahwa perbaikan kondisi pasien hanya berasal dari dukungan keluarga semata, hal ini dikarenakan penilaian mengenai dukungan sosial keluarga terhadap perbaikan kondisi pasien didapatkan peneliti hanya berasal dari keterangan keluarga, bukan berasal dari pengamatan langsung terhadap pasien. Nilai dukungan keluarga yang begitu tinggi peneliti dapatkan dari mengolah kuesioner yang dibagikan kepada keluarga pasien, di mana teknik pengambilan data dengan menggunakan kuesioner itu sendiri mengalami beberapa kelemahan, di antaranya ada beberapa anggota keluarga yang tidak memahami bahasa Indonesia, maka peneliti memutuskan untuk menerjemahkan isi kuesioner ke dalam bahasa yang mereka pahami. Alamat pasien yang jauh dan tidak terjangkau juga menjadi kendala, sehingga peneliti tidak dapat mencakup pasien dalam jumlah yang lebih banyak. Kendala lain adalah ada kalanya anggota keluarga yang mengisi kuesioner bukan keluarga inti pasien sebanyak 26 orang (64 %), sehingga tidak dapat menggambarkan secara jelas

perkembangan penyakit pasien dari waktu ke waktu. Dari 41 orang pasien, hanya 12 orang pasien yang dapat peneliti temui secara langsung, sementara 29 lainnya sudah tidak tinggal bersama keluarga dengan berbagai alasan (menikah, bekerja, pindah rumah, dll).

Perbaikan kondisi pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia, selain didukung oleh peran serta keluarga, juga dapat ditunjang oleh support dari masyarakat. Perbaikan kondisi pasien juga harus didukung oleh masyarakat, karena pada akhirnya pasien akan membaaur dan melaksanakan aktivitas di lingkungan dia berada.

6.4 Pengaruh dukungan sosial keluarga pada pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia.

Untuk mengukur tingkat signifikansi dan mengukur tingkat yang lebih bermakna diuji dengan uji statistik korelasi Spearman. Tingkat bermakna dalam penelitian ini adalah nilai $\alpha < 0,05$. Artinya apabila $\alpha < 0,05$ maka terdapat hubungan yang signifikan dan H_1 diterima. Bila $\alpha > 0,05$, maka H_1 ditolak dan H_0 diterima, yakni tidak ada hubungan bermakna antar dua variabel. Kemudian didapatkan nilai r_{hitung} sebesar 0,689 dengan nilai signifikansi = 0,000. r_{tabel} dengan derajat bebas 39 untuk $\alpha = 0,05$ didapatkan nilai 0,317, sehingga didapatkan H_1 diterima. Nilai positif pada r_{hitung} sebesar 0,689 menunjukkan terdapat hubungan yang positif antara dua variabel.

Ditemukannya pengaruh dukungan sosial keluarga dengan perbaikan kondisi pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia memperkuat pernyataan Dinosestro (2008) yang menyatakan bahwa keluarga mempunyai fungsi strategis dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan

kemandirian dan taraf hidup pasien dan membantu pasien agar dapat beradaptasi kembali pada masyarakat dan kehidupan sosialnya.

Salah satu kendala bagi penyembuhan pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia adalah timbulnya stigma dalam keluarga dan masyarakat, yakni adanya anggapan bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang memalukan dan menimbulkan aib bagi keluarga. Terkadang keluarga juga menyembunyikan pasien dari lingkungan sosialnya, karena keluarga berpendapat bahwa penyakit yang diderita pasien adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan secara medis.



BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian didapatkan data sebagai berikut :

1. Hasil pengukuran dukungan sosial keluarga kepada pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia menunjukkan bahwa dukungan terbesar diberikan oleh keluarga dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 25 orang (61 %). Rentang usia keluarga yang paling banyak memberikan dukungan adalah usia 40-50 tahun sebanyak 15 orang (36 %). Mayoritas pendidikan keluarga adalah lulusan SMA sebanyak 16 orang (40 %) dengan pekerjaan terbanyak adalah wiraswasta sebanyak 14 orang (36 %), dan hubungan keluarga dengan responden mayoritas adalah saudara, sebanyak 26 orang (64 %).
2. Terdapat hubungan yang signifikan antara keluarga dengan kesembuhan pasien, dimana semakin baik dukungan yang diberikan keluarga, maka kesembuhan pasien akan semakin baik.

7.2 Saran

1. Bagi institusi, penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan dan referensi bagi akademisi dan mahasiswa mengenai pengobatan non farmakologis pasien psikosa polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia.
2. Peneliti selanjutnya yang tertarik dengan tema penelitian ini, hendaknya memperluas populasi penelitian, menggunakan metode pengumpulan data yang dapat meminimalisir subyektivitas responden, dan memasukkan pertanyaan-pertanyaan yang dapat menggali faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecerdasan emosional dan tingkat kecemasan dalam instrumen penelitian.

Lampiran 1

Questioner Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Perbaikan
Kondisi Pasien Psikosa Polimorfik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia Di Poli
Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Radjiman Wediodiningrat Lawang

IDENDITAS

Nama Pasien :
Nama Keluarga :
Hubungan Pasien dan Keluarga :
Tanggal :

CARA PENGISIAN

1. Pilihlah Satu jawaban yang anda rasa paling benar dan paling sesuai dengan perilaku anda selaku keluarga terhadap pasien.
2. Jawaban tidak boleh diwakilkan, harus dijawab oleh anggota keluarga yang bersangkutan

A. Penerimaan dan perlakuan keluarga

1. Selama pasien dirawat di rumah sakit, apa yang keluarga lakukan terhadap perkembangan/kegiatan perawatan yang dilakukan pada pasien
 - a. Selalu bertanya kepada dokter/perawat/rumah sakit.
 - b. Kadang merasa perlu bertanya

- c. Tidak bertanya
2. Bagaimana kebiasaan berkunjung selama pasien dirawat
 - a. Selalu, 2-3 kali seminggu
 - b. Kadang
 - c. Tidak pernah
3. Apa keluarga pernah mendapat penjelasan tentang perawatan pasien di rumah? Jika pernah, kapan penjelasan itu diberikan?
 - a. Tiap keluarga berkunjung
 - b. Saat pasien meninggalkan rumah sakit
 - c. Saat pasien baru masuk RS
4. Setelah pasien pulang, jika pasien belum punya pekerjaan, makan yang dilakukan keluarga...
 - a. Mencarikan pekerjaan
 - b. Menyuruh pasien mengerjakan pekerjaan ringan di rumah, missal menyapu
 - c. Dibiarkan tanpa pekerjaan
5. Jika pasien dinyatakan sembuh, maka keluarga akan...
 - a. Memperlakukan pasien seperti sebelum sakit
 - b. Membawa pasien ke tempat lain
 - c. Mengurung pasien di rumah
6. Jika ada tamu atau sanak saudara yg datang maka keluarga akan
 - d. Memperkenalkan
 - e. Membawa pasien ke tempat lain

f. Mengurung pasien di kamar

B. Temperamen dan cara keluarga mengatasi perilaku pasien

7. Kemana keluarga akan membawa pasien apabila pasien menunjukkan perilaku kambuh...

- a. Dokter, perawat/ rumah sakit
- b. Orang pintar/ pemuka agama
- c. Dibiarkan

8. Jika pasien mengamuk, maka tindakan keluarga....

- a. Berusaha menenangkan
- b. Membentak, berusaha membuat tenang pasien
- c. Memukul dan mengurung pasien

C. Kepercayaan keluarga akan kemampuan pasien...

9. Apakah keluarga akan percaya pada pasien yang telah dinyatakan sembuh untuk melakukan suatu pekerjaan...

- a. Percaya tapi sambil mengawasi pasien tanpa kentara
- b. Setengah percaya
- c. Tidak percaya

10. Apakah keluarga akan memberikan tugas/ kegiatan di rumah?

- a. Ya
- b. Kadang
- c. tidak

11. Jenis kegiatan apa yang akan diberikan kepada pasien?

- a. Pekerjaan yang sesuai dengan kemampuan dan keadaan pasien

b. Apa saja agar pasien ada gunanya

c. Tidak diberi pekerjaan

D. Motivasi keluarga terhadap pasien dalam pemenuhan kebutuhan kebutuhan sehari-hari pasien (ADL)

12. Apa yang dilakukan keluarga bila melihat pasien tampak malas dan lebih banyak diam?

a. Membujuk pasien dengan suara lembut agar mau beraktivitas

b. Kadang membujuk

c. Membentak sambil mengancam

13. Jika pasien tidak mau makan, maka keluarga...

a. Membujuk pasien agar mau makan

b. Membujuk sambil memarahi agar pasien mau makan

c. Menghentikan pemberian makan

14. Bagaimana sikap keluarga jika pasien kotor, tidak mau mandi/menggosok giginya?

a. Membujuk hingga pasien mau membersihkan dirinya

b. Kadang membujuk sambil memandikan

c. Memaksa pasien sambil dimarahi

E. Perhatian keluarga dalam menemani pasien kontrol dan mengawasi kepatuhan minum obat

15. Bagaimana perasaan keluarga saat menemani pasien berobat ?

a. Biasa-biasa saja

b. Kadang malu

c. Sangat malu

16. Bila pasien kontrol perawatan lanjutan, maka perhatian keluarga ...

a. Mengantar pasien sambil bertanya tentang perkembangan perawatan pasien selanjutnya

b. Kadang mengantar, kadang dibiarkan saja

c. Tidak mengantar pasien karena malu

17. Pasien harus minum obat secara teratur, maka keluarga akan ...

a. Selalu mengingatkan sambil mengajari pasien minum obat secara teratur

b. Meminumkan obat tanpa mengajari

c. Biarkan, terserah pasien

18. Bagaimana sikap keluarga pasien bila pasien menolahkan minum obat ?

a. Selalu mengingatkan pasien agar minum obat secara teratur

b. Kadang mengingatkan

c. Tidak mempedulikan

F. Dukungan Keluarga terhadap kebutuhan pasien bersosialisasi dengan masyarakat sekitar

19. Apa yang keluarga lakukan bila pasien lebih suka mengurung diri, tidak mau bicara dan tidak berminat berhubungan dengan orang lain?

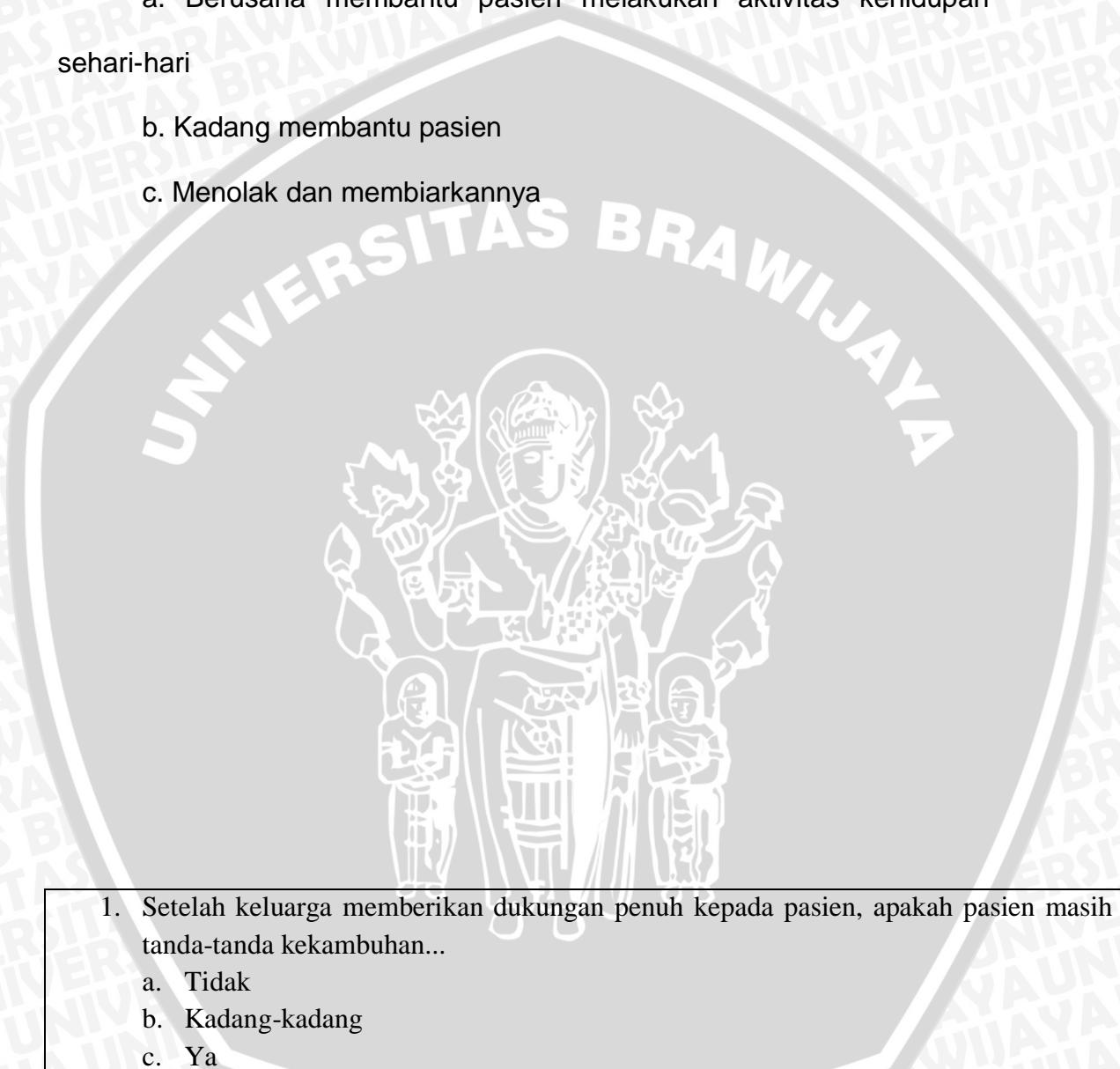
a. Selalu mengajak pasien bergaul/ berkumpul bersama, misal nonton TV bersama / ikut permainan bola.

b. Kadang mengajak pasien bicara.

c. Membiarkan pasien dengan kemauannya sendiri.

20. Bila pasien tidak mau memperhatikan penampilan sehingga membuat orang lain takut pada dirinya, maka keluarga akan ...

- a. Berusaha membantu pasien melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari
- b. Kadang membantu pasien
- c. Menolak dan membiarkannya



1. Setelah keluarga memberikan dukungan penuh kepada pasien, apakah pasien masih menunjukkan tanda-tanda kekambuhan...

- a. Tidak
- b. Kadang-kadang
- c. Ya

2. Apakah pasien merasa terganggu bila mengingat penyakit yang dideritanya dahulu...

- a. Tidak
- b. Kadang-kadang
- c. Ya

3. Apakah pasien sering merasa takut, gelisah, tidak tenang, dll

- a. Tidak
- b. Kadang-kadang

c. Ya
4. Apakah pasien mudah tersinggung setelah proses pengobatan dilakukan... a. Tidak b. Kadang-kadang c. Ya
5. Apakah pasien menghindari dari kehidupan sosial (keluarga, orang sekitar, dll)... a. Tidak b. Kadang-kadang c. Ya
6. Apakah pasien terlihat tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara normal seperti penderita penyakit... a. Tidak b. Kadang-kadang c. Ya
7. Apakah pasien tidak suka berada di keramaian/ lebih suka menyendiri a. Tidak b. Kadang-kadang c. Ya

Lampiran 2

LEMBAR PERNYATAAN KESEDIAAN SEBAGAI SUBYEK PENELITIAN

Dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian yang berjudul Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Perbaikan Kondisi Pasien Psikosa Polimorfik Akut tanpa gejala Skizofrenia di Poli Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Radjiman Wediodiningrat Lawang.

No. Subyek :

1. Saya telah membaca lembar persetujuan ini dan telah menerima latar belakang, tujuan, jangka waktu, resiko dan peranan saya dalam penelitian ini.
2. Saya telah mengambil waktu untuk memikirkan keikutsertaan saya. Pertanyaan saya telah terjawab dan memuaskan saya dan saya telah menerima satu kopi lembar persetujuan.
3. Saya memahami bahwa keikutsertaan saya bersifat sukarela dan atas pilihan saya sendiri tanpa paksaan dari pihak manapun.

Malang,.....2011

Peneliti
Pernyataan,

Yang

Membuat

Fara Idamawati
NIM. 0810710044

Saksi-1

Saksi-2

Lampiran 3





**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 309 / EC / KEPK-S1-JK / 12 / 2011

Setelah Tim Etik Penelitian Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya mempelajari dengan seksama rancangan penelitian yang diusulkan :

Judul : Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kesembuhan Pasien Psikosa Poliformik Akut Tanpa Gejala Skizofrenia di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

Peneliti : Fara Idamawati

NIM : 0810710044

Unit / Lembaga : Jurusan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang

Tempat Penelitian : RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

Maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian tersebut telah memenuhi syarat atau laik etik.

Malang, 08 DEC 2011

An. Ketua,
Koordinator Divisi I,

Prof. Dr. dr. Teguh W. Sardjono, DTM&H, MSc, SpParK
NIP. 19520410 198002 1 001



LAMPIRAN OUTPUT SPSS

1. TABEL FREKUENSI

Frequency Table

Penerimaan dan Perlakuan Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	2	4,9	4,9	4,9
	Cukup	4	9,8	9,8	14,6
	Baik	35	85,4	85,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Cara Mengatasi Perilaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	1	2,4	2,4	2,4
	Cukup	3	7,3	7,3	9,8
	Baik	37	90,2	90,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Kepercayaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	4	9,8	9,8	9,8
	Baik	37	90,2	90,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Motivasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	41	100,0	100,0	100,0

Perhatian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	1	2,4	2,4	2,4
	Baik	40	97,6	97,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Dukungan Bersosialisasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	1	2,4	2,4	2,4
	Cukup	2	4,9	4,9	7,3
	Baik	38	92,7	92,7	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

2. TABULASI SILANG

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Kesembuhan	41	100,0%	0	,0%	41	100,0%

Dukungan Keluarga * Kesembuhan Crosstabulation

			Kesembuhan		Total
			Kurang	Baik	
Dukungan Keluarga	Cukup	Count	1	1	2
		% of Total	2,4%	2,4%	4,9%
	Baik	Count	0	39	39
		% of Total	,0%	95,1%	95,1%
Total		Count	1	40	41
		% of Total	2,4%	97,6%	100,0%

3. UJI KORELASI RANK SPEARMAN



Correlations

			Dukungan Keluarga	Kesembuhan
Spearman's rho	Dukungan Keluarga	Correlation Coefficient	1,000	,698**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	41	41
	Kesembuhan	Correlation Coefficient	,698**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	41	41

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



PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fara Idamawati

NIM : 0810710044



repository.ub.ac.id

Jurusan : Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 1 Maret 2012

Yang Membuat

Pernyataan

Fara Idamawati
NIM.0810710044



