



**DETERMINAN KEPATUHAN KELUARGA DALAM MEMBANTU PENGOBATAN
PENDERITA SKIZOFRENIA DI WILAYAH PUSKESMAS PERKOTAAN
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

**Oleh :
HENI NURAINI
NIM 152110101070**

**PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI S-1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**DETERMINAN KEPATUHAN KELUARGA DALAM MEMBANTU PENGOBATAN
PENDERITA SKIZOFRENIA DI WILAYAH PUSKESMAS PERKOTAAN
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 :
HENI NURAINI
NIM 152110101070

**PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI S-1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayah saya, Suwito dan Ibu saya, Nur Sembilan
2. Adik saya Abdul Salam Satrio dan Kakak saya Eko Heri Susanto
3. Para guru saya di Pondok Pesantren Darul Muttaqien Umbulrejo, TK Dewi Masyitha Tanjungsari, MI Miftahul Ulum Tanjungsari, MTs Negeri Umbulsari, SMAN 01 Kencong, Seluruh dosen, dan civitas akademika do FKM Universitas Jember
4. Sahabat-sahabat saya Elok Faiqoh Febiyanti, Puput Nuriy Aini dan Mohamad Deni Setiawan
5. Almamater Tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

MOTTO

وَإِذَا مَرَضْتُ فَبِهِ يَشْفِينِ

“Dan apabila aku sakit. Dialah (Allah) yang menyembuhkanku”

(As Syu'araa: 80)*

مَا يُصِيبُ الْمُؤْمِنَ مِنْ وَصَبٍ، وَلَا نَصَبٍ، وَلَا سَقَمٍ، وَلَا حَزْنٍ، حَتَّىٰ الٰهُمَّ يَهْمُهُ، إِلَّا كُفِّرَ بِهِ مِنْ سَيِّئَاتِهِ
“Tidaklah seorang Muslim tertimpa suatu penyakit atau sejenisnya, melainkan Allâh akan menggugurkan dosa-dosanya bersamanya, seperti pohon yang menggugurkan daun-daunnya.” (HR Bukhari)**

*Yayasan Penyelenggara Penterjemah Penafsir Al-Quran Terjemahan. 2017. Kitab Suci Al-Quran Terjemahan Edisi Bahasa Indonesia. Arab: The Kingdome of Saudi Arabia.

**HR. Al-Bukhâri, nomor 5660 dan Muslim, nomor 2571 dari Abdullah bin Mas'ud Radhiyallahu anhu.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Heni Nuraini

NIM : 152110101070

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Determinan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan 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 sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 31 Desember 2019

Yang menyatakan,

Heni Nuraini

152110101070

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**DETERMINAN KEPATUHAN KELUARGA DALAM MEMBANTU PENGOBATAN
PENDERITA SKIZOFRENIA DI WILAYAH PUSKESMAS PERKOTAAN
KABUPATEN JEMBER**

Oleh

HENI NURAINI

NIM. 152110101070

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Dr.dr. Candra Bumi, M.Si.

Dosen Pembimbing Anggota : Andrei Ramani, S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “*Determinan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 31 Desember 2019

Tempat : Ruang Sidang 2

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Dr. dr. Candra Bumi, M.Si.

NIP. 19740608 2008011012

(.....)

2. DPA : Andrei Ramani, S.KM., M.Kes.

NIP. 198008252006041005

(.....)

Penguji

1. Ketua : Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.

NIP. 19800516 2003122002

(.....)

2. Sekretaris : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes.

NIP. 19831113 2010122006

(.....)

3. Anggota : Arif Yoni Setiawan, S.KM., M.PH.

NIP. 19760804 2006041015

(.....)

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Determinan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember; Heni Nuraini; 152110101070; 2019; 151 halaman, Peminatan Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Meningkatnya jumlah orang dengan gangguan jiwa skizofrenia tidak sebanding dengan jumlah penderita yang melakukan pengobatan. Hal ini dibuktikan dengan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 mencatat dari 84,9% penderita yang menjalani pengobatan terdapat 51,1% penderita yang tidak patuh minum obat (Riskesmas, 2018). Kepatuhan minum obat penderita skizofrenia dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor internal (berasal dari diri penderita skizofrenia) dan faktor eksternal (berasal dari keluarga dan lingkungan). Kepatuhan terhadap pengobatan merupakan cara efektif untuk mencegah kekambuhan penderita sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan penderita skizofrenia. Penelitian tentang faktor kepatuhan minum obat pada penderita skizofrenia telah banyak dilakukan, namun penelitian tentang determinan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia di Jawa Timur khususnya Kabupaten Jember belum pernah dilakukan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia di Kabupaten Jember.

Penelitian ini menggunakan metode observasional analitik dengan desain penelitian *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita skizofrenia yang sedang mengkonsumsi obat dan sedang rawat jalan di puskesmas perkotaan Kabupaten Jember sebanyak 295 orang dengan jumlah sampel sebanyak 107 orang yang diambil dengan teknik *multistage cluster sampling*. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik penderita (usia, jenis kelamin, durasi masa

sakit), karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, status ekonomi, pendidikan, status kekerabatan), lama merawat, jarak ke pelayanan kesehatan, efek samping obat, biaya pengobatan, pengetahuan keluarga, dukungan keluarga dan dukungan masyarakat. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang telah dilakukan uji validitas. Data primer dianalisis menggunakan teknik analisis univariabel, bivariabel dan multivariabel dengan uji *chi square* yang kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan deskripsi tertulis.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa sebagian besar penderita skizofrenia adalah laki-laki, berusia dewasa (26-45 tahun), dengan durasi sakit sebagian besar >8 tahun. Sebagian besar keluarga yang bertanggung jawab terhadap pengobatan penderita adalah perempuan, berusia lansia, berpendidikan rendah, status ekonomi <UMR Kabupaten Jember dan merupakan saudara kandung penderita dengan lama merawat 0-4 tahun. Tingkat pengetahuan keluarga kurang baik, dukungan keluarga dan dukungan masyarakat rendah. Sebagian besar jarak ke pelayanan kesehatan ≤ 4 KM, terdapat keluhan efek samping obat dan biaya yang dikeluarkan untuk menebus obat di puskesmas adalah gratis. Berdasarkan hasil analisis didapatkan bahwa variabel yang signifikan berhubungan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia adalah usia keluarga, tingkat pendidikan keluarga, status kekerabatan, pengetahuan keluarga, dukungan keluarga dan jarak ke pelayanan kesehatan, sedangkan faktor yang paling berhubungan adalah dukungan keluarga.

Berdasarkan hasil penelitian, saran yang dapat diberikan kepada keluarga adalah memberikan dukungan terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia maupun kepada *caregiver* penderita skizofrenia. Saran yang diberikan kepada masyarakat adalah memberi dukungan terhadap lingkungan keluarga maupun penderita skizofrenia, memberikan informasi/edukasi pentingnya pengobatan rutin, dan memberikan bantuan berupa alat transportasi apabila keluarga membutuhkan pinjaman. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan meneliti determinan terjadinya

skizofrenia di Kabupaten Jember (baik perkotaan maupun pedesaan), implementasi program kesehatan jiwa di Kabupaten Jember dengan menggunakan jenis penelitian kualitatif, dan determinan kepatuhan berobat di daerah pedesaan.

Diharapkan kader kesehatan di Kabupaten Jember dapat membantu meminimalisir adanya kekambuhan pada penderita skizofrenia dengan cara melakukan pendekatan terhadap keluarga dengan melakukan kunjungan rumah penderita skizofrenia secara rutin dan memberikan informasi/edukasi mengenai kesehatan jiwa. Bagi dinas kesehatan Kabupaten Jember diharapkan melakukan edukasi pada masyarakat dan terutama keluarga penderita skizofrenia terkait dukungan yang harus diberikan kepada keluarga maupun penderita skizofrenia., meningkatkan upaya promosi kesehatan terkait program kesehatan gangguan jiwa pada masyarakat dan melakukan sosialisasi kepada keluarga mengenai biaya pengobatan gratis untuk pengobatan penderita skizofrenia di puskesmas Kabupaten Jember.

SUMMARY

Determinants of Family Compliance in Assisting the Treatment of Schizophrenic Patients in Health Centers Service in Urban Area of Jember Regency; Heni Nuraini; 152110101070; 2019; 151 pages, Epidemiology Studies Faculty of Public Health, Jember University.

The number of people with schizophrenic disorders disproportionated to the number of people taking medication. Basic Health Research data in 2018 showed that 84.9% of patients who needed treatment about 51.1% of patients who did not take medication (Riskesdas, 2018). The compliance intaking schizophrenia drugs based on two factors, namely internal factors (originating from schizophrenics themselves) and external factors. Compliance towards medication was an effective way to prevent recurrence of patients and also improved the health status of schizophrenics. The research about family determination in the treatment of schizophrenia in East Java including Jember Regency had never been conducted before. The purpose of this study was to determine factors related to families in the treatment of schizophrenia in Jember Regency.

This research uses analytic observational method with cross sectional research design. The population in this study were all schizophrenics who were taking drugs and were being treated at an urban health clinic in Jember Regency for 295 people with a sample of 107 people taken by multistage cluster sampling technique. The independent variables in this study are family characteristics (age, sex, economic status, education, kinship status), distance to health services, side effects of medication, medical costs, family knowledge, family support and community support. The dependent variable in this study is family compliance in helping the treatment of schizophrenics. The instrument in this study used a questionnaire that had been tested for validity. Primary data were analyzed using univariable, bivariable

and multivariable analysis techniques with the chi square test which were then presented in the form of tables and written descriptions.

In this study, the results showed that the majority of schizophrenics are male, aged adults (26-45 years), with the duration of illness mostly >8 years. Most of the families responsible for the treatment of sufferers are women, old age, low education, economic status <UMR Regency of Jember and are siblings of patients with care for 0-4 years. The level of family knowledge is not good, family support and community support is low. Most of the distance to health services is <4 KM, there are complaints of drug side effects and the costs incurred to redeem drugs at the puskesmas are free. Based on the results of the analysis it was found that the significant variables related to family compliance in helping the treatment of schizophrenics were family age, family education level, kinship status, family knowledge, family support and distance to health services, while the most related factor was family support.

Based on the results of the study, advice that can be given to families is to give to family members who support schizophrenia or to caregivers of schizophrenics. The advice given to the community is to provide support to families suffering from schizophrenia, provide information/education about routine care, and provide assistance in the form of transportation that requires family loans. The researchers are expected to be able to determine the determination of schizophrenia in Jember Regency, both transportation and social programs, health programs in Jember Regency by using qualitative research types and determining medical treatment in rural areas.

It is expected that health cadres in Jember Regency can help minimize recurrence in schizophrenics by consulting families with regular home visits for schizophrenics and providing information/education about mental health. The Jember District Health Office is expected to provide education to the community and most schizophrenic families related to the support that must be provided to schizophrenic

families, increase health promotion programs related to public and community health, and socialization for the community. schizophrenia in Jember District Health Center



PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Determinan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Dr. dr. Candra Bumi, M.Si. selaku dosen pembimbing utama dan Bapak Andrei Ramani, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing anggota yang telah bersedia meluangkan waktu, membagi ilmu, saran, koreksi serta senantiasa menularkan semangat baru selama proses bimbingan hingga tugas akhir skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis juga menyampaikan terimakasih dan penghargaan kepada yang terhormat:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sekaligus ketua penguji terimakasih atas saran dan masukan yang membangun untuk penyempurnaan skripsi ini.
2. Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. selaku Ketua Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH. selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
4. Ibu Erwin Nur Rif'ah, M.A., Ph.D. selaku dosen pembimbing akademik (DPA) yang telah membimbing dengan sabar dan selalu memberi motivasi untuk dapat menyelesaikan perkuliahan dengan optimal.
5. Ibu Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes. selaku sekretaris penguji terimakasih atas saran dan masukan yang membangun untuk penyempurnaan skripsi ini.

6. Bapak Arif Yoni Setiawan selaku dosen penguji anggota terimakasih atas saran dan masukan terkait perbaikan skripsi ini.
7. Mas Wenda Dwi Wardani selaku koordinator program kesehatan jiwa dinas kesehatan Kabupaten Jember serta seluruh koordinator program kesehatan jiwa di Puskesmas Kabupaten Jember yang telah membantu dan memberikan pengarahan selama pengambilan data.
8. Segenap dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan ilmu dengan tulus dan ikhlas, beserta seluruh staff dan karyawan.
9. Rofiqoh Noer, Mohamad Deni Setiawan, Ambarwati, Leni Eka S, dan Aulia Sasmita yang telah membantu tanpa pamrih dalam penelitian ini.
10. Sahabat-sahabat saya Elok Faiqoh Febiyanti dan Puput Nuriy Aini yang selalu menemani dikala saya berproses di bangku perkuliahan
11. Teman-teman seperjuangan di Peminatan Epidemiologi (Epidemic 15), yang memberikan saya semangat dalam mengerjakan tugas akhir ini Ana, Dian, Widya, Wahyu, Dena, Puji, Najihatus, Nella, Winda, Fira, Basith, Lirih, Tyas, Intan dan Kak Zuhria.
12. Seluruh keluarga penderita skizofrenia yang telah bersedia meluangkan waktu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Meskipun skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun. Penulis memohon maaf apabila terdapat hal-hal yang kurang berkenan bagi pembaca baik secara sengaja maupun tidak. Penulis berharap bahwa penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Jember, 31 Desember 2019

Penulis

DAFTAR ISI

PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN.....	v
PEMBIMBINGAN.....	vi
PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY.....	xi
PRAKATA	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xxii
DAFTAR TABEL	xxiii
DAFTAR LAMPIRAN	xxvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Skizofrenia.....	6
2.1.1 Definisi Skizofrenia	6
2.1.2 Etiologi Skizofrenia	6
2.1.3 Diagnosis Skizofrenia	9
2.1.4 Jenis Skizofrenia	11
2.1.5 Gejala Skizofrenia.....	12
2.1.6 Epidemiologi Skizofrenia.....	13

2.1.7 Pengobatan Skizofrenia.....	14
2.2 Kepatuhan Pengobatan Skizofrenia.....	18
2.2.1 Definisi Kepatuhan.....	18
2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengobatan	19
2.2.3 Metode Pengukuran Kepatuhan	24
2.3 Kerangka Teori	26
2.4 Kerangka Konsep.....	27
2.5 Hipotesis Penelitian	28
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	30
3.1 Jenis Penelitian	30
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	30
3.2.1 Tempat Penelitian.....	30
3.2.2 Waktu Penelitian	30
3.3 Penentuan Populasi dan Sampel	30
3.3.1 Populasi Penelitian	30
3.3.2 Sampel Penelitian.....	31
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel Penelitian.....	32
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	34
3.4.1 Variabel Penelitian	34
3.4.2 Definisi Operasional.....	34
3.5 Data dan Sumber Data	39
3.5.1 Data Primer	39
3.5.2 Data Sekunder	39
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	40
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	40
3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data	41
3.7.1 Teknik Pengolahan Data	41
3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	43
3.9 Alur Penelitian	45

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	46
4.1 Hasil Penelitian.....	46
4.1.1 Distribusi Tingkat Kepatuhan Keluarga Terhadap Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	46
4.1.2 Distribusi Karakteristik Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	47
4.1.3 Faktor Predisposisi (<i>Predisposing Factor</i>).....	48
4.1.3.1 Distribusi Karakteristik Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	48
4.1.3.2 Distribusi Lama Merawat Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	49
4.1.3.4 Distribusi Tingkat Pengetahuan Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	50
4.1.3.3 Distribusi Tingkat Dukungan Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	51
4.1.7 Hubungan Karakteristik Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember ..	57
4.1.9 Hubungan Jarak Tempat Tinggal Ke Pelayanan Kesehatan Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	59
4.1.11 Hubungan Efek Samping Obat yang Dikonsumsi Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	60

4.1.12 Hubungan Biaya Pengobatan Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga Terhadap Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	61
4.1.8 Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	61
4.1.13 Hubungan Dukungan Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember ..	62
4.1.13 Hubungan Dukungan Masyarakat Penderita Skizofrenia Dengan Kepatuhan Keluarga dalam Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	63
4.1.14 Faktor yang Paling Berhubungan dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	64
4.2 Pembahasan.....	66
4.2.1 Gambaran Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	66
4.2.2 Gambaran Karakteristik Penderita Skizofrenia Di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	68
4.2.3 Faktor Predisposisi (<i>Predisposing Factor</i>).....	71
4.2.3.1 Gambaran Karakteristik Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	71
4.2.3.2 Gambaran Lama Merawat Keluarga Penderita Skizofrenia Di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	74
4.2.3.4 Gambaran Tingkat Dukungan Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	76

4.2.3 Faktor Pendukung (<i>Enabling Factor</i>).....	77
4.2.3.1 Gambaran Jarak Tempat Tinggal Ke Pelayanan Kesehatan Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	77
4.2.3.2 Gambaran Efek Samping Obat Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	78
4.2.3.3 Gambaran Biaya Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	78
4.2.4 Faktor Pendorong (<i>Reinforcing Factor</i>)	79
4.2.4.1 Gambaran Tingkat Dukungan Masyarakat Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	79
4.2.6 Hubungan Karakteristik Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga Terhadap Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	80
4.2.7 Hubungan Jarak Tempat Tinggal Ke Pelayanan Kesehatan Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga Terhadap Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	88
4.2.8 Hubungan Efek Samping Obat Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga Terhadap Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	89
4.2.9 Hubungan Biaya Pengobatan Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember ..	90
4.2.10 Hubungan Dukungan Masyarakat Penderita Skizofrenia Dengan Kepatuhan Keluarga Terhadap Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	91

4.2.3 Faktor yang Paling Berhubungan dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	92
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	94
5.1 Kesimpulan	94
5.2 Saran	95
DAFTAR PUSTAKA	98
LAMPIRAN.....	109
Lampiran Hasil Analisis.....	118

DAFTAR GAMBAR

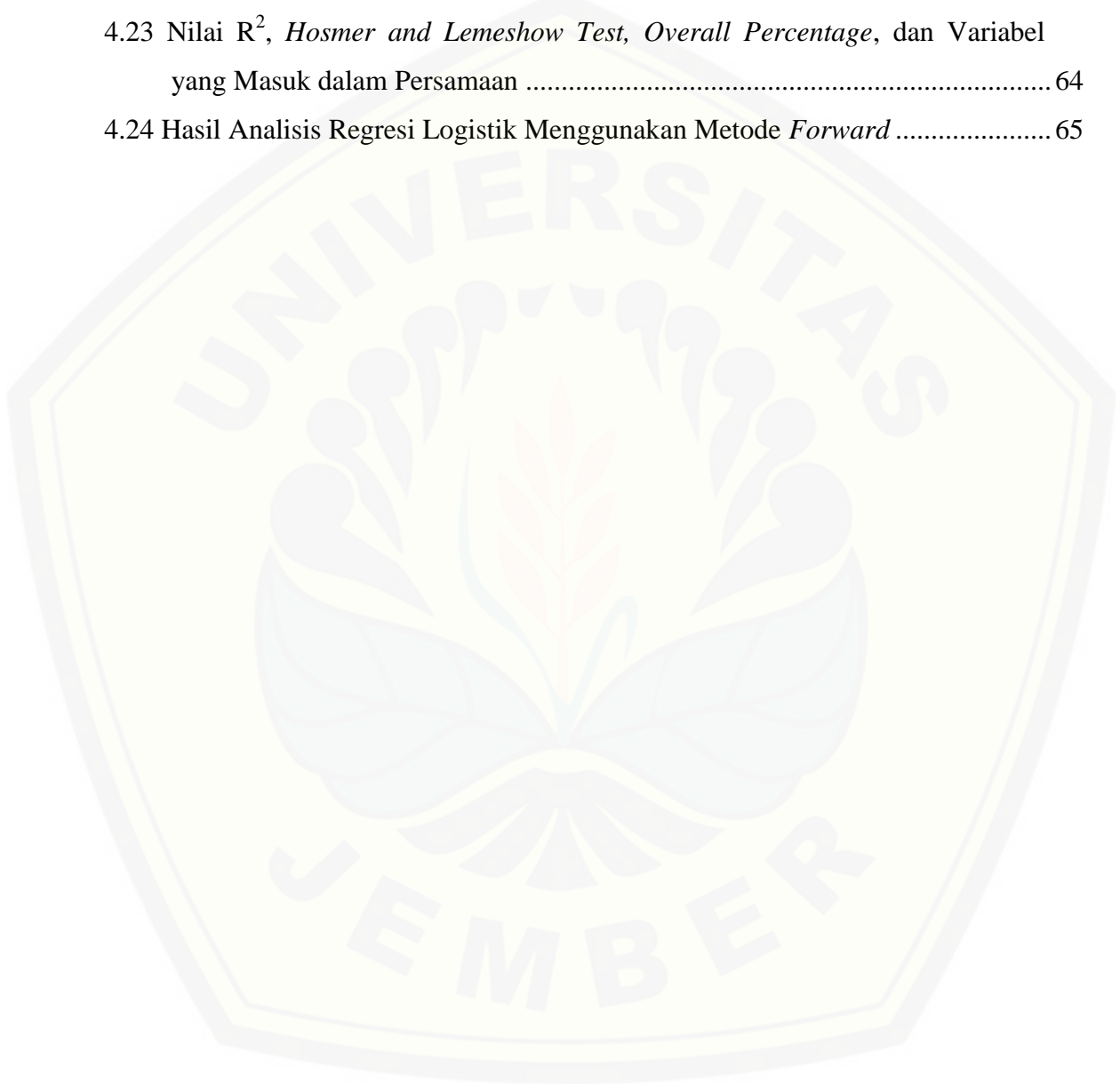
2. 1 Gambaran skizofrenia memengaruhi individu dan masyarakat	9
2. 2 Kerangka Konsep	27
3. 1 Alur Penelitian	45
1 Lembar Dokumentasi	116
2 Lembar Dokumentasi	116
3 Lembar Dokumentasi	116
4 Lembar Dokumentasi	116

DAFTAR TABEL

2. 1 Jenis Obat Antipsikotik	15
3. 1 Besar Sampel Penelitian.....	33
3. 2 Definisi Operasional.....	35
4.1 Distribusi Tingkat Kepatuhan Keluarga Terhadap Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	46
4. 2 Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	46
4.3 Distribusi Karakteristik Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	48
4.4 Distribusi Karakteristik Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	48
4.5 Distribusi Lama Merawat Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	49
4.6 Distribusi Tingkat Pengetahuan Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	50
4.7 Pengetahuan Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	50
4.8 Distribusi Tingkat Dukungan Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	51
4.9 Dukungan Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	52
4.10 Distribusi Jarak Tempat Tinggal Ke Pelayanan Kesehatan Keluarga Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember....	53
4.11 Distribusi Efek Samping Obat Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	54

4.12 Distribusi Efek Samping Obat Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	54
4.13 Distribusi Biaya Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	55
4.14 Distribusi Tingkat Dukungan Masyarakat Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	55
4.15 Dukungan Masyarakat Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	56
4.16 Karakteristik Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	57
4.17 Hubungan Jarak Tempat Tinggal Ke Pelayanan Kesehatan Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	59
4.18 Hubungan Efek Samping Obat yang Dikonsumsi Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	60
4.19 Hubungan Biaya Pengobatan Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga Terhadap Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	61
4.20 Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga Terhadap Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	62
4.21 Hubungan Dukungan Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga Terhadap Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	63

4.22 Hubungan Dukungan Masyarakat Penderita Skizofrenia dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember	64
4.23 Nilai R^2 , <i>Hosmer and Lemeshow Test</i> , <i>Overall Percentage</i> , dan Variabel yang Masuk dalam Persamaan	64
4.24 Hasil Analisis Regresi Logistik Menggunakan Metode <i>Forward</i>	65



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	109
Lampiran B Lembar Kuisisioner Penelitian	110
Kuisisioner 1 Pengetahuan Keluarga.....	112
Kuisisioner 2 Dukungan Keluarga.....	113
Kuisisioner 3 Dukungan Masyarakat.....	114
Kuisisioner 4 Kepatuhan Keluarga	115
Lampiran C Dokumentasi Penelitian	116
Lampiran D Surat Ijin Penelitian	117

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut WHO, skizofrenia menyerang lebih dari 21 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2018). Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan prevalensi gangguan jiwa berat/skizofrenia mencapai 1,7 per-mil (Riskesdas, 2013). Namun pada tahun 2018 prevalensi gangguan jiwa berat/skizofrenia meningkat menjadi 7 per-mil (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar 2013, Jawa Timur merupakan provinsi dengan peringkat 6 besar tertinggi dengan kasus skizofrenia. Kabupaten Jember merupakan wilayah dengan jumlah penderita skizofrenia tertinggi dengan prevalensi kasus sebesar 24,1 per-mil dari penduduknya (Badan Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI, 2013). Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada tahun 2017 menunjukkan bahwa gangguan jiwa skizofrenia menempati peringkat kedua dengan prevalensi tertinggi yaitu sebesar 16,16%, setelah ansietas dengan presentase sebesar 66,52% di Kabupaten Jember (Dinkes Jember, 2017). Adapun jenis gangguan jiwa yang terjadi di Kabupaten Jember pada tahun 2017 adalah ansietas (66,52%), skizofrenia (16,6%), gangguan makan (9,07%), gangguan tidur (5,88%), depresi (1,43%), gangguan penggunaan zat psikoaktif (0,32%), demensia (0,30%), retardasi mental (0,27%), percobaan bunuh diri (0,02%), delirium (0,02%), kelainan bipolar (0,005%). Namun pada tahun 2018 skizofrenia menjadi masalah kesehatan jiwa terbanyak karena menduduki peringkat tertinggi dan satu-satunya kasus gangguan jiwa yang terjadi di kabupaten Jember (Dinkes Jember, 2018).

Meningkatnya jumlah orang dengan gangguan jiwa skizofrenia tidak sebanding dengan jumlah penderita yang melakukan pengobatan. Hal ini dibuktikan dengan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 mencatat dari 84,9% penderita yang menjalani pengobatan terdapat 51,1% penderita yang tidak patuh minum obat (Riskesdas, 2018). Kepatuhan minum obat penderita skizofrenia dipengaruhi oleh dua faktor,

yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Penelitian Higashi (2013) menunjukkan bahwa faktor internal yaitu faktor yang berasal dari penderita berupa karakteristik sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pendapatan) dan lama menderita. Faktor eksternal berupa faktor keluarga dan lingkungan antara lain dukungan keluarga, pengetahuan keluarga dan ketersediaan layanan kesehatan; faktor pengobatan seperti jenis obat, efek samping obat dan biaya pengobatan, serta faktor tenaga kesehatan.

Keluarga mempunyai peran penting terhadap pengobatan penderita skizofrenia, yaitu dengan mendukung, membimbing dan mengarahkan penderita skizofrenia agar dapat minum obat secara benar dan teratur. Hal ini disebabkan karena penderita skizofrenia pada umumnya tidak mampu mengatur dan tidak mengetahui jadwal untuk minum obat (Nasir dalam Pelealu 2018). Dukungan keluarga dan pengetahuan keluarga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan minum obat. Hal ini dibuktikan dengan adanya penelitian yang dilakukan oleh Glick (2011) yang mengemukakan bahwa keluarga yang memiliki pengetahuan baik dan memberi dukungan keluarga yang baik cenderung memiliki kepatuhan pengobatan pada penderita yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang tidak. Penelitian yang dilakukan oleh Rosdiana (2018) menemukan bahwa akibat kurangnya pengetahuan keluarga, keluarga penderita beranggapan bahwa penyakit skizofrenia yang dialami penderita tidak dapat disembuhkan dan akan dialami oleh penderita seumur hidupnya. WHO menyatakan bahwa penyakit skizofrenia merupakan penyakit gangguan jiwa yang dapat diobati sampai penderita sembuh. Penderita harus minum obat secara rutin supaya tidak mengalami kekambuhan, sehingga dapat mengembalikan produktivitas penderita yang akhirnya meningkatkan kualitas hidupnya (Rawa *et al.*, 2017).

Penelitian tentang faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan pernah dilakukan untuk melihat adanya efek samping obat, yang menyatakan bahwa obat yang dikonsumsi penderita skizofrenia menimbulkan efek samping yang mengganggu selama proses pengobatan penderita skizofrenia, sehingga menyebabkan keluarga penderita mengurangi dosis obat bahkan berhenti minum obat. Hal ini dibuktikan

dengan penelitian yang dilakukan oleh Novitayani (2016) yang menemukan sebesar 87,5% penderita skizofrenia tidak patuh minum obat dikarenakan efek samping yang dirasakan penderita, dengan mayoritas efek samping yang dialami adalah rasa kantuk 52,5%, hyperinsomnia 37,5%, kekakuan 30%, mulut kering 17,5% dan pusing sebesar 17,5%. Selain itu tenaga kesehatan memiliki peran sebagai konselor dan pemberi pengetahuan, baik mengenai penyakit skizofrenia maupun jadwal dan cara minum obat yang benar (Maimunah, 2016).

Ketidapatuhan terhadap pengobatan memiliki dampak negatif yaitu mengakibatkan kekambuhan bahkan kematian (Leucht and Heres dalam Higashi 2013). Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk penanganan jumlah orang dengan gangguan jiwa yang terus meningkat, yakni berupa sistem pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif, terintegrasi, dan berkesinambungan di masyarakat serta memberi fasilitas keperluan sarana, prasarana, dan sumberdaya pelayanan kesehatan jiwa di seluruh wilayah Indonesia yang termasuk alat-alat untuk kesehatan, obat, dan tenaga kesehatan maupun non-kesehatan yang telah terlatih. Pemerintah juga telah mengupayakan penggerakan masyarakat dalam upaya preventif, promotif dan deteksi dini gangguan jiwa serta melakukan rehabilitasi dan reintegrasi orang dengan gangguan jiwa ke masyarakat (Kemenkes, 2014). Selain itu pemerintah telah membuat kebijakan berupa Undang-Undang nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

Penelitian tentang faktor kepatuhan minum obat pada penderita skizofrenia telah banyak dilakukan, namun penelitian tentang determinan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada penderita skizofrenia di Jawa Timur khususnya Kabupaten Jember belum pernah dilakukan. Oleh karena itu, peneliti tertarik melakukan penelitian yang berkaitan dengan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat penderita skizofrenia yang berfokus pada keluarga.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasar latar belakang di atas, rumusan masalah penelitian ini adalah determinan keluarga apakah yang berhubungan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember?"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui determinan yang berhubungan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan karakteristik penderita (usia, jenis kelamin dan durasi masa sakit)
2. Menggambarkan faktor predisposisi terkait karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status ekonomi, hubungan kekerabatan), lama merawat, dukungan keluarga dan pengetahuan keluarga penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
3. Menggambarkan faktor pendukung terkait jarak ke pelayanan kesehatan, efek samping obat dan biaya pengobatan di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
4. Menggambarkan faktor pendorong terkait dukungan masyarakat di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
5. Menganalisis hubungan antara faktor predisposisi terkait karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status ekonomi, hubungan kekerabatan), lama merawat, dukungan keluarga dan pengetahuan keluarga penderita

skizofrenia dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.

6. Menganalisis hubungan antara faktor pendukung jarak ke pelayanan kesehatan, efek samping obat dan biaya pengobatan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
7. Menganalisis hubungan antara faktor pendorong dukungan masyarakat dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
8. Mencari faktor yang paling berhubungan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita Skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Peneliti berharap hasil dari penelitian ini dapat menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan masyarakat terutama di bidang Epidemiologi berkenaan dengan determinan yang berhubungan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia, serta sebagai salah satu referensi untuk penelitian dimasa yang akan datang.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Keluarga Penderita Skizofrenia

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan ilmu pentingnya keluarga berperan dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia dengan patuh terhadap saran yang diberikan oleh dokter agar menekan angka kekambuhan penderita skizofrenia khususnya di Kabupaten Jember.

2. Bagi Masyarakat

Peneliti berharap hasil dari penelitian ini dapat menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan masyarakat dalam bidang kesehatan khususnya kesehatan jiwa dan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya dukungan dalam membantu meningkatkan semangat keluarga dalam membantu merawat penderita skizofrenia.

3. Bagi Kader Kesehatan Kabupaten Jember

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang kondisi yang terdapat di masyarakat mengenai perkembangan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia sehingga dapat meningkatkan kinerja sebagai kader kesehatan dimasyarakat untuk membantu tenaga kesehatan dalam program kesehatan jiwa.

4. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk referensi dan acuan dalam penyusunan program peningkatan kepatuhan minum obat agar tidak terjadi kekambuhan penderita skizofrenia akibat ketidakpatuhan keluarga dalam mengontrol dan membantu penderita minum obat.

5. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan epidemiologi terkait determinan yang berhubungan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia

6. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi kajian epidemiologi yang berkaitan dengan determinan yang berhubungan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang termasuk dalam kategori gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku seseorang (Yudhantara, 2018). Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan mengakibatkan munculnya pikiran, gerakan, persepsi, emosi, dan perilaku yang aneh dan terganggu. Namun skizofrenia ini diduga sebagai suatu sindrom penyakit yang mencakup banyak jenis dengan bermacam-macam gejala seperti jenis kanker (Videbeck, 2008). Seorang yang mengalami skizofrenia seringkali disebut sebagai Orang Dengan Skizofrenia (ODS). Gangguan jiwa berat adalah gangguan jiwa yang dapat ditandai dengan terganggunya kemampuan realitas dan buruknya tilikan (*insight*) atau biasa disebut dengan sejauh mana pemahaman dan tingkat sadar seseorang berkenaan dengan penyakit dan gejala yang dialaminya (Riskasdas, 2013). Skizofrenia memiliki cirri antara lain gangguan emosional, pengunduran diri dari kehidupan sosial, gangguan afektif yang terkadang diikuti halusinasi dan delusi serta tingkahlaku yang merusak/negative (Simanjuntak, 2008). Seorang yang mengalami penyakit skizofrenia mengalami kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal dan sulit untuk memecahkan masalah (Stuart, 2006).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Sampai saat ini penyebab utama skizofrenia belum dapat dipastikan, karena menurut Arif (2006) skizofrenia tidak disebabkan oleh satu penyebab tunggal namun dari berbagai faktor. Etiologi dari penyakit skizofrenia menurut Videbeck (2008) meliputi factor genetic, factor neuroanatomi atau neurokimia, dan factor

imunovirologi., sedangkan menurut Arif (2006) etiologi skizofrenia dapat diketahui dari pendekatan somatogenesis dan psikogenesis.

a. Faktor Genetik/Keturunan

Katona *et all* (2012) menjelaskan bahwa seorang yang mempunyai saudara kembar monozigot beresiko 50% menderita skizofrenia sedangkan seorang yang mempunyai saudara kembar heterozigot beresiko 15% menderita skizofrenia (Katona *et all*, 2012). Sebuah penelitian telah dilakukan terhadap keluarga klien skizofrenia terutama anak kembar satu telur. Bagi saudara tiri angka kesakitannya sebesar 0.9-1.8%, bagi saudara kandung sebesar 7-15%, bagi anak yang salah satu orang tuanya menderita penyakit skizofrenia sebesar 7-16%, apabila kedua orangtuanya menderita skizofrenia 40-68%, bagi kembar 2 telur atau heterozigot 2-15% sedangkan apabila kembar 1 telur (monozigot) maka angka kesakitannya adalah 61-86% (Maramis 2009 dalam Rahmatichasari, 2016). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hermiati, didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan signifikan antara genetic dengan skizofrenia dengan nilai $p=0,025$ (Hermiati, 2018). anak dari orang tua dengan skizofrenia memiliki risiko empiris yang meningkat sekitar sepuluh kali lipat dibandingkan risiko populasi umum atau orang tua yang tidak menderita skizofrenia (Gejman, 2011). Selain itu Penelitian yang dilakukan oleh NIH-USA (*National Institute of Health*) di Amerika Serikat menemukan adanya variasi genetic dimana variasi *CACNA1C* dan *CACNB2* dapat mempengaruhi circuitry seperti memory, perhatian, cara berfikir dan emosi (NHA USA, 2013).

b. Faktor Neuroanatomi (abnormalitas struktur otak)

Penelitian neurokimia secara konsisten menunjukkan adanya perubahan system neurotransmitter otak penderita skizofrenia yang memperlihatkan terjadinya malfungsi pada jaringan neuron yang mentransfer informasi berupa sinyal-sinyal listrik dari sel saraf melalui aksonnya dan melewati sinaps ke reseptor pascasinaptik di sel-sel saraf yang lain. Tarnsmisi

sinyal melewati sinaps membutuhkan suatu rangkaian kompleks peristiwa biokimia yang berkaitan dengan kerja dopamine dan serotonin yaitu terjadinya kelebihan dopamine dan kelebihan serotonin. Serotonin memiliki efek modulasi pada dopamine yang membantu mengontrol kelebihan dopamin (Videbeck, 2008). Menurut Arif (2006) penderita skizofrenia yang kronis cenderung mempunyai ventrikel otak yang lebih besar dibanding dengan orang normal. Abnormalitas kemungkinan dapat terjadi di bagian-bagian lain otak seperti di *lobus temporalis*, *basal ganglia*, *hippocampus* dan *superior temporal gyrus*. Pada bagian-bagian yang abnormal inilah terjadi aktivitas yang sangat rendah/lemah.

c. Faktor Immunovirologi

Videbeck (2008) menjelaskan bahwa perubahan patologi otak penderita skizofrenia dapat disebabkan karena pajanan virus, dengan kata lain bahwa respon imun tubuh terhadap virus dapat mengubah fisiologi otak. Penelitian terbaru memfokuskan infeksi pada ibu hamil sebagai penyebab awal kemungkinan terjadinya skizofrenia. Terjadinya epidemic flu yang diikuti dengan peningkatan skizofrenia di Inggris, Denmark, Finlandia dan di Negara-negara lain. Penelitian yang dilakukan di *New England Journal of Medicine* melaporkan tingginya angka skizofrenia terjadi pada anak-anak yang lahir di daerah padat dengan cuaca dingin yang memungkinkan terjadinya gangguan pernapasan (Videbeck, 2008).

Berikut merupakan gambar yang menunjukkan bagaimana skizofrenia memengaruhi individu dan masyarakat:

←		→	
Respons adaptif		Respons maladaptive	
Pikiran logis	Pikiran kadang menyimpang	Gangguan pikiran/waham	
Persepsi akurat	Ilusi	Halusinasi	
Emosi konsisten dengan pengalaman	Reaksi emosional berlebihan atau kurang	Kesulitan untuk memproses emosi	
Perilaku sesuai	Perilaku aneh atau tak lazim	Ketidakteraturan perilaku	
Hubungan sosial	Menarik diri	Isolasi sosial	

Sumber: Videbeck (2008)

Gambar 2. 1 Gambaran skizofrenia memengaruhi individu dan masyarakat

2.1.3 Diagnosis Skizofrenia

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia ke III gejala dari penyakit skizofrenia adalah:

- a. Apabila terdapat minimal 1 gejala berikut yang amat jelas dan biasanya 2gejala/lebih apabila gejala-gejala tersebut kurang jelas:
 - 1) “*Thought echo*” yang berarti isi dalam pikirannya sendiri yang bergema/berulang (tidak keras) dan isi pikiran ulangan,meski isinya sama tetapi kualitasnya beda. Atau “*Thought Insertion or Withdrawal*” yang berarti isi dalam pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*), ataupun isi fikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (*Insertion*) “*Thought broadcasting*” yang berarti isi dalam pikiranya tersiar keluar sehingga orang lain mengetahuinya.
 - 2) “*Delusion of Control*”: waham (keyakinan yang salah) mengenai dirinya (merujuk ke anggota gerak atau ke pikiran, tindakan/pengindraan khusus) yang dikendalikan oleh kekuatan tertentu dari luar, atau “*Delusion of Influence*”: dari dalam, atau “*Delusion of Passivity*”: waham mengenai dirinya pasrah dan tak berdaya terhadap kekuatan dari luar, “*Delusional perception*”: ketidakwajaran pengalaman indrawi, yang berarti sangat khas bagi dirinya yang biasanya bersifat mistik/mukjizat.

- 3) Halusinasi auditorik: suara halusinasi yang secara terus-menerus mengomentari perilaku pasien atau membicarakan tentang pasien diantara berbagai suara yang berbicara (mereka sendiri), atau suatu jenis suara yang asalnya dari salah satu bagian tubuh.
- b. Atau minimal 2 gejala berikut yang harus selalu ada secara jelas:
- 1) Halusinasi yang menetap dari panca indra apapun, yang apabila disertai waham baik yang mengambang maupun setengah berbentuk ataupun disertai ide-ide berlebihan yang menetap/apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu/berbulan-bulan terus-menerus.
 - 2) Arus pikiran yang terputus atau sisipan yang mengakibatkan pembicaraannya tidak relevan/neologisme (kata-kata baru yang memiliki arti khusus bagi penderita)
 - 3) Perilaku katatonik: keadaan gaduh gelisah
 - 4) Gejala-gejala negative: sikap yang sangat apatis, jarang bicara, respons emosional yang tidak wajar yang biasanya menyebabkan penarikan diri dari pergaulan sosial, namun haruslah jelas bahwa hal-hal tersebut bukan dikarenakan depresi ataupun medikasi neuroleptika.
- c. Gejala-gejala khas diatas harus berlangsung selama 1 bulan/lebih (tidak berlaku untuk tiap fase nonpsikotik prodromal)
- d. Harus terdapat suatu perubahan konsisten dan bermakna dalam keseluruhan mutu dari aspek perilaku pribadi yang bermanifestasi sebagai hilangnya minat, penarikan diri secara sosial, sikap yang larut pada diri sendiri, dan hidup tak bertujuan.

2.1.4 Jenis Skizofrenia

Menurut Katona *et all* (2012), berikut ini merupakan jenis-jenis skizofrenia:

a. Skizofrenia Paranoid (F20.0)

Skizofrenia jenis ini merupakan jenis skizofrenia yang paling umum terjadi, dimana halusinasi auditorik dan waham sangat jelas terlihat (Katona *et all*, 2012). Menurut Videbeck skizofrenia dapat ditandai dengan waham kebesaran/kejar (merasa dimata-matai atau menjadi korban) waham agama (keagamaan yang berlebihan) atau berperilaku agresif/bermusuhan, dan berhalusinasi (Videbeck, 2008).

b. Skizofrenia Hebrefenik/tidak terorganisasi (F20.1)

Onset/serangan dini dan mempunyai prognosis yang buruk (jenis kelamin laki-laki, onset usia muda, lajang, isolasi sosial, penggunaan obat terlarang, onset awal yang tersembunyi, dan riwayat keluarga skizofrenia). Penderita skizofrenia jenis hebrefenik seringkali memiliki mood yang tidak sesuai, dan mannerism (gerakan yang berulang tanpa disadari) (Katona *et all*, 2012). Selain itu penderita memiliki cirri afek datar (ekspresi yang tidak sesuai dengan kenyataan), dan asosiasi longgar (ucapan yang tidak ada hubungannya antar kalimat) (Videbeck, 2008).

c. Skizofrenia Katatonik (F20.2)

Penderita skizofrenia dengan jenis skizofrenia katatonik lebih jarang ditemui (Katona *et all*, 2012). Biasanya memiliki perilaku yang stereotipe (berprasangka buruk pada kelompok lain), negativisme yang berlebihan (menolak/menentang nasehat/perintah orang lain), ekolalia (otomatis mengulangi ucapan orang lain), ekopraksia (secara otomatis meniru gerakan orang lain) dan katalepsi (bagian tubuh penderita kaku) (Videbeck, 2008).

d. Skizofrenia Residual

Skizofrenia jenis residual dapat ditandai dengan sekurang-kurangnya 1 episode skizofrenia sebelumnya, namun saat ini tidak menarik diri, psikotik, asosiasi longgar dan afek datar (emosi datar) (Videbeck, 2008). Selain itu

Katona *et all* menjelaskan bahwa penderita yang mengalami jenis skizofrenia ini memiliki riwayat 1 periode/lebih terhadap gejala yang disebutkan diatas, namun saat ini didominasi oleh gejala negative dan seringkali kognitif (Katona *et all.*, 2012).

e. Skizofrenia Tak Terinci (*simplex*)

Skizofrenia jenis ini merupakan jenis skizofrenia yang tidak umum dijumpai, dengan gejala negative yang berkembang tanpa didahului dengan gejala psikotik yang jelas (Katona *et all.*, 2012). Keadaan jenis skizofrenia ini biasanya merupakan hasil akhir dari gejala-gejala skizofrenia yang sebelumnya telah berkembang penuh, namun pada beberapa kasus onset yang dialaminya sangat pelan sehingga penderita seolah-olah langsung terlihat dalam keadaan cacat (Videbeck, 2008).

2.1.5 Gejala Skizofrenia

Gejala utama psikotik adalah waham(delusi), halusinasi, pembicaraan kacau dan tingkah laku yang kacau seperti membuka baju didepan umum (Arif, 2006). Menurut Katona *et all* (2012) menyatakan bahwa gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi 3 yaitu gejala negative, gejala positif dan gejala kognitif. Gejala negative meliputi sedikit bicara, afek datar, penarikan diri dan kurang peduli terhadap aturan sosial. Gejala positif meliputi adanya waham dan halusinasi, sedangkan gejala kognitif meliputi ingatan dan perhatian yang rendah. Selain itu Videbeck (2008) mengatakan bahwa gejala positive/gejala nyata meliputi halusinasi (persepsi yang salah), waham (keyakinan yang salah), ekopraksia (meniru gerakan), *flight of ideas* (topic pembicaraan yang tidak jelas), perseverasi (pengulangan kata/kalimat), dan asosiasi longgar (pikiran buruk), sedangkan gejala negative/gejala samar meliputi apati (tidak peduli), alogia (sedikit bicara), afek datar (tidak ada ekspresi wajah dari emosi), afek tumpul (mood berubah-ubah), anhedonia (tidak senang hidup), katatonia dan tidak ada kemauan untuk beraktivitas.

Menurut Kurt Schneider dalam Katona *et all* (2012), terdapat 2 tingkatan gejala skizofrenia, yaitu:

- a. Tingkat pertama gejala skizofrenia (*First-rank symptom, FRS*) meliputi halusinasi pendengaran/seorang mengomentari penderita, gema pikiran/mendengar pikirannya sendiri dengan jelas, penyerapan pikiran, penyisipan dan penyiaran pikiran dimana penderita merasa orang lain dapat menyerap, menyisipi/dapat menghapus pikiran penderita. Penderita mengalami kepasifan somatik/*passivity* dimana penderita berkeyakinan bahwa tubuhnya berada dibawah kendali orang lain misalnya orang lain dapat membuat pasien merasa sensasi sakit/panas, dan memiliki gejala persepsi delusional atau beranggapan bahawa waham merupakan persepsi yang nyata.
- b. Tingkat kedua gejala skizofrenia (*second-rank symptom*) yang kurang spesifik secara diagnostic yaitu perilaku katatonik, waham dan halusinasi lainnya.

Menurut Elvira (2013), munculnya gejala skizofrenia biasanya ketika seorang menginjak pada usia remaja akhir/dewasa muda dimana waktu onset pada laki-laki berada pada usia antara 15-25 tahun dan pada wanita diusia antara 25-35 tahun. Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Erlina (2010) bahwa seorang usia 25-35 tahun berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia. Prevalensi skizofrenia pada laki-laki 1,4% lebih besar dibandingkan pada wanita (Sadock, 2010). Hal ini menurut Zahnia (2016) terjadi karena laki-laki menjadi penopang utama rumah tangga sehingga memiliki tekanan hidup yang lebih besar dibandingkan wanita.

2.1.6 Epidemiologi Skizofrenia

Menurut data WHO (2016) terdapat sekitar 21 juta jiwa terkena skizofrenia di dunia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk; maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia

untuk jangka panjang (Kemenkes, 2016). Data Riskesdas 2013 menunjukkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk (Riskesdas, 2013). Pada tahun 2018 di Indonesia terjadi peningkatan dari 1.7% menjadi 7% per 1.000 penduduk (Riskesdas, 2018). Jawa timur merupakan provinsi dengan prevalensi gangguan jiwa berat skizofrenia ranking 7 teratas di Indonesia (Riskesdas, 2013). Penderita skizofrenia yang melakukan pengobatan adalah sebanyak 84,9%, namun penderita mayoritas tidak meminum obat dengan rutin yaitu sebanyak 51,1%. Adapun alasan tidak rutin minum obat dalam 1 bulan terakhir dengan presentase terbanyak adalah karena penderita merasa sudah sehat dengan beberapa kali saja dalam pengobatan.

2.1.7 Pengobatan Skizofrenia

a. Terapi Farmakologi

Penatalaksanaan skizofrenia yang efektif membutuhkan perawatan jangka panjang yang berkelanjutan untuk menjaga gejala tetap terkendali dan mencegah kekambuhan (*American Psychiatric Association, 2006*). Dalam penanganan skizofrenia, diperlukan obat-obat antipsikotik (Katona *et al*, 2012). Mekanisme kerja antipsikotik adalah menyekat reseptor dopamine dan antagonis dopamine. Reseptor dopamine tergolong kedalam sub kategori (D1, D2, D3, D4, dan D5), dimana D2, D3 dan D4 dikaitkan dengan gangguan jiwa (Videbeck, 2008). Obat antipsikotik diakui sebagai komponen penting dalam pengobatan skizofrenia, dan kepatuhan terhadap pengobatan merupakan hal yang berperan penting dalam mencegah timbulnya gejala dan kekambuhan pada penderita (Higashi, 2015). Pengobatan antipsikotik ini haruslah dilakukan minimal dalam waktu 1 tahun guna mencegah kekambuhan gejala psikosis seperti ilusi, delusi dan halusinasi (Fenton *et al.*, 1997).

Menurut Katona *et al* (2012) obat antipsikotik yang pertama yaitu klorpromazin, diperkenalkan tahun 1951 sebagai pramedikasi anestesi (antiemetic). Obat ini telah diuji coba sebagai obat untuk skizofrenia dan telah terbukti dapat

mengurangi halusinasi dan waham (gejala positif) tanpa mengakibatkan rasa kantuk yang berlebih. Obat antipsikotik terbagi menjadi obat tipikal dan obat atipikal. Perbedaan kedua jenis obat ini terletak pada efek samping yang dihasilkan (Katona *et al*, 2012 dan Stuart, 2006).

Tabel 2. 1 Jenis Obat Antipsikotik

Antipsikotik						
Golongan	Oral	Injeksi depot/ intramuskular	Dosis obat Ekuivalensi (mg)	Rentang dosis dewasa yang lazim		
Atipikal	Klozapin (Clozaril)		50	25-600+		
	Risperidon (Risperdal)		1-2	2-8		
	Quetiapin (Seroquel)		50-100	150-750		
	Olanzapin (Zyprexa)		2-3	5-20		
	Ziprasidon (Geodom)			80-160		
Tipikal	Fenothiazin	Klorpromazin (Thorazine)	Flufenazin	100	200-1000	
				Thioridazin (mellaril)	100	200-600
				Trifluoperazin (stelazine)	5	5-30
				Flufenazin (Prolixin)	2	2-20
	Butirofenon	Haloperidol (Haldol)	Haloperidol	2	2-20+	
	Thioxantin	Tioktisen (Navane)		5	5-30	
	Difenilbutilpiperidin	Pimozid (orap)		2	2-16	
	Dibinzoksazepin	Loksapin (Loxitane)		15	20-100+	
	Dibidroindolom	Molindon (Moban)		10	20-100+	

Antipsikotik tipikal merupakan obat untuk mengatasi tanda-tanda atau gejala positif skizofrenia seperti waham, halusinasi dan gangguan pikiran. Antipsikotik atipikal digunakan untuk mengurangi gejala negative seperti tidak memiliki kemauan dan motivasi, menarik diri dari masyarakat dan anhedhonia (Littrell & Littrell 1998 dalam Videbeck 2008). Antipsikotik atipikal seperti klozapin (Clozaril) merupakan bloker D2 yang relative lemah, sehingga mengakibatkan efek samping GEP yang rendah. Obat atipikal seperti clozapin ini juga merupakan obat yang dapat mengurangi gejala negative skizofrenia. Antipsikotik atipikal menghambat *reuptake* serotonin seperti pada beberapa antidepresen sehingga obat antipsikotik atipikal ini lebih efektif dalam mengobati aspek depresif pada penderita skizofrenia.

Antipsikotik tipikal merupakan antagonis (bloker) yang kuat D2, D3 dan D4 sehingga menyebabkan obat antipsikotik tipikal efektif terhadap penatalaksanaan skizofrenia, namun juga memiliki efek samping ekstrapiramidal karena penyekatan reseptor D2. Efek samping gejala ekstrapiramidal (GEP) mencakup distonia akut (gangguan yang mengakibatkan otot bergerak sendiri yang menyebabkan postur tubuh menjadi aneh dan mengalami tremor), parkinsonisme (bungkuk, kaku, wajah seperti topeng, berjalan dengan kaki diseret, ayunan lengan berkurang), dan akatisia (tidak dapat duduk tenang/istirahat, perasaan gelisah). Antipsikotik atipikal mengakibatkan efek samping metabolisme yang lebih ringan seperti penambahan berat badan (Videbeck, 2008).

Pengobatan dapat dilakukan secara oral atau injeksi depot untuk jangka panjang. Obat-obatan tersebut tidak menyembuhkan skizofrenia, namun digunakan untuk mengatasi gejala penyakit skizofrenia (Videbeck, 2008). Media yang digunakan untuk injeksi depot ialah minyak wijen, sehingga obat diabsorpsi dengan lambat sepanjang waktu dalam tubuh penderita. Efek dari obat-obatan tersebut berlangsung dalam waktu 2-4 minggu sehingga antipsikotik tidak perlu diberikan setiap hari. Waktu yang dibutuhkan obat untuk bekerja didalam tubuh untuk obat flufenazin ialah 7-28 hari dan haloperidol selama 4 minggu. Terapi oral obat-obatan ini tidak cocok untuk mengatasi penderita skizofrenia dengan episode akut karena memerlukan waktu beberapa minggu untuk mencapai kadar dosis yang stabil sebelum menggantinya dengan injeksi depot. Namun pengobatan oral tersebut sangat bermanfaat untuk penderita yang perlu diawasi kepatuhan minum obatnya dalam jangka waktu yang panjang (Videbeck, 2008).

Obat minum harus diminum setiap hari, sedangkan obat berupa suntikan ada yang bekerja singkat dan ada yang bekerja panjang. Suntikan kerja pendek digunakan untuk pasien pada fase akut, sedangkan suntikan kerja panjang diberikan untuk terapi pemeliharaan jangka panjang (Kemenkes RI, 2017). Semakin banyak perilaku negative yang ditampilkan, biasanya akan semakin besar dosis yang diberikan pada pasien tersebut. Sesuai dengan teori bahwa pemberian dosis saat pertama kali

pemberian akan diberikan dosis yang paling tinggi, dan kemudian seiring dengan turunnya gejala, maka dosis akan diturunkan/tapering off (Stuart, 2009 dalam Erwina 2015).

b. Terapi Non-Farmakologi

Yusuf (2015:280) menyatakan bahwa penanganan penderita skizofrenia terpenting adalah mengkombinasikan perawatan terapi farmakologis (obat-obat antipsikotik) dengan non-farmakologis (rehabilitasi) untuk mendapatkan kesembuhan yang maksimal tanpa perlu mengubah regimen pengobatan yang kompleks, antara lain:

1) Psikoterapi

Menurut Sadock dan Sadock (2010:156) pengobatan antipsikotik saja tidak efektif dalam menangani penderita skizofrenia sehingga disertai terapi psikososial seperti:

- a) Terapi individual merupakan terapi yang dilakukan dengan pendekatan individual antara seorang terapis dengan penderita skizofrenia.
- b) Terapi kelompok merupakan terapi yang berfokus pada dukungan dan pengembangan aktivitas hidup sehari-hari penderita skizofrenia dalam mengurangi isolasi sosial dan peningkatan tes realitas dikelompok (Sadock, 2010:742).
- c) Terapi keluarga merupakan terapi yang berfokus pada seluruh anggota keluarga yang menjadi (*treatment unit*) dengan cara memberikan dukungan suportif kepada anggota keluarganya yang menderita skizofrenia. Terapi ini secara signifikan menurunkan tingkat kekambuhan penderita skizofrenia (Videbeck, 2008:359).
- d) Manajemen kasus berperan dalam koordinasi perencanaan pengobatan dan manajemen krisis untuk menjaga penderita dalam masa pengobatan (Sadock & Sadock, 2010:157)

2) *Electro Convulsive therapy* (ECT)

Terapi ini dilakukan kepada penderita psikosos akut dan tipe katatonik serta penderita skizofrenia yang sudah mengidap <1 tahun (Townsend, 2010:619). Terapi ECT merupakan penatalaksana gejala positif berkelanjutan dari pengobatan antipsikotik penderita skizofrenia (Sadock & Sadock, 2010:156). Mekanisme kerja terapi ECT sebenarnya belum diketahui secara pasti, namun diperkirakan bahwa ECT menghasilkan perubahan biokimia dalam otak seperti peningkatan kadar serotonin dan norepinefrin yang mirip dengan obat antidepresan. ECT adalah suatu jenis terapi dimana arus listrik digunakan pada otak melalui elektroda yang diletakkan pada pelipis. Arus tersebut dapat menimbulkan kejang, namun dengan terjadinya kejang tersebut dapat dihasilkan efek terapeutik yang diinginkan.

2.2 Kepatuhan Pengobatan Skizofrenia

2.2.1 Definisi Kepatuhan

Secara umum istilah kepatuhan terdiri atas sebuta *Adherence* dan *compliance*. *Adherence* diartikan sejauh mana perilaku pasien dalam minum obat berdasarkan obat yang telah diresepkan oleh pelayanan kesehatan, sedangkan *compliance* adalah secara pasif pasien mengikuti perintah dari dokter untuk menjalani terapi yang sedang dijalankan (Saifunurmazah, 2013). Ketidakpatuhan terhadap pengobatan mencakup serangkaian perilaku pasien dari penolakan pengobatan hingga penggunaan yang tidak teratur atau perubahan sebagian dosis obat harian (Higashi, 2013). Perilaku tidak patuh minum obat diantaranya menurunkan dosis, meningkatkan dosis, minum obat dengan dosis diluar pengawasan medis, minum obat tidak tepat pada waktunya dan menolak untuk minum obat (Wardani, 2009), sedangkan pasien yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan sampai dengan 9 bulan. Penderita lalai jika >3 hari

sampai 2 bulan dari tanggal perjanjian dan dikatakan *drop ut* jika >2 bulan berturut-turut tidak datang berobat setelah dikunjungi petugas kesehatan (Depkes RI, 2000)..

Osterberg (2005) dan Morisky (2008) mengklasifikasikan jenis kepatuhan menjadi:

1. Kepatuhan tinggi (*high adherence*) yaitu penderita yang mengkonsumsi obat secara teratur sesuai petunjuk yaitu tidak menghilangkan satu atau lebih dosis yang telah ditentukan dan meminum obat sesuai dengan jangka waktu antar tablet.
2. Kepatuhan sedang (*medium adherence*) yaitu penderita yang memiliki riwayat putus obat ataupun berhenti dalam melakukan pengobatan untuk sementara
3. Kepatuhan rendah (*low adherence*) yaitu penderita yang tidak minum obat sama sekali.

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengobatan

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan menurut Skinner (Dalam Ulfah, 2013:20) dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal merupakan karakteristik dari penderita meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan durasi masa sakit, sedangkan faktor eksternal (yang berasal dari keluarga dan lingkungan) meliputi dukungan keluarga, peran petugas, lama mmerawat, efek samping obat, tersedianya obat serta jarak tempat tinggal yang jauh.

Faktor eksternal yang mempengaruhi kepatuhan minum obat penderita skizofrenia meliputi:

a. Karakteristik keluarga

Penderita yang dirawat oleh anggota keluarganya yang berusia lebih muda (produktif), cenderung lebih patuh dalam minum obat. Hal ini karena pada usia muda, kondisi fisik keluarganya masih dalam kategori baik, sehingga dapat memberikan dukungan terhadap penderita tanpa adanya hambatan oleh keterbatasan fisik (Santoso, dkk. 2017). Pencapaian proses pengobatan juga dapat ditentukan dengan

tingkat pendidikan, dimana tingkat pendidikan memberikan pengaruh pada besarnya dukungan yang diberikan terhadap penderita (Videbeck, 2008). Friedman (2010) menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan dan pengetahuan tinggi yang dimiliki keluarga dapat memberikan dukungan informasional bagi penderita Skizofrenia untuk menjalani pengobatan. Keluarga penderita yang memiliki masalah ekonomi dengan tingkat penghasilan rendah berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan.

Jarak jangkauan ke pelayanan kesehatan yang jauh menyebabkan keluarga tidak mampu membiayai transportasi dalam melakukan pengobatan. Videbeck (2008) menyatakan bahwa lamanya merawat penderita skizofrenia berpengaruh terhadap kepatuhan minum obat. Dalam merawat, keluarga penderita merasa jenuh bahkan putus asa karena obat harus diminum setiap hari dalam waktu yang lama, sehingga menyebabkan tingkat kepatuhan minum obat penderita menurun (Bustilo 2008 dalam Erwina 2015). Status kekerabatan antara penderita dengan keluarga (ibu/bapak/anak/adik/kakak) yang tinggal satu rumah, mempunyai hubungan yang sangat erat dimana penderita skizofrenia akan lebih patuh minum obat. Hal ini karena lebih terkontrolnya penderita dalam minum obat dan pemenuhan kebutuhan psikososialnya (Santoso dkk, 2017). Drennan dan Graw (dalam Santoso dkk., 2017) menyatakan keberhasilan pengobatan diperlukan adanya dukungan dari keluarga untuk selalu mengingatkan pasien untuk teratur minum obat.

b. Dukungan keluarga

Orang dengan skizofrenia (ODS) yang masa rehabilitasinya rawat jalan atau dirawat dirumah sendiri membutuhkan dukungan untuk mematuhi program pengobatan (Karmila, 2017). Keluarga berperan sebagai faktor pendorong keberhasilan pengobatan skizofrenia (Hernandez, 2017). Rutin atau tidaknya penderita skizofrenia mengkonsumsi obat, tidak terlepas dari peran keluarga (Eni dan Yohanes 2018). Pada umumnya penderita skizofrenia tidak mampu mengatur dan mengetahui jadwal serta jenis obat yang akan diminum, oleh karena itu keterlibatan keluarga merupakan hal paling berpengaruh terhadap kepatuhan minum obat

penderita skizofrenia (Lanouette *et all*, 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Abdullah dalam Eni (2018) menyatakan bahwa semakin baik dukungan keluarga terhadap kepatuhan berobat pasien skizofrenia maka semakin meningkat kepatuhan penderita skizofrenia dalam berobat.

1) Dukungan emosional

Dukungan emosional yang dapat diberikan oleh keluarga kepada anggota keluarganya yang merawat penderita skizofrenia menurut Kakinen *et all* (2010) yaitu mendengar dengan seksama, memberi pujian, berusaha ada ketika dibutuhkan. Menurut Friedmen (2010) dukungan emosional keluarga sangat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarganya dalam merawat penderita skizofrenia yakni membuat dirinya merasa lebih baik, kembali mendapat keyakinannya dalam keberhasilan pengobatan, dan merasa dicintai oleh orang lain.

2) Dukungan informasional

Bentuk dukungan informasional yang dapat diberikan oleh keluarga menurut Kaakinen (2010) meliputi pemberian semangat, nasihat, pemberian informasi dari berbagai sumber serta melakukan pengawasan terhadap rutusnya melakukan perawatan diri dan pengobatan pada penderita skizofrenia. Dukungan informasional ini diartikan bahwa keluarga memiliki peran sebagai pemberi informasi kepada anggota keluarganya yang bertanggung jawab merawat penderita skizofrenia untuk dapat menerapkan perawatan penderita skizofrenia dengan baik.

3) Dukungan instrumental

House dalam Setiadi (2008) menjelaskan bahwa dalam dukungan instrumental keluarga merupakan sumber penolong secara praktis dan nyata seperti dalam bantuan berupa ekonomi, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan dan menolong anggota keluarganya apabila terjadi masalah sehingga individu (anggota keluarga yang merawat penderita skizofrenia) merasa memperoleh perhatian, kepedulian dan dukungan penuh dari anggota keluarga lainnya.

4) Dukungan penilaian

House dalam Setiadi (2008) menjelaskan dukungan penilaian yakni penghargaan yang diberikan kepada anggota keluarganya berdasarkan kondisi anggota keluarganya yang sebenarnya. Penilaian dapat berupa penilaian positif dan negative namun penilaian yang baik adalah penilaian yang positive yaitu dapat diberikan dengan cara memberi *support*, pengakuan, penghargaan, dan perhatian sehingga menimbulkan percaya diri pada individu. Penilaian positif yang diberikan kepada anggota keluarga yang merawat penderita skizofrenia sehingga dapat menjadikan anggota keluarganya semangat menjalani proses pengobatan penderita skizofrenia.

c. Pengetahuan keluarga

Survey para ahli klinis menemukan bahwa faktor pengetahuan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan minum obat penderita skizofrenia, dimana keluarga yang tidak memiliki ataupun kurang terhadap pengetahuan tentang skizofrenia terutama gejala dan dampak yang diakibatkan memiliki tingkat kepatuhan yang buruk/rendah (Velligan *et al*, 2009). Kurangnya pengetahuan mengakibatkan keluarga penderita mengabaikan gejala yang ada sehingga menyebabkan ketidakberhasilan pengobatan dan kesembuhan (Aldebot dan de Mamani, 2009). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Higashi (2013) mengungkapkan bahwa akibat yang ditimbulkan oleh kurangnya pengetahuan tentang skizofrenia, keluarga penderita mengabaikan gejala yang muncul karena tidak mengetahui bahwa penyakit skizofrenia dapat disembuhkan dengan cara minum obat yang rutin dan sesuai dosis yang ditentukan (Higashi, 2013).

Pengetahuan tentang kesehatan bisa diukur berdasarkan jenis penelitiannya yaitu kualitatif dan kuantitatif. Pengukuran pengetahuan metode kualitatif dapat dilakukan dengan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus. Metode pengukuran kuantitatif dapat dilakukan menggunakan kuisioner sebagai alat untuk

mengumpulkan data (Notoatmodjo, 2010). Kuisioner yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan keluarga terhadap penyakit skizofrenia meliputi Insight Scale for Psychosis atau ISP (Ethica, 2015). ISP adalah skala laporan diri 8-item yang telah terbukti memiliki keandalan dan validitas yang baik pada orang yang mengalami gejala psikotik. Skor dari setiap subskala berkisar dari 0 hingga 4.

d. Riwayat Efek Samping Obat dan Biaya Pengobatan

ODS yang minum obat dengan jenis atipikal lebih patuh dibanding dengan ODS yang meminum obat jenis tipikal (Jannsen, 2006). Hal ini dikarenakan adanya efek samping yang lebih berat pada jenis obat tipikal dibandingkan jenis obat atipikal. Penelitian menemukan bahwa 50% pasien melaporkan tertekan oleh efek samping sebagai alasan ketidakpatuhan terhadap pengobatan (Velligan *et all* . 2009). Pasien yang memiliki efek samping lebih sedikit lebih cenderung patuh terhadap pengobatan (Eticha, 2015). Efek samping akibat pengobatan, memiliki berbagai macam tergantung obat yang dikonsumsinya.

Adapun efek samping yang paling berat dirasakan oleh pasien penderita skizofrenia meliputi mengantuk, gangguan pergerakan, penambahan berat badan, dan disfungsi seksual. Selain itu efek samping lainnya adalah kejang, gangguan pada jantung, antikolinergik, antiadrenergik, antihistaminergik dan agranulositosis yang berpotensi fatal (Katona *et all*, 2012). Efek samping obat diukur dengan menghadirkan subyek dengan daftar 16 item (misalnya, masalah tidur; gemetar / tremor; gelisah/gelisah) dengan respons yang berkisar dari "tidak sama sekali" hingga "sangat banyak" (Eticha *et all*, 2015). Selain itu, besarnya pengeluaran untuk biaya pengobatan dapat berpengaruh terhadap kepatuhan minum obat (Videbeck, 2008). Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Christiawati (2012) penderita skizofrenia yang menebus obat dengan biaya Jamkesmas mempunyai kemungkinan 3.04 lebih besar patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan penderita yang menebus obat dengan biaya sendiri.

e. Dukungan Masyarakat

Dukungan masyarakat diperlukan untuk mensukseskan upaya pemerintah terhadap pelayanan kesehatan jiwa, pengobatan dan masa rehabilitasi penderita gangguan jiwa seperti skizofrenia (Kemenkes, 2014). Dukungan masyarakat dapat diberikan oleh tokoh-tokoh dalam masyarakat seperti tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh adat, dan lain-lain. Tokoh masyarakat adalah orang yang memiliki peranan besar dalam masyarakat dan mempunyai kekuasaan yaitu kemampuan mempengaruhi orang sesuai dengan keinginan dirinya (Surbakti, 2009). Dukungan tokoh masyarakat dalam hal ini meliputi pemberian informasi, bantuan dana, dan bantuan sarana prasarana yang dibutuhkan selama proses pengobatan skizofrenia. Hal ini tercantum dalam Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa yang secara garis besar mengamanatkan tentang perlunya peran serta masyarakat dalam melindungi dan memberdayakan orang dengan gangguan jiwa dalam bentuk berupa tenaga, dana, fasilitas dan pengobatan bagi penderita.

2.2.3 Metode Pengukuran Kepatuhan

Notoatmodjo (2010) tingkat kepatuhan pengobatan dapat diukur melalui 2 metode:

a. Metode langsung

Metode langsung dapat dilakukan dengan cara mengukur petanda biologi didalam darah/urin dan mengukur konsentrasi obat/metabolit obat didalam darah atau urin. Metode ini memiliki kelemahan yaitu umumnya bersifat mahal untuk diterapkan, memberatkan tenaga kesehatan dan rentan terhadap penolakan penderita.

b. Metode tidak langsung

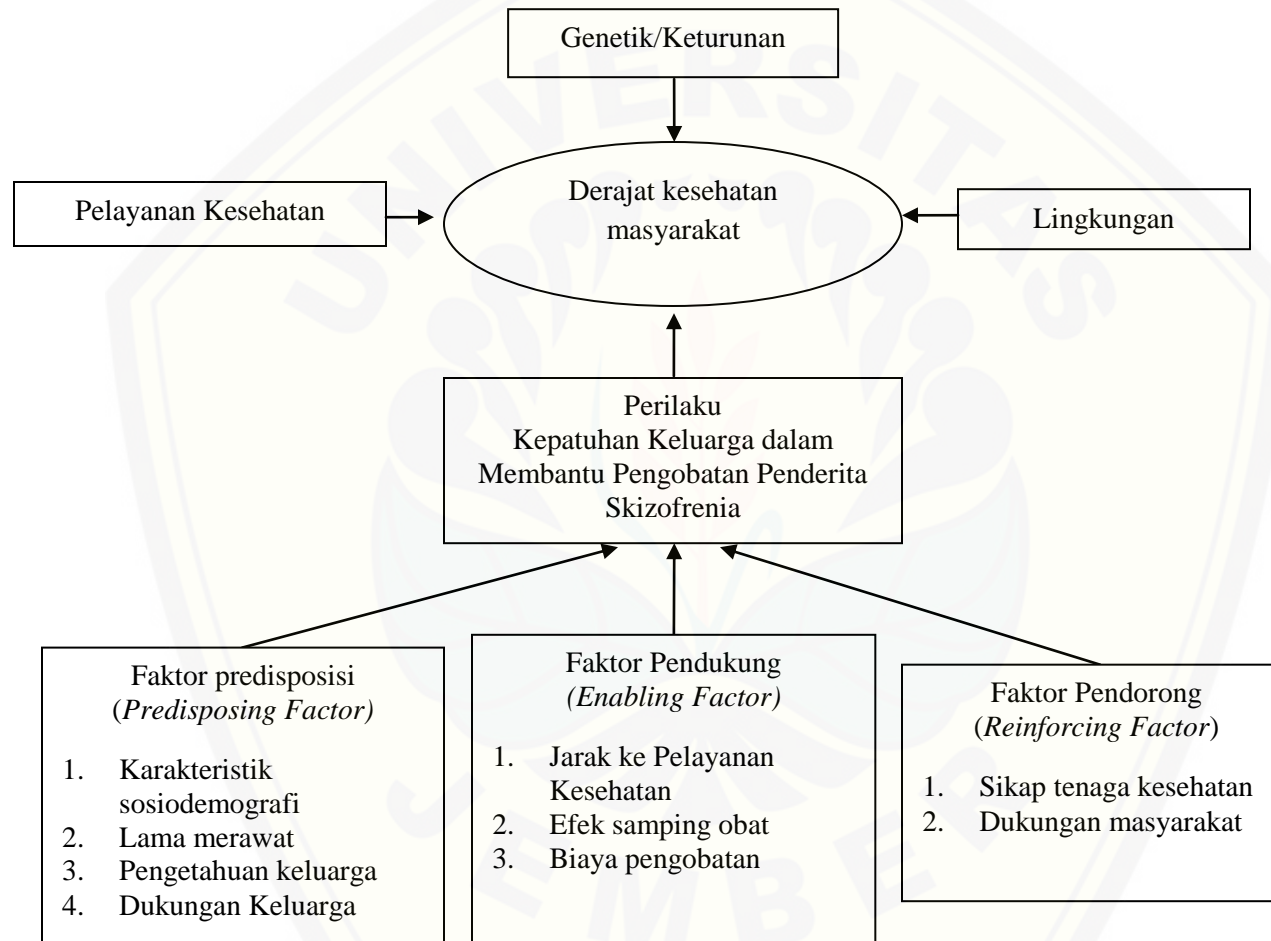
Metode tidak langsung dapat dilakukan dengan memberikan pertanyaan kepada penderita tentang penggunaan obat dengan menggunakan kuisisioner, menghitung

jumlah dari pil obat, menghitung tingkat pengembalian kembali resep obat dan menilai respon klinik penderita.

Menurut Lam *et all* (2015) kuisisioner yang digunakan untuk mengukur kepatuhan minum obat meliputi MMAS-8 (*Morisky Medication Adherence Scale*), MARS (*Medication Adherence Report Scale*), dan BMQ (*Brief Medications Adherence*). DAI-10 (*Drug Inventory Attitude-10*). Keseluruhan kuisisioner tersebut, yang paling signifikan/akurat untuk digunakan sebagai instrumen pengumpulan data dalam penelitian adalah kuisisioner MARS (*Medication Adherence Report Scale*) (Iswanti, 2012).

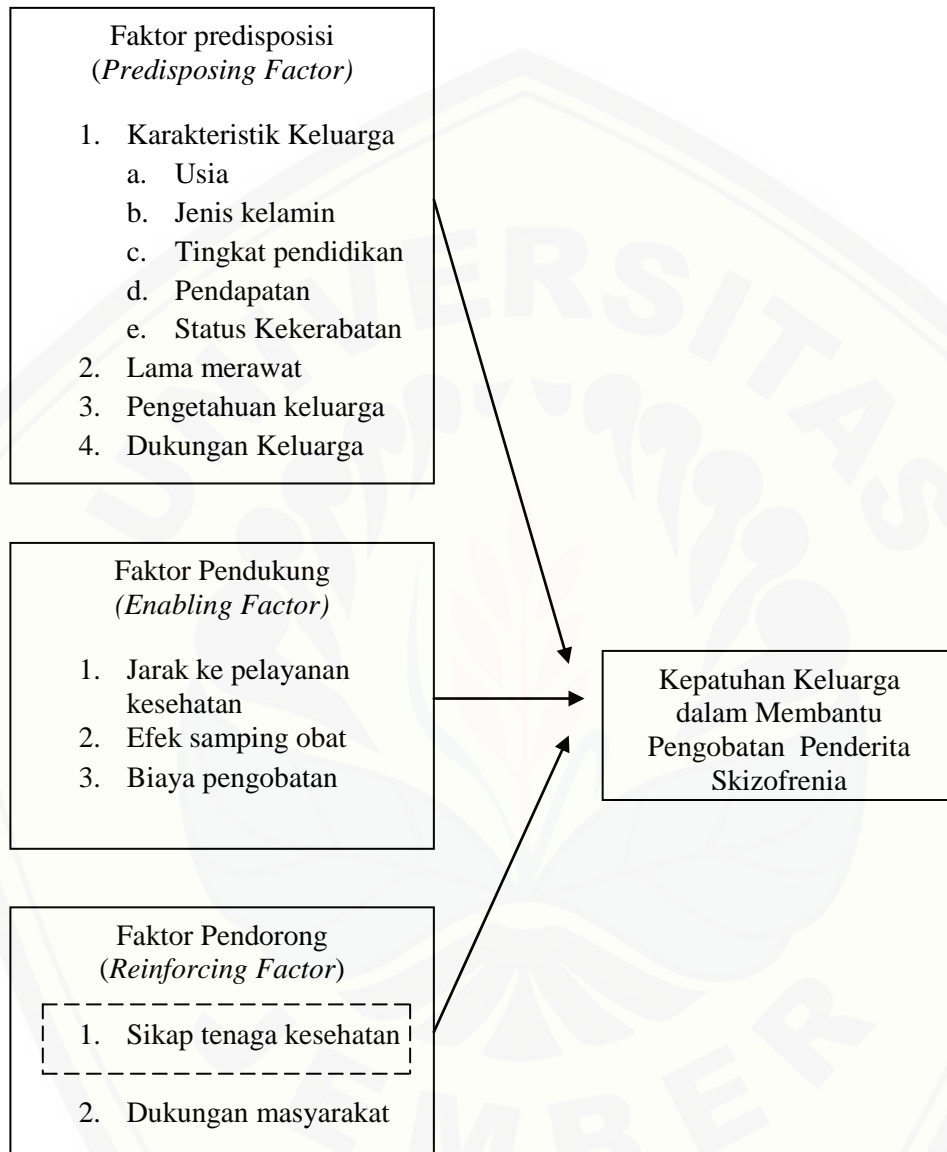


2.3 Kerangka Teori




Sumber: Modifikasi Teori H.L Blum (dalam Notoadmojo, 2012:18), L. Green (dalam Notoadmojo, 2012:18), Videbeck (2008), Friedman (2010) dan Katona *et all* (2012)

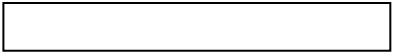
2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Keterangan:

 : Variabel yang tidak diteliti

 : Variabel yang diteliti

Kerangka konsep dalam penelitian ini dibuat berdasarkan modifikasi Teori Lawreance Green (dalam Notoadmojo, 2012:20), Katona *et all* (2012:9), dan Friedman (2010). Pada teori Teori Lawreance Green (dalam Notoadmojo, 2012:20), untuk melakukan diagnosis perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu:

1. Faktor predisposisi meliputi karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status ekonomi, hubungan kekerabatan) lama merawat, dukungan keluarga dan pengetahuan keluarga penderita skizofrenia.
2. Faktor pendukung meliputi jarak ke pelayanan kesehatan, efek samping obat dan biaya pengobatan.
3. Faktor pendorong seperti dukungan masyarakat. Faktor sikap tenaga kesehatan tidak diteliti dikarenakan hanya terdapat satu petugas kesehatan jiwa di wilayah puskesmas perkotaan, sehingga sikap yang diberikan kepada responden dianggap homogen atau sama.

2.5 Hipotesis Penelitian

- a. Ada hubungan antara faktor predisposisi terkait karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status ekonomi, hubungan kekerabatan), lama merawat, dukungan keluarga dan pengetahuan keluarga dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
- b. Ada hubungan antara faktor pendukung jarak ke pelayanan kesehatan, efek samping obat dan biaya pengobatan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
- c. Ada hubungan antara faktor pendorong dukungan masyarakat dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.

- d. Terdapat faktor yang paling berhubungan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik. Menggunakan observasional karena pada penelitian ini peneliti hanya mengamati subjek dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian tanpa memberi perlakuan terhadap subjek penelitian (Notoadmodjo, 2010). Bersifat analitik karena peneliti melakukan proses analisis terhadap data yang dikumpulkan, sehingga pada penelitian analitik perlu dibuat hipotesis (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:108). Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* karena penelitian ini menganalisis variable independen dan dependen pada suatu waktu yang sama (Azwar, 2017:8).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan mulai bulan Juni tahun 2019 hingga selesai.

3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Dalam penelitian Kuantitatif, populasi diartikan sebagai wilayah yang terdiri dari objek/subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015: 80). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita skizofrenia yang sedang

mengonsumsi obat dan sedang rawat jalan di puskesmas perkotaan Kabupaten Jember, yakni sebanyak 295 orang. Puskesmas di Kabupaten Jember yang dikategorikan sebagai Puskesmas Wilayah perkotaan menurut Peraturan Kepala Badan Pusat Statistik Nomor 37 tahun 2010 terdiri atas Puskesmas Kencong, Puskesmas Puger, Puskesmas Ambulu, Puskesmas Jenggawah, Puskesmas Rambipuji, Puskesmas Balung, Puskesmas Karangduren, Puskesmas Rowotengah, Puskesmas Bangsalsari, Puskesmas Kaliwates, Puskesmas Mangli, Puskesmas Jember Kidul, Puskesmas Sumbersari, Puskesmas Gladak Pakem, Puskesmas Patrang, dan Puskesmas Banjarsengon.

Subjek dalam penelitian ini harus memenuhi kriteria inklusi yaitu:

- a. Anggota keluarga dari penderita skizofrenia yang sedang mengonsumsi obat oral berupa tablet
- b. Anggota keluarga (orang tua, kakak, adik) atau orang yang bertanggung jawab atas perawatan/pengobatan penderita skizofrenia.
- c. Memiliki alamat lengkap yang tercatat di rekam medis puskesmas Puger

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah anggota keluarga yang tidak bertanggung jawab dalam perawatan atau pengobatan penderita skizofrenia.

3.3.2 Sampel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2010: 115), sampel merupakan bagian dari populasi yang diteliti yang dianggap dapat mewakili populasi tersebut. Sampel pada penelitian ini adalah penderita skizofrenia dan unit analisisnya adalah keluarga yang memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan peneliti. Sampel perhitungan penelitian ini menggunakan perhitungan yang dikembangkan oleh Lemeshow (1997: 54) yaitu:

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

$$n = \frac{295 \times 3,8416 \times 0,5 (1 - 0,5)}{(295 - 1) \times 0,0025 + 3,8416 \times 0,5 (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{283,318}{2,6558}$$

$$n = 106,67 \approx 107 \text{ orang}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel minimal

N = Jumlah populasi

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α tertentu ($1,96^2=3,8416$)

P = Proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi (jika tidak diketahui = 0,5)

d = Derajat penyimpangan yang dapat ditoleransi yaitu 5% (0.05)

Berdasarkan perhitungan tersebut, diketahui bahwa besar minimal sampel minimal dalam penelitian ini adalah sebanyak 107 responden.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel Penelitian

Responden yang akan digunakan sebagai sampel dalam penelitian ini didapatkan dengan menggunakan teknik *probability sampling* dengan metode *multi stage cluster sampling*. Teknik ini dilakukan secara bertahap untuk mendapatkan sampel yang diinginkan dengan probabilitas yang sama (Notoadmodjo, 2010: 123). Teknik *cluster sampling* merupakan metode pengambilan sampel yang digunakan apabila populasi penelitian tidak dibedakan menjadi individu-individu, melainkan dibedakan menjadi kelompok-kelompok individu atau *cluster* yang biasanya dikelompokkan berdasarkan wilayah geografis (Margono, 2004:127; Lemeshow, 1997:107). Pengambilan sampel dalam penelitian ini terdiri dari dua tahap.

- a. Tahap pertama menentukan Primary Sample Units (PSU) yaitu sampel puskesmas primer yang diambil secara acak sederhana menggunakan undian dengan *sample fraction* sebesar 30%. Jumlah PSU dalam sampel dicari dengan rumus sebagai berikut Nazir (2003:314):

$$f = \frac{m}{M}$$

$$m = f \cdot M$$

$$m = 0,3 \times 16$$

$$m = 4,8 \text{ Puskesmas} \approx 5 \text{ Puskesmas}$$

Keterangan:

f = sampel fraction

m = jumlah sampel puskesmas(PSU)

M = jumlah total Puskesmas

Maka jumlah PSU yang dipilih pada tahap pertama adalah 5 puskesmas. Adapun hasil sampling pada tahap pertama adalah puskesmas Balung, Puskesmas Sumbersari, Puskesmas Bangsalsari dan Puskesmas Gladak Pakem.

- b. Tahap kedua menentukan anggota sampel di setiap sub populasi yang terpilih dengan menggunakan teknik acak sederhana menggunakan undian. Besar sampel pada masing-masing sub populasi ditentukan secara alokasi proporsional dengan menggunakan rumus:

$$n_h = n \frac{N_h}{N}$$

Keterangan:

n = ukuran (total) sampel

N_h = ukuran strata populasi

N = ukuran (total) populasi

n_h = ukuran strata sampel

Tabel 3. 1 Besar Sampel Penelitian

No	Puskesmas	Populasi	Perhitungan	BesarSampel
1.	Balung	31	$31 \frac{107}{149} = 22,261$	22
2.	Sumbersari	11	$11 \frac{107}{149} = 7,899$	8
3.	Bangsalsari	21	$21 \frac{107}{149} = 15,08$	15
4.	Gladak Pakem	12	$12 \frac{107}{149} = 8,617$	9
5.	Puger	74	$74 \frac{107}{149} = 53,14$	53
	Total	149		107

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu nilai/atribut dari orang, objek, atau kegiatan yang bervariasi yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2016:38).

a. Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Merupakan variable yang mengakibatkan adanya suatu perubahan terhadap variable terikat (Sugiyono, 2015:39). Variable bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik penderita (usia, jenis kelamin dan durasi masa sakit), karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, status ekonomi, pendidikan, status kekerabatan), lama merawat, jarak ke pelayanan kesehatan, efek samping obat, biaya pengobatan, pengetahuan keluarga, dukungan keluarga dan dukungan masyarakat.

b. Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2015:39). Variabel terikat pada penelitian ini adalah kepatuhan minum obat.

3.4.2 Definisi Operasional

Menurut Notoatmodjo (2012:112) definisi operasional adalah uraian mengenai batasan variabel yang dimaksud, atau mengenai suatu yang diukur oleh variabel yang bersangkutan. Definisi operasional dalam penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 3. 2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
Variabel Terikat					
	Kepatuhan keluarga	Teraturnya keluarga yang merawat penderita skizofrenia terhadap proses pengobatan penderita skizofrenia	Wawancara dengan kuisisioner	Pertanyaan terdiri dari 10 item yang memiliki jawaban tegas dengan penilaian menggunakan skala Guttman, sehingga diperoleh skor sebagai berikut: a. Ya = 1 b. Tidak = 0 Kategori penilaian: 1. Nilai 0-5 = tidak patuh 2. Nilai 6-10 = patuh	Ordinal
Variabel Bebas					
1. Karakteristik Penderita Skizofrenia					
a.	Usia	Lama masa hidup penderita skizofrenia, sejak lahir hingga pengambilan data penelitian dalam hitungan tahun	Wawancara dengan kuisisioner	1. Remaja (12-25 tahun) 2. Dewasa (26-45 tahun) 3. Lansia (>45 tahun)	Nominal
b.	Jenis kelamin	Perbedaan bentuk dan fisik secara biologis yang membedakan antara laki-laki dan perempuan	Wawancara dengan kuisisioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
c.	Durasi masa sakit	Lama waktu penderita didiagnosis oleh dokter mengalami skizofrenia hingga waktu penelitian	Wawancara dengan kuisisioner	Dikategorikan menjadi: 1. 0-15 tahun 2. >15 tahun	Nominal

No	Variabel	Definisi Oprasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
2.	Karakteristik Anggota Keluarga Penderita Skizofrenia				
a.	Anggota Keluarga Penderita Skizofrenia	Anggota keluarga yang bertanggung jawab merawat dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia	Wawancara	Mengakui dirinya atau ditunjukkan oleh anggota keluarga skizofrenia	-
b.	Usia	Lama masa hidup anggota keluarga yang bertanggung jawab dalam pengobatan penderita, sejak lahir hingga pengambilan data penelitian dalam hitungan tahun	Wawancara dengan kuisisioner	1. Produktif (12-45 tahun) 2. Tidak produktif (>45 tahun)	Interval
c.	Jenis kelamin	Perbedaan bentuk dan fisik secara biologis yang membedakan antara laki-laki dan perempuan	Wawancara dengan kuisisioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
d.	Tingkat pendidikan	Jenjang sekolah formal yang terakhir ditempuh oleh anggota keluarga yang bertanggung jawab dalam pengobatan penderita.	Wawancara dengan kuisisioner	1. Tidak sekolah/Tidak tamat SD/MI 2. Tamat SD/MI 3. Tamat SMP/MTS 4. Tamat SMA/MA 5. Tamat Diploma/PT (Riskesdas, 2013)	Ordinal
e.	Status Ekonomi	Jumlah uang yang diukur dari banyaknya pendapatan keluarga tiap bulan	Wawancara dengan kuisisioner	1. ≤Rp. 2.170.917 2. >Rp. 2.170.917 (UMR Kabupaten Jember 2019)	Nominal
f.	Hubungan kekerabata	Status hubungan kekerabatan	Wawancara dengan	1. Orang tua 2. Anak	Nominal

No	Variabel	Definisi Oprasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
	n	anggota keluarga yang bertanggung jawab dengan penderita skizofrenia	kuisisioner	3. Kakak/adik 4. Paman/bibi/keponakan 5. Suami/istri 6. Lainnya... (Hamdani, 2017)	
2.	Lama Merawat	Jangka waktu sejak awal merawat penderita skizofrenia sampai saat wawancara dilakukan	Wawancara dengan kuisisioner	1. 0-4 tahun 2. 5-8 tahun 3. >8 tahun	Nominal
3.	Pengetahuan keluarga	Wawasan yang dimiliki oleh anggota keluarga yang bertanggung jawab dalam pengobatan penderita, tentang penyakit dan pengobatan skizofrenia	Wawancara dengan kuisisioner diadopsi dari Butar (2012)	Diukur dengan 10 pertanyaan. Penilaian menggunakan skala Guttman, sehingga diperoleh skor sebagai berikut: 0= Jika jawaban salah 1=Jika jawaban benar Kategori penilaian: 1. Pengetahuan kurang baik jika skor jawaban 0-5 2. Pengetahuan baik jika skor jawaban 6-10	Ordinal
4.	Dukungan keluarga	Keterlibatan anggota keluarga dalam mendorong dan memotivasi penderita skizofrenia dalam satu bulan terakhir	Wawancara dengan kuisisioner yang diadopsi dari Bailawan (2013)	Diukur dengan 8 pertanyaan. Penilaian menggunakan skala Likert, sehingga diperoleh skor sebagai berikut: Selalu = 4 Sering = 3 Kadang-kadang = 2	Ordinal

No	Variabel	Definisi Oprasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
				Tidak pernah = 1	
				Kategori penilaian: 1. Dukungan rendah 0-22 2. Dukungan tinggi jika skor jawaban >23	
5.	Jarak tempuh ke pelayanan kesehatan	Jarak yang dilalui responden mulai dari tempat tinggal hingga sampai ke Puskesmas	Menggunakan GPS	1. ≤ 4 KM 2. > 4 KM	Nominal
6.	Efek samping obat	Dampak yang terjadi pada penderita akibat obat yang diminum selama pengobatan berlangsung.	Wawancara dengan kuisisioner	1. Tidak ada 2. Ada... a. Mulut kering b. Kekakuan c. Mengantuk d. Hiperinsomnia e. Lemas f. Kejang g. Berat badan bertambah h. Sesak napas i. Hipersaliva (air liur yang keluar banyak/berlebihan)	Ordinal
				(Novitayani, 2016)	
7.	Biaya pengobatan	Sumber biaya yang digunakan untuk menebus obat penderita skizofrenia	Wawancara dengan kuisisioner	1. Gratis 2. Membayar atau Membeli Obat	Nominal
8.	Dukungan masyarakat	Tindakan yang diberikan oleh tokoh masyarakat, baik tokoh formal seperti Ketua Rukun Tetangga,	Wawancara dengan kuisisioner yang diadopsi dari Hasanah	Kuisisioner berisi 8 pertanyaan yang memiliki jawaban tegas dengan penilaian menggunakan skala	Ordinal

No	Variabel	Definisi Oprasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
		Rukun Warga, Kepala Desa, Kepala Kelurahan, Camat, Bupati, Gubernur, dan Presiden maupun tokoh informal seperti tokoh agama untuk memotivasi responden terhadap pengobatan penderita skizofrenia	(2015) yang kemudian dikembangkan oleh penulis berdasarkan persetujuan dosen pembimbing	Guttman, sehingga diperoleh skor sebagai berikut: c. Ya = 1 d. Tidak = 0 Kategori penilaian: 1. Kurang = jika skor jawaban \leq mean 2. Cukup = jika skor jawaban $>$ mean	

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah data yang didapatkan dari sumber utama melalui wawancara dan pengisian kuisioner (Sugiyono, 2015:137). Data primer yang digunakan dalam penelitian ini meliputi karakteristik keluarga penderita skizofrenia (usia, jenis kelamin, status ekonomi, tingkat pendidikan), lama merawat, status kekerabatan, pengetahuan keluarga, dukungan keluarga, efek samping obat, jarak tempuh ke pelayanan kesehatan, biaya pengobatan, dukungan masyarakat, serta karakteristik penderita skizofrenia (usia, jenis kelamin, durasi masa sakit).

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang didapatkan dari pihak kedua, biasanya melalui badan atau instansi yang bergerak dalam pengumpulan data, baik instansi pemerintah maupun swasta. Data sekunder ini merupakan data pendukung data awal sebagai bahan diskusi (Sugiyono, 2015:137). Data sekunder dalam penelitian ini

mengenai jumlah penderita skizofrenia di Kabupaten Jember yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data dengan wawancara dan dokumentasi.

a. Wawancara

Wawancara merupakan teknik yang dilakukan peneliti terhadap responden secara lisan guna untuk mendapatkan keterangan (Notoatmodjo, 2010:139). Pada penelitian ini wawancara dilakukan langsung kepada responden untuk memperoleh data-data mengenai karakteristik anggota keluarga (usia, jenis kelamin, status ekonomi, tingkat pendidikan), efek samping obat, jarak ke pelayanan kesehatan, pengetahuan keluarga, dukungan keluarga dan dukungan masyarakat, serta karakteristik penderita skizofrenia (usia, jenis kelamin, durasi masa sakit).

b. Dokumentasi

Dokumentasi yang digunakan untuk pengumpulan data dapat berupa gambar dan tulisan. Dokumentasi dalam bentuk tulisan contohnya seperti biografi, catatan harian, peraturan dan kebijakan, sedangkan dalam bentuk gambar seperti foto, gambar hidup, sketsa, dan lain-lain (Sugiyono, 2015:240). Teknik dokumentasi pada penelitian ini berguna untuk memperoleh jumlah penderita skizofrenia yang terdapat di Kabupaten Jember.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan data

Notoatmodjo (2012:152) menyatakan bahwa instrumen penelitian merupakan alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data pada saat penelitian. Instrumen pada penelitian ini adalah lembar kuisioner. Cara pengumpulan data dengan

menggunakan kuisisioner adalah dengan memberi seperangkat pertanyaan/ Pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2015:142). Penelitian ini, menggunakan kuisisioner yang berisi pertanyaan mengenai karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, pendapatan keluarga, pendidikan), jenis obat, efek samping obat, biaya pengobatan, jarak ke pelayanan kesehatan, pengetahuan keluarga, dukungan keluarga dan dukungan masyarakat.

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data yang dilakukan dalam analisis data ini adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan data (*Editing*)

Editing merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengecek dan memperbaiki isian kuisisioner/formulir (Notoatmodjo, 2012). Data yang telah dikumpulkan dan instrument pengumpulan data akan diperiksa kembali oleh peneliti sebelum data diolah untuk menghilangkan keraguan data.

b. Pemberian Kode (*Coding*)

Coding merupakan kegiatan pengubahan data berbentuk kalimat/huruf menjadi data/angka bilangan. Pemberian kode numeric (angka) pada data yang terdiri beberapa kategori (Notoatmodjo, 2012). Peneliti mengklasifikasikan setiap data yang diperoleh untuk memudahkan proses analisis.

c. Pemberian nilai (*Scoring*)

Kegiatan dilakukan untuk member skor terhadap jawaban yang telah diberikan responden. Skor jawaban dimulai dari jawaban tertinggi sampai terendah untuk mengetahui skor total pada masing-masing variable.

d. Tabulasi (*Tabulating*)

Data yang telah lengkap dilakukan tabulasi dan diklasifikasikan pada masing-masing variable guna mempermudah menganalisa dan pembahasan penelitian.

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data adalah kegiatan pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami dan dianalisis berdasarkan tujuan yang diinginkan. Umumnya penyajian data dikelompokkan menjadi 3 yaitu bentuk teks, table dan grafik (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini data hasil penelitian disajikan dalam bentuk table dan diberikan penjelasan dalam bentuk narasi agar mudah dipahami.

3.7.3 Teknik Analisis Data

Analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis uji statistik dengan teknis analisis kuantitatif yang menggambarkan hasil penelitian. Teknik analisis data yang digunakan yaitu uji statistik menggunakan program statistik komputer.

a. Analisis Univariat

Tujuan analisis univariat yaitu menjelaskan/mendeskripsikan karakteristik setiap variable penelitian (Notoatmodjo, 2012:182). Analisis univariat pada penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang variable bebas dan variabel terikat dalam penelitian.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan pada dua variabel yang diduga berkorelasi/berhubungan (Notoatmodjo, 2012:183). Uji *Chi-Square* digunakan pada penelitian untuk melihat ada/tidak hubungan variable bebas dengan variable terikat. Dalam melakukan analisis digunakan bantuan program statistic komputer dengan pengambilan keputusan dengan tingkat kepercayaan 95%, yaitu:

- 1) Jika *p-value* kurang dari α (0,05), maka H_0 ditolak yang berarti terdapat hubungan/pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen
- 2) Jika *p-value* lebih dari α (0,05), maka H_0 diterima yang berarti tidak terdapat hubungan/pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen.

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik untuk mengetahui faktor yang paling berhubungan terhadap kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita Skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember. Dalam statistika, regresi logistik adalah salah satu metode untuk menentukan hubungan sebab akibat antara satu variabel dengan variabel-variabel yang lain (Sugiyono, 2011).

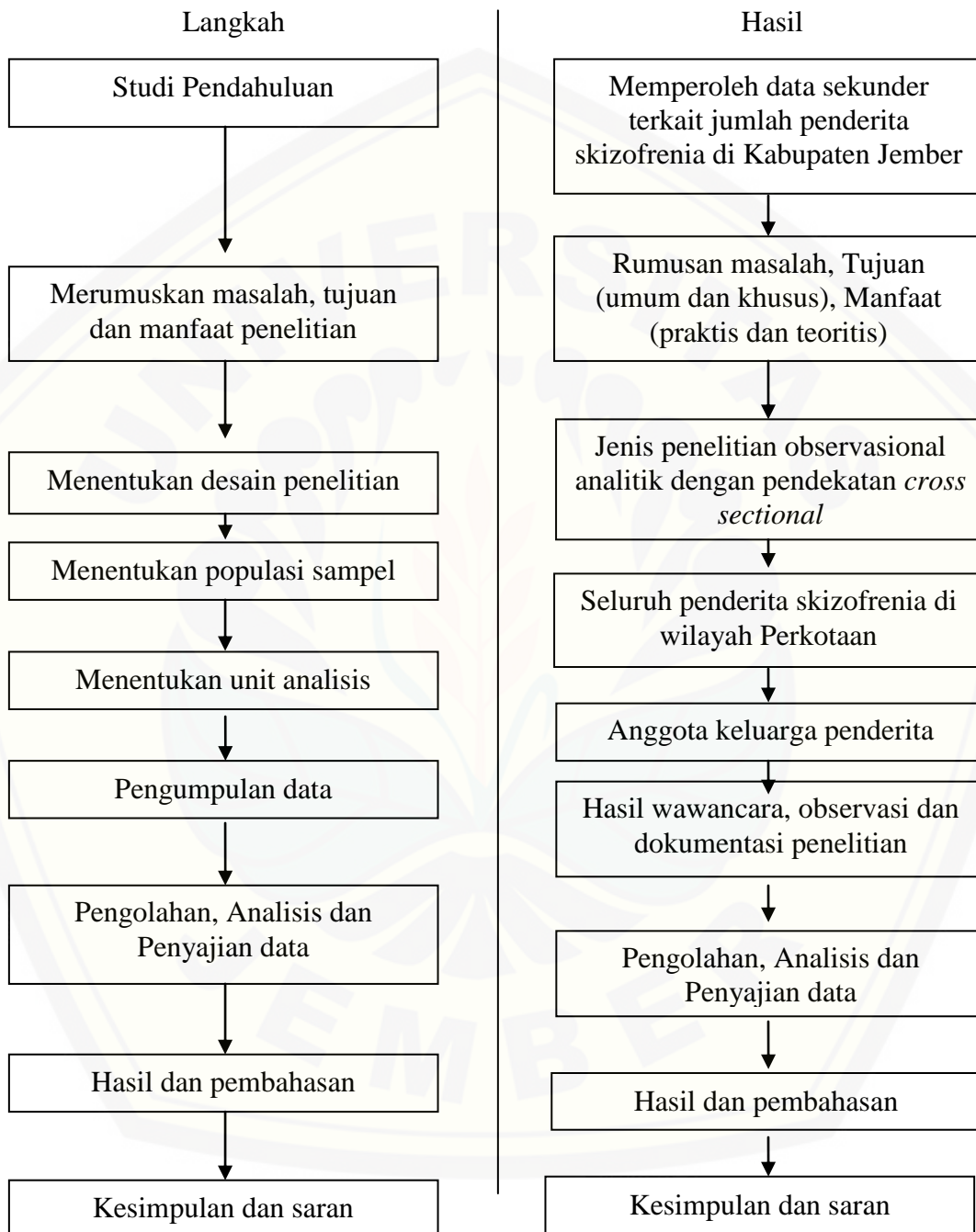
3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Instrumen kepatuhan minum obat rawat jalan pada penelitian ini diadopsi dari penelitian terdahulu yaitu Iswanti (2012) dengan item sejumlah 20 pertanyaan. 20 pertanyaan tersebut, 10 pertanyaan diadopsi Iswanti dari *Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses*. Kuisisioner ini telah diuji validitas dengan nilai r hitung $>$ r tabel yaitu $0,839 > 0,361$ sehingga kuisisioner ini dinyatakan valid. Hasil uji reliabilitas dinyatakan reliable apabila *cronbach α* $>$ 0,80. Pada instrument ini menunjukkan nilai *cronbach α* sebesar 0,964. Sehingga instrument kepatuhan minum obat dinyatakan reliable. Instrument dukungan masyarakat diadopsi dari penelitian sebelumnya yaitu Hasanah (2015) yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Sehingga kuisisioner dukungan masyarakat yang digunakan pada penelitian ini dinyatakan valid dan reliable.

Instrumen dukungan keluarga diadopsi dari penelitian sebelumnya yang telah dimodifikasi oleh peneliti yaitu (Bailawan, 2013) yang telah diuji validitas dan realibilitasnya. Uji validitas yang dilakukan diperoleh nilai r hitung $>$ r tabel yaitu

0,334 > 0,05 sehingga instrument dukungan keluarga ini dinyatakan valid. Instrument dukungn keluarga mempunyai nilai koefisien reliability sebesar 0,883 yang berarti instrument dukungan keluarga dinyatakan reliabel. Instrumen pengetahuan keluarga tentang pengobatan diadopsi peneliti dari Butar (2012) yang telah diuji validitas dan reabilitas hingga dinyatakan valid dan reliable dengan α *cronbach* sebesar 0,701. Instrumen pengetahuan keluarga tentang penyakit diadopsi dari penelitian Warsidah (2017) yang berjudul Hubungan Pengetahuan Keluarga Tentang Skizofrenia dengan Kepatuhan Minum Obat di Wilayah Puskesmas Sedayu II Bantul Yogyakarta. Instrument yang digunakan tersebut telah dinyatakan valid dan reliable oleh Warsidah (2017).

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan mengenai kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Sebagian besar penderita skizofrenia dalam penelitian ini adalah laki-laki, berusia dewasa (26-45 tahun), dan durasi sakit sebagian besar >8 tahun.
- b. Sebagian besar keluarga yang bertanggung jawab terhadap pengobatan penderita dalam penelitian ini adalah perempuan, berusia lansia, berpendidikan rendah, status ekonomi <UMR Kabupaten Jember dan merupakan orang tua penderita dengan lama merawat 0-4 tahun. Sebagian besar keluarga memiliki tingkat pengetahuan yang kurang baik dan tingkat dukungan keluarga berada pada kategori rendah.
- c. Sebagian besar jarak ke pelayanan kesehatan ≤ 4 KM, terdapat keluhan efek samping obat dan biaya yang dikeluarkan untuk menebus obat di puskesmas adalah gratis
- d. Sebagian besar tingkat dukungan masyarakat adalah rendah
- e. Terdapat hubungan antara usia keluarga dengan kepatuhan keluarga dalam membantu dalam pengobatan penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember yaitu keluarga yang berusia produktif (12-45 tahun) lebih patuh 1,607 kali dibanding keluarga yang berusia tidak produktif (>45 tahun), tingkat pendidikan keluarga yaitu keluarga yang berpendidikan SMP lebih patuh sebesar 2,000 kali dibandingkan dengan keluarga yang tidak sekolah ataupun tamat SD/MI, status kekerabatan yaitu keluarga yang merupakan saudara kandung berisiko lebih patuh 2,149 kali dibandingkan dengan keluarga yang bukan kandung, lama merawat yaitu keluarga yang merawat selama 5-8 tahun lebih tidak patuh sebesar 5,077 kali dibandingkan dengan keluarga dengan lama

merawat 0-4 tahun atau dalam artian semakin lama merawat maka semakin tidak patuh, tingkat pengetahuan keluarga yaitu keluarga yang pengetahuannya kurang baik berisiko 1,667 kali tidak patuh dibandingkan keluarga dengan tingkat pengetahuan baik, dan dukungan keluarga yaitu keluarga dengan dukungan rendah berisiko 11,528 kali tidak patuh dibandingkan dengan dukungan keluarga baik. Tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dan status ekonomi dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.

- f. Terdapat hubungan antara jarak pelayanan kesehatan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember yaitu pada tempat tinggal yang berjarak ≤ 4 KM ke pelayanan kesehatan berisiko 3,208 kali tidak patuh dibandingkan dengan keluarga yang berjarak > 4 KM. Tidak terdapat hubungan antara efek samping obat dan biaya pengobatan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
- g. Tidak terdapat hubungan antara tingkat dukungan masyarakat dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
- h. Faktor yang paling berhubungan dengan kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia adalah dukungan keluarga.

5.2 Saran

Saran yang dapat peneliti berikan dari hasil penelitian ini antara lain:

- a. Bagi Keluarga Penderita Skizofrenia

Diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia maupun kepada *caregiver* penderita skizofrenia baik berupa dukungan emosional, instrumental, informasional dan penilaian.

b. Bagi Masyarakat

Memberikan dukungan terhadap lingkungan keluarga maupun penderita skizofrenia, memberikan informasi ataupun penjelasan pentingnya pengobatan rutin terhadap penderita skizofrenia, dan memberikan bantuan berupa alat transportasi apabila keluarga penderita disekitarnya membutuhkan pinjaman untuk mengontrolkan penderita ataupun menebus obat di pelayanan kesehatan Kabupaten Jember.

c. Bagi Kader Kesehatan Kabupaten Jember

Diharapkan kader kesehatan di Kabupaten Jember dapat membantu meminimalisir adanya kekambuhan pada penderita skizofrenia dengan cara melakukan pendekatan terhadap keluarga dengan melakukan kunjungan rumah penderita skizofrenia secara rutin untuk mengontrol kepatuhan keluarga dalam membantu pengobatan penderita skizofrenia yang kemudian melaporkan kepada tenaga kesehatan tentang perkembangan penderita skizofrenia, memberikan edukasi/informasi terhadap keluarga mengenai kesehatan jiwa, memberikan informasi tentang kesehatan jiwa pada saat pertemuan PKK dan Dasa Wisma, dan melakukan deteksi dini pada warga yang mengalami gejala gangguan jiwa.

d. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

- 1) Melakukan edukasi pada masyarakat dan terutama keluarga penderita skizofrenia terkait dukungan yang harus diberikan kepada keluarga maupun penderita skizofrenia.
- 2) Meningkatkan upaya promosi kesehatan terkait program kesehatan gangguan jiwa pada masyarakat.
- 3) Melakukan sosialisasi kepada keluarga mengenai biaya pengobatan gratis untuk pengobatan penderita skizofrenia di puskesmas Kabupaten Jember.

e. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dapat melakukan penelitian lanjutan seperti:

1. Determinan terjadinya skizofrenia di Kabupaten Jember (baik perkotaan maupun pedesaan).
2. Implementasi program kesehatan jiwa di Kabupaten Jember dengan menggunakan jenis penelitian kualitatif
3. Determinan kepatuhan berobat di daerah pedesaan agar dapat dijadikan pembandingan dan mengetahui faktor penyebab perbedaan antara kepatuhan berobat di daerah pedesaan dan perkotaan, sehingga menimbulkan adanya solusi dari permasalahan yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldebot S., and de Mamani A. 2009. Denial and acceptance coping styles and medication adherence in schizophrenia. *J Nerv Men Dis* 580–584.
- Arif, Iman Setiadi. 2006. Skizofrenia, Memahami Dinamika Keluarga Pasien Skizofrenia. Bandung: PT. Refika Aditama.
- American Psychiatric Association. 2006. Evidence-Based Treatments for Schizophrenia: Information for families and Other Supporters. Arlington, VA: American Psychiatric Association
- Anggraini, Novita. 2019. Hubungan Pendapatan dan Informasi Keluarga dengan Kepatuhan Berobat pada Pasien Skizofrenia.
- Badan Penelitian Dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Dalam Angka: Provinsi Jawa Timur*
- Bailawan, H. 2013. Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Puskesmas Kasihan 1 Kabupaten Bantul DIY.
- Butar, Destiny Octriana Butar. 2012. Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provsu Medan. *Skripsi*. Fakultas Keperawatan Universitas Sumatra Utara.
- Christiawati, Agustini. 2012. Hubungan Cara Bayar, Jarak Tempat Tinggal Dan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Berobat Rawat Jalan Pasien Skizofrenia di RSUD Surakarta. *Tesis*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Dewi, Gita Kirana. 2018. Pengalaman Cargiver dalam Merawat Klien Skizofrenia di Kota Sungai Penuh. *Jurnal Endurance*. Vol. 3(1): 200-212.
- Elvira SD, Hadisukanto G. 2013. *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

- Eni, Kadek Yah dan Yohanes Kartika Herdiyanto. 2018. Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Pemulihan Orang dengan Skizofrenia (ODS) di Bali. *Jurnal Psikologi Udayana* Vol. 5 No. 3: 486-500.
- Erlina S, Pramono D, editor. 2010. *Determinan Terhadap Timbulnya Skizofrenia Pada Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb Saanin Padang Sumatera Barat*. Berita Ked Masy, 26(2):71-80.
- Erwina, Ira., Dewi Eka Putri., dan Bunga Pramata Weny. 2-15. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Di RSJ. Prof. DR. Hb. Saanin Padang.
- Eticha, Tadele., Amha Teklu., Dagim Ali., ebremedhin Solomon., dan Adissu Alemayehu. 2015. Factors Associated with Medication Adherence among Patients with Schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia.
- Friedman, R. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktek Ed 5*. Jakarta: EGC.
- Fahrul., Alwiyah Mukaddas., dan Ingrid Faustine. 2014. Rasionalitas Penggunaan Antipsikotik pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Jiwa RSD Madani Provinsi Sulawesi Tengah Periode Januari-April 2014. *Online Jurnal of NATural Science*. Vol 3(2): 18-29.
- Farkhah, LAeli., Suryani dan Taty HERNawati. 2017. Faktor *Cargiver* dan Kekambuhan Klien Skizofrenia. *JKP* Vol. 5 Nomor 1: 37-46.
- Fitra, M. Sandi. 2013. Hubungan Antara Faktor Kepatuhan Mengonsumsi Obat, Dukungan Keluarga Dan Lingkungan Masyarakat Dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di RSJD Surakarta.
- Glick, I. D., Stekoll, A. H. and Hays, S. 2011. The Role of the Family and Improvement in Treatment Maintenance , Adherence , and Outcome for Schizophrenia. Vol.31 No.1: 82–85.

- Griffith, Tracy H. 2012. Caregiver Views on Medication Treatment for Persons with Schizophrenia in a Cultural Context. *Disertasi*. University of Pennsylvania
- Gruebner, O., Rapp, MA., Adli, M., Kluge, U., Galea, S dan Heinz, A. 2017. Cities and mental health. *Deutsches Ärzteblatt International*. 114:121–127.
- Hasanah, Indah Jamiyatun. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Ibu Balita Dalam Menimbang Anaknya Ke Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Rorotan Kecamatan Cilincing Jakarta Utara Tahun 2015. *Skripsi*. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Hamdani, Rizhal., Tanto Haryanto dan Novita Dewi. 2017. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Skizofrenia di Ruang Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB. *Journal Nursing News*. Vol. 2 No. 3: 770-778.
- Hariyanto IH., Rizka A. Putri., dan Eka K. Untari. 2016. Perbedaan Jenis Terapi Antipsikotik terhadap Lama Rawat Inap Pasien Skizofrenia Fase Akut di RSUD Sungai Bangkong Pontianak. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*. Vol 5(2): 115-122.
- Hartanto, Agung Eko. 2018. Model Peran Keluarga dalam Perawatan Diri Pasien Skizofrenia. *Tesis*. Universitas Airlangga
- Hernandez, M. and Angeles, L. 2017. *HHS Public Access*. Vol.26 No.1: 14–20
- Hermiati D dan Resnia Madona Harahap. 2018. Faktor yang Berhubungan dengan Kasus Skizofrenia pada Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Khusus Jiwa di Soeprapto Provinsi Bengkulu. *Jurnal Keperawatan Silampari* Vol. 1 No. 2: 78-92.
- Higashi, Kyoko., Goran Medic , Kavi J. Littlewood , Teresa Diez , Ola Granström , and Marc De Hert. 2013. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Journal Ther Adv Psychopharmacol* 3(4): 200–218.

- Hudson T., Owen R., Thrush C., Han X., Pyne J., Thapa P., and Sullivan G. 2004. A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *Journal Clin Psychiatry*.
- Jannah, Musryfatul. 2012. Pengaruh Tingkat Pendidikan, Pengetahuan, Jarak Tempat Tinggal dan Sikap Ibu Kepada Pelayanan Petugas Puskesmas Terhadap Frekuensi Kunjungan Ibu Ke Posyandu di Kabupaten Lamongan.
- Jannsen., Gaebel W., Haerter M., Komaharadi F., Lindel B., Weinmann S. (2006) Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic disorders. *Psychopharmacology* 187: 229–236
- Jonsdottir H, et al. 2013. Predictors of Medication Adherence in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Journal of Acta Psyciatrica Scandinavia*: 127 23-33
- Kaakien, J. R., Duff, V.G., Cochlo, D.P. 2010. *Family Health Care Nursing: Theory, Praticce & Research. 4 th Edition*. Philadelphia: E.A Davis.
- Karmila., Dhian Ririn Lestari dan Herawati. 2017. Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarbaru. *Jurnal Dunia Keperawatan*. Vol. 4 No. 2: 88-92.
- Katona, Cornelius., Claudia Cooper and Mary Robertson. 2012. *At a Glance Psikiatri Edisi keempat*. Jakarta: Erlangga.
- Kemenkes RI. 2017. Patuh Minum Obat, Kunci Kesembuhan Skizofrenia. diakses online melalui <http://yankes.kemkes.go.id/read-patuh-minum-obat-kunci-kesembuhan-skizofrenia-2580.html> [14 maret 2019].
- Kholifah, Siti. 2017. Hubungan Jarak Tempat Tinggal dan Tingkat Pendidikan Terhadap Tingkat Kunjungan Masyarakat Ke Puskesmas Gadingrejo. *Skripsi*. Universitas Lampung

- Koujalgi, S. R. dan S. R. Patil. 2013. Comparison of the demographic profile among caregivers of schizophrenia and depression. *Journal of the Scientific Society*. 40(3):143–147.
- Lam, W. Y., dan P. Fresco. 2015. Review Article of Medication Adherence Measure: On Overview. *Biomed Research International*.
- Lanoutte, Nicole M., at all,. 2009. Psychotropic Medication Nonadherence Among United States Lations: A Comprehensive Review od The Literature. Vol. 60 No.2: 157-174.
- Lasebikan VO dan Ayinde OO. 2013. Family Burden in Caregiver of Schizophrenia Patiens: Prevalence and Socio-Demographic Correlats. *Indian Journal Psychol Med*. Vol. 35(1): 60-66.
- Lestari, Melda Dwi. 2019. Analisis Hubungan Faktor Kepatuhan Minum Obat dengan Tingkat Kekambuhan (*Relapse*) pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang Periode 2016 dan 2017. *Skripsi*. Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim.
- Leucht S., and Heres S. 2006. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 67 5: 3–8
- Loffler, W., Kilian, R., Toumi, M. and Angermeyer, M. (2003) Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry* 36: 105–112.
- Llorca P. 2008. Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Res* 161: 235–247
- Maimunah, Siti. 2016. Hubungan Peran Perawat Pendidik Dan Peran Keluarga Dengan Kepatuhan Klien Skizofrenia Minum Obat. *Tesis*: Universitas Sebelas Maret Surakarta
- Maramis, W. F. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.

- McCann T., Clark E., Lu S. (2009) Subjective side effects of antipsychotics and medication adherence in people with schizophrenia. *J Adv Nurs* 65 : 534–543
- McHugh, Delvalin Riley., Ceresse Hepburn Brow., dan Jascinth LM Lindo. 2016. Schizophrenia: Its Psychological Effects On Family Cargiver. *International Journal of Advenced Nursing Studies*. 97-101
- Mientarini, Elita Ismi. 2018. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis Paru Fase Lanjutan Di Kecamatan Umbulsari Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kedokteran Universitas Jember
- Mirza, R. dan H. Kurniawan. 2015. Hubungan lamanya perawatan pasien skizofrenia dengan stres keluarga. *Jurnal kedokteran Syaih Kuala*.15(3): 179–189.
- Morisky D.E, Ang A, Marie K., & Harry J W. 2014. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 348-354.
- Muharram, Hammad Zahid dan Yohanis F. La Kahija. 2018. Melantas Batas Diri: Studi Kasus Resosialisasi Eks-Pasien Skizofrenia Paranoid Pasca Rawat Inap Menggunakan Pendekatan *Thematic Analysis*. *Jurnal Empati* Vol 7 Nomor 2: 266-277
- Naafi, AM. 2016. Kepatuhan Minum Obat Pasien Rawat Jalan Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. DR. Soerojo Magelang. *Kartika Jurnal Ilmiah Farmasi*. Vol 4(2): 7-12.
- National Institue of Health (NIH), USA. 2013. Common Genetic Factors Found in 5 Mental Disorders. dikutip melalui alamat web: <https://www.nih.gov/news-events/nih-research-matters/common-genetic-factors-found-5-mental-disorders> [dikutip 18 Februari 2019].
- National Collaborating Centre for Mental Health. 2013. *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People*. Great Britain: The British Psychological Society.

- Nicolino, Paula Silva. *et all.*, 2011. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Journal* Vol. 45. No.3: 708-715
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novitayani, Sri. 2016. Karakteristik Pasien Skizofrenia dengan Riwayat Rehospitalisasi. *Idea Nursing Journal*. Vol. 7 No.2: 23-29.
- Nurmala. Ince Siti. 2011. Gambaran Hubungan Ibu dan Anak Perempuan pada Perempuan Lajang Dewasa Muda. *Tesis*. Universitas Indonesia.
- Oesteberg, Lars MD & Blashcke T. 2005. Adherence to Medication. *Englan: The New England Journal of Medicine*.
- Pahit, I., Feher L., Tenyi T., Czobor P. 2015. Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatr Hung*. Vol 30(1): 18-26.
- Pratama, Yudi., Syahrial dan Saifuddin IShak. 2015. Hubungan Keluarga Pasien terhadap Kekambuhan Skziofrenia di Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Jiwa Aceh. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. Vol. 15(2): 77-86.
- Pelealu, Angel., Hendro Bidjuni dan Ferdinand Wowiling. 2018. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. V. L. Ratumbusang Provinsi Sulawesi Utara. *e-journal Keperawatan (e-Kp)* Vol. 6 No 1
- Peterson, J.S. & Bedrow, S.T. 2013. *Middle Range Theory: Application to Nursing Research*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Picchioni, Marco P dan Robin M Murray. 2017. Schizophrenia. *BMJ*. 335(7610): 91-95.

- Rahmatichasari, Raras. 2016. Hubungan Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember. *Skripsi*
- Rawa, Felly., A. Joy M. Rattu dan J. Posangi. 2017. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Skizofrenia di Rumah sakit jiwa Prof. DR. V. L. Ratumbusang Provinsi Sulawesi Utara.
- Rettenbacher, M., Hofer, A., Eder, U., Hummer, M., Kemmler, G., Weiss, E. et al. 2004. Compliance in schizophrenia: psychopathology, side effects, and patients' attitudes toward the illness and medication. *Journal Clin Psychiatry* 65(9): 1211–1218.
- Rosdiana, 2018. Identifikasi Peran Keluarga Penderita dalam Upaya Penanganan Gangguan Jiwa Skizofrenia. *Jurnal MKMI*. Vol. 14 No.2: 174-180
- Sadock, B. J dan Sadock V.A. 2010. *E-Book Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Pshychiatry- 5th Ed.* Philadelphia: Lippincott William and Wilkins, a Wolters Kluwer Bussiness.
- Sadock, B.J. 2010. *Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Pshyciatry Ed. 2 Alih Bahasa Profitasari.* Philadelphia: Lippincot William and Wilkins. A Wolters Kluwer Bussines.
- Saifunurmazah, D. 2013. Kepatuhan Penderita Diabetes Millitus dalam Menjalani Terapi Olahraga Diet. *Skripsi*. Semarang: Jurusan Psikologi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.
- Santoso, Kristiani Bayu., dkk. 2017. Dukungan Keluarga Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia. *Journal Noursing News*. Vol. 2 No.2: 563-570.
- Saragih, Sasmaida., Jumaini., dan Ganis Indriati. 2013. Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Sikap Keluarga tentang Perawatan PAsien Resiko Perilaku Kekerasan di Rumah.

- Saswant, Neena S dan Kamal S. Jethwani. 2010. Understanding Family Functioning and Social Support in Unremitting Schizophrenia: A Study in India. *Indian Journal of Psychiatry* Vol. 52(2): 145-149.
- Sharma, R., S. C. Sharma, dan S. N. Pradhan. 2017. Assessing caregiver burden in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Kathmandu medical college. *Journal of Nepal Health Res Counc.* 15(3): 258–263.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. 2009. *Principles and practice of psychiatric nursing. (8th edition)*. St.Louis: Mosby.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sulistyowati, Novita. 2012. Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan dengan Kekambuhan Skizofrenia di Desa Paringan Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponorogo.
- Tola, Burhanuddin dan Nathania Lundy Immanuel. 2015. Dukungan Sosial dan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan. *Jurnal Penelitian dan Pengukuran Psikologi*. Vol. 4 No. 1: 7-11.
- Ulfah, M. 2013. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Tuberkolosis (TBC) di Wilayah Kerja Puskesmas Pemalang Kota Tangerang Selatan Tahun 2011. *Skripsi*. FKIK-UIN.
- Townsend, M.C. 2010. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Psikiatri: Rencana Asuhan & Medikasi Psikotropik Edisi Terjemahan Edisi Ke-5*. Jakarta: EGC.
- Velligan D., Weiden P., Sajatovic M., Scott J., Carpenter D., Ross R., et al. 2009. Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness The expert consensus guideline series: adherence problems in

patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*70 (Suppl. 4): 1–46; quiz 47–48.

Videbrck, Sheila L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

Vivi, Yuderna. 2017. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat Orang dengan Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Sarik Kab. Padang Pariaman. *Masters Thesis*. Universitas Andalas.

Wardani, Ice Yulia dan Fajar Apriliana Dewi. 2018. Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Dipersepsikan Melalui Stigma Diri. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. Vol. 21(1): 17-26.

Wardani, I.Y. (2009). Pengalaman keluarga menghadapi ketidak patuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik pengobatan. *Tesis FIK UI*. Depok

Wardhani, R. S. (2013). Penerimaan keluarga pasien skizofrenia yang menjalani rawat inap. *Skripsi*. Program Studi Psikologi, Fakultas Psikologi, Universitas Muhammadiyah Surakarta, 7-9

Warsidah. 2017. Hubungan Pengetahuan Keluarga Tentang Skizofrenia dengan Kepatuhan Minum Obat di Wilayah Puskesmas Sedayu II Bantul Yogyakarta. *Skripsi*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jendral Achmad Yani.

WHO. 2018. Schizophrenia. Dikutip online melalui alamat web: https://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/ [03 Februari 2019]

X. Tan, I. Patel, and J. Chang. 2014. Review of The Four Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Innovations in Pharmacy*. 5 (3)

Yalcin-Siedentopf, Nursen., Fabienne Wartelsteiner., Alexandra Kaufmann., Falko Biedermann., *et all*. 2015. Measuring Adherence to Medication in Schizophrenia: The Relationship between Attitudes toward Drug Therapy and Plasma Levels of New-Generation Antipsychotics. *International Journal of*

Neuropsychopharmacology. Vol. 18 No.5.

Yudhantara D. Surya dan Ratri Istiqomah. 2018. *Sinopsis Skizofrenia*. Universitas Brawijaya Press.

Yuliantika., Jumaini dan Febriana Sabrian. 2012. Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Penderita Skizofrenia. *Jurnal*. Universitas Riau.

Yusuf, Ah., Rizky F.P.K., dan Hanik EN. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Zahnia, Siti dan Dyah Wulan S. 2016. Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Jurnal*

Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. 2002. Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 159:1653–1664.

LAMPIRAN

Lampiran A Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

LEMBAR PERSETUJUAN

INFORMED CONCENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

No HP/Telp :

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

Nama : Heni Nuraini

NIM : 152110101070

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Judul : “Determinan Kepatuhan Keluarga Dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia Di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember”.

Persetujuan ini saya berikan secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya telah diberikan penjelasan dan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti. Dengan ini saya menyatakan bahwa saya akan menjawab semua pertanyaan dengan sejujur-jujurnya.

Jember,.....2019

Responden

()

Lampiran B Lembar Kuisisioner Penelitian

**KUISIONER KARAKTERISTIK KELUARGA DAN PENDERITA
SKIZOFRENIA**

(data penderita skizofrenia diisi oleh keluarga)

Kode responden

Petunjuk Pengisian:

1. Isilah pernyataan dibawah ini dengan member tanda lingkaran (O) pada jawaban yang sesuai saudara alami.
2. Setiap pernyataan dibawah ini berisi satu jawaban

Pernyataan:

1. Nama :
2. Alamat :
3. Usia :
 1. Remaja (12-25 tahun)
 2. Dewasa (26-45 tahun)
 3. Lansia (>45 tahun)
4. Jenis Kelamin : (1) Laki-laki (2) Perempuan
5. Pendidikan Terakhir : (1) Tidak sekolah (4) Tamat SMP/MTS
(2) Tidak tamat SD/MI (5) Tamat SMA/MA
(3) Tamat SD/MI (6) Tamat Diploma/PT
6. Pendapatan keluarga : (1) ≤Rp. 2.170.917
Perbulan (2) >Rp. 2.170.917
7. Status kekerabatan : (1) Orang tua (2) Anak
responden dengan (3) Kakak/Adik (4) Suami/Istri
penderita (5) Paman/bibi/keponakan (6) Lainnya...
8. Lama Merawat : (a) 0-8 tahun (b) >8 tahu
9. Jarak tempat tinggal ke pelayanan kesehatan :
 - a. ≤ 4 KM
 - b. > 4 KM

10. Biaya pengobatan : (1) BPJS-PBI (2) BPJS-nonPBI (3) Umum

11. Efek samping obat:

- a. Tidak ada
- b. Ada...
 - 1) Mulut kering
 - 2) Kekakuan
 - 3) Mengantuk berat
 - 4) Hiperinsomnia
 - 5) Lemas
 - 6) Kejang
 - 7) Berat badan bertambah
 - 8) Sesak napas
 - 9) Hipersaliva (air liur yang keluar banyak/berlebihan)

Karakteristik Penderita Skizofrenia

1. Nama :
2. Alamat :
3. Usia :
 1. Remaja (12-25 tahun)
 2. Dewasa (26-45 tahun)
 3. Lansia (>45 tahun)
4. Jenis Kelamin : (1) Laki-laki (2) Perempuan
5. Durasi masa sakit : (1) 0-15 tahun (2) >15 tahun

Kuisisioner 1 Pengetahuan Keluarga

KUISISIONER PENGETAHUAN KELUARGA

Kode responden

Petunjuk pengisian: berilah tanda *check list* (✓) pada kolom jawaban yang sudah tersedia

No.	Pernyataan	Jawaban	
		B	S
1.	Skizofrenia kemungkinan besar disebabkan oleh masalah otak		
2.	Penyebab skizofrenia yaitu adanya kerusakan didalam otak		
3.	Semakin parah skizofrenia orang tuanya, semakin besar kemungkinan anak-anaknya untuk mengalami gangguan yang sama		
4.	Penderita skizofrenia akan menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan realita		
5.	Gejala umum dari skizofrenia adalah berfikir bahwa ada orang lain yang mengawali atau mengikuti		
6.	Cara pemberian obat yang benar kepada pasien adalah Diberikan sesuai dengan waktu pemberian obat		
7.	Setelah pasien minum obat, kegiatan yang tidak boleh dikerjakan pasien adalah Membantu keluarga melakukan kegiatan rumah tangga. Contoh: menyapu, dsb		
8.	Memberikan obat dengan dosis berlebih sebagai kompensasi keluarga ketika lupa 112ember obat ke pasien		
9.	Ketika penderita mengalami kekambuhan, maka yang harus dilakukan adalah mengurung pasien di dalam kamar		
10.	Ketika mengetahui kemasan obat penderita rusak, maka yang harus dilakukan adalah penderita tidak minum obat sampai mendapat obat yang baru.		

Kuisisioner 2 Dukungan Keluarga

KUISISIONER DUKUNGAN KELUARGA

Kode responden :

No	Pertanyaan	Pilihan jawaban			
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
Dukungan emosional					
1.	Apakah bapak/ibu memberikan semangat atau dorongan pada penderita, ketika penderita tidak mau minum obat?				
2.	Apakah bapak/ibu mengajak penderita untuk bercerita tentang apa yang sedang dirasakan?				
Dukungan informasional					
3.	Apakah bapak/ibu memberikan informasi mengenai hal yang berkaitan dengan tujuan minum obat yang benar secara rutin kepada penderita skizofrenia?				
4.	Apakah bapak/ibu menjelaskan manfaat minum obat kepada penderita?				
Dukungan instrumental					
5.	Apakah bapak/ibu menyediakan dana khusus untuk pengobatan penderita?				
6.	Apakah bapak/ibu mengingatkan penderita untuk minum obat?				
Dukungan penilaian					
7.	Apakah bapak/ibu memberikan pujian ketika penderita mau minum obat?				
8.	Apakah bapak/ibu memberikan pujian saat penderita membantu mengerjakan pekerjaan rumah?				

Kuisisioner 3 Dukungan Masyarakat

KUISISIONER DUKUNGAN MASYARAKAT

Kode responden

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
	Dukungan emosional		
1.	Apakah bapak/ ibu pernah mendapat ajakan/dorongan dari tokoh masyarakat untuk rutin mengontrolkan penderita skizofrenia ke pelayanan kesehatan?		
2.	Apakah tokoh masyarakat pernah memberikan semangat kepada bapak/ibu untuk selalu rutin memberikan obat kepada penderita skizofrenia?		
	Dukungan informasional		
3.	Apakah bapak/ibu pernah mendapatkan penjelasan/informasi dari tokoh masyarakat tentang pentingnya pengobatan rutin terhadap penderita skizofrenia?		
4.	Apakah tokoh masyarakat pernah memberikan informasi bahwa penderita skizofrenia seharusnya diantarkan ke pelayanan kesehatan/dokter praktek?		
	Dukungan instrumental		
5.	Apakah tokoh masyarakat turut serta memberikan bantuan berupa dana ketika bapak/ibu membutuhkan bantuan uang untuk biaya pengobatan penderita skizofrenia?		
6.	Apakah tokoh masyarakat memberikan bantuan berupa alat transportasi untuk bapak/ibu untuk menebus obat/mengantarkan penderita skizofrenia kontrol di pelayanan kesehatan?		
	Dukungan penilaian		
7.	Apakah tokoh masyarakat pernah memberikan pujian ketika mengetahui bapak/ibu rutin mengontrolkan penderita skizofrenia ke pelayanan kesehatan?		
8.	Apakah tokoh masyarakat pernah memberikan pujian ketika mengetahui bapak/ibu rutin memberikan obat kepada penderita skizofrenia?		

Kuisisioner 4 Kepatuhan Keluarga

KUISISIONER KEPATUHAN MINUM OBAT

Kode responden

Petunjuk Pengisian:

1. Isilah pernyataan dibawah ini dengan member tanda *check list* (✓) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan apa yang dilakukan anda selama ini.

No	Pertanyaan	Pilihan jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah bapak/ibu rutin mengantarkan penderita skizofrenia melakukan kontrol ke pelayanan kesehatan sesuai jadwal?		
2.	Apakah bapak/ibu rutin menebus obat skizofrenia sesuai jadwal?		
3.	Apakah bapak/ibu rutin memberikan obat kepada penderita skizofrenia sesuai jadwal minum obat?		
4.	Apakah bapak/ibu tidak mengurangi dosis obat yang telah diberikan oleh dokter untuk diminum penderita skizofrenia?		
5.	Apakah bapak/ibu memberikan obat secara langsung kepada penderita pada saat minum obat?		
6.	Ketika penderita skizofrenia minum obat, apakah bapak/ibu mengawasi sampai penderita menelan obat?		
7.	Apakah bapak/ibu memperhatikan gejala yang muncul pada penderita dan melaporkannya ke petugas kesehatan?		
8.	Ketika kondisi penderita terlihat membaik, apakah bapak/ibu tetap tidak mengurangi dosis minum obat tanpa sepengetahuan dokter/petugas kesehatan?		
9.	Ketika kondisi penderita terlihat membaik, apakah bapak/ibu tetap memberikan obat kepada penderita tanpa memberhentikan penderita minum obat?		
10.	Menurut bapak/ibu, apakah kontrol rutin ada hubungannya dengan kekambuhan penderita?		

Lampiran C Dokumentasi Penelitian



Gambar 1 Lembar Dokumentasi



Gambar 2 Lembar Dokumentasi



Gambar 3 Lembar Dokumentasi



Gambar 4 Lembar Dokumentasi

Lampiran D Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 JSC FAI: (0331) 425222
Website : dinkes.jemberkab.go.id
E-mail : sikdajember@yahoo.co.id, dinkesjemberkab@gmail.com

JEMBER

Kode Pos 68111

Jember, 26 Juni 2019

Nomor : 440 /26579/ 311/ 2019
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Penelitian

Kepada :

Yth. Sdr. 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. Plt. Kepala Puskesmas Puger
3. Plt. Kepala Puskesmas Balung
4. Plt. Kepala Puskesmas Bangsalsari
5. Plt. Kepala Puskesmas Sumbersari
6. Plt. Kepala Puskesmas Gladapakem
di

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/1480/415/2019, Tanggal 28 Mei 2019, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama / NIM : Heni Nuraini / 152110101070
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian, Terkait:
Determinan Kepatuhan Keluarga Dalam Membantu
Pengobatan Penderita Skizofrenia di Kabupaten Jember
Waktu Pelaksanaan : 26 Juni 2019 s/d 26 Agustus 2019

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
4. **Menyerahkan hasil kegiatan studi terkait dalam bentuk Softcopy / CD ke Sub Bag Program dan Informasi Dinas Kesehatan Kab. Jember**

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Plt. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER

Ka.Bid. Pencegahan & Pengendalian Penyakit



DYAH KUSWORINI INDRIASWATI, S.KM, M.Si

Pembina (IV/a)

NIP. 19680929 199203 2 014

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

Lampiran Hasil Analisis

a. Analisis Univariabel

1) Karakteristik Penderita Skizofrenia

UsiaPenderita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Remaja	28	26.2	26.2	26.2
	Dewasa	66	61.7	61.7	87.9
	Lansia	13	12.1	12.1	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

jeniskelaminPenderita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	73	68.2	68.2	68.2
	perempuan	34	31.8	31.8	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Durasimasaakit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-4 tahun	37	34.6	34.6	34.6
	5-8 tahun	25	23.4	23.4	57.9
	>8 tahun	45	42.1	42.1	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

2) Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*)

a. Karakteristik Keluarga Penderita Skizofrenia

UsiaKeluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Produktif	36	33.6	33.6	33.6
	Tidak Produktif	71	66.4	66.4	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

jeniskelaminKeluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	28	26.2	26.2	26.2
	Perempuan	79	73.8	73.8	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

PendidikanKeluarg

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sekolah/Tidak tamat SD/MI	37	34.6	34.6	34.6
	Tamat SD/MI	39	36.4	36.4	71.0
	Tamat SMP/MTs	11	10.3	10.3	81.3
	Tamat SMA/MA	14	13.1	13.1	94.4
	Tamat Diploma/PT	6	5.6	5.6	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

pendapatankeluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	≤2.170.917	85	79.4	79.4	79.4
	>2.170.917	22	20.6	20.6	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

StatusKekerabatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kandung	86	80.4	80.4	80.4
	Tidak Kandung	21	19.6	19.6	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

b. Lama Merawat Penderita Skizofrenia

LamaMerawat1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-4 Tahun	44	41.1	41.1	41.1
	5-8 Tahun	29	27.1	27.1	68.2
	>8 Tahun	34	31.8	31.8	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

c. Pengetahuan Keluarga Penderita Skizofrenia

PengetahuanKeluarga					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang baik	57	53.3	53.3	53.3
	Baik	50	46.7	46.7	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

d. Dukungan Keluarga

DukunganKeluargaa					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	89	83.2	83.2	83.2
	Tinggi	18	16.8	16.8	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

3) Faktor Pendukung (*Enabling Factor*)

Jarakkepelayanankesehatan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<= 4 KM	96	89.7	89.7	89.7
	>4 KM	11	10.3	10.3	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

efeksamping					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ada	72	67.3	67.3	67.3
	tidak ada	35	32.7	32.7	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

Jenisefeksamping

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mulut Kering	2	2.8	2.8	2.8
Mengantuk	39	54.2	54.2	56.9
Lemas	6	8.3	8.3	65.3
Berat badan bertambah	24	33.3	33.3	98.6
Hipersaliva	1	1.4	1.4	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Biayaapengobatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Gratis	85	79.4	79.4	79.4
Membayar atau Membeli Obat	22	20.6	20.6	100.0
Total	107	100.0	100.0	

4) Faktor Pendorong (*Reinforcing Factor*)

a. Dukungan Masyarakat

DukunganMasyarakat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	93	86.9	86.9	86.9
Cukup	14	13.1	13.1	100.0
Total	107	100.0	100.0	

5) Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

KepatuhanKeluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Patuh	49	45.8	45.8	45.8
	Tidak Patuh	58	54.2	54.2	100.0
	Total	107	100.0	100.0	

b. Analisis Bivariabel

1. Faktor Predisposisi (*Factor Predisposing*)

Analisis Hubungan Faktor Predisposisi dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

a. Analisis Karakteristik Keluarga

1) Analisis Usia Keluarga dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

UsiaKeluarg * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
UsiaKeluarg	Remaja	Count	6	1	7
		% within UsiaKeluarg	85.7%	14.3%	100.0%
	Dewasa	Count	8	21	29
		% within UsiaKeluarg	27.6%	72.4%	100.0%
	Lansia	Count	44	27	71
		% within UsiaKeluarg	62.0%	38.0%	100.0%
Total		Count	58	49	107
		% within UsiaKeluarg	54.2%	45.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.803 ^a	2	.002
Likelihood Ratio	13.355	2	.001
Linear-by-Linear Association	1.100	1	.294
N of Valid Cases	107		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.21.

RECODE UsiaKeluarg (Lowest thru 2=1) (ELSE=2) INTO UsiaKeluarga.

UsiaKeluarga * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan (reglog)		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
UsiaKeluarga	Produktif	Count	22	14	36
		% within UsiaKeluarga	61.1%	38.9%	100.0%
	Tidak Produktif	Count	27	44	71
		% within UsiaKeluarga	38.0%	62.0%	100.0%
Total		Count	49	58	107
		% within UsiaKeluarga	45.8%	54.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.127 ^a	1	.024		
Continuity Correction ^b	4.240	1	.039		
Likelihood Ratio	5.145	1	.023		
Fisher's Exact Test				.026	.020
Linear-by-Linear Association	5.080	1	.024		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.49.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for UsiaKeluarga (Produktif / Tidak Produktif)	2.561	1.124	5.836
For cohort kepatuhan = Patuh	1.607	1.083	2.386
For cohort kepatuhan = Tidak Patuh	.628	.401	.982
N of Valid Cases	107		

2) Analisis Jenis Kelamin keluarga dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

jeniskelaminKeluarga * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
jeniskelaminKeluarga	Laki-Laki	Count	15	13	28
		% within jeniskelaminKeluarga	53.6%	46.4%	100.0%
	Perempuan	Count	43	36	79
		% within jeniskelaminKeluarga	54.4%	45.6%	100.0%
Total		Count	58	49	107
		% within jeniskelaminKeluarga	54.2%	45.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.006 ^a	1	.938		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.006	1	.938		
Fisher's Exact Test				1.000	.555
Linear-by-Linear Association	.006	1	.938		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.82.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jeniskelaminKeluarga (Laki- Laki / Perempuan)	.966	.407	2.294
For cohort kepatuhan = Tidak Patuh	.984	.660	1.468
For cohort kepatuhan = Patuh	1.019	.640	1.622
N of Valid Cases	107		

3) Analisis Pendidikan Terakhir dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

PendidikanKeluar * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
Pendidikan Keluar	Tidak sekolah/Tidak tamat SD/MI	Count % within PendidikanKeluar	24 64.9%	13 35.1%	37 100.0%
	Tamat SD/MI	Count % within PendidikanKeluar	28 71.8%	11 28.2%	39 100.0%
	Tamat SMP/MTs	Count % within PendidikanKeluar	1 9.1%	10 90.9%	11 100.0%
	Tamat SMA/MA	Count % within PendidikanKeluar	4 28.6%	10 71.4%	14 100.0%
	Tamat Diploma/PT	Count % within PendidikanKeluar	1 16.7%	5 83.3%	6 100.0%
Total		Count % within PendidikanKeluar	58 54.2%	49 45.8%	107 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.686 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	24.342	4	.000
Linear-by-Linear Association	13.497	1	.000
N of Valid Cases	107		

a. 2 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.75.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.412 ^a	5	.002
Likelihood Ratio	19.831	5	.001
Linear-by-Linear Association	4.008	1	.045
N of Valid Cases	107		

a. 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.75.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Patuh	0
Patuh	1

Categorical Variables Codings

	Frequency	Parameter coding			
		(1)	(2)	(3)	(4)
Pendidikan Tidak sekolah/tidak tamat SD/MI	37	1.000	.000	.000	.000
Keluarg	Tamat SD/MI	.000	1.000	.000	.000
	Tamat SMP/MTs	.000	.000	1.000	.000
	Tamat SMA/MA	.000	.000	.000	1.000
	Tamat Diploma/PT	6	.000	.000	.000

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a PendidikanKeluarg			17.425	4	.002			
PendidikanKeluarg(1)	-2.223	1.148	3.746	1	.053	.108	.011	1.028
PendidikanKeluarg(2)	-2.544	1.152	4.878	1	.027	.079	.008	.751
PendidikanKeluarg(3)	.693	1.517	.209	1	.648	2.000	.102	39.079
PendidikanKeluarg(4)	-.693	1.245	.310	1	.578	.500	.044	5.737
Constant	1.609	1.095	2.159	1	.142	5.000		

a. Variable(s) entered on step 1: PendidikanKeluarg.

4) Analisis Pendapatan Perbulan dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

pendapatankeluarga * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
statusekonomi	≤2.170.917	Count	44	41	85
		% within statusekonomi	51.8%	48.2%	100.0%
	>2.170.917	Count	14	8	22
		% within statusekonomi	63.6%	36.4%	100.0%
Total		Count	58	49	107
		% within statusekonomi	54.2%	45.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.992 ^a	1	.319		
Continuity Correction ^b	.572	1	.450		
Likelihood Ratio	1.005	1	.316		
Fisher's Exact Test				.348	.226
Linear-by-Linear Association	.983	1	.321		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.07.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for statusekonomi($\leq 2.170.917$ / $> 2.170.917$)	.613	.233	1.613
For cohort kepatuhan = Tidak Patuh	.813	.558	1.186
For cohort kepatuhan = Patuh	1.326	.732	2.405
N of Valid Cases	107		

- 5) Analisis Status Kekerabatan dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

kekerabatan * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
kekerabatan	Orang tua	Count	33	36	69
		% within kekerabatan	47.8%	52.2%	100.0%
	Anak	Count	0	2	2
		% within kekerabatan	0.0%	100.0%	100.0%
	Kakak/Adik	Count	9	6	15
		% within kekerabatan	60.0%	40.0%	100.0%
	Paman/bibi/keponakan	Count	13	1	14
		% within kekerabatan	92.9%	7.1%	100.0%
	Suami/istri	Count	3	4	7
		% within kekerabatan	42.9%	57.1%	100.0%
Total		Count	58	49	107
		% within kekerabatan	54.2%	45.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.490 ^a	4	.014
Likelihood Ratio	15.096	4	.005
Linear-by-Linear Association	3.700	1	.054
N of Valid Cases	107		

a. 4 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .92.

```
RECODE kekerabatan (Lowest thru 3=1) (4 thru 6=2) INTO
StatusKekerabatan.
EXECUTE.
```

StatusKekerabatan * kepatuhan Crosstabulation

		kepatuhan (reglog)		Total	
		Patuh	Tidak Patuh		
StatusKekerabatan	Kandung	Count	44	42	86
		% within	51.2%	48.8%	100.0%
		StatusKekerabatan			
StatusKekerabatan	Tidak Kandung	Count	5	16	21
		% within	23.8%	76.2%	100.0%
		StatusKekerabatan			
Total		Count	49	58	107
		% within	45.8%	54.2%	100.0%
		StatusKekerabatan			

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5.087 ^a	1	.024		
Continuity Correction ^b	4.045	1	.044		
Likelihood Ratio	5.348	1	.021		
Fisher's Exact Test				.029	.021
Linear-by-Linear Association	5.040	1	.025		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.62.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for StatusKekerabatan (Kandung / Tidak Kandung)	3.352	1.128	9.967
For cohort kepatuhan = Patuh	2.149	.973	4.746
For cohort kepatuhan = Tidak Patuh	.641	.464	.885
N of Valid Cases	107		

6) Analisis Lama Merawat dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

LamaMerawat1 * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
LamaMerawat1	0-4 Tahun	Count	23	21	44
		% within LamaMerawat1	52.3%	47.7%	100.0%
	5-8 Tahun	Count	22	7	29
		% within LamaMerawat1	75.9%	24.1%	100.0%
	>8 Tahun	Count	13	21	34
		% within LamaMerawat1	38.2%	61.8%	100.0%
Total	Count	58	49	107	
	% within LamaMerawat1	54.2%	45.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.039 ^a	2	.011
Likelihood Ratio	9.381	2	.009
Linear-by-Linear Association	1.086	1	.297
N of Valid Cases	107		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.28.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Patuh	0
Tidak Patuh	1

Categorical Variables Codings

	Frequency	Parameter coding	
		(1)	(2)
LamaMerawat1 0-4 Tahun	44	1.000	.000
5-8 Tahun	29	.000	1.000
>8 Tahun	34	.000	.000

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a			8.472	2	.014			
LamaMerawat 1								
LamaMerawat 1(1)	.571	.464	1.510	1	.219	1.769	.712	4.396
LamaMerawat 1(2)	1.625	.559	8.437	1	.004	5.077	1.696	15.195
Constant	-.480	.353	1.847	1	.174	.619		

a. Variable(s) entered on step 1: LamaMerawat1.

7) Analisis Pengetahuan Keluarga dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

PengetahuanKeluarga * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
PengetahuanKeluarga a	Kurang baik	Count	38	19	57
		% within PengetahuanKeluarga	66.7%	33.3%	100.0%
	Baik	Count	20	30	50
		% within PengetahuanKeluarga	40.0%	60.0%	100.0%
Total		Count	58	49	107
		% within PengetahuanKeluarga	54.2%	45.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.630 ^a	1	.006		
Continuity Correction ^b	6.594	1	.010		
Likelihood Ratio	7.712	1	.005		
Fisher's Exact Test				.007	.005
Linear-by-Linear Association	7.559	1	.006		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22.90.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PengetahuanKeluarga (Kurang baik / Baik)	3.000	1.362	6.607
For cohort kepatuhan = Tidak Patuh	1.667	1.133	2.452
For cohort kepatuhan = Patuh	.556	.361	.855
N of Valid Cases	107		

8) Analisis Bivariabel Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

DukunganKeluarga * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
DukunganKeluarga	Rendah	Count	6	1	7
		% within DukunganKeluarga	85.7%	14.3%	100.0%
	Sedang	Count	51	31	82
	% within DukunganKeluarga	62.2%	37.8%	100.0%	
	Tinggi	Count	1	17	18
	% within DukunganKeluarga	5.6%	94.4%	100.0%	
Total		Count	58	49	107
	% within DukunganKeluarga	54.2%	45.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.071 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	25.361	2	.000
Linear-by-Linear Association	20.094	1	.000
N of Valid Cases	107		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.21.

```
RECODE DukunganKeluarga (Lowest thru 2=1) (ELSE=2) INTO
DukunganKeluargaa.
EXECUTE.
```

DukunganKeluargaa * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
DukunganKeluargaa	Rendah	Count	57	32	89
		% within DukunganKeluargaa	64.0%	36.0%	100.0%
DukunganKeluargaa	Tinggi	Count	1	17	18
		% within DukunganKeluargaa	5.6%	94.4%	100.0%
Total		Count	58	49	107
		% within DukunganKeluargaa	54.2%	45.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	20.634 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	18.345	1	.000		
Likelihood Ratio	23.589	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	20.441	1	.000		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.24.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for DukunganKeluarga (Rendah / Tinggi)	30.281	3.849	238.236
For cohort kepatuhan = Tidak Patuh	11.528	1.705	77.935
For cohort kepatuhan = Patuh	.381	.282	.513
N of Valid Cases	107		

b. Faktor Pendukung (*Factor Enabling*)

1) Analisis Jarak Tempat Tinggal ke Pelayanan Kesehatan dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

Jarakkepelayanankesehatan * kepatuhan Crosstabulation

		kepatuhan		Total	
		Tidak Patuh	Patuh		
Jarakkepelayanankesehatan	<= 4 KM	Count	56	40	96
		% within Jarakkepelayanankesehatan	58.3%	41.7%	100.0%
	>4 KM	Count	2	9	11
		% within Jarakkepelayanankesehatan	18.2%	81.8%	100.0%
Total		Count	58	49	107
		% within Jarakkepelayanankesehatan	54.2%	45.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.410 ^a	1	.011		
Continuity Correction ^b	4.894	1	.027		
Likelihood Ratio	6.739	1	.009		
Fisher's Exact Test				.022	.013
Linear-by-Linear Association	6.350	1	.012		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.04.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jarak pelayanan kesehatan n (<= 4 KM / >4 KM)	6.300	1.291	30.739
For cohort kepatuhan = Tidak Patuh	3.208	.906	11.367
For cohort kepatuhan = Patuh	.509	.353	.734
N of Valid Cases	107		

- 2) Analisis Efek Samping Obat dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

efeksamping * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
efeksamping	ada	Count	41	31	72
		% within efeksamping	56.9%	43.1%	100.0%
	tidak ada	Count	17	18	35
		% within efeksamping	48.6%	51.4%	100.0%
Total		Count	58	49	107
		% within efeksamping	54.2%	45.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.665 ^a	1	.415		
Continuity Correction ^b	.371	1	.543		
Likelihood Ratio	.664	1	.415		
Fisher's Exact Test				.535	.271
Linear-by-Linear Association	.659	1	.417		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.03.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for efeksamping (ada / tidak ada)	1.400	.623	3.150
For cohort kepatuhan = Tidak Patuh	1.172	.789	1.741
For cohort kepatuhan = Patuh	.837	.552	1.271
N of Valid Cases	107		

3) Analisis Biaya Pengobatan dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

biayapengobata * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
biayapengobata	BPJS PBI	Count	47	38	85
		% within biayapengobata	55.3%	44.7%	100.0%
	BPJS non PBI	Count	1	3	4
		% within biayapengobata	25.0%	75.0%	100.0%
	umum/mandiri	Count	10	8	18
		% within biayapengobata	55.6%	44.4%	100.0%
Total	Count	58	49	107	
	% within biayapengobata	54.2%	45.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.428 ^a	2	.490
Likelihood Ratio	1.466	2	.480
Linear-by-Linear Association	.030	1	.862
N of Valid Cases	107		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.83.

```
RECODE biayapengobata (Lowest thru 1=1) (2 thru 3=2) INTO
BiayaPengobatan.
EXECUTE.
```

biayaobat * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
biayaobat	Gratis	Count	47	38	85
		% within biayaobat	55.3%	44.7%	100.0%
	Membayar atau Membeli Obat	Count	11	11	22
		% within biayaobat	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	58	49	107
		% within biayaobat	54.2%	45.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.197 ^a	1	.657		
Continuity Correction ^b	.042	1	.838		
Likelihood Ratio	.197	1	.657		
Fisher's Exact Test				.811	.418
Linear-by-Linear Association	.195	1	.658		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.07.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for biayaobat (Gratis / Membayar atau Membeli Obat)	1.237	.484	3.162
For cohort kepatuhan = Tidak Patuh	1.106	.698	1.751
For cohort kepatuhan = Patuh	.894	.553	1.445
N of Valid Cases	107		

4) Analisis Bivariabel Dukungan Masyarakat dengan Kepatuhan Keluarga dalam Membantu Pengobatan Penderita Skizofrenia

DukunganMasyarakat * kepatuhan Crosstabulation

			kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
DukunganMasyarakat	Kurang	Count	51	42	93
		% within DukunganMasyarakat	54.8%	45.2%	100.0%
	Cukup	Count	7	7	14
		% within DukunganMasyarakat	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	58	49	107
		% within DukunganMasyarakat	54.2%	45.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.115 ^a	1	.735		
Continuity Correction ^b	.003	1	.959		
Likelihood Ratio	.114	1	.735		
Fisher's Exact Test				.780	.477
Linear-by-Linear Association	.114	1	.736		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.41.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Masyarakat (Kurang / Cukup)	1.214	.394	3.738
For cohort kepatuhan = Tidak Patuh	1.097	.629	1.911
For cohort kepatuhan = Patuh	.903	.511	1.597
N of Valid Cases	107		

2. Analisis Multivariat

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	107	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	107	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		107	100.0

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

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Patuh	0
Tidak Patuh	1

Categorical Variables Codings

		Frequenc y	Parameter coding			
			(1)	(2)	(3)	(4)
PendidikanKeluar	Tidak tamat SD/MI	37	1.000	.000	.000	.000
	Tamat SD/MI	39	.000	1.000	.000	.000
	Tamat SMP/MTs	11	.000	.000	1.000	.000
	Tamat SMA/MA	14	.000	.000	.000	1.000
	Tamat Diploma/PT	6	.000	.000	.000	.000
LamaMerawat1	0-4 Tahun	44	1.000	.000		
	5-8 Tahun	29	.000	1.000		
	>8 Tahun	34	.000	.000		
statusekonomi	≤2.170.917	85	1.000			
	>2.170.917	22	.000			
jeniskelaminKeluarga	Laki-Laki	28	1.000			
	Perempuan	79	.000			
StatusKekerabatan	Kandung	86	1.000			
	Tidak Kandung	21	.000			
DukunganKeluargaa	Sedang	89	1.000			
	Tinggi	18	.000			
DukunganMasyarakat	Kurang	93	1.000			
	Cukup	14	.000			
PengetahuanKeluarga	Kurang baik	57	1.000			
	Baik	50	.000			
Biayaapengobatan	Gratis	85	1.000			
	Membayar atau membeli obat	22	.000			
efeksamping	ada	72	1.000			
	tidak ada	35	.000			
Jarakkepelayanankes	≤ 4 KM	96	1.000			
	>4 KM	11	.000			
UsiaKeluarga	Produktif	36	1.000			
	Tidak Produktif	71	.000			

Block 0: Beginning Block**Classification Table^{a,b}**

	Observed	Predicted			
		KepatuhanKeluarga		Percentage Correct	
		Patuh	Tidak Patuh		
Step 0	KepatuhanKeluarga	Patuh	0	49	.0
		Tidak Patuh	0	58	100.0
	Overall Percentage				54.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.169	.194	.755	1	.385	1.184

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables			
UsiaKeluarga(1)	5.127	1	.024
jeniskelaminKeluarga(1)	.006	1	.938
PendidikanKeluarg	22.686	4	.000
PendidikanKeluarg(1)	2.589	1	.108
PendidikanKeluarg(2)	7.649	1	.006
PendidikanKeluarg(3)	10.053	1	.002
PendidikanKeluarg(4)	4.264	1	.039
statusekonomi(1)	.992	1	.319
StatusKekerabatan(1)	5.087	1	.024
Lamamerawat2(1)	5.120	1	.024

PengetahuanKeluarga(1)	7.630	1	.006
DukunganKeluargaa(1)	20.634	1	.000
Jarakkepelayanankesehatan(1)	6.410	1	.011
efeksampling(1)	.665	1	.415
Biayaapengobatan(1)	.197	1	.657
DukunganMasyarakat(1)	.115	1	.735
Overall Statistics	54.200	15	.000

Block 1: Method = Forward Stepwise (Wald)

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	23.589	1	.000
	Block	23.589	1	.000
	Model	23.589	1	.000
Step 2	Step	31.236	4	.000
	Block	54.825	5	.000
	Model	54.825	5	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	123.986 ^a	.198	.264
2	92.750 ^b	.401	.536

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

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



Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	.000	0	.
2	.520	4	.972

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		KepatuhanKeluarga = Patuh		KepatuhanKeluarga = Tidak Patuh		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	17	17.000	1	1.000	18
	2	32	32.000	57	57.000	89
Step 2	1	11	10.638	0	.362	11
	2	10	10.000	1	1.000	11
	3	10	10.366	2	1.634	12
	4	6	6.044	4	3.956	10
	5	7	7.313	24	23.687	31
	6	5	4.638	27	27.362	32

Classification Table^a

		Predicted		
		KepatuhanKeluarga		Percentage Correct
Observed		Patuh	Tidak Patuh	
Step 1	KepatuhanKeluarga Patuh	17	32	34.7
	Tidak Patuh	1	57	98.3
	Overall Percentage			69.2
Step 2	KepatuhanKeluarga Patuh	37	12	75.5
	Tidak Patuh	7	51	87.9
	Overall Percentage			82.2

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
DukunganKeluar aa(1)	3.411	1.052	10.502	1	.001	30.281	3.849	238.236
Constant	-2.833	1.029	7.581	1	.006	.059		
Step 2 ^b								
PendidikanKeluar g			20.816	4	.000			
PendidikanKeluar g(1)	2.567	1.192	4.640	1	.031	13.024	1.260	134.581
PendidikanKeluar g(2)	3.166	1.219	6.750	1	.009	23.720	2.176	258.528
PendidikanKeluar g(3)	-.911	1.532	.354	1	.552	.402	.020	8.100
PendidikanKeluar g(4)	.968	1.288	.565	1	.452	2.632	.211	32.842
DukunganKeluar aa(1)	4.074	1.094	13.859	1	.000	58.782	6.883	502.006
Constant	-5.465	1.560	12.280	1	.000	.004		

a. Variable(s) entered on step 1: DukunganKeluarga.

b. Variable(s) entered on step 2: PendidikanKeluar.

Correlation Matrix

	Constant	Dukungan Keluarga(1)	Pendidikan Keluar(1)	Pendidikan Keluar(2)	Pendidikan Keluar(3)	Pendidikan Keluar(4)
Step 1						
Constant	1.000	-.978				
DukunganKeluar aa(1)	-.978	1.000				
Step 2						
Constant	1.000	-.698	-.700	-.733	-.519	-.629
PendidikanKeluar g(1)	-.700	.042	1.000	.864	.683	.813

PendidikanKeluar g(2)	-.733	.110	.864	1.000	.668	.796
PendidikanKeluar g(3)	-.519	-.004	.683	.668	1.000	.632
PendidikanKeluar g(4)	-.629	.011	.813	.796	.632	1.000
DukunganKeluarg aa(1)	-.698	1.000	.042	.110	-.004	.011

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 1	Variables	UsiaKeluarga(1)	4.118	1	.042
		jeniskelaminKeluarga(1)	.084	1	.772
		PendidikanKeluarg	29.941	4	.000
		PendidikanKeluarg(1)	2.990	1	.084
		PendidikanKeluarg(2)	10.245	1	.001
		PendidikanKeluarg(3)	16.460	1	.000
		PendidikanKeluarg(4)	3.126	1	.077
		statusekonomi(1)	.776	1	.378
		StatusKekerabatan(1)	2.716	1	.099
		Lamamerawat2(1)	5.990	1	.014
		PengetahuanKeluarga(1)	7.185	1	.007
		Jarakkepelayanankesehatan(1)	1.819	1	.177
		efeksampling(1)	.119	1	.730
		Biayaapengobatan(1)	.162	1	.687
		DukunganMasyarakat(1)	.019	1	.890
	Overall Statistics	38.419	14	.000	
Step 2	Variables	UsiaKeluarga(1)	1.025	1	.311
		jeniskelaminKeluarga(1)	.057	1	.812
		statusekonomi(1)	.297	1	.586
		StatusKekerabatan(1)	3.615	1	.057
		Lamamerawat2(1)	1.743	1	.187

PengetahuanKeluarga(1)	2.339	1	.126
Jarakkepelayanankesehatan(1)	2.193	1	.139
efeksamping(1)	.929	1	.335
Biayaapengobatan(1)	.560	1	.454
DukunganMasyarakat(1)	.745	1	.388
Overall Statistics	12.011	10	.284

