



**HUBUNGAN PERAN PERAWAT PENDIDIK DENGAN KEPATUHAN
MINUM OBAT KLIEN SKIZOFRENIA DI POLI PSIKIATRI
RSD dr. SOEBANDI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

Raras Rahmatichasari

NIM 12231010111

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2016



**HUBUNGAN PERAN PERAWAT PENDIDIK DENGAN KEPATUHAN
MINUM OBAT KLIEN SKIZOFRENIA DI POLI PSIKIATRI
RSD dr. SOEBANDI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana keperawatan

Oleh

Raras Rahmatichasari

NIM 122310101011

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2016

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Purnomo Shidiq, Ibunda Salis Pratiwi dan Kakakku Moch. Yoris Alidion yang selalu memberikan doa, didikan dan semangat selama ini;
2. keluarga besar alumni UNEJ yang telah memberikan doa dan dukungan;
3. guru-guruku di TK Permai Waru, SDN Tropodo 1 Waru, SMPN 1 Waru, SMAN 1 Waru, dan seluruh civitas akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
4. Ibu Iis Rahmawati, M. Kes dan Ns. Peni Perdani Juliningrum, M. Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan studi Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
5. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M. Kep., Sp., Kep., J., dan Ns. Muhamad Zulfatul A'la. S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing yang telah membimbing, memberi masukan, saran, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini;
6. Sahabat-sahabatku angkatan 2012 yang tergabung dalam “Florence Nightingale 2012” yang selalu memberikan dukungan dan kenangan yang terindah selama kita berjuang bersama di kampus ini;
7. Tim RSD dr. Soebandi yang telah membantu dalam pengumpulan data terkait skripsi, dan *caregiver* dari klien skizofrenia yang bersedia menjadi responden dalam pengumpulan data.

MOTO

"Allah-lah yang telah menurunkan ketenangan jiwa di dalam hati orang-orang mukmin, supaya keimanan mereka bertambah disamping keimanan mereka yang sudah ada"
(Terjemahan QS. Al Fath (48): 4)*

Jauh dari kontak dengan beberapa orang yang sangat khusus membuat aku seperti tersesat, tak tahu arah... maka, dalam banyak hal hidup ini terasa berat sekali. (John Forbes Nash, Jr., 1965)**

*)Departemen Agama Republik Indonesia. 2008. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Bandung: CV Penerbit Diponegoro.

**)Sylvia Nasar. 2005. *A Beautiful Mind (Kisah Seorang Genius Penderita Sakit Jiwa Peraih Nobel)*, Jakarta: Gramedia.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Raras Rahmatichasari

NIM : 122310101011

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember” yang saya tulis benar-benar hasil karya saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, Juni 2016

Yang menyatakan,

Raras Rahmatichasari
NIM 122310101011

SKRIPSI

**HUBUNGAN PERAN PERAWAT PENDIDIK DENGAN KEPATUHAN
MINUM OBAT KLIEN SKIZOFRENIA DI POLI PSIKIATRI
RSD dr. SOEBANDI KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Raras Rahmatichasari

NIM 122310101011

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M. Kep., Sp. Kep. J

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M. Kep

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, pada:

hari, tanggal : Senin, 27 Juni 2016

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan

Tim Penguji,

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota

Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp.Kep.J
NIP. 19811028 200604 2 002

Ns. Muhamad Zulfatul A’la, M. Kep
NIP. 19880510 201504 1 002

Penguji I

Penguji II

Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep, Sp.Kep.J
NIP. 19850511 200812 2 005

Ns. Dodi Wijaya, M.Kep
NIP. 19820622 201012 1 002

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep, M.Kes
NIP. 19780323 200501 2 002

Hubungan Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia di Poli Psikiatri dr. Soebandi Jember (*The Correlation Between Nurse Role As Educator And Adherence Of Schizophrenia Medication at Pyschiatric Unit RSD dr. Soebandi Jember*)

Raras Rahmatichasari

School of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Medication adherence has a several factors, one of them is the role of nurse educators. It is very important in thing for relapsing accident in schizophrenia client. The purpose of this research analyzed relationships of Nurse Role As Educator And Adherence Of Schizophrenia Medication at Pyschiatric Unit RSD dr. Soebandi. This study was an observational analytic using cross sectional study. Sampling method used consecutive samples and mount of sample 62 respondents. The instrument used a modification from Morisky Scales Medication adherence questionnaire. Data analyzed used spearman rank test andit showed CI= 95 %, p-value=0.000 . The conclusion has a correlation between the role of the nurse educator with medication adherence in schizophrenia clients at psychiatric policlinic. The role of the nurse educator was in good level (59.7%). Medication adherence with high adherence category (48.4%), the category of medium compliance(46.8%) and the remaining low compliance category. The conclusion was that the role of nurse educator affect medication adherence in order to prevent a relapse. The suggestion is the was nurse education increased the rule in the hospital with holding for with health promotion affective for schizophrenia client.

Keyword: *adherence, educator nurse's role, schizophrenia*

RINGKASAN

Hubungan Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember: Raras Rahmatichasari, 122310101011; 2016; xix+129 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Skizofrenia adalah suatu gangguan mental yang berat ditandai dengan tingkah laku aneh (*bizarre*), pikiran aneh, dan halusinasi (pendengaran dan penglihatan) seperti mendengar suara-suara atau melihat hal-hal yang tidak ada. Penatalaksanaan berupa terapi farmakologi yaitu dengan antipsikotik. Jumlah obat antipsikotik yang dikonsumsi tidak hanya dua jenis, akan tetapi sampai 3 jenis obat dalam sehari selama 4 sampai 6 minggu untuk masa percobaan obat. Adanya reaksi tidak menyenangkan secara kuat berkorelasi dengan respon yang buruk klien skizofrenia sehingga menjadi alasan utama terjadi kekambuhan dan kegagalan percobaan obat. Salah satu upaya meningkatkan kepatuhan minum obat yaitu meningkatkan pemahaman klien tentang gejala dan kriteria penyakit, karakteristik obat, dan penatalaksanaan program terapeutik melalui peran perawat pendidik. Atas dasar pertimbangan inilah peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul “Hubungan antara Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember”.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember. Manfaat penelitian bagi peneliti yakni mampu berpikir kritis dan ilmiah serta meningkatkan pengetahuan mengenai peran perawat pendidik dan kepatuhan minum obat. Manfaat bagi institusi pendidikan keperawatan yakni menjadi sumber rujukan terbaru dan bahan ajar mengenai keilmuan khususnya keperawatan jiwa dan manajemen. Manfaat bagi Instansi Pelayanan Kesehatan dapat dijadikan sumber informasi dan masukan untuk mengoptimalkan pendidikan kesehatan dan pembuatan kebijakan dalam

kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan, khususnya ditatanan keperawatan jiwa agar tidak timbul kembali ketidakpatuhan.

Desain penelitian adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Penyusunan hingga publikasi dilakukan mulai Desember 2015 hingga Juni 2016. Jumlah populasi pada penelitian ini adalah 171 klien skizofrenia dan jumlah sampel sebanyak 62 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Consecutive Sampling*. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner kepatuhan minum obat modifikasi dari *Morisky Medication Adherence Scales*.

Hasil uji statistik *spearman-rank* menunjukkan ada hubungan peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember ($p\ value = 0,000$ dan $r=0,536$; CI = 95%). Distribusi peran perawat pendidik berfungsi baik sebanyak 59,7 % dan tidak berfungsi baik sebanyak 40,3%. Kepatuhan minum obat dengan kategori kepatuhan tinggi sebanyak 48,4%, kategori kepatuhan sedang 46,8 % dan sisanya kategori kepatuhan rendah. Adanya indikator dalam peran perawat pendidik yang menjadi prioritas adalah kemampuan dalam berkomunikasi, wawasan luas, empati, dan contoh perilaku professional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa indikator peran perawat pendidik yang terlaksana dengan baik adalah indikator contoh perilaku professional, sehingga perlu ditingkatkan lagi mengenai indikator kemampuan komunikasi pada perawat agar sebagaimana fungsi dan tugas peran perawat pendidik dapat terlaksana dengan baik.

PRAKATA

Alhamdulillah, puji syukur senantiasa kami panjatkan kehadiran Tuhan YME karena atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi syarat kelulusan program sarjana pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tahun akademk 2015-2016. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bimbingan-bimbingan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep.,M. Kes., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M. Kep.,Sp., Kep., J., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberi masukan, saran, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
3. Ns. Muhamad Zulfatul A’la. S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberi masukan, saran, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini;
4. Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep.,Sp.Kep.J., dan Ns. Dodi Wijaya, M.Kep selaku Dosen Penguji yang telah membimbing, memberi masukan, saran, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi;
5. Ibu Iis Rahmawati, M. Kes dan Ns. Peni Perdani Juliningrum, M. Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan studi Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
6. Tim RSD dr. Soebandi yang telah membantu dalam studi pendahuluan dan pengumpulan data terkait skripsi;

7. Kedua orang tua saya Babe Purnomo Shidiq, Ibu Salis Pratiwi, dan Kakak Moch. Yoris Alidion serta keluarga besar tercinta yang telah mencurahkan perhatian dan dukungannya baik secara materil maupun non materil;
8. Sintara Ekayasa, Alifia Rizqi Pratama D, Rasita Siam Windira, Mahbub Rahmadani dan Teman-teman PSIK Universitas Jember angkatan 2012 yang selalu mendukung dan memberikan perhatian;
9. Semua pihak yang turut membantu dalam menyelesaikan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, terimakasih atas bantuan dan doanya.

Penulis menyadari bahwa ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun untuk hasil yang lebih baik. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan keperawatan.

Jember, Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	x
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Umum dan Khusus	8
1.4 Manfaat	9
1.4.1 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan	9
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan.....	9
1.4.3 Bagi Klien dan Keluarga	9
1.4.4 Bagi Peneliti	10
1.5 Keaslian Penelitian	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	13

2.1. Konsep Skizofrenia	13
2.1.1 Definisi	13
2.1.2 Etiologi	14
2.1.3 Patofisiologi.....	16
2.1.4 Manifestasi Klinik	17
2.1.5 Klasifikasi.....	20
2.1.6 Penatalaksanaan.....	22
2.1.7 Prognosis	27
2.2. Konsep Kepatuhan Minum Obat	28
2.2.1 Definisi	28
2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan	29
2.2.3 Faktor yang Menghambat Kepatuhan	32
2.2.4 Upaya Meningkatkan Kepatuhan	34
2.2.5 Alat Pengukuran Kepatuhan.....	35
2.2.5 Manajemen Regimen Terapeutik Tidak Efektif.....	37
2.3. Konsep Peran Perawat	39
2.3.1 Definisi	39
2.3.2 Peran Perawat	39
2.4. Peran Perawat Pendidik	43
2.4.1 Kemampuan yang Harus Dimiliki Perawat Pendidik.....	43
2.4.2 Peran Perawat dalam Memberikan Edukasi Bagi Klien.....	44
2.4.3 Standar Edukasi Kesehatan Bagi Klien	45
2.4.4 Tujuan Edukasi Kesehatan Bagi Klien.....	46
2.4.5 Prinsip dalam Edukasi Kesehatan	46
2.5 Hubungan Antara Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat ODS di Poliklinik	46
2.6 Kerangka Teori	49
BAB 3 KERANGKA KONSEP	50
3.1. Kerangka Konsep	50
3.2 Hipotesis Penelitian	51
BAB 4. METODE PENELITIAN	52

4.1 Desain Penelitian.....	52
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	52
4.2.1 Populasi Penelitian	53
4.2.2 Sampel Penelitian	53
4.2.3 Teknik Sampling	54
4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian.....	55
4.3 Tempat Penelitian	56
4.4 Waktu Penelitian	56
4.5 Definisi Operasional	56
4.6 Pengumpulan Data	58
4.6.1 Sumber Data	58
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	58
4.6.3 Alat Pengumpulan data	60
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas	64
4.7 Pengolahan Data	66
4.7.1 <i>Editing</i>	66
4.7.2 <i>Coding</i>	66
4.7.3 <i>Entry</i>	69
4.7.4 <i>Cleaning</i>	69
4.8 Analisis Data	69
4.8.1 Analisis Univariat	69
4.8.2 Analisis Bivariat	70
4.9 Etika Penelitian	71
4.9.1 <i>Informed Consent</i> (Persetujuan Riset)	72
4.9.2 Kerahasiaan	72
4.9.3 Keadilan	73
4.9.4 Asas Kemanfaatan	73
4.9.5 Anonimitas	74
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	75
5.1 Hasil Penelitian	75
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	75

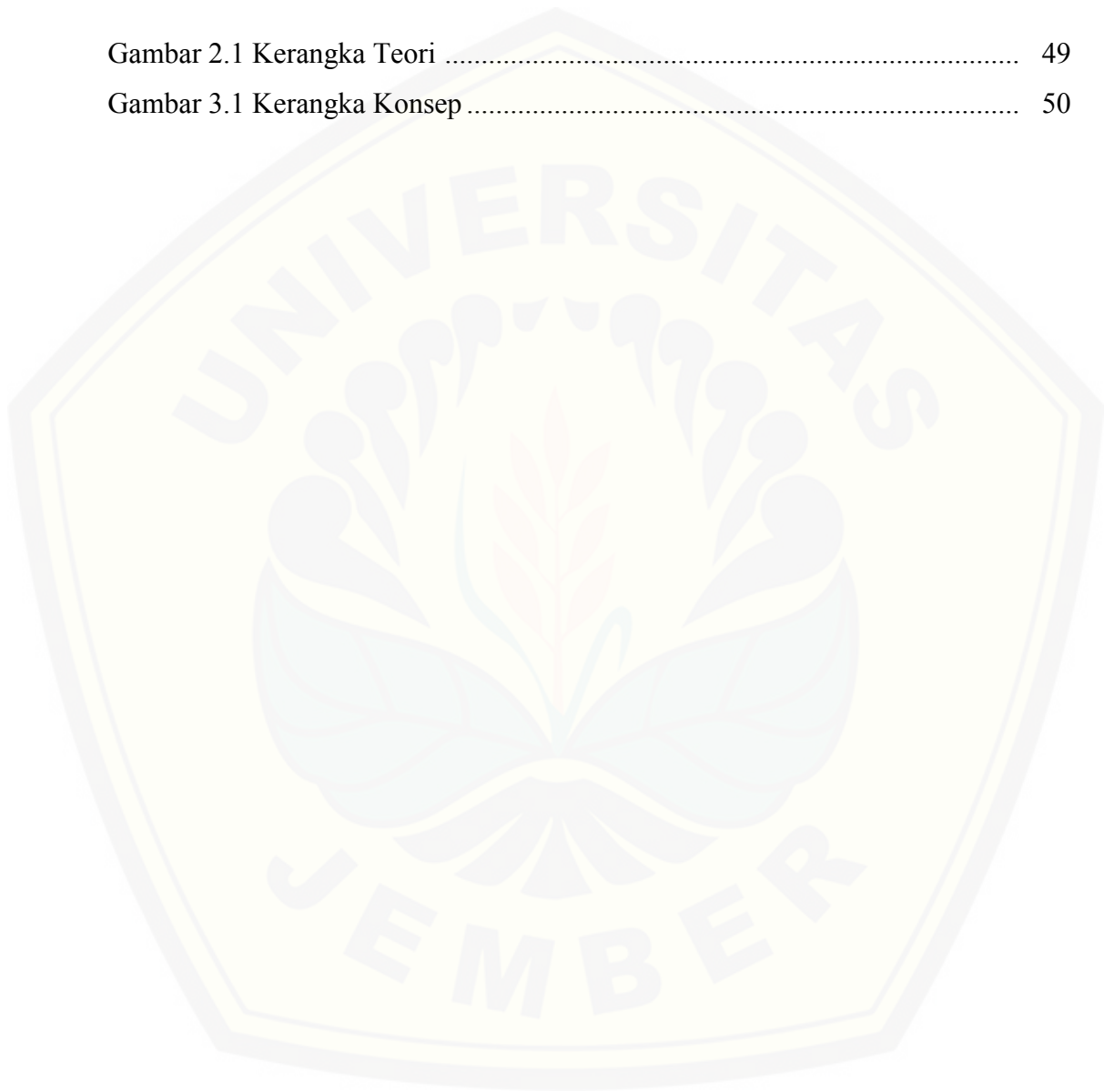
5.1.2 Karakteristik Klien Skizofrenia.....	76
5.1.3 Gambaran Peran Perawat Pendidik	79
5.1.4 Gambaran Kepatuhan Minum Obat.....	84
5.1.5 Hubungan Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat.....	86
5.2 Pembahasan	87
5.2.1 Analisis Karakteristik Klien Skizofrenia.....	87
5.2.2 Analisis Peran Perawat Pendidik.....	96
5.2.3 Analisis Kepatuhan Minum Obat	102
5.2.4 Analisis Hubungan Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat di Poli Psikiatri.....	104
5.3 Keterbatasan Penelitian	108
5.4 Implikasi Keperawatan	108
BAB 6. PENUTUP.....	111
6.1 Simpulan.....	111
6.2 Saran	112
6.2.1 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan	112
6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan	112
6.2.3 Bagi Klien dan Keluarga	113
6.2.4 Bagi Peneliti	113
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Perbedaan Penelitian	11
Tabel 2.1 Metode Pengukuran Kepatuhan	36
Tabel 4.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	57
Tabel 4.2 <i>Blue Print</i> Alat Pengumpulan Data Kuesioner Peran Perawat Pendidik	62
Tabel 5.1 Gambaran Karakteristik Klien Skizofrenia Data Numerik	77
Tabel 5.2 Gambaran Karakteristik Klien Skizofrenia Data Kategorik	78
Tabel 5.3 Distribusi Peran Perawat Pendidik	80
Tabel 5.4 Peran Perawat Pendidik	81
Tabel 5.5 Distribusi Indikator Peran Perawat Pendidik	83
Tabel 5.6 Gambaran Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia	84
Tabel 5.7 Gambaran Hubungan Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan....	86
Tabel 5.8 Analisis Hubungan Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia	86

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori	49
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	50



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	122
B. Lembar <i>Consent</i>	123
C. Kuesioner Karakteristik Responden.....	124
D. Kuesioner Peran Perawat Pendidik.....	125
E. Kuesioner Kepatuhan Minum Obat.....	128
F. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	130
G. Hasil Penelitian.....	136
H. Dokumentasi.....	150
I. Surat Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan.....	152
J. Surat Ijin Melaksanakan Uji Validitas dan Reliabilitas.....	157
K. Surat Ijin Melaksanakan Penelitian.....	160
L. Konsultasi Bimbingan Skripsi.....	165

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan suatu jenis penyakit kronis terbesar di era globalisasi. Menurut *World Health Organization* (WHO), gejala gangguan jiwa umumnya ditandai oleh beberapa kombinasi dari pikiran yang tidak normal, emosi, perilaku, dan hubungan dengan orang lain (WHO, 2010). Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) merupakan individu yang memiliki hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia karena manifestasi gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan (UU Kesehatan Jiwa No. 18 tahun 2014). Berdasarkan Riskesdas (2013: 164) ODGJ diklasifikasikan menjadi: gangguan jiwa berat dan gangguan mental emosional. Gangguan jiwa berat merupakan sindrom perilaku yang buruk dalam penilaian realitas atau tilikan (*insight*), hal ini dikenal dengan sebutan psikosis, yang termasuk dalam psikosis adalah klien skizofrenia. Menurut Kamus Kedokteran Dorland (2002: 970), definisi skizofrenia merupakan suatu sindroma disfungsi perilaku yang ditandai dengan halusinasi, delusi, dan pola pikiran yang kacau yang berkaitan dengan penilaian dalam diri klien dan dunia luar.

Menurut *National Institute of Mental Health* menunjukkan prevalensi skizofrenia di seluruh dunia sekitar 1,1 % dari populasi di atas usia 8 tahun atau sekitar 51 juta orang diseluruh dunia menderita skizofrenia. Prevalensi skizofrenia di negara sedang berkembang dan negara maju relatif sama yakni sekitar 20% dari

jumlah penduduk dewasa. Oleh karena itu siapa saja bisa terkena skizofrenia, tanpa melihat jenis kelamin, status sosial maupun tingkat pendidikan (NIMH, 2012).

Gangguan jiwa skizofrenia telah menduduki peringkat ke 4 dari 10 besar penyakit kronis yang membebankan diseluruh dunia (Stuart, 2006: 242). Skizofrenia merupakan gangguan mental yang berat, mempengaruhi sekitar 21 juta orang di seluruh dunia sehingga membuat sulit bagi orang yang terkena untuk bekerja atau belajar secara normal (WHO, 2015). Hal tersebut menandakan bahwa skizofrenia menjadi beban penyakit jiwa di dunia. Sebanyak sembilan puluh lima persen klien skizofrenia mengalami penyakit skizofrenia sepanjang hidupnya (Stuart, 2006: 242).

Sebuah penelitian dalam *The Hongkong Medical Diary* menjelaskan bahwa klien skizofrenia kronis mengalami kekambuhan berulang kali sehingga mengakibatkan defisit keterampilan personal dan vokasional, seperti dalam studi naturalistik menemukan bahwa tingkat kekambuhan pada klien skizofrenia yakni 70-82 % hingga lima tahun setelah klien masuk rumah sakit pertama kali. Penelitian di Hongkong menyatakan bahwa dari 93 klien skizofrenia masing-masing memiliki potensi kekambuhan 21%, 33% dan 40% pada tahun pertama, kedua, dan ketiga (Amelia & Anwar, 2013: 52). Hasil penelitian menunjukkan penyebab kekambuhan paling banyak pada klien skizofrenia adalah faktor ketidakpatuhan minum obat. Atas dasar hal tersebut perlu adanya dukungan dari keluarga, orang-orang terdekat dan juga lingkungan sekitar melalui pengawasan

secara intensif kepada klien skizofrenia untuk selalu mengkonsumsi obat (Simatupang, 2014: 05).

Salah satu negara yang memiliki angka kejadian gangguan jiwa berat yang relatif cukup tinggi adalah Indonesia. Prevalensi skizofrenia di Indonesia yakni sebesar 1,7 per 1000 penduduk atau sebanyak 400.000 orang, sedangkan di Jawa Timur sekitar 2,2 per mil. Hasil Riskedas dalam angka, provinsi Jawa Timur tahun 2013 memunculkan sebuah fenomena yang terjadi saat ini adalah tingginya prevalensi sekitar 21, 4 per mil, estimasi dari prevalensi tersebut berdampak bahwa 1 sampai 2 orang dari 1000 penduduk mengalami gangguan jiwa berat yaitu skizofrenia (Riskedas, 2013: 166).

Hasil penelitian yang mendukung dari Saputra (2012: 02) bahwa diperoleh data RSJD Surakarta pada tahun 2009 menerima 780 klien setiap bulan untuk rawat jalan yakni 525 klien patuh dalam pengobatan yaitu mereka datang sesuai jadwal yang telah ditentukan, 215 klien datang namun tidak sesuai dengan waktu dan 40 klien datang hanya pada kunjungan pertama. Demikian pula penelitian Pratiwi (2011: 06) bahwa RSJ Prof. Dr. HB Saanin Padang menerima jumlah klien skizofrenia yang berobat setiap bulan Januari-Juni tahun 2010 mencapai 300 klien. Kemudian 70 % klien mengetahui tentang penyakitnya dan percaya akan pengobatan medis, sedangkan 30 % tidak begitu percaya akan pengobatan medis karena alasan bosan minum obat terus-menerus, banyaknya obat yang harus diminum, dan tidak suka efek samping yang ditimbulkan oleh obat.

Gangguan skizofrenia bisa terjadi pada usia produktif yaitu dibawah usia 25 tahun yang menyerang sekitar satu persen populasi tanpa batasan kelas sosial dan

umumnya klien skizofrenia berlangsung seumur hidup (Sadock, 2010: 147). Penatalaksanaan skizofrenia yakni dengan terapi psikofarmakologi dan psikososial (WHO, 2015). Terapi psikososial berfokus pada komunikasi individu untuk menjalankan fungsi dan penyesuaian sosial (Halgin & Whitbourne, 2010: 68), sedangkan psikofarmakologi merupakan penggunaan psikotropik untuk mengontrol sebagian besar gejala skizofrenia (halusinasi, delusi, dan perilaku aneh) yakni dengan obat antipsikotik (Dorland, 2002:909). Karakteristik terapi psikofarmakologis yang kontinuitas dan kompleks memberikan efek samping ekstrapiramidal (Pantelis & Lambert, 2003: 63). Menurut Capernito (2006: 297), pemberian terapi psikofarmakologi yang kompleks dan berkepanjangan disertai efek samping yang tidak menyenangkan dapat menghambat kepatuhan minum obat klien skizofrenia.

Kepatuhan minum obat menggambarkan perilaku klien minum obat dengan benar tentang dosis, aturan minum obat, frekuensi, dan waktu (Videbeck, 2008: 31). Jumlah obat antipsikotik yang dikonsumsi tidak hanya dua jenis, akan tetapi sampai 3 jenis obat dalam sehari selama 4 sampai 6 minggu untuk masa percobaan obat (Fleishhacker, 2003: 12). Adanya reaksi tidak menyenangkan secara kuat berkorelasi dengan respon yang buruk klien skizofrenia sehingga menjadi alasan utama terjadi kekambuhan dan kegagalan percobaan obat (Sadock, 2010: 166).

Salah satu upaya meningkatkan kepatuhan minum obat yaitu meningkatkan pemahaman klien tentang gejala dan kriteria penyakit, karakteristik obat, dan penatalaksanaan program terapeutik (Stuart, 2006: 256). Hal itu merupakan

bagian dari intervensi peran perawat pendidik (Kusnanto, 2004: 83). Perawat memiliki tanggung jawab memberikan edukasi dalam penatalaksanaan klien skizofrenia (Potter & Perry, 2005: 339). Jadi dapat disimpulkan bahwa keberhasilan pengobatan klien skizofrenia yakni kepatuhan mengosumsi obat melalui edukasi kesehatan yang diberikan oleh perawat. Penyampaian informasi tersebut merupakan hal yang sangat penting karena dengan informasi adekuat maka pesan yang disampaikan akan dilakukan dengan benar dan dapat memotivasi klien skizofrenia dalam kepatuhan pengobatan, sebaliknya informasi yang kurang akan menimbulkan ketidakpatuhan minum obat.

Hal ini dapat diartikan bahwa penilaian klien tentang peran perawat pendidik serta kepatuhan pengobatan merupakan sesuatu hal yang perlu dicermati bersama. Fenomena ini dibuktikan dengan tingginya angka kejadian gangguan jiwa berat, yaitu skizofrenia dengan peningkatan jumlah klien rawat jalan yang pernah masuk rumah sakit sebelumnya atau klien skizofrenia yang masih melakukan kontrol rutin (klien lama) yang memiliki risiko tidak patuh minum obat di Rumah Sakit Daerah (RSD) dr. Soebandi Kabupaten Jember. RSD dr. Soebandi merupakan rumah sakit kelas B milik pemerintahan di Kabupaten Jember yang menyediakan pelayanan rawat jalan (Poli) psikiatri bagi klien skizofrenia.

Data rekam medis menunjukkan jumlah klien skizofrenia rawat jalan di Poli psikiatri kurang lebih sebanyak 2.038 orang. Sebanyak 1.912 orang (93 %) merupakan data klien skizofrenia rawat jalan yang pernah masuk rumah sakit sebelumnya atau klien skizofrenia yang masih melakukan kontrol rutin (klien lama). Klien rawat jalan yang menjalani pemeriksaan di poli psikiatri RSD dr.

Soebandi Jember masih mengalami halusinasi dengar maupun penglihatan (gejala positif dari skizofrenia) (Data bidang pelayanan & keperawatan RSD dr. Soebandi tahun 2014).

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan pihak manajemen RSD dr. Soebandi bulan Desember 2015 pada Poli Psikiatri (Jiwa) menunjukkan bahwa jumlah klien skizofrenia rawat jalan adalah 2.628 orang dan dari data tersebut didapatkan 2.057 orang (78 %) adalah klien yang punya riwayat pernah masuk rumah sakit sebelumnya (klien lama) untuk melakukan kontrol rutin selama sebulan sekali. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat fenomena peningkatan gangguan jiwa skizofrenia berdasar jumlah klien baru yang belum pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya. Hal ini semakin diperjelas dengan gangguan skizofrenia menduduki peringkat 1 dari 10 besar gangguan jiwa di poli psikiatri. Perlunya dukungan keluarga dan masyarakat untuk mengurangi frekuensi kekambuhan pada klien skizofrenia serta perlunya peran perawat dalam pemberian edukasi untuk mengurangi peningkatan ketidakpatuhan pengobatan pada klien skizofrenia.

Hasil studi pendahuluan melalui wawancara yang dilakukan peneliti dengan tenaga kesehatan (perawat) Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi pada bulan Januari 2016 bahwa kepatuhan minum obat klien skizofrenia diketahui melalui kegiatan kontrol rutin dan minum obat secara teratur dalam jangka waktu satu bulan sekali. Klien skizofrenia rawat jalan RSD dr. Soebandi Jember mendapatkan 2 sampai 3 jenis obat antipsikotik oral yakni *haloperidol*, *chlorpromazine*, *risperidone* atau *thiondazine* dan lain-lain, untuk menangani gejala negatif ataupun gejala positif

yang masih muncul. Adapun jumlah tenaga kesehatan Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember yaitu perawat berjumlah 2 orang, dokter spesialis jiwa berjumlah 3 orang, dan rata-rata dokter muda sementara sekitar 6 orang. Tenaga kesehatan di Poli Psikiatri menangani 20 sampai 30 klien skizofrenia setiap harinya dengan membutuhkan waktu kurang lebih 15 menit setiap kontrol rutin. Intervensi yang diberikan bisa berupa injeksi dan konsultasi mengenai perkembangan kondisi klien skizofrenia.

Hasil wawancara dari 5 keluarga dari klien skizofrenia mengatakan perawat menyampaikan gangguan jiwa yang dialami oleh anggota keluarga dan memberikan rekomendasi pengobatan yang berkelanjutan seperti banyaknya obat yang harus diminum, adanya efek samping yang tidak menyenangkan serta biaya yang harus dikeluarkan dalam menebus obat setiap bulannya. Hasil wawancara dari 5 keluarga klien skizofrenia didapatkan hasil dari 2 keluarga klien skizofrenia menyatakan bahwa klien sering melewatkan minum obat tepat waktu dan klien sudah bosan minum obat karena juga mengosumsi obat lain seperti *benzodiazepin* atau *imidazobenzodiazepin*, selain itu beberapa saat setelah minum obat kepala terasa pusing berat sehingga ini menjadi alasan klien skizofrenia susah untuk minum obat dan tidak mau bergantung pada obat. Atas dasar pertimbangan inilah peneliti tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan antara peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti merumuskan masalah penelitian adakah hubungan antara peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian berdasarkan rumusan masalah yang adalah untuk mengetahui hubungan peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan umum penelitian, tujuan khusus yang dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, lama sakit, diagnosa medis, jenis obat, dan lama pengobatan) klien skizofrenia rawat jalan;
- b. Mengidentifikasi peran perawat sebagai pendidik di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember;
- c. Mengidentifikasi kepatuhan minum obat pada klien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember;

- d. Menganalisis hubungan peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi bagi rumah sakit mengenai peran perawat pendidik dengan klien skizofrenia rawat jalan dalam kepatuhan minum obat. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sumber informasi dan masukan untuk mengoptimalkan pendidikan kesehatan dan pembuatan kebijakan dalam kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan, khususnya ditatanan keperawatan jiwa agar tidak timbul kembali ketidakpatuhan pengobatan karena kurangnya informasi yang didapat oleh klien dan keluarga.

1.4.2 Manfaat Bagi Intitusi Pendidikan

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi Manfaat bagi dosen di pendidikan keperawatan adalah dapat menjadi bahan ajar dalam proses pembelajaran. Manfaat bagi mahasiswa keperawatan adalah dapat menjadi sumber rujukan tentang hubungan peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan, sehingga diharapkan mampu meningkatkan keilmuan khususnya keperawatan jiwa dan manajemen.

1.4.3 Manfaat Bagi Klien dan Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi bagi klien skizofrenia dan keluarga tentang pentingnya peran perawat pendidik guna memberikan informasi tentang kepatuhan pengobatan klien skizofrenia rawat jalan agar dapat sembuh secara optimal.

1.4.4 Manfaat Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah meningkatkan kemampuan dalam melakukan penelitian, mampu berpikir kritis dan ilmiah serta meningkatkan pengetahuan tentang hubungan peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan.

1.5 Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian yang mendasar dan mendukung penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Rega (2012) dengan judul “*Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Mengonsumsi Obat Antipsikotik Pada Klien yang Mengalami Gangguan Jiwa di Poli rawat Jalan RSJD Surakarta*”. Penelitian ini dengan pendekatan *cross sectional* dengan penggunaan metode kuantitatif. Hasil penelitian ini yaitu dukungan keluarga dalam mengonsumsi obat antipsikotik adalah cukup (66%), kepatuhan mengonsumsi obat antipsikotik adalah cukup patuh (62%), dan terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan mengonsumsi obat antipsikotik pada klien yang mengalami gangguan jiwa di poli rawat jalan Rumah Sakit jiwa Daerah Surakarta.

Peneliti sekarang yang mendukung penelitian terdahulu dilakukan oleh Raras (2015) dengan judul “*Hubungan antara Peran Perawat sebagai Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia di Poli Pskikiatri RSD dr. Soebandi Jember*”. Penelitian ini direncanakan dengan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil penelitian yang diharapkan yaitu sebagian besar dari perawat menjalankan peran sperawat pendidik berhubungan bermakna dengan kepatuhan dalam minum obat oleh orang dengan skizofrenia rawat jalan.

Tabel 1.1 Perbedaan Penelitian

Variabel	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Mengonsumsi Obat Antipsikotik Pada Klien Yang Mengalami Gangguan Jiwa di Poli rawat Jalan RSJD Surakarta	Hubungan antara Peran Perawat sebagai Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat klien skizofrenia di Poli Pskikiatri RSD dr. Soebandi Jember
Tempat penelitian	RSJD Surakarta	RSD dr. Soebandi Jember
Tahun penelitian	2012	2016
Peneliti	Rega Saputra	Raras Rahmatichasari
Variabel independen	Dukungan Keluarga	Peran Perawat pendidik
Responden Penelitian	Keluarga	<i>Caregiver</i> atau pengasuh
Metode Penelitian	<i>Cross Sectional</i>	<i>Cross Sectional</i>
Teknik Sampling	<i>Purposive Sampling</i>	<i>Consecutive Sampling</i>
Teknik Analisis Data	<i>Uji Spearman Rho</i>	<i>Uji Spearman Rank</i>
Hasil Penelitian	Dukungan keluarga berhubungan bermakna dengan kepatuhan mengonsumsi obat antipsikotik pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di poli rawat jalan RSJD Surakarta	...

Perbedaan dengan penelitian ini yaitu terletak pada tempat dan variabel penelitian. Berdasarkan judul dapat dilihat variabel penelitian sekarang yaitu peran perawat sebagai edukator. Perbedaan selanjutnya yaitu tempat penelitian yang akan dilakukan. Selain itu metode yang digunakan adalah kuantitatif.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Bagian ini akan menguraikan mengenai teori konsep perawat dan peran perawat sebagai pendidik, kepatuhan minum obat, dan klien skizofrenia.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia adalah suatu gangguan mental yang berat ditandai dengan tingkah laku aneh (*bizarre*), pikiran aneh, dan halusinasi (pendengaran dan penglihatan) seperti mendengar suara-suara atau melihat hal-hal yang tidak ada (Semiun, 2008: 20). Beberapa ahli berpendapat bahwa skizofrenia disebabkan oleh ketidakseimbangan biokimiawi yang dimulai pada usia remaja atau usia dewasa ditandai dengan tingkah laku yang terus-menerus memburuk dan timbul kepribadian terbelah (artinya sebagai diri yang terpisah dari kenyataan) (Kraepelin & Bleuler dalam Semiun, 2008: 21).

Menurut Kartono (2009: 167) menyatakan bahwa klien skizofrenia mengalami disintegrasi pribadi dan kepecahan pribadi berupa dengan melarikan diri dari kenyataan hidup dan berdiam diri dalam dunia fantasi sehingga membuat pola pikiran melompat-lompat tanpa arah (*flight ideas*). Beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang ditandai dengan kepribadian yang terbelah sehingga timbul tingkah laku dan pola pikiran tak jelas yang ditandai dengan munculnya halusinasi penglihatan dan pendengaran.

2.1.2 Etiologi

Beberapa gejala dan prognosis skizofrenia yang dianggap sebagai penyebab adalah teori diatesis-stres model, yaitu antara lain (Sadock & Sadock, 2010: 144):

a. Genetik atau Keturunan

Hubungan kejadian dalam keturunan dengan orangtua biologis memiliki prevalensi yang lebih besar disebabkan oleh kesesuaian gen dan pengaruh atau penyesuaian dari orang tua (Sadock & Sadock, 2010: 144). Penjelasan lain menurut Wender, *et al.*, (dalam Semiun, 2008: 51) mengemukakan bahwa skizofrenia yang terjadi pada diri orang tua dan juga anak disebabkan karena memiliki gen yang sama dan bukan karena proses pengasuhan anak.

Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian keluarga klien skizofrenia dan terutama anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri yakni 0,9 – 1,8 %; bagi saudara kandung 7- 15 %; bagi anak dengan salah satu orang tua menderita skizofrenia 7 – 16 %; bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40 – 68 %; bagi kembar dua telur (heterozigot) 2 – 15 %; bagi kembar satu telur (monozigot) 61 – 86 % (Maramis, 2009: 263).

b. Faktor Biologis

Tentang faktor biologis sebagai faktor resiko terjadinya gangguan jiwa antara lain; hipotesis dopamin yang menyatakan bahwa gejala skizofrenia dapat terjadi akibat peningkatan aktivitas dopamin di sistem limbik atau kortikal otak (berkaitan dengan gejala positif skizofrenia) dan penurunan aktivitas dopamin frontal (berkaitan dengan gejala negatif skizofrenia) oleh aktivitas dopaminergik (Sadock & Sadock, 2010: 144). Sedangkan hipotesis

serotonin menunjukkan bahwa peningkatan serotonin memiliki peran dalam perkembangan gejala negatif skizofrenia (Marder & O'Connor, dalam Videbeck 2008: 352). Perubahan anatomi otak seperti pelebaran lateral ventrikel, atrofi korteks atau atrofi otak kecil (*cerebellum*) setelah dilakukan CT Scan (Stuart, 2006: 247).

c. Psikososial dan Lingkungan

Klien yang memiliki keluarga dengan tingkat emosional tinggi beresiko mengalami kekambuhan skizofrenia (Sadock & Sadock, 2010: 144). Kelas sosial ekonomi rendah merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi penyebab skizofrenia (Gottesman, 1991 dalam Halgin & Whitburne, 2010: 65). Selain itu peran tenaga kesehatan dalam program terapeutik dapat meningkatkan kualitas hidup klien skizofrenia (Arif, 2006: 46). Dari beberapa pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa penyebab skizofrenia dipengaruhi oleh faktor eksternal yaitu faktor keluarga, lingkungan, dan tenaga kesehatan.

d. Teori *Infectious*

Bukti dari teori *infectious* yaitu dengan perkembangan virus yang memperlambat perubahan neuropatologis sesuai dengan adanya infeksi di saat *perinatal* dan *postnatal*, yaitu: pada gliosis, jaringan parut glial, dan antibodi antivirus dalam serum dan cairan serebrospinal (CSF) dari beberapa klien skizofrenia (Sadock & Sadock, 2010: 146).

2.1.3 Patofisiologi

Kaplan dan Sadock (2010: 736) menyatakan bahwa perjalanan penyakit atau patofisiologi penyakit skizofrenia sangat bervariasi pada tiap-tiap individu. Perjalanan klinis skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan meliputi beberapa fase yang dimulai dari keadaan pramorbid (fase normal), prodromal, fase aktif gejala dan fase residual. Beberapa fase akan berlangsung minimal selama 6 bulan pada klien yang terdiagnosis skizofrenia (Halgin & Whitbourne, 2010: 45).

a. Fase prodromal

Fase prodromal ditandai dengan deteriorasi yang jelas dalam fungsi kehidupan, sebelum fase aktif gejala gangguan, dan tidak disebabkan oleh gangguan afek atau akibat gangguan penggunaan zat, serta mencakup paling sedikit dua gejala (Halgin & Whitbourne, 2010: 45). Awal munculnya skizofrenia dapat terjadi setelah melewati suatu periode yang sangat panjang, yaitu ketika seorang individu mulai menarik diri secara sosial dari lingkungannya (Kaplan & Sadock, 2010: 736).

Pada fase ini menurut Lehman *et al.*, (2004, dalam Loebis, 2007: 5) mengemukakan yang mengalami kemunduran dalam fungsi-fungsi mendasar (pekerjaan sosial dan rekreasi), dan muncul gejala nonspesifik seperti gangguan tidur, ansietas, konsentrasi berkurang, dan defisit perilaku (kemunduran fungsi peran dan isolasi sosial). Gejala positif seperti curiga mulai berkembang di akhir fase prodromal dan berarti sudah mendekati menjadi fase aktif (Kaplan & Sadock, 2010: 736).

b. Fase aktif gejala

Fase aktif gejala ditandai dengan munculnya gejala-gejala skizofrenia secara jelas yaitu dapat ditandai oleh adanya kesenjangan yang semakin besar antara individu dengan lingkungan sosialnya (Prabowo, 2007: 26). Smtom yang timbul selama fase aktif antara lain delusi, halusinasi, ucapan yang tidak beraturan, perilaku terganggu, dan gejala negatif yakni ketidakmampuan berbicara atau kurangnya inisiatif (Halgin & Whitbourne, 2010: 45).

c. Fase residual

Fase residual terjadi setelah fase aktif gejala paling sedikit terdapat dua gejala kriteria diagnosis skizofrenia yang bersifat menetap dan tidak disebabkan oleh gangguan afek atau gangguan penggunaan zat (Prabowo, 2007: 26). Dalam perjalanan gangguannya, beberapa klien skizofrenia mengalami kekambuhan hingga lebih dari lima kali, sehingga tantangan terapi saat ini adalah untuk mengurangi dan mencegah terjadinya kekambuhan (Prabowo, 2007: 26).

2.1.4 Manifestasi Klinik

Maslim (2013: 227) mengemukakan bahwa skizofrenia adalah gangguan yang diagnosis didasarkan pada observasi dan deskripsi klien berdasarkan oleh *The Fifth Edition of Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*, setidaknya terdapat dua dari lima gejala atau gejala berikut dalam kurun waktu satu bulan atau sedikitnya jika sudah melakukan pengobatan yaitu: (1) delusi, (2)

halusinasi, (3) bicara tidak teratur (inkoheren), (4) perilaku tidak teratur atau katatonik, atau (5) gejala negatif (misalnya, afek datar, *avolition*). Tanda dan gejala yang muncul akan berlangsung selama minimal 6 bulan kepada klien skizofrenia sebagai gejala awal.

Davidson dan Neale (dalam Prabowo, 2007: 19) menyatakan bahwa secara umum karakteristik gejala skizofrenia (kriteria A) dapat digolongkan dalam tiga kelompok: gejala positif, gejala negatif, dan gejala lainnya.

- a. Gejala positif adalah gejala nyata yang bersifat *bizarre* atau aneh (Davidson dan Neale, dalam Prabowo, 2007: 19). Gejala positif skizofrenia antara lain:
 - 1) Delusi atau waham merupakan gangguan pada isi pikiran berupa keyakinan yang salah dan dipertahankan tanpa adanya dasar dalam realitas (Videbeck, 2008: 349). Jenis delusi adalah:
 - a) *Delusion of control* atau kontrol adalah waham tentang individu yang percaya perilakunya dikendalikan oleh objek atau orang tertentu (Maslim, 2013 :46);
 - b) *Delusion of influence* atau curiga adalah waham tentang individu merasa terancam dan percaya seseorang akan membahayakan dirinya (Townsend, 2010: 163);
 - c) *Delusion of passivity* atau rujukan adalah waham tentang individu yang mengarahkan peristiwa di lingkungan sekitar ke diri sendiri (Townsend, 2010: 163);

- d) *Delusion of perception* atau kebesaran adalah waham tentang individu merasa lebih sangat penting atau berkuasa (Maslim, 2013: 46).
- 2) Halusinasi merupakan gangguan pada persepsi yang tidak terjadi dalam realitas (Videbeck, 2008: 349). Halusinasi menyerang pada pancaindra pendengar dan penglihatan, walaupun halusinasi pengecap, pencium dan peraba dapat terjadi (Townsend, 2010: 163);
- 3) Ketidakteraturan pembicaraan yang melompat-lompat dari satu topik ke topik lain (*flight ideas*) disertai gagasan yang terpecah-pecah, perubahan perilaku meniru orang lain (ekopraksia), dan melakukan pengulangan topik yang sama (perseverasi).
- b. Gejala negatif adalah menurunnya atau tidak adanya perilaku tertentu, seperti perasaan yang datar, tidak adanya perasaan yang bahagia dan gembira, menarik diri, ketiadaan pembicaraan yang berisi, mengalami gangguan sosial, serta kurangnya motivasi untuk beraktivitas (Kendall & Hammen, 1998 dalam Prabowo, 2007: 20). Beberapa gejala negatif antara lain:
- 1) *avolition* atau *apathy*, hilangnya energi dan minat atau ketidakmampuan untuk mempertahankan hal-hal yang awalnya merupakan aktivitas rutin (Halgin & Whitbourne, 2010: 49);
- 2) *alogia*, kemiskinan kuantitas dan atau isi pembicaraan (Halgin & Whitbourne, 2010: 49);

- 3) *anhedonia*, ketidakmampuan untuk memperoleh kesenangan menjalani hidup, aktivitas, atau hubungan (Videbeck, 2008: 349);
- 4) *abulia*, berkurangnya impuls untuk bertindak atau berpikir dalam bersosialita (Wiramihardja, 2005 dalam Prabowo, 2007: 20);
- 5) *affective flattening*, afek yang datar dan ketidakmampuan menampilkan ekspresi emosi (Halgin & Whitbourne, 2010: 49).

2.1.5 Klasifikasi

Sadock (2010: 156) dalam bukunya berjudul *Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry- 2th Ed* mengemukakan klasifikasi skizofrenia digolongkan menjadi beberapa tipe berdasarkan definisi dan gejala didalam DSM IV TR, yaitu antara lain:

a. Skizofrenia Paranoid

Tipe skizofrenia yang memenuhi beberapa kriteria sebagai berikut: Klien biasanya merasakan tegang, curiga, dan agresif (Kartono, 2002: 170). Preokupasi dengan kehadiran satu atau lebih delusi atau halusinasi dengar yang menonjol secara berulang-ulang (Halgin & Whitbourne, 2010: 50), seperti: pembicaraan yang tidak terorganisir, perilaku yang tidak terorganisir atau katatonik, atau afek yang datar atau tidak sesuai (Sadock, 2010: 156).

b. Skizofrenia Hebefrenik

Tipe hebefrenik memiliki beberapa kriteria yang menonjol pada klien adalah sebagai berikut : komunikasi yang inkoheren (Townsend, 2010: 157), perilaku yang tidak terorganisir, dan afek yang datar atau tidak sesuai

realitas (Videbeck, 2008: 349), perilaku regresi atau primitif seperti menyeringai aneh, meringis, cekikikan atau senyum sendiri (Maslim, 2013: 49).

c. Skizofrenia Katatonik

Tipe skizofrenia dengan gambaran klinis yang didominasi oleh sekurang-kurangnya dua hal berikut ini :

- 1) Imobilitas motorik, seperti ditunjukkan adanya *katalepsi* (termasuk fleksibilitas lilin) atau *stupor* (Kartono, 2002: 169);
- 2) Aktivitas motorik yang berlebihan (tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal), seperti kegembiraan tanpa tujuan dengan resiko menciderai diri sendiri atau orang lain mungkin terjadi (Sadock, 2010: 156);
- 3) *Negativisme* yang berlebihan (sebuah resistensi yang tampak tidak adanya motivasi terhadap semua bentuk perintah atau mempertahankan postur yang kaku dan menentang untuk menggerakkan atau berkomunikasi (*mutism*) (Videbeck, 2008: 349);
- 4) Gerakan-gerakan sadar yang aneh dengan mengikuti tingkah laku orang lain (*echopraxia*), seperti ditunjukkan oleh tubuh (mengambil postur yang tidak lazim atau aneh secara disengaja), gerakan stereotipik yang berulang-ulang, *manerism* yang menonjol, atau bermuka menyeringai secara menonjol (Kartono, 2002: 170; Sadock, 2010: 156);
- 5) Ekolalia (pembicaraan yang tidak bermakna, mengulang ucapan orang lain, dan gerakan yang tidak terkendali) (Videbeck, 2008: 349).

d. Skizofrenia Tak Tergolongkan

Tipe Skizofrenia yang memenuhi kriteria A, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk tipe paranoid, terdisorganisasi, dan katatonik (Maslim, 2013: 50). Akan tetapi klien akan ditandai dengan delusi dan halusinasi yang menonjol, ketidaklogisan atau perilaku yang kacau (Sadock, 2010: 156).

e. Skizofrenia Residual

Tipe Skizofrenia yang memenuhi kriteria sebagai berikut : tidak adanya delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terorganisir, dan perilaku yang tidak terorganisasi atau katatonik yang menonjol (Halgin & Whtibourne, 2010: 51). Selain itu terdapat tanda-tanda gangguan, seperti adanya gejala negatif atau dua atau lebih gejala yang menonjol (Maslim, 2013: 49). Walaupun ditemukan dalam bentuk yang lemah (misalnya, keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim, emosional, dan isolasi sosial) (Sadock, 2010: 156).

2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada klien skizofrenia dapat berupa terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi.

a. Terapi Farmakologi

Undang Undang No 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa Pasal 61 menyatakan bahwa terapi farmakologi atau obat-obatan yang dipergunakan untuk pengobatan klien skizofrenia disebut obat antipsikotik. Obat antipsikotik bekerja untuk mengontrol gejala positif yang dialami klien

skizofrenia seperti halusinasi, delusi, dan perubahan pola pikir (Videbeck, 2008: 349). Serta gejala negatif antara lain tidak adanya motivasi, menarik diri, dan anhedonia (Videbeck, 2008 :354).

Hasil studi penelitian menurut Pantelis dan Lambert (2003: 62) memaparkan bahwa pengobatan skizofrenia dibagi menjadi 2 jenis yaitu *First Generation Antipsychotics* (FGA) atau disebut juga antipsikotik ‘tipikal’ dan *Second Generation Antipsychotics* (SGA) atau yang disebut antipsikotik ‘atipikal’. Obat yang termasuk dalam golongan SGA yang sering digunakan adalah *olanzapine, clozapine, dan risperidone*. Sedangkan obat yang termasuk dalam golongan FGA adalah *haloperidol, flupenazine, dan chlorpromazine*. Perbedaan efek samping ekstrapiramidal antara kedua jenis obat antipsikotik adalah toleransi klien terhadap efek obat lebih baik dan penurunan gejala lebih cepat pada obat antipsikotik golongan SGA atau atipikal (Pantelis & Lambert, 2003: 63).

Efek samping antipsikotik menimbulkan ketidaknyamanan ringan sampai gangguan gerakan yang permanen menjadi alasan utama klien skizofrenia menghentikan atau mengurangi dosis obat (Marder, 2000 dalam Videbeck, 2008: 355). Yusuf (2015: 281) mengemukakan bahwa efek utama obat antipsikotik adalah mensupresi gejala psikotik seperti gangguan proses pikir (waham), gangguan persepsi (halusinasi), aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresivitas), dan juga memiliki efek samping ekstrapiramidal. Efek samping yang dapat terjadi antara lain sebagai berikut:

1) Gangguan neurologik

a) Gejala ekstrapiramidal

- (1) Akatisia merupakan kegelisahan motorik sehingga klien tidak dapat merasa tenang (Videbeck, 2008: 356);
- (2) Distonia akut merupakan kekakuan otot terutama otot lidah (prostusio lidah), tortikolis (otot leher tertarik kesatu sisi), opistotonus (otot punggung tertarik kebelakang), dan okulogirikrisis (mata seperti tertarik ke atas) (Yusuf, 2015: 281);
- (3) Sindroma parkinson/ *Parkinsonsm* meliputi kekakuan otot, tremor kasar, muka topeng, hipersalivasi (Videbeck, 2008: 356). Terapi parkinsonsm (antikolinergik) merupakan suatu pereda gejala efek samping ekstrapiramidal (Townsend, 2010: 538);
- (4) Diskinesia tardif ditandai dengan gerakan-gerakan involunter yang berulang dan terkontrol pada bagian tubuh/ kelompok otot tertentu, karena pemakaian antipsikotik jangka lama selama 1 tahun atau lebih (Halgin & Whitbourne, 2010: 68).

b) Gangguan otonom

- (1) Hipotensi ortostatik/ postural ditandai dengan penurunan tekanan darah pada perubahan posisi, misalnya dari keadaan berbaring kemudian tiba-tiba berdiri, sehingga dapat terjatuh atau syok/ kesadaran menurun (Yusuf, 2015: 281);

- (2) Gangguan sistem gastrointestinal yang ditandai dengan mulut kering, obstipasi, hipersalivasi, dan diare (Townsend, 2010: 519);
 - (3) Gangguan urogenital yaitu inkontenesia urine (Yusuf, 2015: 282);
 - (4) Gangguan mata yaitu kesulitan akomodasi, penglihatan kabur, fotopobia karena terjadi mydriasis (Yusuf, 2015: 282);
 - (5) Gangguan pada hidung yang ditandai dengan selaput lendir hidung edema sehingga klien merasa hidungnya mampet (Yusuf, 2015: 282).
- c) Gangguan hormonal ditandai dengan hiperprolaktinemia, galactorrhoea, amenorrhoea, gynecomastia pada laki-laki (Yusuf, 2015: 282);
 - d) Gangguan hematologi ditandai dengan agranulositosis, thrombosis, dan neutropenia (Yusuf, 2015: 281).

b. Terapi Non-farmakologi

Sadock dan Sadock (2010: 154); Yusuf (2015: 280) memaparkan bahwa perawatan terpenting dalam menangani klien skizofrenia adalah perawatan obat-obatan antipsikotik (terapi farmakologi) yang dikombinasikan dengan perawatan terapi rehabilitasi (terapi nonfarmakologi) agar meningkatkan tingkat kesembuhan yang maksimal tanpa perlu mengubah regimen pengobatan yang kompleks, antara lain:

1) *Electroconvulsive therapy* (ECT)

Terapi yang dilakukan untuk klien psikosis akut dan tipe katatonik serta klien skizofrenia yang telah mengidap kurang dari satu tahun (Townsend, 2010: 619). Terapi ECT adalah pengobatan yang mengatasi gejala positif skizofrenia yang berkelanjutan dari pengobatan antipsikotik (Sadock & Sadock, 2010: 156). Adanya efek samping terapi ECT yang menyebabkan klien mengalami hilang ingatan sementara, sehingga penting adanya peran perawat dalam memberikan informasi *pre* dan *post* terapi ECT (Townsend, 2010: 620).

2) Psikoterapi

Hasil pemaparan Sadock dan Sadock (2010: 156) menyatakan bahwa pengobatan antipsikotik saja tidak efektif dalam menangani klien skizofrenia sehingga disertai dengan terapi psikososial (terapi perilaku, terapi kelompok, terapi keluarga, dukungan psikoterapi, dan latihan keterampilan sosial serta manajemen kasus). Terapi perilaku tujuannya adalah untuk menggeneralisasi perilaku dalam komunitas (Stuart, 2006: 258). Terapi kelompok berfokus pada dukungan dan pengembangan aktivitas hidup sehari-hari dalam mengurangi isolasi sosial dan meningkatkan tes realitas di kelompok (Kaplan & Sadock, 2010: 742). Terapi keluarga merupakan teknik terapi dukungan suportif yang signifikan menurunkan tingkat kekambuhan untuk anggota keluarga klien skizofrenia (Videbeck, 2008: 359). Psikoterapi suportif atau terapi suportif merupakan terapi pribadi melibatkan ketergantungan pada

hubungan terapeutik dengan menanamkan informasi (Kaplan & Sadock, 2010: 743). Sedangkan manajemen kasus berpartisipasi dalam mengkoordinasikan perencanaan pengobatan, menavigasi sistem perawatan kesehatan (advokasi), dan juga memajemen krisis untuk menjaga klien dalam pengobatan (Sadock & Sadock, 2010: 157).

2.1.7 Prognosis

Menurut Maramis (2009: 275) dalam penetapan prognosis skizofrenia perlu mempertimbangan beberapa faktor antara lain :

- a. Kepribadian prepsikotik : bila skizoid dan hubungan antarmanusia memang kurang memuaskan, sehingga prognosis lebih jelek;
- b. Timbulnya skizofrenia secara akut, sehingga prognosis lebih baik jika penyakit timbul secara perlahan;
- c. Tipe skizofrenia : prognosis dari tipe skizofrenia katatonik yang paling baik dari semua jenis, sehingga dapat kembali ke kepribadian prepsikotik. Prognosis tipe skizofrenia paranoid juga banyak klien yang dapat sembuh dimasyarakat. Sedangkan tipe skizofrenia hebefrenik memiliki prognosis yang buruk, yakni menuju ke arah kemunduran mental;
- d. Umur: semakin muda umur permulaan skizofrenia, maka semakin jelek prognosis;
- e. Pengobatan: sesegera mungkin diberikan pengobatan antipsikotik secara optimal, terapi kognitif perilaku, dukungan keluarga, perawatan di

masyarakat, dan manajemen kasus yang baik, maka prognosis lebih baik dan angka kesembuhan skizofrenia dapat ditingkatkan;

- f. Jika terdapat faktor pencetus, seperti penyakit badaniah atau stress psikologis, maka prognosis lebih baik;
- g. Faktor keturunan: keluarga terdapat seorang atau lebih yang menderita skizofrenia, maka prognosis menjadi lebih berat.

2.2 Konsep Kepatuhan Minum Obat

2.2.1 Definisi

Bastable (2002: 139) mengemukakan bahwa kepatuhan adalah ketaatan atau pasrah pada tujuan yang telah ditentukan, sehingga berbanding lurus dengan tujuan yang akan dicapai pada program pengobatan. Hasil studi penelitian menurut Departemen Kesehatan RI (2000) menyatakan bahwa pola kepatuhan seseorang diukur dengan kemampuan menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan sampai 9 bulan (Depkes RI, 2000 dalam Ulfah, 2013: 18).

Istilah kepatuhan menggambarkan perilaku klien skizofrenia minum obat secara benar sesuai dosis, frekuensi, dan waktu (Nursalam, 2007: 86). Kepercayaan sangat mempengaruhi kepatuhan minum obat setiap klien (Sinaga, 2014: 28). Karakteristik obat yang memiliki efek samping yang tidak menyenangkan menjadi alasan utama klien tidak minum obat (Videbeck, 2008: 349). Terapi psikofarmakologi yang efektif hanya dapat dicapai bila klien

mengetahui seluk beluk pengobatan serta kegunaan dan efek samping (Sariah, *et al.*, 2014: 11).

Teori pokok tentang kepatuhan pada program pengobatan menurut Fisher (dalam Bastable, 2002: 140) mengemukakan bahwa pengukuran kepatuhan melalui model komunikasi perawat sebagai pendidik. Hubungan antara klien dengan tenaga kesehatan (perawat) dapat dilihat dari definisi kepatuhan yang dirumuskan oleh Haynes bahwa kepatuhan adalah sesuatu yang berkaitan dengan perilaku seseorang minum obat, mengikuti diet yang dianjurkan, atau perubahan gaya hidup terkait dengan pengobatan atau saran kesehatan (Haynes, 1978, dalam Wardani, 2009: 22).

Osterberg (2005: 01) dan Morisky (2008: 348) mengklasifikasikan jenis kepatuhan dibedakan menjadi :

- a. Kepatuhan tinggi (*high adherence*) adalah klien yang mengkonsumsi obat secara teratur sesuai petunjuk yakni tidak kehilangan satu atau lebih dari dosis pengobatan yang ditentukan serta minum obat sesuai jangka waktu antar tablet;
- b. Kepatuhan sedang (*medium adherence*) adalah klien yang memiliki riwayat putus obat. Maupun berhenti terapi pengobatan untuk sementara (Anonim, 2014:01);
- c. Kepatuhan rendah (*low adherence*) adalah klien yang tidak minum obat sama sekali.

2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan menurut Skinner (dalam Ulfah, 2013: 20) dipengaruhi oleh faktor dalam diri klien (faktor internal) yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, pengetahuan, sikap, dan kepercayaan, sedangkan faktor dari luar klien (faktor eksternal) yaitu, dukungan keluarga, peran petugas, lama minum obat, efek samping obat, tersedianya obat serta jarak tempat tinggal yang jauh. Sehingga dapat dirumuskan beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan antara lain usia, jenis kelamin, kelas ekonomi, pendidikan, keparahan penyakit, lama sakit dan minum obat, serta jumlah obat atau dosis.

Fleishhacker, *et al* (2003: 10) mengklasifikasikan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan klien skizofrenia menjadi empat faktor, meliputi faktor individu, faktor lingkungan, faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan, dan faktor yang berhubungan dengan pengobatan.

a. Faktor individu

Faktor individu meliputi usia, jenis kelamin, gangguan kognitif dan psikopatologi (Smeltzer, 2002: 48). Secara umum dikatakan tingkat kepatuhan wanita lebih tinggi dari pria, dan wanita muda lebih patuh daripada wanita tua (Fleishhacker, *et al.*, 2003: 10). Klien dengan gejala positif khususnya waham dan maniak patuh terhadap pengobatan karena merasa dipaksa dan takut diracuni, sedangkan klien dengan gejala negatif dapat memiliki tingkat kepatuhan yang rendah. Hal ini disebabkan karena

klien mengalami kurang motivasi yang mengakibatkan dampak negatif dalam mengikuti program pengobatan (Fleishhacker, *et al.*, 2003: 10).

b. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang mempengaruhi kepatuhan meliputi: dukungan keluarga dan finansial, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, sikap terhadap pengobatan, adanya pengawasan terhadap pengobatan, pandangan masyarakat terhadap skizofrenia (Smeltzer, 2002: 48). Klien yang tinggal sendirian biasanya memiliki tingkat kepatuhan yang rendah dibandingkan dengan klien yang tinggal di lingkungan yang memberikan dukungan sosial bagi klien untuk patuh (Fleishhacker, *et al.*, 2003: 12).

c. Faktor tenaga kesehatan

Faktor ini meliputi adanya pemberian panduan perawatan di rumah setelah klien dirawat, keyakinan tenaga kesehatan akan keberhasilan pengobatan, hubungan terapeutik yang baik antara klien dan tenaga kesehatan, serta efektifitas rawat jalan yang mempengaruhi kepatuhan klien dalam menjalani program pengobatan (Fleishhacker, *et al.*, 2003:12). Stuart (2006: 252) mengemukakan bahwa pendekatan utama intervensi keperawatan pada klien yaitu memberikan informasi tentang diagnosis, pengobatan, penelitian terbaru, dan sumber yang tersedia di komunitas.

d. Faktor pengobatan

Beberapa klien yang mengalami efek samping pengobatan terbukti memiliki kepatuhan yang rendah, sementara beberapa klien yang tidak mengalami efek samping pengobatan justru memiliki tingkat kepatuhan

yang tinggi (Fleishhacker, et al., 2003: 10). Sehingga dapat disimpulkan bahwa efek samping pengobatan menjadi salah satu faktor tingkat kepatuhan minum obat klien.

Masalah lain dalam pengobatan skizofrenia adalah masa pencapaian efek terapi dan jumlah obat yang dikonsumsi. Klien terkadang justru merasakan efek samping terlebih dahulu dibandingkan efek positif terapi (Gunawan, 2011: 161). Sedangkan jumlah jenis obat yang diminum juga memiliki pengaruh dalam kepatuhan minum obat klien, karena umumnya klien mendapatkan regimen terapi yang kompleks yaitu mengkonsumsi dua atau lebih jenis obat beberapa kali sehari (Fleishhacker, et al., 2003: 12).

Selain itu faktor yang mempengaruhi pengobatan meliputi kompleksitas program, efek samping yang tidak menyenangkan, dosis yang diberikan, cara penggunaan, lama pengobatan, biaya pengobatan, dan jumlah obat yang harus diminum (Videbeck, 2008; Smeltzer, 2002: 48).

2.2.3 Faktor yang Menghambat Kepatuhan

Carpenito (2006: 297) mengemukakan bahwa faktor-faktor yang menghambat kepatuhan minum obat selain faktor profesional kesehatan yaitu efek samping terapi, lingkungan yang tidak terapeutik, biaya terapi, dan terapi yang kompleks dan berkepanjangan.

a. Efek samping terapi

Efek samping merupakan suatu reaksi yang kurang baik atau kesakitan setelah klien minum obat (Yusuf, 2015: 286). Psikofarmakologi merupakan

farmakologi bagi psikosis (skizofrenia) memiliki efek samping utama yakni gejala ekstrapiramidal (Videbeck, 2008: 33). Akibat efek samping tersebut klien tidak patuh atau berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan tenaga kesehatan (Potter & Perry, 2005: 998).

b. Lingkungan

Karakteristik dari dukungan keluarga, sikap tenaga kesehatan, dan keyakinan budaya (pandangan masyarakat terhadap penyakit) dalam mengikuti regimen (Smeltzer, 2002: 48). Klien yang mengikuti regimen pengobatan dan tinggal sendiri memiliki tingkat kepatuhan rendah (Fleishhacker, *et al* 2003: 12). Pentingnya dukungan dari keluarga, orang-orang terdekat dan juga lingkungan sekitar melalui pengawasan secara intensif oleh tenaga kesehatan kepada klien skizofrenia untuk selalu mengkonsumsi obat, sehingga klien merasa memiliki tambahan kekuatan atau motivasi dari keluarga dan orang terdekatnya (Simatupang, 2014: 05). Peran perawat terhadap pengobatan yakni membimbing dan mengarahkan agar klien skizofrenia dapat minum obat dengan benar dan teratur (Saputra, 2012, 03).

c. Biaya terapi

Tingkat kepatuhan minum obat yang rendah akan berujung pada kekambuhan akibatnya jumlah pembiayaan akan bertambah (Shinta, 2012: 05). Salah satu obat-obatan yang memiliki biaya tinggi adalah antipsikotik, sehingga klien skizofrenia umumnya berasal dari sosial ekonomi rendah hanya menggunakan obat-obatan klasik (generik) (Wicaksana, 2000: 21).

d. Terapi yang kompleks

Penanganan klien skizofrenia yang utama adalah penggunaan obat antipsikotik selama 4 sampai 6 minggu dengan masa percobaan 2 minggu sebagai penanganan gejala awal (MedEd, 1999: 74). Selain itu intervensi psikososial seperti psikoterapi dan ECT perlu diintegrasikan untuk penanganan skizofrenia (Sadock, 2010: 164).

e. Lamanya terapi

Indikasi penggunaan antipsikotik pada masa awal yaitu minimum adalah 4 sampai 6 minggu dengan atau lebih dari satu jenis obat antipsikotik (Sadock, 2010: 165). Bagi klien skizofrenia yang sudah sembuh tetap mendapat pengobatan antipsikotik 12 sampai 24 bulan disertai psikoterapi dengan masa evaluasi 2 tahun mencegah timbulnya kekambuhan (MedEd, 1999: 74; Sadock, 2010: 167).

2.2.4 Upaya Meningkatkan Kepatuhan

Beberapa upaya meningkatkan kepatuhan klien minum obat diantaranya adalah pendidikan, akomodasi, modifikasi faktor lingkungan dan sosial, perubahan model terapi dan meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien (Feuerstein *et al* 1986 dalam Niven, 2000: 198).

a. Pendidikan

Pendidikan yang diterima klien dapat meningkatkan kepatuhan klien, yaitu antara lain rencana penyuluhan. Stuart (2006: 256) menyatakan bahwa

pemberian rencana penyuluhan tentang pemahaman penyakit seperti gejala dan kriteria penyakit, karakteristik obat yang diberikan, dan penatalaksanaan gejala dengan kepatuhan terhadap program terapeutik, sehingga klien dapat mengatasi hidup sehari-hari dengan skizofrenia secara adaptif.

b. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian klien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Sebagai contoh menurut Feuerstein et al (1936, dalam Niven 2000: 198), jika tingkat ansietas klien terlalu tinggi atau terlalu rendah, maka kepatuhan klien akan berkurang.

c. Modifikasi faktor lingkungan

Suatu usaha untuk membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman sebagai pendukung kepatuhan klien terhadap program pengobatan (Feuerstein *et al* 1936, dalam Niven 2000: 198). Dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh klien skizofrenia untuk memotivasi ketika selama perawatan dan pengobatan (Saputra, 03).

d. Peningkatan interaksi profesional kesehatan

Suatu hal penting memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Klien membutuhkan penjelasan tentang kondisi saat ini, penyebab dan penatalaksanaan yang harus dilakukan (Feuerstein et al 1936, dalam Niven 2000: 198). Jadi dapat disimpulkan bahwa suatu penjelasan tentang penyebab penyakit dan bagaimana pengobatannya dapat membantu meningkatkan kepercayaan klien.

2.2.5 Alat Pengukuran Kepatuhan

Kepatuhan minum obat dapat dideteksi secara kuantitatif melalui beberapa jenis kuisioner kepatuhan minum obat seperti *Drug Inventory Attitude -10 (DAI-10)*, *Medication Adherence Scale (MAQ)* atau *Medication Adherence Rating Scale (MARS)* (Kane, Kissling, Lambert, & Parellada, 2010: 01). Cara untuk mendeteksi yang lain adalah dengan metode langsung dan tidak langsung kepatuhan minum obat (Osteberg, 2005: 01).

Alat ukur pada penelitian ini peneliti menggunakan alat ukur tingkat kepatuhan minum obat dengan kuisioner diadopsi dan telah dilakukan uji validitas-reabilitas oleh Iswanti (2012) dalam skripsinya berjudul pengaruh terapi perilaku modelling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif di RSJD dr. Amino Gondo Hutomo Semarang yang terdiri dari 20 pertanyaan dengan dua kategori ya dan tidak.

Tabel 2.1 Metode Pengukuran Kepatuhan

a. Metode langsung

Metode	Keuntungan	Kekurangan
Observasi langsung	Paling akurat	Klien dapat menyembunyikan pil dalam mulutnya, kemudian membuangnya, tidak praktis sebagai penggunaan rutin
Pengukuran tingkat metabolisme dalam tubuh	Objektif	Variasi dalam metabolisme membuat impresi yang salah
Mengukur aspek biologis dalam darah	Objektif dalam penelitian klinis, digunakan sebagai ukuran <i>plasebo</i>	Memerlukan perhitungan kuantitatif yang mahal

b. Metode tidak langsung

Metode	Keuntungan	Kekurangan
Kuesioner kepada klien/ laporan diri klien	Simpel, tidak mahal, paling banyak dipakai dalam klinis	Sangat mungkin terjadi kesalahan, dalam waktu kontrol kunjungan dapat terjadi distorsi
Jumlah pil/ obat yang dikonsumsi	Objektif, kuantitatif dan mudah untuk dilakukan	Data dapat dengan mudah diselewengkan oleh klien
Rate beli ulang resep (kontinuitas)	Objektif, mudah untuk mengumpulkan data	Kurang ekuivalen dengan perilaku minum obat, memerlukan sistem farmasi yang lebih mantap
Pengkajian terhadap respon klinis klien	Simpel, umumnya mudah digunakan	Faktor-faktor lain selain pengobatan tidak dapat dikendalikan
Monitoring pengobatan secara elektronik	Sangat akurat, hasil mudah dikuantifikasi, pola minum obat dapat diketahui	Mahal dan membutuhkan kunjungan ulang serta download data dari <i>medication</i>
Mengatur ciri-ciri fisiologis (misal detak jantung)	Sangat mudah untuk dilakukan	Ciri-ciri fisiologis mungkin tidak nampak karena alasan-alasan tertentu
Catatan harian klien	Membantu untuk mengoreksi ingatan yang rendah	Sangat mudah dipengaruhi kondisi klien
Kuisisioner terhadap orang-orang terdekat klien	Simpel, objektif	Terjadi distorsi

Sumber: Osteberg *et al* 2005

Alat pendeteksi lainnya tentang ketidakpatuhan dalam minum obat adalah *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) dan *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) yang dapat mengindikasikan adanya *bizzare* pada skizofrenia dan bagaimana perilaku klien terhadap pengobatannya (Sadock, 2010: 160; Culig & Leppee, 2014: 56).

2.2.6 Manajemen Regimen Terapeutik Tidak Efektif

Herdman (2015: 147) mengemukakan bahwa penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif merupakan ketidakmampuan klien mematuhi, menjalankan, dan mengambil tindakan pada program pengobatan untuk mencapai peningkatan status kesehatan ke dalam rutinitas sehari-hari. Karakteristik penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif menurut Herdman (2015: 147) yaitu : (1) Kegagalan untuk melakukan kebiasaan pengobatan ke dalam kehidupan sehari-hari; (2) Kegagalan untuk melakukan tindakan yang mengurangi faktor resiko; (3) Membuat pilihan dalam ketidakefektifan hidup sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan; (4) Mengungkapkan keinginan untuk mengatasi penyakit; (5) Mengungkapkan kesulitan dalam regimen yang ditetapkan.

Berbagai faktor yang mempengaruhi penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif antara lain: adanya hambatan dalam persepsi, kurangnya dukungan sosial, ketidakberdayaan, adanya kerentanan persepsi terhadap manfaat yang dirasakan, ketidakpercayaan klien terhadap regimen dan tenaga kesehatan, kurangnya pengetahuan, pola keluarga dalam perawatan kesehatan, konflik dalam keluarga, tuntutan yang berlebihan pada individu atau keluarga, kesulitan ekonomi, konflik dalam pengambilan keputusan, kompleksitas sistem kesehatan, persepsi keseriusan dalam menjalani regimen terapi dan kurangnya petunjuk dalam pelaksanaan regimen terapi (Herdman, 2015: 147).

Hasil penelitian menurut Iswanti (2012: 27) menyatakan bahwa kriteria hasil yang diharapkan pada penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif

adalah: perilaku kepatuhan, pengetahuan regimen pengobatan, partisipasi klien dalam keputusan perawatan kesehatan, pengobatan perilaku: penyakit atau cedera, keyakinan terhadap kesehatan, keyakinan akan kemampuannya untuk melakukan, keyakinan untuk kontrol, keyakinan terhadap sumber daya yang diperlukan, keyakinan sebagai ancaman, orientasi pada kesehatan, pengetahuan akan proses penyakit, serta visi atau tujuan dari kompensasi perilaku.

Rencana tindakan keperawatan yang bisa diberikan pada diagnosis penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif dalam pedoman *Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi 5th* sebagai berikut: pendidikan kesehatan mengenai proses penyakit dan prosedur perawatan, restrukturisasi kognitif dan modifikasi perilaku, hubungan terapeutik baik antara klien dengan petugas kesehatan melalui konseling, intervensi krisis, memberi dukungan emosional dan keluarga, memperbaiki sistem kesehatan, identifikasi terhadap faktor risiko dan memberi bantuan self-modifikasi (Closkey dan Bulechek, 2008 dalam Iswanti, 2012: 27).

2.3 Konsep Peran Perawat

2.3.1 Definisi

Peran dapat diartikan sebagai seperangkat perilaku yang diharapkan oleh individu sesuai dengan status sosialnya, jika seorang perawat, peran yang dijalankan harus sesuai dengan lingkup kewenangan perawat (Asmadi, 2008:76). Sesuai dengan Undang Undang Keperawatan No 38 tahun 2014 menyatakan bahwa perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat, baik di

dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa peran perawat adalah semua tingkah laku perawat yang diinginkan oleh klien atau keluarga sesuai dengan ruang lingkup profesinya dalam menjalankan tugas.

2.3.2 Peran perawat

Sebagai tenaga kesehatan, perawat memiliki beberapa peran dalam menjalankan tugas sesuai hak dan kewenangan perawat (Asmadi, 2008: 76). Menurut Doheny (1982, dalam Kusnanto, 2004: 82) mengidentifikasi bahwa peran profesional perawat meliputi:

a. Pemberi asuhan keperawatan

Menurut Asmadi (2008: 76) menjelaskan bahwa perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care giver*) memberikan pelayanan secara langsung dan tidak langsung kepada klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yakni: pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil analisis data, merencanakan intervensi keperawatan. Hal tersebut merupakan upaya mengatasi masalah yang muncul dan membuat langkah/cara pemecahan masalah, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun, dan melakukan evaluasi berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Kusnanto, 2004: 82).

b. Pengamat kesehatan

Perawat sebagai penghubung antara klien dengan tim kesehatan lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan/ keputusan klien, membela kepentingan klien, dan membantu klien memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional maupun profesional (Videbeck, 2008: 115). Peran pengamat kesehatan atau *advocate* mengharuskan perawat bertindak sebagai narasumber dan fasilitator dalam tahap pengambilan keputusan terhadap upaya kesehatan yang harus dijalani klien (Kusnanto, 2004: 83).

c. *Counsellor*

Perawat sebagai pemberi bimbingan/konseling klien adalah mengidentifikasi perubahan pola interaksi klien terhadap keadaan sehat sakit (Kusnanto, 2004: 82). Perawat sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang akan diberikan (Susanto, 2012: 32). Konseling diberikan kepada individu/keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu, pemecahan masalah difokuskan pada masalah keperawatan, dan mengubah perilaku hidup ke arah perilaku hidup sehat (Kusnanto, 2004: 82);

d. Pendidik

Perawat sebagai pendidik membantu klien untuk meningkatkan kesehatan melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medis yang diterima sehingga klien atau keluarga dapat menerima tanggung jawab terhadap hal-hal yang diketahuinya (Susanto, 2012: 31). Peran perawat pendidik juga dapat memberikan pendidikan kesehatan

kepada kelompok keluarga yang berisiko, kader kesehatan, dan masyarakat (Kusnanto, 2004: 83). Pendidikan kesehatan tidak semata ditujukan untuk membangun kesadaran diri dengan pengetahuan tentang kesehatan melainkan membangun perilaku kesehatan individu dan masyarakat (Asmadi, 2008: 79). Menurut Bastable (2002: 153) menyatakan bahwa peran perawat sebagai pendidik mempengaruhi motivasi dan kepatuhan klien;

e. *Collaborator*

Perawat bekerjasama dengan tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana maupun pelaksanaan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan klien (Susanto, 2012: 31);

f. Koordinator pelayanan kesehatan

Perawat sebagai koordinator untuk memanfaatkan sumber dan potensi dari klien baik materi maupun kemampuan klien secara terkoordinasi sehingga tidak ada intervensi yang terlewatkan maupun tumpang tindih (Kusnanto, 2004: 84);

g. Pembaharu

Perawat sebagai pembaharu untuk melakukan perubahan-perubahan. Perawat mengadakan inovasi dalam cara berpikir, bersikap, bertingkah laku, dan meningkatkan keterampilan klien/keluarga agar menjadi sehat (Susanto, 2012: 32). Peran ini berhubungan dengan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dalam berhubungan dengan klien, dan cara memberikan perawatan kepada klien (Kusnanto, 2004: 85) ;

h. Fasilitator

Perawat menjadi sumber informasi untuk memecahkan masalah atau konsultasi tindakan keperawatan yang tepat untuk klien (Susanto, 2012: 32). Perawat adalah sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi spesifik klien (Kusnanto, 2004: 86). Peran ini secara tidak langsung berkaitan dengan permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan keperawatan yang diberikan (Susanto, 2012: 32).

2.4 Peran Perawat sebagai Pendidik

2.4.1 Kemampuan yang Harus Dimiliki Perawat sebagai Pendidik

Asmadi (2008: 79) mengemukakan bahwa perawat sebagai pendidik harus memiliki beberapa kemampuan, yaitu:

- a. Wawasan ilmu pengetahuan yang luas untuk mempengaruhi orang lain agar dapat berperilaku mengikuti suatu program pengobatan (Asmadi, 2008: 79). Informasi yang diberikan dapat merujuk klien memperoleh informasi lanjutan (Videbeck, 2008: 115). Terkait kepatuhan pengobatan (dosis, efek samping, dan aturan minum obat) (Potter & Perry, 2005: 1012);
- b. Kemampuan berkomunikasi perawat dalam memberikan informasi kepada klien agar memahami program pengobatan yang dilakukan (Potter & Perry, 2005: 1012). Penerapan komunikasi yang baik akan mampu meningkatkan citra profesionalisme dari kepercayaan klien kepada perawat (Asmadi, 2008: 79).

- c. Pemahaman psikologis (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat). Perawat memahami psikologis situasi klien agar program terapeutik klien dapat diterima langsung oleh klien (Asmadi, 2008: 80). Pemberian edukasi dimulai dengan apa yang diketahui klien dan keluarga, dilanjutkan dengan informasi yang tidak diketahui (Blais, *et al.*, 2006: 223);
- d. Menjadi model atau contoh perilaku profesional (Asmadi, 2008: 81). Sebagai contoh adalah perawat menggunakan prosedur benar dalam pemberian obat (nama, dosis, rute, waktu pemberian atau minum obat) (Potter & Perry, 2005: 1015).

2.4.2 Peran Perawat dalam Memberikan Edukasi Bagi Klien

Kruger (1991, dalam Potter dan Perry, 2005: 339) mengemukakan bahwa klien atau keluarga seringkali menanyakan informasi kondisi klien mengenai hal yang terjadi selama menjalani prosedur pengobatan. Hal ini membuktikan bahwa perawat harus mempunyai cukup pengetahuan tentang strategi psikofarmakologis yang tersedia (Stuart, 2006: 377), sehingga dapat dirumuskan tanggung jawab perawat dalam memberikan edukasi penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis kepada klien antara lain:

- a. Mengumpulkan data sebelum pengobatan antara lain riwayat pengobatan, jenis obat yang digunakan (dosis, cara pemberian, waktu pemberian), dan program terapi lain bagi klien agar asuhan yang diberikan bersifat menyeluruh (Yusuf, 2015: 286);

- b. Pemantauan efek obat termasuk efek yang diinginkan maupun efek samping yang dapat dialami klien (Stuart, 2006: 377);
- c. Pendidikan kesehatan tentang obat yang diperoleh, karena klien sering tidak minum obat yang dianggap tidak ada manfaatnya (Yusuf, 2015: 286);
- d. Koordinasi modalitas terapi untuk mengintegrasikan berbagai terapi pengobatan yang seringkali membingungkan klien (Stuart, 2006: 377).

2.4.3 Standar Edukasi Kesehatan Bagi Klien

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO, 1995 dalam Potter dan Perry, 2005: 337) menyebutkan bahwa beberapa standar edukasi kesehatan bagi klien antara lain:

- a. Klien dan keluarga diberikan edukasi kesehatan yang dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang dapat memberikan keuntungan dari intervensi yang dilakukan institusi kesehatan (Potter & Perry, 2005: 337);
- b. Organisasi kesehatan merencanakan, mendorong pengawasan, koordinasi aktivitas sumber edukasi klien dan keluarga (Potter & Perry, 2005: 337);
- c. Klien dan keluarga mengetahui kebutuhan, kemampuan dan kesiapan untuk belajar (Potter & Perry, 2005: 337);
- d. Proses edukasi kesehatan klien dan keluarga disesuaikan dengan rencana asuhan keperawatan (Potter & Perry, 2005: 337);
- e. Klien dan keluarga mendapat edukasi sesuai hasil pengkajian, kemampuan dan kesiapan belajar. Edukasi yang diberikan mencakup pemberian obat-

obatan, penggunaan alat medis, pemahaman interaksi makanan atau obat, modifikasi makanan, rehabilitasi serta rencana pengobatan selanjutnya (Potter & Perry, 2005: 337);

- f. Informasi mengenai instruksi keputungan klien yang diberikan kepada klien dan keluarga diberikan oleh pihak institusi yang bertanggungjawab terhadap kesinambungan perawatan klien (Potter & Perry, 2005: 337).

2.4.4 Tujuan Edukasi Kesehatan Bagi Klien

Nursing's Agend for Health Care Reform dari American Nurses Association (ANA, 1991 dalam Potter & Perry, 2005: 337) merekomendasikan tujuan dari edukasi kesehatan pada klien antara lain pemeliharaan dan peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit, perbaikan kesehatan dalam rencana pengajaran yang memandirikan klien dengan tujuan agar klien tidak bergantung pada orang disekitar, dan peningkatan coping terhadap gangguan fungsi dengan mengkaji kebutuhan dan kemampuan.

2.4.5 Prinsip Dalam Edukasi Kesehatan

Hasil studi penelitian Suryadi (2013: 25) hal-hal yang harus diperhatikan dalam edukasi antara perawat dengan klien antara lain menggunakan tempo yang lambat ketika memberikan pendidikan kesehatan, memberikan informasi yang tidak berbelit-belit, menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh klien, memberikan lingkungan yang nyaman dan aman, menetapkan tujuan dalam memberikan pendidikan kesehatan, dan memberikan informasi yang terbaru.

2.5 Hubungan Antara Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia Rawat Jalan

Gangguan skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan halusinasi pendengaran dan penglihatan serta tingkah laku yang aneh (*bizarre*) merupakan suatu bentuk disintegrasi kepribadian, sehingga membuat pola pikiran melompat-lompat tanpa arah (Semiun, 2008; Kartono, 2009). Gejala awal skizofrenia akan berlangsung selama 1 sampai 6 bulan, yaitu klien akan mengalami dua dari lima gejala, seperti; halusinasi, delusi, perilaku dan bicara tidak teratur serta afek yang datar (Sadock, 2010).

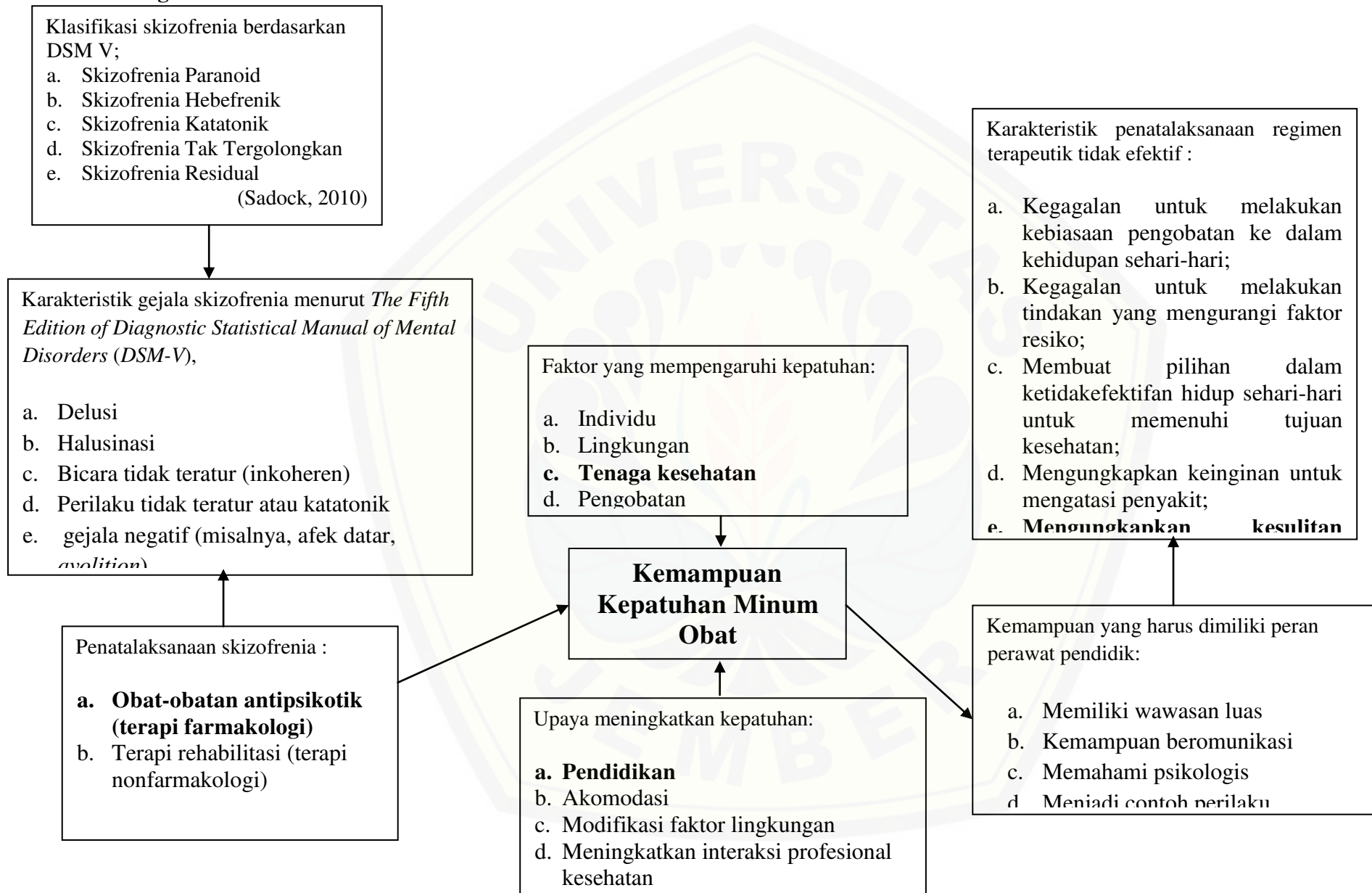
Penatalaksanaan pada klien skizofrenia dapat berupa terapi farmakologi (obat antipsikotik) dan terapi non-farmakologi (psikoterapi) (Gunawan, 2007). Terapi non-farmakologi berupa dukungan psikososial dari individu, keluarga, dan lingkungan maupun klinisi (Sadock, 2010). Obat antipsikotik merupakan bentuk terapi farmakologi. Obat antipsikotik terbagi menjadi dua golongan (atipikal dan tipikal) yang berfungsi untuk menangani/ meredakan gejala skizofrenia. Efek samping obat antipsikotik adalah efek ekstrapiramidal antara lain akatisia, distonia akut, atau diskinesia tardif bahkan sindroma parkinson. Sindroma parkinson merupakan penyakit ketidaksesuaian dopamin akibat antipsikotik adapun efek samping yang timbul adalah perilaku dan pola pikir sama dengan gejala psikotik (Halgin & Whitbourne, 2010). Terapi psikofarmakologi yang kompleks dan berkepanjangan disertai efek samping ekstrapiramidal menyebabkan obat ini sulit ditoleransi oleh banyak klien skizofrenia (Videbeck, 2008). Klien skizofrenia mendapat obat antipsikotik selama 4 sampai 6 minggu dengan masa percobaan 2

minggu sebagai penanganan gejala awal (MedEd, 1999). Kepatuhan yang tinggi untuk mengikuti pengobatan sangat dibutuhkan agar tidak terjadi kekambuhan.

Adanya jangka waktu yang lama disertai efek samping pengobatan, memunculkan beberapa jenis kepatuhan klien yaitu kepatuhan tinggi (*high adherence*) adalah klien yang mengosumsi obat secara teratur sesuai petunjuk, kepatuhan sedang (*medium adherence*) adalah klien yang riwayat putus obat atau kepatuhan rendah (*low adherence*) adalah klien yang tidak minum obat sama sekali (Osteberg, 2005). Peran tenaga kesehatan yang paling tepat untuk memberikan edukasi tentang progam pengobatan (dosis, lamanya pengobatan, rute, dan waktu pemberian obat maupun efek samping obat) adalah perawat untuk menetapkan tingkat kepatuhan terhadap terapi pengobatan klien skizofrenia (Potter & Perry, 2005).

Tugas utama tenaga kesehatan yakni perawat adalah memberikan informasi terkait efek samping terapi, biaya terapi, dan terapi yang kompleks dan berkepanjangan. Hal ini sesuai dengan peran perawat sebagai pendidik (*educator*) yang mempengaruhi motivasi dan kepatuhan klien untuk meningkatkan kesehatan melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medis yang diterima (Bastable, 2002 ; Susanto, 2012).

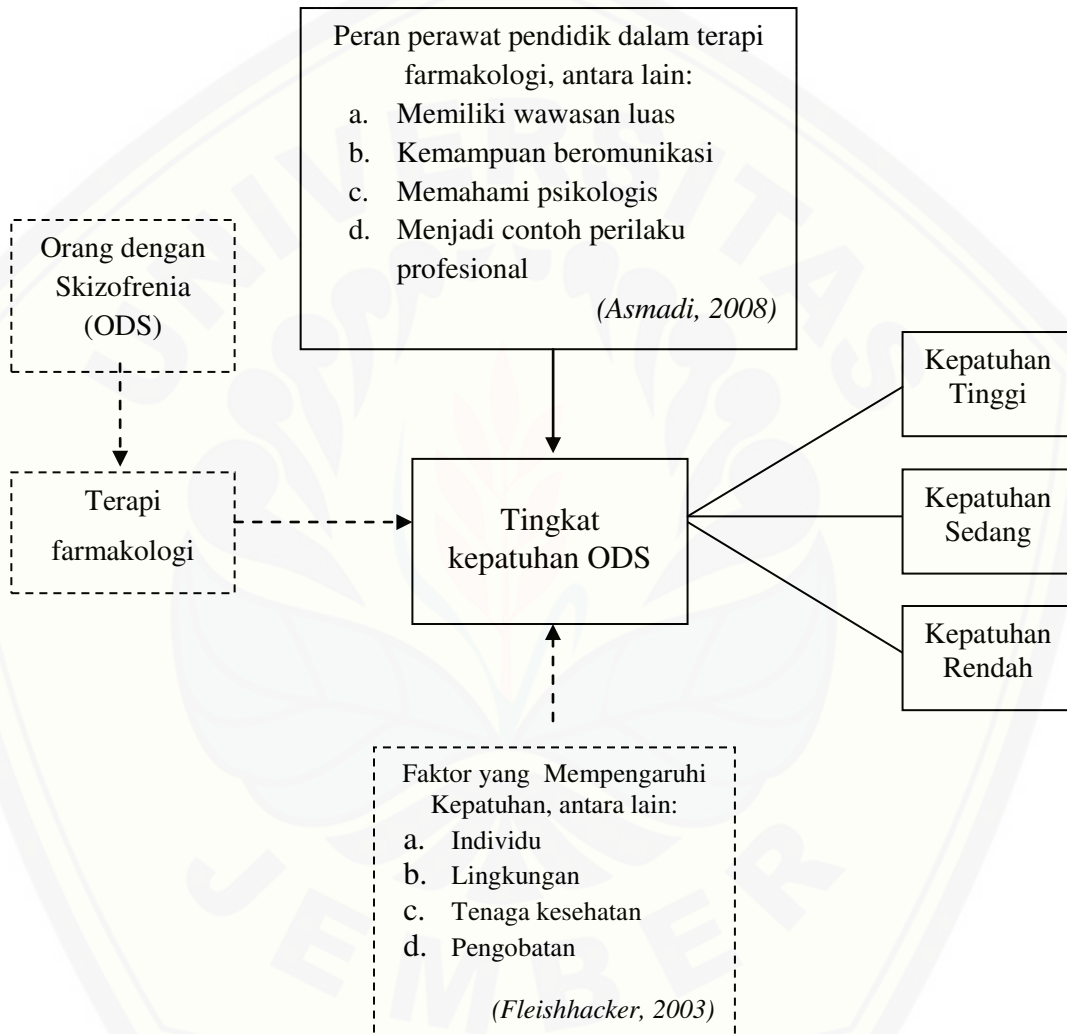
2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

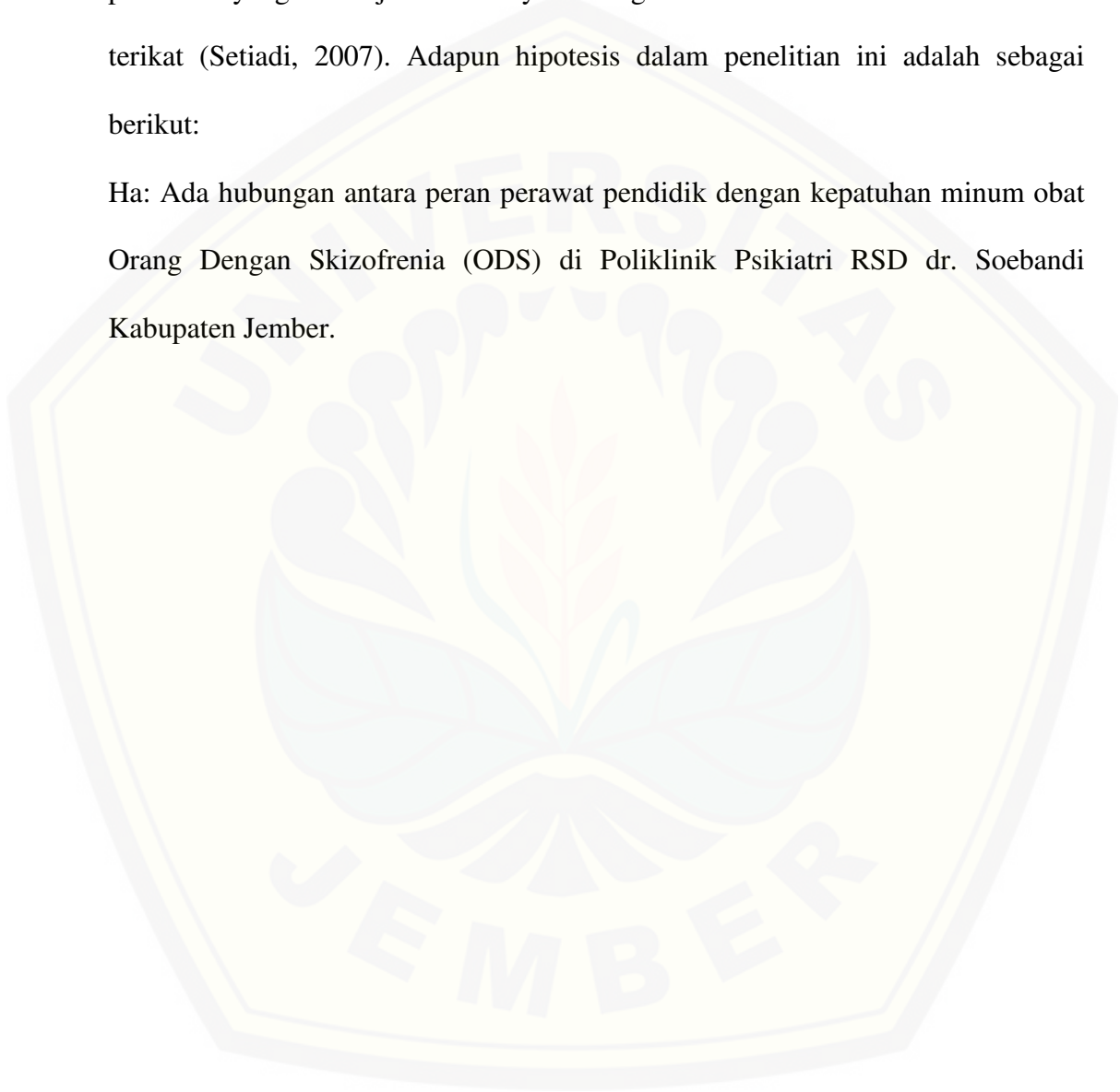
Keterangan:

- > : faktor risiko yang menjadi penyebab/diteliti
- - - - -> : Faktor risiko yang mempengaruhi/tidak diteliti

3.2 Hipotesa Penelitian

Hipotesis adalah dugaan sementara dari masalah penelitian (Notoatmodjo, 2010). Hipotesis penelitian (H_a) merupakan jawaban sementara terhadap masalah penelitian yang menunjukkan adanya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Setiadi, 2007). Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

H_a : Ada hubungan antara peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Poliklinik Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember.



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Desain penelitian merupakan rencana penelitian bagi peneliti untuk memperoleh jawaban penelitian (Notoatmodjo, 2012: 35). Jenis penelitian yang akan digunakan adalah penelitian *observational analitik*, dikarenakan terdapat lebih dari satu variabel. Penelitian analitik merupakan survei atau penelitian untuk menggali fenomena kesehatan yang terjadi atas dasar mengapa dan bagaimana (Notoatmodjo, 2012: 37). Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasional dengan metode pendekatan *cross sectional*. *Cross sectional* merupakan penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data hanya diobservasi sekali saja dalam waktu bersamaan (Notoatmodjo, 2012:37). Variabel independen dalam penelitian ini adalah peran perawat sebagai pendidik, sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan.

4.2 Populasi Dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian merupakan keseluruhan obyek penelitian atau objek yang diteliti (Budiarto, 2001: 07). Pada penelitian ini populasinya adalah *caregiver* dari klien rawat jalan skizofrenia yang masih menjalani pengobatan di RSD dr. Soebandi dari bulan Januari sampai Desember 2015 yaitu 2.057 orang. Rata-rata per bulan dalam tahun 2015 klien rawat jalan skizofrenia sebanyak 171 orang.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2014: 81). Sampel dalam penelitian ini adalah *caregiver* atau pengasuh dari klien skizofrenia rawat jalan dan masih menjalani perawatan di RSD dr. Soebandi.

a. Besar sampel penelitian

Pengambilan besar sampel penelitian dalam penelitian ini peneliti menggunakan rumus *minimal sampel size* untuk menentukan besar sampel penelitian (Lemeshow, 1997 dalam Notoatmodjo, 2012:127), yaitu:

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

n = Besar sampel minimal

N = Jumlah populasi per bulan

Z = Standar deviasi normal untuk 1,96 pada α 0,05 atau CI 95 %

α = tingkat kepercayaan

d = derajat ketepatan yang digunakan oleh 90 % atau 0,1 dengan besar penyimpangan : 10% (0,10)

p = proporsi target populasi adalah 0,5

q = proporsi tanpa atribut $1-p = 0,5$

Hasil perhitungan sampel minimal adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 171 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,1^2 (171-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{164,2284}{1,7 + 0,9604}$$

$$n = 61,73 \approx 62 \text{ responden}$$

4.2.3 Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan dengan *non probability sampling* yaitu teknik pengambilan sampel tanpa memberi peluang sama bagi anggota populasi yang menjadi sampel (Sugiyono, 2014: 84). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan *consecutive sampling* yaitu semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro, 2010: 88). Jenis data yang dikumpulkan adalah data primer yang diperoleh langsung dari *caregiver* atau pengasuh responden. *Caregiver* atau pengasuh adalah seseorang yang merawat dan mendukung klien dalam menjalani

kehidupan sehari-hari, umumnya adalah keluarga, yakni pasangan, anak, menantu, cucu atau saudara yang tinggal satu rumah (Awad & Voruganti, 2008: 87; Putri: 18).

4.2.4 Kriteria Subyek Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah *caregiver* dari klien skizofrenia yang mempunyai kriteria-kriteria yang telah ditetapkan sebagai sampel oleh peneliti.

Adapun kriteria sampel sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria yang perlu dipenuhi dari setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel penelitian (Nursalam & Pariani, 2001: 65) yaitu terdiri dari :

1) *Caregiver* atau pengasuh

- a) Bersedia untuk mengisi *informed consent* dan kuisioner yang telah disediakan sebagai tanda persetujuan sampel penelitian;
- b) Berusia 15-65 tahun;
- c) Tinggal serumah dengan klien;
- d) *Caregiver* dari klien yang sedang menjalani pengobatan pertama minimal 2 bulan.

b. Kriteria Eksklusi merupakan kriteria dimana anggota populasi yang tidak diambil/ dihilangkan sebagai sampel penelitian karena berbagai sebab (Nursalam & Pariani, 2001: 66) yaitu, klien yang memiliki penyakit

penyerta atau *double diagnosis* yang masih mengonsumsi obat (obat antihipertensi, antidiabetes, atau DOTS).

4.3 Tempat Penelitian

Lokasi penelitian menjelaskan tempat atau lokasi yang akan dilakukan penelitian (Notoatmodjo, 2012: 86). Tempat penelitian dilaksanakan di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember untuk pengambilan data tentang peran perawat pendidik dan kepatuhan minum obat Klien Skizofrenia.

4.4 Waktu Penelitian

Pelaksanaan penelitian dilakukan pada bulan Desember 2015 sampai Juli 2016. Waktu penelitian ini dihitung mulai dari pembuatan proposal sampai penyusunan laporan dan publikasi penelitian. Pengambilan data primer dilakukan selama dua minggu (26 Mei - 11 Juni 2016). Penyusunan laporan hasil penelitian dan publikasi pada bulan Juni sampai dengan Juli 2016.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini terdiri dari dua yaitu variabel independen dan dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah peran perawat sebagai pendidik, sedangkan variabel dependen adalah kepatuhan minum obat klien skizofrenia. Penjelasan definisi operasional dapat dilihat di tabel 4.5

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Indikator	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
Variabel independen: Peran perawat sebagai pendidik	Persepsi <i>caregiver</i> atau pengasuh dari klien skizofrenia tentang harapan dari tingkah laku yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan edukasi kesehatan.	<ul style="list-style-type: none"> a. Memiliki wawasan luas terkait skizofrenia, pengobatan antipsikotik dan efek samping; b. Kemampuan berkomunikasi terkait pengobatan dan penanganan efek samping yang tidak menyenangkan; c. Memahami psikologis dalam menjalankan regimen; d. Menjadi contoh perilaku profesional (<i>role model</i>) terkait penatalaksanaan. <p style="text-align: right;">(Asmadi, 2008)</p>	Kuesioner peran perawat sebagai <i>educator</i> di modifikasi dari <i>Journal Professional Standard Resvised 2002</i> oleh <i>College of Nurse Ontario</i> (2009)	Ordinal	<p>Hasil skoring dikategorikan berdasarkan metode <i>cut of point</i> (median) data menjadi 2 kategori yaitu: 0: Jika skor < 16,00 = Tidak Baik; 1: Jika skor ≥ 16,00 = Baik.</p> <p>Hasil skoring menurut nilai <i>median</i> setiap indikator yang dikategorikan menjadi 2 yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wawasan <ul style="list-style-type: none"> a. Baik : ≥ 7,00 b. Tidak Baik: < 7,00 2. Komunikasi <ul style="list-style-type: none"> a. Baik : ≥ 4,00 b. Tidak Baik : < 4,00 3. Psikologis <ul style="list-style-type: none"> a. Baik : ≥ 4,00 b. Tidak Baik : < 4,00 4. <i>Role Model</i> <ul style="list-style-type: none"> a. Baik : ≥ 2,00 b. Tidak Baik : < 2,00
Variabel dependen : kepatuhan minum obat	Seperangkat perilaku klien dalam menjalani pengobatan secara teratur dan lengkap melalui pemantauan <i>caregiver</i> .	<ul style="list-style-type: none"> a. Kedisiplinan klien minum obat sesuai jadwal b. Kemampuan klien meminta obat kepada <i>caregiver</i> c. Kemampuan klien minum obat dengan prinsip benar d. Kemampuan klien mengatasi efek samping obat yang dirasakan e. Ungkapan manfaat yang dirasakan pada perilaku kepatuhan minum obat f. Kemampuan pencegahan kekambuhan <p style="text-align: right;">(Iswanti, 2012)</p>	Kuesioner kepatuhan minum obat diadopsi dari Iswanti, 2012 dengan 20 item pertanyaan dengan kategori ya dan tidak.	Ordinal	<p>Kategorisasi berdasarkan pendekatan sturges. Dikategorikan menjadi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kepatuhan tinggi : 15-20 b. Kepatuhan sedang: 8-14 c. Kepatuhan rendah: 0-7 <p style="text-align: right;">(Iswanti, 2012)</p>

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini diperoleh melalui dua sumber antara lain:

- a. Data primer diperoleh peneliti dari hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner kepada klien (Budiarto, 2001: 11). Data primer pada penelitian ini berupa hasil pengisian kuesioner karakteristik responden, peran perawat pendidik dan kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan yang sudah diuji validitas dan realibilitas.
- b. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain (instansi, lembaga, atau pihak lain) yang secara rutin mengumpulkan data (Budiarto, 2001: 11). Data sekunder pada penelitian ini diperoleh melalui instansi rawat jalan atau rekam medis adalah data mengenai jumlah klien skizofrenia rawat jalan RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data diperlukan oleh peneliti dalam melakukan penelitian. Berikut merupakan alur pengumpulan data mulai dari pengambilan sampel penelitian hingga pelaksanaan penelitian:

- a. Langkah administrasi
 - 1) Peneliti mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada institusi pendidikan bidang akademik, Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember, bidang pendidikan dan latihan RSD dr. Soebandi,

bagian Intansi Rawat Jalan (IRJ) RSD dr. Soebandi, dan Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi;

- 2) Melakukan koordinasi dengan pihak instansi pendidikan dan pihak Badan Kesatuan Bangsa dan Politik untuk mendapat surat pengantar penelitian yang diajukan kepihak RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember untuk mendapat persetujuan;
- 3) Melakukan wawancara ke perawat Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi dan mengambil data rekam medis instansi rawat jalan terkait jumlah klien skizofrenia rawat jalan sebagai data penunjang untuk studi pendahuluan.

b. Langkah teknis

- 1) Peneliti merumuskan jumlah responden yang telah disesuaikan kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak perhitungan sampel yaitu 62 responden;
- 2) Peneliti memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan kepada klien, keluarga, atau pihak yang terkait sehingga akan terbina hubungan saling percaya antara peneliti dengan responden;
- 3) Peneliti menyerahkan lembar *informed consent* yang berisi persetujuan bahwa *caregiver* atau pengasuh dari klien skizofrenia rawat jalan bersedia menjadi responden dalam penelitian didampingi dengan peneliti;
- 4) Peneliti telah memberi kuesioner kepada responden melalui dua tahap. Tahap pertama dilakukan dengan cara pengisian kuesioner tentang peran perawat sebagai pendidik oleh *caregiver* klien skizofrenia rawat jalan. Hal ini *caregiver* adalah seseorang yang berhubungan langsung dengan perawat sehingga berhak memberikan penilaian terkait peran perawat

sebagai pendidik. Selanjutnya tahap kedua, melakukan pengisian kuesioner tentang kepatuhan minum obat oleh *caregiver*, untuk mengetahui tingkat kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan;

- 5) Sebelum pengisian kuesioner, peneliti memberikan informasi kepada responden tentang pengisian lembar kuesioner peran perawat sebagai pendidik dan lembar kuesioner kepatuhan minum obat, serta pendampingan pengisian lembar kuesioner jika perlu. Kemudian setelah responden bersedia, peneliti meminta responden untuk mengisi lembar kuesioner penelitian dengan menjelaskan bagaimana cara mengisi kuesioner dan waktu yang diperlukan sekitar 10-15 menit.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer penelitian ini akan dilakukan dengan mengisi kuesioner sebagai alat instrumen penelitian. Instrumen ini diklasifikasikan dalam kelompok sebagai berikut:

- a. Lampiran A: merupakan instrumen untuk mendapatkan data karakteristik demografi responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, penghasilan, diagnosa medis, lama sakit, jenis obat, jumlah obat, riwayat putus obat, dan lama pengobatan serta cara pembayaran. Bentuk pertanyaan dalam pertanyaan tertutup dengan peneliti memberi kolom dengan beberapa option yang akan dipilih oleh responden. Jumlah pertanyaan ada 12 pertanyaan.
- b. Lampiran B : merupakan alat pengumpulan data untuk variabel independen yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tentang peran

perawat sebagai *educator* yang merujuk pada *Journal Professional Standards Revised 2002* yang direkomendasikan oleh *College of Nurse Ontario* (2009) dan telah di modifikasi oleh Rohmah (2015) dan Hapsari (2013). Pernyataan dalam kuesioner bersifat *closed ended question* dengan tipe *Yes/No question*. Pernyataan dalam kuesioner terdiri dari pernyataan *favourable* dan *unfavourable*. Pernyataan *favourable* merupakan pernyataan positif yang mendukung teori sedangkan pernyataan *unfavourable* merupakan pernyataan negatif dan tidak sesuai dengan teori. Pernyataan *favourable* memiliki nilai jawaban Ya = 1, Tidak = 0 sedangkan item *unfavourable* nilai jawaban Ya = 0, Tidak = 1. Kuesioner telah dilakukan uji validitas berdasar uji *korelasi pearson product moment* oleh peneliti, dengan hasil dinyatakan valid $r \text{ hitung } (0,450-0,869) \geq r \text{ tabel } (0,444)$ dan realibilitas dengan menggunakan *alpha cronbach's* sebesar 0,924.

Tabel 4.2 *Blue Print* Alat Pengumpulan Data Kuesioner Peran Perawat Pendidik

Variabel	Indikator	No	Pernyataan		Jumlah Butir	Hasil Uji Validitas		Jumlah Butir
			Favorable	Unfavorable		Uji Ke-1	Uji Ke-2	
Peran Perawat pendidik	a. Memiliki wawasan luas terkait skizofrenia, pengobatan antipsikotik dan efek samping;	1	√		9	0,708	0,686	9
		2		√		0,539	0,576	
		7	√			0,681	0,651	
		14	√			0,494	0,515	
		15	√			0,763	0,764	
		21	√			0,474	0,453	
		22	√			0,567	0,615	
		28		√		0,653	0,651	
		29		√		0,450	0,500	
	b. Kemampuan berkomunikasi terkait pengobatan dan penanganan efek samping yang tidak menyenangkan;	3	√		9	0,869	0,884	7
		6		√		0,509	0,500	
		8	√			0,486	0,492	
		9	√			0,869	0,884	
		12	√			0,337	-	
		16		√		0,694	0,716	
		17	√			0,536	0,521	
		23	√			0,063	-	
	c. Memahami psikologis dslam menjalankan regimen;	4		√	8	0,694	0,716	5
		11	√			0,199	-	
		13	√			0,788	0,847	
		18	√			0,509	0,500	
		19	√			-0,072	-	
		24		√		0,027	-	
		25	√			0,679	0,708	
	d. Menjadi contoh perilaku professional terkait penatalaksanaan.	5	√		5	0,653	0,651	3
		10	√			0,583	0,592	
		20	√			-0,066	-	
		27		√		0,625	0,666	
							30	

- c. Lampiran C : merupakan alat pengumpulan data untuk variabel dependen tentang kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan sebanyak 20 pertanyaan diadopsi dari penelitian terdahulu oleh Iswanti (2012). Sejumlah 10 pertanyaan dalam kuesioner di adopsi peneliti dari *Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses* dari Thompson (1999) yang memuat variabel kedisiplinan minum obat serta pernyataan efek

sampling obat. Thompson (1999) menjelaskan uji validitas kuesioner MARS dengan menggunakan *multitrait-multimethod matrix*, dengan hasil MARS memiliki korelasi yang signifikan ($p < 0,01$) dengan metode pengukuran kepatuhan lain seperti *Medication Adherence Questionnaire* dan *Drug Attitude Inventory*, sedangkan hasil uji reliabilitas MARS dengan menggunakan *alpha cronbach's* sebesar 0,75.

Sejumlah 10 pertanyaan modifikasi oleh Iswanti (2012) untuk mengukur perilaku responden yang berdasarkan pada kepatuhan tentang kemampuan meminta obat, minum obat dengan prinsip benar, manfaat obat, dan kemampuan mencegah kambuh. Hasil uji validitas berdasar uji *korelasi person product moment*, dengan hasil yang dinyatakan valid r hitung 0,618-0,839 $\geq r$ tabel 0,361. Sedangkan uji Reliabilitas dengan cara *one shot* melalui uji *cronbach alpha* sebesar r tabel 0,80, sedangkan hasil uji realibitas yaitu sebesar 0,964.

Instrumen kepatuhan minum obat menggunakan pertanyaan tertutup dan diukur dengan skala ordinal, dengan pilihan jawaban Ya = 0 dan Tidak = 1.

Semua hasil penelitian tersebut kemudian dikategorikan menjadi tiga yaitu, kepatuhan tinggi, sedang, dan rendah, pengkategorian ini berdasar pendekatan *sturges* (Mustafa, 2009). Kuesioner kepatuhan minum obat terdiri 20 pertanyaan yang memiliki nilai minimum 0 dan nilai maksimum 20 sehingga ditemukan rentang jarak 20. Adapun cara kategori dari total skor berdasar pendekatan *Sturges* adalah:

$$\begin{aligned}\text{Interval setiap kategori} &= \frac{\text{rentang jarak}}{\text{banyak kategori}} \\ &= \frac{20}{3} \\ &= 6,66 \approx 7\end{aligned}$$

Jadi hasil pengkategorisasian *skoring* kepatuhan minum obat adalah kepatuhan rendah dengan skor 0-7, kepatuhan sedang dengan skor 8-14, kepatuhan tinggi dengan skor 15-20.

4.6.4 Uji Validitas Dan Reliabilitas

Kuesioner yang akan digunakan untuk alat ukur sebuah penelitian harus dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas. Peneliti melakukan uji validitas pada kuesioner peran perawat sebagai pendidik. Untuk memperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal, maka sebaiknya jumlah responden untuk uji coba adalah minimal 20 responden (Notoatmodjo, 2010: 164).

Responden untuk uji validitas diambil di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember dengan pertimbangan bahwa RSD dr. Soebandi merupakan rumah sakit yang memiliki klien skizofrenia dari beberapa wilayah dalam Karesidenan Besuki. Selain itu responden yang akan digunakan sebagai uji coba instrumen tidak dipergunakan lagi sebagai sampel penelitian. Hasil uji coba ini selanjutnya digunakan untuk mengetahui sejauh mana alat ukur atau kuesioner yang telah disusun memiliki validitas dan reliabilitas (Sugiyono, 2014: 121).

a. Validitas

Validitas merupakan ukuran yang menunjukkan instrumen benar bisa mengukur apa yang diukur (Sugiyono, 2014: 121). Uji validitas untuk kuesioner menggunakan rumus uji korelasi *pearson product moment* (r) yaitu dengan membandingkan antara skor nilai setiap item pernyataan dengan skor total kuesioner. Nilai korelasi untuk tiap-tiap pernyataan dikatakan signifikan dapat dilihat dari perbandingan r hitung dengan r tabel. Taraf signifikan pada penelitian ini sebesar 5%, maka penelitian ini memiliki r tabel = 0,444. Setelah dilakukan uji validitas kemudian peneliti mengoreksi pernyataan *item* yang tidak valid untuk dihilangkan dikarenakan terdapat pertanyaan yang dianggap mewakili setiap indikator yaitu dengan hasil 0,492 – 0,884.

b. Reliabilitas

Reliabilitas adalah ukuran yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur tersebut dapat dipercaya (Sugiyono, 2014: 121). Uji reliabilitas yang digunakan adalah *Alpha Cronbach*. Bila *alpha cronbach* lebih besar dari r tabel maka dinyatakan reliabel (Iswanti, 2012: 52). Triton (2006) dalam Sujianto (2009) menyatakan bahwa skala *Alpha Cronbach* terdapat dalam lima kelas pada rentang yang sama, yakni:

1. nilai *Alpha Cronbach* 0,00 s.d 0,20 berarti kurang reliabel
2. nilai *Alpha Cronbach* 0,20 s.d 0,40 berarti agak reliabel
3. nilai *Alpha Cronbach* 0,40 s.d 0,60 berarti cukup reliabel
4. nilai *Alpha Cronbach* 0,60 s.d 0,80 berarti reliabel
5. nilai *Alpha Cronbach* 0,80 s.d 1,00 berarti sangat reliable

Hasil uji reliabilitas pada kuesioner peran perawat sebagai pendidik adalah sebesar 0,924 yang berarti kuesioner tersebut sangat reliabel.

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 *Editing*

Peneliti melakukan pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah diisi oleh responden. Pemeriksaan daftar pertanyaan ini dapat berupa kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi jawaban dari responden (Setiadi, 2007). Peneliti mengumpulkan kembali kuesioner yang sudah dikumpulkan, apabila terdapat kuesioner yang belum terisi atau pengisiannya tidak sesuai dengan petunjuk, maka peneliti menyuruh responden untuk mengisi kembali. Proses *editing* dilakukan oleh peneliti sendiri dengan cara memeriksa kelengkapan jawaban responden terpilih apakah sudah terisi semua dan sesuai dengan pertanyaannya.

4.7.2 *Coding*

Coding merupakan pengklasifikasian jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori tertentu dengan memberikan kode pada masing-masing jawaban (Budiarto, 2002:30). Pada penelitian ini, coding dilakukan sebagai berikut:

- a. Karakteristik responden
 1. Umur menggunakan skala rasio
 2. Lama sakit menggunakan skala rasio
 3. Lama pengobatan menggunakan skala rasio

4. Riwayat putus obat menggunakan skala rasio
5. Jenis kelamin
 - a) Laki-laki diberi kode 1
 - b) Wanita diberi kode 2
6. Pendidikan
 - a) Tidak sekolah/SD diberi kode 1
 - b) SMP diberi kode 2
 - c) SMA diberi kode 3
 - d) Akademik/ PT diberi kode 4
7. Status pernikahan
 - a) Belum Menikah diberi kode 1
 - b) Menikah diberi kode 2
 - c) Janda/ Duda diberi kode 3
8. Diagnosa medis
 - a) Paranoid diberi kode 1
 - b) Hebefrenik diberi kode 2
 - c) Katatonik diberi kode 3
 - d) Residual diberi kode 4
 - e) Tak terinci diberi kode 5
9. Jenis obat
 - a) Atipikal diberi kode 1
 - b) Tipikal diberi kode 2
 - c) Kombinasi diberi kode 3

4.7.3 Entry

Peneliti telah melakukan proses memasukkan data ke dalam tabel dilakukan dengan program SPSS (*Statistical Product and Service Solution*) yang ada di dalam komputer (Notoatmodjo, 2012: 177). Peneliti memasukkan data yang di peroleh selama penelitian yaitu karakteristik responden dan variabel penelitian dari responden yang sudah diberi kode kategori.

4.7.4 Cleaning

Dilakukan pembersihan terhadap data yang telah dimasukkan apakah sudah benar atau belum (Notoatmodjo, 2012:177). Peneliti memeriksa kembali data yang telah dimasukkan dari kemungkinan data yang belum di *entry*. Proses *cleaning* dalam penelitian ini dengan cara memeriksa kembali data dari responden yang telah di masukkan pada program SPSS oleh peneliti seperti hasil kuesioner, karakteristik responden.

4.8 Analisis Data

Rencana analisis data merupakan bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan perumusan dari kesimpulan yang telah diolah (Notoatmodjo, 2012: 180).

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan cara menganalisis untuk menjelaskan dan mendiskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012:

182). Karakteristik dalam penelitian ini terdiri dari karakteristik umum dan khusus. Karakteristik umum yakni usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, diagnosa medis, lama sakit, jenis obat, riwayat putus obat, dan lama pengobatan serta cara pembayaran, sedangkan karakteristik khusus yakni variabel independen peran perawat pendidik dan variabel dependen kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan.

Pengkategorian pada variabel independen berdasarkan *cut of point* data adalah menggunakan *median*. Nilai dari setiap item pertanyaan dari peran perawat sebagai *educator* akan dijumlahkan kemudian akan dikategorikan menjadi kategori peran berfungsi baik atau peran tidak berfungsi baik.

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui dugaan hubungan atau korelasi dari dua variabel (Notoatmodjo, 2012: 183). Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui apakah peran perawat pendidik akan mempengaruhi kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan, sehingga akan terjadi hubungan peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan.

Uji normalitas pada penelitian ini menggunakan uji normalitas *kolmogorov-smirnov* dikarenakan jumlah sampel lebih dari lima puluh. Data berdistribusi normal apabila $p > 0,05$ (Hastono, 2007; Dahlan, 2011; Budiarto, 2001; dan Sujarweni, 2015). Variabel peran perawat pendidik nilai uji *kolmogorov-smirnov* sebesar 0,05 ($p < 0,05$). Hasil uji normalitas variabel peran perawat pendidik yang tidak normal sudah dilakukan transformasi data dan diperoleh nilai $p < 0,05$. Hasil uji normalitas variabel kepatuhan minum obat

disimpulkan tidak berdistribusi normal didapatkan nilai uji *kolmogorov-smirnov* sebesar 0,000 ($p < 0,05$). Hasil uji normalitas variabel kepatuhan minum obat yang tidak normal sudah dilakukan transformasi data dan diperoleh nilai $p < 0,05$. Hasil uji normalitas variabel kepatuhan minum obat dapat disimpulkan tidak berdistribusi normal meskipun sudah dilakukan transformasi.

Analisis bivariat pada penelitian ini adalah kategorik dan kategorik sehingga uji yang digunakan untuk menguji hipotesis/ hubungan (korelasi) bila data berbentuk ordinal dan data tidak harus berdistribusi normal yakni menggunakan teknik statistik Korelasi *Spearman Rank* (Sujarweni, 2015: 86). Alpha (α) pada penelitian kesehatan sebesar 0,05 dan tingkat kepercayaan (CI) 95% dengan keputusan yang diambil adalah sebagai berikut: (1) H_0 ditolak jika $\rho \text{ value} \leq \alpha$; dan (2) H_0 gagal ditolak apabila $\rho \text{ value} > \alpha$. Hasil analisis *Spearman Rank Correlation* didapatkan $\rho \text{ value}$ sebesar 0,000 maka H_0 ditolak dan dapat disimpulkan ada hubungan peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan.

4.9 Etika Penelitian

Penelitian yang dilakukan harus menempatkan manusia sebagai subjek dan tidak boleh bertentangan dengan etik. Tujuan penelitian harus etis atau melindungi hak-hak dari responden (Notoatmodjo, 2012: 201). Oleh karena itu, penelitian yang dilakukan harus memperhatikan etika dalam penelitian yaitu:

4.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diedarkan sebelum penelitian dilaksanakan agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang akan terjadi saat pengumpulan data. Jika responden bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, jika tidak peneliti harus menghormati hak-hak responden (Notoatmodjo, 2012: 211). Berdasarkan Undang-Undang No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 56 menyatakan bahwa setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap, dan memiliki hak menerima atau menolak sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1), serta tidak berlaku pada gangguan mental berat.

Pada penelitian ini sebelum *caregiver* menjadi responden, *caregiver* menandatangani lembar *consent* penelitian, bila tidak bersedia maka responden diperbolehkan untuk tidak menandatangani lembar *consent*. Seluruh responden bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian setelah diberikan informasi mengenai tujuan penelitian, tata cara penelitian dan manfaat yang diperoleh.

4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dari subyek dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian. Peneliti menggunakan *coding* sebagai ganti dari identitas responden, peneliti menggunakan angka satu sampai dengan untuk

memunculkan identitas responden. Kuesioner yang telah terisi sebagai data primer hanya dimiliki dan disimpan oleh peneliti sehingga terjamin kerahasiaannya. Hanya data-data tertentu yang akan disajikan pada hasil penelitian.

4.9.3 Keadilan (*Justice*)

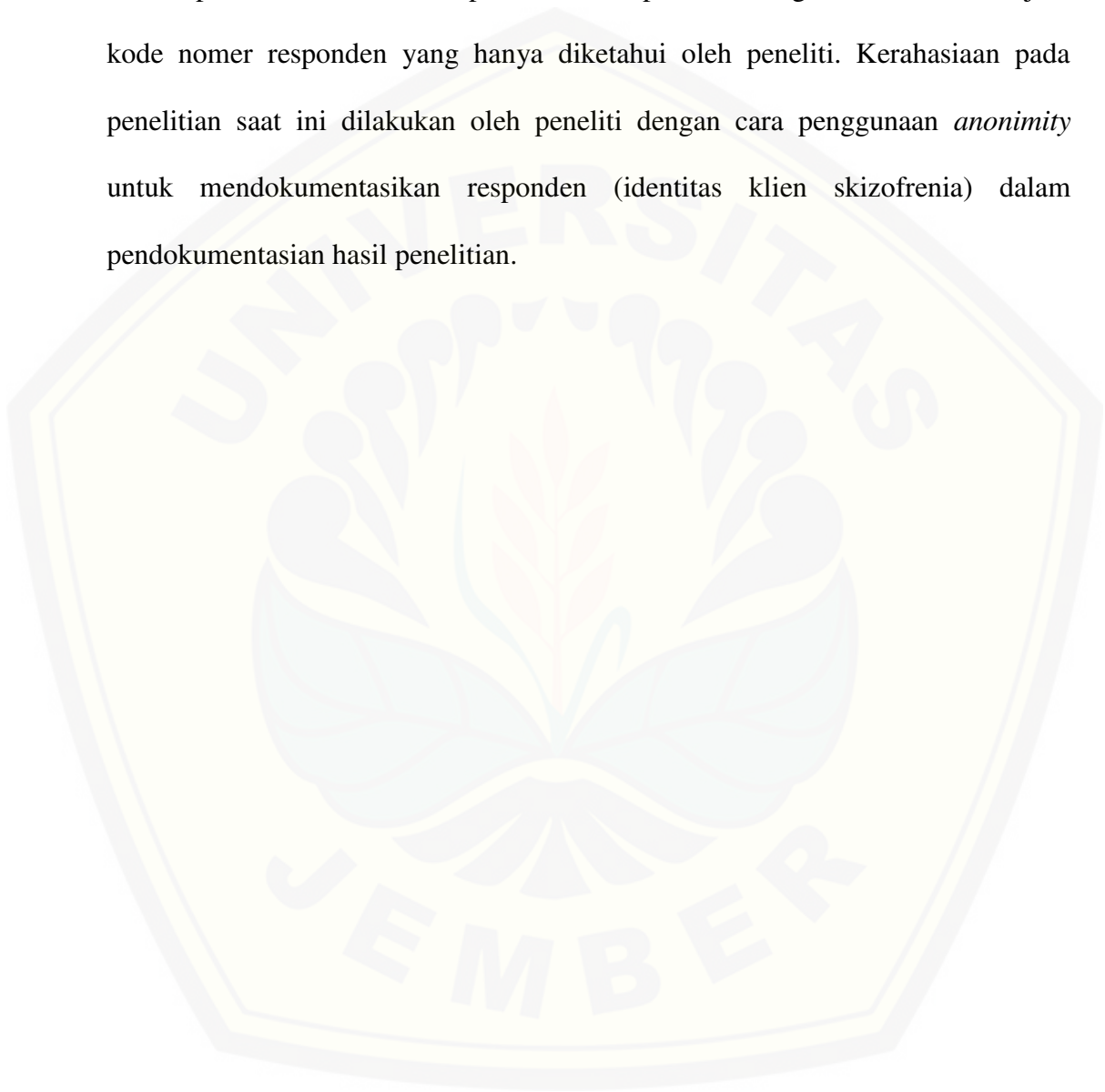
Semua informasi yang telah dikumpulkan dari subyek dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian. Peneliti menggunakan *coding* sebagai ganti dari identitas responden, peneliti menggunakan kode untuk memunculkan identitas responden. Prinsip keadilan perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan keterhati-hatian. Peneliti juga memberikan *reinforcement* positif kepada responden setelah mengisi kuesioner serta peneliti tidak akan menilai atau membandingkan antar responden dalam pengisian kuesioner. Semua responden diberikan perlakuan yang sama sesuai prosedur penelitian.

4.9.4 Asas Kemanfaatan

Peneliti diharapkan memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya dan subyek penelitian pada khususnya. Peneliti diharapkan meminimalisir dampak merugikan selama proses penelitian. Responden mendapatkan evaluasi kepada peran perawat pendidik terkait kepatuhan klien skizofrenia rawat jalan. Penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi *caregiver* dalam usaha meningkatkan kepatuhan minum obat klien skizofrenia. Bagi perawat dapat mengambil kebijakan untuk rutinitas pelaksanaan peran perawat pendidik sehingga dapat berjalan dengan optimal.

4.9.5 Anonimitas

Peneliti memberikan hak kepada responden untuk memberikan nama inisial selama penelitian. Identitas responden dalam proses editing akan dirubah menjadi kode nomer responden yang hanya diketahui oleh peneliti. Kerahasiaan pada penelitian saat ini dilakukan oleh peneliti dengan cara penggunaan *anonymity* untuk mendokumentasikan responden (identitas klien skizofrenia) dalam pendokumentasian hasil penelitian.



BAB 6. PENUTUP

Bab ini berisi kesimpulan dan saran dari penelitian “Hubungan Peran Perawat Pendidik dengan Kepatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember”. Kesimpulan dari penelitian ini merupakan informasi berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus penelitian. Saran digunakan peneliti sebagai rekomendasi setelah diketahui hasil dari penelitian. Berikut ini beberapa simpulan dan saran yang didapat dari hasil penelitian.

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa hubungan peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember sebagai berikut:

- a. Penelitian dilakukan pada *caregiver* klien skizofrenia. Karakteristik responden menunjukkan bahwa usia responden rata-rata adalah 41,42 tahun. Lama sakit klien skizofrenia rata-rata adalah 30,85 bulan. Lama pengobatan klien skizofrenia rata-rata 25,63 bulan. Riwayat putus obat klien skizofrenia rata-rata 1,97 bulan. Jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki (53,2%). Jumlah pendidikan terakhir terbanyak adalah tamat SMA (45,2%). Status pernikahan terbanyak adalah menikah (66,1%). Diagnosa medis yang paling banyak adalah skizofrenia hebefrenik (71%). Jenis obat yang digunakan seluruhnya adalah

jenis kombinasi. Cara pembayaran yang paling banyak responden menggunakan BPJS-nonPBI (48,4%).

- b. Lebih dari setengah distribusi peran perawat pendidik berfungsi baik (59,7%).
- c. Sebagian besar kepatuhan minum obat memiliki kategori kepatuhan tinggi (48,4%).
- d. Ada hubungan peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember (p value = 0,000; CI = 95%).

6.2 Saran

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti selain memberikan suatu kesimpulan juga memberikan saran pada berbagai pihak untuk dapat menangani kepatuhan minum obat. Saran-saran tersebut antara lain sebagai berikut.

6.2.1 Saran Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Perawat dapat melakukan tindakan peran perawat pendidik guna meningkatkan kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan melalui kegiatan pendidikan kesehatan yang telah dibekali kemampuan dari beberapa indikator peran perawat pendidik. Perawat diharapkan dapat lebih aktif melakukan pendidikan dan edukasi dalam informasi penatalaksanaan regimen terapeutik.

6.2.2 Saran Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan lebih meningkatkan pemahaman dan menanamkan tridarma perguruan tinggi kepada mahasiswa mengenai pentingnya pengaplikasian

peran perawat. Hasil penelitian ini juga sebagai bahan pembelajaran bagi mahasiswa dan diharapkan sebagai bekal bagi mahasiswa agar memiliki dan memenuhi seluruh peran perawat yang diharapkan.

6.2.3 Saran Bagi Klien dan Keluarga

Hasil penelitian dapat menjadi hal yang harus diperhatikan klien dan keluarga sebagai evaluasi peran perawat pendidik dengan kepatuhan minum obat di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember. Klien dan keluarga harus lebih aktif dalam memperoleh informasi terkait penanganan regimen terapeutik kesembuhan yang berkaitan dalam pendidikan kesehatan.

6.2.4 Saran Bagi Peneliti

Saran bagi peneliti selanjutnya adalah melakukan penelitian lebih lanjut terkait faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan. Peran perawat pendidik merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat klien rawat jalan. Adapun saran penelitian selanjutnya adalah sebagai berikut:

- a. Hubungan karakteristik penyakit terhadap kepatuhan minum obat.
- b. Faktor-faktor karakteistikkluarga yang mempengaruhi kepatuhan minum obat.
- c. Gambaran aplikasi peran perawat pendidik dalam kepatuhan minum obat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2014. *Kepatuhan Terhadap Terapi*. Jakarta: Yayasan Spiritia [serial online] <http://spiritia.or.id/li/bacali.php?lino=405> [diakses pada tanggal 24 Februari 2016]
- Amelia, D.R. & Anwar, Z. 2013. *Relaps pada Pasien Skizofrenia dalam Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*. Vol. 1: 52-64 [serial online] <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/jipt/article/view/1357/1452> [diakses pada tanggal 24 Februari 2016]
- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision*. Washington DC.
- Arhan. 2015. *Pelaksanaan Peran Edukator Perawat Dalam Meningkatkan Health Literacy Pasien RS Universitas Hasanuddin* [serial online] repository.unhas.ac.id:4001/digilib/files/disk1/405/--arhan-20220-1-15-arh-).pdf [diakses pada tanggal 21 Juni 2016]
- Arif, I. S. 2006. *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga*. Bandung: PT. Refika Pratama.
- Arwani, 2003. *Komunikasi Dalam Keperawatan*, Jakarta: EGC
- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Awad A.G., & Varuganti L.N. 2008. *The Burden of Schizophrenia on Caregiver : a review*. Pharmacoeconomic
- Bastable, S. 2002. *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-Prinsip Pengajaran Dan Pembelajaran*. Jakarta: EGC.
- Budiarto, E. 2002. *Biostatika Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Capernito, M., & Lynda J. 2006. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan/ Lynda Juall & Capernito Moyet; alih bahasa, Yasmin Asih Edisi terjemahan Edisi Ke-10*. Jakarta: EGC.
- College of Nurse Ontario. 2009. *Professional Standards Revised 2002*. California. [online]. http://www.cno.org/Global/docs/prac/41006_ProfStds.pdf. [diakses pada tanggal 18 Februari 2016].

- Davison, G. C. & John M. N. 2001. *Abnormal Psychology. The Eight Edition*. New York : John Wiley & Sons, Inc
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Republik Indonesia*. Jakarta: Badan Litbangkes Kemenkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar dalam Angka Provinsi Jawa Timur 2013*. Jakarta: Badan Litbangkes Kemenkes RI.
- Dorland. 2002. *Kamus Saku Kedokteran Dorland. Edisi 25. Alih bahasa. dr. Poppy Kumala, dr. Sugiarto Komala, dr. Alexander H. Santoso, dr. Johannes Rubijanto Sulaiman, dr. Yuliasari Rienita*. Jakarta: EGC.
- Fahrul. 2014. *Rasionalitas Penggunaan Antipsikotik pada Pasien Skizofrenia Di Instalansi Rawat Inap Jiwa RSD Madani Provinsi Sulawesi Tengah* [serial online] jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/ejurnalfmipa/article/view/2981 [diakses pada tanggal 16 Juni 2016]
- Fleischhacker W., Oehl M. A., & Hummer M. 2003. *Factors Influencing Compliance In Schizophrenia Patients*. Physicians Postgraduate Press.
- Gunawan, S. G., & Rianto S. 2007. *Farmakologi dan Terapi Edisi ke-5*. Jakarta: Departemen Farmakologi dan Terapeutik Penerbit FKUI.
- Halgin, R & Whitebourne S. 2010. *Psikologi Abnormal: Persepektif Klinis pada Gangguan Psikologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hapsari, R. W. 2013. *Hubungan Peran Perawat Sebagai Edukator dengan Pemenuhan kebutuhan Rasa Aman Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum dr. H Koesnadi Kabupaten Bondowoso*. Jember: PSIK-UJ.
- Hawari, D. 2006. *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Herdman, T., H. 2015. *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2015-2017*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Hidayat, T. 2010. *Perbandingan Tingkat Kepatuhan Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi Pasien Skizofrenia Di Puskesmas Sukamerang Kecamatan Kersamanah Kabupaten Garut* diakses melalui <https://www.coursehero.com/file/14338072/ABSTRAK-dan-Makalah-lengkap-PERBANDINGAN-TINGKAT-KEPATUHANpdf/> [diakses pada tanggal 14 Juni 2016]

- Indrawati. 2003. *Komunikasi Untuk Perawat*. Jakarta: EGC
- Iswanti, D. I. 2012. *Thesis: Pengaruh Terapi Perilaku Modeling Partisipan Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Klien Penatalaksanaan Regimen Terapeutik Tidak Efektif di RSJD Dr. Amino Gondo Hutomo Semarang*. Jakarta:FKIK-UI.
- Kaplan, H. I. & Benjamin J. S. 2010. *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Perilaku dan Psikiatri Klinis. Ed. Terj. Jilid 1*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Kartono, K. 2009. *Psikologi Abnormal dan Abnormalitas Seksual*. Bandung: Penerbit CV. Mandar Maju.
- Kendall, P. C. & Constance H. 1998. *Abnormal Psychology : Understanding Human Problem*. Second ed. Boston : Houghton mifflin Company.
- Kusnanto. 2004. *Pengantar profesi dan Praktek Keperawatan Professional*. Jakarta: EGC.
- Lehman A. F., Lieberman J. A., & Dixon L. B., et al. 2004. *Pratice Guideline for The Treatment of Patients with Schizoprhenia 2nd Ed*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Loebis, B. 2007. *Skizofrenia: Penanggulangan Memakai Antipsikotik*. Medan: Bidang Ilmu Psikiatri FK-USU.
- Maramis, W. F. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Marcel L., & Josip. 2014. *From Morisky to Hill-Bone; Self-Reports Scales for Measuring Adherence to Medication* [serial online] <http://hrcak.srce.hr/file/178674> dan *Medication Adherence Rating Scale (MARS)*-<http://pub.basecase.com/EvGWaXTPrR/> [diakses pada tanggal 18 Februari 2016]
- Maslim, R. 2013. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas Dari PPDGJ – III: Skizofrenia, Gangguan Skizotipal Dan Gangguan Waham*. Jakarta: Bagian ilmu kedokteran jiwa FK – Unika Atmajaya.
- MedEd. 1999. *Expert Consensus Treatment Guidelines for Schizophrenia: A Guide for Patients and Families*. [serial online] <http://www.lumen.luc.edu/lumen/MedEd/psych/Schizophrenia%201.pdf>. [diakses pada tanggal 18 Februari 2016]
- Mc Closkey, J. C., & Bulechek, G. M. 2008. *Nursing Interventions Classification (NIC) 5th*. Mosby year book.

- 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. [serial online] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24268603>[diakses pada tanggal 22 Februari 2016]
- Neale, J. M. 1996. *Exploring Abnormal Psychology*. California : John Wiley & Sons.
- NIMH. 2012. *Schizophrenia*. [serial online] www.nimh.nih.gov [diakses pada tanggal 26 Maret 2016]
- Niven, N. 2000. *Psikologi Kesehatan: Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain/ Neil Niven; alih bahasa Agung Waluyo Edisi Ke- 2*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. 2007. *Asuhan Keperawatan pada Pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam & Siti Pariani. 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: CV. Sagung setyo
- Osteberg, Lars MD & Blashcke T. 2005. *Adherence to Medication. England: The New England Journal of Medicine* [serial online] Februari 2016]<http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ2/docs/osterberg.pdf> [diakses pada tanggal 22 Februari 2016]
- Pantelis, C., & Lambert, T. J. 2003. *Managing patients with " Treatment-Resistant " Schizophrenia*. Medical Journal of Australia.
- Prabowo, H. P. 2007. *Interaksi Keluarga Pada Remaja Penderita Skizofrenia Tinjauan Psikokultural Jawa*. Semarang: Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro.
- Pratama, Y. 2013. *Skripsi: Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keluarga Pasien Terhadap Kekambuhan Skizofrenia Di Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSJ Aceh*. Banda aceh: Unsyiah.

- Pratiwi, I. 2011. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik RSJ Prof. Dr. HB Saanin Padang*[serial online] <http://repository.unand.ac.id/17978/1/INNEKE.pdf>. [diakses pada tanggal 24 Februari 2016]
- Potter, P. A., & Perry, A. G.. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Purwanta, Erni E., dan Joko W 2009. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Berobat Pada Penderita Tuberkulosis Paru* [serial online] <http://journal.ugm.ac.id/index.php/bkm/article/view/3558/3047>. [diakses pada tanggal 21 Juni 2016]
- Putri, A. K. 2015. *Ekspresi Emosi Pendamping Skizofrenia*. Surabaya: UIN [serial online] <http://digilib.uinsby.ac.id/2397/> [diakses pada tanggal 28 Maret 2016]
- Republik Indonesia. 2009. *Undang Undang No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 56*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. 2014. *Undang-Undang No 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. 2014. *Undang Undang Keperawatan No 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Rohmah, R. 2015. *Skripsi: Peran Perawat Sebagai Educator dengan Motivasi Sembuh Pasien TBC Paru di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember*. Jember: PSIK-UJ.
- Sadock, B. J & Sadock, V. A. 2010. *E-Book Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry- 5th Ed*. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins, a Wolters Kluwer Business.
- Sadock, B. J. 2010. *Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry Ed. 2/ alih bahasa Profitasari*. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins, a Wolters Kluwer Business.
- Sandriani, B. 2014. *Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik RSJ Grhasia DIY* [serial online] opac.say.ac.id/272/ [diakses pada tanggal 16 Juni 2016]
- Saputra, R. 2012. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Mengonsumsi Obat Antipsikotik Pada Pasien Yang Mengalami Gangguan Jiwa Di Poli Rawat Jalan Rsjd Surakarta* [serial online]

http://eprints.ums.ac.id/20849/24/NASKAH_PUBLIKASI.pdf. [diakses pada tanggal 21 Juni 2016]

- Sariah, A. E. Outwater, A. H. dan Malima, Khadija IY. 2014. *Risk and protective factors for relapse among Individuals with Schizophrenia: A Qualitative Study in Dar es Salaam, Tanzania*. BMC Pshychiatry.
- Sastroasmoro, S. 2010. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi ke-3*. Jakarta: Sagung Seto.
- Semiun, Y. 2008. *Kesehatan Mental edisi 3*. Jogjakarta: Penerbit Kanisius.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha ilmu
- Shinta, D. A. 2012. *Analisis Efektivitas Biaya Penggunaan Terapi Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta*. [serial online] <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:aAvugOxLrKcJ:grhasia.jogjaprov.go.id/images/grhasia/pdf/shintadr2.pdf+&cd=2&hl=id&ct=clnk> [diakses pada tanggal 18 Februari 2016]
- Simatupang, R. 2014. *Faktor-faktor Penyebab Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia yang Dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara Medan*. Tidak diterbitkan. Skripsi. Medan: Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara [serial online] repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/40362/5/Chapter%20I.pdf. [diakses pada tanggal 26 Maret 2016]
- Sinaga, N. A. 2014. *Skripsi: Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia Paranoid Di Unit Rawat Jalan RSJ Aceh*. Banda Aceh: FK-Utsyiah.
- Sirait. 2009. *Faktor-Faktor Penyebab Ketidakpatuhan Pasien Skizofrenia Menjalani Pengobatan Dirumah Sakit Jiwa Daerah Propinsi Sumatera Utara Medan* [serial online] <http://sari-mutiara.ac.id/new/wp-content/uploads/2013/10/kepatuhan.docx> [diakses pada tanggal 26 Maret 2016]
- Smeltzer, S. C & Bare B. G. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi ke-8*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhaemi, M. E. 2004. *Etika Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik*. Jakarta: EGC.

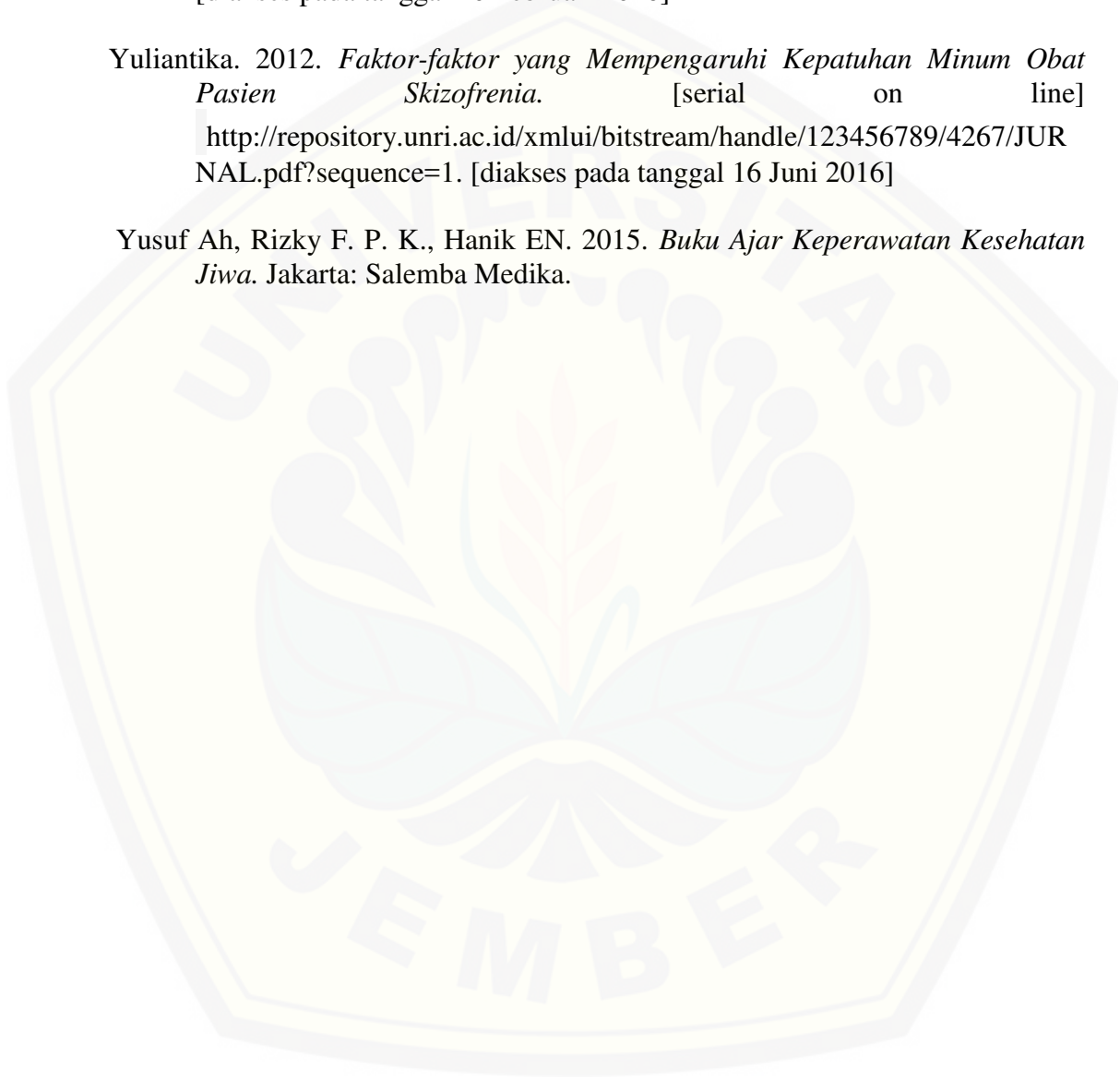
- Sujarweni, W. 2015. *Statistik untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.
- Susanto, T. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: TIM.
- Suryadi, R. F. 2013. *Skripsi: Hubungan Peran Educator Perawat dalam Discharge Planning dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Rawat Inap Untuk Kontrol di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember*. Jember: PSIK – UJ.
- Stuart, G. W. 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa/ Edisi Terjemahan, Alih Bahasa Ramona P. dkk, Edisi Ke-5*. Jakarta: EGC.
- Sweileh WM, Ihbesheh MS, Jarar IS, Sawalha AF, Abu Taha AS, dan Zyoud SH, Morisky DE. (2012). *Antipsychotic Medication Adherence And Satisfaction Among (MMAS) Palestinian People With Schizophrenia*. US National Library of Medicine, 49-55. [serial online] https://www.mainequalitycounts.org/image_upload/5_Morisky_Medication_Adherence.pdf [diakses pada tanggal 18 Februari 2016]
- Townsend, M. C. 2010. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Psikiatri: Rencana Asuhan & Medikasi Psikotropik Edisi Terjemahan Edisi Ke-5*. Jakarta: EGC.
- Ulfah, M. 2013. *Skripsi: Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Tuberkulosis (TBC) di Wilayah Kerja Puskesmas Pamulang Kota Tangerang Selatan Tahun 2011*. Jakarta: FKIK-UIN.
- Uripni, C. L. 2002. *Komunikasi Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Videbeck, S. L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Wardani, I. Y. 2009. *Tesis: Pengalaman Keluarga Menghadapi Ketidakpatuhan Anggota Keluarga dengan Skizofrenia dalam Mengikuti Regimen Terapeutik: Pengobatan*. Jakarta: Program Pasca Sarjana FIK-UI.
- Wicaksana, I. 2000. *Skizofrenia : Antara Kerja dan Kualitas Hidup, Artikel pada harian Kompas 15 Oktober 2000, halaman 21*. [serial online] <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3639/3/psiko-raras2.pdf.txt> [diakses pada tanggal 18 Februari 2016]
- Wihartini. 2007. *Skripsi: Hubungan antara Peran Pengawas Minum Obat dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat pada Penderita TB Paru di Kecamatan Tirto Kabupaten Pekalongan*. Semarang: FKIK – UMS.

Wiramihardja, S. A. 2005. *Pengantar Psikologi Klinis*. Bandung : Refika Aditama

World Health Organization. 2015. *Schizophrenia (diperbarui bulan September 2015)* [serial online] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/> [diakses pada tanggal 20 Februari 2016]

Yuliantika. 2012. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia*. [serial on line] <http://repository.unri.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/4267/JURNAL.pdf?sequence=1>. [diakses pada tanggal 16 Juni 2016]

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





LAMPIRAN

Lampiran A: Lembar *Informed***INFORMASI PENELITIAN (*Informed*)****Informasi Penelitian**

Saya bernama Raras Rahmatichasari merupakan mahasiswi Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Dengan ini saya meminta kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi subyek penelitian saya yang berjudul “Hubungan Peran Perawat Pendidik dengan kepatuhan minum obat Klien Skizofrenia di Poliklinik Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember”.

Penelitian ini dilakukan dimulai pada bulan Juni 2016 di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui peran perawat sebagai *educator* yang memiliki hubungan dengan kepatuhan minum obat klien skizofrenia rawat jalan. Dengan melakukan penelitian ini, saya berharap dapat memberi manfaat berupa informasi mengenai apa-apa saja yang berhubungan dengan kepatuhan klien dalam minum obat secara rutin.

Saya mengharapkan bantuan dari Bapak/Ibu untuk menjawab pertanyaan dari kuisioner yang akan saya lakukan untuk mencari tahu sikap perawat tersebut. Data dan identitas diri dari Bapak/Ibu akan disamarkan dan dijaga kerahasiaannya.

Apabila setelah membaca penjelasan di atas Bapak/Ibu bersedia menjadi subyek penelitian ini, silahkan menandatangani lembar informasi penelitian ini sebagai bukti persetujuan. Atas perhatian dan partisipasi dari Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Jember, Juni 2016

Mengetahui,

Peneliti,

Raras Rahmatichasari

NIM 122310101011

Lampiran B: Lembar *Consent***LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN (*Consent*)****Lembar Persetujuan Responden**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No. Telepon :

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian dari :

Nama : Raras Rahmatischasari

NIM : 122310101011

Program studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : Hubungan Peran Perawat Pendidik dengan kepatuhan minum obat Klien Skizofrenia di Poliklinik Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember

Prosedur penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan pada saya maupun keluarga saya. Peneliti akan menjaga kerahasiaan jawaban dan pertanyaan yang sudah saya berikan. Saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sebenar-benarnya.

Jember, Juni 2016

Yang memberi persetujuan,

(.....)

LAMPIRAN C: Data Responden dan Kuesioner Karakteristik Individu

**HUBUNGAN PERAN PERAWAT PENDIDIK DENGAN
KEPATUHAN MINUM OBAT KLIEN SKIZOFRENIA
RAWAT JALAN DI POLI PSIKIATRI RSD dr. SOEBANDI
KABUPATEN JEMBER**

KARAKTERISTIK RESPONDEN(data klien skizofrenia diisi oleh *caregiver*)

Kode responden:

Petunjuk pengisian :

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

Pertanyaan :

1. Nama :
2. Alamat :
3. Umur : tahun bulan
4. Jenis Kelamin : (1) Laki-laki
(2) Perempuan
5. Pendidikan Terakhir : (1) Tidak Sekolah/SD (2) SMP
(3) SMA (4) Akademik/ PT
6. Status Pernikahan : (1) Belum menikah (2) Menikah
(3) Janda/ Duda
7. Lama sakit : ... bulan
8. Diagnosa medis : ... (*diisi peneliti*)
9. Jenis Obat : (1) Atipikal (2) Tipikal
(*diisi peneliti*) (3) Kombinasi
10. Lama Pengobatan : ... bulan
11. Riwayat Putus Obat : ... bulan
12. Cara Pembayaran : (1) BPJS-PBI (2) BPJS-nonPBI
(3) Umum

LAMPIRAN D: Kuesioner Peran Perawat Pendidik

**HUBUNGAN PERAN PERAWAT PENDIDIK DENGAN
KEPATUHAN MINUM OBAT KLIEN SKIZOFRENIA
RAWAT JALAN DI POLI PSIKIATRI RSD dr. SOEBANDI
KABUPATEN JEMBER**

KUESIONER PERAN PERAWAT PENDIDIK

Kode responden:

Petunjuk pengisian kuisisioner:

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda yang sesungguhnya. Apabila terdapat pernyataan yang tidak dimengerti dapat menanyakannya kepada pihak kami;
2. Berilah tanda centang (√) pada kolom Ya atau Tidak yang menunjukkan seberapa besar pernyataan tersebut sesuai dengan keadaan anda selama beberapa hari terakhir;
3. Dalam kuesioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga tidak terdapat jawaban yang dianggap salah, semua jawaban dianggap benar jika anda memberikan jawaban sesuai dengan keadaan anda;
4. Informasi ini akan dirahasiakan, oleh karena itu mohon diisi sesuai dengan keadaan sebenarnya. Terima kasih.

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1.	Perawat menjelaskan tentang nama-nama obat yang diminum	1	
2.	Perawat belum menjelaskan pentingnya minum obat sesuai jam minum obat yang dianjurkan		1
3.	Perawat memberi dukungan kepada klien untuk taat pada anjuran pengobatan	1	
4.	Perawat belum mengklarifikasi dari obat yang sudah		1

	diminum klien		
5.	Perawat mengajarkan klien minum obat secara mandiri	1	
6.	Perawat belum memberitahu klien tentang bagaimana menangani efek samping obat		1
7.	Perawat menjelaskan dosis setiap obat yang harus klien minum	1	
8.	Perawat melarang klien berhenti minum obat, ketika efek samping obat terjadi	1	
9.	Perawat memberi pujian kepada klien karena klien minum obat	1	
10.	Perawat memberi contoh obat beberapa macam obat yang harus diminum		1
13.	Perawat mengingatkan klien tentang jadwal ambil obat selanjutnya setiap setelah kontrol	1	
14.	Perawat menjelaskan efek samping obat yang mungkin terjadi, jika klien minum obat sesuai anjuran dokter	1	
15.	Perawat menjelaskan tentang perhitungan waktu antara jarak makan dengan minum obat	1	
16.	Perawat belum menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang peran keluarga dalam pengawasan minum obat		1
17.	Perawat menjelaskan dampak yang akan terjadi kepada klien, ketika klien tidak menghabiskan obat sesuai anjuran dokter	1	
18.	Perawat menjelaskan tentang tujuan dan manfaat minum obat	1	
21.	Perawat menjelaskan kepada klien tentang kondisi kesehatan saat ini apabila klien lupa minum obat	1	
22.	Perawat menjelaskan tentang tempat yang harus	1	

	dikunjungi untuk kontrol yaitu Poliklinik Psikiatri RSUD dr. Soebandi Kabupaten Jember		
25.	Perawat selalu memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya tentang hal yang yang tidak klien mengerti	1	
26	Perawat belum menjelaskan kepada klien tentang lamanya minum obat		1
27	Perawat memberi contoh cara membuang obat klien, ketika klien tidak ingin minum obat		1
28	Perawat menjelaskan bahwa lupa minum obat adalah tindakan benar		1
29	Perawat menjelaskan kepada klien dan keluarga untuk mengurangi pergaulan dengan orang lain (misal: saudara, tetangga, atau teman dll)		1
30	Perawat mengabaikan klien, ketika klien bertanya terkait pengobatan		1

Sumber : *Journal Professional Stadarads Revised 2002* (2009), dalam Rohmah (2015) dan Hapsari (2013) dengan modifikasi oleh peneliti.

LAMPIRAN E: Kuesioner Kepatuhan Minum Obat



**HUBUNGAN PERAN PERAWAT PENDIDIK DENGAN
KEPATUHAN MINUM OBAT KLIEN SKIZOFRENIA
RAWAT JALAN DI POLI PSIKIATRI RSD dr. SOEBANDI
KABUPATEN JEMBER**

KUESIONER KEPATUHAN MINUM OBAT

Kode responden:

Petunjuk pengisian :

1. Isilah pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda *check list* (√) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan apa yang dilakukan anda selama ini dalam manajemen obat diruangan.

Tidak : tidak pernah melakukan.

Ya : pernah dalam 2 hari melakukan minimal 1 kali atau lebih.

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1	Apakah klien lupa meminum obat?		
2	Apakah klien melanggar jadwal waktunya minum obat?		
3	Apakah klien harus selalu diingatkan jadwal waktunya minum obat?		
4	Apakah klien tidak mandiri meminta obat kepada perawat?		
5	Apakah klien harus dipanggil terlebih dahulu saat waktunya minum obat		
6	Apakah klien masih harus dipaksa dan diawasi ketika minum obat?		
7	Apakah klien tidak mengetahui nama obat yang biasa diminum?		
8	Apakah klien tidak meminum obatnya dengan benar (nama, aturan dan cara minum)?		
9	Apakah klien tidak mengetahui manfaat obat yang di minum selama ini?		
10	Apakah klien tidak mengetahui efek samping obat yang di minum?		

11	Apakah klien mengeluh setelah minum obat menjadi lelah, lamban dan seperti robot?		
12	Jika klien merasa tidak enak setelah minum obat, apakah klien berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dari perawat?		
13	Sebaliknya ketika klien merasa sudah sembuh, apakah berhenti meminum obatnya?		
14	Apakah klien tidak mengetahui cara mengatasi efek samping obat?		
15	Apakah klien beranggapan bahwa minum obat hanya ketika sakit saja?		
16	Apakah klien menolak mengutarakan dengan meminum obatnya dapat mengontrol pikiran, emosi dan perilakunya?		
17	Apakah klien tidak mampu mengontrol pikiran, emosi dan perilaku minum obat?		
18	Apakah klien tidak menolak untuk mengutarakan bahwa minum obat dapat mencegah kambuh/ sakit kembali?		
19	Ketika obat klien akan habis, apakah tidak perlu datang ke Rumah Sakit untuk kontrol?		
20	Menurut klien atau anggota keluarga, apakah kontrol rutin tidak ada hubungannya dengan kekambuhan mereka?		

Sumber : Kuisisioner diadopsi dari penelitian Iswanti (2012).