



**GAMBARAN PERILAKU KELUARGA DALAM PENCARIAN  
PENGOBATAN BAGI ORANG DENGAN GANGGUAN  
JIWA (ODGJ) TAHUN 2017  
(STUDI KUANTITATIF DI KECAMATAN PUGER KABUPATEN JEMBER)**

**SKRIPSI**

Oleh

**Dewi Norma Palupi  
NIM 142110101063**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**GAMBARAN PERILAKU KELUARGA DALAM PENCARIAN  
PENGOBATAN BAGI ORANG DENGAN GANGGUAN  
JIWA (ODGJ) TAHUN 2017**  
(STUDI KUANTITATIF DI KECAMATAN PUGER KABUPATEN JEMBER)

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

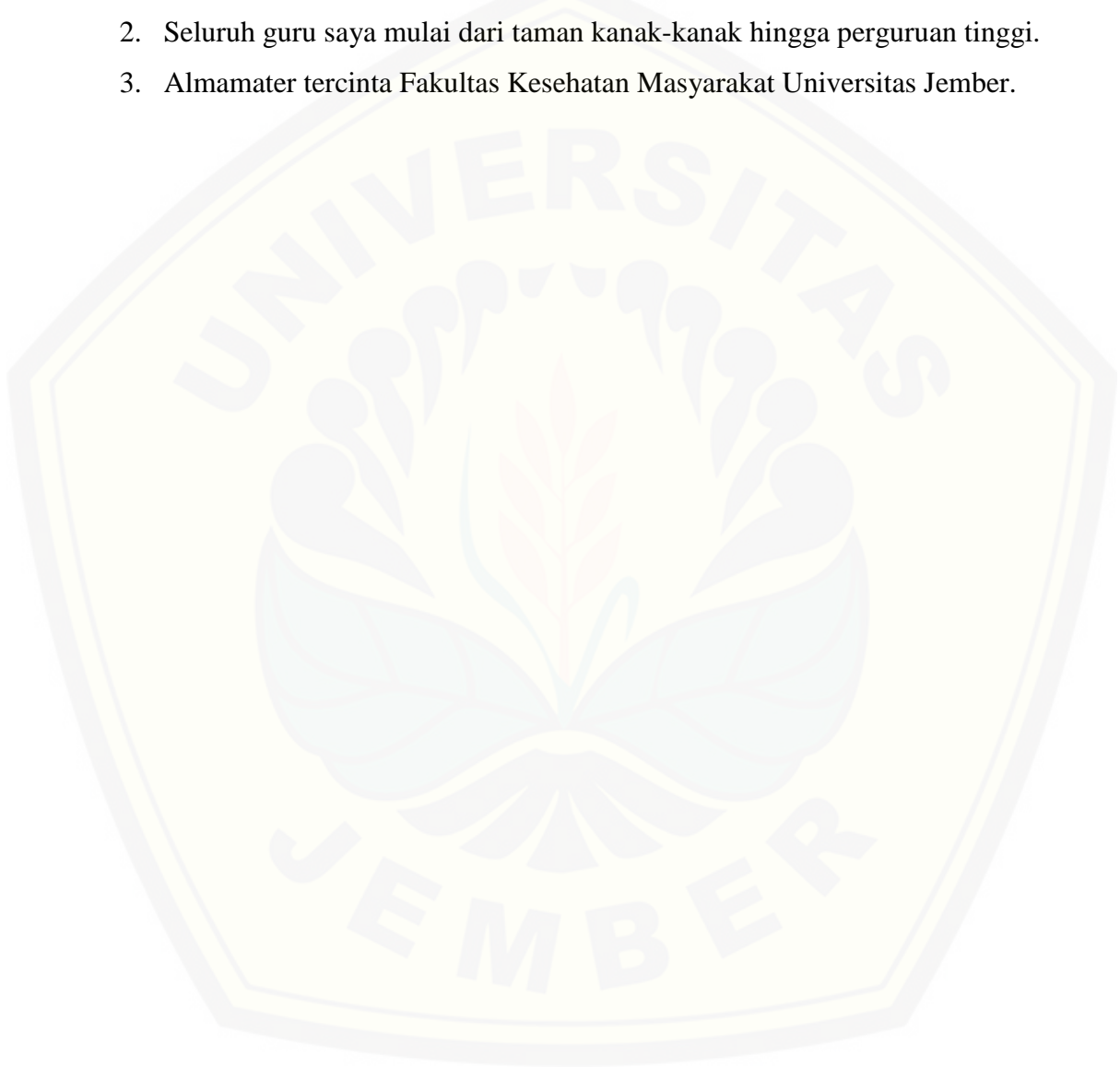
**Dewi Norma Palupi**  
**NIM 142110101063**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orang tua saya yang tiada henti memberikan doa, dukungan, dan motivasi, serta tidak kenal lelah berjuang untuk membahagiakan ananda.
2. Seluruh guru saya mulai dari taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi.
3. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.



**MOTTO**

Hai jiwa yang tenang. Kembalilah kepada Tuhanmu dengan hati yang puas lagi diridhai-Nya. Maka masuklah ke dalam jama'ah hamba-hamba-Ku, dan masuklah ke dalam Surga-Ku (Terjemahan Surat *Al-Fajr* ayat 27-30)<sup>1</sup>

Dan apabila aku sakit, Dialah yang menyembuhkan aku (Terjemahan Surat *Asy Syu'araa* ayat 80)<sup>2</sup>



---

<sup>1</sup> Departemen Agama Republik Indonesia. 1994. Al-Qur'an dan Terjemahannya. Semarang: PT. Kumudasmoro Grafindo.

<sup>2</sup> Departemen Agama Republik Indonesia. 1994. Al-Qur'an dan Terjemahannya. Semarang: PT. Kumudasmoro Grafindo.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dewi Norma Palupi

NIM : 142110101063

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Gambaran Perilaku Keluarga dalam Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Tahun 2017(Studi Kuantitatif di Kecamatan Puger Kabupaten Jember)* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan prinsip ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 21 Mei 2018

Yang menyatakan

Dewi Norma Palupi

NIM 142110101063

**PEMBIMBINGAN**

**SKRIPSI**

**GAMBARAN PERILAKU KELUARGA DALAM PENCARIAN  
PENGOBATAN BAGI ORANG DENGAN GANGGUAN  
JIWA (ODGJ) TAHUN 2017  
(STUDI KUANTITATIF DI KECAMATAN PUGER KABUPATEN JEMBER)**

Oleh

Dewi Norma Palupi

NIM 142110101063

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Mury Ririanty, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes.

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul *Gambaran Perilaku Keluarga dalam Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ Tahun 2017 (Studi Kuantitatif di Kecamatan Puger Kabupaten Jember)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Senin  
Tanggal : 21 Mei 2018  
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Mury Ririanty, S.KM., M.Kes (.....)  
NIP. 198310272010122003
2. DPA : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes (.....)  
NIP. 198311132010122006

Penguji

1. Ketua : Drs. Husni Abdul Gani, M.S. (.....)  
NIP. 195608101983031003
2. Sekretaris : Christyana Sandra, S.KM.,M.Kes (.....)  
NIP. 198204162010122003
3. Anggota : Dyah Kusworini I., S.KM.,M.Si (.....)  
NIP. 196809291992032014

Mengesahkan

Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes

NIP.198005162003122002

## RINGKASAN

***Gambaran Perilaku Keluarga dalam Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Tahun 2017(Studi Kuantitatif di Kecamatan Puger Kabupaten Jember)***; Dewi Norma Palupi: 142110101063; 2018; 121 halaman; Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember

Gangguan jiwa merupakan bentuk penyimpangan seseorang dalam bertingkah laku yang diakibatkan keadaan yang tidak normal yang berkaitan dengan fisik maupun mental. Masalah kesehatan jiwa di Indonesia masih menjadi perhatian yang sangat penting dari berbagai lintas sektor baik pemerintah maupun masyarakat. Berbagai peraturan telah dikeluarkan pemerintah untuk menangani gangguan jiwa ini. Awal gejala gangguan jiwa yang tidak terdeteksi menyebabkan keterlambatan penanganan penderita gangguan jiwa. Keluarga mempunyai peran yang penting sebagai pelayanan kesehatan di dalam unit terkecil, karena masalah kesehatan yang ada di dalam suatu keluarga akan saling mempengaruhi keluarga itu sendiri dan lingkungannya. Kurangnya pengetahuan dan sikap keluarga terhadap gangguan jiwa akan menghambat upaya penyembuhan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Sehingga perlu untuk diketahui perilaku keluarga dalam pencarian pengobatan bagi ODGJ.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif, sehingga menggunakan pendekatan deskriptif. Populasi pada penelitian ini adalah keluarga dekat yang merawat ODGJ di Kecamatan Puger Kabupaten Jember yang terdaftar di wilayah kerja Puskesmas Kasiyan dan Puskesmas Puger. Penentuan sampel pada penelitian ini menggunakan *proportional sample* dengan sampel sebanyak 46 responden. Variabel penelitian dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, lama sakit anggota keluarga, hubungan kekerabatan, tipe keluarga, pengetahuan, sikap, genetika, dan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional. Penelitian dilakukan dengan cara wawancara dengan kuesioner.



Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat ODGJ yang mempunyai riwayat keluarga mengalami gangguan jiwa. Hubungan keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa dengan penderita gangguan jiwa yaitu sebagai ayah, ibu, dan nenek. Sebagian besar keluarga mempunyai pengetahuan yang rendah. Hal itu dikarenakan masih terdapat pernyataan yang dijawab negatif mengenai penyebab orang mengalami gangguan jiwa, tindakan yang dilakukan segera untuk mengobati gangguan jiwa, dan tempat memperoleh obat dan pengobatan. Sebagian besar responden mempunyai sikap negatif terkait tindakan pencarian pengobatan bagi ODGJ. Hal tersebut disebabkan responden masih belum menjawab pertanyaan yang sesuai. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional hanya sedikit diikuti ODGJ karena keluarga merasa keberatan untuk membayarkan setiap bulannya pada satu keluarga, selain itu pengobatan ODGJ yang gratis juga mengakibatkan keluarga tidak bersedia untuk mengikutkan ODGJ dalam program Jaminan Kesehatan Nasional.

Sebagian besar responden melakukan pengobatan berupa membeli obat di warung terdekat, mengobati sendiri dengan cara dipasung, dibacakan doa-doa/ diruqyah, dimandikan bunga, menyembelih ayam yang telah diberi doa-doa, dan serta pergi ke dukun, dan kyai. Tindakan secara medis yaitu ke Puskesmas, Rumah Sakit, dan dokter praktik yang dilakukan setelah tindakan dari pengobatan-pengobatan non medis tidak ada hasilnya. Terdapat hubungan antara pengetahuan responden dengan tindakan. Seseorang yang bertindak karena pengetahuan yang baik maka akan lebih langgeng dalam melakukannya. Hubungan yang signifikan antara sikap responden dengan tindakan pencarian pengobatan menunjukkan bahwa seseorang dengan sikap yang baik maka akan menghasilkan tindakan yang baik.

Saran yang dapat diberikan peneliti bagi keluarga ODGJ dalam penelitian ini yaitu keluarga perlu memberikan perhatian lebih kepada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) agar dapat segera kembali hidup normal dan rutin memeriksakan ODGJ ke pelayanan kesehatan.

## SUMMARY

*Description of Family's Behavior in Seeking Treatment for People With Mental Disorder (ODGJ) in 2017 (Quantitative Study at District Puger Jember Regency); Dewi Norma Palupi: 142110101063; 2018; 121 pages; Section of Health Promotion and Behavioral Science, Faculty of Public Health, University of Jember*

Mental disorder is a form of a person's irregularities in behavior caused by abnormal circumstances related to physical and mental. The problem of mental health in Indonesia is still a very important concern from various cross-sector both government and society. Various regulations have been issued by the government to deal with this mental disorder. Early symptoms of undetected mental disorder caused delays in the treatment of people with mental disorders. Family has an important role as health service in the smallest unit, because the health problems that exist within a family will affect both family member and environment. Lack of knowledge and family attitudes towards mental disorders will inhibit healing efforts for People With Mental Disorders (ODGJ). Therefore, it is necessary to know family behavior in the search for treatment for ODGJ.

This study used quantitative research type, with the use of descriptive approach. The population in this study was the close family who takes care for ODGJ in Puger Sub-district of Jember Regency registered in the working area of Puskesmas Kasiyan and Puskesmas Puger. Determination of sample in this study was done by using proportional sample with sample counted 46 respondents. The study variables in this research are age, sex, education, occupation, income, family member's duration of sickness, kinship, family type, knowledge, attitude, genetics, and membership of National Health Insurance. The study was conducted by interview and questionnaire.

The results showed that ODGJ had a family history of mental disorders. Family relationships that had experienced mental disorders with people with mental disorders are father, mother, and grandmother. Most families have low knowledge. There are still negative statements about the cause of people experiencing mental

disorders, acts done immediately to treat mental disorders, and where to get medication and treatment. Most respondents had a bad attitude related to the act of seeking treatment for people with mental disorders. Because of the respondent still has not answered the appropriate question. The participation of the National Health Insurance is only slightly followed by ODGJ because the families object to pay monthly to one family member, besides the free ODGJ treatment also resulted in families not willing to include ODGJ in the National Health Insurance program.

Most respondents doing the medical treatment form of buying the medicine at the nearest shop, self-medication by stocks, reciting prayers/ruqyah, bathed flowers, slaughtering the chickens which have been given prayers, shaman and religious leader. Medical action is performed after the actions of non-medical treatments does not work. Medical action is carried out to the Puskesmas, Hospital and practicing physician. There is a relationship between knowledge of respondents and actions. Someone who acts because of good knowledge will be more sustainable in doing his actions. A significant association between respondents attitudes and treatment seeking actions indicates that a person with a good attitude will result in good action.

Suggestions that can be given by researcher for ODGJ family in this research is that family needs to give more attention to Person With Mental Disorder (ODGJ) in order to return to normal life and routinely check ODGJ to health service.

## PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah S.W.T. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Gambaran Perilaku Keluarga dalam Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ Tahun 2017 (Studi Kuantitatif di Kecamatan Puger Kabupaten Jember)”**. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Strata Satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Mury Ririanty, S.KM., M.Kes selaku Ketua Bagian PKIP FKM UNEJ sekaligus menjadi Dosen Pembimbing Utama, serta kepada Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Anggota sekaligus menjadi orang tua kedua yang telah banyak memberikan bimbingan, pengarahan, koreksi dan saran sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Penulis juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM.,M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Ketua Penguji, Christyana Sandra, S.KM.,M.Kes, selaku Sekretaris Penguji, dan Dyah Kusworini Indriaswati, S.KM.,M.Si, selaku Anggota Penguji yang telah banyak memberikan masukan bagi skripsi saya agar menjadi lebih baik;
3. Semua guru-guru TK Dharmawanita 3 Sumberingin, SDN 3 Sumberingin, MTsN Model Trenggalek, dan SMAN 1 Trenggalek, serta seluruh dosen FKM UNEJ beserta staf-staf nya yang dengan senang hati memberikan ilmu bermanfaat dan membantu proses kelancaran skripsi ini;
4. Teman-teman seperjuangan PKIP 2014 FKM UNEJ
5. Teman-teman angkatan 2014 FKM UNEJ yang tidak dapat disebutkan satu per satu, terus berjuang jangan menyerah dan jangan pernah lelah;
6. Teman seperjuangan dari kota asal Lia, Desy;

7. Teman-teman di organisasi PH~9 yang telah memberikan pelajaran dalam berorganisasi;
8. Teman-teman Kost Badrun Mbak Wulan, Mbak Atik yang dapat menjadi tempat keluh kesah dalam keadaan susah maupun senang;
9. Mas Brian sebagai saudara saya satu-satunya yang telah mendukung saya dalam berbagai hal. Kakak ipar saya, Mbak Yanu yang telah rela mendengarkan segala keluh kesah dan banyak memberikan motivasi selama saya kuliah.
10. Bripda Jefri yang telah menemani saya dalam menempuh Pendidikan Sarjana dan mendukung dalam berbagai hal;
11. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu;

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya, penulis menyampaikan terima kasih.

Jember, 21 Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>MOTTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN</b> .....	<b>v</b>
<b>PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>ix</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xix</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI</b> .....	<b>xx</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>7</b>
<b>1.3 Tujuan</b> .....	<b>7</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	<b>7</b>
1.3.2 Tujuan Khusus .....	<b>7</b>
<b>1.4 Manfaat</b> .....	<b>8</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	<b>8</b>
1.4.2 Manfaat Praktis .....	<b>8</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1 Kesehatan Jiwa</b> .....	<b>10</b>
<b>2.2 Gangguan Jiwa</b> .....	<b>10</b>
2.2.1 Pengertian Gangguan Jiwa.....	<b>10</b>
2.2.2 Penyebab Gangguan Jiwa .....	<b>11</b>
2.2.3 Klasifikasi Gangguan Jiwa.....	<b>17</b>

2.2.4	Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa.....	17
2.2.5	Orang dengan Gangguan Jiwa .....	21
<b>2.3</b>	<b>Perilaku.....</b>	<b>22</b>
2.3.1	Konsep Perilaku .....	22
2.3.2	Jenis Perilaku .....	22
<b>2.4</b>	<b>Tindakan Pencarian Pengobatan ODGJ .....</b>	<b>24</b>
2.4.1	Hal-hal yang Dapat Mempengaruhi Pencarian Pengobatan Pada ODGJ .....	26
2.4.2	Hubungan Perilaku Pencarian Pengobatan dengan Kesembuhan ODGJ.....	33
<b>2.5</b>	<b>Keluarga .....</b>	<b>35</b>
2.5.1	Definisi Keluarga .....	35
2.5.2	Tipe Keluarga.....	36
2.5.3	Struktur Keluarga.....	38
2.5.4	Fungsi Keluarga .....	39
<b>2.6</b>	<b>Teori Lawrence Green.....</b>	<b>40</b>
<b>2.7</b>	<b>Kerangka Teori.....</b>	<b>42</b>
<b>2.8</b>	<b>Kerangka Konseptual.....</b>	<b>43</b>
<b>2.9</b>	<b>Hipotesis Penelitian.....</b>	<b>44</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>45</b>
<b>3.1</b>	<b>Jenis Penelitian.....</b>	<b>45</b>
<b>3.2</b>	<b>Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>45</b>
<b>3.3</b>	<b>Populasi dan Sampel Penelitian.....</b>	<b>45</b>
3.3.1	Populasi Penelitian .....	45
3.3.2	Sampel Penelitian.....	46
<b>3.4</b>	<b>Teknik Pengambilan Sampel .....</b>	<b>47</b>
<b>3.5</b>	<b>Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....</b>	<b>48</b>
3.5.1	Variabel Penelitian .....	48
3.5.2	Definisi Operasional .....	49
3.5.3	Roadmap Penelitian .....	53
<b>3.6</b>	<b>Data dan Sumber Data Penelitian .....</b>	<b>54</b>

<b>3.7 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....</b>	<b>54</b>
3.7.1 Teknik Pengumpulan Data.....	54
3.7.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	55
<b>3.8 Teknik Penyajian dan Analisis Data.....</b>	<b>56</b>
3.8.1 Teknik Penyajian Data.....	56
3.8.2 Analisis Data.....	56
<b>3.9 Validitas dan Uji Realibilitas.....</b>	<b>57</b>
3.9.1 Hasil Uji Validitas dan Realibilitas Instrumen.....	58
<b>3.10 Alur Penelitian.....</b>	<b>59</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>60</b>
<b>4.1 Hasil Penelitian.....</b>	<b>60</b>
4.1.1 Distribusi Karakteristik Keluarga dari Orang Dengan Gangguan Jiwa.....	60
4.1.2 Distribusi Faktor Genetik, Pengetahuan, dan Sikap Keluarga terkait Tindakan Pencarian Pengobatan Orang Dengan Gangguan Jiwa.....	62
4.1.3 Distribusi Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Orang Dengan Gangguan Jiwa.....	68
4.1.4 Distribusi Tindakan Keluarga dalam Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa.....	69
4.1.5 Hasil Tabulasi Silang antara Faktor Predisposisi dengan Tindakan Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).....	70
4.1.6 Hasil Tabulasi Silang antara Faktor Pendukung (Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional) dengan Tindakan Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).....	74
<b>4.2 Pembahasan.....</b>	<b>75</b>
4.2.1 Gambaran Karakteristik Responden.....	75
4.2.2 Gambaran Faktor Genetik, Pengetahuan dan Sikap Responden.....	78



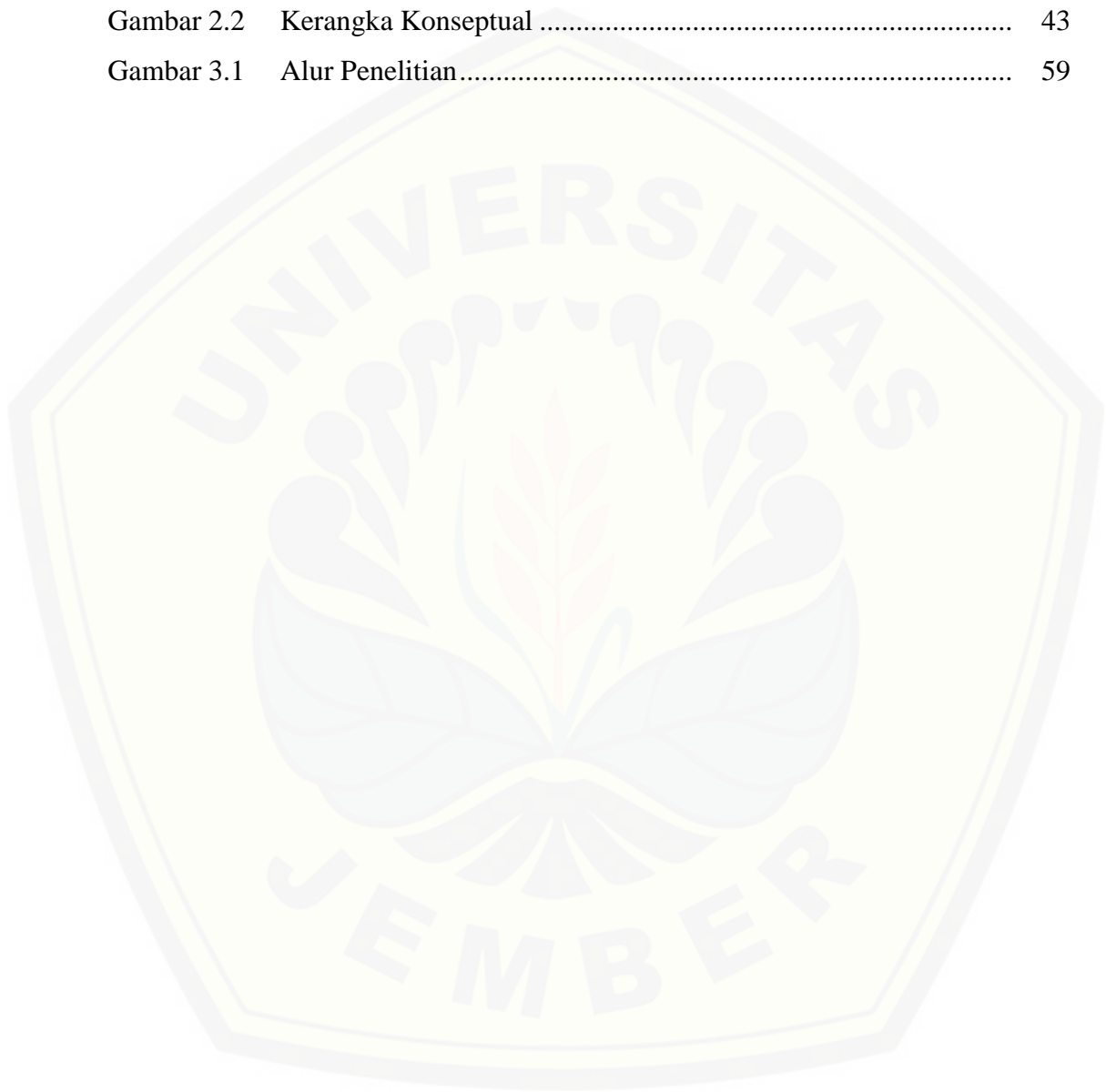
4.2.3	Gambaran Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional ..	89
4.2.4	Tindakan Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa.....	91
4.2.5	Hubungan Faktor Predisposisi dengan Tindakan Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa.....	97
4.2.6	Hubungan Faktor Pendukung (Kepesertaan Jaminan) Kesehatan Nasional dengan Tindakan Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa .....	107
4.2.7	Keterbatasan Penelitian.....	108
<b>BAB 5. PENUTUP.....</b>		<b>109</b>
5.1	<b>Kesimpulan.....</b>	<b>109</b>
5.2	<b>Saran... ..</b>	<b>111</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>113</b>
<b>Lampiran .....</b>		<b>125</b>

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 3.1 Sampel Per Puskesmas.....	47
Tabel 3.2 Variabel, Definisi Operasional, Cara pengukuran, Identifikasi, dan Skala.....	49
Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden .....	60
Tabel 4.2 Distribusi Faktor Genetik, Pengetahuan, dan Sikap .....	62
Tabel 4.3 Deskripsi tentang Pengetahuan Responden Terkait Tindakan Pengobatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).....	63
Tabel 4.4 Deskripsi tentang Sikap Responden Terkait Tindakan Pengobatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).....	66
Tabel 4.5 Distribusi kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional.....	68
Tabel 4.6 Distribusi Tindakan Keluarga dalam Pencarian Pengobatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) .....	69
Tabel 4.7 Deskripsi Tindakan Pencarian Pengobatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).....	70
Tabel 4.8 Hasil Tabulasi silang antara Faktor Predisposisi dengan Tindakan Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).....	71
Tabel 4.9 Hasil Tabulasi silang antara Faktor Pendukung (Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional) dengan Tindakan Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) .....	75

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 Teori Lawrence Green .....	42
Gambar 2.2 Kerangka Konseptual .....	43
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	59



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran A. Lembar Persetujuan ( <i>Informed Consent</i> ).....	125
Lampiran B. Kuesioner Penelitian.....	126
Lampiran C. Surat Ijin Pengambilan Data.....	139
Lampiran D. Surat Ijin Uji Validitas Kuesioner .....	141
Lampiran E. Surat Ijin Penelitian .....	142
Lampiran F. Hasil Output SPSS.....	144
Lampiran G. Dokumentasi Penelitian.....	168

## DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

### Daftar Singkatan

APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ATM Pasung	: Administrasi Terpadu Manajemen Pasung
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPS	: Badan Pusat Statistik
DUP	: <i>Duration Of Untreated Psychosis</i>
Germas	: Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Kemensos	: Kementerian sosial
KIS	: Kartu Indonesia Sehat
ODGJ	: Orang Dengan Gangguan Jiwa
Puspensos	: Pusat Penyuluhan Sosial
SD	: Sekolah Dasar
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMTA	: Sekolah Menengah Tingkat Atas
SPM	: Standar Pelayanan Minimum
WHO	: <i>World Health Organization</i>

### Daftar Notasi

%	: Persen
<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
≤	: Kurang dari sama dengan
≥	: Lebih dari sama dengan

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa menyatakan bahwa kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang agar dapat mencapai kualitas hidup yang baik serta memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. ODGJ dalam Undang-Undang Kesehatan Jiwa Nomor 18 tahun 2014 adalah seseorang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia. Pada zaman dahulu masalah kesehatan jiwa dimulai saat onset terjadinya sampai seseorang mengalami gejala-gejala. Pada kondisi saat ini telah terjadi pergeseran usia dimana gangguan jiwa terjadi mulai pada usia remaja dan hal tersebut jarang sekali dideteksi sejak dini (Yosep, 2007:31). Pada masa remaja, seseorang mempunyai tugas-tugas perkembangan dan dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan. Adanya hambatan dalam tahap perkembangan ini dapat menimbulkan masalah kesehatan jiwa bila tidak terselesaikan dengan baik. Dampak selanjutnya jika hambatan tersebut tidak dapat diatasi oleh dirinya sendiri maka akan muncul gangguan psikotik yang bisa berlanjut sampai masa dewasa (Nasriati,2011:4). Oleh karena itu gangguan jiwa ini masih menjadi perhatian yang sangat penting dari berbagai lintas sektor baik pemerintah maupun masyarakat, hal ini dikarenakan gangguan jiwa menghabiskan biaya pelayanan kesehatan yang besar (Idaiani dalam Kemenkes RI, 2013:125).

Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan adalah sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas atau sekitar 14 juta orang. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat seperti skizofrenia adalah 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang (Kemenkes RI, 2014). Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia bervariasi pada masing-masing provinsi, dalam hal ini

Jawa Timur menduduki peringkat keempat prevalensi gangguan jiwa tertinggi yaitu dengan angka 2,2‰ (Kemenkes RI, 2013:125)

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mencatat sedikitnya 731 warga penderita gangguan jiwa di 26 kabupaten/kota masih dipasung karena tidak adanya biaya untuk melakukan pengobatan. Pada program kesehatan jiwa Provinsi Jawa Timur mempunyai program ATM Pasung. Program ini direalisasikan dalam bentuk verifikasi dan validasi data, pendekatan keluarga, dan pembebasan pasien pasung melalui kerjasama dengan rumah sakit jiwa (RSJ), dan selanjutnya melakukan rehabilitasi sosial, resosialisasi atau pengembalian kepada keluarga, serta pendampingan sosial (Putra, 2017).

Kabupaten Jember menduduki peringkat ke empat terbanyak kasus gangguan jiwa berat setelah Pacitan, Malang dan Bangkalan Madura (Ahmadi, 2015). Jember merupakan salah satu Kabupaten di Jawa Timur yang memiliki program bebas pasung yang disebut Gerdu Jebung (Gerakan Terpadu Jember Bebas Pasung) yang menargetkan Tahun 2019 Jember bebas pasung (Memo Timur, 2016). Selain itu di Kabupaten Jember juga telah menerapkan SPM (Standar Pelayanan Minimum) yang dalam hal ini direalisasikan dalam bentuk pelayanan promotif dan preventif untuk meningkatkan kesehatan jiwa, mengadakan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas, dan mengadakan edukasi serta evaluasi terkait kesehatan jiwa di masyarakat (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2017:22). Pada Peraturan Bupati Kabupaten Jember Nomor 8 Tahun 2015 juga menyatakan bahwa Pemerintah Kabupaten Jember menyediakan dana 100% untuk transportasi droping kasus gangguan jiwa untuk dirujuk ke Rumah Sakit Jiwa. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2017 jumlah orang dengan gangguan jiwa terdaftar sebanyak 248 jiwa, dengan berbagai macam penanganan. Sebanyak 38 jiwa dari 31 Kecamatan ODGJ masih dipasung oleh keluarganya, sedangkan ODGJ yang mendapatkan penanganan dan sudah lepas pasung yaitu sebanyak 179 jiwa dari 31 kecamatan, dan 15 diantaranya bukan pasung, serta lainnya belum diketahui penanganannya.

Kecamatan Puger merupakan salah satu kecamatan yang mempunyai prevalensi penduduk dengan gangguan jiwa yang tinggi dari 31 kecamatan di

Kabupaten Jember yaitu mempunyai jumlah ODGJ sebanyak 26 orang (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember 2017). Berdasarkan hasil studi pendahuluan, ternyata di Puger terdapat 86 ODGJ dengan rincian 40 ODGJ terdaftar di Puskesmas Kasiyan, dan 46 ODGJ terdaftar di Puskesmas Puger. Rata-rata mereka yang mempunyai gangguan jiwa pernah dipasung (Dinas Sosial Kabupaten Jember, 2017).

Upaya pemerintah untuk ODGJ juga telah dicanangkan Menteri Kesehatan Republik Indonesia yaitu program bebas pasung. Pada program ini Gubernur Jawa Timur menindaklanjuti program dari Kementerian Kesehatan untuk menargetkan tahun 2014 Jawa Timur bebas dari orang dipasung, yang dimulai awal Januari tahun 2014 sudah tidak ada lagi pasien yang dipulangkan dari Rumah Sakit di Jawa Timur karena tidak mampu membiayai pengobatannya. Program bebas pasung terdapat tiga poin, yaitu membebaskan dari pemasangan, mencegah pemasangan, dan terakhir mencegah yang sudah dibebaskan dipasung kembali (BAPPEDA Jatim, 2014).

Pada program Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2016 yang dituangkan dalam GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) terdapat 12 indikator capaian keluarga hidup sehat yang salah satu diantaranya terdapat pada indikator ke-8 yaitu penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak diterlantarkan (Kemenkes RI, 2016:12). Indikator ke-8 ini menjelaskan bahwa penderita gangguan jiwa mendapatkan pendampingan keluarga, baik berupa motivasi maupun dalam ketekunan minum obat. Saat ini penderita gangguan jiwa bukan lagi hal yang ditakutkan karena dengan minum obat, pendampingan serta memotivasi penderita, mereka dapat hidup normal dalam lingkungan sosial yang kondusif bahkan mampu hidup produktif (Kemenkes RI, 2017:21).

Keluarga merupakan kelompok terkecil yang ada di lingkungan individu. Berawal dari keluarga seseorang individu didapatkan bentuk kepribadian, karakter dan perilaku yang bermacam-macam. Sebagai pembentuk sikap dan kepribadian, keluarga mempunyai peran yang penting sebagai pelayanan kesehatan di dalam unit terkecil. Karena masalah kesehatan yang ada di dalam suatu keluarga akan saling mempengaruhi keluarga itu sendiri dan lingkungannya baik dari segi



kesehatan, sosial maupun ekonomi. Hal itu dibuktikan oleh penelitian Yiyin *et al.* (2014:3-4) yang menyatakan bahwa keluarga yang mengalami stigma tinggi tidak mendapat dukungan dari teman dan orang terdekat. Kurangnya dukungan dari keluarga akan berdampak penundaan dan keterlambatan mencari bantuan ke pelayanan kesehatan (Nasriati, 2017:61). Menurut Hartanto (2014:8) berdasarkan hasil penelitian dari Puspitasari pada tahun 2009 keluarga memberikan dukungan kepada penderita, walaupun setiap keluarga memiliki bentuk tersendiri. Oleh karena itu dalam hal ini keluarga mempunyai peranan yang penting untuk membantu pengobatan penderita gangguan jiwa.

Pengobatan penderita gangguan jiwa merupakan sebuah *journey of challenge* atau perjalanan yang penuh tantangan yang harus berkelanjutan. Pengobatan ke pelayanan kesehatan yang tidak rutin maka akan berdampak pada kesembuhan ODGJ, karena pengobatan yang dilakukan oleh penderita gangguan jiwa bisa sampai seumur hidup. Pada umumnya ODGJ dirawat dan diberi pengobatan di rumah sakit. Setelah membaik dan dipulangkan dari rumah sakit, kemudian tidak ada penanganan khusus yang berkelanjutan, sehingga ODGJ tidak mendapatkan kesembuhan yang berarti (Suryani dalam Hendriyana, 2013). Ketiadaan biaya membuat pengobatan ODGJ ke pelayanan kesehatan dihentikan. Hal itu dikarenakan biaya yang telah dikeluarkan pada pengobatan ODGJ tidak terlihat hasilnya pada kesembuhannya (Halida, 2016:82).

Usaha keluarga untuk pelaksanaan pengobatan pada orang dengan gangguan jiwa dilakukan pada pengobatan profesional yang berupa pil dan suntikan dari tenaga kesehatan, pengobatan non profesional yang berupa dukun dan kyai, serta penanganan sendiri yang berupa meminumkan pil yang dibeli sendiri (Halida *et al.*, 2016:82-83). Hasil dari penelitian yang dilaksanakan Younan *et al.* (2017:5) menyatakan bahwa perilaku pencarian pengobatan pada gangguan jiwa dilakukan dengan cara mengunjungi praktisi umum, psikolog, psikiater, serta mengunjungi layanan gangguan mental. Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti menemukan bahwa pencarian pengobatan ODGJ dilakukan pada kyai ataupun dukun untuk penyembuhannya. Keadaan ekonomi keluarga dari kalangan menengah kebawah menyebabkan keluarga berfikir bahwa pengobatan secara non

medis ke kyai atau dukun mudah dilakukan dan tidak memerlukan biaya yang tinggi. Kesalahan pemahaman terkait ODGJ dengan pengobatannya dapat mengakibatkan kecacatan karena ODGJ dianggap mengalami kerasukan hal-hal gaib, sehingga dalam pengobatannya seringkali ODGJ dipukul bagian-bagian tubuh tertentu sebagai upaya pengobatan untuk menghilangkan hal-hal gaib yang mengganggu tubuhnya. Selain itu keluarga dari ODGJ juga mencari pengobatan dengan membawa ODGJ ke rumah sakit jiwa. Setelah keluar dari rumah sakit jiwa biasanya keluarga membawa ke puskesmas untuk meneruskan pengobatannya.

Kurangnya pengetahuan keluarga terkait penanganan ODGJ membuat penanganannya terlambat. Pengetahuan memegang peranan penting dalam pencarian pengobatan, berdasarkan hasil penelitian dari Ariana (2016:71) dari 41 responden yang diteliti, 21 responden (51,2%) mempunyai tingkat pengetahuan kurang, 10 responden (24,4%) mempunyai tingkat pengetahuan cukup, dan 10 responden (24,4%) dengan tingkat pengetahuan baik. Pengetahuan yang kurang ini juga disebabkan karena pendidikan yang rendah. Ternyata pendidikan yang rendah juga akan mempengaruhi pengetahuan dan tindakannya dalam pencarian pengobatan. Sejalan dengan hal tersebut Lestari dan Wardhani menyatakan bahwa kurangnya pengetahuan terhadap akses pelayanan kesehatan jiwa, serta adanya anggapan masyarakat bahwa penyakit kejiwaan dianggap sebagai kutukan dari Tuhan, hukuman atas dosa di kehidupan masa lalu, atau manifestasi dari roh-roh jahat dapat menghambat upaya penyembuhan bagi pasien gangguan jiwa (Lestari dan Wardhani, 2014:163). Hal lain yang dapat menghambat pengobatan terkait dengan pengetahuan yaitu ketidaktahuan keluarga tentang pandangan yang negatif pada ODGJ dan keluarga menganggap gangguan jiwa bukanlah suatu penyakit yang dapat diobati dan disembuhkan (Hawari dalam Sulistyorini, 2013:8).

Sikap yang dimiliki oleh keluarga juga menentukan perilaku dalam pencarian pengobatan. Hasil penelitian dari Ariana (2016:72) dari 41 responden yang diteliti terdapat 20 responden (48,8%) memiliki sikap yang kurang dalam melakukan pencarian pengobatan, 10 responden (24,4%) memiliki sikap yang cukup dalam melakukan pencarian pengobatan, dan 11 responden (26,4%) memiliki sikap yang baik dalam melakukan pencarian pengobatan, hal tersebut

disebabkan rasa malu untuk mengunjungi fasilitas kesehatan. Sejalan dengan hal tersebut Lestari dan Wardhani (2014:163) menyatakan bahwa belum berhasilnya pengobatan disebabkan sikap keluarga yang tidak mau terlihat mengunjungi rumah sakit jiwa dan atau pelayanan konsultasi psikologi/psikiatris. Rasa malu sering menghantui benak keluarga, dan menjadi bersikap apatis serta sering mengelak bila diajak konsultasi ke psikiater (Syaharia dalam Sulistyorini, 2013:6). Hasil penelitian dari Ching Wu *et al.* (2016:289) juga menyatakan bahwa memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa dapat mencemarkan nama keluarga dan menimbulkan rasa malu bagi keluarga, sehingga akan mempengaruhi keluarga dalam pencarian pengobatan bagi anggota keluarga yang mempunyai gangguan jiwa. Keadaan yang demikian seringkali membentuk sikap tertutup pada keluarga.

Kesehatan individu sebagai suatu sistem biologis dipengaruhi oleh garis keturunan (genetika). Pada perilaku pencarian pengobatan berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Puger dan Kasiyan menyatakan bahwa adanya faktor genetik pada keluarga yang mengalami gangguan jiwa mempengaruhi perilaku pencarian pengobatannya yaitu anggota keluarga yang terlebih dahulu menderita gangguan jiwa dijadikan referensi dalam pengobatannya. Apabila keluarga yang terlebih dahulu menderita gangguan jiwa sudah berobat dan mengalami kesembuhan, maka keluarga ODGJ yang masuk dalam keturunannya akan melakukan pengobatan ke pelayanan yang sama dengan pengobatan yang telah dilakukan anggota keluarga sebelumnya.

Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk meneliti gambaran perilaku keluarga dalam pencarian pengobatan bagi ODGJ di Kecamatan Puger Kabupaten Jember. Hal ini disebabkan Kecamatan Puger merupakan salah satu kecamatan yang mempunyai prevalensi penduduk dengan gangguan jiwa yang tinggi dari 31 kecamatan di Kabupaten Jember. Peneliti menggunakan teori Lawrence Green yang dapat memberikan gambaran dalam pencarian pengobatan yang didasari atas faktor predisposisi yang terdiri dari karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan keluarga, lama sakit anggota keluarga, hubungan kekerabatan, tipe keluarga, genetik, pengetahuan dan

sikap. Serta faktor pendukung yang berupa kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang sudah diuraikan, rumusan masalah dari penelitian ini adalah bagaimana gambaran perilaku keluarga dalam pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di Kecamatan Puger Kabupaten Jember Tahun 2017?

## 1.3 Tujuan

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian adalah untuk menggambarkan perilaku keluarga dalam pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) tahun 2017 di Kecamatan Puger Kabupaten Jember.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik keluarga dari orang dengan gangguan jiwa (ODGJ).
- b. Mengidentifikasi genetik, pengetahuan, dan sikap dalam tindakan pencarian pengobatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).
- c. Mengidentifikasi faktor pendukung berupa keikutsertaan Jaminan Kesehatan Nasional dalam tindakan pencarian pengobatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).
- d. Mengidentifikasi tindakan pencarian pengobatan keluarga bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)
- e. Menganalisis hubungan faktor predisposisi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, lama sakit anggota keluarga, hubungan kekerabatan, tipe keluarga, pengetahuan, sikap, genetika), dengan tindakan pencarian pengobatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)

- f. Menganalisis hubungan faktor pendukung (kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional) dengan tindakan pencarian pengobatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Data dan hasil penelitian akan dijadikan rujukan tambahan informasi bagi pihak-pihak yang membutuhkan baik dari kalangan akademisi, masyarakat, atau peneliti yang berkaitan dengan penelitian ini.

##### **1.4.2 Manfaat Praktis**

- a. **Bagi Keluarga**

Hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan dan informasi kepada keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa.

- b. **Bagi Masyarakat**

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi pada masyarakat mengenai upaya keluarga dalam pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ).

- c. **Bagi Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi bagi Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan untuk mengoptimalkan upaya promotif dalam penanggulangan permasalahan terkait orang dengan gangguan jiwa (ODGJ).

- d. **Bagi Puskesmas**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi untuk mengoptimalkan penanggulangan dan upaya pengobatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)

- e. **Bagi Pendidikan Kesehatan Masyarakat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi bagi pendidikan kesehatan masyarakat dalam penyusunan program sebagai upaya

promotif dan preventif terkait penanganan masalah orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) yang ada di masyarakat.

f. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya terkait pencarian pengobatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Kesehatan Jiwa

Menurut Undang-Undang No.18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa menyatakan bahwa kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kesehatan jiwa bukan hanya tidak ada gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya (WHO dalam Yosep, 2007:1). Menurut Videback (2007:3) kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif, dan kestabilan emosional.

### 2.2 Gangguan Jiwa

#### 2.2.1 Pengertian Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa merupakan satu dari tiga penyebab disabilitas dan mempengaruhi seluruh komunitas (Wardhani dan Astridya, 2016:100). Menurut PPDGJ III gangguan jiwa adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Maramis dalam Yusuf *et al.*, 2015:8). Gangguan jiwa merupakan deskripsi sindrom dengan variasi penyebab. Banyak yang belum diketahui dengan pasti dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis. Pada umumnya ditandai adanya di masa lalu

gangguan jiwa dipandang sebagai kerasukan setan, hukuman karena pelanggaran sosial atau agama, kurang minat atau semangat, dan pelanggaran norma sosial (Videback, 2007: 3-4). Penyimpangan yang fundamental, karakteristik dan pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar atau tumpul (Maslim dalam Yusuf *et al.*, 2015:8).

### 2.2.2 Penyebab Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa adalah gejala-gejala patologik dominan berasal dari unsur psike. Hal ini bukan berarti unsur-unsur yang lain tidak terganggu, karena yang sakit dan menderita ialah manusia seutuhnya dan bukan hanya badannya, jiwanya atau lingkungannya (Yosep, 2007:64). Gejala umum atau gejala yang menonjol pada gangguan jiwa terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin di badan (somatogenik), di lingkungan sosial (sosiogenik) ataupun di psike (psikogenik). Biasanya pada gangguan jiwa tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, kemudian terjadi gangguan badan atau jiwa (Yosep, 2007:65). Secara umum penyebab gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor-faktor pada ketiga unsur yang terus menerus saling mempengaruhi yaitu (Yosep, 2007:66-78) :

- a. Faktor-faktor somatik (somatogenik) atau organobiologis yang meliputi neroanatomi, nerofisiologi, nerokimia, tingkat kematangan dan perkembangan organik, faktor-faktor pre dan perinatal
- b. Faktor-faktor psikologik (psikogenik) atau psikoedukatif yang meliputi interaksi ibu dan anak (apabila normal akan timbul rasa percaya namun apabila abnormal maka akan timbul perasaan tidak percaya dan kebimbangan), peranan ayah, persaingan antara saudara kandung, inteligensi, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permainan dan masyarakat, kehilangan yang mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu atau rasa salah, konsep diri (pengertian identitas diri sendiri lawan peranan yang tidak menentu),



keterampilan, bakat, kreativitas, pola adaptasi dan pembelaan sebagai reaksi terhadap bahaya, dan tingkat perkembangan emosi

- c. Faktor-faktor sosio-budaya (sosiogenik) atau sosiokultural yang meliputi kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan (perkotaan/pedesaan), masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka dan fasilitas kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, pengaruh rasial dan keagamaan serta nilai-nilai.

Menurut sumber asalnya, sebab-sebab perilaku abnormal dapat digolongkan sedikitnya menjadi tiga, yaitu faktor biologis, faktor psikososial, dan faktor sosiokultural (Supratikya, 2009:25-35) :

#### 1. Faktor Biologis

Yang dimaksud dengan faktor biologis adalah berbagai keadaan biologis atau jasmani yang dapat menghambat perkembangan maupun fungsi pribadi dalam kehidupan sehari-hari, seperti kelainan gen, kurang gizi, penyakit dan sebagainya. Pengaruh faktor-faktor biologis lazimnya bersifat menyeluruh. Artinya, mempengaruhi seluruh aspek tingkah laku, mulai kecerdasan sampai daya tahan terhadap stres. Beberapa jenisnya yang terpenting adalah sebagai berikut (Coleman, Butcher dan Carson dalam Supratikya, 2009:25) :

##### a. Cacat Genetik

Keadaan ini biasanya berupa anomali atau kelainan kromosom. Kelainan struktur atau jumlah kromosom, misalnya dapat menimbulkan aneka cacat dengan gangguan kepribadian. Contohnya *sindrom down* yaitu sejenis keterbelakangan mental akibat adanya trisomi dalam struktur kromosom penderita, *sindrom klinefelter* yaitu sejenis kelainan berupa tubuh pria namun dengan sifat wanita akibat kelebihan kromosom X pada kromosom jenis kelamin XXY.

##### b. Kelemahan konstitusional

konstitusi adalah struktur (*makeup*) biologis individu yang relatif menetap akibat pengaruh-pengaruh genetik atau lingkungan sangat awal, termasuk lingkungan pranatal. Konstitusi mencakup beberapa aspek sebagai berikut :

### 1) Fisik atau bangun tubuh

Menurut Sheldon dalam Supratiknya (2009:25) tiga macam bangun tubuh yaitu *endormofik* (pendek dan gemuk), *mesomorfik* (sedang dan berotot), *ektomorfik* (jangkung dan kurus). Fisik *per se* bukan merupakan penyebab psikopatologi tetapi mempengaruhi jenis gangguan yang akan diderita seseorang bila suatu saat ia terkena stres berat. Misalnya orang yang berfisik *endomorfik* cenderung rentan terhadap gangguan afeksi berupa perubahan tak menentu antara perasaan gembira dan sedih yang bersifat ekstrim (psikosis manik-depresif), orang yang berfisik *mesomorfik* cenderung rentan terhadap gangguan delusi berupa pikiran bahwa dirinya terkutuk dan dikejar-kejar (psikosis paranoid), sedangkan orang yang berfisik *ektomorfik* cenderung rentan terhadap gangguan berupa menarik diri secara ekstrim (psikosis skizofrenik).

### 2) Cacat fisik

Cacat fisik dibedakan atas cacat kongenital atau cacat bawaan, yaitu cacat yang sudah dibawa sejak lahir, dan cacat yang diperoleh sesudah lahir. Pengaruh dari suatu cacat bergantung pada cara individu yang bersangkutan menerima/memandang dan menyesuaikan diri dengan keadannya tersebut (menjadi minder, dan sebagainya) serta perlakuan masyarakat terhadap dirinya. Banyak anak yang memiliki cacat tertentu menjadi nakal, kiranya karena kedua faktor tersebut yaitu penerimaan diri dan perlakuan lingkungan sosialnya.

### 3) Kecenderungan reaksi primer

Kecenderungan reaksi primer meliputi kepekaan, tempramen, tingkat aktivitas, dan cara-cara khas bereaksi terhadap frustrasi. Tiga faktor yang pertama mempengaruhi cara interaksi individu dengan lingkungan sosialnya. Interaksi dengan lingkungan sosial itu selanjutnya akan menentukan besar kecilnya kemungkinan seseorang mengalami masalah. Anak yang memiliki tingkat aktivitas yang tinggi, misalnya cenderung lebih mudah menjadi masalah. Sedangkan faktor yang keempat akan menentukan cara seseorang bereaksi terhadap stres. Sebagai contoh ada orang yang

menjadi sulit tidur atau menderita jenis gangguan lain setiap kali mengalami stres.

c. Deprivasi Fisik

Malnutrisi atau kekurangan gizi di masa bayi dapat menghambat pertumbuhan fisik, melemahkan daya tahan terhadap penyakit, menghambat pertumbuhan otak dan berakibat menurunkan tingkat intelegensi. Pada masa dewasa, misalnya karena menjalani diet terlalu ketat, keadaan ini dapat berakibat menurunkan daya tahan seseorang terhadap stres dan meningkatkan kemungkinannya terkena psikosis atau gangguan mental lain. Selain itu, akibat negatif malnutrisi dapat menurun ke generasi tersebut.

d. Proses-Proses Emosi yang Berlebihan

Gejolak emosi ekstrim yang berlangsung singkat dapat mengganggu kemampuan seseorang untuk bereaksi secara tepat dalam situasi-situasi darurat. Korban dalam berbagai bentuk bencana atau musibah, yang sering adalah orang-orang yang cenderung mudah panik. Bila berlangsung dalam jangka panjang, gejolak emosi ekstrim itu dapat berakibat negatif terhadap penyesuaian diri orang yang bersangkutan secara keseluruhan. Misalnya berakibat munculnya gejala-gejala penyakit tertentu yang sulit disembuhkan, seperti gangguan pernafasan (asma), gatal-gatal dan sebagainya, jenis-jenis penyakit yang disebut gangguan psikosomatik.

e. Patologi Otak

Yang dimaksud adalah gangguan-gangguan organik atau penyakit yang langsung mengganggu atau bahkan melumpuhkan fungsi otak. Gangguan ini dapat bersifat sementara, misalnya suhu badan yang tinggi atau keracunan, atau dapat pula bersifat permanen, misalnya infeksi sipilis. Suhu badan tinggi dan keracunan dapat menimbulkan delirium atau kekacauan mental, misalnya bentuk mengigau yang bersifat sementara, sedangkan infeksi sipilis yang menyerang otak akan menimbulkan gangguan psikosis tertentu yang sulit disembuhkan.

## 2. Faktor Psikososial

Yang termasuk dalam faktor psikososial diantaranya :

### a. Trauma di masa kanak-kanak

Trauma (psikologis) adalah pengalaman yang menghancurkan rasa aman, rasa mampu, dan harga diri, sehingga menimbulkan luka psikologis yang sulit disembuhkan sepenuhnya. Trauma psikologis yang dialami pada masa kanak-kanak cenderung akan tersu dibawa sampai ke masa dewasa, lebih-lebih bila trauma tersebut tidak pernah disadari oleh lingkungan sosial anak dan dicoba disembuhkan. Akibatnya, bila kemudian hari sudah dewasa anak itu mengalami kejadian yang mengingatkannya kembali pada trauma yang pernah dialaminya itu, maka luka lama itu pun akan muncul kembali dan menimbulkan gangguan atau masalah padanya.

### b. Deprivasi parental

Yang dimaksud deprivasi parental adalah tiadanya kesempatan untuk mendapatkan rangsangan emosi dari orang tua, berupa kehangatan, kontak fisik, rangsangan intelektual, emosional, dan sosial. Ada beberapa kemungkinan sebab, misalnya dipisahkan dari orang tua dan ditiptikan di panti asuhan, kurangnya perhatian dari pihak orang tua kendati tinggal bersama orang tua di rumah.

### c. Hubungan orang tua dengan anak yang patogenik.

Yang dimaksud dengan hubungan yang patogenik adalah hubungan yang tidak serasi, dalam hal ini antara orang tua dan anak yang berakibat menimbulkan masalah atau gangguan tertentu pada anak. Pola hubungan orang tua-anak yang bersifat patogenik diantaranya adalah penolakan, overproteksi dan sikap serba mengekang, menuntut secara tidak realistis, bersikap terlalu lunak pada anak dan memanjakan, disiplin yang salah, komunikasi yang kurang atau komunikasi yang irasional, serta teladan buruk dari pihak orang tua.

### d. Struktur keluarga yang patogenik

Struktur keluarga sangat menentukan corak komunikasi yang berlangsung antara para anggotanya. Struktur keluarga tertentu melahirkan pola

komunikasi yang kurang sehat, dan selanjutnya berpengaruh terhadap munculnya gangguan perilaku pada sebagian anggotanya. Ada setidaknya empat macam struktur keluarga yang dapat melahirkan gangguan pada anggota keluarganya yaitu keluarga yang tidak becus/ tidak mampu menghadapi problem sehari-hari dalam kehidupan keluarga, keluarga antisosial, keluarga yang tidak akur dan keluarga yang bermasalah, keluarga yang tidak utuh.

e. Stres berat

Stres adalah keadaan yang menekan, khususnya secara psikologis. Keadaan ini dapat ditimbulkan oleh berbagai sebab, seperti frustrasi yang menyebabkan hilangnya harga diri, yang disebabkan oleh berbagai macam faktor, misalnya kegagalan dalam berbagai bidang kehidupan, kehilangan sesuatu yang berharga, keterbatasan yang melampaui batas. Hal lain yang dapat menyebabkan stress yaitu konflik nilai dan tekanan kehidupan modern.

3. Faktor Sosiokultural

Faktor – faktor sosiokultural meliputi keadaan objektif dalam masyarakat atau tuntutan dari masyarakat yang dapat berakibat timbulnya tekanan pada individu dan selanjutnya melahirkan berbagai bentuk gangguan seperti suasana perang dan suasana kehidupan yang meliputi kekerasan, terpaksa menjalankan peran sosial yang berpotensi menimbulkan gangguan, menjadi korban prasangka dan diskriminasi berdasarkan suku, agama, ras, afiliasi politik, dan sebagainya, resesi ekonomi dan kehilangan pekerjaan, perubahan sosial dan iptek yang sangat cepat, melampaui kemampuan wajar orang untuk menyesuaikan diri.

Hal-hal supranatural seperti santet dan guna-guna bukan merupakan faktor yang dapat menyebabkan gangguan jiwa. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian gangguan jiwa yaitu faktor pengalaman traumatis, faktor biologis, faktor psikoedukasi, faktor *copying*, faktor stressor psikososial, dan faktor pemahaman dan keyakinan agama seseorang (Suryani, 2013:9).

### 2.2.3 Klasifikasi Gangguan Jiwa

Klasifikasi gangguan jiwa menurut PPDGJ-III (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia) dalam Yusuf *et al.* (2015:10) adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simtomatik)
- b. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif
- c. Skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham.
- d. Gangguan suasana perasaan (mood / afektif)
- e. Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stres
- f. Sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik
- g. Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa
- h. Retardasi mental
- i. Gangguan perkembangan psikologis
- j. Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja

### 2.2.4 Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik maupun dengan mental. Berikut ini merupakan tanda dan gejala gangguan jiwa menurut Yosep (2007:83) :

#### a. Gangguan Kognisi

Kognisi adalah suatu proses mental yang dengannya seseorang individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya baik lingkungan dalam maupun lingkungan luarnya (fungsi mengenal). Bagian-bagian dari proses kognisi bukan merupakan kekuatan yang terpisah-pisah, tetapi sebenarnya merupakan cara seseorang individu untuk berfungsi dalam hubungannya dengan lingkungannya. Proses kognisi meliputi sensasi dan persepsi, perhatian, ingatan, asosiasi, pertimbangan, pikiran, dan kesadaran.

## 1. Gangguan sensasi dan persepsi

- a) Sensasi atau penginderaan adalah pengetahuan atau kesadaran akan suatu rangsang . Terdapat 6 macam sensasi yaitu rasa kecap, rasa raba, rasa cium, penglihatan, pendengaran, dan kesehatan. Untuk setiap sensasi harus ada rangsang yang dapat diartikan sebagai setiap perubahan energi luar yang dapat menimbulkan suatu jawaban.
- b) Persepsi atau penerapan adalah kesadaran akan suatu rangsang yang dimengerti. Jadi persepsi adalah sensasi ditambah dengan pengertian, yang didapat dari proses interaksi dan asosiasi macam-macam rangsang yang masuk atau dengan perkataan lain dapat disebut sebagai pengalaman tentang benda-benda dan kejadian-kejadian yang ada pada saat itu.

## 2. Gangguan persepsi

- a) Ilusi adalah suatu persepsi yang salah / palsu dimana ada atau pernah ada rangsangan dari luar. Ilusi sering terjadi di dalam kehidupan sehari-hari , seorang dapat mengekspresikan emosi atau motivasi yang sangat kuat dengan melakukan interpretasi yang salah terhadap gambaran penginderaan. Keadaan tersebut biasanya secara sadar direpresi dan nantinya secara dinamis akan diinterpretasikan sebagai ilusi.
- b) Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsang dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang khayal, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang terpepsi. Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional, psikotik maupun histerik.

## b. Gangguan Perhatian

Perhatian adalah pemusatan dan konsentrasi energi menilai dalam suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsang. Agar suatu perhatian dapat memperoleh hasil, harus ada 3 syarat yang dipenuhi yaitu inhibisi (rangsang yang tidak termasuk objek perhatian disingkirkan), apersepsi (yang dikemukakan hanya hal yang berhubungan erat dengan objek perhatian), adaptasi (alat-alat yang digunakan harus berfungsi baik karena diperlukan untuk penyesuaian terhadap

objek pekerjaan). Beberapa gangguan perhatian yaitu *distraktibiliti*, *aproseksia*, dan *hiperproksia*.

c. Gangguan Ingatan

Ingatan (kenangan, memori) adalah kesanggupan untuk mencatat, menyimpan, memproduksi isi dan tanda-tanda kesadaran. Jadi proses ingatan terdiri dari 3 unsur yaitu pencatatan, penyimpanan, dan pemanggilan kembali. Gangguan ingatan terjadi bila terdapat gangguan pada satu/ lebih dari 3 unsur tersebut. Faktor yang mempengaruhi adalah keadaan jasmaniah (kelelahan, sakit kegelisahan), dan umur. Sesudah usia 50 tahun fungsi ingatan akan berkurang secara bertahap. Beberapa bentuk gangguan ingatan yaitu *amnesia*, *hipernemisia*, *paramnesia*.

d. Gangguan asosiasi

Asosiasi adalah proses mental yang dengannya suatu perasaan, kesan atau gambaran ingatan cenderung untuk menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon/ konsep lain yang memang sebelumnya berkaitan dengannya. Dalam kehidupan mental normal, proses asosiasi terjadi secara terus menerus dengan pola-pola tertentu. Faktor-faktor yang menentukan pola-pola dalam proses asosiasi antara lain keadaan lingkungan pada saat itu, kejadian- kejadian yang baru terjadi, pelajaran dan pengalaman sebelumnya, harapan-harapan dan kebiasaan seseorang, kebutuhan dan riwayat emosionalnya. Beberapa bentuk gangguan asosiasi adalah *retardasi*, kemiskinan ide, *perseversi*, *flight of ideas*, *inkohorensi*, *Blocking*, dan *aphasia*.

e. Gangguan Pertimbangan

Pertimbangan (penilaian) adalah suatu proses mental untuk membandingkan/ menilai beberapa pilihan dalam suatu kerangka kerja dengan memberikan nilai-nilai untuk memutuskan maksud dan tujuan dari suatu aktivitas. Dalam beberapa buku masalah pertimbangan dibahas dalam gangguan proses berpikir (isi pikiran) beberapa bentuk waham.

f. Gangguan Pikiran

Proses berpikir normal mengandung arus ide, simbol dan asosiasi yang terarah pada tujuan dan yang dibangkitkan oleh suatu masalah atau tugas yang dapat



menghantar pada suatu penyelesaian yang berorientasi pada kenyataan. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses berpikir yaitu faktor somatik (gangguan otak dan kelelahan), faktor psikologik (gangguan emosi dan psikosa), dan faktor sosial (kegaduhan dan keadaan sosial tertentu). Beberapa bentuk gangguan proses berpikir yaitu gangguan bentuk pikiran, gangguan arus atau jalan pikiran, dan gangguan isi pikiran.

g. Gangguan Kesadaran

Kesadaran adalah kemampuan seseorang untuk mengadakan hubungan dengan lingkungan serta dirinya sendiri melalui pancaindera dan melakukan pembatasan terhadap lingkungan serta dirinya sendiri. Bila kesadaran itu baik, maka terjadi orientasi (waktu tempat dan orang) dan pengertian yang baik pula serta informasi akan digunakan secara efektif (melalui ingatan dan pertimbangan). Bentuk-bentuk gangguan kesadaran yaitu kesadaran kuantitatif, kesadaran kualitatif, dan gangguan orientasi.

h. Gangguan Kemauan

Kemauan adalah suatu proses dimana keinginan-keinginan dipertimbangkan untuk kemudian diputuskan untuk dilaksanakan sampai mencapai tujuan. Bentuk-bentuk gangguan kemauan yaitu *abulia*, *negativisme*, kekakuan, kompulsi.

i. Gangguan Emosi dan Afek

Emosi adalah suatu pengalaman sadar dan memberikan pengaruh pada aktivitas tubuh dan menghasilkan sensasi organik dan kinetis. Afek adalah kehidupan perasaan atau nada perasaan emosional seseorang, menyenangkan atau tidak, yang menyertai suatu pikiran, biasa berlangsung lama dan jarang disertai komponen fisiologik. Bentuk-bentuk gangguan emosi dan afek yaitu *euforia*, *elasi*, *eksaltasi*, *ekklasi*, *inappropriate*, afek yang kaku, emosi labil, cemas dan depresi, *ambivalensi*, apatis, emosi yang tumpul dan datar.

j. Gangguan Psikomotor

Psikomotor adalah gerakan badan yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa, sehingga merupakan afek bersama yang mengenai badan dan jiwa. Juga meliputi kondisi, perilaku motorik atau aspek motorik dari suatu perilaku. Bentuk-bentuk gangguan psikomotor yaitu aktivitas yang meningkat, aktivitas yang menurun,

aktivitas yang terganggu atau tidak sesuai, aktivitas yang berulang-ulang, *otomatisme, negativisme, aversi*.

#### 2.2.5 Orang dengan Gangguan Jiwa

Menurut Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa menyatakan bahwa Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

Menurut Asmarawati (2013:48) terdapat berbagai konsep yang menyebutkan pengertian pasien gangguan jiwa yaitu:

- a. Konsep *organobiologik* menyatakan bahwa pasien gangguan jiwa adalah seseorang yang mungkin menderita kelainan pada otaknya yang ditinjau dari aspek biokimiawi, faali maupun anatomis.
- b. Konsep *psikoedukatif* mengajarkan bahwa kelainan jiwa terjadi akibat gangguan atau hambatan pada perkembangan kepribadian. Gangguan atau hambatan tersebut dapat terjadi pada pematangan (*maturasi*), atau pada interaksi personal dengan tokoh-tokoh yang berperan dalam perkembangan kepribadian pada proses belajar (menuju kedewasaan).
- c. Konsep *sosiokultural* mengajarkan bahwa perkembangan kepribadian sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai yang merupakan patokan yang kemudian akan menjadi bagian pada kepribadian seseorang. Konflik-konflik di dalam masyarakat baik dalam kelompok kecil maupun kelompok besar menyebabkan seseorang dituntut untuk beradaptasi dengan konflik tersebut. Apabila gagal, ia akan menunjukkan kelainan-kelainan yang dianggap sebagai gangguan jiwa.

## 2.3 Perilaku

### 2.3.1 Konsep Perilaku

Menurut Skinner (dalam Notoatmodjo, 2012:131) perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organism (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon setiap orang berbeda. Dengan demikian perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, baik faktor eksternal maupun internal (Luthviatin *et al.* 2012:73).

Skinner dalam Notoatmodjo (2012:131-132) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena itu perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme merespon. Skinner membedakan ada dua respon, yaitu :

- a. *Respondent response* atau reflexive, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon yang relatif cepat. Misalnya makanan yang lezat menimbulkan reaksi untuk makan. *Respondent response* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih atau menangis, lulus ujian meluapkan kegembiraannya dengan mengadakan pesta, dan sebagainya.
- b. *Operant Response* atau *instrumental response*, yakni respon yang timbul dan berkembang diikuti oleh stimulus dan perangsang tertentu. Perangsang ini disebut dengan *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respons.

### 2.3.2 Jenis Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2013:132) dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

a. Perilaku tertutup (*covert behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/ kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*

b. Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*) yang dengan mudah dapat diamati oleh orang lain.

Seperti telah disebutkan diatas, sebagian besar perilaku manusia adalah *operant response*. Oleh sebab itu untuk membentuk jenis respons atau perilaku perlu diciptakan adanya suatu kondisi yang disebut dengan *operant conditioning*. Prosedur pembentukan perilaku dalam *operant conditioning* ini menurut skinner (dalam Notoatmodjo, 2013:133) adalah sebagai berikut:

1. Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah-hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
2. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
3. Menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.
4. Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun. Apabila komponen pertama telah dilakukan, maka hadiahnya diberikan. Hal ini akan mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Kalau ini sudah terbentuk maka dilakukan komponen (perilaku) yang kedua kemudian diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi). Demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan komponen

ketiga, keempat, dan selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk.

#### 2.4 Tindakan Pencarian Pengobatan ODGJ

Masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit dan tidak merasakan sakit (*disease but not illness*) sudah tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya tersebut. Tetapi bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha (Notoatmodjo, 2012:223).

Dari beberapa hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pada beberapa daerah terdapat perbedaan pola pencarian pengobatan. Hal ini dikarenakan tidak hanya satu faktor saja yang mempengaruhi, yaitu faktor-faktor lain seperti adanya perbedaan karakteristik demografi penduduk dan juga faktor-faktor sosial budaya yang menyebabkan tidak digunakannya fasilitas kesehatan. Penggunaan pelayanan kesehatan dapat diukur berdasarkan unit keluarga dan tidak dapat diukur dalam hubungannya dengan individu (Sarwono dalam Saragih, 2016:24).

Young dalam Saragih (2016:25) menyatakan bahwa terdapat tiga pertanyaan pokok yang digunakan dalam pengambilan keputusan pencarian pengobatan yaitu:

- a. Alternatif yang dipandang masyarakat untuk mampu menyelesaikan masalahnya, Pengobatan sendiri, pengobatan tradisional, paramedis, dokter dan rumah sakit merupakan alternatif yang dimaksudkan.
- b. Kriteria yang digunakan untuk memilih salah satu dari berbagai alternatif yang ada. Kriteria yang dimaksudkan adalah keparahannya, pengetahuan yang berkaitan tentang pengalaman sakit atau pengobatannya, keyakinan seseorang terkait efektivitas obat dan juga pengobatan, serta keterjangkauan biaya dan jarak.
- c. Proses pengambilan keputusan yang digunakan untuk memilih alternatif. Proses pengambilan keputusan diawali dengan diterimanya informasi, diprosesnya berbagai informasi dengan kemungkinan serta dampaknya, Selanjutnya

pengambilan keputusan yang telah didapatkan dari berbagai kemungkinan untuk kemudian dilaksanakannya.

Menurut Notoatmodjo (2012:223-224) dalam merespons sakit yang dideritanya, masyarakat mempunyai berbagai macam respons, diantaranya :

1. Tidak bertindak atau tidak melakukan apa-apa

Ini disebabkan oleh kondisi yang sakit tersebut tidak mengganggu kegiatan mereka sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apa pun *symptom* atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Selain itu masih banyak juga masyarakat yang beranggapan bahwa kesehatan belum merupakan prioritas utama dalam hidup dan kehidupannya. Alasan lain juga dikarenakan fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes, tidak responsif, dan sebagainya. Sehingga akhirnya alasan takut dokter, takut pergi ke rumah sakit, takut biaya, dan sebagainya.

2. Tindakan mengobati sendiri (*self treatment*)

Alasan dari tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasar pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.

3. Tindakan berobat ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*).

Untuk masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan lain. Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan-gangguan fisik. Identik dengan pencarian pengobatan pun lebih berorientasi kepada sosial- budaya masyarakat daripada hal- hal yang dianggap masih asing.

4. Tindakan mencari pengobatan dengan membeli obat-obat warung- warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya, termasuk tukang-tukang jamu.

Obat- obat yang mereka dapatkan pada umumnya adalah obat- obat yang tidak memakai resep sehingga sulit untuk dikontrol. Namun demikian sampai sejauh

pemakaian obat- obat bebas oleh masyarakat belum mengakibatkan masalah yang serius.

5. Tindakan berobat ke fasilitas-fasilitas pengobatan yang modern yang diadakan pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan puskesmas, dan rumah sakit.
6. Tindakan mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*).

#### 2.4.1 Hal-hal yang Dapat Mempengaruhi Pencarian Pengobatan Pada ODGJ

Menurut Lestari dan Wardhani (2014:163) gangguan jiwa diperparah oleh kemiskinan, kurang pengetahuan terhadap akses layanan kesehatan jiwa, kurangnya sistem pendukung baik dari pelayanan kesehatan, keluarga maupun lingkungan sekitar

##### a. Usia

Usia merupakan tingkat kedewasaan karena semakin tinggi usia seseorang maka pengetahuan merekapun bertambah, karena pengetahuan yang mereka dapatkan bukan hanya berasal dari lingkungan tingkat pendidikan, tetapi pengalaman mereka menghadapi realita kehidupan yang menuju kematangan pemikiran (Sya'diyah, 2016:36). Seorang yang mempunyai usia diatas 30 tahun cenderung untuk mencarikan pengobatan keluarganya secara optimal ke pelayanan kesehatan daripada pengobatan tradisional, dikarenakan mungkin adanya pengalaman yang kurang baik terhadap pengobatan tradisional. Apapun akan dilakukan oleh keluarga apabila hal tersebut dapat membantu dalam penyembuhannya. Keluarga tidak mempermasalahkan masalah sumber daya yang ada, hal yang paling penting yaitu untuk kesembuhan penderita gangguan jiwa tersebut (Waskitho, 2015: 52-53).

##### b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin memiliki pengaruh terhadap pengambilan keputusan keluarga dalam memilih pengobatan. Jenis kelamin perempuan lebih banyak memilih pengobatan secara tradisional dari pada pengobatan medis. Hal ini dikarenakan

dalam mengambil keputusan dalam pencarian pengobatan tidak didominasi oleh laki-laki saja, dan beberapa keputusan dalam keluarga tidak selamanya bergantung pada laki-laki (Supriadi, 2014:90).

c. Pendidikan

Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi yang menunjang kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang maka akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Pengobatan tradisional bukan hanya dilakukan oleh seseorang yang memiliki pendidikan rendah saja, namun pengobatan tradisional juga dilakukan oleh seseorang yang memiliki pendidikan yang tinggi (Supriadi, 2014:93). Persentase yang tinggi pada keluarga yang memiliki pendidikan rendah akan mempengaruhi dukungan keluarga bagi orang dengan gangguan jiwa yaitu terutama pada pengetahuan dan perawatan penyakitnya (Nasriati, 2017:61).

d. Jenis Pekerjaan

Jenis pekerjaan seseorang akan berpengaruh pada pengetahuannya. Seseorang yang sibuk bekerja hanya memiliki waktu sedikit untuk memperoleh informasi karena waktu yang dimilikinya akan habis di lahan kerja, sedangkan masyarakat yang tidak bekerja memiliki waktu untuk memperoleh informasi. Tetapi lingkungan kerja juga dapat menjadikan seseorang memperoleh tambahan pengetahuan, hal ini dikarenakan lingkungan pekerjaan yang baik akan dapat memberikan informasi dan pengalaman secara langsung maupun tidak langsung dalam kaitannya dengan pencarian pengobatan (Sya'diyah, 2016:37).

e. Lama Sakit Anggota Keluarga

Keluarga yang mempunyai anggota keluarga menderita gangguan jiwa dengan lama sakit  $> 1$  tahun memiliki jenis pencarian pengobatan beragam daripada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan sakit  $< 1$  tahun. ODGJ yang mempunyai lama sakit lebih dari 1 tahun akan berusaha diobatkan ke



pengobatan medis, karena keluarga telah melakukan berbagai hal dan mendapatkan hasil dari pengobatannya. Sehingga dari pengalaman yang didapatkan, keluarga akan cenderung melakukan ke pengobatan medis (Hardiyanti, 2015:180).

f. Hubungan Kekerabatan

Hubungan kekerabatan yang dekat akan membuat keluarga mempunyai tanggung jawab yang besar untuk merawat ODGJ. Hubungan kekerabatan sebagai saudara kandung, saudara ipar, anak, orang tua, dan sebagai pasangan akan berpengaruh signifikan terhadap pengobatan ODGJ, karena mereka akan berusaha mencarikan pengobatan untuk kesembuhan ODGJ. Keluarga akan merasa bersalah jika sebagai orang terdekat tidak berusaha mengobati ODGJ (Janardhana *et al.*, 2015:187).

g. Tipe Keluarga

Tipe keluarga akan menentukan seseorang dalam pencarian pengobatan bagi ODGJ. Seseorang yang mempunyai tipe keluarga besar akan mudah dalam penyembuhannya, karena dalam proses pengobatannya ODGJ akan banyak dibantu oleh keluarga yang lainnya. Banyaknya anggota keluarga yang ada pada lingkungan ODGJ juga akan membantu dalam memberikan pertimbangan dalam pencarian pengobatan bagi ODGJ (Janardhana *et al.*, 2015:187).

h. Genetika

Genetik merupakan faktor yang dapat mempengaruhi seseorang menderita gangguan jiwa, dan seseorang yang menderita gangguan jiwa maka akan mempunyai peluang 3 kali menderita gangguan jiwa (Wahyuningsih, 2015:7). Pengobatan yang dilakukan keluarga cenderung mengikuti anggota keluarga lainnya yang pernah mengalami gangguan jiwa, karena mereka keluarga menganggap bahwa penyebab gangguan jiwa yang sama maka penyembuhannya juga dilakukan dengan cara yang sama. Gangguan jiwa dapat diwariskan secara tidak langsung pada keturunan kedua, hal ini sesuai dengan hukum segregasi Mendel yaitu apabila gen gangguan jiwa berada pada kromosom gen perempuan (X) maka seluruh keturunan perempuan keturunan

pertama akan menjadi gen pembawa karena tidak ada hal yang dapat membawa gen tersebut dari ayah ke anak laki-laki (Gershon, 2013:53).

i. Tersedianya Fasilitas Kesehatan

Tersedianya Fasilitas pelayanan kesehatan bagi ODGJ akan menjadikan pilihan dalam pengobatannya. Tidak dimanfaatkannya fasilitas pelayanan kesehatan oleh ODGJ disebabkan karena faktor jarak antara rumah seseorang dengan fasilitas pelayanan pengobatan yang terlalu jauh, biaya yang tinggi, dan pelayanan yang tidak memuaskan dari fasilitas pelayanan kesehatan. Tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan ini tidak berpengaruh signifikan terhadap pengobatan ODGJ dikarenakan hal tersebut tergantung pada pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga mengenai penyebab seorang menderita gangguan jiwa (Subu, 2015:200).

j. Kelompok Referensi

Kelompok referensi merupakan referensi ataupun acuan dari seseorang yang dipercayai. Pada pencarian pengobatan, kelompok referensi merupakan hal yang diperhatikan, karena apa yang dikatakan maupun diperbuat dari kelompok tersebut akan cenderung dicontoh (Nazira dan Devy, 2015:231). Walaupun menjadi pertimbangan, namun kelompok referensi ini tidak mempunyai pengaruh yang signifikan dengan pencarian pengobatan. Hal tersebut tergantung pada pendirian seseorang dan banyaknya pengetahuan yang didapat (Herdiyanto *et al.*, 2017:128).

k. Stigma dan Dukungan Keluarga

Keterlambatan penanganan gangguan jiwa disebabkan oleh stigma terhadap penderita gangguan jiwa sehingga keluarga akan menolak apabila ada anggota keluarga yang dideteksi memiliki gangguan jiwa (Lestari dan Wardhani, 2014 : 162). Menurut Nasriati (2017:61) Berdasarkan hasil penelitiannya didapatkan data bahwa sebagian besar (60%) keluarga memberikan dukungan buruk dalam merawat penderita gangguan jiwa. Hasil penelitian Yiyin *et al.* (2014:3-4) menyebutkan bahwa keluarga yang mengalami stigma tinggi tidak mendapat dukungan dari teman dan orang terdekat. Pengalaman diskriminasi yang dialami oleh keluarga akan semakin memperparah stigma yang dialami oleh

keluarga, sebaliknya adanya dukungan sosial akan menurunkan stigma yang dialami oleh keluarga sehingga memberikan dampak pada dukungan keluarga kepada anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Salah satu bentuk dukungan yang diberikan keluarga kepada penderita gangguan jiwa adalah dukungan instrumental yang dapat diartikan sebagai keterlibatan keluarga dalam pemberian bantuan pada pelayanan kesehatan. Kurangnya dukungan dari keluarga akan berdampak penundaan dan keterlambatan mencari bantuan ke pelayanan kesehatan (Nasriati, 2017:61).

l. Penolakan yang dilakukan penderita gangguan jiwa

Penolakan atas *labelling* gangguan jiwa dilakukan oleh penderita sendiri menyebabkan penolakan atas pengobatan yang dijalannya. Penelitian yang dilakukan oleh Wardhani *et al.* (dalam Lestari dan Wardhani, 2014:162) menyatakan bahwa salah satu subjek penelitian yang menderita gangguan jiwa berat yang dipasung kedua kakinya pada kayu besar merasa bahwa dia sehat tidak merasa sakit. Subjek tersebut masih bisa diajak berkomunikasi dan menyatakan bahwa dirinya tidak menderita sakit apapun meskipun dipasung, sehingga tidak ada pembenaran logis dalam dirinya untuk rutin meminum obat yang diberikan oleh pihak puskesmas setiap bulan. Obat yang didapatkan biasanya dibuang begitu saja.

m. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti dan Achmad (2016:793) menyatakan bahwa ODGJ yang telah mendapatkan akses kesehatan yaitu berupa kepesertaan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang diupayakan oleh keluarga dan dukungan dari tokoh masyarakat setempat berhasil dilepaskan dari pemasungan, sehingga ia dibawa ke RSJ untuk mendapatkan perawatan.

n. Sikap

Dampak dari pengetahuan keluarga yang kurang terhadap ODGJ akan berpengaruh pada pengobatannya yaitu keluarga bersikap pasrah, dan membiarkan penderita gangguan jiwa untuk dipasung. Pemilihan untuk memasung penderita gangguan jiwa beralasan agar keluarga dapat mengawasinya. Rata-rata pasien *drop out* dari penanganan pelayanan

kesehatan jiwa masih tinggi dikarenakan orang tidak mau terlihat mengunjungi Rumah Sakit Jiwa dan atau pelayanan konsultasi psikologi / psikiatris (Lestari dan Wardhani, 2014:163). Selain itu rasa malu yang ditanggung keluarga menyebabkan penderita gangguan jiwa menutup diri dari lingkungan, sehingga bantuan dari lingkungan sekitar untuk mengobati penderita tidak diperhatikan lagi (Lestari dan Wardhani, 2014:162-163).

o. Pengetahuan

Pengetahuan keluarga yang kurang dapat menyebabkan keterlambatan penanganan orang dengan gangguan jiwa. Hal ini dibuktikan dalam penelitian Lestari dan Wardhani (2014:163) yang menyatakan bahwa kurangnya pemahaman keluarga dan masyarakat akan gejala dini dari gangguan jiwa atau gejala penyakit lainnya dan tidak ada komunikasi yang baik antara dokter dan pasien terkait penyakit yang didiagnosa epilepsi atau autisme membuat penanganan kesehatan yang tidak tepat. Pengetahuan keluarga yang kurang terkait penyebab gangguan jiwa juga dapat mempengaruhi perilaku pencarian pengobatannya. Keluarga yang menganggap gangguan jiwa disebabkan oleh faktor supranatural melakukan pencarian pengobatan ke pengobata non medis (Purnama *et al.*, 2016:35). Masyarakat sebagian besar masih kurang informasi tentang proses penyakit gangguan jiwa berat, dan banyak membayangkan bahwa penderita gangguan jiwa kehilangan pikiran mereka secara permanen dan lebih baik dilakukan pemasangan (Lestari dan Wardhani, 2014:164).

p. Kepercayaan

Masyarakat masih beranggapan bahwa penyakit kejiwaan dianggap sebagai kutukan dari Tuhan, hukuman atas dosa di kehidupan masa lalu, atau manifestasi dari roh-roh jahat (Lestari dan Wardhani, 2014:163). Pada penelitian yang dilakukan oleh Nasriati (2017:6) ditemukan sebagian besar keluarga mencari bantuan ke non medis untuk mengatasi gejala gangguan jiwa yang dialami oleh anggota keluarganya. Ini membuktikan bahwa keyakinan gangguan jiwa karena roh jahat atau supranatural masih cukup tinggi di masyarakat sehingga turut berperan dalam terbentuknya stigma negatif pada

penderita gangguan jiwa dan berdampak pada stigma tinggi yang dirasakan oleh keluarga.

q. Pendapatan Keluarga

Menurut Suryani (dalam Hendriyana, 2013) Penderita gangguan jiwa sulit untuk langsung sembuh dalam sekali perawatan. Gangguan jiwa diperparah oleh kemiskinan (Lestari dan Wardhani, 2014:163). Ketiadaan biaya membuat pengobatan ODGJ ke pelayanan kesehatan dihentikan, biaya yang telah dikeluarkan pada pengobatan ODGJ tidak terlihat pada kesembuhannya (Halida, 2016:82). Pengobatan yang dilakukan ke pengobatan non profesional dilakukan karena keluarga tidak tega untuk memasukkan ke rumah sakit jiwa, melihat ODGJ yang disuntik dan minum pil dan akhirnya tidak sembuh, selain itu pengobatan yang dilakukan ke pengobat non profesional dilakukan karena keluarga tidak mempunyai biaya untuk melakukan pengobatan ke pengobatan profesional. (Halida, 2016:83). Hasil penelitian dari Nasriati (2017:62) menunjukkan bahwa hampir seluruh responden (96%) mempunyai penghasilan < Rp. 1.200.000 yang artinya dibawah UMR wilayah yang diteliti. Faktor sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau penghasilan keluarga klien, semakin tinggi tingkat ekonomi keluarga akan lebih memberikan dukungan dan pengambilan keputusan dalam merawat anggota. Menurut Friedman (dalam Nasriati, 2017:62-63) semakin tinggi tingkat ekonomi keluarga akan lebih memberikan dukungan dan pengambilan keputusan dalam merawat orang dengan gangguan jiwa. Keluarga dengan kelas sosial ekonomi yang berlebih secara finansial akan mempunyai tingkat dukungan keluarga yang memadai. Penghasilan keluarga merupakan salah satu wujud dari dukungan intrumental yang akan digunakan dalam mencari pelayanan kesehatan jiwa dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

r. Budaya

Budaya membawa penderita gangguan jiwa dan atau keluarga datang ke pelayanan kesehatan akan membentuk mental mereka dan mempengaruhi jenis pelayanan kesehatan mental yang mereka dapatkan. Demikian juga budaya

dokter dan sistem pelayanan mempengaruhi diagnosis, pengobatan, dan organisasi dan pembiayaan jasa. Pasien dengan gangguan jiwa berat mungkin berperilaku abnormal selama fase akut dari penyakit mereka. Perilaku yang dianggap menyimpang mereka diberi label aneh atau tidak stabil. Diagnosis gangguan jiwa dapat menyebabkan stereotip sebagai tidak terduga, berbahaya, aneh atau tidak berguna. (Lestari dan Wardhani, 2014:164).

s. Petugas Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Kurnia, 2015:62) menunjukkan bahwa peran petugas kesehatan dalam menyampaikan informasi yang jelas tentang penyakit skizofrenia kepada keluarga pasien akan berdampak pada penanganan orang dengan gangguan jiwa. Sehingga apabila keluarga pasien tidak paham dengan penyakit yang diderita pasien, maka akan menimbulkan persepsi yang salah yang mempengaruhi pengetahuan keluarga.

#### 2.4.2 Hubungan Perilaku Pencarian Pengobatan dengan Kesembuhan ODGJ

Maramis (dalam Yusuf *et al.*, 2015:274) mengidentifikasi penyebab gangguan jiwa dapat berasal dari masalah fisik, kondisi kejiwaan (psikologis), dan masalah sosial (lingkungan). Apabila gangguan jiwa disebabkan karena masalah fisik, yaitu terjadinya gangguan keseimbangan neurotransmitter yang mengendalikan perilaku manusia, maka pilihan pengobatan pada farmakologi. Apabila penyebab gangguan jiwa karena masalah psikologis, maka dapat diselesaikan secara psikologis. Apabila penyebab gangguan karena masalah lingkungan sosial, maka pilihan terapi difokuskan pada manipulasi lingkungan. Karena itu setiap pengobatan yang dilakukan harus juga memperhatikan ketiga aspek tersebut sebagai satu kesatuan.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka pengobatan pada gangguan jiwa dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu (Yusuf *et al.*, 2015:274) :

- 1) Somatoterapi (badan), dengan tujuan untuk memberikan pengaruh-pengaruh langsung yang berkaitan dengan badan, misalnya melalui pembedahan, farmakologi, atau fisioterapi

- 2) Psikoterapi (jiwa), dengan maksud untuk secara langsung memberikan pengaruh-pengaruh yang berhubungan dengan kejiwaan. Seperti upaya pencegahan dan penanganan perilaku agresif, intervensi krisis, serta mengembangkan terapi kognitif, perilaku, dan berbagai terapi aktivitas kelompok.
- 3) Manipulasi lingkungan (lingkungan), dengan maksud untuk memberikan pengaruh langsung pada lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosialnya.

Oleh karenanya penderita gangguan jiwa tersebut demi keutuhannya dapat ditolong atau disembuhkan. Akan tetapi, pilihan terapi mana yang akan dilaksanakan, tergantung pada hasil pemeriksaan yang dilakukan. Jarang sekali ODGJ dapat diselesaikan dengan satu terapi. Namun dengan porsi yang berbeda sesuai dengan diagnosis yang ditetapkan (Yusuf *et al.*, 2015:274). Pada proses pengobatan atau penyembuhan suasana terapi memegang peranan yang sangat penting. Pada hal ini perlu diperhatikan faktor lingkungan terutama keluarga, sebab faktor keluarga sering menjadi faktor penentu keberhasilan suatu proses pengobatan (Yusuf *et al.*, 2015:323). Pada proses terapi, faktor sugesti, persuasi, penghargaan, empati, perasaan tulus, jujur, dan memberikan kepercayaan diyakini masih berperan penting dalam penyembuhan ODGJ (Yusuf *et al.*, 2015:325).

Menurut Sarwono dan Subandi (2013:4) berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Zacharias (2006) menyatakan bahwa mayoritas masyarakat pedesaan di Mexico menyembuhkan penderita psikosis menggunakan cara yang disebut *curanderismo*. Teknik ini sebetulnya mengandung teknik terapeutik yang dilakukan oleh tabib atau ahli terapis (*curanderos*) yang melakukan tugasnya seperti psikospiritual. Dalam terapi *curanderismo* dengan beberapa kali kunjungan, pasien didiagnosis dengan menggunakan telur ayam dan lilin. Selanjutnya bahan itu dijadikan alat pemujaan dan persembahan bagi mereka. Pasien akan dianggap sakit jiwa kalau dilakukan dengan ritual dengan alat – alat tersebut, pasien menunjukkan gejala kemasukan roh jahat atau jin ke dalam tubuhnya. Selanjutnya tabib akan memberikan usada dengan cara spiritual dan hipnotis. Menurut Zacharias metode ini terbukti bisa memberikan kesembuhan bagi sebagian kecil masyarakat yang benar-benar percaya pada pengaruh alam

ghaib (Sarwono dan Subandi, 2013:4). Hasil yang serupa ditunjukkan pada penelitian Wijayanti dan Achmad (2016:729) bahwa periode pengobatan yang diberikan kepada subjek penelitiannya dengan memasukkannya ke pondok pengobatan alternatif dengan waktu dua tahun menggunakan metode pengobatan yang digunakan yakni dengan air, zikir, dan doa-doa menunjukkan kebiasaan sering berzikir dan mulai membaik.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Zacha, Wijayanti dan Achmad ternyata tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sarwono dan Subandi (2013:6) bahwa keluarga penderita ODGJ yang cenderung percaya kepada hal mistik upaya penyembuhan pertama dilakukan dengan meminta pertolongan pada ustad, dengan pengandaian bahwa ustad dapat mengusir roh jahat yang ada di tubuh ODGJ. Setelah pergi ke ustad satu ke ustad lain dari pondok pesantren satu dan pesantren lain ternyata ODGJ tidak menemukan kesembuhan. *Duration of Untreated Psychosis (DUP)* didapatkan ketika keluarga membawa ODGJ ke Rumah Sakit Khusus (RSK) untuk mendapatkan *treatment* medis.

## **2.5 Keluarga**

### **2.5.1 Definisi Keluarga**

Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat (Harnilawati, 2013:1). Menurut undang-undang nomor 87 tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga pasal 1 ayat 6, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami isteri, atau suami-isteri dan anak-anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Menurut Duval (dalam Harnilawati, 2013:2) keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota keluarga. Dari beberapa pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa dalam keluarga terdapat ikatan perkawinan dan hubungan darah yang



tinggal bersama dalam satu atap (serumah) dengan peran masing-masing serta keterikatan emosional (Harnilawati, 2013: 3-4). Keluarga dijadikan sebagai unit pelayanan karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling mempengaruhi antara sesama anggota keluarga dan akan mempengaruhi pula keluarga-keluarga yang ada di sekitarnya atau dalam konteks yang luas berpengaruh terhadap negara (Harnilawati, 2013:1).

### 2.5.2 Tipe Keluarga

Menurut Setiadi (2008:5) ada beberapa tipe keluarga yaitu :

#### a. Tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi keduanya.
- 2) Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih memiliki hubungan darah (kakek-nenek dan paman-bibi, keponakan, saudara sepupu, dan sebagainya).

#### b. Modern

Berkembangnya peran individu dan meningkatnya individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain di atas adalah:

##### 1) *Traditional Nuclear*

Keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan pernikahan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

##### 2) *Reconstitute nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui pernikahan kembali suami atau istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari pernikahan lama maupun hasil dari pernikahan baru, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

3) *Niddle age/Aging couple*

Suami sebagai pencari nafkah, istri di rumah atau keduanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah atau perkawinan atau meniti karier.

4) *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang telah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah.

5) *Single parent*

Satu orang tua sebagai akibat dari perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

6) *Dual carier*

Salah satu suami istri atau keduanya meniti karier tanpa anak.

7) *Commuter married*

Salah satu suami istri atau keduanya meniti karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

8) *Single adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.

9) *Three generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

10) *Institusional*

Anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam satu panti.

11) *Comunal*

Satu rumah yang terdiri dari dua atau lebih pasangan dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

12) *Group marriage*

Satu perumahan yang terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu menikah dengan yang lain dan semua sebagai orang tua dari anak-anaknya.

13) *Unmarried parent and child*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama dalam satu rumah tanpa adanya pernikahan yang dikehendaki dan mengadopsi anak.

14) *Cohibing people*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama dalam satu rumah tanpa adanya pernikahan.

15) *Gay and lesbian family*

Keluarga yang dibentuk oleh pasangan berjenis kelamin sama.

### 2.5.3 Struktur Keluarga

Struktur keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat sekitarnya. Suprajitno (dalam Putra, 2013:41-42) mengatakan ada empat elemen struktur keluarga, yaitu :

a. Struktur peran keluarga

Menggambarkan peran masing- masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan peranannya di lingkungan masyarakat atau peran formal dan informal

b. Nilai atau norma keluarga

Menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan

c. Pola komunikasi keluarga

Menggambarkan bagaimana cara dan komunikasi ayah-ibu (orang tua), orang tua dengan anak, anak dengan anak, dan anggota keluarga lain (pada keluarga besar) dengan keluarga inti.

d. Struktur kekuatan keluarga

Menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

#### 2.5.4 Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi pokok keluarga menurut Friedman dalam Harnilawati (2013:9) adalah sebagai berikut :

- a. Fungsi afektif (*the affective function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
- c. Fungsi reproduksi (*the reproduction function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi (*the economic function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan/ pemeliharaan kesehatan (*the health care function*) yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

Menurut Harnilawati (2013:16-17) berdasarkan fungsi keluarga sebagai fungsi perawatan/ pemeliharaan kesehatan, maka fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan yaitu meliputi :

- 1) Mengenal masalah kesehatan keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk

menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan orang lain di sekitar keluarga.

- 3) Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau ke pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
- 4) Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

## 2.6 Teori Lawrence Green

Lawrence Green (dalam Notoatmodjo, 2012: 194-195) mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor yaitu :

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai.
- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban.
- c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut :

$$B = f (PF, EF, RF)$$

dimana :

B = *Behavior*

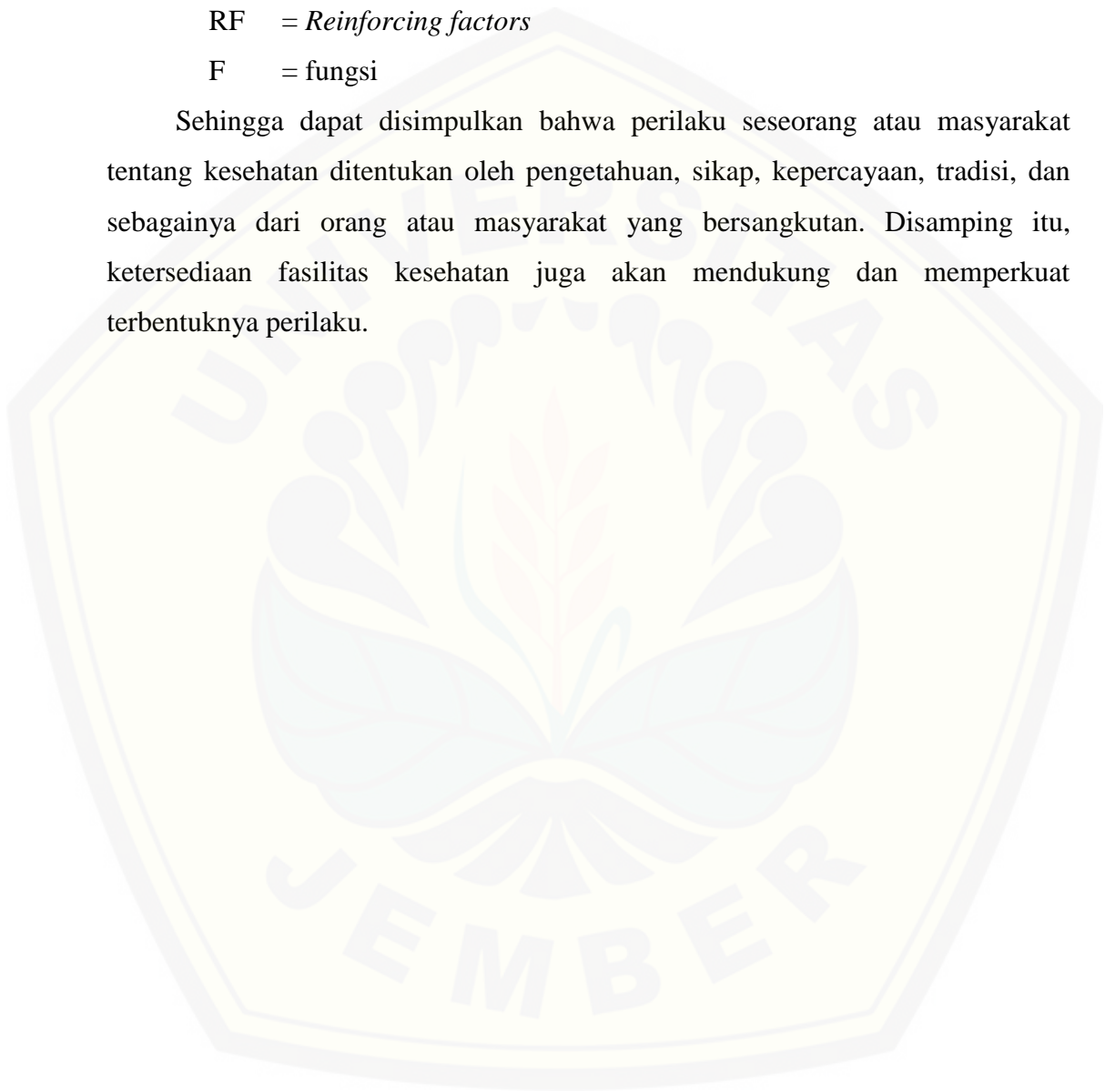
PF = *Predisposing factors*

EF = *Enabling factors*

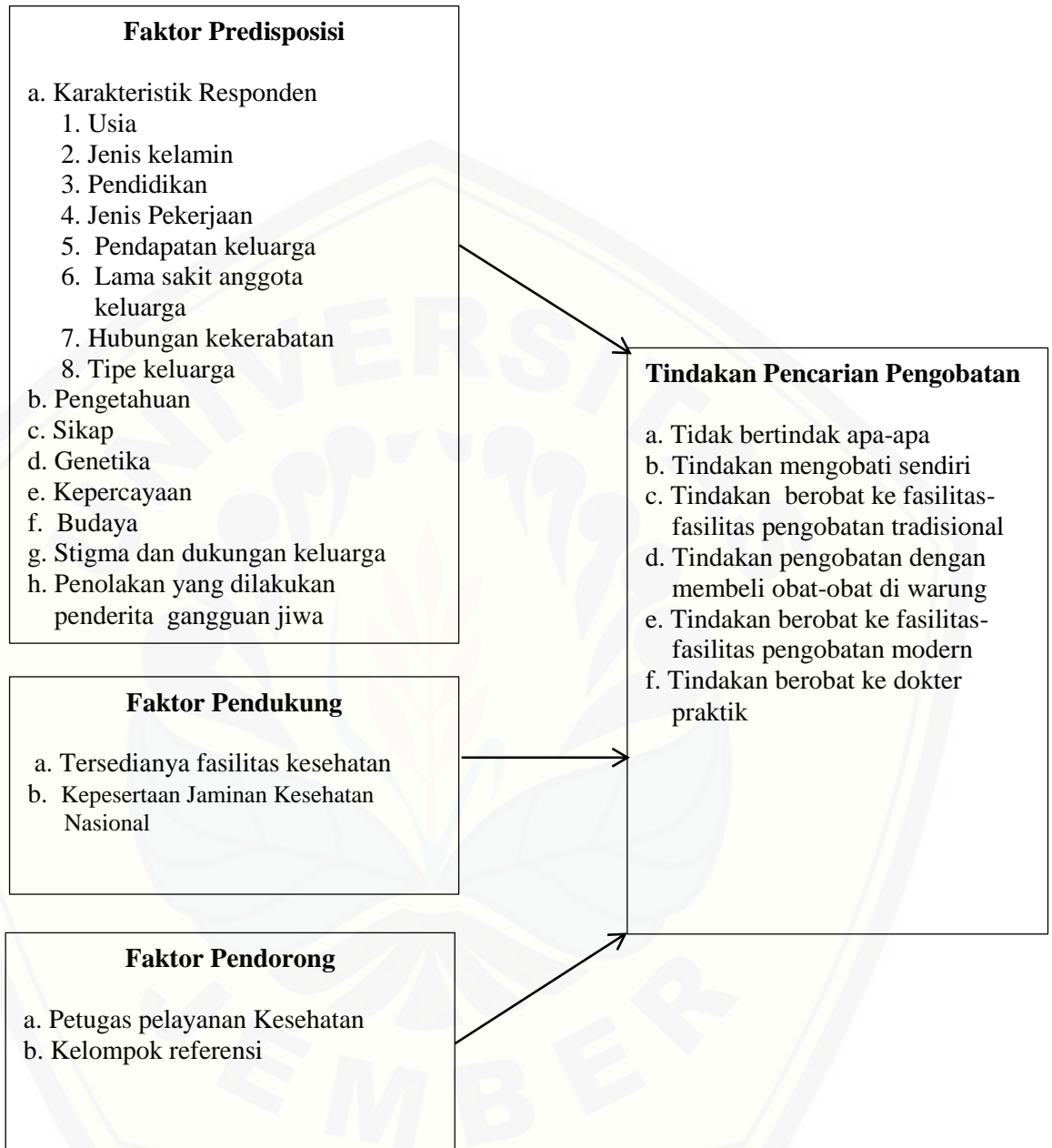
RF = *Reinforcing factors*

F = fungsi

Sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

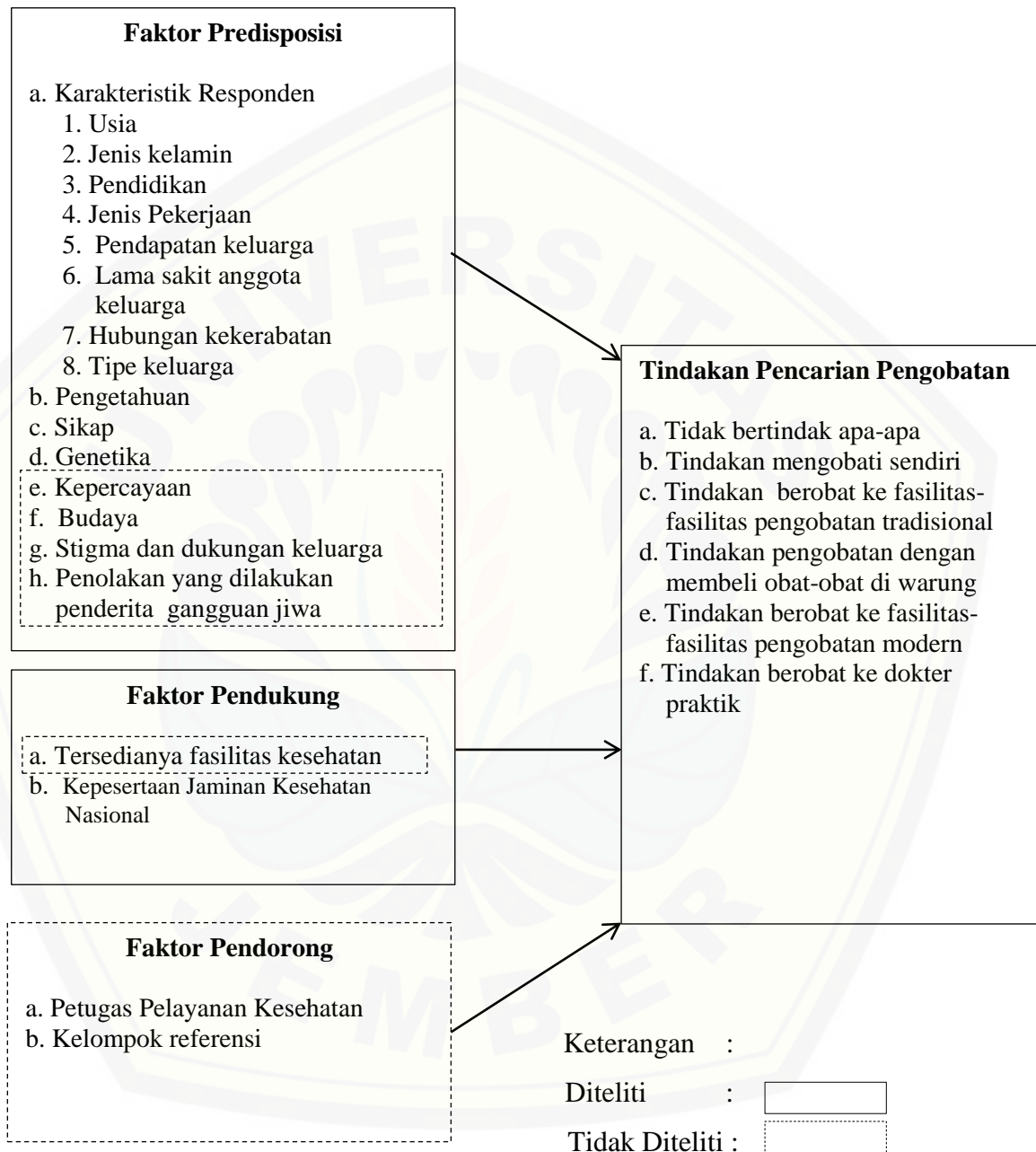


## 2.7 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Teori Lawrence Green (dalam Notoatmodjo, 2012:194-195)

## 2.8 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konseptual



Bagan kerangka konsep tersebut menggunakan teori Lawrence Green yang memaparkan adanya peran faktor predisposisi berupa karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan keluarga, lama sakit anggota keluarga, hubungan kekerabatan, tipe keluarga. Kemudian genetik, pengetahuan, dan sikap. Serta faktor pendukung berupa kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional. Faktor predisposisi berupa genetik merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan seseorang menderita gangguan jiwa, adanya karakteristik responden serta pengetahuan keluarga tentang penyebab seseorang menderita gangguan jiwa akan membentuk sikap keluarga untuk melakukan tindakan pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Faktor pendukung berupa kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional akan mendukung pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ).

## **2.9 Hipotesis Penelitian**

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pernyataan (Sugiyono, 2012 : 64). Hipotesis dari penelitian ini adalah :

1. Terdapat hubungan faktor predisposisi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, lama sakit anggota keluarga, hubungan kekerabatan, tipe keluarga, pengetahuan, sikap, genetika) dengan tindakan keluarga dalam pencarian pengobatan bagi ODGJ.
2. Terdapat hubungan faktor pendukung (kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional) dengan tindakan keluarga dalam pencarian pengobatan bagi ODGJ.

## **BAB 3. METODE PENELITIAN**

### **3.1 Jenis Penelitian**

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan terhadap sekumpulan objek yang bertujuan untuk melihat gambaran fenomena (termasuk kesehatan) yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu (Notoatmodjo, 2010:35). Penelitian deskriptif digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi (Sugiyono, 2015:147). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran perilaku keluarga dalam pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) tahun 2017 di Kecamatan Puger Kabupaten Jember.

### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Puger, Kabupaten Jember. Peneliti memilih untuk melakukan penelitian di daerah ini dikarenakan penderita gangguan jiwa menempati jumlah tertinggi dari 31 Kecamatan di Kabupaten Jember. Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret 2018-Mei 2018.

### **3.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

#### **3.3.1 Populasi Penelitian**

Pada penelitian kuantitatif, populasi diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015:80). Unit sampel pada penelitian ini adalah Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) yang berada di Kecamatan Puger yang terdaftar di wilayah kerja Puskesmas Kasiyan sejumlah 40 orang dan Puskesmas

Puger sejumlah 46 orang, sedangkan unit analisis dari penelitian ini adalah keluarga dekat yang merawat ODGJ dari ODGJ yang berada di Kecamatan Puger yang terdaftar di wilayah kerja Puskesmas Kasiyan dan Puskesmas Puger. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Tidak bersedia menjadi responden penelitian
- b. Berusia kurang dari 20 tahun

### 3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian merupakan bagian dari populasi yang menjadi subjek penelitian yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasinya (Sugiyono, 2015:81). Besar sampel pada penelitian ini dihitung berdasarkan rumus Lemeshow (Lemeshow, 1997:54) :

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha / 2P (1 - P)N}{d^2 (N - 1) + Z^2 1 - \alpha / 2P (1 - P)}$$

keterangan :

N = Besarnya populasi

n = Besar sampel

$Z^2 1 - \alpha$  = Nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada  $\alpha$  tertentu (1,96<sup>2</sup>)

P = Harga proporsi di populasi = 50%

d = Presisi absolut kesalahan (0,1)

Hasil perhitungan sampel dalam penelitian ini dapat diketahui dengan perhitungan

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha / 2P (1 - P)N}{d^2 (N - 1) + Z^2 1 - \alpha / 2P (1 - P)}$$

$$n = \frac{(1,96^2)(0,5)(1 - 0,5)(40 + 46)}{0,1^2 ((40 + 46) - 1) + (1,96^2)(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{(1,96^2)(0,5)(1 - 0,5)(86)}{0,1^2 (86 - 1) + (1,96^2)(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 0,5 \times 0,5 \times 86}{0,01 \times 85 + 3,8416 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{82,5944}{0,85 + 0,9604}$$

$$n = \frac{82,5944}{1,8104} = 45,62218 = 46 \text{ responden}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut didapat jumlah sampel yaitu 45,62218 yang dibulatkan menjadi 46 responden.

### 3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah salah satu keluarga terdekat dari ODGJ yang merawat setiap hari ODGJ di Kecamatan Puger, Kabupaten Jember. Pada penelitian ini peneliti menggunakan teknik sampling *proportional sample*. Dilakukan alokasi sampel dengan metode alokasi proporsional yaitu dengan rumus (Sugiyono, 2015:156) :

$$nh = \frac{Nh}{N} \times n$$

Keterangan :

- nh = Besar sampel
- Nh = Total masing-masing sub populasi
- N = Total populasi secara keseluruhan
- n = Besarnya sampel untuk sub populasi

Berdasarkan rumus tersebut, diperoleh sampel di setiap puskesmas yang berobat rutin dan tidak berobat rutin di puskesmas sebagai berikut :

Tabel 3. 1 Sampel Per Puskesmas

No	Puskesmas dan Kunjungannya	Nh	N	n	nh
1.	Puskesmas Kasiyan dan yang rutin berobat	25	86	40	12
2.	Puskesmas Kasiyan dan	15	86	40	8

No	Puskesmas dan Kunjungannya	Nh	N	n	nh
	yang tidak rutin berobat				
3.	Puskesmas Puger dan yang rutin berobat	21	86	46	12
4.	Puskesmas Puger dan yang tidak rutin berobat	25	86	46	14
Jumlah					46

Keterangan :

- a) Dikategorikan rutin berobat jika berkunjung ke puskesmas untuk mengambil obat oral 1 kali dalam seminggu/ 4 kali dalam sebulan/1 kali dalam sebulan untuk mendapatkan injeksi (suntikan) (sesuai waktu yang ditentukan petugas kesehatan puskesmas).
- b) Dikategorikan tidak rutin berobat jika kunjungan kurang dari 4 kali dalam sebulan (tidak sesuai waktu yang dijadwalkan petugas kesehatan) untuk mengambil obat oral/untuk dilakukan (injeksi) suntikan/berkunjung ke puskesmas hanya mencari rujukan.

### 3.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

#### 3.5.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian didefinisikan sebagai suatu atribut atau nilai dari orang, objek, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015:38). Variabel adalah konsep yang memiliki bermacam-macam nilai (Nazir, 2013:123). Variabel penelitian dalam penelitian ini adalah karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan keluarga, lama sakit anggota keluarga, hubungan kekerabatan, tipe keluarga, pengetahuan, sikap, genetika, dan faktor pendukung yaitu kepesertaan jaminan kesehatan nasional, serta tindakan keluarga dalam pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa.

### 3.5.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012:112). Definisi operasional yang diberikan kepada variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3. 2 Variabel, Definisi Operasional, Cara pengukuran, Identifikasi, dan Skala

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/ Kategori	Skala
1.	Faktor Predisposisi Karakteristik Responden				
	a. Usia	Masa hidup responden mulai dari lahir sampai waktu dilakukannya pengumpulan data penelitian yang dibuktikan dengan kartu identitas diri / KTP	Wawancara dengan Kuesioner	Usia dikategorikan menjadi yaitu (BPS Jatim,2016): 1. 25-29 Tahun 2. 30-34 Tahun 3. 35-39 Tahun 4. 40-44 Tahun 5. 45-49 Tahun 6. 50-54 Tahun 7. 55-59 Tahun 8. 60-64 Tahun	Nominal
	b. Jenis Kelamin	Ciri fisik biologis responden berdasarkan keadaan anatomis	Wawancara dengan Kuesioner	Jenis kelamin dikategorikan menjadi 2, yaitu : 1. Laki-laki 2. Perempuan (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, 2013:19)	Nominal
	c.Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang pernah ditempuh responden, diukur melalui pendidikan terakhir	Wawancara dengan Kuesioner	Pendidikan dikategorikan menjadi: 1. Rendah : tidak sekolah, tidak tamat SD / sederajat, tamat SD / sederajat, tidak tamat SMP / sederajat atau tamat SMP / sederajat. 2. Menengah : tidak tamat SMTA/sederajat, tamat SMTA / sederajat 3. Tinggi : Perguruan Tinggi (Tamat Diploma, S1, S2, S3, tidak tamat Diploma, S1, S2, S3) (UU No.20 Tahun 2003)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/ Kategori	Skala
	d. Jenis Pekerjaan	Jenis kegiatan utama sehari – hari yang dilakukan seseorang dalam memanfaatkan waktunya untuk memperoleh penghasilan	Wawancara dengan kuesioner	Jenis pekerjaan dikategorikan menjadi : 1. Tidak bekerja 2. Pegawai 3. Wiraswasta 4. Petani/ Nelayan/ Buruh 5. Lainnya (Kemenkes RI, 2013:109)	Nominal
	e. Pendapatan keluarga	Jumlah pendapatan yang diperoleh responden setiap bulannya	Wawancara dengan kuesioner	UMK Kabupaten Jember menurut Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 75 tahun 2017 sebesar Rp. 1.916.983,99 1. Penghasilan tinggi ( $\geq 1.916.983,99$ ) 2. Penghasilan rendah ( $< 1.916.983,99$ )	Nominal
	f. Lama Sakit Anggota Keluarga	Jangka waktu saat pertama kali anggota keluarga responden menderita gangguan jiwa sampai saat dilakukan wawancara	Wawancara dengan kuesioner	Lama sakit anggota keluarga dikategorikan menjadi : 1. $\leq 1$ tahun 2. $> 1$ tahun (Hardiyanti <i>et al.</i> , 2015:180)	Interval
	g. Hubungan kekerabatan	Hubungan keluarga yang terjalin antara responden dengan ODGJ	Wawancara dengan kuesioner	Hubungan yang terjalin antara responden dengan ODGJ dikategorikan menjadi : 1. Ayah 2. Ibu 3. Anak 4. Suami 5. Istri 6. Kakek 7. Nenek 8. Paman 9. Bibi 10. Saudara kandung 11. Saudara tiri 12. Saudara Ipar 13. Keponakan (Setiadi, 2008:5)	Nominal
	h. Tipe keluarga	Bentuk keluarga yang dikelompokkan berdasarkan	Wawancara dengan kuesioner	Bentuk keluarga dikategorikan menjadi : 1. Keluarga Inti ( keluarga yang terdiri	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/Kategori	Skala
		keberadaan anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah		dari ayah, ibu, anak 2. Keluarga besar (ayah, ibu, anak dan terdapat keluarga yang lain) (Setiadi, 2008:5)	
2.	Genetik	Riwayat penyakit keturunan yang didapatkan dari anggota keluarga lainnya yang menderita gangguan jiwa dan hubungan kekerabatan yang terjalin ketika penyakit tersebut didapatkan dari keturunan	Wawancara dengan kuesioner	Kuesioner faktor genetik dengan 3 pertanyaan, dikategorikan atas jawaban “ya” dan “tidak” kemudian mengidentifikasi jumlah keluarga yang menderita gangguan jiwa yang dikategorikan kedalam jumlah 1,2, dan lebih dari 2, serta hubungan kekerabatan dari anggota keluarga yang dikategorikan ayah, ibu, kakek, nenek, saudara dari ayah, saudara dari ibu	Nominal
3.	Pengetahuan tentang pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa	Segala sesuatu yang dipahami atau dimengerti oleh responden termasuk fasilitas pelayanan kesehatan bagi orang dengan gangguan jiwa	Wawancara dengan kuesioner	Kuesioner pengetahuan dengan 28 pertanyaan. Penilaian menggunakan skala Guttman. Skala Guttman digunakan apabila ingin mendapatkan jawaban tegas dari suatu permasalahan yang ditanyakan (Sugiyono, 2015:96).	Ordinal
4.	Sikap keluarga tentang orang dengan gangguan jiwa	Pernyataan evaluatif terhadap sesuatu yang dapat mencerminkan perasaan seseorang mengenai orang dengan gangguan jiwa dan pengobatannya	Wawancara dengan kuesioner.	Tes sikap melalui kuesioner dan terdapat 20 pernyataan Penilaian Skala <i>Likert</i> digunakan untuk mengukur sikap, pendapat seseorang atau sekelompok orang tertentu tentang fenomena sosial (Sugiyono, 2015:93). Penilaian sikap pada penelitian ini menggunakan 3 kategori yaitu setuju, ragu-ragu dan tidak setuju (Sopongi, 2015:26)	Ordinal
1.	Faktor Pendukung Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional	Status keluarga dalam keikutsertaan jaminan kesehatan	Wawancara dengan kuesioner	1. Mengikuti 2. Tidak mengikuti Jika mengikuti, kelas yang diikuti dikategorikan	Nominal



No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/ Kategori	Skala
		Nasional		berdasarkan : 1. Penerima Bantuan Iuran 2. Kelas I, Rp 80.000 3. Kelas II, Rp 51.000 4. Kelas III, Rp 25.500 (Perpres RI No.19 Tahun 2016)	
.	Tindakan Pencarian Pengobatan	Hal- hal yang dilakukan keluarga dalam pencarian pengobatan orang dengan gangguan jiwa yang meliputi tidak bertindak apa-apa, tindakan mengobati sendiri, tindakan berobat ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional, tindakan pengobatan dengan membeli obat-obat di warung, tindakan berobat ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern, tindakan berobat ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik.	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan sesuai jika melakukan pengobatan medis, dan dikategorikan tidak sesuai jika melakukan tindakan ke pengobatan non medis (Salim, 2014:19). Untuk memperoleh data praktik atau tindakan dapat dilakukan dengan wawancara dengan pendekatan ( <i>recall</i> ) (Notoatmodjo dalam Subekti, 2009: 25)	Ordinal

### 3.5.3 Roadmap Penelitian

Roadmap Penelitian ini membantu peneliti dalam mengkategorikan pertanyaan dan jawaban pada penelitian. Berikut merupakan roadmap pada penelitian ini :

Tabel 3. 3 Roadmap Penelitian

No.	Variabel	Identifikasi/Kategori
	Faktor Perilaku	
	a. Pengetahuan	<p>Pertanyaan positif (no. 3,4,7,8,10,13,16,17,19,21,22,24,26,27) dan pertanyaan negatif (no. 1,2,5,6,9,11,12,14,15,18,20,23,25,28) Jawaban dari kuesioner ini dikategorikan benar dan salah Sehingga skor jawaban benar 1, dan skor untuk jawaban yang salah 0            Skor maksimal = 28            Skor minimal = 0            Rentang = nilai maks.- nilai min. = <math>28 - 0 = 28</math>            Panjang kelas = rentang/banyak kelas  <math>= 28/2 = 14</math></p> <p>Sehingga skor total variabel pengetahuan dengan kategori            a. Pengetahuan rendah, jika skor = 0-14            b. Pengetahuan tinggi, jika skor = 15-28</p>
	b. Sikap	<p>Pertanyaan positif (no. 3,5,7,10,11,13,16,17,19, 20)            Setuju : 3            Ragu-ragu : 2            Tidak setuju : 1</p> <p>Serta pertanyaan negatif (no. 1,2,4,6,8,9,12,14,15,18)            Setuju : 1            Ragu-ragu : 2            Tidak setuju : 3</p> <p>Sehingga, skor : Maksimal = 60            Minimal = 20            Rentang = nilai maks. – nilai min.  <math>= 60 - 20 = 40</math>            Panjang kelas = rentang/ banyak kelas  <math>= 40/2 = 20</math></p> <p>Sehingga skor variabel sikap dengan kategori :            a. Tidak baik, jika skor = 20-39            b. Baik, jika skor = 40-60</p>
	c. Tindakan	<p>Tindakan dengan rentang nilai 0-2 dikategorikan menjadi :            skor 0 : Tidak melakukan tindakan            skor 1 : Tindakan tidak sesuai            skor 2 : Tindakan sesuai            Maka, skor :            Maksimal = 20            Minimal = 0</p>

No.	Variabel	Identifikasi/Kategori
		Rentang = nilai maks. – nilai min. = 20 – 0 = 20 Panjang kelas = rentang/ banyak kelas = 20/2 = 10 Sehingga skor variabel setiap tindakan dapat dikategorikan : a. Sesuai, jika skor 11-20 b. Tidak Sesuai , jika skor 0-10

### 3.6 Data dan Sumber Data Penelitian

Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang didapat dari sumber utama, individu atau perseorangan. Biasanya data primer didapatkan melalui angket, wawancara, jajak pendapat, dan lain-lain (Nazir, 2013:50). Pada penelitian ini, data primer diperoleh melalui wawancara dengan kuesioner kepada keluarga dekat yang merawat orang dengan gangguan jiwa di Kecamatan Puger yang terdaftar di wilayah kerja Puskesmas Kasiyan dan Puskesmas Puger Kabupaten Jember.

Data sekunder adalah sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen (Sugiyono, 2015:137). Data sekunder dari penelitian ini didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Dinas Sosial Kabupaten Jember, Puskesmas Puger, Puskesmas Kasiyan, jurnal dan buku yang berkaitan dengan perilaku keluarga dalam mencari pengobatan bagi anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Data sekunder digunakan untuk memberikan gambaran tambahan, pelengkap, atau diproses lebih lanjut.

### 3.7 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

#### 3.7.1 Teknik Pengumpulan Data

Pada proses pengumpulan data, tiap responden dalam penelitian diberi *informed consent* sebagai persetujuan responden untuk dijadikan subjek penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, diantaranya yaitu wawancara. Menurut Nazir (2013:193-194) wawancara adalah

proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara penanya dengan penjawab dengan menggunakan alat yang dinamakan *Interview guide* (panduan wawancara). Teknik pengumpulan data ini mendasarkan diri pada laporan tentang diri sendiri atau *self report*, atau setidaknya-tidaknya pengetahuan dan atau keyakinan pribadi (Sugiyono, 2015:139). Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan :

a. Wawancara

Menurut Nazir (2013:193-194) wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara penanya dengan penjawab dengan menggunakan alat yang dinamakan *Interview guide* (panduan wawancara). Pada penelitian ini wawancara pada tindakan pencarian pengobatan terdapat 7 pertanyaan yang diulang sesuai dengan banyaknya pencarian pengobatan yang dilakukan keluarga untuk ODGJ, dan wawancara pada tindakan pengobatan nomor terakhir yaitu C9 dan C10 harus ditanyakan dan dijawab.

b. Dokumentasi

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu, dapat berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Dokumen yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, biografi, peraturan, kebijakan. Dokumen yang berbentuk gambar misalnya foto, gambar sketsa (Sugiyono, 2012:240). Dokumentasi yang dilakukan pada penelitian ini yaitu berupa foto hasil wawancara dengan responden.

### 3.7.2 Instrumen Pengumpulan Data

Kuesioner merupakan suatu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberikan seperangkat pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawabnya. Kuesioner dapat berupa pertanyaan tertutup atau terbuka, dapat diberikan kepada responden secara langsung atau dikirim melalui pos atau internet (Sugiyono, 2012:142). Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan

dengan cara wawancara dengan kuesioner yang telah dilakukan uji validitas oleh peneliti.

### **3.8 Teknik Penyajian dan Analisis Data**

#### **3.8.1 Teknik Penyajian Data**

Penyajian data dalam penelitian bertujuan untuk mempermudah peneliti dalam menginformasikan hasil penelitian yang sudah dilakukan. Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian agar laporan dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan penelitian. Teknik penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga, yaitu penyajian data dalam bentuk teks (tekstular), penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafis (Notoatmodjo, 2012:188). Pada penelitian ini, hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan kemudian dijelaskan dalam bentuk teks dengan menggunakan kata-kata berupa narasi.

#### **3.8.2 Analisis Data**

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena analisis data tersebut dapat memberikan arti dan makna yang bermanfaat dalam memecahkan masalah penelitian. Keluaran akhir dari analisis data harus memperoleh makna atau arti dari hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012:180). Analisis data yang dilakukan menggunakan SPSS 20, yaitu dengan menggunakan analisis :

##### **a. Analisis univariat**

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012:182). Analisis univariat pada penelitian ini adalah karakteristik responden, genetik, pengetahuan

sikap keluarga, dan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dalam pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa di Kecamatan Puger Kabupaten Jember.

#### b. Analisis Bivariat

Setelah melakukan analisis univariat maka akan diketahui karakteristik atau distribusi setiap variabel. Setelah analisis univariat diketahui hasilnya maka dapat dilanjutkan analisis bivariat. Analisis bivariat dilakukan terhadap variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012 : 183). Analisis bivariat dilakukan untuk menjawab hubungan variabel bebas terhadap variabel terikat dengan menggunakan uji statistik yaitu *Chi – square*. Untuk melihat hubungan atau perbedaan yang signifikan antara variabel bebas dengan perilaku pencarian pengobatan pada ODGJ menggunakan uji *Chi – square* (Sugiyono, 2012 : 108). Hasil uji menunjukkan  $p\text{-value} \leq 0,05$  maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan variabel independen dengan variabel dependen. Hasil uji  $p\text{-value} \geq 0,05$  artinya tidak terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan pada karakteristik responden, genetik, pengetahuan sikap keluarga, dan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dengan pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa di Kecamatan Puger Kabupaten Jember.

### 3.9 Validitas dan Uji Realibilitas

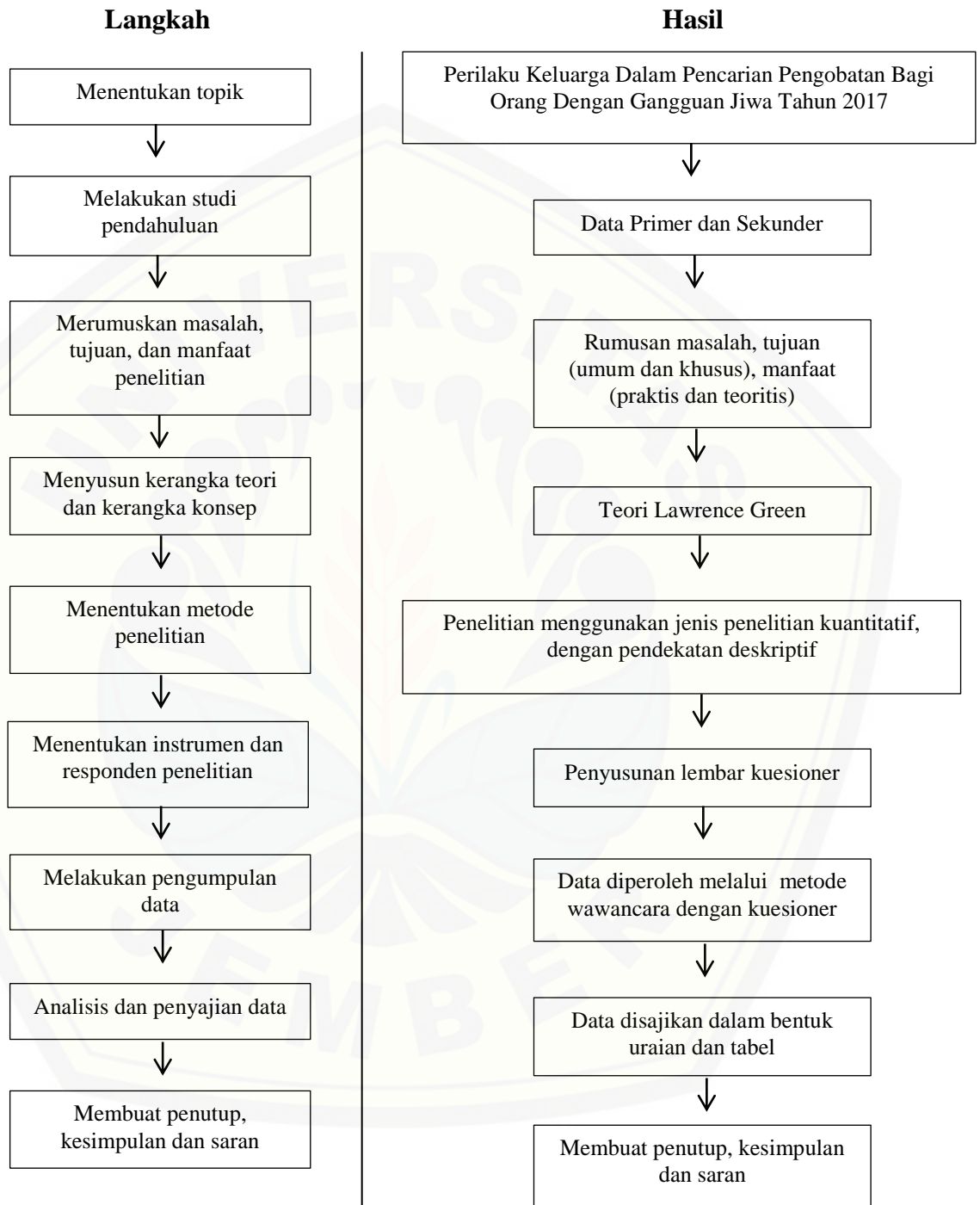
Sebelum instrumen digunakan terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan uji realibilitas. Menurut Notoatmodjo (2010 : 180) uji instrumen bertujuan agar instrumen penelitian dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (valid) dan jika instrumen digunakan beberapa kali dengan obyek yang sama menghasilkan data yang sama (reliabel).

### 3.9.1 Hasil Uji Validitas dan Realibilitas Instrumen

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan seberapa jauh suatu tes atau suatu set dari operasi-operasi mengukur apa yang seharusnya diukur. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun tersebut mampu mengukur apa yang hendak diukur, maka perlu dilakukan dengan uji korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap item pertanyaan dengan skor total kuesioner tersebut. Apabila kuesioner tersebut telah memiliki validasi konstruk, berarti semua *item* (pertanyaan) yang ada di dalam kuesioner itu mengukur konsep yang diukur (Notoatmodjo, 2012 : 164). Uji validasi menggunakan *Pearson Product Moment* ( $r$ ), dasar mengambil keputusan adalah valid jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel dan tidak valid apabila  $r$  hitung  $<$   $r$  tabel. Taraf signifikansi yang digunakan adalah 5%. Realibilitas berkenaan dengan derajat konsistensi dan stabilitas data atau temuan. Realibilitas adalah suatu indeks yang dapat menunjukkan sejauh mana alat ukur dapat dipercaya atau diandalkan (Notoatmodjo, 2012 : 168). Realibilitas pada suatu pengukuran dapat menunjukkan stabilitas dan konsistensi dari suatu instrument yang mengukur suatu konsep dan berguna untuk mengakses kebaikan dari suatu pengukur. Realibilitas berhubungan dengan ketepatan atau akurasi dari pengukuran (Jogiyanto, 2008 : 164).

Pada penelitian ini, instrumen yang digunakan diuji validitas dan reliabilitasnya pada 15 responden. Dapat diketahui pada item pertanyaan genetika 3 pertanyaan valid dan didapatkan  $r$  hitung sebesar 0,905 ( $r$  hitung  $>$  0,6). Pada item pertanyaan pengetahuan 28 pertanyaan valid dan didapatkan  $r$  hitung sebesar 0,946 ( $r$  hitung  $>$  0,6). Pada item pertanyaan sikap 20 pertanyaan valid dan didapatkan  $r$  hitung sebesar 0,944 ( $r$  hitung  $>$  0,6). Pada item pertanyaan faktor pendukung 2 pertanyaan valid dan didapatkan  $r$  hitung sebesar 0,674 ( $r$  hitung  $>$  0,6). Pada item pertanyaan tindakan 10 pertanyaan valid dan didapatkan  $r$  hitung sebesar 0,853 ( $r$  hitung  $>$  0,6).

### 3.10 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian



## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dilakukan mengenai gambaran perilaku keluarga dalam pencarian pengobatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Kecamatan Puger Kabupaten Jember Tahun 2107 dapat disimpulkan bahwa:

1. Responden pada penelitian ini paling banyak pada rentang usia 60-64 tahun. Lebih dari separuh responden berjenis kelamin perempuan dengan pendidikan dasar dan memiliki pekerjaan sebagai petani/nelayan/buruh. Hampir seluruh Responden memiliki pendapatan dibawah UMR. Lama sakit anggota keluarga dari hampir seluruh responden lebih dari 1 tahun Hubungan kekerabatan yang terjalin antara responden dengan ODGJ yaitu sebagai ayah, ibu, suami, anak, saudara kandung dan saudara ipar. Lebih dari separuh responden memiliki tipe keluarga inti dengan penderita gangguan jiwa.
2. Terdapat ODGJ yang mempunyai riwayat keluarga mengalami gangguan jiwa. Hubungan keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa dengan penderita gangguan jiwa yaitu sebagai ayah, ibu, dan nenek. Riwayat gangguan jiwa yang diperoleh dari 1 sampai 2 orang anggota keluarga. Pengobatan yang dilakukan keluarga bagi ODGJ yang mempunyai riwayat keturunan menderita gangguan jiwa cenderung mengikuti pengobatan yang telah dilakukan anggota keluarga sebelumnya yang pernah mengalami gangguan jiwa. Sebagian besar responden mempunyai pengetahuan yang rendah terkait tindakan pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa. Sebagian besar responden mempunyai sikap yang negatif terkait tindakan pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa.

3. Sebagian kecil ODGJ mengikuti Jaminan Kesehatan Nasional. ODGJ yang mengikuti Jaminan Kesehatan Nasional adalah sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran dari pemerintah, dan peserta mandiri yang mengikuti kelas III dengan iuran Rp. 25.500 setiap bulannya. Responden tidak mengikutkan ODGJ ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional dikarenakan responden keberatan untuk membayarkan setiap bulannya untuk satu keluarga, selain itu pengobatan ODGJ yang gratis juga mengakibatkan responden tidak bersedia untuk mengikutkan ODGJ dalam program JKN.
4. Sebagian besar responden mempunyai riwayat melakukan tindakan pencarian pengobatan bagi ODGJ yaitu berupa membeli obat di warung terdekat, mengobati sendiri dengan cara dipasung, dibacakan doa-doa/ diruqyah, dimandikan bunga, menyembelih ayam yang telah diberi doa-doa, serta pergi ke dukun, dan kyai. Tindakan secara medis dilakukan setelah tindakan dari pengobatan-pengobatan non medis tidak menemukan kesembuhan yang yaitu dilakukan ke Puskesmas, Rumah Sakit, dan dokter praktik.
5. Tidak terdapat hubungan antara Faktor Predisposisi (usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan, pendapatan, lama sakit anggota keluarga, hubungan kekerabatan, genetika) dengan tindakan pencarian pengobatan bagi ODGJ. Terdapat hubungan yang signifikan antara faktor predisposisi (pendidikan, pengetahuan, sikap) dengan dengan tindakan pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa.
6. Tidak terdapat hubungan antara kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dengan tindakan pencarian pengobatan bagi ODGJ.

## 5.2 Saran

Saran yang dapat ditawarkan oleh peneliti untuk melakukan tindakan pencarian pengobatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa di Kecamatan Puger Kabupaten Jember adalah :

1. Bagi Keluarga
  - a. Perlu memperhatikan kesehatan anggota keluarga mulai dari hal-hal terkecil, karena sehat tidak hanya terlihat dari fisik tetapi juga jiwa
  - b. Perlu untuk mencegah gangguan jiwa dengan melakukan manajemen stress bagi seseorang yang mempunyai riwayat gangguan jiwa, mendekatkan diri dengan Tuhan, dan berhubungan baik dengan semua orang, serta menjauhkan dari sesuatu yang dapat merusak diri.
  - c. Perlu memberikan perhatian lebih kepada Orang Dengan Gangguan Jiwa agar dapat segera kembali hidup normal dan rutin untuk memeriksakan ODGJ ke pelayanan kesehatan.
  - d. Perlu memberikan dukungan kepada Orang Dengan Gangguan Jiwa untuk rutin dalam meminum obat, mengingat pengobatan bagi ODGJ bisa sampai seumur hidup.
2. Bagi Masyarakat

Perlu membangun kepedulian terhadap orang-orang sekitar, sehingga apabila orang sekitar terdapat tanda-tanda gangguan jiwa masyarakat secara aktif dapat melaporkan ke petugas kesehatan atau dinas terkait untuk segera ditangani.
3. Bagi Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan
  - a. Perlu untuk memberikan sosialisasi terkait pentingnya kesehatan jiwa pada masyarakat secara menyeluruh.
  - b. Perlu untuk membuat media baik audio maupun visual untuk memudahkan masyarakat dalam penerimaan informasi terkait gangguan jiwa dan cara penanganannya.
  - c. Perlu untuk melakukan screening kesehatan jiwa sejak dini yang dimulai pada anak usia sekolah.

- d. Perlu untuk melakukan sosialisasi bagi masyarakat secara luas untuk membawa ODGJ ke fasilitas pelayanan kesehatan agar mendapatkan pengobatan yang tepat. Mengingat pola pencarian pengobatan yang dilakukan masyarakat banyak yang belum tepat.
  - e. Perlu untuk membentuk satgas tanggap gangguan jiwa dengan bekerjasama di berbagai lintas sektor, mulai dari perangkat desa hingga dinas-dinas terkait.
4. Bagi Puskesmas
- a. Perlu pengaktifan kembali kader kesehatan yang telah ada, sehingga dapat membantu dalam deteksi dini gangguan jiwa, penemuan dan pelaporan ODGJ, serta pendampingan dalam kerutinan pengobatan ODGJ.
  - b. Perlu mendaftarkan anggota keluarga dari ODGJ untuk menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional dengan pembiayaan dari Pemerintah Daerah.
5. Bagi Pendidikan Kesehatan Masyarakat
- Perlu untuk memberikan pemahaman secara khusus melalui upaya promotif dan preventif bagi mahasiswa dan masyarakat dalam pencegahan terjadinya gangguan jiwa. Serta perlu pemberian informasi terkait hal-hal yang harus dilakukan jika mengetahui orang sekitar menderita gangguan jiwa.
6. Bagi Peneliti selanjutnya
- a. Perlu penelitian lebih lanjut dengan metode kualitatif mengenai pencarian pengobatan bagi ODGJ untuk mendapatkan hasil yang mendalam.
  - b. Perlu penelitian lebih lanjut mengenai perbedaan tindakan pencarian pengobatan yang dilakukan di desa dan di kota.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Ahmadi, N. 2015. *Kabupaten Jember Peringkat Ke-4 Terbanyak Kasus Gangguan Jiwa Berat*. [serial online]. <http://www.prosalinaradio.com/2015/05/22/kabupaten-jember-peringkat-ke-4-terbanyak-kasus-gangguan-jiwa-berat/> [12 Desember 2017].
- Ariana, V.I. 2016. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Pencarian Pengobatan Pada Penderita Kusta Multy Bacillary (MB) Di Kabupaten Pati Tahun 2015. *Skripsi*. Fakultas Ilmu Keolahragaan Unibersitas Negeri Semarang [serial online]. [lib.unnes.ac.id/26152/1/6411411229.pdf](http://lib.unnes.ac.id/26152/1/6411411229.pdf) [3 Desember 2017].
- Asmarawati, T. 2013. *Hukum dan Psikiatri*. Yogyakarta: Deepublish.
- Badaryati,E. 2012. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Pencegahan dan Penanganan Penyakit di Kota Banjarbaru Tahun 2012. *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.[serial online]. [lib.ui.ac.id/file?file=digital/2319765-S-PDF-Emi%20Badaryati.pdf](http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/2319765-S-PDF-Emi%20Badaryati.pdf) [19 April 2018].
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana.,Badan Pusat Statistik., Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. [serial online]. [chnrl.org/pelatihan-demografi/SDKI-2012.pdf](http://chnrl.org/pelatihan-demografi/SDKI-2012.pdf) [11 Januari 2018].
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. 2016. Pentingnya Dukungan Pemda Untuk Mencapai Universal Health Coverage. *Buletin Info BPJS Edisi 4*. [serial online]. <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/4dc1390e3f9ad849198c0321a7c4bdc0.pdf> [3 April 2018].
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Jawa Timur. 2014. *Jumlah Orang Dipasung Harus Diupdate*. [serial online]. <http://bappeda.jatimprov.go.id/2014/04/02/data-orang-dipasung-harus-diupdate/> [6 September 2017].

- Badan Pusat Statistik Jawa Timur. 2016. *Jumlah Penduduk Menurut Umur dan Jenis Kelamin di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016*. [serial online]. <https://jatim.bps.go.id/dynamictable/2017/09/05/61/jumlah-penduduk-menurut-kelompok-umur-dan-jenis-kelamin-di-provinsi-jawa-timur-2016.html> [19 April 2018].
- Cavarrubias, I., Han, M. 2011. Mental Health Stigma about Serious Mental Illness among MSW Students: social contact and attitude. *Jurnal Social Work Vol.56 No.4*. [serial online]. <https://brainmass.com/file/1507790/SMI+Stigma.pdf> [19 April 2018].
- Ching Wu, H., Fang, P.C. 2016. Sociocultural Factors Associated with Caregiver-Psychiatrist Relationship in Taiwan. *Psychiatry Investig. Vol.13 No.3*. [serial online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4878962/pdf/pi-13-288.pdf>. [13 November 2017].
- Darmawan, D. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2017. Data Orang Dengan Gangguan Jiwa.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2017. Profil Kesehatan Kabupaten Jember 2016. [serial online]. [www.depkes.go.id/resources/download/profil/.../3509\\_Jatim\\_Kab\\_Jember\\_2016.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/.../3509_Jatim_Kab_Jember_2016.pdf) [28 Mei 2018].
- Dinas Komunikasi dan Informatika Provinsi Jawa Timur. 2011. *Jatim Tanggung Biaya Pasien Gangguan Jiwa*. [serial online]. <http://kominfo.jatimprov.go.id/read/kebijakan-publik/674> [04 April 2018].
- Dinas Sosial Kabupaten Jember. 2017. Data Perkembangan Pasien Pasung.
- Fanani,S., Dewi, T.K. 2014. Health Belief Model pada Pasien Pengobatan Alternatif Supranatural dengan Bantuan Dukun. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental Vol.3 No.1*. [serial online]. [journal.unair.ac.id/download-fullpapers-jpkk721e4c1bd5full.pdf](http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-jpkk721e4c1bd5full.pdf) [03 April 2018].

Gershon, E.S., Cloninger, C.R. 2013. *Genetic Approaches to Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Press. [serial online]. <https://books.google.co.id/books?id=ZA5Nefxcg5QC&pg=PA89&dq=jurnal+Genetic+Approaches+to+Mental+Disorders.&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiZvpjHnZ7aAhUR4o8KHexJBUoQ6AEIJzAA#v=onepage&q=jurnal%20Genetic%20Approaches%20to%20Mental%20Disorders.&f=false> [3 April 2018].

Halida, N., Dewi, E. I., Rasni, H. 2016. Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember. *Jurnal Pustaka Kesehatan*. Vol. 4 No.1 [serial online]. <http://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/download/2506/2023> [13 Oktober 2017].

Hardiyanti, D., Usman, S., Yusuf, R. 2015. Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang Mengalami Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan* Vol. 3 No. 2. [serial online]. [www.jurnal.unsyiah.ac.id/JIK/article/download/5315/4455](http://www.jurnal.unsyiah.ac.id/JIK/article/download/5315/4455) [11 Januari 2018].

Harnilawati. 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Cetakan Pertama. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam. [serial online]. <https://books.google.co.id/books?id=Ta3GAwAAQBAJ&pg=PA1&dq=pengertian+keluarga+dan+struktur+keluarga&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwj4s8rlodbYAhVFo48KHbZ3D3IQ6AEILjAC#v=onepage&q=pengertian%20keluarga%20dan%20struktur%20keluarga&f=false> [14 Januari 2017].

Hartanto, D., Arif, W., dan Wachidah, Y. 2014. Gambaran Dukungan Keluarga Terhadap Penderita Gangguan Jiwa Di Kecamatan Kartasura. *Naskah Publikasi*. [serial online]. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. [http://eprints.ums.ac.id/30909/19/2\\_NASKAH\\_PUBLIKASI.pdf](http://eprints.ums.ac.id/30909/19/2_NASKAH_PUBLIKASI.pdf) [17 September 2017].

Hartono, B. 2010. *Promosi Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta : Rineka Cipta.

Hendriyana, A. 2013. *Setiap Tahun Penderita Gangguan Jiwa di Indonesia Meningkat*. [serial online]. <http://www.unpad.ac.id/profil/dr-suryani-skp>

mhsc-setiap-tahun-penderita-gangguan-jiwa-di-indonesia-terusmeningkat/. [17 September 2017].

Herdiyanto, Y.K., Tobing, D.H., dan Vembriati, N. 2017. Stigma Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa di Bali. *Jurnal Ilmiah Psikologi Vol. 8 No. 2*. [serial online]. <https://media.neliti.com/media/publications/231145-stigma-terhadap-orang-dengan-gangguan-ji-50a996b1.pdf> [24 Mei 2018].

Janardhana, N., Raghunandan, S., Naidu, D.M., Saraswathi, L., dan Seshan, V. 2015. Care Giving of People With Severe Mental Illnes:An Indian Experience. *Indian Journal Of Psychological Medicine Vol.37 No.2*. [serial online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418252/> [16 April 2018].

Jogiyanto. 2008. *Metodologi Penelitian Sistem Informasi*. Yogyakarta: Andi.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.[serialonline].[http://terbitan.litbang.depkes.go.id/penerbitan/index.php/lp\\_b/catalog/download/121/141/333-1](http://terbitan.litbang.depkes.go.id/penerbitan/index.php/lp_b/catalog/download/121/141/333-1) [8 September 2017].

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014a. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dan Sistem Jaminan Sosial Nasional*. [serial online].[www.depkes.go.id/resources/download/jkn/buku-pegangan\\_sosialisasi-jkn.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/jkn/buku-pegangan_sosialisasi-jkn.pdf) [03 April 2018].

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014b. *Stop Stigma Dan Diskriminasi Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)*. [serial online]. <http://www.depkes.go.id/article/view/201410270011/stop-stigma-dan-diskriminasi-terhadap-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj.html> [18 September 2017].

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Buku Panduan Hari Kesehatan Nasional Masyarakat Hidup Sehat Indonesia Kuat*. [www.kemkes.go.id/development/site/depkes/pdf.php?id=16111600004](http://www.kemkes.go.id/development/site/depkes/pdf.php?id=16111600004). [19 September 2017].



- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Warta Kesmas*. Edisi 1 Tahun 2017.[serial online] [http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir\\_519d41d8cd98f00/files/Warta-Kesmas-Edisi-01-2017\\_752.pdf](http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Warta-Kesmas-Edisi-01-2017_752.pdf) [19 September 2017].
- Kurnia, F.Y.P. 2015. Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember. *Skripsi*. Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- Lemeshow, S. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Alih Bahasa Oleh Pramono, D. 1997. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Lestari,W., dan Wardhani, Y.F. 2014. Stigma Dan Penanganan Penderita Gangguan Jiwa Berat Yang Dipasung. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol. 17 No.2*. [serial online]. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/viewFile/3605/3556> [21 September 2017].
- Luthviatin, N., Zulkarnain, E., Istiaji, E., dan Rohmah, D. 2012. *Dasar- Dasar Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jember: Jember University Press.
- Memo Timur, 2016. *Gerdu Jebung Advertorial 2019 Jember Ditarget Bebas Pasungan*. [serial online]. <http://memotimur.co.id/news/index.php/2016/03/31/gerdu-jebung-advertorial-2019-jember-ditarget-bebas-pasungan/> [7 Januari 2018].
- Mubarak, I.W. 2007. *Promosi Kesehatan* . Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Nasriati, R. 2011. Kesehatan Jiwa Remaja. *Jurnal Keperawatan Vol.3 No.1*.[serial online]. [eprints.umpo.ac.id/1533/2/Artikel%20Kesehatan%20Jiwa%20Remaja.pdf](http://eprints.umpo.ac.id/1533/2/Artikel%20Kesehatan%20Jiwa%20Remaja.pdf) [28 Mei 2018].
- Nasriati, R. 2017. Stigma Dan Dukungan Keluarga Dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Jurnal Ilmiah Ilmu Ilmu Kesehatan. Vol. XV No.1*. [serial online]. <http://jurnalnasional.ump.ac.id/index.php/medisains/article/download/1628/1391> [1 November 2017].

Nazira, N., dan Devy, S.R. 2015. Pengaruh *Personal References, Thought and Feeling* Terhadap Kesehatan Reproduksi Santri Putri Pondok Pesantren X. *Jurnal Promkes, Vol.3 No.* [serial online]. <http://e-journal.unair.ac.id/index.php/PROMKES/article/download/4470/3031> [24 Mei 2018].

Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan: Teori Dan Aplikasi* . Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S, 2012a. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Notoatmodjo,S. 2012b. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nazir. 2013. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.[serial online].[eoddb.ekon.go.id/download/peraturan/lainlain/lainlain/PerkaBPJS\\_1\\_2014.pdf](http://eoddb.ekon.go.id/download/peraturan/lainlain/lainlain/PerkaBPJS_1_2014.pdf) [26 Januari 2017].

Peraturan Bupati Jember Nomor 8 Tahun 2015 tentang Pedoman Penggunaan Dana Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang Dijamin Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kabupaten Jember.[serial online]. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjb96GglKfbAhWFun0KhaR\\_xDIQQFgguMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.jdih.setjen.kemendagri.go.id%2Ffiles%2FKAB\\_JEMBER\\_4\\_2008.pdf&usg=AOvVaw0eLGfCF9aNnOID37\\_6ymUQ](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjb96GglKfbAhWFun0KhaR_xDIQQFgguMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.jdih.setjen.kemendagri.go.id%2Ffiles%2FKAB_JEMBER_4_2008.pdf&usg=AOvVaw0eLGfCF9aNnOID37_6ymUQ) [28 Mei 2019].

Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 75 Tahun 2017 tentang Upah Minimum Kabupaten/Kota Di Jawa Timur Tahun 2018. [serial online]. <https://disnakertrans.jatimprov.go.id/.../2017/.../Pergub-No-75-Tahun-2017-tentang-upah-minimum-kabupaten/kota-di-jawa-timur-tahun-2018.pdf> [3 Desember 2017].

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga.

[serial online].<https://www.slideshare.net/ssuser200d5e/pedoman-penyelenggaraan-program-indonesia-sehat-dengan-pendekatan-keluarga> [8 September 2017].

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. [serial online].<http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduh/Perpres%20No.%2012%20Th%202013%20ttg%20Jaminan%20Kesehatan.pdf> [03 April 2018].

Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. [serial online]. [www.depkes.go.id/.../PERPRES%20No.%2019%20Th%202016%20ttg%20Jaminan%-copy.pdf](http://www.depkes.go.id/.../PERPRES%20No.%2019%20Th%202016%20ttg%20Jaminan%-copy.pdf) [3 Desember 2017].

Pinilih, S.S., Astuti, T.R., dan Amin, M.H. 2015. Manajemen Kesehatan Jiwa Berbasis Komunitas Melalui Pelayanan Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas Di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. *University Research Coloquium 2015*. [serial online].<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=356866&val=426&title=MANAJEMEN%20KESEHATAN%20JIWA%20BERBASIS%20KOMUNITAS%20MELALUI%20PELAYANAN%20KEPERAWATAN%20KESEHATAN%20JIWA%20KOMUNITAS%20DI%20WILAYAH%20DINAS%20KESEHATAN%20KABUPATEN%20MAGELANG> [03 April 2018].

Purnama,G., Yani, D.I., dan Sutini, T. 2016. Gambaran Stigma Masyarakat Terhadap Klien Gangguan Jiwa Di RW 09 Desa Cileles Sumedang. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia Vol.2 No.1*. [serial online]. [ejournal.upi.edu/index.php/JPKI/article/view/2850](http://ejournal.upi.edu/index.php/JPKI/article/view/2850) [10 Juni 2018].

Purwandari, S.I. 2015. Analisis Sikap Pekerja Informal Non PBI Yang Belum Terdaftar Program Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) 2014 Di Kabupaten Brebes. *Unnes Journal of Public Health Vol. 4 No.2*. [serial online]. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph/article/view/5039/4470> [4 April 2018].

Pusat Penyuluhan Sosial Kementerian Sosial Republik Indonesia. 2015. Bagaimana Gangguan Jiwa Bisa Sembuh. *Artikel*. [serial online]. <http://puspensos.kemsos.go.id/home/breng/616> [19 April 2018].

- Putra, N.F.P. 2013. Peranan Komunikasi Interpersonal Orang Tua Dan Anak Dalam Mencegah Perilaku Seks Pra Nikah Di SMA Negeri 3 Samarinda Kelas XII. *Jurnal Ilmu Komunikasi. Vol.1 No.3.* [serial online]. [ejournal.ilkom.fisip-unmul.ac.id/.../eJournal\\_Nanda%20\(07-03-13-06-29-30\).docx](http://ejournal.ilkom.fisip-unmul.ac.id/.../eJournal_Nanda%20(07-03-13-06-29-30).docx) [14 Januari 2018].
- Putra, Y.M.P. 2017. *Jatim Targetkan Bebas Pasung Tahun Ini.* [serial online] <http://www.republika.co.id/berita/nasional/daerah/17/02/20/olof19284-jatim-targetkan-bebas-pasung-tahun-ini> [6 Januari 2018].
- Rinawati, F., Alimansur,M. 2016. Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Stres Stuart. *Jurnal Ilmu Kesehatan Vol. 5 No. 1.* [serial online]. [ejurnaladhkdr.com/index.php/coba/article/download/112/93](http://ejurnaladhkdr.com/index.php/coba/article/download/112/93) [3 April 2018].
- Safitri, E.M., Luthviatin, N., dan Ririanty, M. 2016. Determinan Perilaku Pasien dalam Pengobatan Tradisional dengan Media Lintah (Studi Pada Pasien terapi Lintah di Desa Rengel Kecamatan Rengel Kabupaten Tuban). *Jurnal Pustaka Kesehatan Vol. 4 No.1* [serial online]. [http://download.portalgaruda.org/article.php?article=431577&val=5039&title=Determinan%20Perilaku%20Pasien%20dalam%20Pengobatan%20Tradisional%20dengan%20Media%20Lintah%20\(Studi%20pada%20Pasien%20Terapi%20Lintah%20di%20Desa%20Rengel%20Kecamatan%20Rengel%20Kabupaten%20Tuban\)%20The%20Determinant%20of%20Patient%20Behavior%20of%20Traditional%20Remedy%20with%20Leeches%20Media%20\(The%20Study%20of%20Leech](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=431577&val=5039&title=Determinan%20Perilaku%20Pasien%20dalam%20Pengobatan%20Tradisional%20dengan%20Media%20Lintah%20(Studi%20pada%20Pasien%20Terapi%20Lintah%20di%20Desa%20Rengel%20Kecamatan%20Rengel%20Kabupaten%20Tuban)%20The%20Determinant%20of%20Patient%20Behavior%20of%20Traditional%20Remedy%20with%20Leeches%20Media%20(The%20Study%20of%20Leech) [10 Juni 2018].
- Salim, A.B.Z. 2014. Keterkaitan antara Stigma, Keyakinan, dan Niat Keluarga dalam Mencari pertolongan Untuk Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Mental di Yogyakarta. *Naskah Publikasi.*[serial online]. [https://repository.ugm.ac.id/136590/1/2016\\_2014\\_azlizamani\\_bin\\_zubir\\_salim\\_ky.pdf](https://repository.ugm.ac.id/136590/1/2016_2014_azlizamani_bin_zubir_salim_ky.pdf) [19 April 2018].
- Saragih, M. 2016. Gambaran Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pola Pencarian Pengobatan Pada Masyarakat Di Desa Pamah Kecamatan Silinda. *Skripsi.* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. [serial online]. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/62542/Chapter%20II.pdf?sequence=4&isAllowed=y> [1 November 2017].

- Sarwono, R.B., dan Subandi. 2013. Mereka Memanggilku Kenthir. *Jurnal Psikologi* .Vol. 40 No.1. [serial online]. <https://media.neliti.com/media/publications/127070-ID-mereka-memanggilku-kenthir.pdf> [1 November 2017].
- Sastroasmoro, S., Ismael, S. 2014. *Dasar- Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Setiadi. 2008. *Konsep & Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Slewa, S., Younan., Yaser, A., Guajardo, M.G.U., Mannan, H., Smith, C.A., Mond, J.M., 2017. The Mental Health And Seeking Behaviour Of Resettled Afghan Refugees In Australia. *International Journal Of Mental Health System*. Vol. 11 No.49. [serial online]. <https://ijmhs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13033-017-0157z> [pdf/10.1186/s13033-017-0157?site=ijmhs.biomedcentral.com](https://ijmhs.biomedcentral.com/pdf/10.1186/s13033-017-0157?site=ijmhs.biomedcentral.com) [13 November 2017].
- Simanjuntak, J. 2008. *Konseling Gangguan Jiwa dan Okultisme*. Jakarta:PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Sopingi. 2015. *Pengantar Statistik Pendidikan*. Malang:Gunung Samudera.[serial online]. [https://books.google.co.id/books?id=P8swDwAAQBAJ&pg=PA26&lp\\_g=PA26&dq=kategori+setuju+tidak+setuju+ragu-ragu&source=bl&ots=t13Ug\\_b bh3U&sig=yODG53epCer9waatvo1fMoKb4XQ\\_&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiy6rmciaPZAhVLUY8KHYqiBgwQ6AEIiQEwBw#v=onepage&q=kategori%20setuju%20tidak%20setuju%20ragu-ragu&f=false](https://books.google.co.id/books?id=P8swDwAAQBAJ&pg=PA26&lp_g=PA26&dq=kategori+setuju+tidak+setuju+ragu-ragu&source=bl&ots=t13Ug_b bh3U&sig=yODG53epCer9waatvo1fMoKb4XQ_&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiy6rmciaPZAhVLUY8KHYqiBgwQ6AEIiQEwBw#v=onepage&q=kategori%20setuju%20tidak%20setuju%20ragu-ragu&f=false) [08 Februari 2018].
- Subekti, H. 2009. Hubungan Antara Pengetahuan Ibu Tentang Diare Dengan Tindakan Penanganan Pada Balita Di Rsud Dr. Sayidiman Magetan. *Skripsi*. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.[serial online]. <https://digilib.uns.ac.id/...=/Hubungan-antara-pengetahuan-ibu-tentang-di-are-dengan-tindakan-penanganan-pada-balita-di-rsud-dr-sayidiman-magetan.pdf> [03 Februari 2018].
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung : Alfabeta.

- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Subu, M.A. 2015. Pemanfaatan Terapi Tradisional dan Alternatif oleh Penderita Gangguan Jiwa. *Jurnal Keperawatan Vol. 3 No.3*. [serial online]. <https://www.researchgate.net/publication/311716783> [19 April 2018].
- Suhaimi. 2015. Gangguan Jiwa Dalam Perspektif Kesehatan Mental Islam. *Jurnal Risalah Islam Vol. 26 No.4*. [serial online]. [http://id.portalgaruda.org/index.php?ref=browse&mod=viewjournal&journal=7147&issue=%20Vol%2026,%20No%204%20\(2015\):%20Volume%2026,%20Nomor%204,%20Desember%202015](http://id.portalgaruda.org/index.php?ref=browse&mod=viewjournal&journal=7147&issue=%20Vol%2026,%20No%204%20(2015):%20Volume%2026,%20Nomor%204,%20Desember%202015) [19 April 2018].
- Sulistiyorini, N. 2013 Hubungan Pengetahuan tentang Gangguan Jiwa terhadap Sikap Masyarakat Kepada Penderita Gangguan Jiwa Di Wilayah Kerja Puskesmas Colomadu I. *Naskah Publikasi*. [serial online]. [http://eprints.ums.ac.id/25557/13/Naskah\\_Publikasi.pdf](http://eprints.ums.ac.id/25557/13/Naskah_Publikasi.pdf) [24 Oktober 2017].
- Supratiknya. 2009. *Mengenal Perilaku Abnormal*. Yogyakarta: Kanisius. [serial online]. [https://books.google.co.id/books?id=\\_Ucx\\_BDn\\_f4C&pg=PA25&lpg=PA25&dq=Menurut+asalnya+sebab-sebab+perilaku+abnormal+dapat+digolongkan+menjadi+3&source=bl&ots=P3CTDOUyjd&sig=BhFoin8\\_8u3XtJpk-0dcWeIVvohE&hl=id&sa=X&ved=0ah\\_UKEwjVn7DQlsPYAhXGu48\\_KHe6jBi8Q6AEIVjAH#v=onepage&q=Menurut%20asalnya%20sebab-sebab%20perilaku%20abnormal%20dapat%20digolongkan%20menjadi%203&f=false](https://books.google.co.id/books?id=_Ucx_BDn_f4C&pg=PA25&lpg=PA25&dq=Menurut+asalnya+sebab-sebab+perilaku+abnormal+dapat+digolongkan+menjadi+3&source=bl&ots=P3CTDOUyjd&sig=BhFoin8_8u3XtJpk-0dcWeIVvohE&hl=id&sa=X&ved=0ah_UKEwjVn7DQlsPYAhXGu48_KHe6jBi8Q6AEIVjAH#v=onepage&q=Menurut%20asalnya%20sebab-sebab%20perilaku%20abnormal%20dapat%20digolongkan%20menjadi%203&f=false) [6 Januari 2018].
- Supriadi. 2014. Determinan Perilaku Pencarian Pengobatan Tradisional Masyarakat Urban Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2014. *Skripsi*. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. [serial online]. [repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25787/1/SUPRIADI-FKIK.pdf](http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25787/1/SUPRIADI-FKIK.pdf) [03 April 2018].
- Suryani. 2013. Mengenal Gejala dan Penyebab Gangguan Jiwa. *Converence paper* [serial online]. <https://www.researchgate.net/publication/273866139> [24 Oktober 2017].

- Sutini, T., dan Hidayati, N.O. 2017. Gambaran Deteksi Dini Gangguan Jiwa di Desa Ranjeng Dan Cilopang Kabupaten Sumedang. *Jurnal Keperawatan BSI Vol 5. No. 1. 24-28* [serial online]. <https://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/jk/article/view/1772/1391> [10 Juni 2018].
- Sya'diyah, H. 2016. Studi Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Gangguan Jiwa Di Desa Banjar Kemantren Buduran Sidoarjo. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Vol. 9 No. 1.* [serial online]. [journal.unusa.ac.id/index.php/jhs/article/download/81/73](http://journal.unusa.ac.id/index.php/jhs/article/download/81/73) [3 april 2018].
- Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. [serial online]. [kelembagaan.ristekdikti.go.id/wp-content/uploads/2016/08/UU\\_no\\_20\\_th\\_2003.pdf](http://kelembagaan.ristekdikti.go.id/wp-content/uploads/2016/08/UU_no_20_th_2003.pdf) [3 Desember 2017].
- Undang- Undang Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga. [serial online]. <http://peraturan.go.id/inc/view/11e413b37a66f2296ea313430303433.html> [19 September 2017].
- Undang- undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. [serial online]. <http://www.hukumonline.com/pusatdata/download/lt542155e826608/node/lt5421550be624e> [19 September 2017].
- Videbeck, S. L. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Wahyudi,A.,Fibriana, A.I. 2016. Faktor Resiko Terjadinya Skizofrenia (Studi Kasus Di Wilayah Kerja Puskesmas Pati II).[serial online]. *Public Health Perspective Journal Vol.1 No.1.* <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/phpj> [4 April 2018].
- Wahyuningsih, S. 2015. Hubungan Faktor Keturunan Dengan Kejadian Gangguan Jiwa Di Desa Banaran Galur Kulon Progo Yogyakarta. *Naskah Publikasi.* [serial online]. Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta <http://digilib.unisayogya.ac.id/172/1/NASKAH%20PUBLIKASI%20%28SRI%20WAHYUNINGSIH%20%20201110201130%29.pdf> [3 April 2018].

- Wardhani, Y.F., dan Astridya, P. 2016. Pelayanan Kesehatan Mental Dalam Hubungannya Dengan Disabilitas Dan Gaya Hidup Masyarakat Indonesia (Analisis Lanjut Riskesdas 2007 dan 2013). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol. 19 No.1. [serial online]. <https://media.neliti.com/media/publications/63430-ID-none.pdf>. [22 Oktober 2017].
- Waskitho, A.P. 2015. Peran Keluarga Terhadap Proses Penyembuhan Pasien Perilaku Kekerasan di Panti Rehabilitasi Mental Wisma Budi Makarti Boyolali. *Skripsi*. [serial online]. <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/24/01-gdl-arifinpugu-1197-1-skripsi-6.pdf> [22 april 2018].
- Wijayanti, A.P., dan Achmad, M.M. 2016. Lepas Untuk Kembali Dikungkung: Studi Kasus Pemasangan Kembali Eks Pasien Gangguan Jiwa. *Jurnal Empati*. Vol.5 No.4. [serialonline]. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/empati/article/view/15431/14923> [22 Oktober 2017].
- Yin, Y., Zhang, W., Hu, Z., Jia, F., Li, Y., Xu, H., Zhao, S., Guo, J., Tian, D., Qu, Z. 2014. Experiences of Stigma and Discrimination among Caregivers of Persons with Schizophrenia in China: A Field Survey. *Journal Plosone*. Vol. 9 Issue.9. [serial online]. <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0108527&type=printable> [13 November 2017].
- Yosep, I., Titin, S. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Yusuf, A.H., Rizky, F., dan Hanik, E.N. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.



**Lampiran A Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)**

***INFORMED CONCENT***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Puskesmas :

Menyatakan bersedia menjadi subjek penelitian (responden) dalam penelitian dari:

Nama : Dewi Norma Palupi

NIM : 142110101063

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Judul : “Gambaran perilaku keluarga dalam pencarian pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Tahun 2017 (Studi Kuantitatif Di Kecamatan Puger Kabupaten Jember)”

Persetujuan ini saya buat dengan sukarela dan tanpa tekanan dari pihak manapun untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Prosedur penelitian ini tidak akan memberi dampak atau risiko apapun pada saya sebagai responden. Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Jember,.....2018

(Responden)

**Lampiran B Kuesioner Penelitian**



**KEMENTRIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN  
TINGGI UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Tlp. (0331) 322995  
Fax (0331) 337878 Jember (68121)

---

PEDOMAN KUESIONER

GAMBARAN PERILAKU KELUARGA DALAM PENCARIAN  
PENGOBATAN BAGI ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA

(ODGJ) TAHUN 2017

(Studi Kuantitatif di Kecamatan Puger Kabupaten Jember)

PETUNJUK PENGISIAN

Mohon kesediaan Bapak/ Ibu/Saudara untuk memberikan tanggapan dengan memilih salah satu jawaban yang paling sesuai menurut pendapat Bapak/ Ibu/Saudara sesuai pernyataan di bawah ini dengan memberikan tanda silang (x) pada jawaban yang tersedia. Jawaban yang Bapak/ Ibu/Saudara buat akan diperlakukan sangat rahasia dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Terima kasih atas kesediaan dan kerja sama yang telah Bapak/ Ibu/Saudara berikan.

Identitas Responden

Tanggal Penelitian :  
Nama Responden :  
Usia :  
Alamat :

## A. Faktor Predisposisi

### a. Karakteristik Responden

NO	PERTANYAAN	KATEGORI	JAWABAN
Aa1.	Usia	.....tahun	
Aa2.	Jenis Kelamin	1. Laki – laki 2. Perempuan	
Aa3.	Pendidikan	1. Dasar : tidak sekolah, tidak tamat SD / sederajat, tamat SD / sederajat, tidak tamat SMP / sederajat atau tamat SMP / sederajat. 2. Menengah : tidak tamat SMA / sederajat atau tamat SMA / sederajat 3. Tinggi : tidak lulus / lulus Perguruan Tinggi	
Aa4.	Jenis Pekerjaan	1. Tidak bekerja 2. Pegawai 3. Wiraswasta 4. Petani/ Nelayan/ Buruh 5. Lainnya	
A5.	Pendapatan	1. Lebih dari Rp. 1.916.983,99 2. Kurang dari Rp. 1.916.983,99	
Aa6.	Lama sakit anggota keluarga	1. Kurang dari atau 1 tahun 2. Lebih dari 1 tahun	
Aa7.	Hubungan kekerabatan	1. Ayah 2. Ibu 3. Anak 4. Kakek 5. Nenek 6. Paman 7. Bibi 8. Saudara kandung 9. Saudara tiri 10. Saudara Ipar 11. Keponakan	
Aa8.	Tipe keluarga	1. Keluarga Inti (Terdiri dari ayah, ibu, anak dalam satu rumah) 2. Keluarga Besar (Terdiri dari ayah, ibu, anak dan keluarga lainnya dalam satu rumah)	

### b. Faktor Genetika

Pilihlah jawaban sesuai kenyataan yang anda alami dengan memberikan tanda silang (x)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN
Ab1.	Apakah anggota keluarga yang lain pernah mengalami gangguan jiwa?	a. Ya <b>Jika ya lanjut ke pertanyaan no.2</b> b. Tidak
Ab2.	Jika ada, bagaimana hubungan kekerabatan antara anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa dengan keluarga yang sedang mengalami gangguan jiwa?	a. Ayah b. Ibu c. Nenek d. Kakek e. Saudara dari ayah f. Saudara dari ibu
Ab3.	Berapa banyak jumlah anggota keluarga lainnya yang pernah mengalami gangguan jiwa?	a. 1 b. 2 c. >2

### c. Pengetahuan Keluarga

Pilihlah jawaban yang menurut anda paling benar dengan memberikan tanda silang (x)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	
		BENAR	SALAH
Ac1.	Gangguan jiwa merupakan gangguan yang disebabkan hal-hal supranatural seperti santet dan diguna-guna		
Ac2.	Gangguan jiwa merupakan penyakit yang menular		
Ac3.	Gangguan emosi, berimajinasi, dan susah tidur merupakan tanda-tanda dari gangguan jiwa		
Ac4.	Orang dengan gangguan jiwa adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang terbentuk dalam sekumpulan gejala dan perubahan perilaku serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia		
Ac5.	Orang yang tubuhnya terkena santet atau diguna-guna seperti jaran goyang dapat disebut sebagai orang dengan gangguan jiwa		
Ac6.	Gangguan jiwa dapat sembuh dengan sendirinya		
Ac7.	Fasilitas pelayanan kesehatan bagi orang dengan gangguan jiwa dapat digunakan untuk untuk konsultasi kesehatan, mendapatkan pelayanan dan mengobati penyakit gangguan jiwa		

	Pengobatan yang dilakukan di puskesmas/ rumah sakit bagi orang dengan gangguan jiwa yaitu pengobatan dikontrol oleh dokter, serta dapat menggunakan fasilitas Jaminan Kesehatan Nasional/ BPJS		
Ac1.	Berobat pada kyai/selain dokter bisa langsung sembuh dalam 1 kali pengobatan		
Ac2.	Pengobatan yang dilakukan di puskesmas bagi orang dengan gangguan jiwa membutuhkan waktu yang lama dan harus dilaksanakan dengan rutin		
Ac3.	Tidak segera memberikan pengobatan apabila terdapat anggota keluarga yang mengalami tanda-tanda gangguan jiwa adalah hal yang benar		
Ac4.	Pengobatan pertama yang benar dilakukan apabila ditemukan gejala-gejala gangguan jiwa adalah memberikan obat yang dibeli dari warung terdekat		
Ac5.	Pengobatan yang benar dilakukan segera apabila ditemukan gejala-gejala gangguan jiwa adalah membawa ke puskesmas atau pelayanan kesehatan		
Ac6.	Pengobatan yang benar dilakukan segera apabila ditemukan gejala-gejala gangguan jiwa adalah meminum obat tradisional		
Ac7.	Pengobatan yang benar dilakukan segera apabila ditemukan gejala-gejala gangguan jiwa adalah pergi ke pengobatan alternatif/dukun,kyai		
Ac8.	Tujuan mengobati gangguan jiwa secara dini yaitu agar penyakit tidak semakin parah		
Ac9.	Tujuan mengobati gangguan jiwa secara dini yaitu agar penderita gangguan jiwa dapat kembali beraktifitas seperti semula		
Ac10.	Di rantai atau dipasung merupakan metode pengobatan yang tepat agar penderita gangguan jiwa tidak mengamuk		
Ac11.	Jaminan Pelayanan Kesehatan / BPJS dapat digunakan untuk pelayanan pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa		
Ac12.	Gangguan jiwa harus diobati dan dibawa ke pelayanan kesehatan ketika sudah parah dan membahayakan orang lain		
Ac13.	Akibat dari gangguan jiwa yang tidak segera diobati akan bertambah parah dan memperlama waktu penyembuhannya		
Ac14.	Pengobatan gangguan jiwa yang tidak tepat akan dapat menyebabkan kecacatan		
Ac15.	Tempat memperoleh obat gangguan jiwa yang tepat di dukun, kyai, atau pengobatan alternatif lainnya		

	Tempat memperoleh obat gangguan jiwa yang tepat adalah di Puskesmas atau Rumah Sakit		
Ac1.	Obat gangguan jiwa yang paling tepat didapatkan dari kyai, dukun atau pengobatan alternatif lainnya		
Ac2.	Obat gangguan jiwa tidak tepat jika didapatkan dari ramuan tradisional		
Ac3.	Obat gangguan jiwa yang paling tepat didapatkan dari puskesmas atau rumah sakit		
Ac4.	Orang dengan gangguan jiwa tidak dapat sehat dan beraktivitas kembali		

#### d. Sikap Keluarga

Pilihlah jawaban yang menurut anda paling tepat dengan memberikan tanda centang (√)

No.	Pernyataan	S	RR	TS
Ad1.	Orang dengan gangguan jiwa adalah orang yang terganggu pikirannya sehingga saya mencari pengobatan bagi anggota keluarga saya yang menderita gangguan jiwa ke dukun/ kyai			
Ad2.	Jika terdapat gangguan emosi, halusinasi, ataupun gangguan susah tidur pada anggota keluarga, saya membiarkan saja karena itu hal yang wajar sebagai manusia			
Ad3.	Saya akan memberikan perhatian lebih kepada anggota saya yang menderita gangguan jiwa agar segera sembuh dan hidup normal			
Ad4.	Saya tidak bisa menerima keadaan anggota keluarga saya yang menderita gangguan jiwa			
Ad5.	Saya memperlakukan keluarga yang menderita gangguan jiwa layaknya orang normal agar dapat segera sembuh			
Ad6.	Saya mengabaikan keluarga saya yang menderita gangguan jiwa untuk mengurangi gejala-gejala gangguan jiwanya			
Ad7.	Saya merasa kasihan terhadap anggota keluarga saya yang menderita gangguan jiwa sehingga saya tidak memasungnya			
Ad8.	Saya menempatkan anggota keluarga saya yang menderita gangguan jiwa di ruangan tertentu dan memasungnya agar tidak mengamuk.			
Ad9.	Saya tidak memperbolehkan anggota keluarga saya berinteraksi dengan orang lain karena saya merasa malu mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa			
Ad10.	Saya tidak malu untuk memberitahu petugas pelayanan kesehatan agar keluarga yang menderita gangguan jiwa segera ditangani			
Ad11.	Saya tetap membawa keluarga yang menderita gangguan jiwa ke puskesmas/ rumah sakit walaupun pengobatan			

	dalam jangka lama dan harus rutin.			
Ad12.	Saya menunda pengobatan bagi anggota keluarga saya yang menderita gangguan jiwa sampai saya merasa perlu untuk membawanya ke pelayanan pengobatan			
Ad13.	Jika keluarga saya menarik diri dari lingkungan maka hal yang saya lakukan adalah membawa ke puskesmas untuk diperiksa kesehatannya			
Ad14.	Saya menggunakan puskesmas/ fasilitas kesehatan bagi anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa setelah pengobatan awal di tempat lain tidak berhasil			
Ad15.	Saya mencoba mengobati keluarga yang mempunyai gejala-gejala gangguan jiwa terlebih dahulu dengan ramuan yang saya anggap tepat sebelum pergi mencari pelayanan pengobatan			
Ad16.	Saya meneruskan pengobatan keluarga saya yang menderita gangguan jiwa walaupun memerlukan biaya yang tinggi untuk mengobati penyakitnya			
Ad17.	Saya melakukan pengobatan bagi anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa agar penderita gangguan jiwa tidak menanggung penderitaan terlalu lama			
Ad18.	Saya tidak mengobati anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa karena gangguan jiwa dapat sembuh dengan sendiri tanpa diobati			
Ad19.	Saya membawa orang dengan gangguan jiwa ke dokter, puskesmas atau pelayanan kesehatan lainnya karena pengobatan itu merupakan pelayanan yang paling baik			
Ad20.	Saya membawa anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa ke pelayanan kesehatan tanpa menunggu keparahannya.			

## B. Faktor Pendukung

### Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional

No.	Pertanyaan	Kategori	Jawaban
B1.	Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional	1. Mengikuti <b>(Jika mengikuti lanjut pertanyaan no. 10)</b> 2. Tidak mengikuti	
B2.	Jika mengikuti kelas yang diikuti dalam Jaminan Kesehatan Nasional adalah	1. Penerima Bantuan Iuran 2. Kelas I, Rp 80.000 3. Kelas II, Rp 51.000 4. Kelas III, Rp 25.500	

**C. Tindakan**

Pilihlah jawaban sesuai dengan yang anda lakukan dengan memberi tanda silang (x). Setelah menyelesaikan semua pertanyaan, pertanyaan no.C10 dan C11 wajib diisi.

C1. Apabila mendapati anggota keluarga dengan tanda-tanda gangguan jiwa, apa tindakan awal saudara untuk mengobatinya?

- |  |   |
|--|---|
| a. Tidak melakukan tindakan apa-apa (lanjut hanya ke C2)         | b. Mengobati sendiri dengan cara.....                           |
| c. Membeli obat di warung  | d. Pergi ke pengobatan tradisional (seperti tabib, dukun, kyai) |
| e. Ke Pengobatan modern (seperti Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit) | f. Ke dokter praktik  |
- (Jika jawaban selain a, maka lanjut ke C2 dan pertanyaan di tabel sesuai pilihan jawaban C1)

C2. Apa alasan anda untuk melakukan tindakan tersebut?

- |  |  |
|--|--|
| a. Jarak dekat, biaya murah, banyak yang sudah sembuh                | b. Merupakan pengobatan yang mudah dilakukan, dan tidak membutuhkan banyak biaya |
| c. Merupakan tempat pengobatan yang ditangani oleh petugas kesehatan | e. Tidak mengetahui tindakan yang harus dilakukan                                |
| d. Merupakan tempat pengobatan yang ditangani oleh dukun/kyai        |  |



No.	Pertanyaan	Tindakan					
		b	Skor	c	Skor	d	Skor
C3.	Berapa lama jarak waktu antara awal timbulnya gangguan jiwa sampai dengan dilakukan tindakan pengobatan?	a. 1 minggu – 1 bulan b. 1 bulan – 3 bulan c. > 3 bulan		a. 1 minggu – 1 bulan b. 1 bulan – 3 bulan c. > 3 bulan		a. 1 minggu – 1 bulan b. 1 bulan – 3 bulan c. > 3 bulan	
C4.	Berapa lama anda menggunakan tindakan pengobatan tersebut?	a. ≤ 1 tahun b. >1 tahun		a. ≤ 1 tahun b. >1 tahun		a. ≤ 1 tahun b. >1 tahun	
C5.	Bagaimana keluarga menggunakan tindakan pengobatan untuk mengobati gangguan jiwa tersebut?	a. Rutin (minimal sebulan sekali/ ketika obat habis) b. Tidak rutin (ketika kambuh saja) c. Sekali saja		a. Rutin (minimal sebulan sekali/ ketika obat habis) b. Tidak rutin (ketika kambuh saja) c. Sekali saja		a. Rutin (minimal sebulan sekali/ ketika obat habis) b. Tidak rutin (ketika kambuh saja) c. Sekali saja	
C6.	Setelah melakukan tindakan tersebut apakah orang dengan gangguan jiwa dapat sembuh?	a. Ya b. Tidak		a. Ya b. Tidak		a. Ya b. Tidak	
C7.	apa yang menjadi penghambat anda dalam melakukan tindakan pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa?	(Jawaban boleh lebih dari 1) a. Akses pengobatan yang cukup jauh b. Pengobatan tersebut membutuhkan cukup banyak biaya c. Tidak ada hambatan		(Jawaban boleh lebih dari 1) a. Akses pengobatan yang cukup jauh b. Pengobatan tersebut membutuhkan cukup banyak biaya c. Tidak ada hambatan		(Jawaban boleh lebih dari 1) a. Akses pengobatan yang cukup jauh b. Pengobatan tersebut membutuhkan cukup banyak biaya c. Tidak ada hambatan	

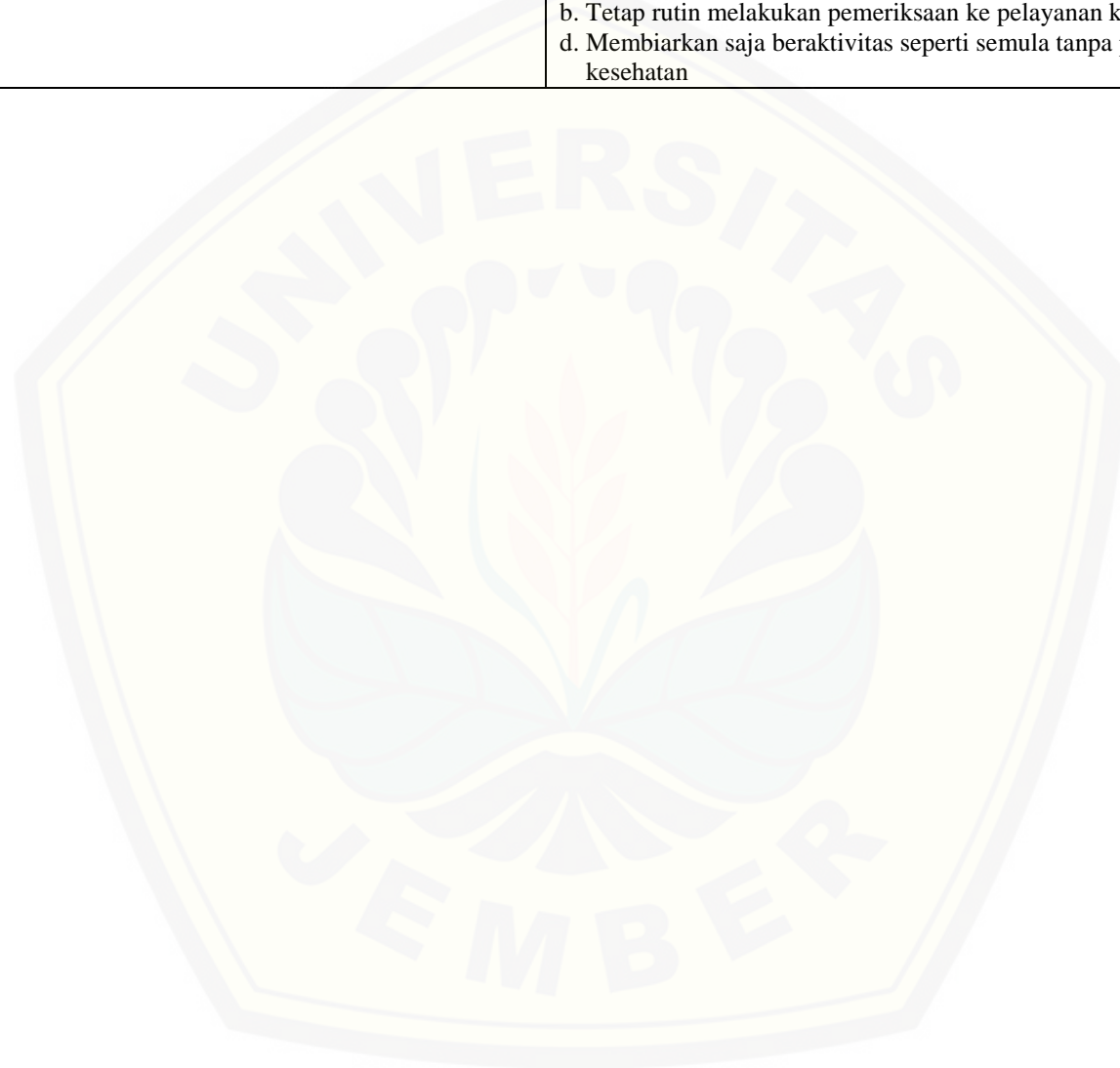
No.	Pertanyaan	Tindakan					
		b	Skor	c	Skor	d	Skor
C8.	Apa yang anda lakukan setelah hasil yang didapatkan dari pengobatan tersebut?	a. Berhenti melakukan pengobatan (Jika berhenti melakukan pengobatan maka pertanyaan dihentikan) b. Mengobati sendiri dengan cara..... c. Melanjutkan pengobatan (Jika melanjutkan tindakan ke pengobatan lain, maka lanjut ke nomor selanjutnya, tetapi jika melanjutkan pengobatan dari tindakan sebelumnya maka berhenti)		a. Berhenti melakukan pengobatan (Jika berhenti melakukan pengobatan maka pertanyaan dihentikan) b. Mengobati sendiri dengan cara..... c. Melanjutkan pengobatan (Jika melanjutkan tindakan ke pengobatan lain, maka lanjut ke nomor selanjutnya, tetapi jika melanjutkan pengobatan dari tindakan sebelumnya maka berhenti)		a. Berhenti melakukan pengobatan (Jika berhenti melakukan pengobatan maka pertanyaan dihentikan) b. Mengobati sendiri dengan cara..... c. Melanjutkan pengobatan (Jika melanjutkan tindakan ke pengobatan lain, maka lanjut ke nomor selanjutnya, tetapi jika melanjutkan pengobatan dari tindakan sebelumnya maka berhenti)	

No.	Pertanyaan	Tindakan			
		e	Skor	f	Skor
C3.	Berapa lama jarak waktu antara awal timbulnya gangguan jiwa sampai dengan dilakukan tindakan pengobatan?	a. 1 minggu – 1 bulan b. 1 bulan – 3 bulan c. > 3 bulan		a. 1 minggu – 1 bulan b. 1 bulan – 3 bulan c. > 3 bulan	
C4.	Berapa lama anda menggunakan tindakan pengobatan tersebut?	a. ≤ 1tahun b. >1 tahun		a. ≤ 1tahun b. >1 tahun	
C5.	Bagaimana keluarga menggunakan tindakan pengobatan	a. Rutin (minimal sebulan		a. Rutin (minimal sebulan	

	untuk mengobati gangguan jiwa tersebut?	sekali/ketika obat habis) b. Tidak rutin (ketika kambuh saja) c. Sekali saja		sekali/ketika obat habis) b. Tidak rutin (ketika kambuh saja) c. Sekali saja	
C6.	Setelah melakukan tindakan tersebut apakah orang dengan gangguan jiwa dapat sembuh?	a. Ya b. Tidak		a. Ya b. Tidak	
C7.	apa yang menjadi penghambat anda dalam melakukan tindakan pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa?	(Jawaban boleh lebih dari 1) a. Akses pengobatan yang cukup jauh b. Pengobatan tersebut membutuhkan cukup banyak biaya c. Tidak ada hambatan		(Jawaban boleh lebih dari 1) a. Akses pengobatan yang cukup jauh b. Pengobatan tersebut membutuhkan cukup banyak biaya c. Tidak ada hambatan	
C8.	Apa yang anda lakukan setelah hasil yang didapatkan dari pengobatan tersebut?	a. Berhenti melakukan pengobatan (Jika berhenti melakukan pengobatan maka pertanyaan dihentikan) b. Mengobati sendiri dengan cara..... c. Melanjutkan pengobatan (Jika melanjutkan tindakan ke pengobatan lain, maka lanjut ke nomor selanjutnya, tetapi jika melanjutkan pengobatan dari tindakan sebelumnya maka berhenti)		a. Berhenti melakukan pengobatan (Jika berhenti melakukan pengobatan maka pertanyaan dihentikan) b. Mengobati sendiri dengan cara..... c. Melanjutkan pengobatan (Jika melanjutkan tindakan ke pengobatan lain, maka lanjut ke nomor selanjutnya, tetapi jika melanjutkan pengobatan dari tindakan sebelumnya maka berhenti)	

No.	Pertanyaan	Jawaban	Skor
C9.	Apa yang menyebabkan anda melakukan pengobatan bagi keluarga yang menderita gangguan jiwa?	a. Supaya sembuh dan bisa beraktifitas kembali b. Saran oleh orang lain c. Untuk menghilangkan rasa malu karena terdapat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa	

C10.	Jika ODGJ sembuh dari penyakitnya apa yang anda lakukan?	a. Menghindari hal-hal yang membuat penyakitnya kambuh b. Tetap rutin melakukan pemeriksaan ke pelayanan kesehatan d. Membiarkan saja beraktivitas seperti semula tanpa pemantauan kesehatan	
------	--	--	--



**Kunci Jawaban Skor Tindakan**

C1.	a.0	b.1	c.1	d.1	e.2	f.2
C2.	a.1	b.1	c.2	d.1	e.0	

No.	Tindakan				
	b	c	d	e	f
C3.	a. 1 b. 1 c. 1	a. 1 b. 1 c. 1	a. 1 b. 1 c. 1	a. 2 b. 1 c. 1	a. 2 b. 1 c. 1
C4.	a. 1 b. 1	a. 1 b. 1	a. 1 b. 1	(Jika lama pengobatan sesuai dengan lama menderita gangguan jiwa skor 2, jika tidak sesuai dengan lama menderita gangguan jiwa skor 1	(Jika lama pengobatan sesuai dengan lama menderita gangguan jiwa skor 2, jika tidak sesuai dengan lama menderita gangguan jiwa skor 1
C5.	a. 1 b. 1 c. 1	a. 1 b. 1 c. 1	a. 1 b. 1 c. 1	a. 2 b. 1 c. 1	a. 2 b. 1 c. 1
C6.	a. 1 b. 1	a. 1 b. 1	a. 1 b. 1	a. 2 b. 1	a. 2 b. 1
C7.	a. 1 b. 1 c. 1	a. 1 b. 1 c. 1	a. 1 b. 1 c. 1	a. 1 b. 1 c. 2	a. 1 b. 1 c. 2

C8.	a. 0 b. 1 c. 2 (Jika melanjutkan pengobatan ke pengobatan medis), 1 jika berobat selain ke pengobatan medis	a. 0 b. 1 c. 2 (Jika melanjutkan pengobatan ke pengobatan medis), 1 jika berobat selain ke pengobatan medis	a. 0 b. 1 c. 2 (Jika melanjutkan pengobatan ke pengobatan medis), 1 jika berobat selain ke pengobatan medis	a. 0 b. 1 c. Jika melanjutkan pengobatan dari pengobatan sebelumnya 2, jika melanjutkan ke pengobatan lain selain pengobatan medis skor 1	a. 0 b. 1 c. Jika melanjutkan pengobatan dari pengobatan sebelumnya 2, jika melanjutkan ke pengobatan lain selain pengobatan medis skor 1
-----	---	---	---	---	---

C9. a.2

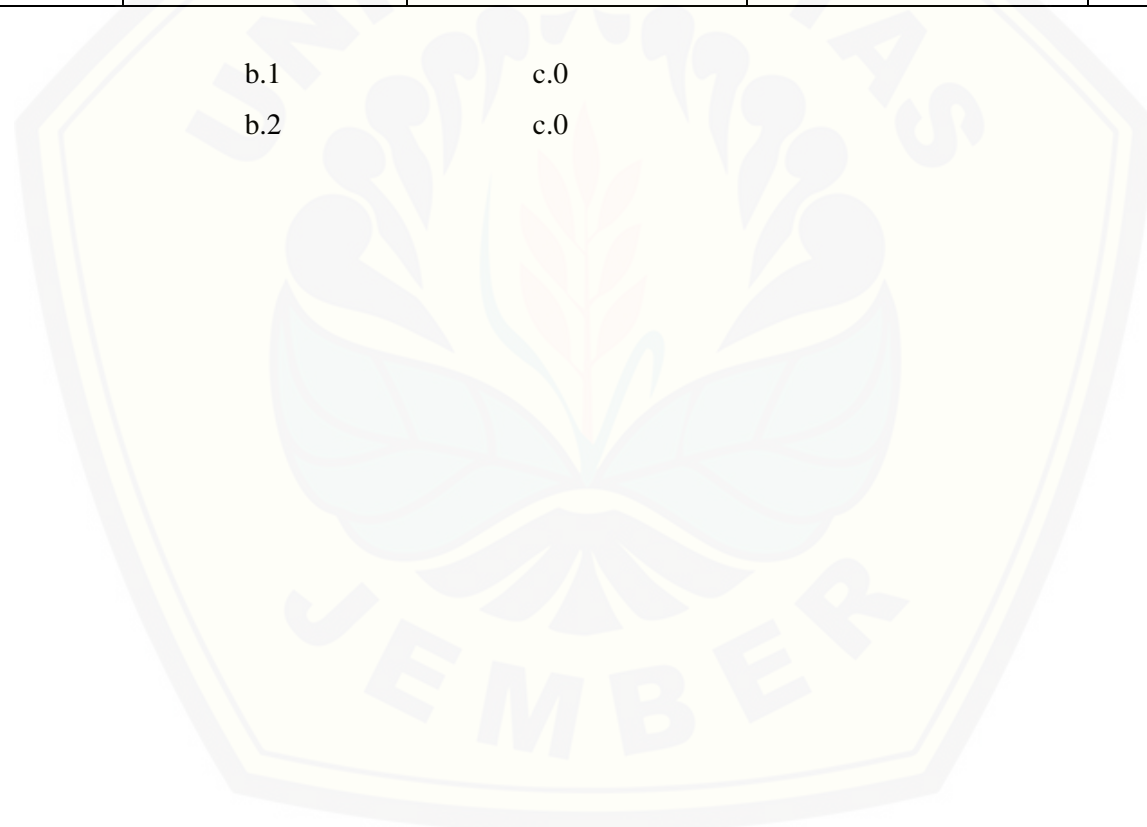
b.1

c.0

C10. a.1

b.2

c.0



Lampiran C. Surat Ijin Pengambilan Data

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

---

Jember, 14 September 2017

Nomor : 440 /38960 /311/ 2017  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Pengambilan Data

Kepada :  
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan  
P2 Dinas Kesehatan Kab. Jember

di - JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/3649/314/2016, Tanggal 12 September 2017, Perihal Ijin Pengambilan Data, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Dewi Norma Palupi  
NIM : 142110101063  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember  
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan Pengambilan Data Tentang :  
- Jumlah Penderita Gangguan Jiwa di Kabupaten Jember.  
Waktu Pelaksanaan : 14 September 2017 s/d 14 Oktober 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Pengambilan Data ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

  
**KEPALA DINAS KESEHATAN**  
**KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
**dr. SITINURUL QOMARIYAH, M.Kes**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat

## 2. Dinas Sosial Kabupaten Jember

  
**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

---

Kepada  
Yth. Sdr. Kepala Dinas Sosial Kab. Jember  
di -  
**JEMBER**

**SURAT REKOMENDASI**  
Nomor : 072/4583/415/2017

Tentang

**PENGAMBILAN DATA**

Dasar :

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan :

Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember 06 Desember 2017 Nomor : 7241/UN25.1.12/SP/2017 perihal Pengambilan Data

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama / NIM. : Dewi Norma Palupi / 142110101063  
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember  
Keperluan : Mengadakan pengambilan data terkait jumlah ODGJ di Kabupaten Jember  
Lokasi : Dinas Sosial Kabupaten Jember  
Waktu Kegiatan : Desember 2017 s/d Januari 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.


Ditetapkan di : Jember  
Tanggal : 12-12-2017  
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN JEMBER  
Kabid. Kajian Strategis dan Politik

  
**ACHMAD DARYONO, S.Sos**  
Pejabat Tk. I  
NIP. 19690912-199602 1 001

Tembusan :  
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;  
2. Yang Bersangkutan.



Lampiran D. Surat Ijin Uji Validitas Kuesioner

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 21 Pebruari 2018

Nomor : 440 /10332/311/ 2018  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Kepada :  
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2  
Dinas Kesehatan Kab. Jember  
2. Plt. Kepala Puskesmas Sumpstersari

di - JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/348/415/2018, Tanggal 14 Pebruari 2018, Perihal Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Dewi Norma Palupi  
NIM : 142110101063  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember  
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan Uji Validitas dan Reliabilitas Tentang :  
> Perilaku Keluarga dalam Pencarian Pengobatan Bagi Orang dengan Gangguan Jiwa Tahun 2017  
Waktu Pelaksanaan : 21 Pebruari 2018 s/d 31 Maret 2018


Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Uji Validitas dan Reliabilitas ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.


**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JEMBER**

  
**dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat

Lampiran E. Surat Ijin Penelitian

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

 **PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 12 Maret 2018

Nomor : 440 /13654/311/ 2018  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
Yth. Sdr

1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2 Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. Plt. Kepala Puskesmas Puger
3. Plt. Kepala Puskesmas Kasiyan

di - JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/516/415/2018, Tanggal 5 Maret 2018, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Dewi Norma Palupi  
NIM : 142110101063  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember  
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang :  
➤ Gambaran Perilaku Keluarga dalam Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Tahun 2017 (Studi Kuantitatif di Kecamatan Puger Kabupaten Jember)


Waktu Pelaksanaan : 12 Maret 2018 s/d 30 April 2018

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

  
**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JEMBER**  
**dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat

## 2. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember

  
**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada  
Yth. Sdr. Camat Puger Kabupaten Jember  
di -  
J E M B E R

**SURAT REKOMENDASI**  
Nomor : 072/783/415/2018

Tentang  
**PENELITIAN**

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;  
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 21 Maret 2018 Nomor : 1427/UN.25.1.12/SP/2018 perihal Ijin penelitian

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama /NIM. : Dewi Norma Palupi / 142110101063  
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember  
Keperluan : Melaksanakan penelitian untuk penyusunan skripsi dengan judul : "Gambaran Perilaku Dalam Pencarian Pengobatan Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Tahun 2017 (Studi Kualitatif di Kecamatan Puger Kabupaten Jember)"  
Lokasi : Kantor Kecamatan Puger Kabupaten Jember  
Waktu Kegiatan : Maret s/d April 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
Tanggal : 26-03-2018  
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN JEMBER  
Kabid. Kajian Strategis dan Politis

  
ACHMAD DARYATI F., S.Sos  
Pegawai Tk. I  
NIP. 196903121996021001

Tembusan :  
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;  
2. Yang Bersangkutan.

Lampiran F. Hasil Output SPSS

Usia				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
29	2	4,3	4,3	4,3
30	2	4,3	4,3	8,7
32	1	2,2	2,2	10,9
38	2	4,3	4,3	15,2
39	1	2,2	2,2	17,4
40	1	2,2	2,2	19,6
42	2	4,3	4,3	23,9
43	1	2,2	2,2	26,1
44	1	2,2	2,2	28,3
45	2	4,3	4,3	32,6
47	1	2,2	2,2	34,8
48	4	8,7	8,7	43,5
Valid 50	2	4,3	4,3	47,8
51	4	8,7	8,7	56,5
52	1	2,2	2,2	58,7
53	2	4,3	4,3	63,0
54	1	2,2	2,2	65,2
55	1	2,2	2,2	67,4
56	2	4,3	4,3	71,7
57	1	2,2	2,2	73,9
59	1	2,2	2,2	76,1
60	1	2,2	2,2	78,3
61	5	10,9	10,9	89,1
62	3	6,5	6,5	95,7
63	2	4,3	4,3	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Kelompok Usia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25-29	2	4,3	4,3	4,3
30-34	3	6,5	6,5	10,9
35-39	3	6,5	6,5	17,4
40-44	5	10,9	10,9	28,3
45-49	7	15,2	15,2	43,5
50-54	10	21,7	21,7	65,2
55-59	5	10,9	10,9	76,1
60-64	11	23,9	23,9	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Jenis Kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	19	41,3	41,3	41,3
Perempuan	27	58,7	58,7	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Pendidikan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dasar	41	89,1	89,1	89,1
Menengah	5	10,9	10,9	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Jenis Pekerjaan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak bekerja	2	4,3	4,3	4,3
Wiraswasta	12	26,1	26,1	30,4
Petani/Nelayan/Buruh	32	69,6	69,6	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Pendapatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Lebih dari 1.916.983,99	2	4,3	4,3	4,3
Valid Kurang dari 1.916.983,99	44	95,7	95,7	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Lama Sakit Anggota Keluarga**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
≤1 tahun	1	2,2	2,2	2,2
Valid >1 tahun	45	97,8	97,8	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Hubungan Kekerabatan dengan Penderita Gangguan Jiwa**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ayah	2	4,3	4,3	4,3
Ibu	1	2,2	2,2	6,5
Suami	1	2,2	2,2	8,7
Valid Anak	31	67,4	67,4	76,1
Saudara Kandung	8	17,4	17,4	93,5
Saudara Ipar	3	6,5	6,5	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Tipe Keluarga**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Keluarga Inti	31	67,4	67,4	67,4
Valid Keluarga Besar	15	32,6	32,6	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Apakah anggota keluarga yang lain dalam keturunan pernah mengalami gangguan jiwa?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak	39	84,8	84,8	84,8
Valid Ya	7	15,2	15,2	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Jika ada, bagaimana hubungan kekerabatan antara anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa dengan anggota keluarga yang sedang mengalami gangguan jiwa?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ibu	2	4,3	28,6	28,6
Kakek	2	4,3	28,6	57,1
Valid Saudara sekandung	2	4,3	28,6	85,7
Saudara kandung dari ibu	1	2,2	14,3	100,0
Total	7	15,2	100,0	
Missing System	39	84,8		
Total	46	100,0		

**Berapa Jumlah Anggota Keluarga Lainnya yang Pernah Mengalami Gangguan Jiwa?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	6	13,0	85,7	85,7
Valid 2	1	2,2	14,3	100,0
Total	7	15,2	100,0	
Missing System	39	84,8		
Total	46	100,0		

**Pengetahuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tinggi	20	43,5	43,5	43,5
Valid Rendah	26	56,5	56,5	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Sikap**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	17	37,0	37,0	37,0
Valid Tidak baik	29	63,0	63,0	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak mengikuti	38	82,6	82,6	82,6
Valid Mengikuti	8	17,4	17,4	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Jika mengikuti kelas yang diikuti dalam jaminan kesehatan nasional**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Penerima Bantuan Iuran	7	15,2	87,5	87,5
Valid Kelas III, Rp. 25.500	1	2,2	12,5	100,0
Total	8	17,4	100,0	
Missing System	38	82,6		
Total	46	100,0		

**Tindakan Pencarian Pengobatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sesuai	21	45,7	45,7	45,7
Valid Tidak sesuai	25	54,3	54,3	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Tidak melakukan tindakan apa-apa**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	46	100,0	100,0	100,0

**Mengobati sendiri dengan cara dipasung**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ya	39	84,8	84,8	84,8
Valid Tidak	7	15,2	15,2	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Mengobati sendiri dengan cara dibacakan doa-doa/diruqyah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ya	33	71,7	71,7	71,7
Valid Tidak	13	28,3	28,3	100,0
Total	46	100,0	100,0	



**Mengobati sendiri dengan cara dimandikan bunga**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	8	17,4	17,4	17,4
Tidak	38	82,6	82,6	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Mengobati sendiri dengan cara menyembelih ayam yang telah diberi do'a**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	2	4,3	4,3	4,3
Tidak	44	95,7	95,7	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Berobat ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional seperti tabib,dukun,kyai)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	45	97,8	97,8	97,8
Tidak	1	2,2	2,2	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Membeli obat di warung terdekat**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	14	30,4	30,4	30,4
Tidak	32	69,6	69,6	100,0
Total	46	100,0	100,0	

**Berobat ke fasilitas pengobatan modern seperti Klinik,Puskesmas,Rumah Sakit**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	46	100,0	100,0	100,0

**Berobat ke Dokter Praktik**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	28	60,9	60,9	60,9
Tidak	18	39,1	39,1	100,0
Total	46	100,0	100,0	

## Hasil Tabulasi Silang

## Usia

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Tindakan	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%

## Usiabarur \* Tindakan Crosstabulation

		Tindakan		Total	
		Sesuai	Tidak sesuai		
Usia	≤30 Tahun	Count	1	3	4
		Expected Count	1,8	2,2	4,0
		% within Usia	25,0%	75,0%	100,0%
		% within Tindakan	4,8%	12,0%	8,7%
	>30 Tahun	Count	20	22	42
		Expected Count	19,2	22,8	42,0
		% within Usia	47,6%	52,4%	100,0%
		% within Tindakan	95,2%	88,0%	91,3%
Total	Count	21	25	46	
	Expected Count	21,0	25,0	46,0	
	% within Usia	45,7%	54,3%	100,0%	
	% within Tindakan	100,0%	100,0%	100,0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,753 <sup>a</sup>	1	,385		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,117	1	,732		
Likelihood Ratio	,794	1	,373		
Fisher's Exact Test				,614	,374
Linear-by-Linear Association	,737	1	,391		
N of Valid Cases	46				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,83.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-,128			,385
	Cramer's V	,128			,385
	Contingency Coefficient	,127			,385
	Interval by Interval				
	Pearson's R	-,128	,133	-,856	,397 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,128	,133	-,856	,397 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		46			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Jenis Kelamin**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Tindakan	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%

**Jenis Kelamin \* Tindakan Crosstabulation**

		Tindakan		Total	
		Sesuai	Tidak sesuai		
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	10	9	19
		Expected Count	8,7	10,3	19,0
		% within Jenis Kelamin	52,6%	47,4%	100,0%
		% within Tindakan	47,6%	36,0%	41,3%
	Perempuan	Count	11	16	27
		Expected Count	12,3	14,7	27,0
		% within Jenis Kelamin	40,7%	59,3%	100,0%
		% within Tindakan	52,4%	64,0%	58,7%
Total	Count	21	25	46	
	Expected Count	21,0	25,0	46,0	
	% within Jenis Kelamin	45,7%	54,3%	100,0%	
	% within Tindakan	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,636 <sup>a</sup>	1	,425	,550	,310
Continuity Correction <sup>b</sup>	,247	1	,619		
Likelihood Ratio	,636	1	,425		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,622	1	,430		
N of Valid Cases	46				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,67.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

	Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal				
Phi	,118			,425
Cramer's V	,118			,425
Contingency Coefficient	,117			,425
Interval by Interval				
Pearson's R	,118	,147	,785	,437 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal				
Spearman Correlation	,118	,147	,785	,437 <sup>c</sup>
N of Valid Cases	46			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Pendidikan**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan * Tindakan	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%

Pendidikan \* Tindakan Crosstabulation

		Tindakan		Total	
		Sesuai	Tidak sesuai		
Pendidikan	Dasar	Count	16	25	41
		Expected Count	18,7	22,3	41,0
		% within Pendidikan	39,0%	61,0%	100,0%
		% within Tindakan	76,2%	100,0%	89,1%
	Menengah	Count	5	0	5
		Expected Count	2,3	2,7	5,0
		% within Pendidikan	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Tindakan	23,8%	0,0%	10,9%
Total		Count	21	25	46
		Expected Count	21,0	25,0	46,0
		% within Pendidikan	45,7%	54,3%	100,0%
		% within Tindakan	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,678 <sup>a</sup>	1	,010		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4,447	1	,035		
Likelihood Ratio	8,575	1	,003		
Fisher's Exact Test				,015	,015
Linear-by-Linear Association	6,533	1	,011		
N of Valid Cases	46				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,28.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,381			,010
	Cramer's V	,381			,010
	Contingency Coefficient	,356			,010
Interval by Interval	Pearson's R	,381	,086	2,734	,009 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,381	,086	2,734	,009 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		46			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Pekerjaan

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * Tindakan	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%

**Pekerjaanbaru \* Tindakan Crosstabulation**

		Tindakan		Total	
		Sesuai	Tidak sesuai		
Pekerjaan	Bekerja	Count	19	25	44
		Expected Count	20,1	23,9	44,0
		% within Pekerjaan	43,2%	56,8%	100,0%
		% within Tindakan	90,5%	100,0%	95,7%
	Tidak Bekerja	Count	2	0	2
		Expected Count	,9	1,1	2,0
		% within Pekerjaan	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Tindakan	9,5%	0,0%	4,3%
Total		Count	21	25	46
		Expected Count	21,0	25,0	46,0
		% within Pekerjaan	45,7%	54,3%	100,0%
		% within Tindakan	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,489 <sup>a</sup>	1	,115		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,726	1	,394		
Likelihood Ratio	3,245	1	,072		
Fisher's Exact Test				,203	,203
Linear-by-Linear Association	2,435	1	,119		
N of Valid Cases	46				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,91.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-,233			,115
	Cramer's V	,233			,115
	Contingency Coefficient	,227			,115
Interval by Interval	Pearson's R	-,233	,083	-1,587	,120 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,233	,083	-1,587	,120 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		46			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Pendapatan**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendapatan * Tindakan	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%

**Pendapatan \* Tindakan Crosstabulation**

		Tindakan		Total
		Sesuai	Tidak sesuai	
Pendapatan	Count	2	0	2
	Expected Count	,9	1,1	2,0
	% within Pendapatan	100,0%	0,0%	100,0%
	% within Tindakan	9,5%	0,0%	4,3%
	Count	19	25	44
	Expected Count	20,1	23,9	44,0
	% within Pendapatan	43,2%	56,8%	100,0%
	% within Tindakan	90,5%	100,0%	95,7%
Total	Count	21	25	46
	Expected Count	21,0	25,0	46,0
	% within Pendapatan	45,7%	54,3%	100,0%
	% within Tindakan	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,489 <sup>a</sup>	1	,115		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,726	1	,394		
Likelihood Ratio	3,245	1	,072		
Fisher's Exact Test				,203	,203
Linear-by-Linear Association	2,435	1	,119		
N of Valid Cases	46				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,91.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

	Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal				
Phi	,233			,115
Cramer's V	,233			,115
Contingency Coefficient	,227			,115
Interval by Interval				
Pearson's R	,233	,083	1,587	,120 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal				
Spearman Correlation	,233	,083	1,587	,120 <sup>c</sup>
N of Valid Cases	46			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Lama Sakit Anggota Keluarga**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Lama Sakit Anggota Keluarga * Tindakan	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%



**Lama Sakit Anggota Keluarga \* Tindakan Crosstabulation**

			Tindakan		Total
			Sesuai	Tidak sesuai	
Lama Sakit Anggota Keluarga	≤1 tahun	Count	1	0	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
		% within Lama Sakit Anggota Keluarga	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Tindakan	4,8%	0,0%	2,2%
		Count	20	25	45
	>1 tahun	Expected Count	20,5	24,5	45,0
		% within Lama Sakit Anggota Keluarga	44,4%	55,6%	100,0%
		% within Tindakan	95,2%	100,0%	97,8%
		Count	21	25	46
		Expected Count	21,0	25,0	46,0
Total	% within Lama Sakit Anggota Keluarga	45,7%	54,3%	100,0%	
	% within Tindakan	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,217 <sup>a</sup>	1	,270		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,008	1	,930		
Likelihood Ratio	1,595	1	,207		
Fisher's Exact Test				,457	,457
Linear-by-Linear Association	1,190	1	,275		
N of Valid Cases	46				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,163			,270

	Cramer's V	,163			,270
	Contingency Coefficient	,161			,270
Interval by Interval	Pearson's R	,163	,082	1,093	,280 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,163	,082	1,093	,280 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		46			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Hubungan Kekерabatan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Hubungan Kekерabatan dengan Penderita Gangguan Jiwa * Tindakan	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%

Hubungan Kekерabatan dengan Penderita Gangguan Jiwa \* Tindakan Crosstabulation

		Tindakan		Total
		Sesuai	Tidak sesuai	
Hubungan Kekерabatan dengan Penderita Gangguan Jiwa	Count	1	0	1
	Expected Count	,5	,5	1,0
	% within Hubungan Kekерabatan dengan Penderita Gangguan Jiwa	100,0%	0,0%	100,0%
	% within Tindakan	4,8%	0,0%	2,2%
	Count	1	0	1
Ayah	Expected Count	,5	,5	1,0
	% within Hubungan Kekерabatan dengan Penderita Gangguan Jiwa	100,0%	0,0%	100,0%
	% within Tindakan	4,8%	0,0%	2,2%
	Count	1	0	1
	Expected Count	,5	,5	1,0
Ibu	% within Hubungan Kekерabatan dengan Penderita Gangguan Jiwa	100,0%	0,0%	100,0%
	% within Tindakan	4,8%	0,0%	2,2%
	Count	16	20	36
	Expected Count	16,4	19,6	36,0
	Anak			

Total	% within Hubungan Kekerabatan dengan Penderita Gangguan Jiwa	44,4%	55,6%	100,0%	
		% within Tindakan	76,2%	80,0%	78,3%
		Count	2	3	5
	Saudara Kandung	Expected Count	2,3	2,7	5,0
		% within Hubungan Kekerabatan dengan Penderita Gangguan Jiwa	40,0%	60,0%	100,0%
		% within Tindakan	9,5%	12,0%	10,9%
	Saudara Ipar	Count	1	2	3
		Expected Count	1,4	1,6	3,0
		% within Hubungan Kekerabatan dengan Penderita Gangguan Jiwa	33,3%	66,7%	100,0%
	Total	% within Tindakan	4,8%	8,0%	6,5%
		Count	21	25	46
		Expected Count	21,0	25,0	46,0
Total	% within Hubungan Kekerabatan dengan Penderita Gangguan Jiwa	45,7%	54,3%	100,0%	
	% within Tindakan	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,650 <sup>a</sup>	4	,618
Likelihood Ratio	3,411	4	,492
Linear-by-Linear Association	,910	1	,340
N of Valid Cases	46		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

**Symmetric Measures**

	Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.

	Phi	,240			,618
Nominal by Nominal	Cramer's V	,240			,618
	Contingency Coefficient	,233			,618
Interval by Interval	Pearson's R	,142	,142	,953	,346 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,162	,142	1,089	,282 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		46			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Tipe Keluarga

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tipe Keluarga * Tindakan	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%

Tipe Keluarga \* Tindakan Crosstabulation

		Tindakan		Total	
		Sesuai	Tidak sesuai		
Tipe Keluarga	Keluarga Inti	Count	14	17	31
		Expected Count	14,2	16,8	31,0
		% within Tipe Keluarga	45,2%	54,8%	100,0%
		% within Tindakan	66,7%	68,0%	67,4%
	Keluarga Besar	Count	7	8	15
		Expected Count	6,8	8,2	15,0
		% within Tipe Keluarga	46,7%	53,3%	100,0%
		% within Tindakan	33,3%	32,0%	32,6%
Total	Count	21	25	46	
	Expected Count	21,0	25,0	46,0	
	% within Tipe Keluarga	45,7%	54,3%	100,0%	
	% within Tindakan	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,009 <sup>a</sup>	1	,923		

Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,009	1	,923		
Fisher's Exact Test				1,000	,585
Linear-by-Linear Association	,009	1	,924		
N of Valid Cases	46				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,85.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-,014			,923
	Cramer's V	,014			,923
	Contingency Coefficient	,014			,923
Interval by Interval	Pearson's R	-,014	,148	-,094	,926 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,014	,148	-,094	,926 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		46			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Pengetahuan**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Tindakan	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%

**Pengetahuan \* Tindakan Crosstabulation**

			Tindakan		Total
			Sesuai	Tidak sesuai	
Pengetahuan	Tinggi	Count	14	6	20
		Expected Count	9,1	10,9	20,0
		% within Pengetahuan	70,0%	30,0%	100,0%
	Rendah	Count	7	19	26
		Expected Count	11,9	14,1	26,0
		% within Pengetahuan	26,9%	73,1%	100,0%

Total	Count	21	25	46
	Expected Count	21,0	25,0	46,0
	% within Pengetahuan	45,7%	54,3%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,455 <sup>a</sup>	1	,004		
Continuity Correction <sup>b</sup>	6,807	1	,009		
Likelihood Ratio	8,697	1	,003		
Fisher's Exact Test				,007	,004
Linear-by-Linear Association	8,271	1	,004		
N of Valid Cases	46				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,13.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

	Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,429		,004
	Cramer's V	,429		,004
	Contingency Coefficient	,394		,004
Interval by Interval	Pearson's R	,429	,134	3,148
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,429	,134	3,148
N of Valid Cases	46			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Sikap**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Tindakan	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%

**Sikap \* Tindakan Crosstabulation**

		Tindakan		Total
		Sesuai	Tidak sesuai	
Sikap	Count	13	4	17
	Baik Expected Count	7,8	9,2	17,0
	% within jumlah sikap	76,5%	23,5%	100,0%
	Count	8	21	29
	Tidak baik Expected Count	13,2	15,8	29,0
	% within jumlah sikap	27,6%	72,4%	100,0%
Total	Count	21	25	46
	Expected Count	21,0	25,0	46,0
	% within jumlah sikap	45,7%	54,3%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,323 <sup>a</sup>	1	,001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	8,446	1	,004		
Likelihood Ratio	10,709	1	,001		
Fisher's Exact Test				,002	,002
Linear-by-Linear Association	10,098	1	,001		
N of Valid Cases	46				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,76.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,474			,001
	Cramer's V	,474			,001
	Contingency Coefficient	,428			,001
Interval by Interval	Pearson's R	,474	,129	3,568	,001 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,474	,129	3,568	,001 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		46			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Genetika

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Apakah anggota keluarga yang lain dalam satu keturunan pernah mengalami gangguan jiwa? * Tindakan	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%

**Apakah anggota keluarga yang lain dalam satu keturunan pernah mengalami gangguan jiwa? \***

**Tindakan Crosstabulation**

		Tindakan		Total
		Sesuai	Tidak sesuai	
Apakah anggota keluarga yang lain dalam satu keturunan pernah mengalami gangguan jiwa?	Count	19	20	39
	Expected Count	20,3	18,7	39,0
	% within Apakah anggota keluarga yang lain dalam satu keturunan pernah mengalami gangguan jiwa?	48,7%	51,3%	100,0%
	% within Tindakan	79,2%	90,9%	84,8%
	Count	5	2	7
	Expected Count	3,7	3,3	7,0
Ya	% within Apakah anggota keluarga yang lain dalam satu keturunan pernah mengalami gangguan jiwa?	71,4%	28,6%	100,0%
	% within Tindakan	20,8%	9,1%	15,2%
	Count	24	22	46
Total	Count	24	22	46
	Expected Count	24,0	22,0	46,0



% within Apakah anggota keluarga yang lain dalam satu keturunan pernah mengalami gangguan jiwa?	52,2%	47,8%	100,0%
% within Tindakan	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,227 <sup>a</sup>	1	,268		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,485	1	,486		
Likelihood Ratio	1,267	1	,260		
Fisher's Exact Test				,418	,245
Linear-by-Linear Association	1,200	1	,273		
N of Valid Cases	46				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,35.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

	Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-,163		,268
	Cramer's V	,163		,268
	Contingency Coefficient	,161		,268
Interval by Interval	Pearson's R	-,163	,138	-,278 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,163	,138	-,278 <sup>c</sup>
N of Valid Cases	46			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional**

**Case Processing Summary**

Cases					
Valid		Missing		Total	
N	Percent	N	Percent	N	Percent

Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional * Tindakan	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%
---	----	--------	---	------	----	--------

## Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional \* Tindakan Crosstabulation

		Tindakan		Total	
		Sesuai	Tidak sesuai		
Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional	Count	20	18	38	
	Expected Count	19,8	18,2	38,0	
	Tidak mengikuti	% within Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional	52,6%	47,4%	100,0%
	% within Tindakan	83,3%	81,8%	82,6%	
	Mengikuti	Count	4	4	8
	Expected Count	4,2	3,8	8,0	
Total	% within Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional	50,0%	50,0%	100,0%	
	% within Tindakan	16,7%	18,2%	17,4%	
	Count	24	22	46	
	Expected Count	24,0	22,0	46,0	
	% within Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional	52,2%	47,8%	100,0%	
	% within Tindakan	100,0%	100,0%	100,0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,018 <sup>a</sup>	1	,892		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,018	1	,892		
Fisher's Exact Test				1,000	,598
Linear-by-Linear Association	,018	1	,893		
N of Valid Cases	46				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,83.

b. Computed only for a 2x2 table

## Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
	Phi	,020			,892
Nominal by Nominal	Cramer's V	,020			,892
	Contingency Coefficient	,020			,892
Interval by Interval	Pearson's R	,020	,148	,132	,895 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,020	,148	,132	,895 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		46			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Lampiran G. Dokumentasi Penelitian



Wawancara yang dilakukan dengan responden di Puskesmas Puger



Wawancara yang dilakukan di rumah responden yang berada di wilayah kerja Puskesmas Puger



Penandatanganan *Informed Consent* responden di Puskesmas Kasiyan



Wawancara yang dilakukan di rumah responden yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kasiyan

