



**HUBUNGAN LAMA MERAHWAT PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN
TINGKAT DEPRESI PELAKU RAWAT PADA PASIEN RAWAT
JALAN DI POLIKLINIK PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO
LUMAJANG**

SKRIPSI

Oleh

**Diyang Shifa Arista Putri
NIM 152010101058**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITA JEMBER
2019**



**HUBUNGAN LAMA MERAJAT PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN
TINGKAT DEPRESI PELAKU RAWAT PADA PASIEN RAWAT
JALAN DI POLIKLINIK PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO
LUMAJANG**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan Dokter (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

**Diyang Shifa Arista Putri
NIM 152010101058**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITA JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orangtua saya tercinta, Ayahanda Siswanto dan Ibunda Ariani atas segala kasih sayang, dukungan dan pengorbanan yang tak pernah henti;
2. Kakak saya Ramdhani Bima Arista Putra yang selalu memberi dukungan dan semangat untuk saya;
3. Para guru sejak tamah kanan-kanan sampai dengan perguruan tinggi yang telah memberikan ilmu dan mendidik saya dengan penuh kesabaran;
4. Keluarga besar angkatan 2015 Coccyx Fakultas Kedokteran Universitas Jember dan semua sahabat saya yang telah membantu dan mendukung saya;
5. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

MOTO

La Tahzan Innallaha Ma'ana
Don't be Sad. Indeed Allah is With Us
(QS. At-Taubah: 40)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Diyang Shifa Arista Putri

NIM : 152010101058

Menyatakan dengan ini sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Lama Merawat Pasien Skizofrenia dengan Tingkat Depresi Pelaku Rawat pada Pasien Rawat Jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 22 Januari 2019

Yang menyatakan

Diyang Shifa Arista Putri

152010101058

SKRIPSI

**HUBUNGAN LAMA MERAUAT PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN
TINGKAT DEPRESI PELAKU RAWAT PADA PASIEN RAWAT
JALAN DI POLIKLINIK PSIKIATRI RS PTPN XI
DJATIROTO LUMAJANG**

Oleh

Diyang Shifa Arista Putri

NIM 152010101058

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Alif Mardijana, Sp.KJ

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Muhammad Hasan, M.Kes., Sp.OT

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Hubungan Lama Merawat Pasien Skizofrenia dengan Tingkat Depresi Pelaku Rawat pada Pasien Rawat Jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal :

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Dosen Penguji Utama,

Dosen Penguji Anggota

dr. Inke Kusumastuti, M.Biomed, Sp.KJ
NIP. 760018039

dr. Cicih Komariah, Sp. M
NIP. 19740928 200501 2 001

Dosen Pembimbing Utama,

Dosen Pembimbing Anggota,

dr. Alif Mardijana, Sp.KJ
NIP. 19581105 198702 2 001

dr. Muhammad Hasan, M.Kes., Sp.OT
NIP. 19690411 199903 1 001

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

dr. Supangat, M.Kes., Ph.D., Sp.BA
NIP. 19730424 199903 1 002

RINGKASAN

Hubungan antara Lama Merawat Pasien Skizofrenia dengan Tingkat Depresi Pelaku Rawat Pasien pada Pasien Rawat Jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang; Diyang Shifa Arista Putri, 152010101058; 2018; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Skizofrenia merupakan penyakit kronis yang berkaitan dengan beban kesehatan, sosial, dan keuangan yang signifikan dan berlangsung lama, tidak hanya untuk pasien itu sendiri tetapi juga untuk keluarga, pengasuh lainnya, dan masyarakat yang lebih luas. Skizofrenia juga merupakan gangguan psikologis yang serius tidak hanya memengaruhi kehidupan mereka tetapi juga keluarganya. Karena skizofrenia cenderung menjadi kronis terjadi penurunan fungsional yang menyebabkan hilangnya fungsi sosial, mengubah pola komunikasi dalam keluarga, mengarah pada kesulitan kerja, dan menempatkan beban dalam keluarga (Talwa & Matheiken, 2010). Pelaku rawat harus menangani gejala pasien, dan membantu pasien dalam aktivitas kehidupan sehari-hari. Pelaku rawat dihadapi beberapa stres termasuk keuangan, struktur keluarga, tuntutan kesehatan fisik dan beberapa hal lainnya. Memberi perawatan dapat membuat stres. Pelaku rawat pasien skizofrenia dan gangguan lainnya mengalami tingkat beban yang tinggi (Talwa & Matheiken, 2010). Penelitian Marimbe *et al.* (2016) menyatakan bahwa akibat dari beban yang dialami oleh pelaku rawat, 68% pelaku rawat mengalami gangguan mental secara umum. Salah satu masalah yang sering terjadi pada pelaku rawat pasien skizofrenia adalah depresi dan kecemasan. Durasi perawatan pasien skizofrenia berpengaruh terhadap prevalensi timbulnya gejala depresi dan cemas pada pelaku rawat. Talwa dan Matheiken (2010) yang meneliti 50 pasien skizofrenia beserta pelaku rawatnya mendapatkan 66% responden dengan depresi dan cemas pada lama perawatan 17 tahun dan 40% dengan depresi dan cemas pada lama perawatan 9 tahun.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik observasional dengan desain penelitian *cross sectional* (potong lintang). Penelitian dilaksanakan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto, Lumajang. Populasi penelitian ini

adalah pelaku rawat pasien terdiagnosis skizofrenia yang menjalani pengobatan rawat jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dan pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *accidental sampling* dengan jumlah sampel yaitu 30 orang. Kriteria inklusi sampel meliputi: (1) pelaku rawat pasien skizofrenia rawat jalan ke Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang, (2) pelaku rawat yang tinggal satu rumah dengan pasien skizofrenia (3) pelaku rawat pasien skizofrenia rawat jalan yang berusia 18 sampai 65 tahun, (4) pelaku rawat pasien yang bersedia menjadi responden, sedangkan kriteria eksklusi yang digunakan yaitu: (1) pelaku rawat yang tuli (gangguan pendengaran) dan bisu (gangguan bicara), (2) pelaku rawat yang mengundurkan diri selama penelitian berlangsung, (3) pelaku rawat yang memiliki riwayat depresi sebelumnya. Beberapa risiko mungkin akan dialami oleh subyek atau relawan meliputi: psikologis (mental) dan sosial yang akan mempengaruhi prinsip etika penelitian *justice* (keadilan) akibat intervensi selama penelitian. Dalam melindungi keselamatan dan keamanan subyek penelitian, penilaian risiko secara kualitatif, misalnya rasa cemas atau malu yang diperoleh dari wawancara dapat diantisipasi dengan penjelasan sebelumnya sebagai pencegahan risiko psikologis. Merahasiakan data yang diperoleh dari subyek juga harus dilakukan demi mencegah risiko sosial karena apabila kerahasiaan tidak terlaksana akan ada banyak ancaman yang dialami subyek seperti kehilangan pekerjaan atau diisolasi oleh masyarakat sekitarnya.

Peneliti menggunakan data primer yaitu tingkat depresi pelaku rawat yang diperoleh dari wawancara kepada sampel menggunakan kuisisioner Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Analisis data menggunakan analisa data univariat (deskriptif) dan bivariat menggunakan uji korelasi Spearman dengan nilai signifikansi $p < 0,05$. Software yang digunakan dalam pengolahan data adalah SPSS Statistics. Hasil dari penelitian ini ditemukan adanya korelasi yang signifikan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat depresi pelaku rawat, dengan kekuatan korelasi sedang ($r = 0.4 - 0.6$) dan arah korelasi positif artinya jika lama merawat pasien skizofrenia semakin meningkat maka tingkat depresi akan semakin naik pula.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Lama Merawat Pasien Skizofrenia dengan Tingkat Depresi Pelaku Rawat pada Pasien Rawat Jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Penyusun skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. dr. Supangat, M.Kes., Ph.D., Sp.BA., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. dr. Alif Mardijana, Sp.KK., selaku Dosen Pembimbing Utama dan dr. Muhammad Hasan, M.Kes., Sp.OT., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan tenaga dalam proses penyusunan skripsi ini;
3. dr. Inke Kusumastuti, M.Biomed, Sp.K., selaku Dosen Penguji Utama dan dr. Enny Suswati, M.kes., selaku Dosen Penguji Anggota yang telah bersedia menguji dan meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran dan masukan demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Dr. dr. Aris Prasetyo, M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing penulis selama menjadi mahasiswa;
5. Orangtua saya tercinta, Ayahanda Siswanto dan Ibunda Ariani yang telah senantiasa memberikan doa, dukungan dan kasih sayang yang tiada henti, serta pengorbanan yang telah diberikan selama ini;
6. Kakakku, Ramdhani Bima Arista Putra yang telah menjadi panutan yang selalu menasehati dan mengingatkan diriku;
7. Sahabatku, Agnellia Maulidya Utami dan Gregorius Wahyu Pratama yang selalu memberikan dukungan dan menjadi tempatku bercerita semenjak awal masuk kuliah.

8. Rekan-rekan saya Asri Ayu Firdausi, Faradilla Firdausa, Elisa Fadia Laili, Annisa Salsabela, Nadhifa Athaya Putri, Cagar Irwin Taufan Pamungkas, Agi Saputera Gunawan dan Samuel Hobarto Sampe yang telah membantu dalam melaksanakan skripsi ini;
9. Teman seperjuangan sekaligus teman satu angkatan saya Cocyx 2015 atas semangat dan dedikasinya yang tiada henti;
10. Semua guru dan dosen yang selama ini telah memberikan ilmu pengetahuan serta dukungan kepada saya;
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran yang membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 22 januari 2019

Penulis

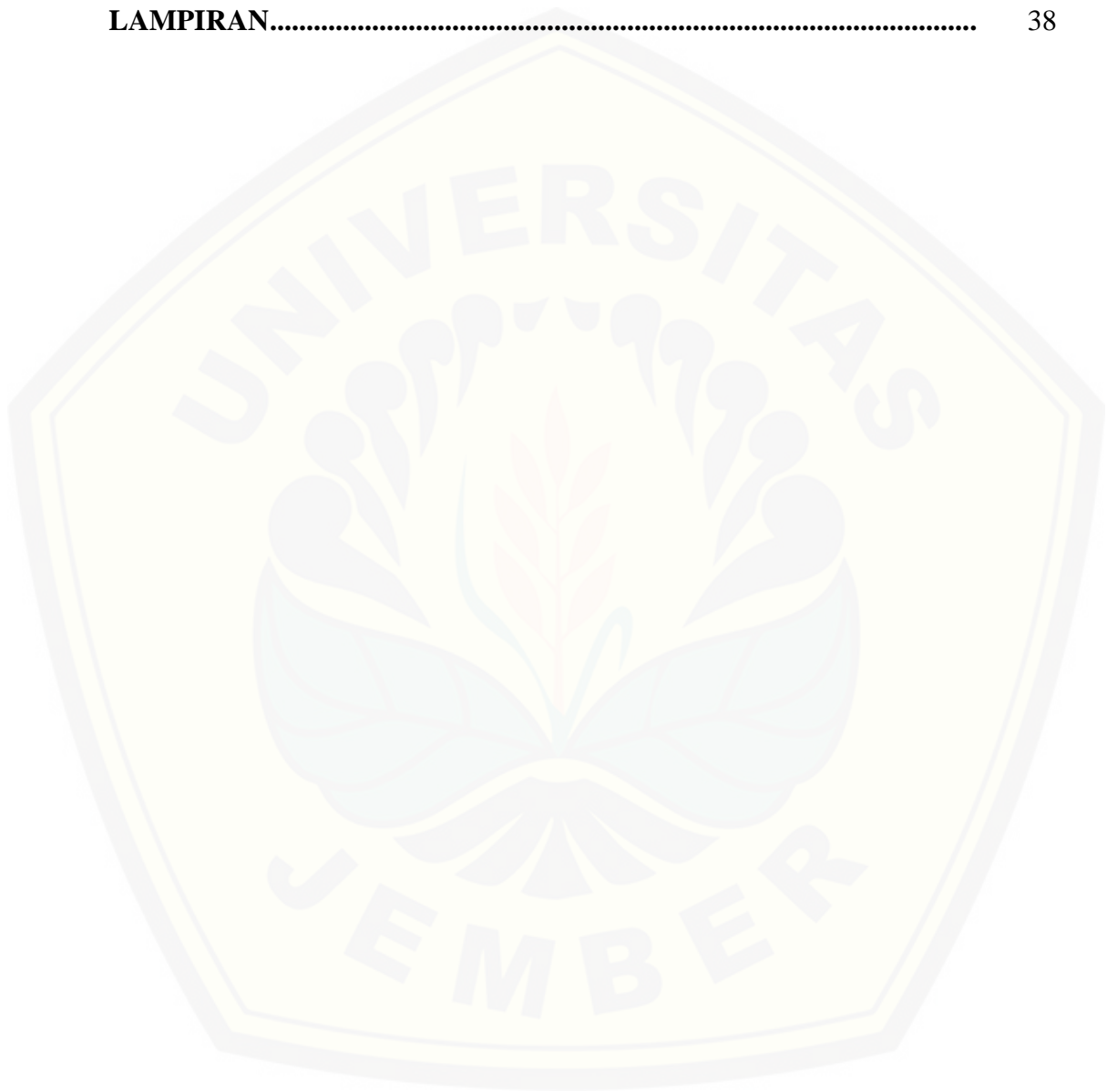
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA.....	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan	2
1.3.1 Tujuan Umum	2
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Pelaku Rawat	4
2.1.1 Definisi	4
2.1.2 Tugas Pelaku rawat	4
2.1.3 Dampak Menjadi Pelaku rawat	5
2.1.4 Kebutuhan Pelaku rawat	6
2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Beban pada Pelaku Rawat Pasien Skizofrenia.....	8

2.2 Skizofrenia	8
2.2.1 Definisi dan Epidemiologi	8
2.2.2 Etiologi	9
2.2.3 Jenis- Jenis Skizofrenia	10
2.2.4 Terapi	10
2.3 Depresi	11
2.3.1 Definisi	11
2.3.2 Etiologi	11
2.3.3 Patofisiologi	12
2.3.4 Manifestasi Klinis	13
2.3.4 Alat Tes untuk Mengukur Tingkat Depresi	14
2.4 Kerangka Konsep Penelitian	15
2.5 Hipotesis Penelitian	16
BAB 3. METODE PENELITIAN	17
3.1 Jenis Penelitian	17
3.2 Populasi dan Sampel Penelitian	17
3.2.1 Populasi Penelitian	17
3.2.2 Sampel Penelitian	17
3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	18
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian	18
3.4 Variabel Penelitian	18
3.4.1 Variabel Bebas	18
3.4.2 Variabel Terikat	18
3.4.3 Variabel Pengganggu	18
3.5 Definisi Operasional	19
3.5.1 Pelaku rawat Skizofrenia	19
3.5.2 Lama Merawat Pasien	19
3.5.3 Tingkat Depresi.....	19
3.6 Instrumen Penelitian	20
3.6.1 <i>Inform Consent</i> (lembar Persetujuan)	20
3.6.2 Lembar Penjelasan pada Calon Sampel	20

3.6.3 Identitas Sampel	20
3.6.4 Kuesioner <i>Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)</i>	21
3.7 Prosedur Penelitian	21
3.7.1 <i>Ethical Clearance</i>	21
3.7.2 Persiapan dan Perizinan	21
3.7.3 Pengambilan Data	21
3.8 Pengolahan Data	22
3.9 Analisis Data	23
3.10 Alur Penelitian	24
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	25
4.1 Hasil Penelitian.....	25
4.1.1 Distribusi Karakteristik Sosio-demografi Sampel Penelitian.....	25
4.1.2 Distribusi Karakteristik Tingkat Depresi Sampel.....	26
4.1.3 Distribusi Karakteristik Lama Merawat Pasien Skizofrenia.....	26
4.2 Analisis Data Hasil Penelitian.....	27
4.2.1 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antar Lama Merawat Pasien dengan Tingkat Depresi.....	27
4.2.2 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antar Usia dengan Tingkat Depresi.....	28
4.2.3 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antar Jenis Kelamin dengan Tingkat Depresi	28
4.2.4 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antar Pendidikan dengan Tingkat Depresi	29
4.2.5 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antar Pekerjaan dengan Tingkat Depresi	30
4.3 Pembahasan.....	30
4.4 Keterbatasan dan Hambatan.....	33

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	34
5.1 Kesimpulan.....	34
5.2 Saran	34
DAFTAR PUSTAKA	35
LAMPIRAN.....	38



DAFTAR TABEL

	Halaman
4.1 Distribusi Karakteristik Sosio-demografi Sampel Penelitian	25
4.2 Distribusi Karakteristik Tingkat Depresi Sampel	26
4.3 Distribusi Karakteristik Lama Merawat Pasien	27
4.4 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antar Lama Merawat Pasien dengan Tingkat Depresi.....	27
4.5 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antar Usia dengan Tingkat Depresi	28
4.6 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antar Jenis Kelamin dengan Tingkat Depresi....	29
4.7 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antar Pendidikan dengan Tingkat Depresi	29
4.8 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antar Pekerjaan dengan Tingkat Depresi.....	30

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Konsep penelitian	27
3.1 Skema Alur Penelitian	36



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Surat Keterangan Penelitian.....	38
A.1 Surat Rekomendasi Penelitian dari BAKESBANGPOL	38
A.2 Keterangan Persetujuan Penelitian dari RS PTPN XI Djatiroto Lumajang	39
B. Instrumen Penelitian	40
B.1 Formulir <i>Informed Consent</i> (Lembar Persetujuan)	40
B.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel	41
B.3 Lembar Identitas Sampel Penelitian	42
B.4 Lembar <i>Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)</i>	43
C. Hasil Uji Analisis Data	48
C.1 Lampiran Hasil Uji Univariat.....	48
C.2 Lampiran Hasil Uji Bivariat	50

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut data *World Health Organization* terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi dan 21 juta terkena skizofrenia di seluruh dunia (WHO, 2016). Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia, sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1.7% per 1.000 penduduk. Menurut data Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur pada tahun 2014 menunjukkan sekitar 595.873 orang dengan skizofrenia berada di Jawa Timur dan 4.955 orang dengan skizofrenia berada di Kabupaten Lumajang. Hal tersebut menunjukkan bahwa masalah skizofrenia menjadi masalah yang sangat serius dan menjadi masalah kesehatan global.

Skizofrenia adalah penyakit kronis yang berkaitan dengan beban kesehatan, sosial, dan keuangan yang signifikan dan berlangsung lama, tidak hanya untuk pasien itu sendiri tetapi juga untuk keluarga, pengasuh lainnya, dan masyarakat yang lebih luas. Skizofrenia juga merupakan gangguan psikologis yang serius tidak hanya memengaruhi kehidupan mereka tetapi juga keluarganya. Karena skizofrenia cenderung menjadi kronis terjadi penurunan fungsional yang menyebabkan hilangnya fungsi sosial, mengubah pola komunikasi dalam keluarga, mengarah pada kesulitan kerja, dan menempatkan beban dalam keluarga (Talwa & Matheiken, 2010).

Pelaku rawat harus menangani gejala pasien, dan membantu pasien dalam aktivitas kehidupan sehari-hari. Beban yang dihadapi pelaku rawat menyebabkan pelaku rawat tidak mendapat waktu untuk diri sendiri, meningkatkan perasaan marah, bersalah, kesedihan, kecemasan, depresi, ketidakberdayaan dan masih banyak lagi yang dapat meningkatkan stres pada pelaku rawat. Pelaku rawat pasien skizofrenia dan gangguan lainnya mengalami tingkat beban yang tinggi (Talwa & Matheiken, 2010). Penelitian Marimbe *et*

al. (2016) menyatakan bahwa akibat dari beban yang dialami oleh pelaku rawat, 68% pelaku rawat mengalami gangguan mental secara umum. Salah satu masalah yang sering terjadi pada pelaku rawat pasien skizofrenia adalah depresi dan kecemasan. Durasi perawatan pasien skizofrenia berpengaruh terhadap prevalensi timbulnya gejala depresi dan cemas pada pelaku rawat. Talwa dan Matheiken (2010) yang meneliti 50 pasien skizofrenia beserta pelaku rawat-nya mendapatkan 66% responden dengan depresi dan cemas pada lama perawatan 17 tahun dan 40% dengan depresi dan cemas pada lama perawatan 9 tahun.

Berdasarkan latar belakang mengenai beban yang dihadapi oleh pelaku rawat selama merawat pasien skizofrenia dan hasil dari beberapa penelitian tentang beban pelaku rawat yang menunjukkan adanya pengaruh pada kesehatan mental pelaku rawat, peneliti ingin mengetahui adanya hubungan antara lama perawatan pada pasien skizofrenia dengan tingkat depresi pada pelaku rawat. Selain itu, alasan peneliti memilih tempat penelitian di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dikarenakan dari hasil riset Dinas Kesehatan, kabupaten Lumajang memiliki prevalensi skizofrenia yang cukup tinggi serta dari hasil observasi sebelumnya, sebagian besar dari pasien skizofrenia merupakan pasien rujukan dari Rumah Sakit Jiwa lainnya.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat depresi pelaku rawat pasien rawat jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat depresi pelaku rawat pada pasien rawat jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Mengetahui tingkat depresi pelaku rawat pasien rawat jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatirito Lumajang.
- b. Mengetahui hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat depresi pelaku rawat pasien rawat jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

1.4 Manfaat

Manfaat penelitian ini adalah:

a. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan informasi ilmiah tentang hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat depresi pelaku rawat pada pasien rawat jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

b. Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi dan meningkatkan pengetahuan bagi masyarakat dan pelaku rawat tentang merawat skizofrenia.

c. Bagi Tenaga Kesehatan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi tenaga kesehatan untuk memberikan kebutuhan pendidikan psikologi yang sesuai sehingga mampu mengarah pada merawat pasien yang lebih baik untuk pasien dan pelaku rawat pasien tersebut. Serta dapat menjadi rekomendasi untuk dilakukan pemeriksaan *screening* depresi pada pelaku rawat.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pelaku rawat

2.1.1 Definisi

Subroto (2009) mendefinisikan *caregiver* atau pelaku rawat sebagai seseorang yang bertugas untuk membantu orang-orang yang memiliki hambatan dalam melakukan kegiatan fisik sehari-hari baik yang bersifat kegiatan harian personal (*personal activity daily living*) seperti makan, minum, berjalan, atau kegiatan harian yang bersifat instrumental (*instrumental daily living*) seperti mandi, memakai pakaian, memasak, atau belanja. Pelaku rawat tidak terbatas hanya pada pengasuh atau tenaga kesehatan yang bekerja secara profesional sesuai prosedur, namun juga meliputi orang tua dan anggota keluarga lain (Timby, 2009).

Terdapat 2 jenis pelaku rawat yaitu *formal* dan *informal*. Pelaku rawat *formal* merupakan individu yang menerima bayaran untuk memberikan perawatan, perhatian, dan perlindungan kepada individu yang mengalami sakit, sedangkan pelaku rawat *informal* merupakan individu yang menyediakan bantuan untuk individu lain dan masih memiliki hubungan keluarga maupun dekat dengannya antara lain, keluarga, teman atau tetangga dan biasanya tidak menerima bayaran (Bumagin & Hirn, 2009).

2.1.2 Tugas Pelaku rawat

Fungsi dari pelaku rawat adalah menyediakan makanan, membawa pasien ke dokter, dan memberikan dukungan emosional, kasih sayang dan perhatian. Keluarga sebagai pelaku rawat merupakan penasihat yang sangat penting dan diperlukan oleh pasien (Tantono, 2006).

Tugas yang dilakukan pelaku rawat tidak melulu terbatas pada pekerjaan rumah tangga, akan tetapi dibagi ke dalam 4 kategori sebagai berikut (Milligan, 2004):

- a. *Physical Care* (Perawatan Fisik), yaitu memberi makan, memotong kuku, mengganti pakaian, membersihkan kamar, dan lain – lain.
- b. *Social Care* (Kepedulian Sosial), yaitu mengunjungi tempat hiburan,

dan bertindak sebagai sumber informasi.

- c. *Emotional Care*, yaitu menunjukkan kepedulian, cinta dan kasih sayang kepada pasien yang tidak selalu ditunjukkan ataupun dikatakan, namun ditunjukkan melalui tugas harian yang dikerjakan maupun perhatian.
- d. *Quality Care*, yaitu melakukan pemantauan perawatan, standar pengobatan, dan indikasi kesehatan, serta berurusan dengan masalah yang timbul.

2.1.3 Dampak menjadi *Pelaku rawat*

Perry & Potter (2005), mengidentifikasi dampak positif yang didapatkan ketika seseorang menjadi pelaku rawat sebagai berikut:

1. Kedekatan dengan individu (orang yang diberi perawatan)
2. Perspektif yang lebih luas mengenai suatu gangguan atau penyakit
4. Meningkatkan perasaan berguna dan kelayakan diri
5. Meningkatkan pengertian pada penerimaan perawatan

Sedangkan dampak negatif menjadi pelaku rawat diidentifikasi sebagai berikut:

- a. Tidak mendapatkan waktu untuk sendiri atau melakukan aktivitas rekreasi
- b. Kurangnya kontak sosial
- c. Pelanggaran privasi
- d. Meningkatkan kemungkinan menyerah terhadap tanggung jawab pekerjaan
- e. Meningkatkan perasaan marah, bersalah, kesedihan, kecemasan, depresi, keadaan tidak berdaya, keletihan kronis dan kelelahan emosional
- f. Kesehatan fisik lebih lemah jika dibandingkan dengan orang yang tidak menjadi pelaku rawat.

2.1.4 Kebutuhan Pelaku rawat

Seorang pelaku rawat juga memiliki kebutuhan yang perlu dipenuhi agar dapat menghindari terjadinya masalah fisik dan masalah psikologis di mana perlu dipertimbangkan adanya kebutuhan dan keterampilan untuk menjadi seorang pelaku rawat antara lain: memerlukan pelatihan untuk keterampilan dalam merawat, mendapatkan pendidikan untuk pemberian perawatan, manajemen emosi dan stres fisik, dan memiliki waktu lebih untuk diri sendiri. Sebagian besar pelaku rawat memerlukan wawasan lebih tentang pelayanan pendukung (Alliance, 2010).

Pasien penyakit kronis seperti skizofrenia perlu dirawat oleh teman, anggota keluarga maupun pelaku rawat yang mendapatkan bayaran dengan tujuan agar kebutuhan sehari-hari pasien dapat terpenuhi, meskipun begitu, dalam masa perawatan, kebutuhan pelaku rawat juga harus diperhatikan. Kebutuhan pelaku rawat antara lain (Rosa dkk., 2010):

- 1) Kebutuhan pemahaman tentang diagnosa
 - a) Kebutuhan utama dalam mengetahui diagnosa yang tepat
 - b) Mengetahui apa itu skizofrenia dan mengetahui penyebab skizofrenia
 - c) Mengetahui tentang informasi penyakit dan tentang kebutuhan yang berubah pada orang yang mengalami skizofrenia dan kebutuhan yang perlu dipenuhi untuk orang dengan skizofrenia
 - d) Memahami bahwa skizofrenia adalah kondisi kesehatan yang kronis dan membutuhkan perawatan yang lama
 - e) Menyadari gejala dari skizofrenia
- 2) Pelatihan

Pelaku rawat membutuhkan program pelatihan untuk:

 - a) Kesadaran mengenai skizofrenia
 - b) Keterampilan bagaimana membedakan jenis-jenis skizofrenia dengan kondisi lain yang ditunjukkan dengan gejala yang sama
 - c) Kesadaran kemungkinan kesalahan diagnosis
 - d) Informasi mengenai terapi farmakologi untuk skizofrenia
 - e) Pelatihan keterampilan komunikasi yang efektif antara dokter dengan

pasien skizofrenia

- f) Keterampilan manajemen gangguan kognitif
- g) Keterampilan manajemen tingkah laku yang tepat terhadap penyakit
- h) Keterampilan manajemen fungsional yang tepat terhadap penyakit
- i) Menciptakan lingkungan yang aman

3) Kebutuhan dukungan emosional

Ketika merawat orang dengan skizofrenia (ODS), pelaku rawat mengalami banyak tekanan secara emosional, sehingga pelaku rawat membutuhkan dukungan emosional untuk dirinya sendiri yang perlu dipenuhi, kebutuhan dukungan emosional antara lain:

- a) Strategi manajemen stres
- b) Dukungan grup pemberi perawatan
- c) Strategi koping psikologi
 1. Mendapatkan waktu luang untuk diri sendiri
 2. Membicarakan permasalahan dengan orang yang dapat dipercaya
- d) Strategi untuk mengutarakan kecemasan, rasa bersalah, depresi, kemarahan, kesepian, rasa malu dengan lebih baik
- e) Menerima permasalahan sakitnya
- f) Permasalahan mengenai perubahan peran
- g) Mendapatkan fasilitas bantuan perawatan
- h) Konseling untuk pengasuh profesional
- i) Mendapatkan pelatihan pendidikan untuk pengasuh profesional dalam melakukan perawatan
- j) Mencari informasi melalui internet

4) Kebutuhan bantuan akan jasa sosial

Pelaku rawat memerlukan bantuan dari jasa sosial untuk mengetahui beberapa hal berikut:

- a) Berbagai pelayanan jasa yang ada
- b) Jasa sosial digunakan untuk membantu perekonomian
- c) Mengetahui lebih banyak tentang dasar dan institusi yang mungkin menyediakan bantuan berharga.

2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Beban pada Pelaku Rawat Pasien Skizofrenia

Beban dapat didefinisikan sebagai dampak negatif yang dialami oleh pengasuh saat merawat orang yang dirugikan. Dampak bisa pada rumah tangga (beban obyektif) atau perasaan (beban subjektif). Faktor-faktor yang terkait dengan beban pelaku rawat berdasarkan tinjauan literatur dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut dikelompokkan menjadi tiga kategori: 1) faktor pengasuh; 2) faktor pasien; dan 3) faktor lingkungan. (Rafiyah *et al*, 2011)

1) Faktor pengasuh

- a) Usia
- b) Jenis Kelamin
- c) Tingkat Pendidikan
- d) Penghasilan
- e) Status Kesehatan
- f) Waktu yang dihabiskan per hari
- g) Pengetahuan tentang Skizofrenia
- h) Budaya
- i) Persepsi
- j) *Coping*

2) Faktor Pasien

- a) Usia
- b) Gejala Klinis
- c) Keterbatasan dalam kehidupan sehari-hari

3) Faktor Lingkungan

- a) *Mental Health Service* dan penggunaannya
- b) *Social Support*

2.2 Skizofrenia

2.2.1 Definisi dan Epidemiologi

Definisi Skizofrenia menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III, 2013) adalah suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat

kronis atau “*deteriorating*”) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya. Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*). Kesadaran yang jernih (*clear consciousness*) dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian. Orang-orang yang menderita skizofrenia umumnya mengalami beberapa simptom-simtom episode akut, di antara setiap episode mereka sering mengalami simptom-simtom yang tidak terlalu parah, namun tetap sangat mengganggu (Davison *et al.*, 2010).

Prevalensi skizofrenia adalah 450 juta jiwa di seluruh dunia (WHO, 2013). Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan prevalensi individu dengan skizofrenia tercatat sebesar 1,7% per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang (Kemenkes RI, 2013). Skizofrenia secara khas dimulai pada dewasa awal yaitu antara umur 15 dan 25 tahun. Prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan wanita adalah sama. Tetapi, terdapat perbedaan antara onset dan perjalanan penyakitnya. Laki-laki onsetnya lebih awal dari pada wanita. Usia puncak onset untuk laki-laki adalah 15-25 tahun, untuk wanita usia puncak adalah 25-35 tahun (Maramis, 2009).

2.2.2 Etiologi

Secara garis besar teori penyebab skizofrenia dibagi dalam dua kelompok yaitu, kelompok teori somatogenik dan kelompok teori psikogenik. Kelompok teori somatogenik adalah kelompok teori yang mencari penyebab skizofrenia melalui pendekatan kelainan badaniah. Sedangkan kelompok psikogenik adalah kelompok teori yang mencari penyebab skizofrenia melalui pendekatan kelainan fungsional dengan penyebab utama adalah konflik, stres psikogenik, serta hubungan antar manusia yang mengecewakan (Kaplan *et al.*, 2010).

2.2.3 Jenis-Jenis Skizofrenia

Terdapat beberapa jenis Skizofrenia menurut Maramis (2009) yaitu:

- a. Skizofrenia paranoid
- b. Skizofrenia hebefrenik
- c. Skizofrenia katatonik
- d. Skizofrenia tak terinci (*Undifferentiated*)
- e. Depresi pasca skizofrenia
- f. Skizofrenia residual
- g. Skizofrenia simpleks

2.2.4 Terapi

a. Perawatan di Rumah Sakit

Indikasi utama untuk perawatan di rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostik, menstabilkan medikasi, serta keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh, perilaku yang sangat kacau, dan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar. Tujuan utama perawatan di rumah sakit yang harus ditegakkan adalah ikatan efektif antara pasien dan sistem pendukung masyarakat, serta pendekatan perilaku yang aktif adalah lebih efektif daripada institusi yang biasanya dan komunitas terapeutik berorientasi-tilikan (Kaplan *et al.*, 2010).

b. Terapi Somatik

Antipsikotik sering kali disebut “neuroleptik”. Terdiri dari tiga kelas obat utama: antagonis reseptor dopamin, risperidone (Risperdal), dan clozapine (Clozaril). Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis (Kaplan *et al.*, 2010).

c. Terapi Psikososial

Terapi psikososial terdiri dari latihan ketrampilan, terapi berorientasi keluarga, terapi kelompok, dan psikoterapi individu (Kaplan *et al.*, 2010).

2.3 Depresi

2.3.1 Definisi

Depresi merupakan gangguan mental yang serius yang ditandai dengan perasaan sedih dan hilangnya minat. Gangguan ini biasanya akan menghilang dalam beberapa hari tetapi dapat juga berkelanjutan yang dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari. Menurut WHO, depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan mood, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (WHO, 2010).

2.3.2 Etiologi

1. Faktor biologi

Banyak penelitian menjelaskan adanya abnormalitas biologis pada pasien-pasien dengan gangguan *mood*. Pada penelitian akhir-akhir ini, *neurotransmitter* misalnya norepinefrin, dopamin, serotonin, dan histamin merupakan teori utama yang menyebabkan gangguan mood (Kaplan *et al.*, 2010).

a) *Biogenic amines*

Norepinefrin dan serotonin merupakan dua *neurotransmitter* yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood. Selain itu *neurotransmitter* lain yang berperan adalah dopamin (Kaplan *et al.*, 2010).

b) Gangguan *neurotransmitter* lainnya

Kadar *choline* yang abnormal yang dimana merupakan prekursor untuk pembentukan *Acetylcholine* (Ach) ditemukan abnormal pada pasien-pasien yang menderita gangguan depresi (Kaplan *et al.*, 2010).

c) Regulasi neuroendokrin

Hormon telah lama diperkirakan mempunyai peranan penting dalam gangguan *mood*, terutama gangguan depresi. Sistem neuroendokrin meregulasi hormon-hormon penting yang berperan dalam gangguan *mood*, yang akan mempengaruhi fungsi dasar, seperti: gangguan tidur, makan, seksual, dan ketidakmampuan dalam mengungkapkan perasaan senang. 3 komponen penting dalam sistem neuroendokrin yaitu: hipotalamus, kelenjar

pituitari, dan korteks adrenal yang bekerja sama dalam *feedback* biologis yang secara penuh berkoneksi dengan sistem limbik dan korteks serebral (Kaplan *et al.*, 2010).

d) Abnormalitas otak

Studi *neuroimaging*, menggunakan *computerized tomography* (CT) *scan*, *positron-emission tomography* (PET), dan *magnetic resonance imaging* (MRI) telah menemukan abnormalitas pada 4 area otak pada individu dengan gangguan *mood* yaitu korteks prefrontal, hippocampus, korteks cingulate anterior, dan amygdala (Kaplan *et al.*, 2010).

2. Faktor Genetik

Diketahui bahwa pada penelitian anak kembar terhadap gangguan depresi berat, pada anak kembar monozigot adalah 50 %, sedangkan dizigot 10-25% (Kaplan *et al.*, 2010).

3. Faktor Psikososial

Faktor psikososial yang mempengaruhi terjadinya depresi antara lain: peristiwa hidup dan stres lingkungan serta karena faktor kepribadian (Kaplan *et al.*, 2010).

2.3.3 Patofisiologi

Patofisiologi depresi dijelaskan dalam beberapa hipotesis. Amina biogenik merupakan hipotesis yang menyatakan, depresi disebabkan menurunnya atau berkurangnya jumlah neurotransmitter norepinefrin, serotonin dan dopamine dalam otak (Sukandar dkk., 2009). Hipotesis sensitivitas reseptor yaitu perubahan patologis pada reseptor yang dikarenakan terlalu kecilnya stimulasi oleh *monoamine* dapat menyebabkan depresi. Hipotesis *desregulasi*, tidak beraturannya neurotransmitter sehingga terjadi gangguan depresi dan psikiatrik (Teter *et al.*, 2007).

Aktifitas aksis hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA) ditemukan meningkat pada pasien dengan depresi, hal ini disebabkan karena produksi berlebih hormon pelepas kortikotropin/*corticotropin releasing hormone* (CRH). Hipotalamus mengeluarkan CRH dan pituitari mengeluarkan kortikotropin. Kortikotropin kemudian menstimulasi korteks adrenal dan mengeluarkan hormon kortisol.

Hiperkortisolemia berkepanjangan menyebabkan supresi neurogenesis dan atrofi hipokampus yang dapat menyebabkan terjadinya perubahan neurotransmitter di otak yang akhirnya dapat menyebabkan depresi (Kaplan *et al.*, 2010).

2.3.4 Manifestasi Klinis

Menurut pedoman diagnostik berdasarkan PPDGJ III, dinyatakan bahwa seseorang menderita gangguan depresi ditandai dengan adanya kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menyebabkan seseorang tersebut mudah merasa lelah meskipun hanya bekerja ringan. Gejala lain yang sering muncul antara lain gejala depresi adalah sebagai berikut:

- Gejala utama (pada derajat ringan, sedang, dan berat):
 - afek depresif,
 - kehilangan minat dan kegembiraan, dan
 - berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.
- Gejala lainnya:
 - (a) konsentrasi yang berkurang;
 - (b) harga diri dan kepercayaan diri berkurang;
 - (c) gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna;
 - (d) pandangan masa depan yang suram dan pesimistik;
 - (e) gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri;
 - (f) tidur terganggu;
 - (g) nafsu makan berkurang.
- Untuk episode depresif dari ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, akan tetapi episode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.
- Kategori diagnosis episode depresif ringan, sedang, dan berat hanya digunakan untuk depresif tunggal (yang pertama). Episode depresif

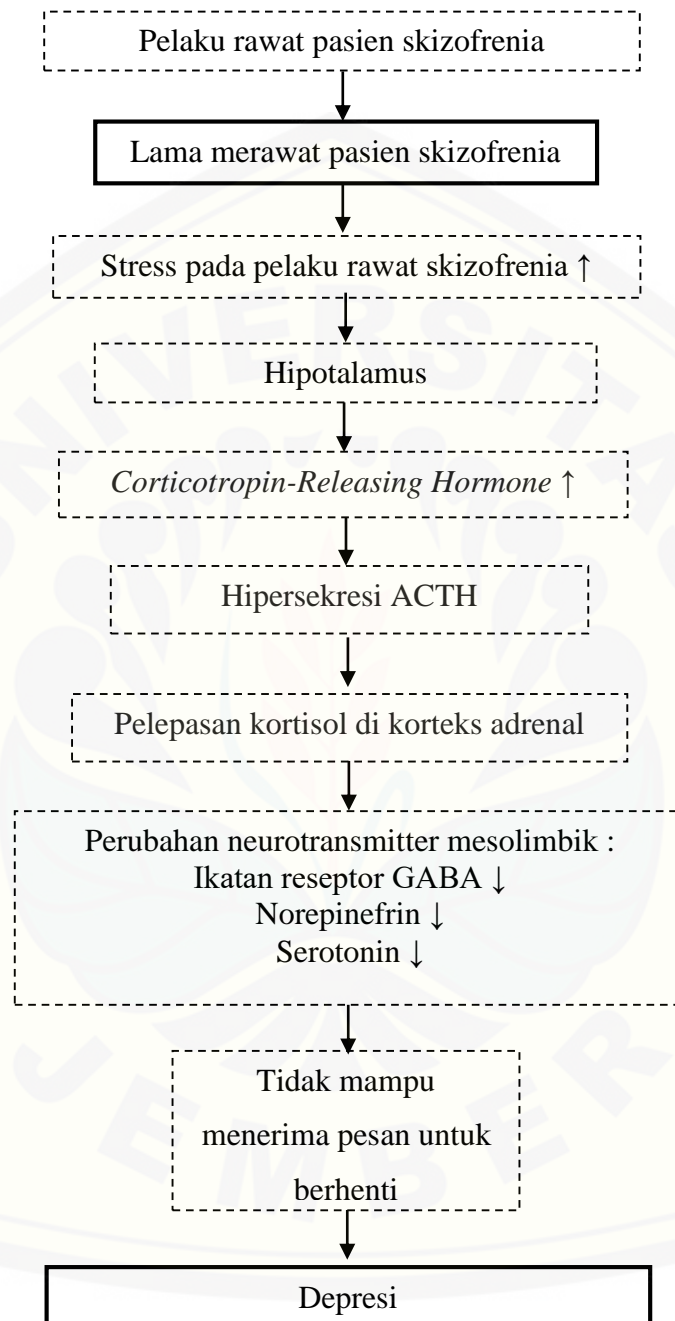
berikutnya harus diklasifikasikan dibawah salah satu diagnosis gangguan depresif berulang

2.3.5 Alat Tes Untuk Mengukur Tingkat Depresi

Terdapat beberapa alat tes yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat depresi yang dialami oleh individu, salah satunya *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*. Pertama kali diperkenalkan oleh Max Hamilton tahun 1960. HDRS merupakan skala penilaian depresi klinik yang paling sering digunakan secara luas dan digunakan untuk mengetahui indikasi depresi. Kuesioner ini dirancang untuk orang dewasa dan digunakan untuk menilai tingkat keparahan depresi, dilakukan dengan metode wawancara berkisar 20-30 menit. Versi asli HDRS mengandung 17 *item* berkaitan dengan gejala depresi yang dialami seminggu terakhir. Skala ini telah diterjemahkan kedalam sejumlah bahasa serta terdapat berbagai versi dengan panjang yang bervariasi termasuk HDRS17, HDRS21, HDRS24, dan HDRS29 (Hamilton, 1960).

2.3 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ini diilustrasikan dalam Gambar 2.1 berikut.



----- : tidak diteliti

————— : diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian

2.4 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah dan tinjauan pustaka yang telah diuraikan di atas, maka hipotesis penelitian ini adalah ditemukan adanya pelaku rawat yang ditemukan dengan depresi dan terdapat hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat depresi pelaku rawat pasien skizofrenia di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan desain penelitian *cross sectional* untuk mencari hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat depresi pelaku rawat pasien skizofreni di poliklinik psikiatri. Pengukuran variabel pada penelitian ini hanya dilakukan satu kali pada satu waktu tanpa melakukan tindak lanjut. Objek penelitian diukur atau dikumpulkan secara simultan dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2010).

3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

3.2.1 Populasi Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah pelaku rawat pasien terdiagnosis skizofrenia yang rawat jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

3.2.2 Sampel Penelitian

Sampel yang digunakan pada penelitian ini diambil dari populasi dengan kriteria inklusi dan eksklusi dari Mirza, dkk. (2015) sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

1. Pelaku rawat pasien skizofrenia rawat jalan ke Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.
2. Pelaku rawat yang tinggal satu rumah dengan pasien skizofrenia.
3. Pelaku rawat pasien skizofrenia rawat jalan yang berusia 18 sampai 65 tahun.
4. Pelaku rawat pasien yang bersedia menjadi responden.

b. Kriteria eksklusi

1. Pelaku rawat yang tuli (gangguan pendengaran) dan bisu (gangguan bicara).
2. Pelaku rawat yang mengundurkan diri selama penelitian berlangsung.
3. Pelaku rawat yang memiliki riwayat depresi sebelumnya.

3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *Non Probability Sampling* dengan metode *Accidental Sampling*, yaitu suatu metode pengambilan data yang dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang berada di rumah sakit pada saat dilakukan penelitian (Sugiyono, 2009).

3.2.4 Besar Sampel Penelitian

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah minimal 30. Jumlah ini berdasarkan teori Roscoe, yaitu besar sampel yang layak dalam penelitian adalah antara 30-500 orang (Dahlan, 2011).

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang pada bulan Desember 2018 – Januari 2019

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah lama merawat pasien skizofrenia oleh pelaku rawat pasien rawat jalan Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

3.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat depresi pelaku rawat pasien skizofrenia di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

3.4.3 Variabel Pengganggu

Variabel pengganggu dalam penelitian ini adalah adanya faktor resiko penyebab depresi selain lama perawatan yang dapat menyebabkan peningkatan tingkat depresi pada pelaku rawat pasien skizofrenia. Seperti usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, dan pekerjaan.

3.5 Definisi Operasional

3.5.1. Pelaku rawat skizofrenia

Pelaku rawat pada penelitian ini berupa teman, anggota keluarga maupun pelaku rawat yang mendapatkan bayaran dengan tujuan agar kebutuhan sehari-hari pasien dapat terpenuhi yang memenuhi kriteria inklusi dan sedang dalam rawat jalan Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang pada periode Desember 2018 – Januari 2019

3.5.2 Lama merawat pasien

Lama merawat pasien menunjukkan berapa lama seorang pelaku rawat merawat pasien skizofrenia pada satu episode perawatan dihitung dari tanggal pertama pasien tersebut terdiagnosis. Lama perawatan merupakan salah satu unsur yang digunakan untuk melihat dan mengukur seberapa efektif dan efisiennya pelayanan kesehatan jiwa yang telah diberikan kepada pasien. (Prabandari dkk., 2013). Pengukuran lama merawat pasien skizofrenia diukur dalam tahun, yaitu:

- a. Cara ukur: pengisian berdasarkan wawancara kepada subjek penelitian dan dengan menggunakan rekam medis
- b. Kategori penilaian atau pengukuran : Kategori lama merawat dibagi menjadi 4 kategori yaitu :
 - < 1 tahun
 - 1 – 4 tahun
 - 5 – 10 tahun
 - >10 tahun
- c. Skala data: rasio

3.5.3 Tingkat depresi

Tingkat depresi menggambarkan keadaan gangguan perasaan atau *mood* yang ditandai dengan dengan afek depresif, anhedonia, dan kehilangan energi untuk melakukan aktivitas dan juga gejala-gejala lainnya. Tingkat depresi *pelaku rawat* pada penelitian ini dinilai dengan kuesioner depresi berdasarkan kuesioner *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*.

Untuk penilaian tingkat depresi, peneliti akan diberi pengarahan terlebih dahulu oleh dokter spesialis kedokteran jiwa.

- a. Alat ukur : kuesioner HDRS
- b. Cara ukur: pengisian berdasarkan wawancara terpimpin dan observasi yang dilakukan kepada subjek penelitian.
- c. Kategori penilaian atau pengukuran : Kategori tingkat depresi dibagi menjadi 5 derajat yaitu :
 - a) kurang dari 7 = normal
 - b) 8 – 13 = depresi ringan
 - c) 14 – 18 = depresi sedang
 - d) 19 – 22 = depresi berat
 - e) Lebih dari 23 = depresi sangat berat
- d. Skala data: ordinal

3.6 Instrumen Penelitian

3.6.1 Lembar *Informed Consent*

Instrumen ini berupa pernyataan yang berisi tentang kesediaan sampel untuk menjadi subyek untuk menjadi responden penelitian serta berisi penjelasan bahwa selama pengambilan data sampel tidak ada kerugian baik materiil maupun nonmateriil yang akan dialami oleh sampel. Lembar *informed consent* dapat dilihat pada Lampiran 3.1.

3.6.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel

Instrumen ini berisi tentang informasi yang harus diketahui oleh calon responden, antara lain kesukarelaan responden untuk mengikuti penelitian, prosedur penelitian, kewajiban subjek penelitian, manfaat penelitian untuk responden, kerahasiaan identitas responden, kompensasi yang akan didapat setelah menjadi responden, dan informasi tambahan lainnya. Lembar penjelasan kepada calon sampel dapat dilihat pada Lampiran 3.2.

3.6.3 Identitas Sampel Penelitian

Instrumen ini terdiri dari dua bagian. Bagian A berisi identitas dari subyek penelitian yang meliputi nama pelaku rawat, umur, jenis kelamin,

pendidikan, pekerjaan, dan hubungan kekerabatan dengan pasien. Bagian B memuat lama perawatan pasien diagnosis skizofrenia yang diisi oleh peneliti/relawan berdasarkan data rekam medis pasien. Lembar identitas subyek penelitian dapat dilihat pada Lampiran 3.3

3.6.4 Kuesioner *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS)

Kuesioner HDRS terdiri dari 24 pertanyaan mengenai tanda dan gejala yang mengindikasikan tingkat depresi. Instrumen ini diisi oleh peneliti atau relawan yang membantu pengumpulan data. Kuesioner HDRS, versi bahasa Indonesia dapat dilihat di Lampiran 3.4.

3.7 Prosedur Penelitian

3.7.1 Ethical Clearance

Peneliti mengirim berkas permohonan *ethical clearance* ke komisi etik Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Setelah selesai kemudian dilakukan penelitian.

3.7.2 Persiapan dan Perizinan

- a. Peneliti memohon surat pengantar dari Fakultas Kedokteran Universitas Jember untuk diajukan kepada Direktur RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dan Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.
- b. Peneliti menentukan sampel penelitian.
- c. Persiapan instrumen penelitian.
- d. Survei situasi dan kondisi pelayanan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.
- e. Latihan wawancara kepada pelaku rawat pasien skizofrenia oleh dokter spesialis kedokteran jiwa.

3.7.3. Pengambilan Data

a. Sumber data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data sekunder dalam penelitian ini merupakan lama perawatan pasien skizofrenia yang merupakan karakteristik sampel. Sedangkan data

primer dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan kekerabatan dengan pasien, penghasilan dari pelaku rawat pasien skizofrenia.

b. Teknik Pengambilan Data

Pengambilan data pada penelitian ini dibagi menjadi dua, yaitu pengumpulan data primer dan sekunder. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari data rekam medis pasien untuk mengonfirmasi lama perawatan pasien skizofrenia, sedangkan data primer diperoleh dari subjek penelitian berupa pelaku rawat pasien skizofrenia.

Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara dan observasi selama wawancara terhadap pelaku rawat pasien skizofrenia di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Kemudian, survei di poliklinik psikiatri untuk mencari responden yang sesuai dengan kriteria inklusi. Sebelum dilakukan pengambilan data, responden wajib untuk mengisi lembar *informed consent* dan identitas. Lembar *informed consent* ini juga dilengkapi dengan penjelasan pada calon responden atau subjek. Seluruh formulir ini juga dijelaskan pada saat pengambilan data sampel. Langkah selanjutnya, yaitu melakukan pengambilan data dengan teknik wawancara kusioner HDRS, *interview* menggunakan lembar wawancara dengan didampingi tenaga ahli (dokter spesialis Kedokteran jiwa). Setelah data terkumpul dilanjutkan dengan analisis data.

3.8 Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul diolah dengan dengan langkah sebagai berikut:

a. *Cleaning*

Memeriksa kembali lembar kusioner yang telah diisi. Jika terdapat jawaban ganda atau lembar observasi belum terisi, maka kusioner tersebut gugur.

b. *Coding*.

Memberikan kode identitas subyek penelitian untuk menjaga kerahasiaan identitasnya serta menetapkan kode untuk scoring jawaban subyek

penelitian atau hasil observasi yang telah dilakukan agar dapat diolah dengan aplikasi pengolahan data statistik.

c. *Scoring*

Tahap ini dilakukan setelah ditetapkan kode jawaban sehingga setiap jawaban subyek penelitian atau hasil observasi dapat diberikan skor.

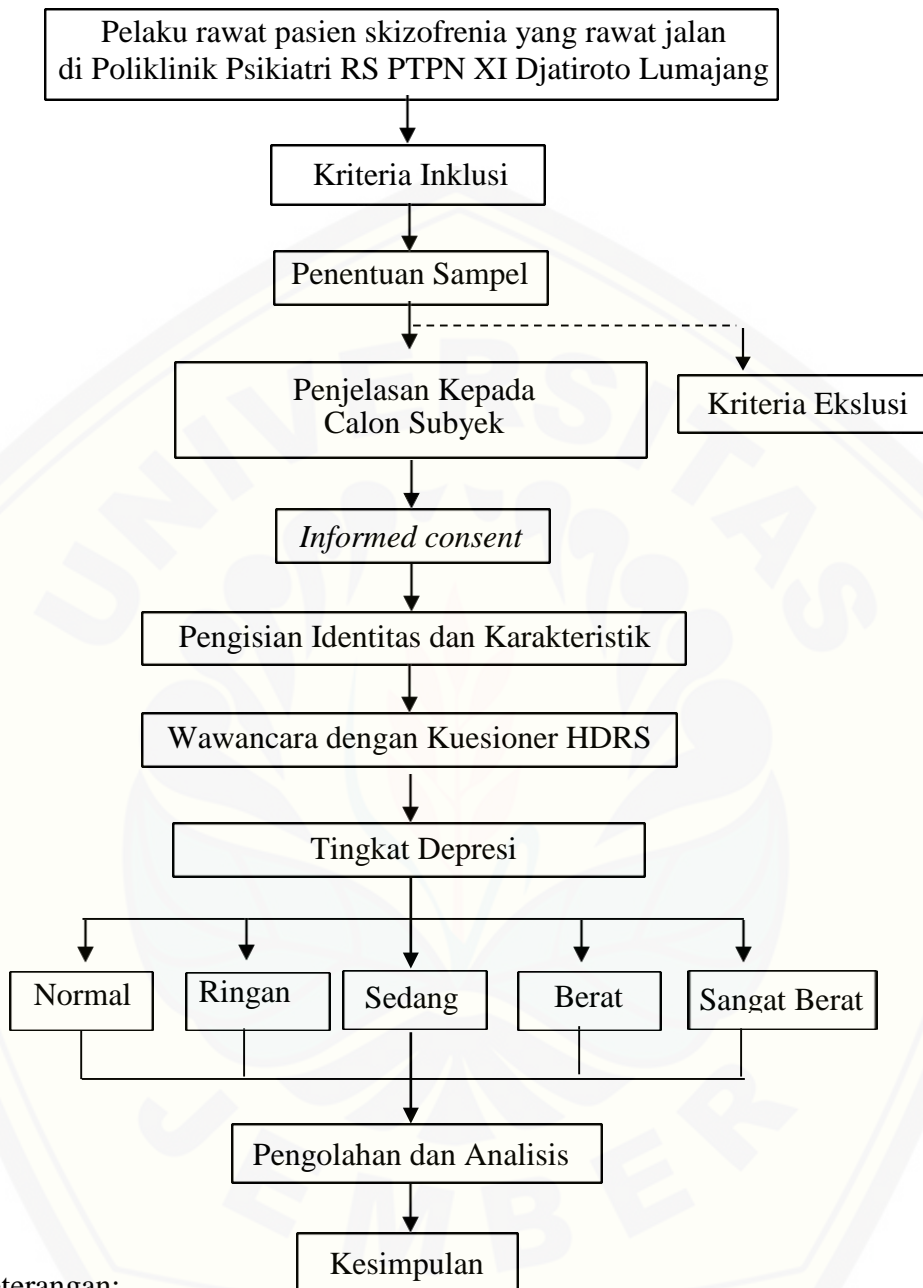
d. *Entering*

Memasukkan data ke dalam program komputer.

3.9 Analisis Data

Setelah semua data terkumpul dilakukan tabulasi data dalam bentuk tabel dan dilakukan pengolahan data. Pertama dilakukan analisis univariat untuk menjelaskan karakteristik sampel penelitian dan distribusi frekuensi dari setiap variabel yang diteliti, baik variabel bebas, variabel terikat dan variabel pengganggu. Kemudian dilakukan analisis bivariat untuk menganalisis hubungan antara dua variabel dengan uji korelasi Spearman. Uji korelasi Spearman dipilih untuk menguji hipotesis korelasi antara variabel rasio yaitu lama perawatan oleh pelaku rawat pasien skizofrenia dengan variabel ordinal yaitu tingkat depresi yang didapat dari skor HDRS. Serta dilakukan juga uji korelasi antara variabel terikat yaitu tingkat depresi dengan variabel pengganggu. Interpretasi hasilnya dianggap memiliki korelasi yang bermakna jika $p \text{ value} < 0,05$.

3.10 Alur Penelitian



Keterangan:

————— : diteliti

----- : tidak diteliti

Gambar 3.1 Skema Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Didapatkan mayoritas (50%) sampel dengan tingkat depresi ringan, 17% dengan depresi sebang dan 7% dengan depresi berat.
- b. Terdapat hubungan yang signifikan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat depresi pelaku rawat pasien rawat jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dengan arah korelasi positif dengan kekuatan sedang.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian ini, beberapa saran yang dapat diberikan antara lain:

- a. Diketahui pelaku rawat yang merawat pasien skizofrenia memiliki kecenderungan depresi dengan rerata derajat ringan, oleh karena itu akan lebih baik apabila dilanjutkan pemeriksaan lebih lanjut serta pemberian psikoterapi agar tidak terjadi gangguan yang lebih berat.
- b. Perlu dilakukan pemeriksaan skrining dan tindakan preventif kepada kelompok resiko tinggi seperti pada rentang lama merawat 1-4 tahun dan pada kelompok perempuan.
- c. Pemberian konseling secara menyeluruh kepada pelaku rawat serta peningkatan pengetahuan tentang adaptasi dalam menghadapi stres yang diharapkan dapat mengurangi tingkat stres sehingga mampu menurunkan tingkat depresi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alliance, F.C. 2010. *Pelaku rawat Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*.
- Amalia, F., Nadjmir, Azmi, S. 2015. Gambaran Tingkat Depresi pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis Di Unit Hemodialisa RSUP dr. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. Padang: Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Andalas.
- Astuti, Anin. 2014. Analisa Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Depresi pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Tidak Diterbitkan. Tugas Akhir. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Bumagin, V., Hirn, K. 2009. *Caregiving: A Guide for Those Who Give Care and Those Who Receive it*.
- Dahlan, S. 2011. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Davison, G.C., J.M. Neale, dan A.M. Kring. 2010. Psikologi Abnormal. Edisi ke-9. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Depkes. 2007. Kesehatan Jiwa Sebagai Prioritas Global. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/394-kesehatanjiwa-sebagai-prioritas-global.html>.
- Dotson, V.M., Resnick, S.M., Zonderman, A.B. 2009. *Differential Association of Concurrent, Baseline, and Average Depressive Symptoms with Cognitive Decline in Older Adult*. Am J Geriatri Psychiatry. Vol. 16(4):318-330.
- Hamilton M.A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23:56-62
- Idaiani, S.M. 2003. *Kecenderungan Depresi pada Keluarga Pasien Skizofrenia*. Thesis. Semarang: Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Kaplan, H.I., B.J. Sadock, dan J.A. Grebb. 2010. Sinopsis Psikiatri: *Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Kartono, K. (2000). *Hygiene Mental*. Bandung: Bandar Maju.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesi.

- Khan, M.T., Sulaiman, S.A.S., Hassali, M.A., Anwar, M., Wasif, G., & Khan, A.H. 2009. Community Knowledge, Attitudes and Beliefs toward Depression in State of Penang Malaysia. *Community Mental Health Journal*. Vol. 10(46):87-92.
- Maramis, W.F. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi 2*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Marimbe, B.D., Cowan, F., Kajawu, L., Muchirahondo, F., Lund, C., Kingdom, U. Health, M. (2016). Perceived burden of care and reported coping strategies and needs for family caregivers of people with mental disorders in Zimbabwe, 1–9. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4102/ajod.v5i1.209>.
- Maslim, R. 2015. *Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-V*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa-FK Unika Atmajaya.
- Milligan, S. 2004. Perceptions of Spiritual Care Among Nurses Undertaking Postregistration Education. [10.12968/ijpn.2004.10.4.12792](https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.4.12792).
- Mirza, Raihan, dan Kurniawan H. 2015. *Hubungan Lamanya Merawat Pasien Skizofrenia dengan Stres Keluarga*. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*; 15(3):179-189
- Muna, Nailil, Arwani, Purnomo. 2013. Hubungan antara Karakteristik dengan Kejadian Depresi pada Lansia di Panti Werda Pelkris Pengayoman Kota Semarang. *Jurnal Ilmu keperawatan dan Kebidanan*. Vol. 1(3):8-9.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik volume 1*. (Edisi 4). Jakarta: EGC.
- Prabandari, F., Purwoko, Y. 2013. *Hubungan Antara Skor Kerapuhan dengan Lama Merawat Pasien Lanjut Usia: Studi pada Bangsal Rawat Inap Geriatri RSUP Dr. Kariadi Semarang*. Undergraduate Thesis, Faculty of Medicine Diponegoro University
- Rafiyah, I., Suttharangsee, W., Sangchan, H. 2011. *Social Support and Coping of Indonesian Family Caregivers Caring for Persons with Schizophrenia*. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1, 2, Juli 2011, 159 – 168
- Rosa, E., Lussignoli, G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S., Lamanna, L., Zanetti, O. 2010. *Needs of caregivers of the patients with dementia*. DOI:10.1016/j.archger.2009.07.008.

- Stanley, M. & Beare, P.G. (2007). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. (Juniarti & Kurnianingsih, alih bahasa). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Stewart, D.E., Rolfe, D.E., & Robert, E. 2004 Depression, Estrogen, and The Women's Health Initiative. *The Academy of Psychosomatic Medicin*. Vol. 4(5):445-447.
- Subroto, K.W.E. (2009). Evaluasi Efektivitas Pelaksanaan Kepmenkes RI No.1204/Menkes/SK/10/2004 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit di RSUD Jayapura. Tesis S2, IKM-UGM. Yogyakarta.
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Sugiyono. 2017. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Sukandar, E.Y., Andrajati, R., Sigit, I.J., Adnyana, K.I., Setiadi, P.A.A., Kusnandar. 2009, ISO Farmakoterapi, Cetakan kedua, PT. ISFI Penerbitan, Jakarta.
- Talwar, P., Matheiken, S.T. 2010. *Pelaku rawats in schizophrenia: A Cross Cultural Perspective*. Indian J Psychol Med: 10.4103/0253-7176.70526.
- Tantono H, Siregar IMP, Hasan Z., 2006. *Beban Pelaku rawat Lanjut Usia Suatu Survey Terhadap Pelaku rawat Lanjut Usia di Beberapa Tempat Sekitar Kota Bandung*. Bandung: Majalah Psikiatri XL(4):32-33. From. www.library.upnvj.ac.id/pdf.
- Teter, C.S., Kando, J.C., Wells, B.G., & Hayes, P.E., 2007, Depressive Disorder ,dalam Dipiro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Wells, B.G., & Posey Micheal, L.,(eds), *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach*, 7th Edition, Appleton and lange, New York.
- Timby, B.K. (2009). *Fundamental Nursing Skills and Concepts*. Philadelphia: Lippincot William & Wilkins.
- World Health Organization (WHO). 2010. *Depression*. http://www.who.int/mental_health/
- World Health Organization (WHO). 2013. *Prevalence Of Disorders*: www.who.int/whr/chapter2/en/index2.html.
- Zwastica, Meytrisna, A. 2014. Hubungan Lamanya Anak Menyandang Tuberkulosis (TB) terhadap Kecenderungan Depresi Orangtua Pasien TB Anak di Kabupaten Jember Bulan Mei-September Tahun 2014. Tidak Diterbitkan. Tugas Akhir. Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

LAMPIRAN A. SURAT KETERANGAN PENELITIAN

A.1 Surat Rekomendasi Penelitian dari BAKESBANGPOL



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
 LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
 Nomor : 072/PA.09/2018/2018

- Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.

- Menimbang** :
- Surat dari Wakil Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember Nomor: 2831/UN25.1.11/LT/2018 tanggal 29 November 2018 perihal Permohonan Penelitian atas nama DIYANG SHIFA ARISTA PUTRI.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : DIYANG SHIFA ARISTA PUTRI
2. Alamat : Perum Jember Permai 2 Blok K-14 Gg Bontool Sumbersari Jember
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember/ 152010101058
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Hubungan antara Tingkat Depresi pada Caregivers Pasien Skizofrenia dengan Durasi Lama Perawatan di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang
2. Tujuan : Penelitian
3. Bidang Penelitian : Kedokteran
4. Penanggungjawab : dr. Hairrudin, M.Kes
5. Anggota/Peserta :
6. Waktu Penelitian : 02 Januari 2019 s/d 31 Januari 2019
7. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab.Lumajang, RSUD Djatiroto Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 30 Desember 2018

KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN LUMAJANG
 Kepala Bidang HAL,



Tembusan Yth :

1. Bupati Lumajang (sebagai laporan),
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD Jatiroto Lumajang,
6. Sdr. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember,
7. Sdr. yang Bersangkutan

A.2 Keterangan Persetujuan Penelitian dari RS PTPN XI Djatiroto**Lumajang**

Jalan PB Sudirman No. 81 T (0334) 321004
Lumajang, Jawa Timur F (0334) 322378
www.nusamed.co.id E djatirotospital@gmail.com

SURAT KETERANGAN

No . 002/RSDJ-NSM/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Rumah Sakit Djatiroto - Lumajang PT Nusantara Sebelas Medika, dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa:

Nama : Diyang Shifa Arista Putri
NIM : 152010101058
Angkatan : 2015
Judul Skripsi : Hubungan antara Tingkat Depresi pada Caregivers Pasien Skizofrenia dengan Durasi Lama Perawatan di Poli Psikiatri Rumah Sakit Djatiroto

Adalah benar – benar melakukan penelitian dan mengambil data di Poli Psikiatri Rumah Sakit Djatiroto.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Lumajang, 29 Januari 2019
PT NUSANTARA SEBELAS MEDIKA
RUMAH SAKIT "DJATIROTO"



[Handwritten Signature]
dr. Dyah Ayu Retno Palupi
Kepala Rumah Sakit

LAMPIRAN B. INSTRUMEN PENELITIAN**B.1 Formulir *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya telah diminta dan memberikan persetujuan untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Lama Merawat Pasien Skizofrenia dengan Tingkat Depresi Pelaku rawat pada Pasien Rawat Jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang”, yang dilakukan oleh:

Nama : Diyang Shifa Arista Putri

Fakultas : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Pembimbing : 1. dr. Alif Mardijana, Sp.KJ

2. dr. Muhammad Hasan, M.Kes., Sp.OT

Saya mengerti bahwa resiko yang akan datang tidak akan membahayakan saya, serta berguna untuk meningkatkan pengetahuan adanya hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia berpengaruh terhadap tingkat depresi pada Pelaku rawat pasien skizofrenia. Namun saya berhak mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak. Saya mengerti data atau catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Semua berkas yang mencantumkan identitas saya hanya digunakan untuk pengolahan data dan apabila penelitian ini selesai data milik responden akan dimusnahkan.

Demikian secara sukarela dan tanpa unsur paksaan dari siapaun saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

No Responden:.....

Tanggal/Bulan/Tahun:.....

Tanda Tangan

(.....)

B.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel

LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SAMPEL

Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember (Diyang Shifa Arista Putri 152010101058) sedang melakukan penelitian untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat depresi pelaku rawat pada pasien rawat jalan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang. Penelitian ini melibatkan 30 orang sukarelawan yang termasuk dalam kriteria yang sudah ditentukan. Penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat kepada pelaku rawat tentang merawat dan mengobati pasien skizofrenia serta edukasi cara mengatasi stress yang kemungkinan timbul.

Anda termasuk masyarakat umum dalam kriteria yang memenuhi syarat, oleh karena itu peneliti meminta Anda untuk menjadi sukarelawan dalam penelitian yang akan dilakukan. Apabila Anda bersedia ikut serta dalam penelitian ini, Anda akan diminta untuk mengisi *informed consent* (lembar persetujuan) kemudian mengikuti prosedur penelitian ini yaitu, mengisi lembar identitas dan menjawab beberapa pertanyaan penelitian. Setelah semua prosedur penelitian sudah dilakukan, sukarelawan akan mendapatkan kompensasi berupa sebuah pakaian.

Anda bebas menolak untuk ikut dalam penelitian ini. Apabila Anda telah memutuskan untuk ikut, Anda juga bebas untuk mengundurkan diri setiap saat. Apabila Anda tidak mengikuti instruksi yang diberikan oleh peneliti, Anda dapat dikeluarkan setiap saat dari penelitian ini. Semua data penelitian ini akan diperlakukan secara rahasia sehingga tidak memungkinkan orang lain menghubungkan dengan Anda. Semua berkas yang mencantumkan identitas hanya digunakan untuk pengolahan data dan apabila penelitian ini selesai data milik responden akan dimusnahkan.

Anda akan diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu Anda membutuhkan penjelasan, Anda dapat menghubungi Diyang Shifa Arista Putri, mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada nomor 081233486826.

B.3 Lembar Identitas Sampel Penelitian**HUBUNGAN LAMA MERAJAT PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN
TINGKAT DEPRESI PELAKU RAWAT PADA PASIEN RAWAT JALAN
DI POLIKLINIK PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO LUMAJANG**

No Responden: Tanggal pengisian data:

Saudara diminta mengisi pertanyaan berikut dengan mengisi kuesioner atau dengan memilih salah satu jawaban yang menurut saudara paling sesuai dengan diri anda/pasien.

A. IDENTITAS *PELAKU RAWAT*

1. Usia :
2. Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan
3. Pendidikan
 - a. Tidak tamat belajar
 - b. Tamat SD
 - c. Tamat SMP
 - d. Tamat SMA
 - e. Tamat Sarjana
4. Pekerjaan :
5. Hubungan dengan pasien :

B. PASIEN SKIZOFRENI

- a. < 1 tahun
- b. 1 – 4 tahun
- c. 5 – 10 tahun
- d. >10 tahun

B.4 Lembar *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)***HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HDRS)**

Untuk setiap nomor di bawah ini, pilihlah keadaan yang paling tepat menggambarkan tentang pasien.

1. Suasana perasaan depresi (perasaan sedih, putus asa, tak berdaya, tak berharga)
 - 0 = tidak ada
 - 1 = perasaan ini dinyatakan hanya bila ditanya
 - 2 = perasaan ini dinyatakan spontan secara verbal
 - 3 = perasaan ini dinyatakan secara nonverbal, misalnya ekspresi wajah, postur, suara dan kecenderungan menangis.
 - 4 = perasaan ini dinyatakan spontan secara verbal dan nonverbal

2. Perasaan bersalah
 - 0 = tidak ada
 - 1 = menyalahkan diri sendiri, merasa telah mengecewakan orang lain
 - 2 = de-ide bersalah atau renungan tentang perbuatan salah atau berdosa pada masa lalu
 - 3 = sakit ini merupakan hukuman, waham bersalah
 - 4 = mendengar suara-suara tuduhan atau kutukan dan/atau mengalami halusinasi penglihatan yang mengancam

3. Bunuh diri
 - 0 = Tidak ada
 - 1 = merasa hidup tidak berharga
 - 2 = mengharapkan kematian atau segala pikiran tentang kemungkinan tersebut
 - 3 = ide-ide atau gerak-gerak isyarat tentang bunuh diri
 - 4 = percobaan bunuh diri (segala percobaan yang serius diberi nilai 4)

4. Insomnia
 - 0 = tidak ada kesulitan jatuh tidur
 - 1 = kadang-kadang mengeluh sulit jatuh tidur, misalnya lebih dari 15 menit
 - 2 = mengeluh sulit jatuh tidur setiap malam

5. Insomnia (middle)
 - 0 = tidak ada kesulitan mempertahankan tidur
 - 1 = mengeluh gelisah dan terganggu sepanjang malam
 - 2 = terjaga sepanjang malam (segala keadaan bangkit dari tempat tidur diberi nilai 2 kecuali untuk buang air kecil)

6. Insomnia (late)
 - 0 = tidak ada kesulitan
 - 1 = bangun terlalu pagi tetapi dapat tidur kembali
 - 2 = bila telah bangun/bangkit dari tempat tidur, tidak dapat tidur kembali

7. Kerja dan kegiatan
 - 0 = tidak ada kesulitan
 - 1 = pikiran dan perasaan tentang ketidakmampuan, kelelahan atau kelemahan sehubungan dengan kegiatan, kerja atau hobi
 - 2 = hilangnya minat dalam melakukan kegiatan, hobi atau pekerjaan, baik dilaporkan secara langsung oleh pasien atau secara tidak langsung melalui kelesuan/tidak bergairah, keragu-raguan dan kebimbangan (merasa harus mendorong diri untuk bekerja atau melakukan kegiatan)
 - 3 = berkurangnya waktu aktual yang dihabiskan dalam melakukan kegiatan atau menurunnya produktivitas. Di rumah sakit, beri nilai 3 bila pasien tidak menghabiskan waktu paling sedikit 3 jam sehari dalam melakukan kegiatan (tugas rumah sakit atau hobi) diluar tugas-tugas bangsal
 - 4 = berhenti bekerja karena sakitnya sekarang. Di rumah sakit, beri nilai 4 bila pasien tidak melakukan kegiatan apapun kecuali tugas-tugas bangsal, atau bila pasien gagal melaksanakan tugas-tugas bangsal tanpa dibantu
8. Retardasi (lambat dalam berpikir dan berbicara, kemampuan berkonsentrasi, penurunan aktivitas motorik)
 - 0 = normal dalam berbicara dan berpikir
 - 1 = sedikit lamban dalam wawancara
 - 2 = jelas lamban dalam wawancara
 - 3 = sulit diwawancarai
 - 4 = stupor lengkap
9. Agitasi
 - 0 = tidak ada
 - 1 = memainkan tangan, rambut dan lain-lain
 - 2 = meremas tangan, menggigit kuku, menarik rambut, menggigit bibir
10. Ansietas psikis
 - 0 = tidak ada kesulitan
 - 1 = ketegangan dan mudah tersinggung yang bersifat subyektif
 - 2 = mengkuatirkan hal-hal kecil
 - 3 = sikap kuatir yang tercermin di wajah atau pembicaraan
 - 4 = ketakutan diekspresi tanpa ditanya
11. Ansietas somatik
 - 0 = tidak ada
 - 1 = ringan
 - 2 = sedang
 - 3 = berat
 - 4 = inkapasitas

Keadaan fisiologis yang mengiringi ansietas seperti:

 - gastrointestinal: mulut, sulit mencerna, diare, kram, sendawa
 - kardiovaskular : palpitasi, nyeri kepala
 - pernapasan : hiperventilasi, menghela nafas panjang

- sering-sering buang air kecil
- berkeringat

12. Gejala somatik (gastrointestinal)

- 0 = tidak ada
- 1 = tidak ada nafsu makan tetapi dapat makan tanpa dorongan orang lain. Perut terasa penuh
- 2 = Sulit makan tanpa dorongan orang lain, meminta atau membutuhkan pencahar atau obat-obatan untuk buang air besar atau obat-obatan untuk simtom gastrointestinal

13. Gejala somatik (umum)

- 0 = tidak ada
- 1 = anggota gerak, punggung atau kepala terasa berat. Nyeri punggung, nyeri kepala, nyeri otot. Hilang tenaga dan kelelahan
- 2 = segala simtom di atas yang jelas diberi nilai 2

14. Gejala genital (misalnya : hilangnya libido, gangguan menstruasi)

- 0 = tidak ada
- 1 = ringan
- 2 = berat

15. Hipokondriasis

- 0 = tidak ada
- 1 = dihayati sendiri
- 2 = preokupasi tentang kesehatan diri
- 3 = sering mengeluh, meminta pertolongan, dan lain-lain
- 4 = waham hipokondriasis

16. Kehilangan berat badan (pilih antara A atau B)

- A. Bila dinilai berdasarkan riwayat
 - 0 = tidak ada kehilangan berat badan
 - 1 = kemungkinan berat badan berkurang sehubungan dengan sakit sekarang
 - 2 = berat badan jelas berkurang (menurut pasien)
- B. Bila diukur perubahan berat badan actual, dinilai setiap minggu oleh psikiater bangsal
 - 0 = kehilangan berat badan kurang dari 0,5 kg seminggu
 - 1 = kehilangan berat badan lebih dari 0,5 kg seminggu
 - 2 = kehilangan berat badan lebih dari 1 kg seminggu

17. Tilikan

- 0 = mengetahui dirinya depresi dan sakit
- 1 = mengetahui dirinya sakit tetapi disebabkan oleh makanan yang buruk, iklim, kerja berlebihan, virus, perlu istirahat, dan lain-lain.
- 2 = menyangkal sepenuhnya bahwa dirinya sakit

18. Variasi diurnal

Pagi (AM)	Sore (PM)
0	0 = tidak ada
1	1 = ringan
2	2 = berat

Dicatat apakah simtom lebih berat pada pagi atau sore hari dan dinilai keparahan variasi tersebut.

19. Depersonalisasi dan derealisasi (misalnya : merasa tidak nyata, ide nihilistik)

- 0 = tidak ada
- 1 = ringan
- 2 = sedang
- 3 = berat
- 4 = inkapasitas

20. Gejala paranoid

- 0 = tidak ada
- 1 = kecurigaan ringan
- 2 = kecurigaan sedang
- 3 = ide referensi
- 4 = waham referensi dan waham kejar

21. Gejala obsesif dan kompulsif

- 0 = tidak ada
- 1 = ringan
- 2 = berat

22. Ketidakberdayaan

- 0 = tidak ada
- 1 = perasaan subyektif yang diperoleh hanya bila ditanya
- 2 = perasaan tidak berdaya dinyatakan langsung oleh pasien memerlukan dorongan, bimbingan dan penentraman hati untuk menyelesaikan tugas bangsal atau higiene diri.
- 3 = memerlukan bantuan fisik untuk berpakaian, makan, bedside tasks atau higiene diri.

23. Keputusasaan

- 0 = tidak ada
- 1 = sering-sering merasa ragu bahwa 'keadaan akan membaik' tetapi masih dapat ditentramkan
- 2 = merasa putus asa secara konsisten tetapi masih menerima penentraman
- 3 = mengekspresikan perasaan putus asa, hilang harapan, pesimis tentang masa depan, yang tidak dapat dihilangkan.
- 4 = keteguhan spontan dan tidak sesuai bahwa 'saya tidak akan pernah sembuh' atau padanannya

24. Perasaan tidak berharga (terentang dari hilangnya harga diri, perasaan rendah diri, mencela diri yang ringan sampai waham tentang ketidakberhargaan)
- 0 = tidak ada
 - 1 = menunjukkan perasaan tidak berharga (kehilangan harga diri) hanya bila ditanya
 - 2 = menunjukkan perasaan tidak berharga (kehilangan harga diri) secara spontan
 - 3 = berbeda dengan nilai 2 di atas berdasarkan derajat. Pasien secara sukarela menyatakan bahwa dia 'tidak baik', 'rendah'
 - 4 = waham tentang ketidakberhargaan, misalnya 'Saya adalah tumpukan sampah' atau padanannya.

Interpretasi (rentang nilai 0 - 50)

Nilai keseluruhan	≤ 7	: normal
Nilai keseluruhan	8 - 13	: depresi ringan
Nilai keseluruhan	14 - 18	: depresi sedang
Nilai keseluruhan	19 - 22	: depresi berat
Nilai keseluruhan	≥ 23	: depresi sangat berat.

C. LAMPIRAN HASIL UJI ANALISIS DATA

C.1 Lampiran Hasil Uji Univariat

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 26-35	7	23.3	23.3	23.3
36-45	6	20.0	20.0	43.3
46-55	11	36.7	36.7	80.0
56-65	6	20.0	20.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	12	40.0	40.0	40.0
Perempuan	18	60.0	60.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Tamat	4	13.3	13.3	13.3
SD	7	23.3	23.3	36.7
SMP	5	16.7	16.7	53.3
SMA	12	40.0	40.0	93.3
Sarjana	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Bekerja	13	43.3	43.3	43.3
Bekerja	17	56.7	56.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Hubungan dengan Pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Orangtua	16	53.3	53.3
	Suami/Istri	3	10.0	63.3
	Saudara	3	10.0	73.3
	Kerabat	3	10.0	83.3
	Anak	5	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0

Lama Merawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 Tahun	3	10.0	10.0
	1-4 Tahun	18	60.0	70.0
	5-10 Tahun	7	23.3	93.3
	>10 tahun	2	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0

Tingkat Depresi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal	8	26.7	26.7
	Ringan	15	50.0	76.7
	Sedang	5	16.7	93.3
	Berat	2	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0

C.2 Lampiran Hasil Uji Bivariat

Correlations

		Lama	Depresi
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	.549**
	Lama Sig. (2-tailed)	.	.002
	N	30	30
	Correlation Coefficient	.549**	1.000
	Depresi Sig. (2-tailed)	.002	.
	N	30	30

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

Correlations

		Depresi	Usia
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	.263
	Depresi Sig. (2-tailed)	.	.160
	N	30	30
	Correlation Coefficient	.263	1.000
	Usia Sig. (2-tailed)	.160	.
	N	30	30

Correlations

		Depresi	Gender
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	.451*
	Depresi Sig. (2-tailed)	.	.012
	N	30	30
	Correlation Coefficient	.451*	1.000
	Gender Sig. (2-tailed)	.012	.
	N	30	30

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

Correlations

		Depresi	Pendidikan
Spearman's rho	Depresi		
	Correlation Coefficient	1.000	-.083
	Sig. (2-tailed)	.	.665
	N	30	30
	Pendidikan		
	Correlation Coefficient	-.083	1.000
Sig. (2-tailed)	.665	.	
N	30	30	

Correlations

		Depresi	Pekerjaan
Spearman's rho	Depresi		
	Correlation Coefficient	1.000	-.210
	Sig. (2-tailed)	.	.264
	N	30	30
	Pekerjaan		
	Correlation Coefficient	-.210	1.000
Sig. (2-tailed)	.264	.	
N	30	30	