



**HUBUNGAN ANTARA LAMA MERAWAT PASIEN SKIZOFRENIA
DENGAN TINGKAT KECEMASAN *CAREGIVER* PASIEN RAWAT
JALAN POLI PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO LUMAJANG**

SKRIPSI

Oleh

Asri Ayu Firdausi

NIM. 152010101013

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS JEMBER

2018



**HUBUNGAN ANTARA LAMA MERAWAT PASIEN SKIZOFRENIA
DENGAN TINGKAT KECEMASAN CAREGIVER PASIEN RAWAT
JALAN POLI PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO LUMAJANG**

SKRIPSI

Digunakan untuk melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

Asri Ayu Firdausi

NIM. 152010101013

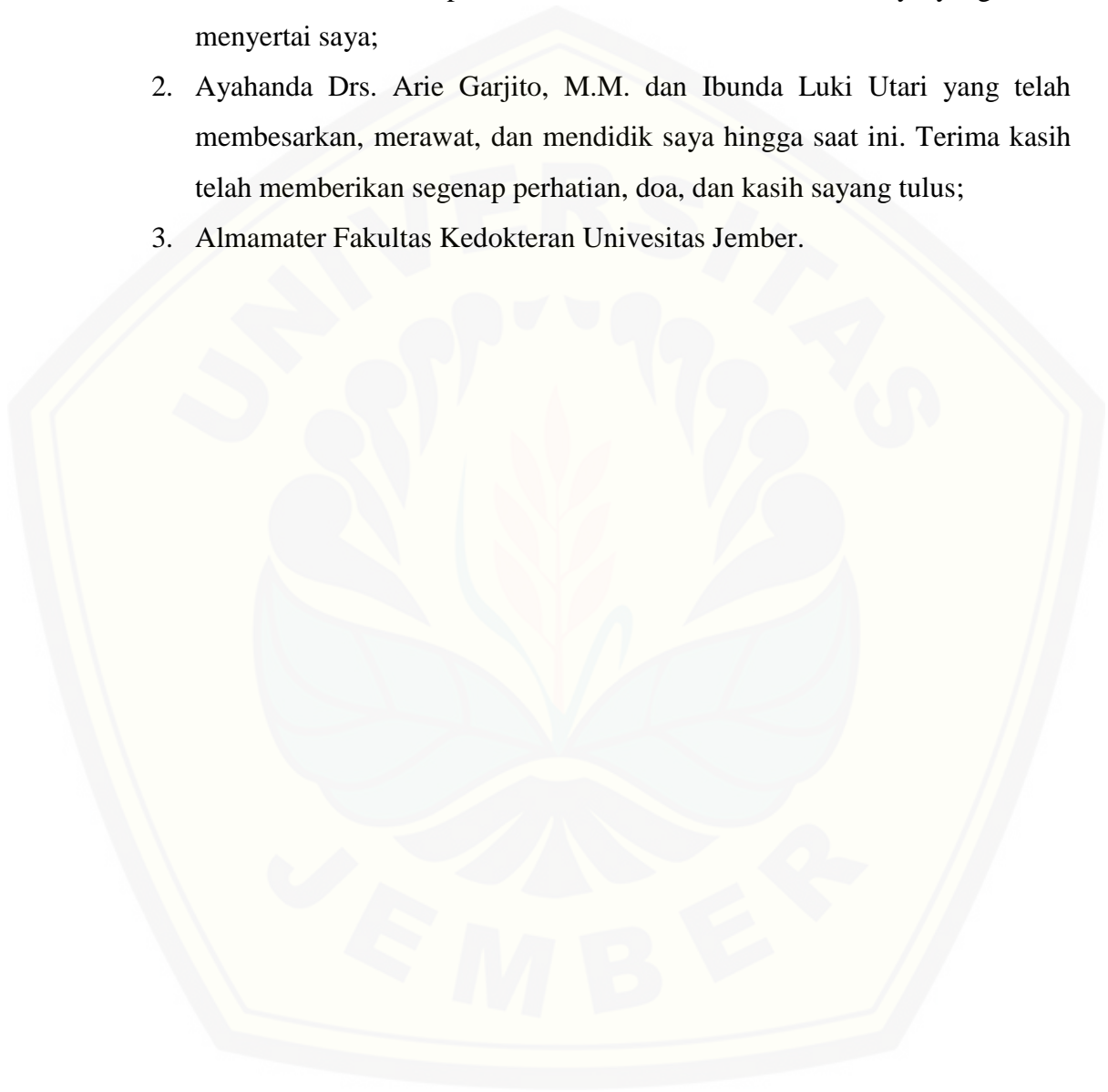
**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2018

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Allah SWT, atas limpahan berkah, rahmat, dan karunia-Nya yang selalu menyertai saya;
2. Ayahanda Drs. Arie Garjito, M.M. dan Ibunda Luki Utari yang telah membesarkan, merawat, dan mendidik saya hingga saat ini. Terima kasih telah memberikan segenap perhatian, doa, dan kasih sayang tulus;
3. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember.



MOTTO

“Allah tidak akan merubah nasib suatu kaum
kecuali kaum itu merubah diri mereka sendiri”
(Terjemahan Surat Ar-Ra’du ayat 11)



PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Asri Ayu Firdausi

NIM : 152010101013

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

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

Jember,
Yang menyatakan,

Asri Ayu Firdausi
NIM 152010101013

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA LAMA MERAJAT PASIEN SKIZOFRENIA
DENGAN TINGKAT KECEMASAN *CAREGIVER* PASIEN RAWAT
JALAN POLI PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO LUMAJANG**

Oleh

Asri Ayu Firdausi
NIM 152010101013

Pembimbing

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

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Elly Nurus Sakinah, M.Si

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Hubungan antara Lama Merawat Pasien Skizofrenia dengan Tingkat Kecemasan *Caregiver* Pasien Rawat Jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang” karya Asri Ayu Firdausi telah diuji dan disahkan pada:

Hari, tanggal : Kamis, 27 Desember 2018

Tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji:

Ketua,

Anggota I,

dr. Zahrah Febianti, M.Biomed

NIP. 19880202 201404 2 001

dr. Dion Krismashogi D, M.Si

NIP. 19860916 201404 1 002

Anggota II,

Anggota III,

dr. Alif Mardijana, Sp.KJ

NIP. 19581105 198702 2 001

dr. Elly Nurus Sakinah, M.Si

NIP. 19840916 200801 2 003

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

dr. Supangat, M.Kes., Ph.D., Sp. BA

NIP 19730424 199903 1 002

RINGKASAN

Hubungan antara Lama Merawat Pasien Skizofrenia dengan Tingkat Kecemasan *Caregiver* Pasien Rawat Jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang; Asri Ayu Firdausi, 152010101013; 2018; 71 halaman; Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Orang Dengan Skizofrenia (ODS) mempunyai hendaya nyata kronis pada taraf kemampuan fungsional sehari-hari, sehingga mereka memerlukan bantuan dari pihak lain, yang disebut dengan *caregiver*. Di sisi lain, kebanyakan penelitian hanya menitikberatkan pada patomekanisme dan terapi skizofrenia, sedangkan *caregiver* skizofrenia tentu memiliki beban psikis tersendiri. Beban tersebut bisa disebabkan oleh tingkah laku dari penderita, masalah ekonomi akibat biaya pengobatan penderita yang tidak sedikit, juga durasi merawat pasien skizofrenia yang lama (Sharma dkk., 2017). Hasil data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa sebesar 6% dari jumlah penduduk Indonesia (kurang lebih 14.000.000 orang) memberikan gejala positif depresi dan kecemasan. Sementara itu, prevalensi skizofrenia mencapai sekitar 1,7 per 1.000 penduduk (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Caregiver adalah seseorang yang bertugas untuk membantu orang-orang yang memiliki hambatan dalam melakukan kegiatan fisik sehari-hari baik yang bersifat kegiatan harian pribadi (*personal activity daily living*) seperti makan, minum, berjalan, atau kegiatan harian yang bersifat tambahan (*instrumental daily living*) seperti membeli kebutuhan sehari-hari, berpergian, dan memperoleh informasi (Subroto, 2009). Kumar dkk. (2015) menyampaikan bahwa terdapat hubungan signifikan antara intensitas stress *caregiver* dengan masalah ekonomi, durasi penyakit yang lebih lama, tekanan psikologis dan pengakuan kebutuhan bantuan profesional. Pada penelitian lainnya, Vasudeva dkk. (2013) berpendapat tidak ada hubungan antara durasi merawat pasien dengan beban yang dialami. Hasil penelitian Nasution dan Susilawati (2014) menunjukkan bahwa *caregiver* mengalami tingkat kecemasan berat dalam menghadapi perilaku pasien skizofrenia.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat kecemasan *caregiver* pada pasien rawat jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang. Desain penelitian yang digunakan adalah metode *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang pada November-Desember 2018. Sampel penelitian berjumlah 30 orang berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah metode *accidental sampling*. Teknik pengambilan data menggunakan instrumen kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* untuk wawancara sebagai data primer dan data sekunder rekam medis pasien sebagai pengonfirmasi. Analisis data menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat uji korelasi *Spearman*.

Karakteristik sampel dalam penelitian ini dikelompokkan berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, hubungan kekerabatan dengan pasien, dan lama merawat pasien. Setelah dilakukan uji korelasi *Spearman* untuk mengetahui hubungan antara lama merawat dengan tingkat kecemasan *caregiver*, diperoleh *p-value* sebesar 0,034 ($p\text{ value} < 0,05$) dan $r = -0,389$ yang menunjukkan terdapat tidak terdapat korelasi yang bermakna antara antara lama merawat pasien rawat jalan dengan tingkat kecemasan *caregiver* pasien skizorenia RS PTPN XI Djatiroto Lumajang Lumajang dengan arah korelasi negatif.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan antara Lama Merawat Pasien Skizofrenia dengan Tingkat Kecemasan *Caregiver* Pasien Rawat Jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang”. Skripsi ini diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Jember (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc, Ph.D selaku Rektor Universitas Jember;
2. dr. Supangat, M.Kes., Ph.D., Sp. BA selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
3. dr. Alif Mardijana, Sp.KJ selaku Dosen Pembimbing Utama dan Dosen Pembimbing Akademik yang telah meluangkan waktu, pikiran, tenaga, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
4. dr. Elly Nurus Sakinah M.Si selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, tenaga, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini
5. Kepala RS PTPN XI Djatiroto Lumajang, dr. Dyah Ayu Retno Palupi yang telah memberikan ijin penelitian dan perawat Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang;
6. dr. Zahrah Febianti, M.Biomed sebagai Dosen Penguji Utama dan dr. Dion Krismashogi Dharmawan, M.Si sebagai Dosen Penguji Anggota yang telah meluangkan waktu dan memberikan saran dan masukan yang membangun dalam penulisan skripsi ini;
7. Para staf dan civitas akademika di Fakultas Kedokteran Universitas Jember yang telah memberikan banyak bantuan selama pendidikan;

8. Ayahanda Drs. Arie Garjito, M.M. dan Ibunda Luki Utari tercinta atas dukungan moril, materi, doa, dan semua curahan kasih sayang yang tak akan pernah putus;
9. Saudaraku Alyadyta Salsabila Putri yang telah memberi motivasi untuk menyelesaikan tugas akhir ini;
10. Sahabatku Zulaikha Rizkina R., Ni Made Trismarani S., Kamila Rahma, Nadhifa Athaya P, Diayu Putri Akhita, Aditya Primadana, dan Rena Hardianty atas kebersamaan dan dukungan selama menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Univesitas Jember;
11. Seluruh keluarga besar SCOPE CIMSA Unej, CIMSA Unej, IMSAC, dan BPM FK Unej atas dukungan dalam penyusunan skripsi ini;
12. Seluruh angkatan FK Unej 2015 (COCCYX) yang telah berjalan beriringan demi sebuah gelar Sarjana Kedokteran;
13. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terimakasih atas segala bantuan dan kerjasamanya.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna dan menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata, penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Jember, Desember 2018

Penulis

DAFTAR ISI

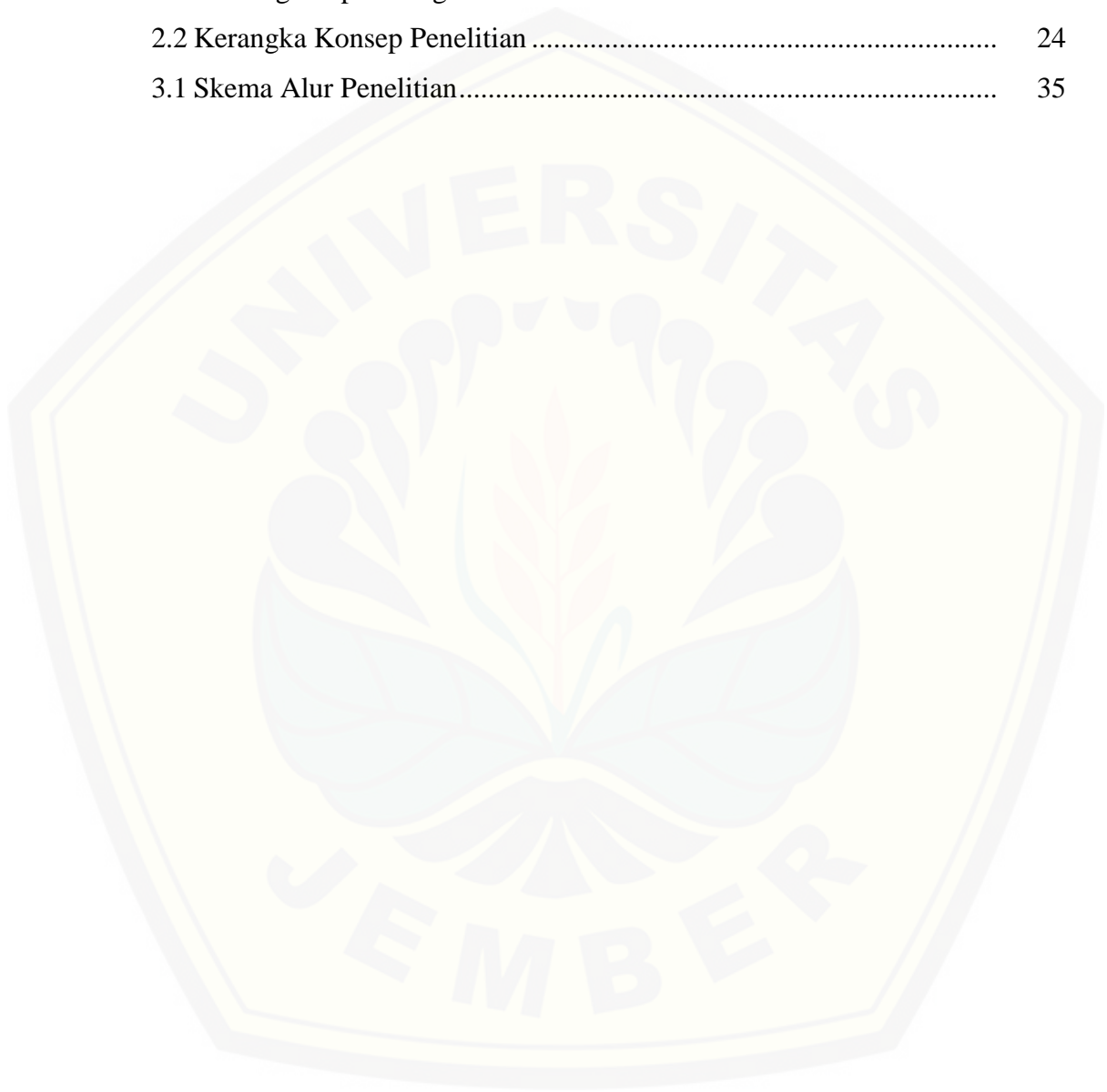
	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
RINGKASAN	vii
PRAKATA	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat.....	4
1.4.1 Bagi Rumah Sakit.....	4
1.4.2 Bagi Masyarakat.....	4
1.4.3 Tenaga Kesehatan.....	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Caregiver.....	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Tugas Caregiver.....	5
2.1.3 Dampak menjadi <i>Caregiver</i>	6
2.1.4 Kebutuhan <i>Caregiver</i>	7
2.1.5 Dampak dari Kebutuhan <i>Caregiver</i> yang Tidak Terpenuhi	9

2.1.6 Dampak dari Kebutuhan Caregiver yang Terpenuhi.....	9
2.2 Skizofrenia	10
2.2.1 Definisi dan Epidemiologi.....	10
2.2.2 Etiologi	10
2.2.3 Pedoman Diagnosis	11
2.2.4 Lama Merawat Pasien Skizofrenia.....	13
2.3 Kecemasan	15
2.3.1 Definisi	15
2.3.2 Patofisiologi.....	15
2.3.3 Tingkat Kecemasan	17
2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan.....	20
2.3.5 Tanda dan Gejala.....	21
2.3.6 Pengendalian Kecemasan	22
2.4 Kerangka Konsep Penelitian.....	24
2.5 Hipotesis Penelitian.....	25
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	26
3.1 Jenis Penelitian	26
3.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	26
3.2.1 Populasi Penelitian	26
3.2.2 Sampel Penelitian	26
3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	27
3.2.4 Besar Sampel Penelitian	27
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian	28
3.4 Variabel Penelitian.....	28
3.4.1 Variabel Bebas.....	28
3.4.2 Variabel Terikat.....	28
3.5 Definisi Operasional.....	28
3.5.1 <i>Caregiver</i> skizofrenia	28
3.5.2 Lama merawat pasien	29
3.5.3 Tingkat kecemasan	29
3.6 Instrumen Penelitian.....	30

3.6.1 Lembar Informed Consent.....	30
3.6.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel.....	30
3.6.3 Identitas Sampel Penelitian	31
3.6.4 <i>Kuesioner</i> Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS).....	31
3.7 Prosedur Penelitian.....	31
3.7.1 <i>Ethical Clearance</i>	31
3.7.2 Persiapan dan Perizinan.....	32
3.7.3 Pengambilan Data.....	32
3.8 Pengolahan Data	33
3.9 Analisis Data.....	33
3.10 Alur Penelitian.....	35
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	36
4.1 Hasil.....	36
4.1.1 Analisis Univariat.....	36
4.1.2 Analisis Bivariat	41
4.2 Pembahasan	42
4.3 Keterbatasan Penelitian	47
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	48
5.1 Kesimpulan	48
5.2 Saran	48
DAFTAR PUSTAKA	50
LAMPIRAN.....	55

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Rentang Respon Tingkat Kecemasan oleh HARS	19
2.2 Kerangka Konsep Penelitian	24
3.1 Skema Alur Penelitian.....	35



DAFTAR TABEL

	Halaman
4.1 Distribusi Sampel Berdasarkan Usia	36
4.2 Distribusi Sampel Berdasarkan Kategori Usia	36
4.3 Distribusi Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin	37
4.4 Distribusi Sampel Berdasarkan Pendidikan	38
4.5 Distribusi Sampel Berdasarkan Pekerjaan	38
4.6 Distribusi Sampel Berdasarkan Hubungan Kekerabatan dengan Pasien	39
4.7 Distribusi Sampel Berdasarkan Lama Merawat Pasien Skizofrenia..	40
4.8 Distribusi Sampel Tingkat Kecemasan <i>Caregiver</i>	41
4.9 Hasil Uji Korelasi <i>Spearman</i>	41

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3.1 Formulir <i>Informed Consent</i> (Lembar Persetujuan).....	55
3.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel	56
3.3 Identitas Sampel.....	57
3.4 Kuesioner <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i> (HARS)	58
3.5 Keterangan Persetujuan Etik.....	61
3.6 Surat Rekomendasi Bebas Plagiasi	64
3.7 Surat Keterangan Telah Melakukan Perijinan Penelitian di Dinas Kesehatan Kab. Lumajang dan RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang	65
3.8 Surat Keterangan Telah Melakukan Perijinan Penelitian di RS PTPN XI Djatiroto Lumajang	66
4.1. Analisis Data Bivariat (Uji <i>Spearman</i>)	67
4.2. Tabel Tabulasi Karakteristik Umum Sampel	68
4.3. Tabel Tabulasi Kuesioner <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>	70

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Orang Dengan Skizofrenia (ODS) mempunyai hendaya nyata kronis pada taraf kemampuan fungsional sehari-hari, sehingga mereka memerlukan bantuan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, yang disebut dengan *caregiver*. Di sisi lain, kebanyakan penelitian hanya menitikberatkan pada patomekanisme dan terapi skizofrenia, sementara *caregiver* skizofrenia tentu memiliki beban psikis tersendiri. Beban tersebut bisa disebabkan oleh tingkah laku dari penderita, masalah ekonomi akibat biaya pengobatan penderita yang tidak sedikit, juga durasi merawat pasien skizofrenia yang tidak sebentar. Selain harus membiayai pengobatan pasien, *caregiver* juga harus meninggalkan pekerjaan dan membatasi kebutuhan rekreasi dalam kurun waktu lama. Jika dibandingkan dengan *caregiver* pada stroke, tuberkulosis, maupun *caregiver* para lanjut usia (lansia), *caregiver* skizofrenia harus melakukan pemantauan dan perawatan khusus karena ODS seringkali bersikap agresif bahkan membahayakan dirinya sendiri dan lingkungan sekitar (Sharma dkk., 2017).

Di Indonesia, masalah kesehatan jiwa merupakan salah satu permasalahan kesehatan utama. Hal ini dibuktikan dengan data dari World Health Organization (WHO) pada tahun 2016 yang menyatakan bahwa sebanyak 29.000.000 orang di dunia telah didiagnosis skizofrenia. Dari angka tersebut sebanyak 20.000.000 orang berasal dari negara-negara berkembang. Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional yang memberi gejala positif depresi dan kecemasan pada penduduk usia 15 tahun ke atas adalah sebesar 6% dari jumlah penduduk Indonesia (kurang lebih 14.000.000 orang), sedangkan prevalensi skizofrenia (gangguan jiwa berat) mencapai sekitar 400.000 orang atau dapat dinyatakan dengan rasio 1,7:1.000 penduduk (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Sharma dkk. (2017) menemukan bahwa sebanyak 29% masalah kesehatan yang dikeluhkan *caregiver* skizofrenia didominasi oleh masalah kecemasan, 25% *caregiver*

skizofrenia mengeluhkan depresi, dan sisanya merupakan masalah fisik dan psikologis lainnya.

Stres bisa menjadi faktor risiko terjadinya cemas dan depresi. Di otak, neurotransmitter seperti serotonin dan *Gama-aminobutyric Acid* (GABA) bertanggung jawab dalam penghambatan fungsi neuron manusia. Ketika seseorang mengalami stres, neurotransmitter mencegah stimulasi berlebih pada jalur saraf tertentu sehingga membantu manusia merasa rileks. Tanpa adanya neurotransmitter dengan jumlah yang tepat, neuron akan bekerja berlebihan sehingga orang tersebut tidak menerima pesan cukup untuk 'berhenti'. Saraf simpatis akan bekerja terus-menerus menimbulkan gejala seperti berkeringat, takikardia, tegang otot, hilang minat dan kegembiraan, bahkan hingga susah makan dan tidur. Stres juga meningkatkan norepinefrin yang mengaktifkan jaras simpatis sehingga muncul rasa takut yang tidak diketahui sebabnya dan tidak didasari oleh situasi yang wajar. Hal ini disebut dengan gangguan cemas. Apabila gejala-gejala tersebut terjadi sekurang-kurangnya dua minggu dan diiringi adanya afek depresif atau pola aktivitas yang menurun, maka diagnosis depresi dapat ditegakkan. Cemas dan depresi yang timbul harus ditangani bersama dengan perawatan farmakologis pasien dengan psikosis (Kumar dkk., 2015).

Kumar dkk. (2015) menyampaikan terdapat hubungan signifikan antara intensitas stress *caregiver* dengan masalah ekonomi, durasi penyakit yang lebih lama, tekanan psikologis dan pengakuan kebutuhan bantuan profesional. Pada penelitian lainnya, Vasudeva dkk. (2013) berpendapat tidak ada hubungan antara durasi merawat pasien dengan beban yang dialami *caregiver*. Hasil penelitian Nasution dan Susilawati (2014) menunjukkan bahwa *caregiver* mengalami tingkat kecemasan berat dalam menghadapi perilaku pasien skizofrenia. Sementara itu, belum ada penelitian yang menghubungkan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat kecemasan *caregiver* skizofrenia.

Terdapat faktor lain yang dapat memicu terjadinya kecemasan, salah satunya adalah tingkat pengetahuan. Tingkat pengetahuan yang rendah dapat memicu terjadinya stres sehingga menyebabkan penurunan kinerja, komunikasi tidak lancar, gegabah dalam mengambil keputusan, serta penurunan kreativitas

dan inovasi. Ketika tingkat pendidikan seseorang lebih tinggi, maka orang tersebut akan memiliki pengetahuan yang lebih pula dalam mengatasi timbulnya stres yang terjadi sehingga stres dapat dieliminasi dengan kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki utamanya dalam mempersepsikan stresor. Ketika seseorang dapat mempersepsikan bahwa stresor yang dihadapi ringan, maka stresor yang ia hadapi dapat dimanajemen dengan baik sehingga tingkat stres yang ditimbulkan juga akan menurun (Perwitasari, 2015). Data Statistik Daerah Kabupaten Lumajang tahun 2016 menyatakan bahwa tingkat pendidikan penduduk Kabupaten Lumajang secara umum rendah. Hanya sebanyak 14,93% dari penduduk yang berusia di atas 10 tahun memiliki ijazah SLTA hingga diploma/sarjana, namun belum terdapat sumber bagaimana gambaran tingkat kecemasan dari *caregiver* skizofrenia di Kabupaten Lumajang (Badan Pusat Statistik Kabupaten Lumajang, 2016).

Dikutip dari Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang tahun 2016, RS PTPN XI Djatiroto Lumajang merupakan rumah sakit dengan jumlah kunjungan gangguan jiwa terbanyak yaitu 1.530 kunjungan dalam setahun. Oleh karena itu, diharapkan responden dari rumah sakit tersebut dapat mewakili populasi *caregiver* pasien skizofrenia dan menunjukkan validitas hasil penelitian yang dapat dipertanggungjawabkan. Selanjutnya, diharapkan kecemasan *caregiver* skizofrenia dapat terdeteksi lebih dini karena kebutuhan pendidikan psikologi yang sesuai, intervensi keluarga, dukungan sosial, organisasi non-pemerintah dan kebijakan pemerintah dianggap mampu mengarah ke perawatan yang lebih baik bagi pasien dan *caregiver* skizofrenia (Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang, 2016).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan ulasan di dalam latar belakang, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Apakah terdapat hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat kecemasan *caregiver* pasien rawat jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang?

- b. Bagaimana karakteristik tingkat kecemasan *caregiver* pasien rawat jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan kekerabatan dengan pasien, dan lama merawat pasien skizofrenia?

1.3 Tujuan

Tujuan dari penelitian ini adalah :

- a. Menganalisis hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat kecemasan *caregiver* pada pasien rawat jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.
- b. Mengidentifikasi karakteristik tingkat kecemasan *caregiver* pada pasien rawat jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang berdasarkan seperti usia, jenis kelamin, status pendidikan, status ekonomi, dan hubungan kekerabatan dengan pasien.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan informasi ilmiah dan bukti empiris mengenai hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia terhadap tingkat kecemasan *caregiver*.

1.4.2 Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan baru bagi masyarakat dan *caregiver* dalam merawat pasien dan mengobati pasien skizofrenia.

1.4.3 Tenaga Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan bagi tenaga kesehatan untuk memberikan kebutuhan pendidikan psikologi yang sesuai bagi *caregiver* sehingga mengarah pada perawatan yang lebih baik.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Caregiver

2.1.1 Definisi

Stanley (2007) mendefinisikan *caregiver* sebagai penyedia asuhan kesehatan untuk anak, dewasa dan lansia yang mengalami ketidakmampuan fisik atau psikis kronis. *Caregiver* adalah seseorang yang bertugas memberi perawatan ataupun asuhan kepada pasien atau orang yang tidak mampu melakukan kegiatan hariannya.

Subroto (2009) mengemukakan definisi *caregiver* bila diliterasikan dalam bahasa Indonesia adalah seseorang yang bertugas untuk membantu orang-orang yang memiliki hambatan dalam melakukan kegiatan fisik sehari-hari baik yang bersifat kegiatan harian pribadi (*personal activity daily living*) seperti makan, minum, berjalan, atau kegiatan harian yang bersifat tambahan (*instrumental daily living*) seperti membeli kebutuhan sehari-hari, berpergian, dan memperoleh informasi. Individu yang menjadi *caregiver* tidak terbatas hanya pada pengasuh yang sengaja dibayar atau tenaga kesehatan yang bekerja secara profesional sesuai prosedur (*formal caregiver*), namun juga meliputi orang tua dan orang lain yang memiliki hubungan kekerabatan dan tidak menerima bayaran atas pengasuhan yang diberikan (*informal caregiver*) (Bumagin dan Hirn, 2006).

2.1.2 Tugas Caregiver

Fungsi dari *caregiver* adalah menyediakan makan dan minum, mengantar pasien melakukan pemeriksaan kesehatan, dan memberikan dukungan emosional berupa kasih sayang dan perhatian. *Caregiver* juga berperan sebagai pemberi nasihat atau bahkan pengambil keputusan dari suatu persoalan pasien. Keluarga yang menjadi *caregiver* memiliki peran utama dalam penentuan keputusan yang diperlukan oleh pasien karena dianggap mengerti kebutuhan pasien (Tantono dkk., 2006).

Pekerjaan rumah tangga bukan satu-satunya tugas yang menjadi tanggung jawab seorang *caregiver*, Milligan (2005) membagi tugas caregiver menjadi 4 kategori sebagai berikut :

- a. *Physical Care* (Perawatan Fisik), yaitu menyediakan makan dan minum, mencukur rambut, mengganti pakaian, mencuci pakaian, dan lain-lain.
- b. *Social Care* (Kepedulian Sosial), yaitu menyediakan kebutuhan relaksasi, rekreasi dan bertindak sebagai sumber informasi.
- c. *Emotional Care*, yaitu menunjukkan kepedulian, cinta dan kasih sayang yang dapat berupa tugas harian yang dikerjakan dengan penuh perhatian.
- d. *Quality Care*, yaitu melakukan *monitoring* perawatan, memantau kepatuhan pengobatan, dan memperhatikan indikasi kesehatan, serta menyelesaikan masalah yang timbul

2.1.3 Dampak menjadi *Caregiver*

U.S. House Select Committee on Aging, 1987, dalam Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, proses dan praktik oleh Perry & Potter (2005), mengidentifikasi terdapat beberapa dampak positif yang didapatkan ketika seseorang menjadi *caregiver* berupa:

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

Sedangkan beberapa dampak negatif menjadi *caregiver* dapat diidentifikasi sebagai berikut:

- a. Tidak mendapatkan waktu untuk diri sendiri
- b. Berkurangnya kontak sosial dengan orang lain
- c. Pelanggaran privasi individu
- d. Meningkatkan kemungkinan menyerah terhadap tanggung jawab pekerjaan
- e. Meningkatkan emosi seperti perasaan marah, bersalah, kesedihan, kecemasan, depresi, keadaan tidak berdaya, keletihan kronis dan kelelahan emosional
- f. Kesehatan fisik lebih lemah jika dibandingkan dengan orang yang tidak

menjadi *caregiver*.

2.1.4 Kebutuhan *Caregiver*

Caregiver adalah penyedia asuhan kesehatan untuk anak, dewasa dan lansia yang mengalami ketidakmampuan fisik atau psikis kronis (Stanley, 2007). Di sisi lain, seorang *caregiver* juga memerlukan kebutuhan yang bertujuan untuk menghindari terjadinya dampak negatif yang kemungkinan muncul sehingga perlu dipertimbangkan adanya kebutuhan dan keterampilan dalam menjadi seorang *caregiver*, antara lain: memerlukan pelatihan keterampilan dalam merawat pasien, mendapatkan pendidikan dalam pemberian perawatan, manajemen emosi dan stres fisik, dan memiliki waktu lebih untuk diri sendiri. Sebagian besar *caregiver* memerlukan wawasan lebih tentang pelayanan pendukung (Family Caregiver Alliance, 2007). Dalam masa perawatan pasien, kebutuhan *caregiver* juga harus diperhatikan agar dapat terpenuhi antara lain (Rosa dkk., 2010):

- 1) Kebutuhan pemahaman tentang diagnosis
 - a) kebutuhan utama dalam mengetahui diagnosis yang tepat
 - b) mengetahui apa itu skizofrenia dan mengetahui penyebab utama skizofrenia
 - c) mengetahui tentang informasi penyakit dan bermacam kebutuhan yang berubah pada orang dengan skizofrenia
 - d) memahami bahwa skizofrenia adalah kondisi kesehatan yang kronis dan membutuhkan perawatan yang tidak sebentar
 - e) menyadari gejala dan pemicu dari skizofrenia
- 2) Pelatihan *caregiver* yang bertujuan untuk:
 - a) meningkatkan kesadaran mengenai skizofrenia
 - b) melatih keterampilan bagaimana membedakan jenis-jenis skizofrenia dengan kondisi lain yang ditunjukkan dengan gejala yang sama
 - c) meningkatkan kesadaran mengenai adanya kemungkinan kesalahan diagnosis
 - d) mendapatkan informasi mengenai terapi farmakologi untuk skizofrenia
 - e) melatih keterampilan komunikasi yang efektif antara dokter dengan pasien

skizofrenia

- f) melatih keterampilan manajemen gangguan kognitif
- g) melatih keterampilan manajemen tingkah laku yang tepat terhadap penyakit
- h) melatih keterampilan manajemen fungsional yang tepat terhadap penyakit
- i) menciptakan lingkungan yang aman

3) Dukungan emosional

Ketika merawat ODS, *caregiver* mengalami banyak tekanan secara emosional, sehingga *caregiver* membutuhkan dukungan emosional untuk dirinya sendiri yang perlu dipenuhi, kebutuhan dukungan emosional tersebut antara lain:

- a) strategi manajemen stres
- b) dukungan kelompok dalam pemberi perawatan
- c) strategi koping psikologi
 1. mendapatkan waktu luang untuk diri sendiri
 2. membicarakan permasalahan dengan orang yang dapat dipercaya
- d) strategi untuk mengutarakan kecemasan, rasa bersalah, depresi, kemarahan, kesepian, rasa malu dengan cara yang baik
- e) menerima permasalahan penyakit yang ada
- f) permasalahan mengenai perubahan peran
- g) mendapatkan fasilitas bantuan perawatan
- h) mendapatkan pelatihan pendidikan untuk pengasuh profesional dalam melakukan perawatan

4) Bantuan akan jasa sosial

Caregiver memerlukan bantuan dari jasa sosial yang tersedia untuk mengetahui beberapa hal berikut:

- a) berbagai pelayanan yang ada
- b) mengetahui lebih banyak tentang dasar dan institusi yang mungkin menyediakan bantuan pengobatan
- c) jasa sosial yang dapat digunakan untuk membantu perekonomian

2.1.5 Dampak dari Kebutuhan Caregiver yang Tidak Terpenuhi

Beberapa dampak yang dapat dialami ketika kebutuhan sebagai *caregiver* tidak terpenuhi adalah sebagai berikut (Dhewi dan Widyastuti, 2017):

1) Beban *caregiver* (*caregiver burden*)

Caregiver dengan tingkat pendidikan rendah kemungkinan besar mengalami beban tertinggi. Sebagaimana besar *caregiver* mengaku kurang memiliki waktu bersama keluarga dan teman, stres emosional yang meningkat, dan melalaikan perawatan diri sendiri. Hal ini disebabkan oleh asumsi bahwa tidak ada pilihan lain kecuali menjalankan peran sebagai *caregiver*.

2) Pengaruh – pengaruh kesehatan (*health effects*)

Caregiver berpotensi mengalami cemas, insomnia, depresi. Selain itu, *caregiver* juga beresiko mengalami penyakit yang serius bahkan dan menyakiti diri sendiri.

3) Beban keuangan (*financial burden*)

Banyak *caregiver* harus mengatur ulang jadwal bekerja mereka hingga meninggalkan pekerjaan sebagai bentuk tanggung jawabnya dalam menjalani peran sebagai *caregiver*. Padahal, biaya pengobatan skizofrenia merupakan beban keuangan tersendiri bagi seorang *caregiver*.

4) Persiapan yang kurang (*inadequate preparation*)

Sebagian besar *caregiver* merasa kurang persiapan dan pelatihan dalam menangani pasien skizofrenia. Mereka juga tidak pernah menerima pendidikan khusus mengenai *caregiving*.

2.1.6 Dampak dari Kebutuhan Caregiver yang Terpenuhi

Bukti menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan *caregiver* akan berdampak positif seperti: *caregiver* dapat meningkatkan pengalaman hidup sehingga meningkatkan kesehatan mental, meningkatkan kedekatan dengan orang-orang yang mereka sayang, dan memberi rasa kepuasan yang berkaitan dengan pemenuhan kewajiban sebagai *caregiver* (Elmore, 2014). Dengan memberikan pengasuhan, *caregiver* juga dapat merasa lebih baik karena perasaan

dibutuhkan, belajar kemampuan baru, dan memperkuat hubungan mereka dengan pasien (Schulz dkk., 2018)

2.2 Skizofrenia

2.2.1 Definisi dan Epidemiologi

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari dua kata yaitu *schizein* dan *phrenia*. *Schizein* memiliki arti “terpisah” atau “pecah” sedangkan *phrenia* berarti “jiwa” dimana hal ini menjadi ciri utama dari skizofrenia adalah adanya gangguan pikiran, emosi, dan perilaku. Konsep skizofrenia dijelaskan oleh Emil Kraepelin dengan menerjemahkan istilah *dementia precoce* menjadi demensia prekoks. Eugen Bleuler psikiater Swiss mencetuskan istilah skizofrenia yang menggantikan demensia prekoks karena pada skizofrenia tidak terdapat demensia, tetapi muncul keinginan dan pikiran yang berlawanan atau suatu disharmoni.

Bleuler mengidentifikasi gejala fundamental (primer) pada skizofrenia dengan empat A yaitu: asosiasi, afek, autisme, dan ambivalensi (Sadock dan Sadock, 2010). Menurut Maslim (2013) dalam buku Panduan Pedoman Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan sindrom dengan etiologi yang bervariasi dan perjalanan penyakit yang luas dengan akibat-akibat yang tergantung pada pengaruh herediter, kondisi fisik dan keadaan sosial budaya pasien. Dalam Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, tercatat sebesar 400.000 orang terdiagnosis skizofrenia di Indonesia atau dalam rasio dapat dinyatakan sebesar 1,7:1000 penduduk Indonesia (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

2.2.2 Etiologi

Beberapa teori dikemukakan oleh para ahli sebagai etiologi dari terjadinya skizofrenia, namun hingga kini belum ada penyebab pasti yang melatarbelakangi terjadinya skizofrenia. Faktor-faktor pencetus seperti adanya penyakit fisik dan stres psikologis tetap tidak bisa dijadikan alasan pasti mengenai terjadinya skizofrenia walaupun hal-hal tersebut terbukti dampaknya terhadap insiden

skizofrenia. Beberapa teori mengenai etiologi skizofrenia yang banyak dianut sekarang ini adalah sebagai berikut (Willy dan Maramis, 2009) :

1. Teori Genetik atau Herediter yaitu faktor genetik atau seringkali dikenal dengan keturunan diperkirakan memiliki potensi kuat dimana anak yang lahir dari seorang ibu dengan skizofrenia, memiliki kemungkinan menderita skizofrenia. Namun hereditas bukan menjadi satu-satunya alasan karena diperkirakan hanya gen resesif saja yang diturunkan. Hal ini tidak sederhana hukum Mendel, karena faktor genetik juga dipengaruhi oleh kondisi lingkungan.
2. Teori Neurokimia yaitu faktor neurokimia dimana neurotransmitter seperti glutamat, serotonin, GABA, dan noradrenalin dalam jumlah yang tidak seimbang dapat menginduksi aktivitas berlebih dari jaras dopamin mesolimbik. Penelitian membuktikan bahwa amfetamin juga berpengaruh dalam sekresi dopamin yang akhirnya dapat mencetuskan terjadinya psikosis yang mirip dengan skizofrenia. Keterkaitan berbagai neurotransmitter dengan insiden psikosis masih dalam penelitian para ahli.
3. Teori Hipotesis Perkembangan Saraf yaitu ketika terdapat perubahan atau kerusakan pada kelenjar adrenalin dan hipofisis yang berada pada batang otak manusia akan menimbulkan gangguan sistem saraf pusat. Gangguan pada saraf pusat ini dapat menyebabkan disharmoni dari saraf pusat menuju saraf tepi.

Semua gangguan tadi dapat menyebabkan degenerasi pada fisik dan mental seseorang, sehingga faktor penyebab skizofrenia diperkirakan bersifat multipel (Julianan dkk., 2013).

2.2.3 Pedoman Diagnosis

Menurut Elvira dan Hadisukanto (2010), *World Health Organization* (WHO) menggolongkan gangguan jiwa sebagai suatu kategori dalam sebuah bab yang dikenal dengan bab F, dalam buku *International Classification of Diseases* edisi 10 (ICD-10). Departemen Kesehatan Republik Indonesia menerjemahkan bab ini dalam sebuah buku yang berjudul *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ-III)* dan menjadi pedoman

baku dalam mendiagnosis skizofrenia di Indonesia. Dalam Maslim (2013), pedoman diagnostik berdasarkan PPDGJ III adalah sebagai berikut:

Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):

- a. *Thought echo* = isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda, atau
Thought insertion or withdrawal = isi pikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*Withdrawal*) dan
Thought broadcasting = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umumnya mengetahuinya.
- b. *Delusion of control* = waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar atau
Delusion of influence = waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar atau
Delusion of passivity = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang dirinya = secara jelas, merujuk ke pergerakan tubuh/ anggota gerak atau kepikiran, tindakan atau penginderaan khusus).
Delusion perception = pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik dan mukjizat.
- c. Halusional Auditorik ;
Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien.
Mendiskusikan perihal pasien di antara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara atau
Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
- d. Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu atau kekuatan dan kemampuan diatas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca atau berkomunikasi dengan makhluk asing atau dunia lain)

Atau paling sedikitnya dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas:

- a. Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja , apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.
- b. Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*) yang berakibat inkohrensia atau pembicaraan yang

tidak relevan atau neologisme.

- c. Perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*) atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
- d. Gejala negatif seperti sikap apatis, bicara yang jarang dan respons emosional yang menumpul tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neureptika.

* Adapun gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal);

* Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.

2.2.4 Lama Perawatan Pasien Skizofrenia

Seiring waktu, terapi skizofrenia mengalami banyak perkembangan dimana kali ini terapi didesain menjadi lebih komprehensif dan holistik sehingga pasien skizofrenia dapat menerima perawatan dengan metode yang lebih manusiawi tanpa diskriminasi. Hal ini mempengaruhi lama perawatan pasien skizofrenia. Lama penggunaan antipsikotika didasarkan pada respon penderita terhadap obat yang diberikan. Pemberian antipsikotika pada skizofrenia dibagi menjadi beberapa kelompok tahapan yaitu:

(1) Terapi awal

Selama fase awal, pasien perlu dirawat di rumah sakit atau rawat jalan terkontrol. Peningkatan dosis baru dilakukan ketika pasien telah menjalani satu minggu pemberian dosis stabil. Jika pasien tidak mengalami perbaikan pada rentang terapeutik (3-4 minggu) maka harus dipertimbangkan pemberian antipsikotik lainnya (Pebriyani, 2011).

(2) Terapi stabilisasi

Jika respon pasien rendah dengan suatu antipsikotik maka antipsikotik dari golongan lain harus diresepkan. Titrasi dosis dilanjutkan setiap satu atau dua minggu selama penderita tidak menunjukkan efek

samping yang merugikan. Apabila pasien tidak menunjukkan perbaikan setelah 8 hingga 12 minggu, maka perlu dipertimbangkan pemilihan obat atau strategi yang berbeda (Pebriyani, 2011).

(3) Terapi Penjagaan

Walaupun episode pertama psikotik telah terlewati, pengobatan tetap harus tetap dilanjutkan setidaknya selama 12 bulan kedepan. Prinsip penting yang harus diperhatikan adalah penggantian antipsikotik harus diawali dengan penurunan dosis secara bertahap lalu diikuti penghentian pemberian selama 1 hingga 2 minggu, baru setelah itu antipsikotik baru dapat digunakan (Pebriyani, 2011).

(4) Pengobatan Antipsikotik Depot

Pedoman konversi dari oral antipsikotik menjadi bentuk sediaan depot adalah menstabilkan penderita pada pemberian obat yang sama secara per oral (atau setidaknya telah dicoba selama 3 hingga 7 hari untuk meyakinkan apakah obatnya dapat ditoleransi dengan baik) (Sukandar, 2008).

(5) Terapi Skizofrenia Pada Resistensi

Terdapat sekitar 20-30% pasien tidak menunjukkan respon yang adekuat pada terapi antipsikotik. Sebenarnya, tidak ada pengertian khusus mengenai resisten antipsikotik, tetapi beberapa faktor dianggap resisten meliputi: kronis atau pengulangan masuk rumah sakit, kesakitan sedang hingga berat, dan gejala yang tetap. Penambahan terapi antipsikotik dilakukan dengan menambahkan suatu obat non antipsikotik pada penderita yang tidak merespon terapi antipsikotik dengan baik, atau bisa juga dengan pengobatan kombinasi (memberikan dua macam antipsikotik dalam waktu bersamaan). Pasien skizofrenia yang menerima penambahan terapi biasanya akan menunjukkan perbaikan lebih cepat. Jika tidak ditemui adanya perbaikan, maka obat tambahan yang diberikan harus dihentikan (Sukandar, 2008).

Beberapa terapi selain terapi psikofarmaka meliputi psikoterapi, psikososial, psikoreligius, dan *Electro-Convulsive Therapy* (ECT). Terapi-terapi ini harus diberikan secara simultan bersamaan dengan pemberian antipsikotik dan didampingi oleh tenaga profesional atau *caregiver*. Komponen terapi tambaha tersebut diharapkan dapat membantu pasien menjadi lebih mandiri dan mampu kembali bersosialisasi dengan lingkungan sekitar (Hawari, 2011).

2.3 Kecemasan

2.3.1 Definisi

Kecemasan dapat didefinisikan sebagai respon individu terhadap sesuatu yang dianggap berbahaya dan dipersepsikan sebagai rasa takut namun tidak diikuti oleh alasan yang jelas atau tidak didukung situasi yang wajar. Respon yang ditunjukkan berupa rasa tidak nyaman dan diikuti adanya respon otonom tubuh sebagai bentuk antisipasi dan peringatan bagi tubuh (Puspita, 2014).

Kecemasan dapat menjadi sumber kekuatan besar dalam perubahan pergerakan tingkah laku yang diinduksi oleh rasa khawatir tanpa penyebab yang jelas. Perubahan pergerakan tingkah laku tersebut merupakan suatu bentuk pertahanan individu terhadap kecemasan yang timbul. Dilihat dari gejala yang ditunjukkan, terdapat 4 kelompok kecemasan yaitu: gangguan cemas (*anxiety disorder*), gangguan cemas menyeluruh (*generalized anxiety disorder/ GAD*), gangguan fobik (*phobic disorder*), gangguan obsesif dan kompulsif (*obsessive-compulsive disorder*), dan gangguan panik (*panic disorder*) (Hawari, 2011).

2.3.2 Patofisiologi

Penyakit kronis, seperti skizofrenia, membutuhkan waktu perawatan yang lama. Perawatan yang lama terhadap pasien skizofrenia akan menimbulkan stres pada *caregiver* terkait tingginya beban yang mereka tanggung. Dalam penelitian Darwin dkk., (2013) menyatakan bahwa individu yang merawat pasien lebih dari satu jam per hari akan memiliki stres yang tinggi. Dari penelitian serupa yang dilakukan oleh Mirza dkk. (2015) di Rumah Sakit Jiwa Aceh menyatakan bahwa

lama rawat inap rata-rata (*Length of Stay*) dari pasien skizofrenia yaitu 115 hari. Besarnya paparan stres dan durasi stres dapat mencetuskan terjadinya kecemasan.

Kecemasan merupakan respon dari persepsi ancaman yang diterima oleh system saraf pusat. Persepsi ini timbul akibat adanya rangsangan dari luar serta dari dalam yang berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Rangsangan tersebut dipersepsi oleh panca indra, diteruskan dan direspon oleh sistem saraf pusat sesuai pola hidup tiap individu. Di dalam syaraf pusat, proses tersebut melibatkan jalur *Cortex Cerebri – Limbic System – Reticular Activating System – Hypothalamus* yang memberikan impuls kepada kelenjar hipofisis untuk mensekresi neurotransmitter terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal, yang kemudian memacu sistem syaraf otonom melalui mediator hormonal yang lain (Nindyasari, 2010). Berbagai neurotransmitter pada Sistem Saraf Pusat (SSP) menjadi mediator hormonal utama dari gejala yang muncul pada saat individu stres. Stres banyak dirasakan oleh individu dengan usia muda sebagai ancaman dan kurang menyenangkan. Pengalaman stres mempunyai pengaruh yang berbeda-beda pada setiap individu. Respon psikologis terhadap stres antara lain pada kognisi, emosi, dan perilaku sosial. Ketika stres tidak dapat ditangani dengan baik, maka perilaku sosial yang negatif cenderung meningkat. Emosi yang dekat dengan stres adalah kecemasan dan depresi (Ashari dan Hartati, 2017)

Pada kondisi stres fisiologis, neurotransmitter seperti: dopamine, serotonin, norepinefrine, GABA, serta *corticotropin-releasing- hormone* (CTRH) bertanggung jawab dalam penghambatan fungsi neuron manusia. Mekanisme patofisiologi gangguan kecemasan yang pasti belum dapat ditemukan, tetapi tanda-tanda kecemasan menyeluruh dianggap berhubungan dengan adanya gangguan modulasi dalam SSP. Beberapa neurotransmitter disekresi terlalu banyak, beberapa lainnya berada di jumlah yang terlalu sedikit. Tanpa jumlah yang sesuai, neuron akan bekerja berlebihan sehingga saraf perifer dan otonom tidak menerima pesan untuk berhenti. Dari berbagai macam disregulasi neurotransmitter ini, para ahli menyatakan bahwa serotonin yang terlalu rendah dan norepinefrine yang terlalu tinggi menjadi alasan neurotransmitter berpengaruh dalam terjadinya gangguan kecemasan. Ketika saraf simpatis bekerja terus-

menerus bahkan cenderung meningkat, maka timbul manifestasi klinis berupa perubahan fisik dan emosional (Claresta dan Purwoko, 2017).

Selain disregulasi neurotransmitter, gangguan kecemasan dapat diperberat dengan adanya stresor lingkungan dan kecenderungan genetik yang mengakibatkan perubahan fisiologis pada tubuh. Perubahan fisiologis yang terjadi akan mempengaruhi seseorang sehingga cenderung menjadi lebih sensitif. Sensitifitas ini menyebabkan kesalahan saraf pusat dalam mengolah informasi sehingga fleksibilitas otonom menjadi menurun dan terjadi gangguan kecemasan. Disregulasi neurotransmitter juga dapat disebabkan oleh benzodiazepin, salah satu obat anti ansietas. Penggunaan benzodiazepin berulang dapat menyebabkan gangguan sistem kerja GABA yaitu menurunnya ikatan reseptor GABA. Bila GABA sebagai agen inhibitor tidak dapat berfungsi dengan baik, maka gejala-gejala otonom kecemasan akan muncul. Selain obat anti ansietas, regulasi kortikosteroid dinilai juga berkaitan dengan munculnya gejala gangguan kecemasan. Kortikosteroid yang dikonsumsi dalam jangka waktu lama akan menginduksi peningkatan dan penurunan aktivitas sistem saraf tertentu dimana tidak hanya pada situasi tertekan namun juga merangsang otak memproses rasa takut berlebihan (Claresta dan Purwoko, 2017).

Data dengan *Positron Emision Tomografi (PET) scan* menunjukkan bahwa terdapat peningkatan aliran di area parahippocampal yang mengurangi pengikatan reseptor serotonin tipe 1A khususnya di bagian anterior dan posterior gyrus cingulatus dan nukleus raphe pada pasien dengan gangguan kecemasan berat. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* juga menunjukkan bahwa terdapat perubahan volume lobus temporal menjadi lebih kecil meskipun volume hippocampal masih dalam ukuran normal (Sabanov dkk., 2017).

2.3.3 Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2007), terdapat beberapa rentang respon kecemasan yang dapat diinterpretasikan menjadi suatu tingkat kecemasan individu sebagai berikut:

a. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan rasa tegang dalam kehidupan sehari-hari dan masih dalam batas wajar. Biasanya kecemasan pada tahap ini menginduksi individu menjadi lebih waspada dan meningkatkan lapang persepsi terhadap suatu permasalahan yang dihadapi. Kecemasan ringan seringkali memicu motivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas.

b. Kecemasan sedang

Kecemasan sedang muncul ketika rasa takut dan khawatir berada di tingkat yang lebih tinggi. Pada tahap ini, individu terkait akan lebih memfokuskan perhatiannya pada suatu hal yang dianggap penting saja dan mengacuhkan hal lain. Selain itu, lapang persepsi individu juga akan mengecil sehingga ketika diarahkan untuk melakukan sesuatu mereka tidak dapat menempatkan perhatian secara selektif dan tidak bisa memfokuskan diri pada satu area

c. Kecemasan berat

Tahap ketiga ketika individu tidak mampu mengeliminasi kecemasan yang timbul, maka akan terjadi kecemasan berat. Pada tingkat kecemasan berat, individu akan cenderung berfokus pada suatu hal yang bersifat spesifik dan tidak mampu berfikir pada hal lain. Hal ini sangat mempengaruhi lapang persepsi individu dimana semua pergerakan tingkah laku bertujuan untuk mengurangi ketegangan yang dialami. Individu dengan kecemasan berat memerlukan banyak arahan supaya dapat berfokus pada area lain.

d. Tingkat panik

Panik ditandai dengan adanya aktivitas motorik yang meningkat, penurunan kemampuan dalam berkomunikasi dengan orang lain, serta adanya penyimpangan persepsi menjadi pemikiran yang irasional. Pada tahap ini, kecemasan yang dialami merupakan rasa takut yang dikaitkan dengan rasa mudah terkejut, ketakutan yang berlebihan terhadap suatu hal, serta rasa terancam. Individu dengan panik cenderung tidak mampu melakukan suatu kegiatan walaupun telah diberi arahan. Apabila serangan panik berlangsung terus-menerus dalam durasi waktu yang lama, maka dapat menimbulkan kelelahan bahkan kematian.

Rentang respon tingkat kecemasan digambarkan antara respon adaptif dan respon maladaptif dan dapat dibagi menjadi 5 kategori yang sesuai dengan *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* dijelaskan seperti gambar 2.1.



Gambar 2.1 Rentang Respon Tingkat Kecemasan oleh HARS

Rentang respon tingkat kecemasan seseorang dapat diukur menggunakan alat ukur kecemasan yang disebut *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)*. Skala *HARS* merupakan alat pengukuran dan deteksi dini (alat skrining) tingkat kecemasan yang didasarkan pada munculnya gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Sesuai dengan skala *HARS*, terdapat 14 pertanyaan yang mewakili gejala dari kecemasan suatu individu. Pertanyaan tersebut dikelompokkan dalam *head of question* seperti: perasaan ansietas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, adanya perasaan depresi, gejala somatik (otot), gejala somatik (sensorik), kardiovaskuler, respiratorim gastrointestinal, urogenital, gejala otonom, serta penilaian tingkah laku pada saat wawancara. Setiap sub pertanyaan yang diberikan akan diberi 5 tingkatan skor antara 0 (tidak ada), 1 (ringan), 2 (sedang), 3 (berat), sampai dengan 4 (berat sekali). Skala *HARS* oleh Max Hamilton pertama kali digunakan pada tahun 1959 dan saat ini telah menjadi standar dalam pengukuran tingkat kecemasan terutama pada penelitian *clinical trial*. Kuesioner *HARS* versi bahasa Indonesia telah dibuktikan memiliki angka validitas dan reliabilitas yang cukup tinggi bila digunakan pada penelitian *clinical trial* yaitu sebesar 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala *HARS* akan diperoleh hasil yang valid dan *reliable* (Claresta dan Purwoko, 2017).

Cara melakukan penilaian tingkat kecemasan adalah dengan memberikan skor sesuai kategori berikut (Chandratika dan Purnawati, 2014):

- a. 0 = (tidak ada) ketika tidak ada gejala yang muncul sama sekali
- b. 1 = (ringan) ketika satu gejala yang muncul
- c. 2 = (sedang) ketika lebih dari satu atau setengah dari gejala timbul
- d. 3 = (berat) lebih dari setengah gejala timbul
- e. 4 = (berat sekali) semua gejala timbul

Penentuan derajat tingkat kecemasan ditentukan dengan menjumlahkan skor dari sub pertanyaan dengan kategori hasil (Chandratika dan Purnawati, 2014):

- a. Skor kurang dari 14 = tidak ada kecemasan
- b. Skor 14 – 20 = kecemasan ringan
- c. Skor 21 – 27 = kecemasan sedang
- d. Skor 28 – 41 = kecemasan berat
- e. Skor 42 – 56 = kecemasan berat sekali

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan dipengaruhi oleh faktor- faktor yang terkait meliputi hal berikut (Claresta dan Purwoko, 2017):

- a. Potensi stresor
Stresor psikososial merupakan keadaan yang mengakibatkan perubahan dalam kehidupan seseorang. Besarnya paparan stresor dan durasi paparan stresor yang terjadi mempengaruhi potensi stres yang dialami. Sebagai penyesuaian diri, seseorang perlu melakukan adaptasi.
- b. Status pendidikan dan status ekonomi
Status pendidikan yang rendah membuat seseorang lebih susah dalam mempersepsikan stresor yang ada karena minimnya pengetahuan yang dimiliki daripada seseorang dengan status pendidikan lebih tinggi. Begitu pula dengan status ekonomi rendah akan menjadi stresor tersendiri dibanding dengan seseorang berstatus ekonomi lebih tinggi.
- c. Tingkat pengetahuan
Seseorang dengan wawasan dan pengetahuan yang luas akan mampu beradaptasi dengan stresor yang dihadapinya. Dengan pengetahuan,

seseorang tersebut akan mengerti cara yang baik dalam manajemen stres yang ia alami.

d. Keadaan fisik

Seseorang dengan gangguan cacat fisik, riwayat penyakit kronis, atau juga orang yang pernah menjalani operasi lebih mudah mengalami stres.

e. Lingkungan atau situasi

Jika seseorang ditempatkan di lingkungan baru atau situasi yang asing baginya, orang tersebut akan mudah mengalami stres.

f. Usia

Penelitian mengatakan bahwa mereka yang berusia produktif dapat manajemen stress lebih baik karena dianggap cukup matang dalam menghadapi suatu permasalahan. Beberapa penelitian lain mengatakan semakin muda usia seseorang, maka semakin mudah ia mengalami stres namun tidak jarang pula penelitian yang beranggapan sebaliknya.

g. Jenis kelamin

Menurut ahli, pada umumnya perempuan lebih mudah mengalami stres daripada laki-laki namun belum ada bukti pasti mengenai hal ini.

2.3.5 Tanda dan Gejala

Gejala terkait adanya kecemasan dapat diamati dari gejala psikologis maupun reaksi biologis yang ditunjukkan seseorang. Dari gejala psikologis sendiri dapat ditinjau dari beberapa aspek diantaranya aspek pikiran dan aspek perilaku. Dari aspek pikiran, seseorang cenderung lebih sensitif, sukar konsentrasi, gangguan kecerdasan menjadi lebih pelupa, khawatir yang berlebihan, dan rasa tidak berdaya. Dari aspek perilaku dapat diamati ketika seseorang tersebut mengalami ketegangan, gelisah, tidak dapat beristirahat dengan tenang, dan rasa waspada diri yang berlebihan. Reaksi biologis seringkali muncul dan tidak dapat dikendalikan bahkan mengganggu penderita cemas, dimana seseorang mengalami muka merah, gigi bergemeretak, berkeringat, nafas lebih cepat, pusing, jantung berdebar-debar, mulut kering, bahkan mual dan muntah (Mulyani, 2013).

Stres psikososial yang gagal diatasi oleh seseorang dapat memicu terjadinya gangguan cemas. Diiringi dengan adanya gejala cemas biasa, bila terdapat kecemasan yang bersifat menetap dan menyeluruh selama minimal 1 bulan maka diagnosis kecemasan dapat ditegakkan dengan syarat terdapat 2 gejala sebagai berikut (Hawari, 2011) :

- a) *Apprehensive expectation* atau rasa khawatir yang berlebihan dimana seseorang mengalami rasa takut dan khawatir bahkan sering kali diikuti perenungan yang berulang-ulang akan satu hal (*ruminatio*n) bahwa dirinya akan ditimpa suatu kemalangan yang belum pasti terjadi.
- b) Rasa was-was yang berlebihan dimana seseorang akan lebih memperhatikan lingkungan sekitar dengan kewaspadaan tinggi namun akhirnya menjadi susah konsentrasi dan perhatian yang mudah teralihkan.

2.3.6 Pengendalian Kecemasan

Pengendalian kecemasan adalah upaya-upaya dalam mengatasi kecemasan. Pengendalian kecemasan merupakan bagian dari pengendalian diri (*self control*). Pengendalian diri sering adalah proses dimana seseorang secara langsung mengubah tingkah lakunya dengan sebuah cara atau beberapa cara, mengarahkan diri (*self regulation*) yaitu menunjukkan tingkah laku mengarahkan diri dalam mengubah tingkah laku, dan menolong diri sendiri (*self help*) yaitu seseorang dapat membantu dirinya sendiri dalam memecahkan problem tanpa bantuan orang lain atau terapis. Dengan kata lain, pengendalian kecemasan adalah proses dimana seseorang mampu menyadari tentang kecemasan yang ada pada dirinya sendiri, dan mampu mengendalikannya tanpa bantuan orang lain. Pengendalian ini bukan menekan atau menghilangkan kecemasan sama sekali, tetapi hanya menyadari dan mengendalikannya, sehingga kecemasan yang ada tidak mengganggu tetapi menjadi sumber motivasi untuk berbuat yang lebih baik (Hayat, 2014).

Suliswati dkk. (2005) menyatakan strategi koping adalah upaya pengendalian diri, baik secara perilaku ataupun psikologis yang digunakan orang untuk menguasai, mentoleransi, mengurangi, atau meminimalkan dampak.

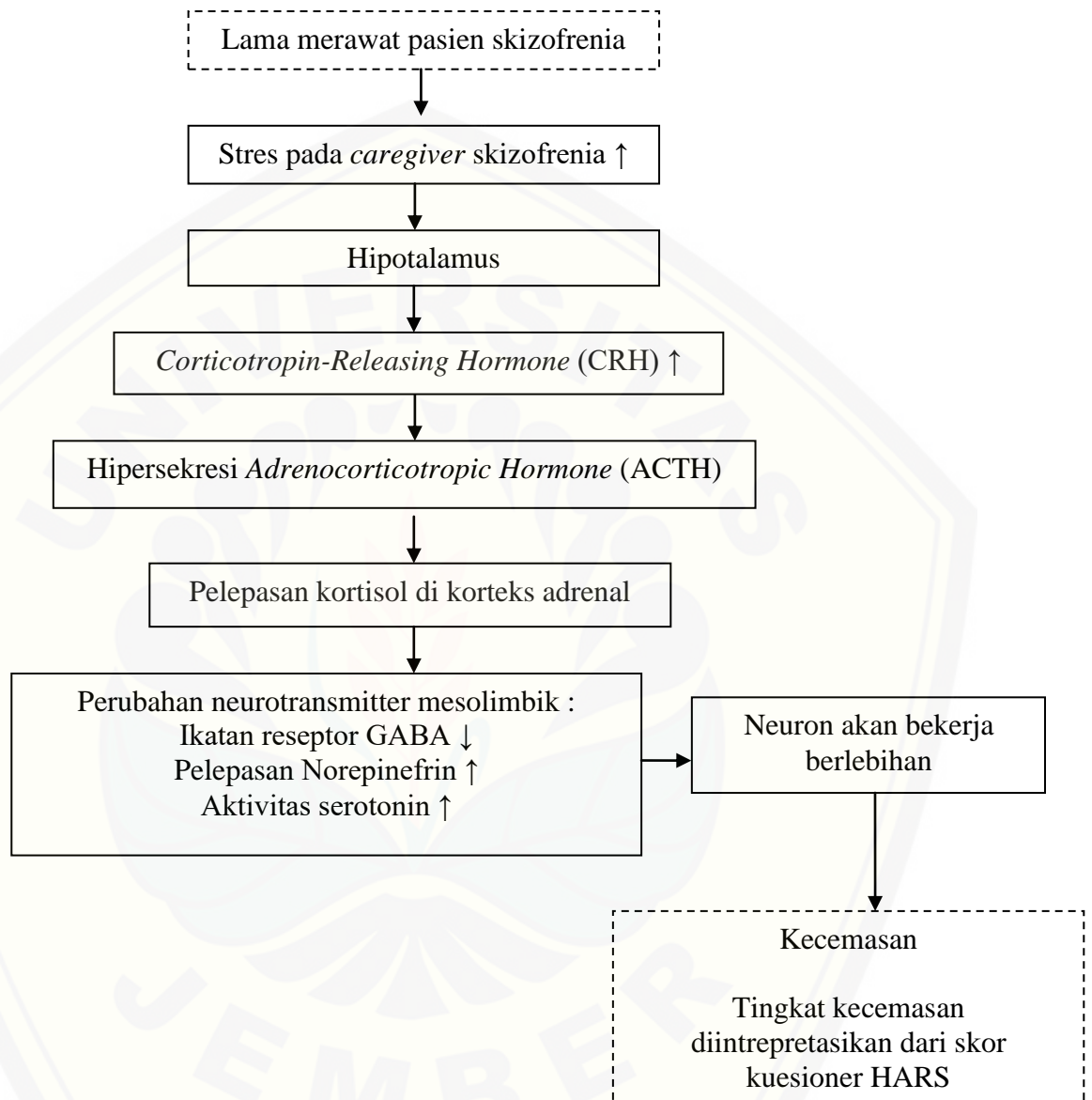
Menurut Strategi koping dilakukan untuk mengelola tuntutan eksternal dan internal yang dihasilkan dari sumber stress. Aspek-aspek strategi koping diantaranya adalah:

- a. keaktifan diri: suatu tindakan untuk mencoba menghilangkan penyebab stress.
- b. perencanaan: memikirkan tentang bagaimana mengatasi penyebab stres.
- c. kontrol diri: seseorang membatasi keterlibatannya dalam aktivitas.
- d. mencari dukungan sosial bersifat instrumental : sebagai nasihat, bantuan, atau informasi
- e. mencari dukungan sosial bersifat emosional : melalui dukungan moral, simpati, atau pengertian.
- f. penerimaan : sesuatu yang penuh dengan stres dan keadaan yang memaksanya untuk mengatasi masalah tersebut.
- g. religiusitas : sikap seseorang yang menenangkan dan menyelesaikan masalah secara keagamaan.

Strategi coping sering dipengaruhi oleh latar belakang budaya, pengalaman dalam menghadapi masalah, faktor lingkungan, kepribadian, konsep diri, dan faktor sosial sangat berpengaruh pada kemampuan individu dalam menyelesaikan masalahnya.

2.4 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka alur penelitian ini diilustrasikan dalam Gambar 2.2 berikut.



----- : diteliti

————— : tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Caregiver skizofrenia memiliki beban psikis tersendiri, baik karena tingkah laku dari penderita maupun ekonomi akibat biaya pengobatan penderita yang tidak sedikit, serta durasi merawat pasien skizofrenia yang tidak sebentar akibat gangguan yang bersifat kronis. Dibandingkan dengan *caregiver* pada penyakit lain, pemantauan dan perawatan khusus harus diberikan lebih banyak oleh *caregiver* skizofrenia karena penderita skizofrenia seringkali bersikap agresif.

Stres bisa menimbulkan cemas. Pada keadaan stres, hipotalamus akan memproduksi CRH yang akan diikuti dengan sekresi ACTH dan terjadi pelepasan kortisol pada korteks adrenal. Secara fisiologis, neurotransmitter seperti serotonin dan *Gama-aminobutyric Acid* (GABA) bertanggung jawab mencegah stimulasi berlebih pada jalur saraf tertentu sehingga membantu kita untuk rileks. Tanpa jumlah yang tepat, neuron akan bekerja berlebihan menyebabkan orang tersebut tidak menerima pesan cukup untuk ‘berhenti’ dan saraf simpatis bekerja terus-menerus menimbulkan gejala-gejala seperti takikardia, berkeringat, tegang otot, hilang minat dan kegembiraan, bahkan hingga susah makan dan tidur. Stres juga meningkatkan norepinefrin yang mengaktifasi jaras simpatis sehingga muncul rasa takut tanpa disertai alasan wajar atau situasi yang mendukung yang bisa disebut dengan gangguan cemas.

2.5 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah dan tinjauan pustaka yang telah diuraikan di atas, maka hipotesis penelitian ini adalah “terdapat hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat kecemasan *caregiver* pasien rawat jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang”.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik observasional dan deskriptif dengan desain penelitian *cross sectional* untuk mencari hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat kecemasan *caregiver* pada pasien rawat jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang. Pengukuran variabel pada penelitian ini hanya dilakukan satu kali pada satu waktu tanpa melakukan tindak lanjut. Objek penelitian diukur atau dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2010).

3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

3.2.1 Populasi Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah *caregiver* pasien terdiagnosis skizofrenia yang rawat jalan di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

3.2.2 Sampel Penelitian

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

a. Kriteria inklusi

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

b. Kriteria eksklusi

1. *Caregiver* yang tuli (gangguan pendengaran) dan bisu (gangguan bicara).
2. *Caregiver* pasien yang mengundurkan diri selama penelitian berlangsung.
3. *Caregiver* dengan gangguan cacat fisik, riwayat penyakit kronis, atau juga orang yang pernah menjalani operasi

3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

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

3.2.4 Besar Sampel Penelitian

Dalam menentukan jumlah sampling, digunakan rumus yang sesuai dengan diagnosis Analitik Korelatif Ordinal-Ordinal yang termuat dalam buku Besar Sampel Dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan oleh M. S. Dahlan (2016) seperti berikut :

$$n = \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0,5\ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)} \right]^2 + 3$$

Dimana :

n = jumlah sampel

α = kesalahan dalam menolak hipotesis H_0 yang benar, sebesar 5%

β = kesalahan dalam menerima hipotesis yang salah, sebesar 10%

$Z\alpha$ = nilai standar alpha = 1,96

$Z\beta$ = nilai standar beta = 1,64

r = koefisien korelasi minimal yang dianggap bermakna, ditetapkan 0,6

Berdasarkan rumus di atas, maka perhitungan jumlah sampel penelitian yang digunakan adalah :

$$n = \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0,5\ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{(1,96 + 1,64)}{0,5\ln\left(\frac{1+0,6}{1-0,6}\right)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{(3,6)}{0,5\ln(4)} \right]^2 + 3$$

$$n = [5,21]^2 + 3 = 30$$

Dengan koefisien korelasi minimal yang dianggap bermakna sebesar 0,6, kesalahan tipe satu ditetapkan 5% hipotesis satu arah, kesalahan tipe dua ditetapkan 10%, maka sebanyak 30 subjek penelitian diperlukan untuk mengetahui korelasi antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat kecemasan *caregiver* (tidak ada kecemasan, ringan, sedang, berat, berat sekali).

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang pada bulan November-Desember 2018.

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Bebas

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

3.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan *caregiver* pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

3.5 Definisi Operasional

3.5.1 *Caregiver* skizofrenia

Caregiver adalah penyedia asuhan kesehatan untuk anak, dewasa dan lansia yang mengalami ketidakmampuan fisik atau psikis kronis skizofrenia dan tidak terbatas hanya pada pengasuh atau tenaga kesehatan yang bekerja secara profesional, melainkan juga meliputi orang tua dan anggota keluarga lain (Timby, 2009). *Caregiver* pada penelitian ini berupa teman, anggota keluarga maupun *caregiver* yang mendapatkan bayaran dengan tujuan agar kebutuhan sehari-hari

pasien dapat terpenuhi yang memenuhi kriteria inklusi dan sedang dalam rawat jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang pada periode November-Desember 2018.

3.5.2 Lama merawat pasien

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

- a. Cara ukur : pengisian berdasarkan wawancara kepada subjek penelitian.
- b. Kategori penilaian atau pengukuran : Kategori tingkat kecemasan dibagi menjadi 4 kategori yaitu :
 - a. < 1 tahun
 - b. 1-4 tahun
 - c. 5-1 tahun
 - d. >10 tahun
- c. Skala data: ordinal

3.5.3 Tingkat kecemasan

Tingkat kecemasan menggambarkan tingkatan perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi khususnya perasaan tidak nyaman atau ketakutan yang disertai oleh respon autonom (penyebab sering tidak spesifik atau tidak diketahui pada setiap individu) perasaan cemas tersebut timbul akibat dariantisipasi diri terhadap bahaya (Puspita, 2014). Tingkat kecemasan *caregiver* pada penelitian ini dinilai dengan kuesioner kecemasan berdasarkan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*. Untuk penilaian tingkat kecemasan, peneliti akan diberi pengarahan terlebih dahulu oleh dokter spesialis kedokteran jiwa.

- a. Alat ukur : kuesioner HARS
- b. Cara ukur: pengisian berdasarkan wawancara terpimpin dan observasi yang dilakukan kepada subjek penelitian.
- c. Kategori penilaian atau pengukuran : Kategori tingkat kecemasan dibagi menjadi 5 derajat yaitu :
 - a) kurang dari 14 = tidak ada kecemasan
 - b) 14– 20 = kecemasan ringan
 - c) 21 – 27 = kecemasan sedang
 - d) 28 – 41 = kecemasan berat
 - e) 42 – 56 = kecemasan berat sekali
- d. Skala data: ordinal

3.6 Instrumen Penelitian

3.6.1 Lembar Informed Consent

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

3.6.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel

Beberapa risiko mungkin akan dialami oleh subyek atau relawan meliputi: psikologis (mental) dan sosial yang akan mempengaruhi prinsip etika penelitian *justice* (keadilan) akibat intervensi selama penelitian. Dalam melindungi keselamatan dan keamanan subyek penelitian, penilaian risiko secara kualitatif, misalnya rasa cemas atau malu yang diperoleh dari wawancara dapat diantisipasi dengan penjelasan sebelumnya sebagai pencegahan risiko psikologis. Merahasiakan data yang diperoleh dari subyek juga harus dilakukan demi mencegah risiko sosial karena apabila kerahasiaan tidak terlaksana akan ada banyak ancaman yang dialami subyek seperti kehilangan pekerjaan atau diisolasi oleh masyarakat sekitarnya. Instrumen ini berisi tentang informasi yang harus

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

3.6.3 Identitas Sampel Penelitian

Instrumen ini terdiri dari tiga bagian. Bagian A berisi identitas dari subyek penelitian yang meliputi nama *caregiver* dan nomor sampel, sedangkan bagian B berisi karakteristik sampel yang ditanyakan kepada *caregiver* pasien skizofrenia sebagai subyek penelitian. Karakteristik tersebut adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan kekerabatan dengan pasien. Bagian C memuat lama perawatan pasien diagnosis skizofrenia yang diisi oleh peneliti/relawan berdasarkan wawancara yang dikonfirmasi dengan data rekam medis pasien. Lembar identitas subyek penelitian dapat dilihat pada Lampiran 3.3.

3.6.4 Kuesioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Kuesioner HARS terdiri dari 14 pertanyaan mengenai tanda dan gejala yang mengindikasikan tingkat kecemasan dengan validitas dan reliabilitas sebesar 0,93 dan 0,97 pada penelitian *clinical trial*. Instrumen ini diisi oleh peneliti saat pengumpulan data. Kuesioner HARS versi bahasa Indonesia dapat dilihat di Lampiran 3.4.

3.7 Prosedur Penelitian

3.7.1 Ethical Clearance

Peneliti mengirim berkas permohonan *ethical clearance* ke komisi etik Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Setelah selesai kemudian dilakukan penelitian. Keterangan persetujuan etik dapat dilihat pada Lampiran 3.5.

3.7.2 Persiapan dan Perizinan

- a. Peneliti memohon surat pengantar dari Fakultas Kedokteran Universitas Jember untuk diajukan kepada Direktur RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.
- b. Peneliti menentukan sampel penelitian.
- c. Persiapan instrumen penelitian.
- d. Survei situasi dan kondisi pelayanan di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.
- e. Latihan wawancara kepada *caregiver* pasien skizofrenia bersama dokter spesialis kedokteran jiwa.
- f. Penelitian telah mendapat izin dari RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dan Pemerintah Kabupaten Lumajang yang dapat dilihat pada Lampiran 3.6 dan 3.7.

3.7.3 Pengambilan Data

a. Sumber data

Jenis data yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data sekunder dalam penelitian ini merupakan lama perawatan dari rekam medis pasien skizofrenia yang merupakan karakteristik sampel. Sedangkan data primer dalam penelitian ini adalah lama merawat, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan kekerabatan dengan pasien, dari *caregiver* pasien skizofrenia.

b. Teknik Pengambilan Data

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

Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara dan observasi selama wawancara terhadap *caregiver* pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang yang memenuhi kriteria inklusi penelitian.

Kemudian, survei di poli psikiatri untuk mencari responden yang sesuai dengan kriteria inklusi. Sebelum dilakukan pengambilan data, responden wajib untuk mengisi dan menandatangani lembar *informed consent* dan identitas. Lembar *informed consent* ini juga dilengkapi dengan penjelasan pada calon responden atau subjek. Seluruh formulir ini juga dijelaskan pada saat pengambilan data sampel. Langkah selanjutnya, yaitu melakukan pengambilan data dengan teknik wawancara kuisioner HARS, *interviewer* menggunakan lembar wawancara dengan didampingi tenaga ahli (dokter spesialis kedokteran jiwa). Setelah data terkumpul, maka dilanjutkan dengan analisis data.

3.8 Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul diolah dengan dengan langkah sebagai berikut:

1. *Cleaning*

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

2. *Coding*.

Memberikan kode identitas subyek penelitian untuk menjaga kerahasiaan identitasnya serta menetapkan kode untuk scoring jawaban subyek penelitian atau hasil observasi yang telah dilakukan agar dapat diolah dengan aplikasi pengolah data statistik.

3. *Scoring*

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

4. *Entering*

Memasukkan data ke dalam program komputer.

3.9 Analisis Data

Setelah semua data terkumpul dilakukan tabulasi data dalam bentuk tabel dan dilakukan pengolahan data. Pertama dilakukan analisis univariat untuk menjelaskan karakteristik sampel penelitian dan distribusi frekuensi dari setiap variabel yang diteliti, baik variabel independen maupun variabel dependen.

Kemudian dilakukan analisis bivariat untuk menganalisis hubungan antara dua variabel dengan uji korelasi *Spearman*. Uji korelasi *Spearman* dipilih untuk menguji hipotesis korelasi antara variabel ordinal yaitu lama perawatan oleh *caregiver* pasien skizofrenia dengan variabel ordinal yaitu skor HARS sebagai alat ukur tingkat kecemasan. Interpretasi hasil dianggap memiliki korelasi yang bermakna jika $p\text{-value} < 0,05$.



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

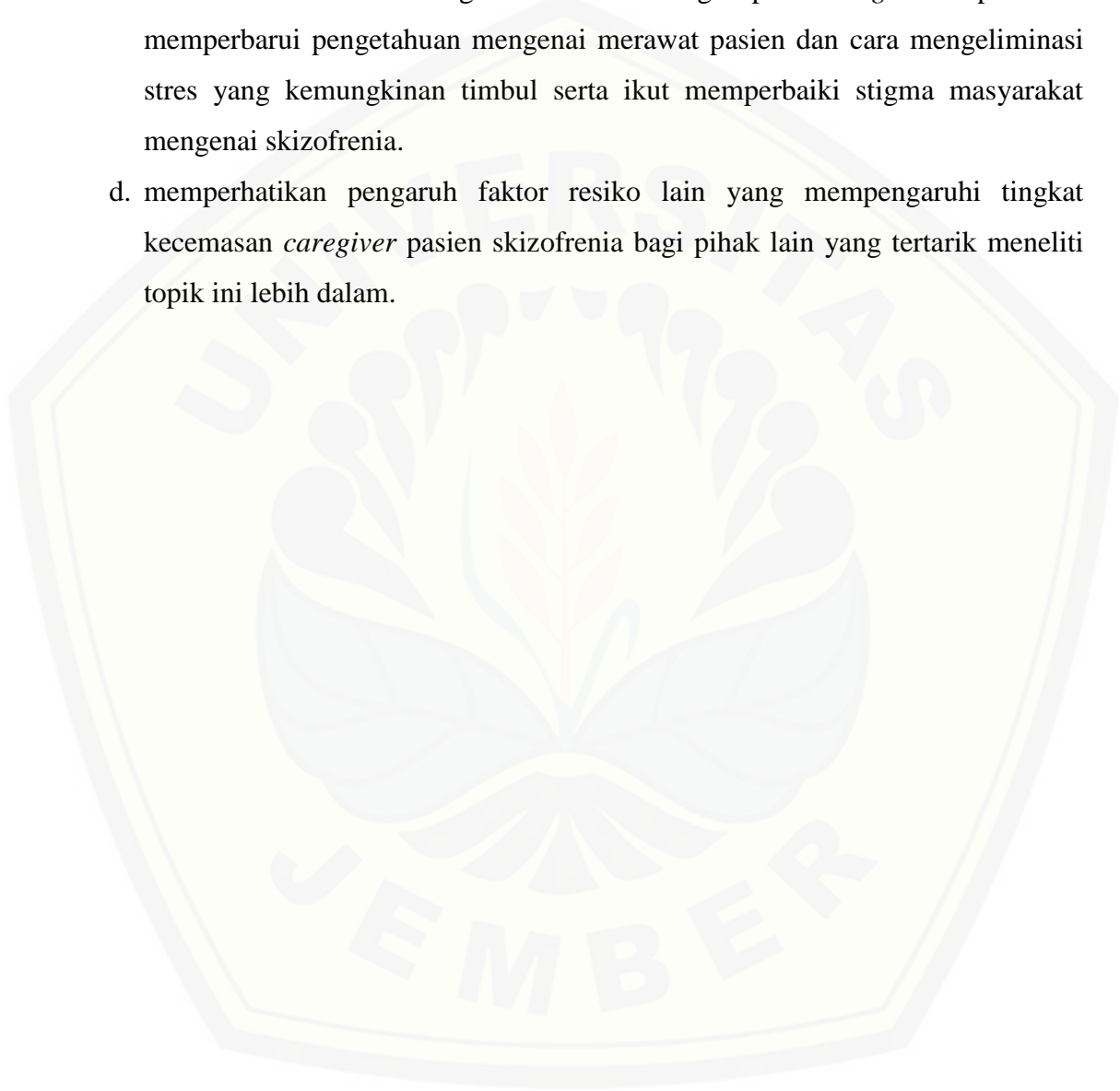
Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut:

- a. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat kecemasan *caregiver* pasien rawat jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dengan arah korelasi negatif dan kekuatan korelasi lemah;
- b. Sebanyak 37% *caregiver* tidak mengalami kecemasan dengan mayoritas responden berasal dari kategori usia 41-54 tahun, jenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan tamat SMA, bekerja, dengan hubungan kekerabatan sebagai orang tua;
- c. Sebanyak 40% *caregiver* mengalami kecemasan ringan dengan mayoritas responden berasal dari kategori usia 41-54 tahun, jenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan tamat SMP, bekerja, dengan hubungan kekerabatan sebagai orang tua;
- d. Sebanyak 20% *caregiver* mengalami kecemasan sedang dengan mayoritas responden berasal dari kategori usia 18-40 dan 41-54 tahun, jenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan tamat SD, bekerja, dengan hubungan kekerabatan sebagai anak atau paman/bibi.
- e. Sebanyak 3% *caregiver* mengalami kecemasan berat dengan mayoritas responden berasal dari kategori usia 55-65 tahun, jenis kelamin perempuan, tidak tamat belajar, tidak bekerja, dengan hubungan kekerabatan sebagai orang tua;
- f. Tidak ada *caregiver* yang mengalami kecemasan berat sekali.

5.2 Saran

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

- a. pemantauan dan edukasi terhadap *caregiver* pasien untuk membantu mencegah atau mengeliminasi stres yang muncul ketika menjalankan peran sebagai *caregiver* pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang
- b. pemeriksaan kecemasan pada *caregiver* dan pemberian terapi oleh tenaga kesehatan profesional apabila dibutuhkan
- c. membuat komunitas *caregiver* skizofrenia agar para *caregiver* dapat aktif memperbarui pengetahuan mengenai merawat pasien dan cara mengeliminasi stres yang kemungkinan timbul serta ikut memperbaiki stigma masyarakat mengenai skizofrenia.
- d. memperhatikan pengaruh faktor resiko lain yang mempengaruhi tingkat kecemasan *caregiver* pasien skizofrenia bagi pihak lain yang tertarik meneliti topik ini lebih dalam.



DAFTAR PUSTAKA

- Afriyeni, N. dan Sartana, S., 2017. Gambaran Tekanan dan Beban yang Dialami oleh Keluarga sebagai Caregiver Penderita Psikotik di RSJ Prof. Hb Sa'anin Padang. *Ecopsy*, 3(3).
- Ashari, A.M. and Hartati, S., 2017. Hubungan Antara Stres, Kecemasan, Depresi Dengan Kecenderungan Aggressive Driving Pada Mahasiswa. *Empati*, 6(1), pp.1-6.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset kesehatan dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Lumajang. 2016. *Statistik Daerah Kabupaten Lumajang*. Lumajang: BPS Kabupaten Lumajang
- Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur. 2016. *Statistik Sosial dan Kependudukan Jawa Timur Hasil Susenas 2015*. Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur. Lumajang.
- Bumagin, M.S.S.W.V. dan Hirn, K., 2006. *Caregiving: A guide for those who give care and those who receive it*. New York: Springer Publishing Company.
- Chandratika, D. dan Purnawati, S., 2014. Gangguan Cemas Pada Mahasiswa Semester I Dan VII Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. *E Jurnal Medika Udayana*, 3, pp.403-14.
- Claresta, L.J. dan Purwoko, Y., 2017. Pengaruh Konsumsi Cokelat terhadap Tingkat Kecemasan Mahasiswa Fakultas Kedokteran Praujian. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 6(2), pp.737-747.
- Dhewi, R.R.K. dan Widyastuti, R.H., 2017. Kebutuhan Caregiver dalam Merawat Lansia dengan Demensia Di Panti Wredha Kota Semarang. *Tesis*. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang. 2016. *Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang 2014*. Lumajang: Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang.
- Elmore, D.L., 2014. The Impact of Caregiving on Physical and Mental Health: Implications for Research, Practice, Education, And Policy. *In The challenges of mental health caregiving*, pp. 15-31.
- Elvira, S. D. dan G. Hadisukanto. 2010. *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

- Family Caregiver Alliance. 2007. *Family caregiving: state of the art, future trends*. Chicago: National Center on Caregiving at Family Caregiver Alliance, pp.11-29
- Fauziah, M. and Novrianda, D., 2016. Deskripsi Faktor–Faktor Kecemasan Orang Tua Pada Anak Pre Operasi Di Ruang Bedah Anak RSUP DR. M. Djamil Padang. *NERS Jurnal Keperawatan*, 12(2), pp.115-130.
- Hayat, A., 2014. Kecemasan dan metode pengendaliannya. *Jurnal Khazanah*, 12(1), pp.52-62.
- Hawari, D., 2011. *Depresi dalam Manajemen Stres, Kecemasan, Depresi*. Jakarta: FKUI
- Julianan, Lisa, dan Nengah Sutrisna W., 2013. *Narkoba, Psikotropika, dan Gangguan Jiwa Tinjauan Kesehatan dan Hukum*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Kemeneterian Kesehatan RI. 2016. *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat*. <http://www.depkes.go.id/article/print/16100700005/peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat.html> [Diakses pada tanggal 28 Juni 2018]
- Kumar, P., Kumar, G., Srilakshmi, P. dan Sreekeerthi, D., 2015. Anxiety, Depression and Burden in Caregivers of Psychotic Patients on Treatment. *International Journal of Innovative Research and Development*, 4(5).
- Maryam, S., 2017. Strategi Coping: Teori Dan Sumberdayanya. *Jurnal Konseling Andi Matappa*, 1(2), pp.101-107.
- Maslim, R., 2013. *Diagnosis gangguan jiwa, rujukan ringkas PPDGJ-III dan DSM-5*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Atmaja, pp.64-67.
- Metkono, N.B.S., Pasaribu, J. dan Susilo, W.H., 2014. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Beban Caregiver Dengan Perilaku caregiver Dalam Merawat Pasien Relaps Skizofrenia Dipoliklinik Psikiatri Rumah Sakit Dr. h. Marzoeki Mahdi, Bogor*.
- Milligan, C., 2005. From home to ‘home’: situating emotions within the caregiving experience. *Environment and planning A*, 37(12), pp.2105-2120.
- Mirza, M., Raihan, R. dan Kurniawan, H., 2015. Hubungan Lamanya Perawatan Pasien Skizofrenia Dengan Stres Keluarga. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 15(3), pp.179-189.

- Mulyani, S., 2013. Studi Kualitatif Karakteristik Kecemasan Pasien yang Dirawat di Rumah Sakit. *Jurnal Placentum*, 1(2).
- Nasution, J.D. and Susilawati, E., 2014. Anxiety Level Of Families In Facing Schizophrenia Client Behavior At The Polyclinic Of North Sumatra Province Mental Hospital 2014. *Challenges, Strategy and Health Treatment Approach to Nutrition and Molecular Epidemiology*, pp.1-5,
- Nindyasari, N.D., 2010. Perbedaan Tingkat Kecemasan pada Penderita Diabetes Mellitus (DM) Tipe I dengan Diabetes Mellitus (DM) Tipe II. *Disertasi*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pebriyani, P., 2011. Kajian Ketepatan Penggunaan Obat Dan Interaksi Obat Pada Pasien Skizofrenia Dewasa Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Tahun 2010. *Disertasi*. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Perry, A.G. dan Potter, P.A., 2005. *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Perwitasari, D.T., 2015. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Tingkatan Stres Pada Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak Tahun 2015. *Jurnal Mahasiswa PSPD FK Universitas Tanjungpura*, 3(1).
- Prabandari, F. dan Purwoko, Y., 2013. Hubungan Antara Skor Kerapuhan dengan Lama Rawat Pasien Lanjut Usia: Studi pada Bangsal Rawat Inap Geriatri RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Disertasi*. Semarang: Fakultas Kedokteran Diponegoro University).
- Puspita, R.N., 2014. Hubungan Kecemasan Terhadap Tingkat Kontrol Asma Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Surakarta. *Disertasi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rinawati, F. dan Sucipto, S., 2018. Effect of Supportive Therapy on Family's Burden in Caring for Mental Disorders. *The 2nd Joint International Conferences* (Vol. 2, No. 2, pp. 223-227).
- Rizkiyan, M.F., 2018. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dan Status Sosial Ekonomi trrhadap Tingkat Kecemasan Orang Tua yang Mempunyai Anak Autistik di SLB Negeri 1 Surakarta. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Muhamammadiyah Surakarta
- Rosa, E., Lussignoli, G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S., Lamanna, L. dan Zanetti, O., 2010. Needs of caregivers of the patients with dementia. *Archives of gerontology and geriatrics*, 51(1), pp.54-58.

- Sabanov, V., Braat, S., D'andrea, L., Willemsen, R., Zeidler, S., Rooms, L., Bagni, C., Kooy, R.F. dan Balschun, D., 2017. *Impaired GABAergic inhibition in the hippocampus of Fmr1 knockout mice*. *Neuropharmacology*, 116, pp.71-81.
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A. eds., 2010. *Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schulz, R., Beach, S.R., Friedman, E.M., Martzolf, G.R., Rodakowski, J. dan James III, A.E., 2018. Changing structures and processes to support family caregivers of seriously ill patients. *Journal of palliative medicine*, 21(S2), pp.S-36.
- Sharma, R., Sharma, S.C. and Pradhan, S.N., 2017. Assessing Caregiver Burden in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder in Kathmandu Medical College. *Journal of Nepal Health Research Council*, 15(3), pp.258-263.
- Shives, L.R., 2008. *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. *Gastroenterology Nursing*, 18(5), pp.197-198
- Sugiyono, M.P.P., 2009. *Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan R&D*. Jakarta: Alfabeta.
- Sopiyudin, D., 2016. *Besar sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: PT Arkans, pp.15-27.
- Stanley, M., 2007. *Buku ajar keperawatan gerontik (Gerontological nursing: A health promotion or protection approach)*. Jakarta: EGC.
- Stuart, G,W. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta: EGC
- Subroto, K.W.E., 2009. Evaluasi efektivitas pelaksanaan Kepmenkes RI No. 1204/Menkes/Sk/X/2004 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit di RSUD Jayapura. *Disertasi*. Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada.
- Sukandar, E.Y., Andrajati, R., Sigit, J.I., Ketut, A. and Setiadi, A.P., 2008. *ISO Farmakoterapi*. Jakarta: PT ISFI.
- Suliswati, D., Jeremia, A., Yenny, M. dan Sumijatun, S., 2005. *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: EGC
- Tantono, H., Siregar, I. M. P., dan Hasan, Z. 2006. *Beban Caregiver Lanjut Usia Suatu Survey Terhadap Caregiver Lanjut Usia di Beberapa Tempat Sekitar Kota Bandung*. Bandung: Majalah Psikiatri XL(4)
- Timby, B.K., 2009. *Fundamental nursing skills and concepts*. Michigan: Lippincott Williams & Wilkins.

Vasudeva, S., Sekhar, C.K. dan Rao, P.G., 2013. Caregivers burden of patients with schizophrenia and bipolar disorder: A sectional study. *Indian journal of psychological medicine*, 35(4), p.352.

Willy, M. dan Maramis Albert, A., 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan (AUP).



LAMPIRAN

Lampiran 3.1 Formulir *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk menjadi subyek penelitian dari :

Nama : Asri Ayu Firdausi

Fakultas : Kedokteran Universitas Jember

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

2. dr. Elly Nurus Sakinah, M.Si

Dengan judul penelitian “Hubungan antara Lama Merawat Pasien Skizofrenia dengan Tingkat Kecemasan *Caregiver* Pasien Rawat Jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang”. Semua penjelasan telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila masih memerlukan penjelasan, saya akan mendapat jawaban dari peneliti. Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

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

No Responden :.....

Tanggal/Bulan/Tahun :.....

Tanda Tangan Responden

(.....)

Lampiran 3.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel**LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SAMPEL**

Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember (Asri Ayu Firdausi NIM. 152010101013) sedang melakukan penelitian untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara lama merawat pasien skizofrenia dengan tingkat kecemasan *caregiver* pasien rawat jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang. Penelitian ini melibatkan 30 orang sukarelawan yang termasuk dalam kriteria inklusi. Penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat kepada *caregiver* tentang merawat dan mengobati pasien skizofrenia serta edukasi cara mengeliminasi stress yang kemungkinan timbul.

Anda termasuk masyarakat umum dalam kriteria inklusi, oleh karena itu peneliti meminta Anda untuk menjadi sukarelawan dalam penelitian yang akan dilakukan. Apabila Anda bersedia ikut serta dalam penelitian ini, Anda akan diminta untuk mengisi dan menandatangani *informed consent* (lembar persetujuan) serta mengikuti prosedur penelitian dengan mengisi identitas dan menjawab beberapa pertanyaan penelitian.

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

Anda akan diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu Anda membutuhkan penjelasan, Anda dapat menghubungi Asri Ayu Firdausi, mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada nomor 081358111398.

Lampiran 3.3 Identitas Sampel

**HUBUNGAN ANTARA LAMA MERAWAT PASIEN SKIZOFRENIA
DENGAN TINGKAT KECEMASAN *CAREGIVER* PASIEN RAWAT
JALAN POLI PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO LUMAJANG**

No Responden : Tanggal pengisian data :

Anda diminta mengisi pertanyaan berikut dengan mengisi kuesioner atau dengan memilih salah satu jawaban yang menurut Anda paling sesuai dengan diri Anda.

BAGIAN A : IDENTITAS PASIEN			
1	NAMA	:	
2	NO. SAMPEL	:	
BAGIAN B : KARAKTERISTIK			
1	Usia	:	
2	Jenis Kelamin	:	a. Laki laki b. Perempuan
3	Pendidikan	:	a. Tidak tamat belajar b. Tamat SD c. Tamat SMP d. Tamat SMA e. Tamat Sarjana
4	Pekerjaan	:	a. Bekerja b. Tidak bekerja
5	Hubungan kekerabatan dengan pasien	:	
BAGIAN C (<i>diisi oleh peneliti</i>)			
	Lama merawat pasien		

Lampiran 3.4 Kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)***KUESIONER Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)**

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas - Cemas - Firasat Buruk - Takut Akan Pikiran Sendiri - Mudah Tersinggung					
2	Ketegangan - Merasa Tegang - Lesu - Tak Bisa Istirahat Tenang - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah					
3	Ketakutan - Pada Gelap - Pada Orang Asing - Ditinggal Sendiri - Pada Binatang Besar - Pada Keramaian Lalu Lintas - Pada Kerumunan Orang Banyak					
4	Gangguan Tidur - Sukar Masuk Tidur - Terbangun Malam Hari - Tidak Nyenyak - Bangun dengan Lesu - Banyak Mimpi-Mimpi - Mimpi Buruk - Mimpi Menakutkan					
5	Gangguan Kecerdasan - Sukar Konsentrasi - Daya Ingat Buruk					
6	Perasaan Depresi - Hilangnya Minat - Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi - Sedih - Bangun Dini Hari - Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari					

7	<p>Gejala Somatik (Otot)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sakit dan Nyeri di Otot-Otot - Kaku - Kedutan Otot - Gigi Gemerutuk - Suara Tidak Stabil 					
8	<p>Gejala Somatik (Sensorik)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tinitus - Penglihatan Kabur - Muka Merah atau Pucat - Merasa Lemah - Perasaan ditusuk-Tusuk 					
9	<p>Gejala Kardiovaskuler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Takikardia - Berdebar - Nyeri di Dada - Denyut Nadi Mengeras - Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan - Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap) 					
10	<p>Gejala Respiratori</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada - Perasaan Tercekik - Sering Menarik Napas - - Napas Pendek/Sesak 					
11	<p>Gejala Gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sulit Menelan - Perut Melilit - Gangguan Pencernaan - Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan - Perasaan Terbakar di Perut - Rasa Penuh atau Kembang - Mual - Muntah - Buang Air Besar Lembek - Kehilangan Berat Badan - - Sukar Buang Air Besar (Konstipasi) 					
12	<p>Gejala Urogenital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sering Buang Air Kecil - Tidak Dapat Menahan Air Seni - Amenorrhoe - Menorrhagia - Menjadi Dingin (Frigid) - Ejakulasi Praecoeks - Ereksi Hilang 					

	- Impotensi					
13	Gejala Otonom - Mulut Kering - Muka Merah - Mudah Berkeringat - Pusing, Sakit Kepala - - Bulu-Bulu Berdiri					
14	Tingkah Laku Pada Wawancara - Gelisah - Tidak Tenang - Jari Gemetar - Kerut Kening - Muka Tegang - Tonus Otot Meningkatkan - Napas Pendek dan Cepat - - Muka Merah					
Total						

Keterangan :

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

Total poin kuisioner :

Interpretasi derajat tingkat kecemasan

(√)	Total Poin	Tingkat Kecemasan
	Skor kurang dari 14	Tidak ada kecemasan
	Skor 14 sampai 20	Ringan
	Skor 21 sampai 27	Sedang
	Skor 28 sampai 41	Berat
	Skor 42 sampai 56	Berat sekali

Lampiran 3.5 Keterangan Persetujuan Etik



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS JEMBER

KOMISI ETIK PENELITIAN

Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember
68121 – Email : fk_unej@telkom.net**KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK***ETHICAL APPROVA*

Nomor : U/25.1.11/KE/2018

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :

HUBUNGAN ANTARA LAMA MERAWAT PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN TINGKAT KECEMASAN CAREGIVER PASIEN RAWAT JALAN POLI PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO LUMAJANG

Nama Peneliti Utama : Asri Ayu Firdausi
Name of the principal investigator

NIM : 152010101013

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Name of institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above mentioned proposal.

Jember,
Ketua Komisi Etik Penelitian

dr. Rini Riyanti, Sp.PK

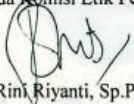
Tanggapan Anggota Komisi Etik

(Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lainnya)

Review Proposal :

- Adakah kompensasi untuk subjek penelitian ?
- Apakah manfaat penelitian ini untuk sosial maupun subyek penelitian ?
- Prinsip prinsip etik apa saja yang berlaku pada penelitian ini ?
- Isu etik apa yang mungkin akan dihadapi oleh peneliti ?

Mengetahui
Ketua Komisi Etik Penelitian


dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Jember, 06 November 2018

Reviewer


dr. Kristianingrum Dian Sofiana, M.Biomed

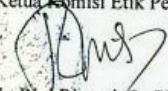
Tanggapan Anggota Komisi Etik

(Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lainnya)


Review Proposal :

1. Peneliti mendapat ijin dari Pimpinan instansi/ketua tempat penelitian dilaksanakan.
2. Informed Consent :
 - Subjek penelitian/responden menandatangani *informed consent*
 - Lembar penjelasan mohon dilengkapi dengan manfaat penelitian untuk responden.
3. Saran: adanya kompensasi bagi responden
4. Mohon dilengkapi nilai validitas dan reliabilitas kuesioner serta manual kuesionernya.
5. Jalannya penelitian tidak mengganggu kenyamanan subjek penelitian.
6. Peneliti ikut menjaga kerahasiaan data rekam medis dan hanya menggunakan untuk kepentingan penelitian ini.
7. Hasil penelitian disampaikan pada pimpinan instansi/ketua tempat penelitian dilaksanakan.

Mengetahui
Ketua Komisi Etik Penelitian


dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Jember, 08 November 2018
Reviewer


dr. Desie Dwi Wisudanti, M.Biomed

Lampiran 3.6 Surat Rekomendasi Bebas Plagiasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEDOKTERAN
Jl. Kalimantan I/37 Kampus Tegal Boto. Telp. (0331) 337877, Fax (0331) 324446
Jember 68121.

REKOMENDASI BEBAS PLAGIASI

Nomor : 7 /H25.1.11/KBSI/2018

Komisi bimbingan Skripsi dan Ilmiah, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya peningkatan kualitas dan originalitas karya tulis ilmiah mahasiswa berupa skripsi, telah melakukan pemeriksaan plagiasi atas skripsi yang berjudul :

**HUBUNGAN ANTARA LAMA MERAWAT PASIEN SKIZOFRENIA
DENGAN TINGKAT KECEMASAN *CAREGIVER* PASIEN RAWAT
JALAN POLI PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO LUMAJANG**

Nama Penulis : Asri Ayu Firdausi
NIM. : 152010101013
Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Telah menyetujui dan dinyatakan "BEBAS PLAGIASI"

Surat Rekomendasi ini dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 12 Desember 2018
Komisi Bimbingan Skripsi & Ilmiah
Ketua,

Dr., dr. Yunita Armiyanti, M.Kes
NIP. 19740604 200112 2 002

Lampiran 3.7 Surat Keterangan Telah Melakukan Perijinan Penelitian di Dinas Kesehatan Kab. Lumajang dan RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

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

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
Nomor : 072/ 1801 /427.75/2018

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

Menimbang : Surat dari Wakil Dekan I Fakultas Kedokteran Universitas Jember Nomor: 2001/UN25.1.11/LT/2018 tanggal 21 September 2018 perihal Permohonan Ijin Penelitian atas nama ASRI AYU FIRDAUSI.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : ASRI AYU FIRDAUSI
2. Alamat : Perum Pondok Bedadung Indah Blok U7 Jember
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember/ 1520101010 13
5. Kebangsaan : Indonesia

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

1. Judul Proposal : Hubungan Lama Merawat Pasien Skizofrenia dengan Tingkat Kecemasan Caregiver pada Pasien Rawat Jalan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang
2. Tujuan : Penelitian
3. Bidang Penelitian : Kedokteran/ Pendidikan Kedokteran
4. Penanggungjawab : dr. Hairudin, M Kes
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 1 Oktober 2018 s/d 31 Desember 2018
7. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang dan RS PTPN XI Djatiroto Lumajang

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

Lumajang, 29 September 2018

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN LUMAJANG
Kepala Bidang HAL,

Tembusan Yth :

1. Plh. Bupati Lumajang (sebagai laporan),
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Ka. RS PTPN XI Djatiroto Lumajang,
6. Sdr. Wakil Dekan I Fakultas Kedokteran Universitas Jember,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.



**Lampiran 3.8 Surat Keterangan Telah Melakukan Perijinan Penelitian di RS
PTPN XI Djatiroto Lumajang**

 **rs djatiroto**
NUSAMED HEALTHCARE

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

AA-INSIP-NSM/18.194 Lumajang, 01 Oktober 2018

Kepada Yth.
Universitas Jember
Fakultas Kedokteran
JEMBER

PERMOHONAN IJIN PENELITIAN

Menindaklanjuti surat dari Universitas Jember nomor 2001/UN25.1.11/LT/2018 tanggal 21 September 2018 dengan perihal diatas, pada dasarnya dari pihak Rumah Sakit Djatiroto PT Nusantara Sebelas Medika tidak keberatan untuk melakukan ijin penelitian dengan dikenakan biaya sebesar Rp. 350.000,- (tiga ratus lima puluh rupiah).

Demikian untuk menjadikan maklum.

PT NUSANTARA SEBELAS MEDIKA
RUMAH SAKIT "DJATIROTO"



dr. Dyah Ayu Retno Palupi
Kepala Rumah Sakit

www.nusamed.co.id

Member of
 **IHC** Indonesia Healthcare Corporation Group

Lampiran 4.1 Analisis Data Bivariat (Uji Spearman)

Nonparametric Correlations

Correlations			ANXIETY	DURATION
Spearman's rho	ANXIETY	Correlation Coefficient	1.000	-.389*
		Sig. (2-tailed)	.	.034
		N	30	30
	DURATION	Correlation Coefficient	-.389*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.034	.
		N	30	30

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

Lampiran 4.2 Tabel Tabulasi Karakteristik Sampel

Nomor	Inisial Nama	Umur (tahun)	Jenis Kelamin	Pendidikan (Tamat)	Bekerja	Hubungan Kekerabatan	Lama Merawat (tahun)	Score HARS	Intepretasi
A311	EDL	31	P	SMA	YA	anak	4	10	tidak ada kecemasan
A312	SIB	47	L	SMA	YA	saudara kandung	5	8	tidak ada kecemasan
A313	HRD	43	L	SD	YA	suami/istri	0	26	sedang
A314	SLS	62	P	SD	YA	orang tua	17	14	ringan
A315	MN	30	P	SMA	YA	anak	20	11	tidak ada kecemasan
A316	BS	44	P	SD	YA	orang tua	4	9	tidak ada kecemasan
A317	DN	34	P	SMA	TIDAK	anak	0	21	sedang
A318	RHD	31	L	SMP	YA	paman/bibi	1	17	ringan
A319	AR	46	L	SMP	YA	orang tua	0	14	ringan
A310	AM	56	P	SMA	YA	saudara kandung	10	9	tidak ada kecemasan
A311	SR	52	P	SD	TIDAK	orang tua	5	10	tidak ada kecemasan
A312	ROH	50	P	SMA	YA	orang tua	12	19	ringan
A313	SS	34	P	SD	YA	paman/bibi	3	24	sedang
A314	AA	37	L	SMP	TIDAK	anak	0	14	ringan
A315	JUM	46	P	SD	YA	orang tua	3	19	ringan
A316	HAL	55	P	tidak tamat	TIDAK	orang tua	4	19	ringan
A317	SUT	65	P	SD	YA	orang tua	20	15	ringan
A318	SUG	46	P	SD	YA	orang tua	3	25	sedang
A319	RUP	63	P	tidak tamat	TIDAK	orang tua	10	36	berat
A320	SAF	40	L	SMA	TIDAK	paman/bibi	1	27	sedang
A321	MSL	44	P	SMP	TIDAK	orang tua	1	20	ringan

A522	SPR	45	L	S1	YA	saudara kandung	19	4	tidak ada kecemasan
A523	TT	65	P	SD	TIDAK	orang tua	18	11	tidak ada kecemasan
A524	LP	45	P	SMA	TIDAK	orang tua	5	20	ringan
A725	SUM	55	L	tidak tamat	TIDAK	orang tua	2	8	tidak ada kecemasan
A726	SJW	50	P	SMA	YA	anak	0	25	sedang
A727	SR	26	P	SD	YA	suami/istri	5	18	ringan
A728	HEN	33	L	S1	YA	suami/istri	3	8	tidak ada kecemasan
A729	MMN	49	L	SMA	YA	orang tua	2	10	tidak ada kecemasan
A730	N	58	L	SMA	TIDAK	orang tua	4	17	ringan

Lampiran 4.3 Tabel Tabulasi Hasil Kuesioner HARRS

Nomor	Inisial Nama	PERTANYAAN														TOTAL								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14									
A311	EDL	3	3	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	2	2	0	0	1	1	2	2		
A312	SIB	2	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	3	2	
A313	HRD	3	3	5	3	0	0	0	6	3	2	4	4	4	3	3	3	2	1	1	1	0	0	
A314	SLS	3	3	3	2	0	0	1	1	1	0	0	4	4	3	1	1	0	0	0	0	4	2	
A315	MN	4	4	0	0	1	1	1	3	2	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A316	BS	1	1	4	2	1	1	0	0	0	0	1	1	3	2	0	0	0	1	1	0	0	0	
A317	DN	3	3	4	2	3	2	4	2	0	0	1	1	3	2	0	0	4	4	3	2	4	2	
A318	RHD	4	4	5	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	4	3	2	3	2	
A319	AR	2	2	4	2	0	0	1	1	1	0	0	1	1	4	3	0	0	0	0	0	0	4	2
A510	AM	0	0	0	0	1	1	3	2	0	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
A511	SR	3	3	1	1	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
A512	ROH	4	4	4	2	0	0	0	0	0	1	2	4	3	1	1	1	1	1	1	2	0	0	1
A513	SS	4	4	4	2	0	0	2	2	0	0	3	3	2	2	3	2	1	4	3	3	1	2	2
A514	AA	4	4	5	3	0	0	2	2	1	2	3	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
A515	JUM	4	4	3	2	0	0	2	2	0	0	2	2	3	3	2	0	0	1	1	0	0	0	0
A516	HAL	4	4	2	2	2	2	2	7	4	0	0	0	0	0	3	2	0	2	2	0	1	1	0
A517	SUT	3	3	5	3	3	3	2	4	2	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	1	1	1	0
A518	SUG	4	4	4	4	0	0	1	1	1	1	3	2	1	1	4	1	1	6	2	1	1	1	0
A519	RUP	2	2	7	4	6	4	4	7	4	2	4	3	2	4	3	1	1	0	0	2	2	3	0
A520	SAF	4	4	7	4	0	0	5	3	1	2	1	1	2	1	1	0	1	1	1	1	3	2	8
																								4
																								27

A521	MSL	4	4	7	4	4	4	3	5	3	1	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	20		
A522	SPR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
A523	TT	2	2	7	4	4	0	0	0	0	0	0	4	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11		
A524	LP	4	4	5	3	0	0	0	4	2	0	0	4	3	3	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	4	3	1	20		
A725	SUM	4	4	4	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	8		
A726	SJW	4	4	7	4	4	1	1	4	2	1	2	3	2	4	3	0	0	4	3	1	1	6	2	0	1	1	0	25		
A727	SR	3	3	5	3	0	0	0	7	4	0	0	3	2	0	0	1	0	0	0	0	6	2	1	1	3	2	0	18		
A728	HEN	4	4	1	1	0	0	0	4	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8		
A729	MMN	3	3	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	3	0	0	0	0	0	0	10		
A730	N	3	3	5	3	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	3	2	2	2	1	1	1	1	0	0	4	2	17

Keterangan :

Y : Jawaban dijawab Ya

Sc : Score dalam kuesioner HARS