



SKRIPSI

**FAKTOR- FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEKAMBUHAN PADA PASIEN HALUSINASI
PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT
KHUSUS DAERAH PROVINSI
SULAWESI SELATAN**

PENELITIAN NON-EXPERIMENTAL

OLEH :

DEVIANI (C. 12.14201.067)

FRISKY S. BETHONY (C.12.14201.076)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2016



SKRIPSI

**FAKTOR- FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEKAMBUHAN PADA PASIEN HALUSINASI
PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT
KHUSUS DAERAH PROVINSI
SULAWESI SELATAN**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan dalam
Program Studi Ilmu Keperawatan Pada Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

OLEH :

DEVIANI (C.12.14201.067)

FRISKY S.BETHONY (C.12.14201.076)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2016

PERNYATAAN ORISINALITAAS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Deviani (C1214201067)

: Frisky S.Bethony (C1214201076)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan merupakan hasil duplikasi ataupun plagiasi (jiblakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 19 April 2016
Yang menyatakan

**LEMBAR PERSETUJUAN
SKRIPSI**

**FAKTOR- FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEKAMBUHAN
PADA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT
KHUSUS DAERAH PROVINSI
SULAWESI SELATAN**

Diajukan Oleh:

**DEVIANI (C.12.14201.067)
FRISKY S.BETHONY (C.12.14201.076)**

Disetujui oleh:

Pembimbing

**Bagian Akademik dan
Kemahasiswaan**

**(Asrijal Bakri, S.Kep.,Ns., M.Kes)
(NIDN: 0918087701)**

**(Sr. Anita Sampe, JMJ, S.Kep.,Ns.,MAN)
(NIDN: 0917107402)**

**HALAMAN PENGESAHAN PANITIA PENGUJI
SKRIPSI**

**FAKTOR- FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEKAMBUHAN
PADA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT
KHUSUS DAERAH PROVINSI
SULAWESI SELATAN**

Yang Dipersiapkan dan Disusun Oleh :

DEVIANI (C.12.14201.067)

FRISKY S.BETHONY (C.12.14201.076)

Telah diuji dan dipertahankan di hadapan dewan penguji pada tanggal 19 April 2016 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Susunan Dewan Penguji

Penguji I

Rosdewi, S.Kp.,MSN
NIDN. 0906097002

Penguji II

Lorantina A, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0909108301

Penguji III

(Asrijal Bakri, S.Kep.,Ns.,M.kes)
NIDN. 0918087701

Makassar, 19 April 2016
Program Studi S1 Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar
Ketua STIK Stella Maris Makassar

Henny Pongantung,S.Kep.,Ns.,MSN
NIDN. 0912106501

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Deviani (C1214201067)

: Frisky S.Bethony (C1214201076)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih- media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar- benarnya.

Makassar, 19 April 2016

Yang menyatakan,

(Deviani)

C12.14201 067

(Frisky S. Bethony)

C12. 14201 076

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEKAMBUHAN PADA PASIEN GANGGUAN HALUSINASI PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN”**.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat harapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Selama penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku Direktur STIK Stella Maris Makassar STIK Stella Maris Makassar.
2. Sr. Anita Sampe, JMJ, S., Kep., Ns., MAN Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Asrijal Bakri, S.Kep.,Ns.,M.Kes sebagai dosen pembimbing dalam pembuatan skripsi ini, menyempatkan diri untuk memberikan bimbingan, arahan, dan perhatian kepada kami untuk menghasilkan yang terbaik mulai dari awal hingga selesainya skripsi ini.
4. Rosdewi, S.Kp.,MSN dan Lorantina A, S.Kep.,Ns.,M.Kep, sebagai dewan penguji yang telah memberikan masukan dan kritik yang membangun sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya.

5. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan.
6. Drg.Ayunsri Harahap selaku Direktur Rumah Sakit dan seluruh staf pegawai Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan yang telah memberikan izin bagi penulis untuk melakukan penelitian.
7. Teristimewah untuk orang tua kami tercinta, orang tua dari Deviani (Bapak Marthen Salombe dan Ibu Hastuti) dan orang tua dari Frisky S.Bethony(Bapak Ishak Rappun dan Ibu Adriana Alik) dan kepada anak saudara dan keluarga besar Deviani (Sri Inriani, Sofyana, dan Hasmar Saputra) dan Frisky S. Bethony (Sarce, Wina dan Oldri) yang telah mendampingi dan mendukung kami baik itu lewat doa dan perhatian, bimbingan, cinta kasih serta dukungan material.
8. Sahabat- sahabat terdekat dari Deviani dan Frisky S.Bethony yang telah memberikan motivasi mulai dari awal hingga penyelesaian skripsi dan telah membantu dalam proses penelitian yaitu Hengky, David, Stefani, Elche, Mercy, Meliana, Nari, Mance, Susan, Tina, Dewi, Ayu, Ela,Nike, Feby, Arny, kak Dina, Yan, dan Adi
9. Rekan- rekan seperjuanganku Program Sarjana Keperawatan yang selalu memberikan kebahagiaan, dukungan dan mengajarkan arti kebersamaan.
- 10.Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi bagi peneliti selanjutnya.

Makassar, 19 April 2016
Tim Penulis

ABSTRAK

FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEKAMBUIHAN PADA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANGAN NYIUR RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN (Di bimbing oleh Asrijal Bakri)

DEVIANI

FRISKY S.BETHONY

Program S1-Keperawatan STIK Stella Maris Makassar
(xviii + 65 halaman+ 19 pustaka+ 6 lampiran)

Kekambuhan adalah munculnya kembali gejala-gejala akut yang biasanya sama dengan perlakuan yang ditujukan klien pada awal episode dini. Faktor yang memicu kekambuhan antara lain penderita kepatuhan minum obat dan tidak kontrol ke dokter secara teratur, kurangnya dukungan keluarga dan sosial. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran di ruangan Nyiur, Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan metode *crosssectional*, populasi penelitian adalah pasien halusinasi pendengaran di ruangan Nyiur, dan tehnik pengambilan sampel yaitu *Purposive Sampling*, dengan jumlah sampel penelitian 44 responden. pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner dan dokumentasi.

Uji statistik yang digunakan adalah uji *chi-square*, nilai signifikan $p < \alpha$, dimana nilai $\alpha = 0,05(5\%)$. Masing-masing data di uji statistik untuk melihat adanya hubungan antara kedua variabel, untuk kepatuhan minum obat $p = 0,001$, dukungan keluarga $p = 0,024$, dukungan sosial $p = 0,004$ Maka ada hubungan antara kepatuhan minum obat, dukungan keluarga dan dukungan sosial dengan kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran di rumah Sakit Khusus Daerah provinsi Sulawesi Selatan.

Kata kunci: Kekambuhan, Halusinasi pendengaran

Kepustakaan: 19 (2005-2014)

ABSTRACT

FACTORS AND THE CORRELATION WITH RECRUDESCENCE ON HEARING HALLUCINATION PATIENT IN NYIUR ROOM REGIONAL PRIVATE HOSPITAL SOUTH SULAWESI (advisor by Asrijal Bakri)

DEVIANI

FRISKY S.BETHONY

Program S1-Nurse Departement STIK Stella Maris Makassar
(xviii + 65 pages+19 literature+ 6 attachment)

Recrudescence is a revival or reappearance acute symptoms which is usually same with previous period. There are some factors cause the recrudescence such as, patient is insubordinate consuming the medicine, controlling by doctor is not organizingly and the lack of motivation by social and family. The aim of this research is to find out some factors related to recrudescence by hearing hallucination in Nyiur room, Regional Private Hospital South Sulawesi. The research design is analytical observational with sampling method is purposive sampling and total sample are 44 respondents. Technic of collecting data are questionnaire, and documentation.

Statistic test by using *chi-square* tes, significant value $p < \alpha$ with $\alpha = 0,05$ (5%). All of the datum use statistic test to find out correlation between two variable, for the pursuance in consuming the medicine $p = 0,001$, the motivation of family $p = 0,024$, social motivation $p = 0,004$. Therefore, there is correlation between the pursuance in consuming the medicine, the motivation of family and social recrudescence on hearing hallucination patient in Regional Private Hospital South Sulawesi.

Key word : Recrudescence, Hearing Hallucination

Reference : 19 (2005-2015)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPEL DEPAN	i
HALAMAN SAMPEL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
HALAMAN ABSTRAK	ix
HALAMAN DAFTAR ISI	xi
HALAMAN DAFTAR TABEL	xv
HALAMAN DAFTAR GAMBAR	xvi
HALAMAN DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN	
ISTILAH	xvii
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat Penelitian	4
1. Bagi Masyarakat.....	4
2. Bagi Profesi Keperawatan	4
3. Bagi Instansi Rumah Sakit	5
4. Bagi Penulis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Tinjauan Umum Tentang Gangguan Jiwa	6
1. Defenisi	6
2. Kriteria Sehat Jiwa.....	7
3. Definisi Gangguan Jiwa.....	7
4. Faktor-faktor Penyebab Gangguan Jiwa	9
5. Komunikasi Teraupetik	14
a. Definis... ..	14
b. Fungsi Komunikasi Teraupetik.....	15
c. Sifat Hubungan Teraupetik.....	15

d. Fase-fase Hubungan Komunikasi Perawat klien.....	15
B. Tinjauan Umum Tentang Halusinasi.....	17
1. Defenisi	17
2. Penyebab Terjadinya Halusinasi	17
3. Proses Terjadinya Halusinasi	17
4. Jenis dan Tanda Halusinasi	19
C. Tinjauan Umum Tentang Kekambuhan	23
1. Definisi.....	23
2. Gejala-Gejala Kambuh	24
3. Frekuensi Kekambuhan	24
D. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan	25
1. Definisi kepatuhan.....	25
a. Kepatuhan Minum Obat.....	25
b. Ketidak Patuhan Minum obat	26
E. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Keluarga.....	28
1. Definisi keluarga.....	28
2. Dukungan Keluarga Bagi Pasien Halusinasi	29
3. Tindakan Keperawatan Keluarga dalam merawat pasien halusinasi	30
4. Tujuan Tindakan Keperawatan Keluarga	31
F. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Sosial	31
1. Definisi	31
2. Respon Adaptif.....	32
3. Respon Maladaptif	33
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	35
A. Kerangka Konseptual	35
B. Hipotesis Penelitian	37
C. Defenisi Operasional	37
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	39
A. Jenis Penelitian.....	39
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	39
C. Populasi dan Sampel.....	39

1. Populasi.....	39
2. Sampel	40
D. Instrumen Penelitian	41
E. Pengumpulan Data	42
F. Pengolahan dan Penyajian Data	43
G. Analisa Data	44
1. Analisa Univariat.....	44
2. Analisa Bivariat.....	44
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	45
1. Hasil Penelitian.....	45
1. Pengantar.....	45
2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	47
3. Karakteristik Responden.....	49
a. Berdasarkan Umur.....	49
b. Berdasarkan Jenis kelamin.....	50
4. Hasil Analisa Variabel yang diteliti.....	50
a. Analisa Univariat.....	50
b. Analisa Bivariat.....	53
2. Pembahasan.....	56
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	65
A. Simpulan.....	65
B. Saran.....	66

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Defenisi Operasional.....	37
Tabel 5.1 Karakteristik Responden berdasarkan kelompok umur di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan	.49
Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di RumahSakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan.....	50
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Perawatan Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan.....	50
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Perawatan Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan.....	51
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Sosial Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Perawatan Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan.....	52
Tabel 5.6 Distribusi Data Berdasarkan Frekuensi Kekambuhan Pada Halusinasi Pendengaran Diruang Perawatan Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan.....	53

DAFTAR GAMBAR

	HALAMAN
GAMBAR 3.1 Bagan Kerangka Konseptual	
36	

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

WHO	: <i>World Health Organisation</i>
ANA	: <i>American Nurses Asociation</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
PET	: <i>Positron Emission Tomography</i>
SDA	: <i>Serotonin Dopamin Antagonis</i>
APG	: Antipsikotik Generasi
CBT	: <i>Cognitive Behavioral Therapy</i>
SPSS	: <i>Statiscal Package and Social Sciences</i>
Ho	: Hipotesis Nol (praduga tidak ada)
Ha	: Hipotesis Alternatif
<	: Kurang dari
α	: Alpha
>	: Lebih dari

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lampiran Jadwal Kegiatan**
- Lampiran 2 : Surat Izin Penelitian**
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Responden**
- Lampiran 4 : Kuesioner Penelitian**
- Lampiran 5 : Master Tabel**
- Lampiran 6 : Hasil Analisis**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Era globalisasi adalah suatu era dimana tidak ada lagi pembatasan antara negara khususnya dalam bidang informasi, ekonomi dan politik. Berdampak pada semua sektor termasuk sektor kesehatan. Perkembangan budaya masyarakat banyak membawa perubahan dalam segala segi kehidupan manusia. Setiap perubahan situasi kehidupan individu baik yang sifatnya positif atau negatif dapat mempengaruhi keseimbangan fisik, mental, dan sosial atau status kesehatan seseorang. Proses perkembangan kepribadian individu itu sendiri, tidaklah terjadi secara begitu saja oleh dirinya sendiri, melainkan terbentuk dalam suatu lingkungan psikologis (*psychological environment*). Seperti juga bibit tanaman bertumbuh di dalam tanah, dan perkembangan bibit tersebut banyak dipengaruhi oleh kondisi tanah dimana ia tumbuh, begitu juga perkembangan kepribadian membutuhkan lingkungan psikologis yang sehat. Memang setiap orang lahir dengan suatu cikal bakal kepribadian yang unik (yang disebut suatu *potential self*), namun bagaimana potensi kepribadian mewujudkan, banyak sekali dipengaruhi lingkungan psikologis di mana ia berada. Interaksi dengan lingkungan psikologis tersebut yang membentuk kepribadian individu sebagaimana adanya kelak (Setiadi, 2006)

Kesehatan jiwa adalah berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya (menurut WHO 2013). Kemampuan individu dalam kelompok dan lingkungannya untuk berinteraksi dengan yang lain dengan cara untuk mencapai

kesejahteraan, perkembangan yang optimal dengan menggunakan kemampuan mentalnya (kognisi, afeksi, relasi), memiliki prestasi individu serta kelompoknya konsisten dengan hukum yang berlaku. (*Australian Health Minister Mental health Nursing practice*, 1996:25, Yosep, 2010).

Di Indonesia peningkatan jumlah penderita gangguan jiwa cukup banyak hal ini dikarenakan dari berbagai aspek misalnya keadaan ekonomi yang rendah, konflik yang sering terjadi, bencana dimana-mana. Dirumah sakit jiwa Indonesia, sekitar 70% halusinasi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa adalah gangguan halusinasi pendengaran, 20 % halusinasi penglihatan dan 10 % adalah halusinasi penciuman, pengecapan dan perabaan (Purba, 2012). Berdasarkan data Departemen Kesehatan tahun 2009, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini mencapai lebih dari 28 juta orang, dengan kategori jiwa ringan 11,6% dan ,46% penderita gangguan jiwa berat (*Skizofrenia*).

Untuk provinsi Sulawesi Selatan sendiri, jumlah pasien gangguan jiwa khususnya yang mengalami gangguan halusinasi selama tiga tahun terakhir adalah 14.229 orang. Terbukti pada tahun 2005 terdapat sekitar 400 orang penderita gangguan jiwa, 2006 naik menjadi 563, tahun 2007 bertambah lagi menjadi 592 orang (Agus, 2011), tahun 2013 penderita gangguan jiwa yang rawat jalan dengan kategori pasien lama sebanyak 16.687 orang. Dan kategori pasien baru sebanyak 2.179 orang. Dan untuk pasien rawat inap dengan kategori pasien lama sebanyak 1.302 orang, dan kategori pasien baru sebanyak 1.629 orang. Dari data tersebut terdapat masalah keperawatan dengan halusinasi sebanyak 7.604 orang. Berdasarkan data dari Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2014, pasien halusinasi yang dirawat dari bulan januari- desember sebanyak 2.569 orang, sedangkan pasien halusinasi pendengaran sebanyak 1.162 orang (45,23 %).

Untuk mengurangi bertambahnya jumlah pasien gangguan jiwa diperlukan peran perawat dalam kesehatan jiwa, dimana peran tersebut mencakup dimensi kompetensi klinis, advokasi pasien, keluarga, tanggung jawab fiskal, kolaborasi antar disiplin, akuntabilitas, sosial, dan parameter legal – etik. Faktor- faktor yang dapat memicu kekambuhan skizofrenia, antara lain penderita tidak minum obat dan tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat serta adanya masalah kehidupan yang berat dapat memicu stress. Sehingga penderita kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit (Widodo,2003, dalam Purwanto 2010, hlm.4)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Agus Budi Raharjo, Dwi Heppy Rochmawati , Purnomo, dengan judul faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan pada pasien *skizofrenia* di RSJD dr.Amino Gondohutomo Semarang terhadap 19 responden dengan hasil uji lamda dengan nilai $p = 0,000$ ($p \leq 0,05$) maka ada hubungan antara kepatuhan minum obat, keteraturan kontrol dokter, dukungan keluarga dan dukungan sosial dengan frekuensi kekambuhan pada pasien *skizofrenia* di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Berdasarkan fenomena tersebut diatas, maka penulis tertarik untuk meneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2016.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan angka kejadian gangguan jiwa halusinasi pendengaran masih tinggi, dilihat dari beberapa faktor pemicu

kekambuhan, Maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Apakah faktor- faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2016 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor–faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Khusus daerah Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui apakah kepatuhan minum obat berhubungan dengan kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran.
- b. Mengetahui apakah dukungan keluarga berhubungan dengan kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran.
- c. Mengetahui apakah dukungan sosial berhubungan dengan kekambuhan pada halusinasi pendengaran.
- d. Mengetahui apakah kepatuhan minum obat, dukungan keluarga, dukungan sosial menyebabkan kekambuhan.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat

Menambah informasi bagi keluarga pasien yang mengalami halusinasi pendengaran.

2. Bagi profesi keperawatan

Memberikan tambahan informasi bagi perawat dalam menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada pasien halusinasi dengan, sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan penyakit.

3. Bagi Instansi Rumah Sakit

Memberikan gambaran tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran agar dapat di aplikasikan dan di laksanakan secara rutin serta membudaya di Rumah Sakit.

4. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan wawasan mengenai faktor- faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada pasien halusinasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Gangguan Jiwa

1. Definisi

Kesehatan jiwa adalah berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya menurut WHO dalam Direja, (2011).

Kesehatan jiwa adalah kondisi seseorang yang terus tumbuh berkembang dan mempertahankan keselarasan dalam pengendalian diri, serta terbebas dari stres yang serius. Rosdahi, 1999 dikutip dari Direja,(2011).

Kesehatan jiwa menurut Undang-Undang No. 3 tahun 1966, adalah kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, emosional, secara optimal dari seseorang, dan perkembangan ini berjalan selaras dengan orang lain. Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat yang harmonis dan memperhatikan segi kehidupan manusia dan cara berhubungan dengan orang lain. Sedangkan menurut ANA keperawatan jiwa merupakan satu bidang spesialisik praktek keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya.

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kesehatan jiwa adalah suatu kondisi perasaan sejahtera secara subyektif, suatu penilaian diri tentang perasaan mencakup aspek konsep diri, kebugaran dan kemampuan pengendalian diri. Indikator mengenai keadaan sehat mental/ psikologis/ jiwa yang minimal adalah individu tidak merasa tertekan atau depresi.

2. Kriteria sehat jiwa meliputi :

a. Sikap positif terhadap diri sendiri

Dapat menerima dirinya secara utuh, menyadari adanya kelebihan dan kekurangan dalam diri dan menyikapi kekurangan atau kelemahan tersebut dengan baik.

b. Tumbuh kembang dan beraktualisasi diri

Individu mengalami perubahan ke arah yang normal sesuai dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangan dan dapat mengekspresikan potensi dirinya.

c. Integrasi

Individu menyadari bahwa semua aspek yang dimilikinya adalah satu kesatuan yang utuh dan mampu bertahan terhadap stres dan dapat mengatasi kecemasannya.

d. Persepsi sesuai dengan kenyataan.

Pemahaman individu terhadap stimulus eksternal sesuai dengan kenyataan yang ada. Persepsi individu dapat berubah jika ada informasi baru, dan memiliki empati terhadap perasaan dan sikap orang lain.

e. Otonomi

Individu dapat mengambil keputusan secara bertanggung jawab dan dapat mengatur kebutuhan yang menyangkut dirinya tanpa bergantung pada orang lain.

3. Definisi Gangguan jiwa

Di masa lalu gangguan jiwa dipandang sebagai kerasukan setan, hukuman karena pelanggaran sosial atau agama, kurang minat atau semangat, dan pelanggaran norma sosial. Penderita gangguan jiwa dianiaya, dihukum, dijauhi, diejek dan dikucilkan dari masyarakat "Normal". Sampai abad ke-19, penderita gangguan jiwa dinyatakan tidak dapat

disembuhkan dan dibelenggu dalam penjara tanpa diberi makanan, tempat berteduh, atau pakaian yang cukup.

Saat ini gangguan jiwa diidentifikasi dan ditangani sebagai masalah medis. *American psychiatric Association* mendefinisikan gangguan jiwa sebagai suatu sindrom atau pola psikologis atau perilaku yang penting secara klinis yang terjadi pada seorang dan dikaitkan dengan adanya distress (mis. gejala nyeri) atau disabilitas (yaitu kerusakan pada satu atau lebih area fungsi yang penting) atau disertai peningkatan resiko kematian yang menyakitkan, nyeri, disabilitas, atau sangat kehilangan kebebasan.

Kriteria umum untuk mendiagnosis gangguan jiwa meliputi ketidakpuasan dengan karakteristik, kemampuan dan interpretasi diri, hubungan yang tidak efektif atau tidak memuaskan, tidak puas hidup di dunia, atau coping yang tidak efektif terhadap peristiwa kehidupan dan tidak terjadi pertumbuhan personal. Selain itu, perilaku individu yang tidak diharapkan atau dikenakan sanksi secara budaya bukan perilaku yang menyimpang, yang menjadi indikasi suatu gangguan jiwa.

Faktor yang menyebabkan gangguan jiwa juga dapat dipandang dalam tiga kategori. Faktor individual meliputi struktur biologis, ansietas, kekhawatiran dan kehilangan arti hidup. Faktor interpersonal meliputi komunikasi yang tidak efektif, ketergantungan yang berlebihan atau menarik diri dari hubungan, dan kehilangan kontrol emosional. Faktor budaya dan sosial meliputi tidak ada penghasilan, kekerasan, tidak memiliki tempat tinggal (tunawisma), kemiskinan, dan diskriminasi seperti perbedaan ras, golongan, usia dan jenis kelamin.

4. Faktor- faktor penyebab gangguan jiwa

Menurut Iman Setiadi, (2007) faktor-faktor penyebab gangguan jiwa yaitu:

a. Biologis

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa gen yang diwarisi seseorang, sangat kuat mempengaruhi resiko seseorang mengalami *skizofrenia*. Penelitian pada keluarga, kembar dan anak adopsi cenderung menunjukkan bahwa kerentanan pada *skizofrenia* di transmisikan secara genetik.

b. *Biochemistry* (Ketidakseimbangan kimiawi otak)

Dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang di sebut *neurotransmitter* yaitu kimiawi otak yang memungkinkan neuron-neuron berkomunikasi satu sama lain. Beberapa ahli mengatakan bahwa *skizofrenia* berasal dari aktivitas *Neurotransmitter dopamine* yang berlebihan dibagian-bagian tertentu otak atau di karenakan sensitivitas yang abnormal terhadap *dopamine*. Banyak ahli yang berpendapat bahwa aktivitas *dopamine* yang berlebihan saja tidak cukup, beberapa *neurotransmitter* lain seperti *serotonin* dan *norepinephrine* tampaknya juga memainkan peran.

c. *Neuroanatomy*

Berbagai teknik imaging, seperti MRI dan PET telah membantu para ilmuwan untuk menemukan abnormalitas struktural spesifik pada otak pasien. Misalnya, pasien *skizofrenia* yang kronis cenderung memiliki ventrikel otak yang lebih besar. Mereka juga memiliki volume jaringan otak yang lebih sedikit daripada orang normal. Pasien menunjukkan aktivitas yang sangat rendah pada lobus frontalis otak. Ada juga kemungkinan abnormalitas dibagian-bagian lain otak seperti lobus temporalis, basal ganglia, thalamus, hippocampus dan superior temporal gyrus. *Magnetic resonance imaging* (MRI) menunjukkan

pembesaran ventrikel, namun tidak semua pasien menunjukkan abnormalitas ini.

d. Masa Prenatal

Relasi fisik yang sangat intim ini, sangat erat kaitannya dengan perkembangan pribadi sang bayi. Masa-masa dalam kandungan merupakan masa-masa pembentukan dasar-dasar pribadinya. Di dalam kandungan potensial diri seorang bayi dirajut, yang mana akan menjadi dasar bagi pembentukan pribadinya di masa kehidupan selanjutnya. Perkembangan seorang bayi yang mengalami gangguan pada saat ia masih berada dalam kandungan, tidak hanya menimbulkan gangguan pada fisik saja, tetapi seringkali berkaitan dengan perkembangan pribadinya juga.

Fase pertama ini berlangsung dari usia 0-4/6 bulan. Secara fisik anak sudah berpisah dari ibunya. Namun secara psikologis ia masih menyatu dengan ibunya. Anak lahir dengan suatu potensi pribadi, dapat kita bayangkan seperti cikal bakal (janin) kepribadian. Sebagaimana rangka fisik seorang calon bayi hanya dapat tumbuh dalam suatu *environment* yang mendukung, yaitu dalam rahim sang ibu, maka potensi pribadi sebagai janin kepribadian juga hanya dapat tumbuh dan berkembang dalam rahim psikologis sang ibu. Rahim psikologis itu yang di sebut dengan *holding envirotmen*, atau suatu *potensial space*, yaitu suatu ruangan psikologis dimana diri dapat tumbuh dan berkembang.

e. Psikologis (psikogenik) atau *psikoedukatif*

Interaksi ibu–anak: normal (rasa percaya dan rasa aman) atau abnormal berdasarkan kekurangan, distorsi, dan keadaan yang terputus (perasaan tak percaya dan kebimbangan). Hubungan dalam keluarga, pekerjaan,

permainan, dan masyarakat. Berbagai pengalaman frustrasi, kegagalan, dan keberhasilan yang dialami akan mewarnai sikap, kebiasaan, dan sifatnya dikemudian hari. Hidup seorang manusia pada keadaan tertentu dapat mendukung terjadinya gangguan jiwa.

f. Faktor konstitusi

Konstitusi pada umumnya menunjukkan kepada keadaan biologis seluruhnya termasuk baik yang diturunkan maupun yang didapati kemudian, umpamanya bentuk badan (perawakan), seks, temperamen, fungsi endokrin, urat saraf, jenis darah.

Jelas bahwa hal-hal ini mempengaruhi perilaku individu secara baik atau tidak baik, umpamanya bentuk badan yang atletis atau yang kurus, tinggi badan yang terlalu tinggi atau terlalu pendek, paras muka yang cantik ataupun jelek, seks wanita atau pria, fungsi hormonal yang seimbang atau yang berlebihan salah satu hormon, urat saraf yang cepat reaksinya atau yang lambat sekali dan seterusnya. Semua ini turut mempengaruhi hidup seseorang.

g. Cacat kongenital

Cacat kongenital atau sejak lahir dapat mempengaruhi perkembangan jiwa anak, terlebih yang berat, seperti retardasi mental yang berat. Timbulnya gangguan jiwa terutama tergantung pada individu itu, bagaimana ia menilai dan menyesuaikan diri terhadap keadaan hidupnya yang cacat atau berubah itu. Orang tua dapat mempersulit penyesuaian ini dengan perlindungan yang berlebihan (proteksi berlebihan). Penolakan atau tuntutan yang sudah di luar kemampuan anak. Singkatnya kromosom dan gen yang defektif serta banyak faktor lingkungan sebelum, sewaktu, dan sesudah lahir dapat mengakibatkan gangguan

badaniah. Gangguan badaniah dapat mengganggu fungsi biologis atau psikologik secara langsung atau dapat mempengaruhi daya tahan terhadap stres.

h. Pola keluarga yang pentagonik

Dalam masa kanak-kanak keluarga memegang peranan yang penting dalam pembentukan kepribadian. Hubungan orang tua-anak yang salah atau interaksi yang patogenik dalam keluarga sering merupakan sumber gangguan penyesuaian diri. Kadang-kadang orang tua berbuat terlalu banyak untuk anak dan tidak memberi kesempatan anak itu berkembang sendiri.

i. Faktor sosiologik dalam perkembangan yang salah

Alfin Toffler mengemukakan bahwa yang paling berbahaya di zaman modern, negara-negara dengan “*super-industrialisasi*” ialah kecepatan perubahan dan pergantian yang makin cepat dalam hal “kesementaraan” (*transience*), “kebaruan” (*novelty*) dan “keanekaragaman” (*diversity*). Dengan demikian individu menerima rangsangan yang berlebihan sehingga kemungkinan terjadinya kekacauan mental lebih besar. Karena hal ini lebih besar kemungkinannya dalam masa depan, maka dinamakan “syok masa depan” (*future shock*).

j. Penyalahgunaan obat-obatan

Koping yang maladaftif yang digunakan individu untuk menghadapi stresor melalui obat-obatan yang memiliki sifat adiksi (efek ketergantungan) seperti co-caine, amphetamine, menyebabkan gangguan persepsi, gangguan proses berpikir, gangguan motorik dan sebagainya.

k. Psikodinamik

Menurut Sigmund Freud adanya gangguan tugas perkembangan pada masa anak terutama dalam hal

berhubungan dengan orang lain sering menyebabkan frustrasi, konflik, dan perasaan takut, respon orang tua yang maladaptif pada anak akan meningkatkan stres sedangkan frustrasi dan rasa tidak percaya yang berlangsung terus menerus dapat menyebabkan *regresi* dan *witdral*. Disamping hal tersebut diatas banyak faktor yang mendukung timbulnya gangguan jiwa yang merupakan perpaduan dari beberapa aspek yang saling mendukung yang meliputi biologis, psikologis, sosial, lingkungan (environmental). Pada seseorang dapat terjadi penyebab satu atau beberapa faktor dan biasanya jarang berdiri sendiri.

I. Sebab sosio kultural

Kebudayaan secara teknik adalah ide atau tingkah laku yang dapat dilihat maupun tidak terlihat. Faktor budaya bukan merupakan penyebab langsung timbulnya gangguan jiwa, biasanya terbatas menentukan “warna” gejala-gejala. Disamping mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan keperibadian seseorang misalnya melalui aturan-aturan kebiasaan yang berlaku dalam kebudayaan tersebut. Beberapa faktor kebudayaan seperti cara membesarkan anak, sistem nilai, kepincangan antar keinginan dengan kenyataan yang ada, ketegangan akibat faktor ekonomi dan kemajuan teknologi. Perpindahan kesatuan keluarga masalah golongan minoritas.

5. Tentang Komunikasi Teraupetik

a. Definisi

Komunikasi adalah penyampaian informasi verbal dan non verbal untuk mencapai kesamaan pengertian dari pengirim informasi kepada penerima, sehingga menimbulkan tingkah laku yang diinginkan oleh pengirim

dan penerima informasi. Komunikasi merupakan sarana yang digunakan oleh seseorang untuk mengadakan hubungan dengan orang lain untuk mencapai tujuan.

Menurut As hornby, (1974) terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Disini dapat diartikan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, tujuan dan kegiatannya difokuskan untuk penyembuhan klien. Hubungan terapeutik perawat-klien merupakan pengalaman belajar timbal balik dan pengalaman emosional korektif bagi pasien. Dalam hal ini, perawat menggunakan diri sebagai alat dalam menangani dan merubah perilaku klien.

b. Fungsi Komunikasi Terapeutik

Fungsi komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan menganjurkan kerjasama antara perawat dan pasien melalui hubungan perawat dan pasien. Perawat berusaha mengungkapkan perasaan, mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam tindakan.

Proses komunikasi yang baik dapat memberikan pengertian tingkah laku pasien dan membantu pasien dalam rangka mengatasi persoalan yang dihadapi pada tahap perawatan. Sedangkan pada tahap preventif kegunaan adalah mencegah adanya tindakan yang negative terhadap diri pasien.

c. Sifat Hubungan Terapeutik

Tujuan hubungan perawat-klien adalah

- a. Kesadaran diri, penerimaan diri, dan meningkatkan kehormatan diri.
- b. Identitas pribadi yang jelas dan meningkatkan integritas pribadi.

- c. Kemampuan untuk membentuk suatu keintiman, saling ketergantungan, hubungan interpersonal dengan kapasitas memberi dan menerima cinta.
- d. Menetapkan fungsi dan kemampuan terhadap kebutuhan yang memuaskan dan mencapai tujuan pribadi yang realistis.

d. Fase-fase Hubungan Komunikasi Perawat-klien

Hubungan terapeutik perawat klien berbeda dengan hubungan sosial sehari-hari. Dalam melakukan komunikasi terapeutik perawat mempunyai empat tahap komunikasi, yang pada setiap tahapnya mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh perawat. Empat tahap tersebut yaitu tahap pre-interaksi, orientasi atau perkenalan kerja dan terminasi.

a. Tahap pre-interaksi

Merupakan tahap persiapan sebelum dimana dimana perawat belum bertemu dan berkomunikasi dengan klien. Pada tahap ini perawat harus mengeksplorasi diri terhadap perasaan diri seperti ansietas, ketakutan, dan keraguan. Sehingga dengan eksplorasi diri diharapkan perawat lebih siap dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan klien.

b. Tahap orientasi

Pada tahap ini perawat dan klien pertama kali bertemu. Dalam membina hubungan perawat dengan klien yang kunci utama adalah terbinanya hubungan saling percaya, adanya komunikasi yang terbuka, memahami penerimaan dan merumuskan kontrak.

c. Tahap kerja

Tahap ini merupakan tahap dimana kerjasama terapeutik perawat-klien paling banyak dilakukan. Tugas perawat dalam tahap ini adalah melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan pada tahap pra-interaksi.

Perawat menghilangkan atau mengurangi tingkat kecemasan klien. Perubahan perilaku yang adaptif merupakan tanda bahwa tujuan telah tercapai.

d. Fase terminasi

Merupakan tahap perpisahan dimana perawat akan mengakhiri interaksinya dengan klien tahap ini bersifat sementara atau menetap.

Terminasi sementara adalah terminasi yang dilakukan untuk mengakhiri interaksi dalam waktu sebentar misalnya pergantian jaga atau antar sesi. Terjadi pada setiap akhir pertemuan perawat dengan klien dan akan masih bertemu lagi. Sedangkan terminasi menetap adalah perpisahan yang terjadi pada saat klien akan pulang ke rumah, sudah tidak dirawat di rumah sakit dan perawat tidak akan bertemu lagi dengan klien.

B. Tinjauan Umum Tentang Halusinasi

1. Definisi

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi: merasakan sensori palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, atau penghiduan (Direja, (2011)).

Klien yang mengalami halusinasi menunjukkan perubahan persepsi. Meskipun halusinasi dapat terjadi pada semua modalitas sensorik-auditori, visual, olfaktori, gustatory, kinetik, dan taktil. Namun, halusinasi pendengaran lebih sering terjadi

pada pasien *skizofrenia* (Keperawatan kesehatan jiwa psikiatrik, 2013)

2. Penyebab terjadinya halusinasi

a. Faktor predisposisi

Genetika, neurobiology, neurotransmita, abnormal perkembangan syaraf dengan psikologis.

b. Faktor presipitasi

Menerima rangsangan dari luar atau lingkungan yang dapat menimbulkan stress.

3. Proses terjadinya halusinasi

Halusinasi berkembang melalui 4 fase yaitu sebagai berikut :

a. Fase pertama

Disebut juga dengan fase *comporting* yaitu fase yang menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristik: klien mengalami stres, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

Perilaku klien : tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respons verbal yang lambat jika sedang asik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.

b. Fase kedua

Disebut dengan fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikan termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik: pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berfikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak

jelas. Klien tidak ingin orang tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya.

Perilaku klien: meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

c. Fase ketiga

Adalah fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik: bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

Perilaku klien: kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.

d. Fase ke empat

Adalah fase *conquering* atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik: halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan.

4. Jenis dan tanda halusinasi

a. Halusinasi pendengaran

1). Data objektif :

- a) Bicara atau tertawa sendiri
- b) Marah-marah tanpa sebab
- c) Mengarahkan telinga kearah tertentu

- d) Menutup telinga
- 2). Data subjektif :
 - a) Mendengar suara atau kegaduhan
 - b) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
 - c) Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
- b. Halusinasi penglihatan
 - 1) Data objektif :
 - a) Menunjuk-nunjuk kearah tertentu
 - b) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
 - 2) Data subjektif :

Melihat banyangan, sinar bentuk geometris, bentuk karton, melihat hantu atau monster
- c. Halusinasi penghidu
 - 1). Data objektif :
 - a) Menghidu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
 - b) Menutup hidung
 - 2). Data subjektif

Membaui bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
- d. Halusinasi pengecapan
 - 1) Data objektif :
 - a) Sering meludah
 - b) muntah
 - 2) Data subjektif :

Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses
- e. Halusinasi perabaan
 - 1) Data objektif :

Menggaruk-garuk permukaan kulit.
 - 2) Data subjektif

Menyatakan ada serangga di permukaan kulit, merasa tersengat listrik. Dengan gangguan sensori persepsi halusinasi dapat memperlihatkan berbagai manifestasi klinis yang bisa kita amati dalam perilaku mereka sehari-hari. Individu terkadang sulit untuk berpikir dan mengambil keputusan. Banyak dari mereka yang justru mengganggu lingkungan karena perilakunya itu (Yusniphah, Y 2012).

Tanda-tanda halusinasi yaitu menarik diri, tersenyum sendiri, duduk terpaku, bicara sendiri, memandang satu arah, menyerang, tiba-tiba marah, dan gelisah.

Jenis-jenis halusinasi menurut Kusumawati & Hartono (2012):

a. Halusinasi pendengaran

Pada *skizofrenia*, halusinasi pendengaran adalah tipe halusinasi yang sering. Namun tidak selalu dalam kasus, pada beberapa abad yang lalu halusinasi penglihatan lebih sering dibandingkan halusinasi pendengaran di London, namun kemudian frekuensi penglihatan menjadi menurun dan frekuensi halusinasi pendengaran menjadi meningkat pada abad berikutnya di Vienna. Meskipun demikian dari WHO dan sumber lain mengatakan bahwa prevalensi tipe halusinasi dan gejala yang paling sering pada skizofrenia adalah halusinasi pendengaran Aini, F.N (2010).

Halusinasi pendengaran adalah mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, dimana terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak berbicara pasien dan kadang memerintah pasien untuk melakukan sesuatu.

Halusinasi pendengaran paling sering dijumpai dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna. Biasanya suara tersebut ditujukan pada penderita sehingga tidak jarang penderita bertengkar, terdapat perdebatan dengan suara tersebut.

Halusinasi pendengaran merupakan halusinasi yang seolah-olah mendengar suara, paling sering suara orang. Suara dapat berkisar dari suara yang sederhana sampai semua orang berbicara mengenai pasien, pasien mendengar orang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkan oleh pasien dan memerintah untuk melakukan sesuatu dan kadang-kadang melakukan hal yang berbahaya. Perilaku yang dapat diamati pada pasien gangguan halusinasi pendengaran.

- 1) Tiba-tiba tampak tanggap, ketakutan atau ditakuti oleh orang lain, benda mati atau stimulusnya tidak tampak.
- 2) Tiba-tiba berlari ke ruangan lain.

b. Halusinasi penglihatan (visual)

Stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi penghidu

Membau bau-bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, parfum, atau bau yang lain. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang, atau dimensia.

d. Halusinasi pengecapan

Halusinasi pengecapan (gustatoril) yaitu persepsi tentang rasa kecap yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh kejang, paling sering pada gangguan organik (Farida Nur Aini, 2010). Contoh: merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses, atau yang lainnya.

e. Halusinasi perabaan (Taktil)

Halusinasi perabaan yaitu merasa mengalami nyeri, rasa tertetrum atau ketidak nyamanan tanpa stimulus yang jelas (Farida Kusumawati & Yudi Hartono 2012)

Halusinasi perabaan yaitu persepsi palsu tentang perabaan atau sensasi permukaan, seperti sensasi dari suatu tungkai yang teramputasi (*phantom limb*), sensasi adanya gerakan pada kulit atau dibawah kulit (Farida Nur Aini, 2010).

f. Halusinasi cenesthetic

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

g. Halusinasi kinestetika

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak

C. Tinjauan Umum Tentang Kekambuhan

1. Definisi

Kekambuhan adalah munculnya kembali gejala-gejala akut yang biasanya sama dengan perlakuan yang ditujukan klien pada awal episode dini. Sebagai perlakuan umum yang terjadi seperti kurang tidur, penarikan diri, kehidupan sosial yang memburuk, kekacauan berfikir, berbicara ngawur, halusinasi

pendengaran dan penglihatan (Firdaus, 2005 dalam Wardani,2009). Dalam penelitian Wardani (2009) mengatakan semenjak pasien pulang dari rumah sakit bahwa pasien mengikuti aturan minum obat seperti yang direkomendasikan dokter hanya sebulan sampai empat bulan setelah pulang dari rumah sakit, setelah itu pasien menunjukkan perilaku mengurangi dosis bahkan meninggalkan pengobatannya.

Kekambuhan adalah munculnya kembali tanda dan gejala secara akut, meskipun klien tetap menjalani pengobatan.

Kambuh atau *relapse* adalah terulangnya kembali gejala-gejala yang cukup berat yang mempengaruhi aktivitas sehari-hari (Stuart dan Sundeen, 1998 dalam Anggraeni dan Sunaryanti, 2010).

Ada beberapa hal yang bisa memicu kekambuhan *skizofrenia*, antara lain penderita tidak minum obat dan tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat, serta adanya masalah kehidupan yang berat dapat memicu stres. (Wardani, 2009).

2. Gejala-gejala kambuh

Menurut Mansjoer (1999) dalam Anggraeni dan Sunaryanti, (2010), pada klien *skizofrenia* terdapat dua gejala, yaitu:

a. Gejala-gejala positif

Meliputi (halusinasi pendengaran, somatik taktil, penciuman, pengecap), delusi, waham (cemburu, rasa bersalah berlebihan, kebesaran, curiga berlebihan dan lain-lain), tingkah laku *bizarre* (mematung, tingkah laku yang berulang-ulang, tingkah laku agresif-agitasi), gangguan arus pikir (*tangentiality, inkoheren, illogically*).

b. Gejala-gejala negatif

Meliputi efek datar yaitu ekspresi muka yang tidak berubah-ubah, spontanitas menurun, tidak ada kontak mata, efek tidak spesifik, sikap tubuh ekspresif, alogia yaitu gangguan pikir, *apathy* yaitu warna emosi yang tumpul, acuh tidak peduli, *anhedonia-asosietiy* yaitu ketidakmampuan mengekspresikan kesenangan dan mempertahankan kontak sosial, gangguan perhatian yaitu ketidakmampuan memfokuskan pikiran.

3. Frekuensi Kekambuhan

Frekuensi kekambuhan merupakan keadaan klien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus di rawat kembali. Indikator yang digunakan untuk menilai kekambuhan klien yaitu kejadian kekambuhan tinggi bila klien dalam satu tahun kambuh ≥ 2 kali sedangkan rendah bila dalam satu tahun kambuh 1 kali. Nurdiana, (2007) dalam Kusmiati, (2012).

D. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan

1. Definisi Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Kepatuhan (*compliance*), juga dikenal sebagai ketaatan (*adherence*) adalah derajat dimana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya Kaplan, (2000).

a. Kepatuhan minum obat

Kepatuhan dalam menyelesaikan program pengobatan, menggunakan medikasi secara tepat, dan mengikuti anjuran perubahan perilaku atau diet. Menurut peneliti angka rawat ulang dapat dijadikan salah satu indikator kepatuhan, walaupun tidak semua keluarga

pasien langsung membawa pasien dirawat kembali karena putus obat.

Perilaku tergantung pada situasi klinis tertentu, sifat penyakit dan program pengobatan. Pada umumnya, sekitar sepertiga dari semua pasien tunduk pada aspek tertentu dari pengobatan dan sepertiga tidak pernah tunduk pada pengobatan. Angka keseluruhan yang dinilai dari sejumlah penelitian menunjukkan bahwa 54 persen pasien tunduk pada pengobatan.

Menurut Haynes (1979), dalam Wardani (2009), kepatuhan adalah tingkat perilaku klien (dalam hal pengobatan, mengikuti anjuran diet atau melakukan perubahan gaya hidup) yang terkait dengan saran dokter atau petugas kesehatan.

b. Ketidak patuhan minum obat

Menurut Playle (1998), ketidakpatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa merupakan suatu gejala penyakit, akibat ketidakmampuannya untuk berpikir logis dan menentukan untuk berlaku patuh.

Strategi yang disarankan untuk meningkatkan kepatuhan adalah memintah pada pasien secara langsung untuk menjelaskan apa yang mereka sendiri percaya, apa yang mereka percaya harus dilakukan, apa yang mereka mengerti tentang apa yang dokter percaya harus dilakukan, dan apa yang merupakan resiko dan manfaat mengikuti pengobatan yang diberikan. Kesalahan yang umum adalah pasien yang tidak menggunakan medikasi sesering atau selama mereka diharuskan untuk menggunakannya.

Pengobatan

Menurut Luana 2007 di kutip dari (Prabowo, 2014) pengobatan terdiri dari dua macam, yaitu:

a. Psikofarmaka

Obat anti psikotik yang beredar dipasaran dapat dikelompokkan menjadi dua bagian yaitu antipsikotik generasi ke dua (APG II). APG I bekerja dengan memblok reseptor D2 di mesolimbik, mesokortikal, nigostriatal dan tuberoinfundibular sehingga dengan cepat menurunkan gejala positif tetapi pemakaian lama dapat memberikan efek samping berupa: gangguan ekstrapiramidal, peningkatan kadar prolaktin yang akan menyebabkan disfungsi seksual atau meningkatkan berat badan dan memperberat gejala negative maupun kognitif. Selain itu APG I menimbulkan efek samping antikolinergik seperti mulut kering, pandangan kabur, gangguan miksi, defekasi dan hipotensi. APG II sering disebut sebagai serotonin, dopamine, antagonis (SDA) atau antipsikotik atipikal. Bekerja melalui interaksi serotonin dan dopamin pada ke empat jalur dopamine otak yang menyebabkan rendahnya efek samping ekstrapiramidal dan sangat efektif mengatasi gejala negatif. Obat yang tersedia untuk golongan ini adalah clozapine, Olanzapine, quetiapine, dan risperidon.

Pengaturan Dosis

Dalam pengaturan Dosis perlu mempertimbangkan:

1. Onset efek primer (efek klinis): 2-4 minggu
2. Onset efek sekunder(efek samping): 2-6 jam

3. Waktu paruh: 12-24 jam (pemberian 1-2 kali/ hari) dosis pagi dan malam dapat berbeda (pagi kecil, malam besar) sehingga mengganggu kualitas hidup penderita.
4. Obat antipsikosis long acting: fluphenazine decanoate 25 mg/cc, IM untuk 2-4 minggu. Berguna untuk pasien yang tidak atau sulit minum obat, dan untuk terapi pemeliharaan. Cara atau lama pemberian mulai dengan dosis awal sesuai dengan dosis anjuran di naikkan setiap 2-3 hari sampai mencapai dosis efektif (sindrom psikosis reda), di evaluasi setiap 2 minggu. Bila perlu dinaikkan sampai dosis optimal kemudian dipertahankan 8-12 minggu (stabilisasi). Diturunkan setiap 2 minggu (dosis maintenance) lalu dipertahankan 6 bulan sampai 2 tahun (diselingi drug holiday 1-2 hari/ minggu) setelah itu tapering off (dosis diturunkan 2- 4 minggu) lalu stop. Setelah 6 bulan, pasien masuk fase rumatan (maintenance) yang bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Strategi rumatan adalah menemukan dosis efektif terendah yang dapat memberikan perlindungan terhadap kekambuhan dan tidak mengganggu fungsi psikososial pasien.

b. Terapi Psikososial

Ada beberapa macam metode yang dapat dilakukan antara lain:

- 1) Psikoterapi individual
 - a) Terapi suportif
 - b) Sosial skill training
 - c) Terapi okupasi

- d) Terapi kognitif dan perilaku (CBT)
- 2) Psikoterapi kelompok
- 3) Psikoterapi keluarga

E. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya Friedman, (2010) dikutip dalam Deni, (2011).

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat atau sakit) klien. Umumnya keluarga meminta bantuan pada tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup lagi merawatnya. Oleh karena itu, asuhan keperawatan berfokus pada keluarga ditujukan untuk memulihkan keadaan klien serta mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga, sehingga keluarga dapat mengambil keputusan untuk melakukan pencegahan (Rasmun, 2001).

Pengobatan dalam lebih efektif bila anggota keluarga yang terlibat mencari professional konseling dalam kelompok dalam membantu mengurangi *confrontations* marah atau emosional *distancing* dalam rumah.

Keluarga merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien halusinasi. Dukungan keluarga selama pasien di rawat di rumah sakit sangat dibutuhkan sehingga pasien termotivasi untuk sembuh. Demikian juga saat pasien tidak lagi dirawat di rumah sakit

(dirawat di rumah). Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun demikian jika keluarga tidak mampu merawat pasien, pasien akan kambuh bahkan untuk memulihkannya lagi akan sangat sulit. Untuk itu perawat harus memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga mampu menjadi pendukung yang efektif bagi pasien halusinasi baik saat di rumah sakit maupun di rumah.

2. Dukungan Keluarga Bagi Pasien Halusinasi

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan berbeda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial internal, seperti dukungan suami, isteri, atau dukungan dari saudara kandung, dan dapat juga berupa dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti. Dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2010). Dalam Friedman, (2010) menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan, diantaranya:

a. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian mendengarkan dan didengarkan.

b. Dukungan informasi

Manfaat dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

c. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu atau melayani dan mendengarkan klien halusinasi dalam menyampaikan perasaannya.

3. Tindakan keperawatan keluarga dalam merawat pasien halusinasi

Tindakan yang dapat diberikan untuk keluarga pasien halusinasi adalah :

- 1) Mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- 2) Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, dan cara merawat pasien halusinasi.
- 3) Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadapan pasien.
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang perawatan lanjutan pasien.

4. Tujuan tindakan keperawatan keluarga

- 1) Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah sakit maupun di rumah.
- 2) Keluarga dapat menjadi sistim pendukung yang efektif untuk pasien.

F. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Sosial

1. Definisi

Belajar sosial (*social learning*) terletak pada modeling peran, identifikasi dan interaksi manusia.

Boydell, (1999) menemukan bahwa lingkungan tempat tinggal klien mempengaruhi tingkat fungsinya, angka *reinstitutionalization*, dan lamanya ia dapat tinggal di lingkungan masyarakat. Pada kenyataan, lingkungan tempat tinggal di lingkungan masyarakat. Pada kenyataannya, lingkungan tempat tinggal merupakan alat yang lebih prediktif untuk memperkirakan keberhasilan klien di bandingkan karakteristik penyakitnya.

Manusia adalah makhluk sosial yang dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari membutuhkan orang lain dan lingkungan sosial. Hubungan dengan orang lain dan lingkungan sosial akan menimbulkan respons sosial pada individu.

2. Respon Adaptif

Respons adaptif adalah respons individu dalam menyelesaikan dengan cara yang dapat diterima oleh norma-norma masyarakat. Respons ini meliputi :

- 1) *Solitude* atau menyendiri

Merupakan respons yang dilakukan individu untuk merenungkan apa yang telah terjadi atau dilakukan dan

suatu cara mengevaluasi diri dalam menentukan rencana-rencana.

2) *Autonomy*

Merupakan kemampuan individu dalam menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial. Individu mampu menetapkan diri untuk interdependen dan pengaturan diri.

3) *Mutuality*

Merupakan kemampuan individu untuk saling pengertian, saling memberi dan menerima dalam hubungan interpersonal.

4) *Interdependen*

Merupakan suatu hubungan saling ketergantungan, saling tergantung antar individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal

3. Respon Maldaptif

Maladaptif adalah respons individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara-cara yang bertentangan dengan norma-norma agama dan masyarakat. Respon maladaptif tersebut antara lain :

1) *Manipulasi*

Merupakan gangguan sosial dimana individu memperlakukan orang lain sebagai obyek, hubungan terpusat pada masalah pengendalian orang lain dan individu cenderung berorientasi pada diri sendiri. Tingkah laku mengontrol digunakan sebagai pertahanan terhadap kegagalan atau frustrasi dan dapat menjadi alat untuk berkuasa pada orang lain.

2) *Impulsivity*

Merupakan respons sosial yang ditandai dengan individu sebagai subyek yang tidak dapat diduga, tidak dapat dipercaya, tidak mampu merencanakan, tidak mampu untuk belajar dari pengalaman dan miskin penilaian.

3) *Narcissism*

Respons sosial ditandai dengan individu memiliki tingkah laku egosentris, harga diri yang rapuh, terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan mudah marah jika tidak dapat mendapat dukungan dari orang lain.

4) *Isolasi sosial*

Adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

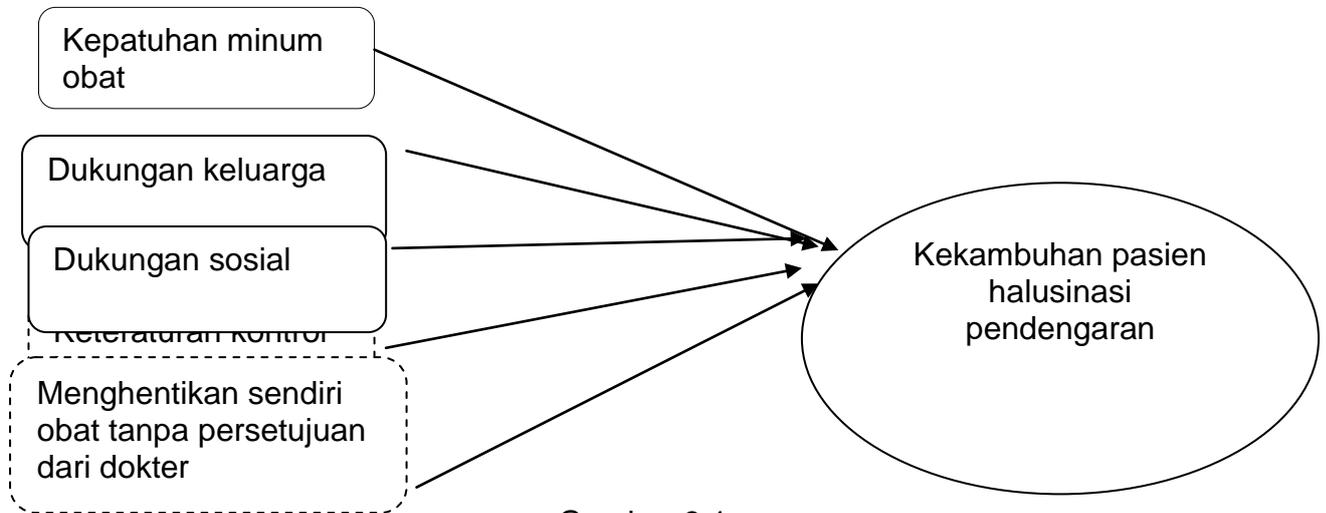
Kekambuhan adalah munculnya kembali gejala-gejala akut yang biasanya sama dengan perilaku yang ditunjukkan pasien pada awal episode dini. Sebagai perlakuan umum yang terjadi seperti kurang tidur, penarikan diri, kehidupan sosial yang memburuk, kekacauan berfikir, berbicara ngawur, halusinasi pendengaran dan penglihatan. Faktor-faktor yang dapat memicu kekambuhan pada pasien, antara lain penderita tidak minum obat dan tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat serta adanya masalah kehidupan yang berat dapat memicu stres. Sehingga penderita kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit.

Kepatuhan adalah tingkat perilaku klien (dalam hal pengobatan, mengikuti anjuran diet atau melakukan perubahan gaya hidup) yang terkait dengan saran dokter atau petugas kesehatan.

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat atau sakit).

Manusia adalah makhluk sosial yang dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari membutuhkan orang lain dan lingkungan sosial. Hubungan dengan orang lain dan lingkungan sosial akan menimbulkan respons sosial pada individu.

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata.



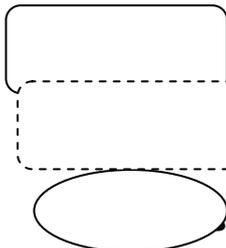
Gambar 3.1

Kerangka konseptual penelitian

Keterangan gambar 3.1:



Penghubung antar variabel



Variabel independen

Variabel yang tidak diteliti

Variabel Dependen

Berdasarkan kerangka konseptual yang digambarkan diatas dapat dirumuskan hipotesis penelitian

1. Ada hubungan kepatuhan minum obat dengan kekambuhan pasien gangguan halusinasi pendengaran.
2. Ada hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan pada pasien gangguan halusinasi pendengaran.
3. Ada hubungan dukungan sosial dengan kekambuhan pada pasien gangguan halusinasi pendengaran.

C. Definisi operasional

Definisi operasional dari variabel yang dapat diteliti dapat dilihat dari tabel berikut ini:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Cara ukur	Skala ukur	Skor
1.	Kepatuhan minum obat	Pasien mampu mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya.	<ul style="list-style-type: none"> - Kepatuhan dalam menyelesaikan program pengobatan - Kepatuhan menggunakan medikasi secara tepat 	Kuesioner	kategorik (Nominal)	<p>-Taataat : jika nilai total skor jawaban responden = 3</p> <p>- Tidak taat: Jika nilai total skor jawaban responden < 3</p>
	Dukungan keluarga	Keluarga mampu menjadi pendukung yang efektif bagi pasien halusinasi	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan Emosi - Dukungan Informasi - Dukungan Instrumen 	Kuesioner	Kategorik (Nominal)	<p>-Dukungan tinggi, bila nilai total skor jawaban responden ≥ 5</p> <p>-Dukungan Rendah, jika nilai total skor jawaban responden < 5</p>
	Dukungan sosial	Dukungan atau bantuan dari orang lain sehingga membuat individu merasa tenang dan diperhatikan.	<ul style="list-style-type: none"> - Hubungan dengan orang lain dan lingkungan 	Kuesioner	Kategorik (Nominal)	<p>Dukungan tinggi: jika nilai total skor jawaban responden > 5</p> <p>Dukungan rendah: jika nilai total</p>

						skor jawaban responden ≤ 5
2.	Kekambuhan pasien gangguan halusinasi	Frekuensi dimana munculnya gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus dirawat kembali.	- Frekuensi rawat inap	Dokumentasi	Kategorik (Nominal)	<p>Frekuensi kekambuhan Tinggi: Pasien yang mengalami kekambuhan ≥ 2.</p> <p>Frekuensi Kekambuhan rendah: Pasien yang mengalami kekambuhan < 2</p>

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Dalam penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain penelitian yang dipakai adalah metode *crossectional* untuk mengetahui apakah faktor kepatuhan minum obat dan dukungan sosial dan keluarga berhubungan dengan kekambuhan pasien gangguan halusinasi pendengaran. Dimana subjek penelitian dan pengukuran status karakter atau variabel subjek diukur menurut keadaan atau statusnya secara simultan dalam satu sampel populasi yang *representative* atau memberi kesempatan pada peneliti untuk melakukan analisis deskriptif dari variabel yang diteliti.

B. Tempat Dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Tempat penelitian adalah diruang perawatan Nyiur, Rumah sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. Alasan pemilihan lokasi penelitian ini dengan mempertimbangkan bahwa di Rumah Sakit tersebut merupakan pusat rujukan pasien gangguan jiwa yang ada di Sulawesi Selatan.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan februari 2016.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.

Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien yang mengalami gangguan halusinasi pendengaran di Rumah Sakit

Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. Data yang diperoleh dari jumlah rata-rata pasien yang mengalami halusinasi pendengaran, diambil dari 1 bulan sebanyak 97 pasien.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut.

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik *Non-probability Sampling* dengan pendekatan *purposive Sampling* yaitu suatu penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Siapa saja yang ditemui, asalkan sesuai dengan persyaratan data yang diinginkan. Dengan kriteria sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi

- 1) Responden yang bersedia diteliti
- 2) Dapat membaca dan menulis
- 3) Pasien yang mampu berinteraksi dan berkomunikasi dengan baik
- 4) Pasien yang mendapatkan perawatan berulang

b. Kriteria eksklusi :

- 1) Menolak dijadikan responden
- 2) Pasien tidak kooperatif
- 3) Pasien yang mengalami halusinasi penglihatan, halusinasi penciuman, halusinasi perabaan, dan halusinasi pengecapan.

Berdasarkan data awal pasien perbulan 97. Penelitian akan direncanakan kurang lebih dua minggu, maka banyaknya populasi yang diperkirakan dalam 2 minggu

sebanyak 50 pasien. Berdasarkan jumlah populasi diatas sampel dapat ditentukan dengan menggunakan rumus :

$$s = \frac{Z^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 - (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$\begin{aligned} n &= \frac{1,96^2 \times 50 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2(50 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} \\ &= \frac{50}{1,20,0025 \times 49 + 1} \\ &= 44 \end{aligned}$$

Keterangan :

n = Perkiraan jumlah sampel

N = perkiraan besar populasi

d = Taraf signifikansi yang di pilih (5%=0,05)

Z= Nilai standar normal untuk α (1,96)

q= 1-p (0,5)

p= perkiraan proporsi (0,5)

D. Instrument Penelitian

Instrument penelitian adalah alat yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian. Penelitian ini menggunakan instrument atau alat pengumpulan data berupa kuesioner dan observasi.

Lembar kuesioner terdiri atas 3 jenis kuesioner. Kuesioner pertama yaitu mengenai kepatuhan minum obat dengan jumlah pertanyaan 3, alternatif pilihan yaitu ya = 1, tidak = 0, skor taat = 3 dan tidak taat < 3. Kuesioner kedua yaitu mengenai dukungan keluarga dengan jumlah pertanyaan 10, alternatif pilihan ya = 1, tidak = 0, dukungan tinggi > 5 dan dukungan rendah \leq 5. Kuesioner ketiga yaitu mengenai dukungan sosial dengan jumlah pertanyaan

10, alternatif pilihan ya = 1, tidak = 0, dukungan tinggi > 5 dan dukungan rendah ≤ 5.

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, dipandang perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. Setelah mendapat persetujuan, barulah dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut :

1. *Informend Consent*

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai jadwal penelitian dan manfaat penelitian. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak memaksakan dan tetap menghormati hak-haknya.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, penelitian tidak akan mencantumkan nama responden tetapi peneliti hanya menulis inisial responden atau memberi kode.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi dari responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam disk dan hanya bisa diakses oleh peneliti dan pembimbing.

Pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan dua cara yaitu:

a. Data primer

Data primer dari penelitian ini adalah data yang di dapat langsung dari responden yang menjadi sampel penelitian berdasarkan hasil pengamatan secara langsung.

b. Data sekunder

Data sekunder dari penelitian ini adalah data yang di peroleh dari instansi Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Data yang didapat dalam penelitian kemudian akan di olah melalui beberapa tahap berikut:

1. *Editing* (edit nama)

Dilakukan dengan dengan pengecekan kelengkapan data diantaranya kelengkapan ketentuan identitas dan kelengkapan isian hingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi dengan segera oleh peneliti.

2. *Coding* (Pemberian kode)

Memberi kode identitas responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden dan mempermudah proses penelusuran biodata responden bila diperlukan.

3. *Entry data*

Dalam tahap ini dilakukan dengan memasukan data kedalam komputer dengan menggunakan aplikasi komputer. Seperti ke dalam spread sheet program Excel atau kedalam program SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*).

4. *Tabulating* (menyusun data)

Dilakukan dengan mengelompokkan data disesuaikan dengan variabel yang diteliti. Selanjutnya tabulasi untuk mendapatkan distribusi frekuensi dari variabel yang diteliti.

G. Analisa Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode sebagai berikut:

1. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel.

Dari hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk tabel untuk mengevaluasi besarnya proporsi masing-masing faktor yang ditemukan pada sampel untuk masing-masing variabel yang diteliti.

Analisis univariat bermanfaat untuk melihat apakah data sudah layak untuk dilakukan analisis, melihat gambaran data yang dikumpulkan dan apakah data optimal untuk analisis lebih lanjut.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mencari hubungan dan membuktikan hipotesis variabel.

Setelah data terkumpul, maka dilakukan pengolahan data dengan bantuan komputer menggunakan sistem SPSS (*Statiscal Package and Social Sciences*) dengan uji statistik *Chi Square* dengan derajat kemaknaan atau tingkat signifikansi ($\alpha = 0,05$). Jika uji *Chi Square* tidak terpenuhi maka uji alternatif yang dilakukan adalah uji Fisher.

Interpretasi:

- a. Apabila $p \geq \alpha$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak artinya tidak ada hubungan kepatuhan minum obat, dukungan keluarga dan sosial dengan kekambuhan pasien halusinasi pendengaran.
- b. Apabila $p < \alpha$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima artinya ada hubungan kepatuhan minum obat, dukungan keluarga dan sosial dengan kekambuhan pasien halusinasi pendengaran.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Pada bab ini disajikan hasil dan pembahasan mengenai “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan”. Adapun faktor-faktor tersebut terdiri dari kepatuhan minum obat, dukungan keluarga, dan dukungan sosial. Penelitian ini telah dilaksanakan mulai dari tanggal 25 Februari sampai 3 Maret di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. Pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *Non probability sampling* dengan pendekatan *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 44 responden,

Untuk mengetahui signifikansi hubungan antara variabel dilakukan pengolahan data menggunakan metode komponen program SPSS versi 20,0. Kemudian selanjutnya data di analisis dengan menggunakan uji statistik Chi-square dengan uji alternatif fisher. Adapun ketentuan terhadap penerimaan dan penolakan jika nilai signifikansi dibawah atau sama dengan 0,05 maka H_a diterima dan H_0 ditolak, yang memiliki makna ada hubungan antara variabel independen dan dependen yang diteliti.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan merupakan satu-satunya Rumah Sakit Jiwa di Indonesia Timur. Rumah Sakit ini terletak Di Jalan Lanto Daeng Pasewang no.34 Kelurahan Maricaya, Kecamatan Mamajang, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan.

Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan memiliki Visi dan Misi tersendiri. Adapun Visi dan Misi Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan sebagai berikut:

a. Visi

Rumah Sakit Khusus Daerah Sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan jiwa, napza dan stroke yang holistik dan terpercaya di kawasan Timur Indonesia dalam mendukung akselerasi kesejahteraan di Sulawesi Selatan tahun 2018.

b. Misi

- 1) Menerapkan diferensiasi layanan kesehatan jiwa, Napza, dan komorbiditas dengan pendekatan medika dan psikososial serta pelayanan Stroke.
- 2) Mengembangkan layanan kesehatan secara profesional melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif baik kepada pasien maupun keluarganya serta berorientasi kepuasan pelanggan.
- 3) Memperkuat kelembagaan melalui optimalisasi fasilitas SDM kesehatan yang kapabel dan berkomitmen.
- 4) Mengembangkan infrastruktur pelayanan jiwa, Napza dan Stroke.
- 5) Menciptakan tatakelola RSKD yang baik dan bersih.

Adapun visi dan misi bidang keperawatan Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan adalah:

a. Visi

Menjadikan pelayanan keperawatan Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan sebagai pelayanan profesional dengan mengacu pada perkembangan IPTEK keperawatan dan menjadikan

pelayanan keperawatan unggulan khususnya pelayanan kesehatan jiwa, Napza dan Stroke.

b. Misi

- 1) Memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang dapat diukur dan di evaluasi.
- 2) Menciptakan lingkungan kerja yang dinamis, inovatif, dan mendukung/mendorong pertumbuhan profesional dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- 3) Menyiapkan fasilitas sarana, prasarana, sumber daya) untuk peningkatan keterampilan dan pengetahuan yang komprehensif dan terintegrasi.

Adapun Visi dan Misi Ruang Keperawatan Bangsal Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan sebagai berikut:

a. Visi

Menjadikan Ruang Nyiur sebaga ruangan yang aman dan nyaman.

b. Misi

- 1) Membantu mensosialisasikan ruangan pada pasien baru.
- 2) Membimbing pasien menjaga kebersihan diri.
- 3) Memberikan informasi pada keluarga tentang kondisi pasien.

3. Karakteristik Responden

- a. Berdasarkan kelompok umur

Tabel 5.1

**Karakteristik Responden berdasarkan kelompok umur
di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi
Sulawesi Selatan(n=44)**

Karakteristik	Mean	Median	Std.Deviasi	Min-Max
Umur Responden	32,86	32,50	8,642	19-56

Sumber: Data Primer 2016

Tabel 5.1 menjelaskan hasil analisis usia responden. Dari tabel yang diperoleh rata-rata umur responden 32,86 dengan standar deviasi 8,642 usia termuda responden yaitu 19 dan yang tertua 56 tahun.

- b. Berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.2

**Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin
Di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi
Sulawesi Selatan(n=44)**

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentasi (%)
Laki-Laki	44	100
Total	44	100

Sumber: Data Primer 2016

Berdasarkan tabel 5.2 dari penelitian yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan di ruang perawatan Nyiur dari 44 responden, jumlah responden laki laki 44(100%) responden.

4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti

a. Analisa Univariat

1) Kepatuhan minum obat

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Perawatan Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan(n=44)

Kepatuhan Minum	Obat Frekuensi	Presentasi (%)
Tidak patuh	40	90,9
Patuh	4	9,1
Total	44	100

Sumber: Data Primer 2016

Berdasarkan tabel 5.3, jumlah responden tidak patuh minum obat 40 (90,9%) responden dan jumlah responden yang patuh minum obat sebanyak 4 (9,1%) responden.

2) Dukungan Keluarga

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Perawatan Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan(n=44)

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Presentasi (%)
Dukungan Rendah	37	84,1
Dukungan Tinggi	7	15,9
Total	44	100

Sumber: Data Primer 2016

Berdasarkan Tabel 5.5, diperoleh data jumlah responden terbesar berada pada responden yang mendapat dukungan keluarga rendah yaitu 37 (84,1%) responden. Jumlah responden terendah berada pada responden yang mendapat dukungan keluarga tinggi yaitu 7 (15,9%) responden.

3) Dukungan sosial

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Sosial Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Perawatan Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan(n=44)

Dukungan sosial	Frekuensi	Presentasi (%)
Dukungan Rendah	39	88,6
Dukungan Tinggi	5	11,4
Total	44	100

Sumber: Data Primer 2016

Berdasarkan Tabel 5.5, diperoleh data jumlah responden terbesar berada pada responden yang mendapat dukungan sosial rendah yaitu 39 (88,6%) responden. Jumlah responden terendah berada pada responden yang mendapat dukungan sosial tinggi yaitu 5 (11,4%) responden.

4) Frekuensi Kekambuhan

Tabel 5.6

Distribusi data berdasarkan frekuensi kekambuhan pada halusinasi pendengaran diruang perawatan nyiur rumah sakit khusus daerah Provinsi Sulawesi selatan(n=44)

Frekuensi kekambuhan	Frekuensi	Presentase (%)
Kekambuhan rendah	9	20,5
Kekambuhan tinggi	35	79,5
Total	44	100

Sumber: Data Primer 2016

Berdasarkan Tabel 5.6, diperoleh data jumlah responden terbesar berada pada responden yang mendapat frekuensi kekambuhan tinggi yaitu 35(79,5%) responden. Jumlah responden terkecil berada pada responden yang mendapat frekuensi kekambuhan rendah yaitu 9 (20,5%) responden.

b. Analisa Bivariat

Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk memberikan gambaran hubungan kepatuhan minum obat, dukungan keluarga, dan dukungan sosial dengan kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan.

a. Kepatuhan minum obat dengan kekambuhan

Tabel 5.7

Analisa hubungan kepatuhan minum obat dengan kekambuhan pada pasien halusinasi di ruang perawatan nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan(n=44)

		Frekuensi Kekambuhan						
		Rendah		Tinggi		Total		
		f	%	f	%	n	%	p
Kepatuhan Minum Obat	Tidak Patuh	5	11	35	79	40	91	0,000
	Patuh	4	9	0	0	4	9	
		9	20	35	79	44	100	

Uji Analisis: Continuity Corection

Berdasarkan tabel 5.7 diatas menunjukkan responden yang tidak patuh meminum obat dengan frekuensi kekambuhan tinggi sebanyak 35(79%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji Chi-Square tidak memenuhi syarat karena terdapat 2 sel yang nilainya

kurang dari 5 dan jumlah sampel sebanyak 44 responden, maka diperoleh nilai signifikansi dengan melihat nilai *continuity correction* (p)=0,000 dengan ketetapan nilai $\alpha=0,05$ artinya $p<0,05$ hal ini menunjukkan bahwa H_a diterima H_0 ditolak artinya ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara kepatuhan minum obat dengan frekuensi kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran.

b. Analisa dukungan keluarga dengan kekambuhan

Tabel 5.8

Analisa hubungan Dukungan Keluarga dengan kekambuhan pada pasien halusinasi di ruang perawatan nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan (44)

		Frekuensi Kekambuhan						<i>p</i>
		Rendah		Tinggi		Total		
		F	%	f	%	n	%	
Dukungan keluarga	Dukungan rendah	5	11	32	73	37	84	0,035
	Dukungan Tinggi	4	9	3	7	7	16	
	Jumlah	9	20	35	80	44	100	

Uji Analisis : Continuity Corection

Berdasarkan tabel 5.7 diatas menunjukkan responden yang memiliki dukungan keluarga rendah dengan frekuensi kekambuhan tinggi sebanyak 32(73%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji Chi-Square tidak memenuhi syarat karena terdapat 1 sel yang nilainya kurang dari 5 dan jumlah sampel sebanyak 44 responden, maka diperoleh nilai signifikansi dengan melihat nilai *continuity correction* (p)=0,035 dengan ketetapan nilai $\alpha=0,05$ artinya $p<0,05$ hal ini menunjukkan bahwa H_a diterima H_0 ditolak artinya ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara dukungan keluarga dengan frekuensi kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran.

c. Dukungan sosial dengan kekambuhan

Tabel 5.9

Analisa hubungan Dukungan Sosial dengan kekambuhan pada pasien halusinasi di ruang perawatan nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan(n=44)

		Frekuensi Kekambuhan						
		Rendah		Tinggi		Total		
		f	%	f	%	n	%	p
Dukungan Sosial	Dukungan rendah	5	11	34	77	39	89	0,004
	Dukungan Tinggi	4	9	1	2	5	11	
	Jumlah	9	20	35	79	44	100	

Uji Analisis: Continuity Corection

Berdasarkan tabel 5.7 diatas menunjukkan responden yang memiliki dukungan sosial rendah dengan frekuensi kekambuhan tinggi sebanyak 34(77%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji Chi-Square tidak memenuhi syarat karena terdapat 2 sel yang nilainya kurang dari 5 dan jumlah sampel sebanyak 44 responden, maka diperoleh nilai signifikansi dengan melihat nilai *continuity correction* (p)=0,004 dengan ketetapan nilai $\alpha=0,05$ artinya $p<0,05$ hal ini menunjukkan bahwa H_a diterima H_0 ditolak artinya ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara dukungan sosial dengan frekuensi kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran.

B. Pembahasan

1. Hubungan kepatuhan minum obat dengan kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji Chi-Square tidak memenuhi syarat karena terdapat 2 sel yang nilainya kurang dari 5 dan jumlah sampel sebanyak 44 responden, maka diperoleh nilai signifikansi dengan melihat nilai *continuity correction*

(p)=0,000 dengan ketetapan nilai $\alpha=0,05$ artinya $p<0,05$ hal ini menunjukkan bahwa H_a diterima H_0 ditolak artinya ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara kepatuhan minum obat dengan frekuensi kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran.

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa 35(79%) responden yang tidak patuh meminum obat dengan frekuensi kekambuhan tinggi. Kepatuhan secara umum berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Kepatuhan (*compliance*), juga dikenal sebagai ketaatan (*adherence*) adalah derajat dimana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya .

Menurut Raharjo, (2014) kepatuhan minum obat adalah salah satu penyebab kekambuhan pada pasien gangguan jiwa. Menurut Husar, perilaku ketidakpatuhan adalah menghentikan minum obat, minum obat dengan dosis bukan seperti yang dianjurkan, minum obat tidak tepat waktu. Hasil penelitian Pitoyo, (2010) diketahui ada hubungan signifikan antara ketaatan minum obat psikofarmaka dengan kekambuhan pada klien skizofrenia dimana nilai $p= 0,006$.

Simatupang, (2014) hasil penelitian menunjukkan bahwa yang paling banyak menyebabkan kekambuhan pada pasien skizofrenia adalah karena faktor ketidakpatuhan minum obat. Raharjo, (2014) hasil analisis hubungan kepatuhan minum obat menunjukkan bahwa ada hubungan dengan nilai ($p = 0,000$)

Menurut Pinikahana, (2002) dalam Wardani, (2009) penyebab pasien tidak patuh adalah banyaknya efek samping yang dirasakan pasien yaitu ekstrapiramidal, akatasia, peningkatan berat badan, dan gangguan fungsi seksual. Banyaknya efek samping yang dirasakan pasien menyebabkan pasien sering kali berniat menghentikan pengobatannya.

Menurut Wardani, (2009) kepatuhan dalam menyelesaikan program pengobatan, menggunakan medikasi secara tepat, dan mengikuti anjuran perubahan perilaku atau diet. Menurut peneliti

angka rawat ulang dapat dijadikan salah satu indikator kepatuhan, walaupun tidak semua keluarga pasien langsung membawa pasien dirawat kembali karena putus obat.

Pada tabel 5.7 menunjukkan responden yang patuh dengan frekuensi kekambuhan rendah. Hal ini bisa dilihat dari teori yang mengatakan bahwa kepatuhan merupakan fenomena multidimensi yang ditentukan oleh tujuh dimensi yaitu faktor terapi, faktor system kesehatan, faktor lingkungan, usia, dukungan keluarga, pengetahuan dan faktor sosial ekonomi. Diatas semua faktor itu, diperlukan komitmen yang kuat dan koordinasi yang erat dari seluruh pihak dalam mengembangkan pendekatan multidisiplin untuk menyelesaikan permasalahan ketidakpatuhan pasien ini (Riyadi & Purwanto, 2009).

Dukungan keluarga juga mempengaruhi kepatuhan pasien, keluarga dapat membantu pasien dalam menghadapi masalah yang di deritanya termasuk terhadap kepatuhan minum obat. Niven,(2005) menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan.

Menurut asumsi peneliti pada dasarnya meminum obat merupakan proses penyembuhan yang bertahap sehingga harus dilakukan secara teratur untuk mendapatkan hasil penyembuhan yang baik. Kekambuhan yang terjadi dari beberapa pemicu salah satunya disebabkan karena ketidakpatuhan pasien minum obat sehingga pasien putus obat yang mengakibatkan pasien mengalami kekambuhan dan di rawat di rumah sakit kembali. Kepatuhan minum obat terlihat dari adanya kesadaran diri tentang minum obat, adanya kemandirian dan kedisiplinan minum obat. Dengan kata lain individu yang tidak patuh meminum obat akan mengalami kekambuhan sehingga mendapatkan perawatan berulang dengan frekuensi yang tinggi.

Berdasarkan frekuensi rawat inap yang didapat dari riwayat pasien masuk, rata-rata responden sering keluar masuk rumah sakit dan yang dikatakan tidak patuh minum obat disebabkan karena pasien memutuskan atau pernah berhenti meminum obat, begitupun hasil yang didapatkan dari pengisian kuesioner bahwa mereka pernah berhenti meminum obat sewaktu dirumah.

2. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kekambuhan pada pasien Halusinasi Pendengaran.

Berdasarkan hasil penelitian diruang perawatan Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Sulawesi Selatan, yang dapat dilihat pada tabel 5.8 menunjukkan bahwa 35 (80%) responden yang mendapatkan dukungan keluarga dengan frekuensi kekambuhan tinggi. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Chi-Square tidak memenuhi syarat karena terdapat 1 sel yang nilainya kurang dari 5 dan jumlah sampel sebanyak 44 responden, maka diperoleh nilai signifikansi dengan melihat nilai *continuity correction* (p)=0,035 dengan ketentuan nilai $\alpha=0,05$ artinya $p<0,05$ hal ini menunjukkan bahwa H_a diterima H_o ditolak artinya ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara dukungan keluarga dengan frekuensi kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran.

Dalam penelitian Anggraeni, (2007) mengenai pengaruh dukungan keluarga terhadap frekuensi kekambuhan menyatakan frekuensi kekambuhan di pengaruhi oleh dukungan keluarga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 77,4% frekuensi kekambuhan dipengaruhi keluarga ($p=0,00$). Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat atau sakit) klien. Umumnya keluarga meminta bantuan pada tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup lagi merawatnya. Oleh karena itu asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga ditujukan untuk memulihkan keadaan klien serta

mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan sehingga keluarga dapat mengambil keputusan untuk melakukan pencegahan

Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan Nurdiana, (2007) ditemukan sebagian besar tingkat kekambuhan klien skizofrenia yang mungkin disebabkan oleh faktor peran serta keluarga yang membuat keyakinan klien akan kesembuhan tentang dirinya meningkat, sehingga menyebabkan klien mempunyai semangat dan motivasi dalam proses penyembuhan dan rehabilitasi dirinya, suasana keluarga yang saling mendukung, menghargai dan mempunyai pandangan positif.

Para pasien merasa bahwa keluarga merupakan penyemangat hidup yang memberikan dorongan serta dukungan yang dibutuhkan baik berupa formal maupun informal. Seperti yang dikatakan Friedman, (2010) Dukungan keluarga dapat berupa dukungan interna, seperti dukungan suami istri, atau dukungan dari saudara kandung. Dukungan eksternal dapat juga berupa dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti. Akan tetapi keluarga juga dapat menjadi hambatan dari pasien, dimana keluarga sendiri kurang merespon dan memberikan dukungan kepada pasien yang seolah mereka anggap bukan bagian keluarga bahkan menganggap sama sekali tidak ada.

Menurut Friedman, (2010) dukungan keluarga adalah sikap tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan keluarga yang kurang dapat menurunkan motivasi pasien untuk melakukan perawatan kesehatan, sedangkan dukungan yang baik akan meningkatkan motivasi pasien untuk melakukan perawatan kesehatan dalam hal patuh minum obat secara teratur. Hasil penelitian ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan Emnina, (2010) yang menyebutkan bahwa keluarga memberikan dukungan yang adekuat dan terus-menerus selama

pasien di rawat baik dukungan pengharapan, nyata, informasi dan dukungan emosional. Menurut Friedman, (2010). Dukungan emosional keluarga merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan perhatian, kasih sayang dan empati. Dukungan informasi, merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk memberikan saran atau masukan, nasehat, atau arahan dan memberikan informasi-informasi penting yang sangat dibutuhkan pasien halusinasi dalam upaya meningkatkan status kesehatan. Dukungan Instrumenal keluarga, merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu dan melayani dan mendengarkan pasien halusinasi dalam menyampaikan perasaannya.

Para pasien merasa bahwa keluarga merupakan penyemangat hidup yang memberikan dorongan serta dukungan yang dibutuhkan baik berupa formal maupun informal. Seperti yang dikatakan Friedman, (2010) Dukungan keluarga dapat berupa dukungan interna, seperti dukungan suami istri, atau dukungan dari saudara kandung. Dukungan eksternal dapat juga berupa dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti. Akan tetapi keluarga juga dapat menjadi hambatan dari pasien, dimana keluarga sendiri kurang merespon dan memberikan dukungan kepada pasien yang seolah mereka anggap bukan bagian keluarga bahkan menganggap sama sekali tidak ada.

Dari tabel 5.8 didapatkan hasil bahwa ada responden yang dukungan tinggi mendapatkan frekuensi kekambuhan tinggi yaitu 3(7%). Menurut Budi, (2014) ada beberapa hal yang bisa memicu kekambuhan, antara lain penderita tidak minum obat, tidak control ke dokter secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan dari keluarga dan

masyarakat, serta adanya masalah kehidupan yang berat dapat memicu stress, sehingga penderita kambuh.

Menurut asumsi peneliti keluarga merupakan faktor penting dan pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat atau sakit). Yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien halusinasi adalah keluarga sehingga pasien merasa termotivasi untuk sembuh. Dengan memberikan dukungan emosional yang kuat, pasien akan merasa nyaman dan mereka akan bebas mengemukakan keluhan yang dirasakan, dan menjadikan keluarga sebagai penguat dalam menjalani kehidupan. Pasien adalah bagian dari keluarga, dan keluarga merupakan lingkungan yang paling dekat dengan pasien. Keluarga berperan dalam menentukan asuhan yang diperlukan pasien di rumah, keterlibatan keluarga harus mulai sejak pasien dirawat di rumah sakit, karena jika tidak pasien akan kambuh saat kembali kerumah. Dukungan instrumen yang total juga sangat dibutuhkan terutama dalam hal biaya, membantu merawat diri pasien halusinasi, mengontrol pengobatan dengan teratur mengantarnya ke rumah sakit. Saat keluarga, tidak memberikan respon terhadap keadaan pasien hal ini yang dapat memicu kekambuhan pasien. Dari hasil penelitian yang di dapatkan rata-rata pasien kambuh disebabkan karena tidak adanya waktu yang disediakan keluarga untuk mendengarkan mereka dan kurangnya informasi yang di miliki keluarga untuk membantu pasien halusinasi setelah mereka kembali pulang ke rumah.

3. Hubungan dukungan sosial dengan kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran

Berdasarkan hasil penelitian di ruang perawatan Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Sulawesi Selatan, yang dapat dilihat lewat tabel 5.9 menunjukkan bahwa 35 (79%) responden yang

mendapatkan dukungan sosial rendah dengan frekuensi kekambuhan tinggi. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Chi-Square tidak memenuhi syarat karena terdapat 2 sel yang nilainya kurang dari 5 dan jumlah sampel sebanyak 44 responden, maka diperoleh nilai signifikansi dengan melihat nilai *continuity correction* (p)=0,004 dengan ketetapan nilai $\alpha=0,05$ artinya $p<0,05$ hal ini menunjukkan bahwa H_a diterima H_0 ditolak artinya ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara dukungan sosial dengan frekuensi kekambuhan pada pasien halusinasi pendengaran.

Menurut Boydell, (1999) menemukan bahwa lingkungan tempat tinggal klien mempengaruhi tingkat fungsinya, angka *reinstitutionalization*, dan lamanya ia dapat tinggal di lingkungan masyarakat. Menurut Yosep, (2009) faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi salah satunya faktor sosial dimana seseorang tidak diterima lingkungannya akan merasa disingkirkan, dan kesepian, ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

Penelitian yang dilakukan oleh Kurnia, (2009) penderita gangguan jiwa sering mendapatkan stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat disekitarnya dibandingkan individu yang menderita penyakit medis lainnya. Hal ini tampak lebih jelas di alami oleh penderita. Hal itu menyebabkan penderita penderita skizofrenia yang sudah sehat memiliki kecenderungan untuk mengalami kekambuhan lagi sehingga membutuhkan penanganan. Sebayam,

(2011), hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia ($p= 0,02$).

Dukungan sosial adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang dapat di percaya, sehingga seseorang akan tahu

bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai, dan mencintainya, (Cohen & Syme, 1996, dalam Setiadi, (2008). Hal ini sejalan dengan teori yang di kemukakan Videbeck, (2008), yang menyatakan Individu yang mendapat dukungan sosial terbukti lebih. sehat daripada individu yang tidak mendapat dukungan sosial ketika penderita membutuhkan merupakan langkah vital dalam proses penyembuhan. Dukungan sosial yang dimiliki oleh seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi.

Efek dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan mortalitas, lebih muda sembuh dan sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi.

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square* pada 4 sel (tabel 2x2) maka diperoleh nilai signifikansi (p)= 0,004 dengan ketetapan nilai $\alpha=0,05$ artinya $p<0,05$.

Menurut asumsi peneliti dukungan sosial sangat dibutuhkan dalam memberikan perawatan dan membantu proses penyembuhan pasien gangguan halusinasi pendengaran, karena dukungan sosial dari orang lain menjadi sangat berharga dan akan menambah semangat hidupnya. Dengan dukungan sosial yang adekuat penderita akan memiliki kesempatan untuk berkembang ke arah yang positif, baik terhadap diri maupun lingkungannya. Tingkat kecambuhan yang tinggi, menandakan kurangnya pemahaman lingkungan sekitar tempat tinggal responden bahwa sangat penting memberi dukungan kepada responden agar mengurangi kecambuhan. Dari dukungan sosial di dapatkan pasien rata-rata merasa tidak nyaman dengan lingkungan sekitarnya sehingga pasien merasa malu atau minder dengan orang disekitarnya serta kurangnya dukungan dari teman-teman. Hal ini menandakan

bahwa respon mutuality yang di dapatkan pasien kurang yaitu kemampuan individu untuk saling pengertian, saling memberi dan menerima dalam hubungan interpersonal

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 44 responden pada tanggal 22 Februari – 4 Maret 2016 di Ruang perawatan Nyiur Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan dapat disimpulkan bahwa:

1. Responden yang tidak patuh minum obat dengan frekuensi kekambuhan tinggi di dapatkan sebanyak 35(79%). Nilai ketetapan $\alpha < 0,05$ dengan nilai $(p) = 0,000$. Yang menunjukkan ada hubungan antara dua variabel.
2. Responden yang memiliki dukungan keluarga rendah dengan frekuensi kekambuhan tinggi di dapatkan sebanyak 32(73%). Nilai ketetapan $\alpha < 0,05$ dengan nilai $(p) = 0,035$. Yang menunjukkan ada hubungan antara dua variabel.
3. Responden yang memiliki dukungan sosial rendah dengan frekuensi kekambuhan tinggi di dapatkan sebanyak 34(77%). Nilai ketetapan $\alpha < 0,05$ dengan nilai $(p) = 0,035$. Yang menunjukkan ada hubungan antara dua variabel.
4. Dari hasil penelitian di dapatkan bukan hanya satu faktor yang menyebabkan kekambuhan pada pasien halusinasi, tetapi faktor lain juga sangat berperan dalam pemicu kekambuhan.

B. Saran

Berdasarkan simpulan dari hasil penelitian di atas, maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan perawat lebih memperhatikan dan memberikan informasi kepada keluarga dan pasien yang akan pulang kerumah mengenai faktor-faktor yang dapat menyebabkan kekambuhan.

2. Bagi instalasi rumah sakit

Di harapkan instalasi rumah sakit dapat memfasilitasi dan mengadakan sebuah program penyuluhan untuk menambah pengetahuan keluarga atau pasien mengenai faktor- faktor yang dapat menyebabkan kekambuhan.

3. Bagi Keluarga

Di harapkan keluarga untuk lebih memperhatikan, memberi dukungan, serta mampu memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya agar dapat melakukan penelitian pada halusinasi yang berbeda selain halusinasi pendengaran dan melakukan uji sampai multivariat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, F.N,(2010). *Prevalensi Skizofrenia Paranoid dengan gejala Halusinasi Di Rumah Sakit Jiwa DR. Soeharto Heerdjan Jakarta*.<http://perpus.fkik.uinjkt.ac.id>, diakses tanggal 17 November 2012
- Arif, I S.,(2006). *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*: Refika Aditama; Bandung:Refika Aditama
- Direja , Ade.HS.,(2011).*Buku Asuhan Keperawatan Jiwa*: Nuha Medika; Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kusumiati, Y.,(2012). *Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Amino Gondohutomo Semarang*.<http://repository.uksw.edu>, diakses tanggal 2 januari 2013.
- Maramis, W.F.,Albert, A.M., *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Pusat Penerbit dan Percetakan
- Marchira, C dan Dewi, R., (2009)., *Riwayat Gangguan Jiwa Pada Keluarga Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Rsup Dr Sardjito Yogyakarta*. <http://jurnal.ugm.ac.id/>, diakses tanggal 21 Oktober 2014.
- Permatasari, L(2012). *Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Frekuensi Kekambuhan pasien Skizofrenia* <http://jurnal.unpad.ac.id>, di askes tanggal 21 September 2014
- Prabowo, E.,(2014). *Konsep dan aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*: Nuha Medika; Yogyakarta: Nuha Medika
- Raharjo, A, Rohmawati, D, Purnomo., (2014)., *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Rsjd Dr.Amino Gondohutomo Semarang*. <http://download.portalgaruda.org/>, diakses tanggal 12 april 2015.
- Riyadi, S dan Purwanto,I .,(2009). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta:Graha ilmu
- Santjaka, A (2011).*Statistik Untuk Penelitian Kesehatan*.Yogyakarta : Nuha Medika
- Sariah, A (2012) ., *Factors Influencing Relapse Among Patients With Schizophrenia In Muhimbili National Hospital: The Perspectives Of*

Patients And Their Caregiver <http://onlinelibrary.wiley.com/>, di akses tanggal 28 september 2014.

Suliswati., Tjie, A.P., Jeremia, M., Yenny, S., Sumijatun.,(2005). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Stuart, G W.,(2006).*Buku Saku Keperawatan Jiwa*: Stuart Gail W. edisi 5; Jakarta.

Sopiyudin, M.(2011). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Refika Aditama.

Yosep, I.,(2009). *Keperawatan jiwa, Edisi Revisi Bandung*: Refika Aditama; Jakarta.

Yusnipah, Y.,(2012).*Tingkat Pengetahuan Keluarga dalam Merawat Psien Halusinasi Di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Marzoeki Bogor*.<http://lontar.ui.ac.id>, diakses tanggal 21 oktober 2014

Wardani, I.,(2009). *Bab V Pembahasan Pada bab ini peneliti menguraikan* .<http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/.pdf>, diakses tanggal 11 november 2012.

Wijayanti (2015). *Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia di RSK Puri Nirmala Yogyakarta*.<http://ib.say.ac.id>, diakses 10 Desember 2015

JADWAL KEGIATAN

NO	Uraian kegiatan																												
		November				Desember				Januari				Februari				Maret				April							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Pengajuan Judul																												
2	ACC Judul																												
3	Menyusun Proposal																												
4	Seminar Proposal																												
5	Perbaikan Proposal																												
6	Pelaksanaan Riset																												
7	Pengelolaan Dan analisa data																												
8	Menyusun Laporan Riset																												
9	Seminar Hasil																												
10	Perbaikan Skripsi																												
11	Pengumpulan																												

Nomor : .../STIK-SM/S-1.../II/2016

Perihal : Izin Penelitian.

Kepada Yth.

Gubernur Sulawesi Selatan

UP. Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Provinsi Sulawesi Selatan

Di –

Makassar

Dengan hormat,

Dalam rangka Tugas Akhir Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2015 / 2016, maka dengan ini kami mohon bantuannya kiranya berkenan memberi izin **Penelitian di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan.**

Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

1. Nama : Deviani
NIM : C1214201067
2. Nama : Frisky S. Bethony
NIM : C1214201076

Judul Penelitian : **“Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan”**

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Makassar, 13 Februari, 2016
Wakil Ketua I Bidang Akademik
STIK Stella Maris,

Sr. Anita Sampe, JMJ, SKep.Ns, MAN

NIDN: 0917107402



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
UNIT PELAKSANA TEKNIS - PELAYANAN PERIZINAN TERPADU
(UPT - P2T)

Nomor : 981/S.01.P/P2T/02/2016
Lampiran :
Perihal : **Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Direktur Rumah Sakit Khusus Daerah Prov. Sulsel

di-
Tempat

Berdasarkan surat Ketua STIK STELLA MARIS Makassar Nomor : 071/STIK-SM/S-1.37/II/2016 tanggal 13 Februari 2016 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **DEVIANI / FRISKY S. BETHONY**
Nomor Pokok : C1214201067 / C1214201076
Program Studi : Keperawatan
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)
Alamat : Jl. Maipa No. 19, Makassar

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

**" FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEKAMBUHAN PADA PASIEN HALUSINASI
PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN "**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **22 Februari s/d 22 Maret 2016**

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

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 18 Februari 2016

A. M. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



A. M. YAMIN, SE., MS.
Pangkat : Pembina Utama Madya
Nip : 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth
1. Ketua STIK STELLA MARIS Makassar di Makassar;
2. Pertinggal.

SIMAP BKPMMD 18-02-2016



Jl. Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
Website : <http://p2tbkpmmd.sulselprov.go.id> Email : p2t_provsulsel@yahoo.com
Makassar 90222





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 /³⁰³⁷ / III / 2016

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

Nama : **Deviani / Frisky S. Bethony**
Nomor Pokok : C1214201067 / C1214201076
Program Studi : Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Maipa No. 19, Makassar

Benar telah melakukan penelitian yang berlangsung sejak Tanggal 22 Februari sampai dengan 22 Maret 2016 di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan dengan judul Penelitian yaitu :

"FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEKAMBUHAN PADA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN"

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk di gunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 31 Maret 2016

Direktur,



Dr. H. Avunsri Harahap

Pangkat : Pembina Utama Muda

Nip : 19590705 198901 2 001

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian: Faktor- faktor yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan

Nama peneliti : Deviani
C.12.14201.067
Frisky S. Bethony
C.12.14201.076

Saya yang bertanda tangan di bawah ini.

Nama (inisial) :
Umur :
Jenis Kelamin :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari penelitian, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan”, yang di laksanakan oleh Deviani dan Frisky S. Bethony mahasiswa S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya serta berguna untuk pengembangan ilmu keperawatan.

Makassar, februari 2016

Tanda Tangan Responden

INSTRUMEN/ ALAT UKUR PENELITIAN
KUESIONER PENELITIAN
FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEKAMBUHAN
PADA PASIEN GANGGUAN HALUSINASI PENDENGARAN DI RUMAH
SAKIT KHUSUS DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2016
IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama Responden :
2. Umur Responden :

Petunjuk Pengisian

Cara menjawab adalah dengan memberi tanda cek(√) pada kotak untuk jawaban

Ya= la

TDK = Tidak

A. Lembar Kuesioner Dukungan keluarga:

No	Pertanyaan	Ya	TDK	Skor
1.	Apakah keluarga berkomunikasi baik dengan anda dirumah ?			
2.	Apakah keluarga memberikan kesempatan kepada anda untuk menceritakan apa yang sering anda dengar?			
3.	Apakah keluarga anda menanyakan kapan waktu munculnya suara atau bunyi yang anda dengar?			
4.	Apakah keluarga turut serta dalam merawat anda di rumah, misalkan mandi, menyisir rambut?			
5.	Apakah keluarga memberi kesempatan kepada anda untuk mengerjakan pekerjaan rumah yang anda inginkan?			
6.	Apakah keluarga menjelaskan penyakit yang anda alami ?			
7.	Apakah keluarga selalu mengingatkan anda untuk meminum obat?			
8.	Apakah keluarga Anda menjelaskan pentingnya meminum obat?			
9	Apakah keluarga menjelaskan kepada anda cara untuk mengatasi, jika anda mulai merasakan adanya suara atau bunyi yang didengar?			
10.	Apakah keluarga teratur mengantar anda untuk memeriksakan kesehatannya kedokter?			

B. Lembar Kuesioner Dukungan Sosial

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Skor
1.	Apakah orang –orang disekitar anda sering mengajak anda untuk berbicara ?			
2.	Apakah anda merasa nyaman dengan lingkungan sekitar ?			
3.	Apakah teman anda sering mengunjungi anda?			
4.	Apakah anda merasa minder atau malu dengan orang- orang disekitar?			
5.	Apakah orang-orang disekitar anda menanyakan kesehatan anda ?			
6.	Apakah orang- orang disekitar mengejek anda?			
7.	Apakah teman – teman anda mengajak untuk berkumpul ?			
8.	Apakah anda melaksanakan kegiatan keagamaan ?			
9.	Apakah anda diajak bila disekitar rumah ada acara yang di selenggarakan?			
10.	Apakah anda diikut sertakan dalam kegiatan membersihkan lingkungan tempat tinggal anda?			

C. Lembar kuesioner kepatuhan minum obat:

No.	Aspek yang dinilai	ya	tidak	score
1.	Apakah Anda tepat waktu meminum obat sewaktu di rumah?			
2.	Apakah Anda pernah berhenti meminum obat sewaktu di rumah?			
3.	Apakah obat yang diminum sudah benar sesuai dengan resep dari dokter?			

D. Frekuensi Kekambuhan

1. 1 kali ()
2. Lebih dari 2 kali ()

NO	inisial	JK	kode	umur	Kode	Kepatuhan Minum Obat			total	skor	kode	Dukungan Keluarga										Total	skor	kode	Dukungan Sosial										Total	Skor	Kode	Frekuensi kekambuhan	Skor	Kode	
						1	2	3				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10							
1	Tn. I	L	1	24	1	1	0	1	2	Tidak Patuh	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	6	Dukungan Tinggi	2	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	5	dukungan rendah	1	2	frekuensi tinggi	2
2	Tn. I	L	1	40	4	1	0	1	2	Tidak Patuh	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	6	Dukungan Tinggi	2	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	5	dukungan rendah	1	2	frekuensi tinggi	2	
3	Tn. A	L	1	37	3	1	1	0	2	Tidak Patuh	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	5	Dukungan Rendah	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	dukungan rendah	1	1	frekuensi rendah	1	
4	Tn.A	L	1	38	3	1	1	1	3	Patuh	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	5	Dukungan Rendah	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	dukungan rendah	1	1	frekuensi rendah	1	
5	Tn.J	L	1	33	3	1	1	1	3	Patuh	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	5	Dukungan Rendah	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	4	dukungan rendah	1	1	frekuensi rendah	1	
6	Tn. I	L	1	19	1	1	0	1	2	Tidak Patuh	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	6	Dukungan Tinggi	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	dukungan tinggi	2	1	frekuensi rendah	1	
7	Tn.A	L	1	38	3	1	1	1	3	Patuh	2	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	5	Dukungan Rendah	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	5	dukungan rendah	1	1	frekuensi rendah	1	
8	Tn.A	L	1	35	3	1	1	1	3	Patuh	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	Dukungan Rendah	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3	dukungan rendah	1	1	frekuensi rendah	1	
9	Tn.R	L	1	49	5	0	0	1	1	Tidak Patuh	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	6	Dukungan Tinggi	2	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	6	dukungan tinggi	2	1	frekuensi rendah	1	
10	Tn.A	L	1	20	1	1	0	1	2	Tidak Patuh	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	6	Dukungan Tinggi	2	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	6	dukungan tinggi	2	1	frekuensi rendah	1	
11	Tn.B	L	1	38	3	1	1	0	2	Tidak Patuh	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	6	Dukungan Tinggi	2	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	6	dukungan tinggi	2	1	frekuensi rendah	1	
12	Tn.I	L	1	37	3	0	0	1	1	Tidak Patuh	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	5	Dukungan Rendah	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	5	dukungan rendah	1	3	frekuensi tinggi	2	
13	Tn.F	L	1	56	6	0	1	1	2	Tidak Patuh	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4	Dukungan Rendah	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	4	dukungan rendah	1	2	frekuensi tinggi	2	
14	Tn.H	L	1	27	2	0	0	1	1	Tidak Patuh	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	5	Dukungan Rendah	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	5	dukungan rendah	1	2	frekuensi tinggi	2	
15	Tn.F	L	1	26	2	0	0	1	1	Tidak Patuh	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4	Dukungan Rendah	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	5	dukungan rendah	1	2	frekuensi tinggi	2	
16	Tn.T	L	1	26	2	0	0	1	1	Tidak Patuh	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	3	Dukungan Rendah	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	5	dukungan rendah	1	2	frekuensi tinggi	2	
17	Tn.M	L	1	34	3	0	0	1	1	Tidak Patuh	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	4	Dukungan Rendah	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	5	dukungan rendah	1	3	frekuensi tinggi	2	
18	Tn.M	L	1	25	1	0	0	1	1	Tidak Patuh	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	5	Dukungan Rendah	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3	dukungan rendah	1	3	frekuensi tinggi	2	
19	Tn.S	L	1	31	2	0	1	1	2	Tidak Patuh	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	5	Dukungan Rendah	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	4	dukungan rendah	1	4	frekuensi tinggi	2	
20	Tn.S	L	1	26	2	0	1	1	2	Tidak Patuh	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	4	Dukungan Rendah	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	5	dukungan rendah	1	2	frekuensi tinggi	2	
21	Tn.O	L	1	46	4	1	0	1	2	Tidak Patuh	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	5	Dukungan Rendah	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	5	dukungan rendah	1	5	frekuensi tinggi	2	
22	Tn.B	L	1	25	1	0	0	1	1	Tidak Patuh	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	4	Dukungan Rendah	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	4	dukungan rendah	1	3	frekuensi tinggi	2	

Karakteristik Responden

Frekuensi Umur

Statistics

Umur		
N	Valid	44
	Missing	0
Mean		2.55
Median		2.50
Mode		3
Std. Deviation		1.229
Variance		1.510
Range		5
Minimum		1
Maximum		6
Sum		112

Frekuensi Umur

Frekuensi Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
19-25	10	22.7	22.7	22.7
26-32	12	27.3	27.3	50.0
33-39	14	31.8	31.8	81.8
Valid 40-46	5	11.4	11.4	93.2
47-53	2	4.5	4.5	97.7
>54	1	2.3	2.3	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Frekuensi Jenis Kelamin

Statistics

Jenis Kelamin

N	Valid	44
	Missing	0
Mean		1.00
Median		1.00
Mode		1
Minimum		1
Maximum		1
Sum		44

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	44	100.0	100.0	100.0

Analisa Univariat

Frekuensi Kepatuhan Minum Obat

Statistics

kepatuhan minum obat

N	Valid	44
	Missing	0
Mean		1.09
Median		1.00
Mode		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		48

Kepatuhan Minum Obat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak patuh	40	90.9	90.9	90.9
Valid patuh	4	9.1	9.1	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Frekuensi Dukungan Keluarga

Statistics

Dukungan Keluarga

N	Valid	44
	Missing	0
Mean		1.16
Median		1.00
Mode		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		51

Dukungan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dukungan rendah	37	84.1	84.1	84.1

dukungan tinggi	7	15.9	15.9	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Frekuensi Dukungan Sosial

Statistics

dukungan sosial

N	Valid	44
	Missing	0
Mean		1.11
Median		1.00
Mode		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		49

Dukungan Sosial

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
dukungan rendah	39	88.6	88.6	88.6
Valid dukungan tinggi	5	11.4	11.4	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Analisa Bivariat

Kepatuhan Minum Obat

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kepatuhan minum obat * frekuensi kekambuhan	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%

Kepatuhan Minum Obat * Frekuensi Kekambuhan Crosstabulation

		frekuensi kekambuhan		Total	
		frekuensi kekambuhan rendah	frekuensi kekambuhan tinggi		
kepatuhan minum obat	tidak patuh	Count	5	35	40
		Expected Count	8.2	31.8	40.0
		% within kepatuhan minum obat	12.5%	87.5%	100.0%
		% within frekuensi kekambuhan	55.6%	100.0%	90.9%
		% of Total	11.4%	79.5%	90.9%
	patuh	Count	4	0	4
		Expected Count	.8	3.2	4.0
		% within kepatuhan minum obat	100.0%	0.0%	100.0%
		% within frekuensi kekambuhan	44.4%	0.0%	9.1%
		% of Total	9.1%	0.0%	9.1%
	Total	Count	9	35	44
		Expected Count	9.0	35.0	44.0
	% within kepatuhan minum obat	20.5%	79.5%	100.0%	
	% within frekuensi kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	20.5%	79.5%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17.111 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	12.156	1	.000		
Likelihood Ratio	14.443	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	16.722	1	.000		
N of Valid Cases	44				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .82.

b. Computed only for a 2x2 table

Dukungan Keluarga

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
dukungan keluarga * frekuensi kekambuhan	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%

Dukungan Keluarga * Frekuensi Kekambuhan Crosstabulation

		frekuensi kekambuhan		Total	
		frekuensi kekambuhan rendah	frekuensi kekambuhan tinggi		
dukungan keluarga	dukungan rendah	Count	5	32	37
		Expected Count	7.6	29.4	37.0
		% within dukungan keluarga	13.5%	86.5%	100.0%
		% within frekuensi kekambuhan	55.6%	91.4%	84.1%
		% of Total	11.4%	72.7%	84.1%
	dukungan tinggi	Count	4	3	7
		Expected Count	1.4	5.6	7.0
		% within dukungan keluarga	57.1%	42.9%	100.0%
		% within frekuensi kekambuhan	44.4%	8.6%	15.9%
		% of Total	9.1%	6.8%	15.9%
Total		Count	9	35	44
		Expected Count	9.0	35.0	44.0
		% within dukungan keluarga	20.5%	79.5%	100.0%
		% within frekuensi kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	20.5%	79.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.887 ^a	1	.009		
Continuity Correction ^b	4.466	1	.035		
Likelihood Ratio	5.717	1	.017		
Fisher's Exact Test				.024	.024
Linear-by-Linear Association	6.730	1	.009		
N of Valid Cases	44				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.43.

b. Computed only for a 2x2 table

Dukungan Sosial

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
dukungan sosial * frekuensi kekambuhan	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%

dukungan sosial * frekuensi kekambuhan Crosstabulation

		frekuensi kekambuhan		Total	
		frekuensi kekambuhan rendah	frekuensi kekambuhan tinggi		
dukungan sosial	dukungan rendah	Count	5	34	39
		Expected Count	8.0	31.0	39.0
		% within dukungan sosial	12.8%	87.2%	100.0%
		% within frekuensi kekambuhan	55.6%	97.1%	88.6%
		% of Total	11.4%	77.3%	88.6%
	dukungan tinggi	Count	4	1	5
		Expected Count	1.0	4.0	5.0
		% within dukungan sosial	80.0%	20.0%	100.0%
		% within frekuensi kekambuhan	44.4%	2.9%	11.4%
		% of Total	9.1%	2.3%	11.4%
Total		Count	9	35	44
		Expected Count	9.0	35.0	44.0
		% within dukungan sosial	20.5%	79.5%	100.0%
		% within frekuensi kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	20.5%	79.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.293 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	8.511	1	.004		
Likelihood Ratio	9.709	1	.002		
Fisher's Exact Test				.004	.004
Linear-by-Linear Association	12.013	1	.001		
N of Valid Cases	44				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.02.

b. Computed only for a 2x2 table