

**HUBUNGAN PENGETAHUAN TENTANG KEGIATAN INTEGRASI JIWA  
DAN DUKUNGAN DENGAN MOTIVASI KELUARGA MEMBAWA  
PASIEN GANGGUAN JIWA KE POLI INTEGRASI JIWA  
RSUD SANGATTA**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai persyaratan untuk  
memperoleh gelar Sarjana Keperawatan



**DIAJUKAN OLEH**

**ELY ERLIYANA  
NIM 13.11.3082.3.0866**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA  
2015**

## INTISARI

### Hubungan Pengetahuan tentang Kegiatan Integrasi Jiwa dan Dukungan dengan Motivasi Keluarga Membawa Pasien Gangguan Jiwa Ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta

Ely Erliyana<sup>1</sup>, Linda Dwi Novial Fitri<sup>2</sup>, Ramdhany Ismahmudi<sup>3</sup>

**Latar belakang** penelitian bahwa perubahan dasar pada kebijakan kesehatan jiwa di Indonesia meliputi sistem berbasis rumah sakit menjadi berbasis komunitas. Integrasi pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan kesehatan dasar adalah pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan oleh dokter spesialis jiwa, dokter umum, perawat, bidan atau tenaga kesehatan lainnya di RSUD Kabupaten/ Kota dan Puskesmas secara terintegrasi dengan pelayanan kesehatan dasar. RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur telah memberikan pelayanan kesehatan jiwa yang merupakan hasil kerjasama dengan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa di RSUD Sangatta masih rendah yang berarti keluarga tidak rutin membawa pasien ke poli integrasi jiwa.

**Tujuan penelitian** yaitu untuk mengetahui hubungan pengetahuan tentang kegiatan integrasi dan dukungan dengan motivasi keluarga membawa pasien gangguan jiwa ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur.

**Metode penelitian** ini menggunakan rancangan deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi adalah seluruh keluarga pasien gangguan jiwa yang terdata pada kegiatan Integrasi Jiwa RSUD Sangatta sebanyak 24 orang dengan metode *nonprobability sampling* dan teknik *total sampling*. Instrumen yaitu kuesioner karakteristik responden, pengetahuan, dukungan dan motivasi keluarga. Analisa data menggunakan uji *chi square*.

**Hasil penelitian** yaitu karakteristik responden bahwa lebih dari separuh responden berada dalam rentang umur dewasa dini (18-40 tahun) sebanyak 18 orang (75%), berjenis kelamin laki-laki dan perempuan masing-masing 12 orang (50%), berpendidikan menengah sebanyak 13 orang (54,2%), pegawai swasta sebanyak 10 orang (41,7%), hubungan sebagai saudara kandung sebanyak 12 orang (50%), lamanya sakit 3 tahun dan lebih 5 tahun sebanyak 6 orang (25%) dan frekuensi kunjungan 3 kali sebanyak 6 orang (25%), responden yang memiliki pengetahuan tinggi dan rendah adalah sama masing-masing sebanyak 12 orang (50%), responden kurang mendapatkan dukungan dari keluarga lainnya sebanyak 17 orang (70,8%), responden memiliki motivasi rendah sebanyak 14 orang (58,3%). Ada hubungan antara pengetahuan ( $p=0,000$ ), dukungan keluarga ( $p=0,009$ ) dengan motivasi membawa pasien ke poli integrasi jiwa.

**Kesimpulan** penelitian ini yaitu ada hubungan pengetahuan dan dukungan dengan motivasi keluarga membawa pasien gangguan jiwa ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur.

Kata kunci: pengetahuan, dukungan, motivasi, integrasi jiwa

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup> STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>3</sup> RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

## ABSTRACK

### **Relationship of Knowledge and Support with The Family Motivation Bring Mental Disorders Patients to Poly Integration of Mental Health Sangatta Hospital East Kutai**

Ely Erliyana<sup>1</sup>, Linda Dwi Novial Fitri<sup>2</sup>, Ramdhany Ismahmudi<sup>3</sup>

**Background of research** that basic changes in mental health policy in indonesia include hospital-based system to one based community. Integration of mental health services in primary health care services for mental health is conducted by psychiatric specialist, general practitioner, nurse, midwife or other health personnel in hospitals district/ municipal and community health center is integrated with basic health services. Sangatta Hospital East Kutai Regency has provided mental health services is the result of cooperation with Regional Mental Hospital Atma Husada Mahakam of Samarinda. Number of visits mental patients in Sangatta Hospital still low which means families do not routinely carry a patient to poly integration of mental health.

**The objective of research** is to determine the relationship of knowledge about integration and support activities with family motivation bring mental patients to Poly Integration of Mental Health Sangatta Hospital.

**The form of research** using descriptive correlational design with cross sectional approach. The population is a whole family of mental patients were recorded on Poly Integration of Mental Health Sangatta Hospital as many as 24 people with nonprobability sampling method and total sampling technique. The instrument is a questionnaire respondent characteristics, knowledge, support and motivation of the family. Data were analyzed using chi square test.

**The results of research** are the characteristics of respondents that the majority of respondents were in the age range of early adulthood (18-40 years) as many as 18 people (75%), male gender and women respectively 12 people (50%), secondary education as much as 13 people (54.2%), private sector employees as many as 10 people (41.7%), sibling relationships as many as 12 people (50%), pain duration of 3 years and over 5 years as many as 6 people (25%) and the frequency of visits 3 times as many as 6 people (25%), respondents who have high and low knowledge are the same each as much as 12 people (50%), respondents were less likely to get support from other families were 17 (70.8%), respondents are motivated low as 14 people (58.3%). There is a relationship between knowledge ( $p = 0.000$ ), family support ( $p = 0.009$ ) with the motivation to bring the patient to Poly Integration of Mental Health.

**The conclusion of research** that there is relationship of knowledge and support with the family motivation bring mental patients to Poly Integration of Mental Health Sangatta Hospital East Kutai.

Keywords: knowledge, support, motivation, mental health

<sup>1</sup> Undergraduate students of nursing STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup> STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>3</sup> Regional Mental Hospital Atma Husada Mahakam of Samarinda

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Rancangan Penelitian .....	65
B. Populasi dan Sampel .....	65
C. Waktu dan Tempat Penelitian .....	67
D. Definisi Operasional .....	67
E. Instrumen Penelitian .....	68
F. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	73
G. Teknik Pengumpulan Data .....	78
H. Teknik Analisa Data .....	79
I. Etika Penelitian .....	82
J. Jalannya Penelitian .....	84
K. Jadwal Penelitian .....	85

### **BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil Penelitian .....	86
B. Pembahasan .....	95

***KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UMKT SAMARINDA***

## ***BAB I***

### ***PENDAHULUAN***

#### ***A. Latar Belakang***

Upaya kesehatan jiwa menurut Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa pasal 3 bertujuan untuk memberikan perlindungan dan menjamin pelayanan kesehatan jiwa bagi Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berdasarkan hak asasi manusia. Pemberian pelayanan kesehatan dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan masyarakat secara terintegrasi, komprehensif dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Kemenkes RI, 2014).

Pelayanan kesehatan jiwa dilakukan dengan sistem berjenjang yang terdiri atas pelayanan kesehatan jiwa dasar dan pelayanan kesehatan jiwa rujukan. Pelayanan kesehatan jiwa dasar merupakan pelayanan yang diselenggarakan terintegrasi dalam pelayanan kesehatan umum seperti Puskesmas, Rumah Sakit Umum, klinik pratama maupun fasilitas rehabilitasi berbasis masyarakat. Sedangkan pelayanan rujukan berbasis pada pelayanan di Rumah Sakit Jiwa. Hal ini ditujukan bagi peningkatan pelayanan bagi ODMK dan ODGJ (Kemenkes RI, 2014).

Gangguan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara maju, modern dan industri selain masalah kesehatan utama tersebut adalah penyakit degeneratif, kanker dan kecelakaan. Beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidakmampuan serta identitas secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan, karena mereka tidak produktif dan tidak efisien (Hawari, 2003). Menurut Yosep (2010) gangguan jiwa adalah pola psikologis atau perilaku yang pada umumnya terkait dengan stres atau kelainan mental yang tidak dianggap sebagai bagian dari perkembangan normal manusia.

Data penderita gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 bahwa prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per 1000 atau sekitar 1.728 orang. Proporsi rumah tangga yang pernah memasung anggota rumah tangga dengan gangguan jiwa berat sebesar 14,3% dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan sebesar 18,2%, serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah sebesar 19,5% (Kemenkes RI, 2013).

Data penderita gangguan jiwa di Provinsi Kalimantan Timur periode tahun 2012 yaitu gangguan jiwa berat sebesar 1,4 per 1000 jumlah penduduk atau sebesar 5.167 orang. Prevalensi gangguan mental emosional sebesar 3,2% dari jumlah penduduk atau 118.097 orang.

Terdapat pula jumlah kunjungan penderita gangguan jiwa di seluruh sarana pelayanan kesehatan Provinsi Kalimantan Timur sebanyak 4.648 kunjungan yang terdiri dari 2.951 laki-laki dan 1.697 perempuan (Dinkes Provinsi Kaltim, 2012).

Data penderita gangguan jiwa di Kabupaten Kutai Timur tahun 2012 sebanyak 171 orang dan yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sebanyak 165 orang. Pada tahun 2013 sebanyak 266 orang dan yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sebanyak 266 orang. Selanjutnya pada periode bulan Januari 2014 terdapat jumlah penderita gangguan jiwa sebanyak 235 orang, bulan Februari sebanyak 244 orang, Maret sebanyak 221 orang dan April sebanyak 215 orang (Dinkes Kutai Timur, 2014). Hal ini menunjukkan bahwa jumlah penderita gangguan jiwa dari tahun ke tahun semakin meningkat dan perlu perhatian yang lebih baik dari pemerintah.

Untuk mengantisipasi hal tersebut, maka diperlukan pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif, holistik, dan paripurna. Perubahan dasar pada kebijakan kesehatan jiwa di Indonesia meliputi sistem berbasis rumah sakit menjadi berbasis komunitas, pasien gangguan jiwa dapat dirawat pada seluruh pelayanan kesehatan, pasien gangguan jiwa dapat dirawat sebagai pasien rawat jalan (tidak harus dirawat di bangsal), pasien gangguan jiwa didukung untuk mandiri. Sebagai tambahan, selain

adanya perubahan pada kebijakan administratif, terdapat perubahan pada sistem pembiayaan atau finansial yaitu desentralisasi dan regulasi otonomi daerah yang merubah aturan pembiayaan dari pusat ke provinsi dan kabupaten. Perubahan ini membuat aktivitas kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah provinsi dan kabupaten (Marchira, 2011).

Rekomendasi dari WHO berdasarkan keadaan pelayanan jiwa dan kenyataannya di Indonesia berupa pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan Kesehatan Dasar yang telah dilakukan di Rumah Sakit Umum dan Puskesmas melalui kegiatan Integrasi Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa serta melalui Dokter Puskesmas dan Perawat yang telah dilatih tentang bagaimana cara melakukan anamnesis dan pemeriksaan pasien gangguan jiwa (Depkes, 2002).

Integrasi pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan kesehatan dasar adalah pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan oleh dokter spesialis jiwa, dokter umum, perawat, bidan atau tenaga kesehatan lainnya di RSUD Kabupaten/ Kota dan Puskesmas secara terintegrasi dengan pelayanan kesehatan dasar. Tujuan kegiatan ini adalah untuk memperluas jangkauan pelayanan kesehatan jiwa yang memadai agar tercapai pelayanan kepada seluruh masyarakat (Kemenkes RI, 2010).

*Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sangatta merupakan Rumah Sakit Pemerintah Tipe C terletak di Kabupaten Kutai Timur yang didirikan*



*pada tahun 2003. RSUD Sangatta memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Kabupaten Kutai dan sekitarnya berupa pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Sejak tahun 2011, RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur telah memberikan pelayanan kesehatan jiwa yang merupakan hasil kerjasama dengan Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda Provinsi Kalimantan Timur. Jenis kegiatan yang dilakukan yaitu pemeriksaan fisik dan psikologis, deteksi dini dan penanganan masalah kesehatan jiwa dengan frekuensi kunjungan dan pengobatan setiap bulan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa. Dalam programnya juga terdapat kegiatan penyuluhan kesehatan jiwa kepada pasien, keluarga pasien dan tenaga kesehatan yang ada.*

Berdasarkan data yang peneliti peroleh dari poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta yaitu pelaksanaan poli setiap bulan pada minggu kedua dan dilakukan oleh dokter spesialis kedokteran jiwa dari RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Data kunjungan pasien tahun 2012 sebanyak 57 kunjungan dengan jumlah pasien sebanyak 23 orang, kunjungan pasien tahun 2013 sebanyak 59 kunjungan dengan jumlah pasien 24 orang. Sedangkan periode Januari sampai Mei tahun 2014 sebanyak 31 kunjungan dengan jumlah pasien 24 orang dengan rincian yaitu bulan Januari 5 orang (20,83%), Februari 6 orang (25%), Maret 4 orang (16,67%), April 11 orang (45,83%) dan Mei 5 orang (20,83%).

Hal ini menunjukkan bahwa jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa ke poli integrasi jiwa di RSUD Sangatta masih rendah yang berarti bahwa keluarga tidak rutin membawa pasien gangguan jiwa ke poli integrasi jiwa tersebut.

Tindakan keluarga membawa pasien gangguan jiwa ke poli integrasi jiwa RSUD Sangatta merupakan salah satu bentuk perilaku kesehatan (*health behavior*) keluarga yaitu suatu tindakan yang dilakukan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan anggota keluarganya serta tindakan pencegahan kekambuhan penyakit gangguan jiwa (Becker, 1979 dalam Wawan dan Dewi 2010). Lebih lanjut, Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa sebuah perilaku kesehatan tidak akan menjadi konsisten jika tidak ada niat atau dorongan dalam diri seseorang untuk melakukan perilaku kesehatan tersebut. Adanya kekuatan dorongan yang menggerakkan seseorang untuk melakukan perilaku tertentu disebut dengan motivasi, sehingga motivasi keluarga sangat menentukan dirinya mau atau tidak membawa pasien gangguan jiwa berobat secara teratur.

Menurut Bastable (2002) motivasi merupakan gerakan diri untuk memenuhi suatu kebutuhan dan untuk mencapai tujuan yang menggabungkan beberapa faktor. Adapun faktor-faktor yang *dapat memfasilitasi atau menghambat motivasi terdiri dari tiga faktor utama yaitu*

*faktor atribut pribadi (umur, jenis kelamin, kesiapan emosi, nilai dan keyakinan, fungsi penginderaan, pengetahuan dan sikap, tingkat pendidikan, status kesehatan, tingkat keparahan penyakit), faktor lingkungan (kondisi fisik lingkungan, keterjangkauan dan ketersediaan sumber daya manusia dan materi, reward perilaku), dan faktor sistem hubungan (seperti dukungan keluarga, peran di komunitas dan interaksi sosial di masyarakat).*

Peneliti selanjutnya melakukan survei pendahuluan dengan mewawancarai perawat RSUD Sangatta yang biasanya mendampingi dokter di Poli Integrasi Jiwa, dan diperoleh data bahwa pasien datang dengan didampingi oleh salah satu keluarga seperti orang tua pasien, saudara atau paman pasien. Pada pasien yang terdiagnosa skizofrenia merupakan pasien lama (rutin berobat) dengan kondisi pasien ada yang pasif (seperti diam, tidak mau bicara, tidak mau makan, tidak mau minum obat) dan ada pula yang aktif (bicara kacau dan susah tidur). Pasien-pasien ini ada yang rutin berobat ke poli dan ada yang tidak rutin misalnya setiap dua bulan baru datang ke poli dibawa oleh keluarganya.

Peneliti kemudian melakukan wawancara terhadap enam orang keluarga yang sedang membawa pasien ke poli integrasi jiwa RSUD Sangatta pada bulan April 2014, dan diperoleh data bahwa dua orang keluarga mengatakan rutin membawa anggota keluarganya setiap bulan

sedangkan empat keluarga mengatakan tidak rutin membawa anggota keluarganya. Alasan tidak rutin tersebut seperti tidak mengetahui dengan pasti kapan jadwal poli melakukan pelayanan, belum mengerti tentang kegiatan-kegiatan dalam poli integrasi jiwa, dan belum mengerti tentang pengobatan pasien. Keluarga juga mengatakan pada saat sibuk dalam bekerja menyebabkan keluarga tidak sempat membawa anggota keluarganya ke poli integrasi dan keluarga lainnya tidak ada yang bersedia mengantar pasien. Hal ini menunjukkan bahwa faktor pengetahuan keluarga yang membawa pasien ke poli integrasi serta faktor dukungan keluarga lainnya berkaitan dengan motivasi keluarga membawa pasien gangguan jiwa ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Hubungan pengetahuan tentang kegiatan integrasi dan dukungan dengan motivasi keluarga membawa pasien gangguan jiwa ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur”.

## **B. Rumusan Masalah**

*Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan pengetahuan tentang kegiatan integrasi dan dukungan dengan motivasi keluarga*

membawa pasien gangguan jiwa ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur?”.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

*Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan tentang kegiatan integrasi dan dukungan dengan motivasi keluarga membawa pasien gangguan jiwa ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur.*

#### 2. Tujuan Khusus

- a. *Mengidentifikasi karakteristik keluarga di Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta.*
- b. *Mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang kegiatan integrasi di Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta.*
- c. *Mengidentifikasi dukungan keluarga di Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta.*
- d. *Mengidentifikasi motivasi keluarga membawa pasien gangguan jiwa responden di Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta.*
- e. *Menganalisis hubungan pengetahuan tentang kegiatan integrasi dengan motivasi keluarga membawa pasien gangguan jiwa ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur.*

- f. *Menganalisis* hubungan dukungan dengan *motivasi* keluarga membawa pasien gangguan jiwa ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. *Manfaat Praktis*

###### a. *Bagi Keluarga*

Sebagai bahan informasi untuk meningkatkan pengetahuan dan dukungan keluarga tentang pentingnya membawa pasien gangguan jiwa berobat rawat jalan di rumah sakit.

###### b. *Bagi Pihak RSUD Sangatta*

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dalam rangka untuk meningkatkan frekuensi kegiatan pelayanan integrasi jiwa dan memfasilitasi keluarga selama di rumah sakit.

###### c. *Bagi Masyarakat*

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang adanya pelayanan jiwa di RSUD Sangatta.

##### 2. *Manfaat Teoritis*

###### a. *Bagi Institusi Pendidikan*

Sebagai bahan informasi dan materi relevan tentang kesehatan jiwa yaitu pelaksanaan pelayanan integrasi jiwa serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

b. *Bagi Peneliti Lainnya*

*Sebagai bahan rujukan dan data dasar penelitian selanjutnya mengenai pelayanan kesehatan jiwa.*

**E. Keaslian Penelitian**

1. *Penelitian Sudahhar, dkk. (2010) tentang hubungan persepsi keluarga tentang gangguan jiwa dengan keteraturan pemeriksaan pasien gangguan jiwa di Poli Jiwa Rs Jiwa Lawang Malang. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan persepsi keluarga tentang gangguan jiwa dengan keteraturan pemeriksaan pasien gangguan jiwa. Variabel independen berupa persepsi keluarga tentang gangguan jiwa dan variabel dependen berupa keteraturan pemeriksaan pasien gangguan jiwa. Jenis penelitian analitik dengan metode pendekatan cross sectional. Populasinya keluarga pasien gangguan jiwa di Poli Jiwa RSJ Lawang Malang tahun 2010 dengan metode pengambilan sampling menggunakan accidental sampling dengan jumlah sampel sebanyak 83 responden. Pengumpulan data dengan kuesioner, kemudian dianalisa menggunakan tabulasi silang uji chi-square. Perbedaan dengan penelitian ini yaitu pada variabel penelitiannya dimana penelitian Sudahhar, dkk. menggunakan persepsi keluarga sebagai variabel independen dan keteraturan pemeriksaan pasien gangguan jiwa sebagai variabel dependen. Sedangkan penelitian ini*

*menggunakan pengetahuan dan dukungan keluarga sebagai variabel independen dan motivasi keluarga sebagai variabel dependen.*

*Perbedaan juga terletak pada metode pengambilan sampling dimana penelitian Sudahhar, dkk. menggunakan metode accidental sampling sedangkan penelitian ini menggunakan metode purposive sampling.*

2. *Penelitian Metahay (2013) tentang hubungan pengetahuan keluarga dengan perilaku merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Galur II Desa Banaran Kabupaten Kulon Progo. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan pengetahuan keluarga dengan perilaku merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Variabel independen berupa pengetahuan keluarga dan variabel dependen berupa perilaku merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Jenis penelitian deskriptif korelasional dengan menggunakan pendekatan cross-sectional. Teknik pengambilan sampel yaitu purposive sampling, besar sampel 42 orang. Pengambilan data menggunakan kuesioner dan analisis menggunakan uji spearman rank.*

*Perbedaan dengan penelitian ini yaitu pada variabel penelitiannya dimana penelitian Metahay (2013) menggunakan pengetahuan keluarga sebagai variabel independen dan perilaku merawat anggota*



keluarga sebagai variabel dependen. Sedangkan penelitian ini menggunakan pengetahuan dan dukungan keluarga sebagai variabel independen dan motivasi keluarga sebagai variabel dependen. Perbedaan juga terletak pada teknik analisa data dimana penelitian Metahay (2013) menggunakan uji spearman rank sedangkan penelitian ini menggunakan uji chi-square.

3. Penelitian Nadia (2012) tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kekambuhan klien halusinasi di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof. Hbsa'anin Padang. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kekambuhan klien halusinasi. Variabel independen berupa dukungan keluarga dan variabel dependen berupa tingkat kekambuhan klien halusinasi. Jenis penelitian deskriptif korelasional dengan menggunakan pendekatan *cross-sectional*. Teknik pengambilan sampel yaitu *purposive sampling*, besar sampel 82 orang. Pengambilan data menggunakan kuesioner dan analisis menggunakan uji *chi-square*. Perbedaan dengan penelitian ini yaitu pada variabel penelitiannya dimana penelitian Nadia (2012) menggunakan dukungan keluarga sebagai variabel independen dan tingkat kekambuhan sebagai variabel dependen. Sedangkan penelitian ini menggunakan pengetahuan dan dukungan keluarga

*sebagai variabel independen dan motivasi keluarga sebagai variabel dependen.*

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Konsep Pengetahuan**

###### **a. Pengertian**

*Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan yang lebih menekankan pengamatan dan pengalaman inderawi. Pengetahuan ini bisa didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi (Notoatmodjo, 2007).*

###### **b. Tingkatan Pengetahuan**

*Notoatmodjo, (2007) menyebutkan bahwa pengetahuan merupakan domain penting untuk terbentuknya tindakan keluarga. Enam tingkatan pengetahuan yaitu:*

1) *Tahu (know)*

*Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dan mengingat kembali (recall).*

2) *Memahami (comprehension)*

*Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui.*

3) *Aplikasi (application)*

*Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi sebenarnya.*

4) *Analisa (analysis)*

*Analisa adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan materi suatu obyek ke dalam komponen-komponen.*

5) *Sintesis (syntesis)*

*Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, atau menyusun formula baru.*

6) *Evaluasi (evaluation)*

*Evaluasi itu berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau pembenaran terhadap suatu materi atau obyek.*

**c. Proses Terjadinya Pengetahuan**

- 1). *Awareness (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih dahulu terhadap stimulus (obyek).*
- 2). *Interest (merasa tertarik) terhadap stimulus atau obyek tersebut, disini sikap subyek sudah mulai timbul.*
- 3). *Evaluation (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.*
- 4). *Total dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.*
- 5). *Adaption, dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.*

**d. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan**

*Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan untuk berperilaku. Ada dua faktor yang mempengaruhi pengetahuan:*

1). *Faktor predisposisi*

a). *Umur*

*Umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun, semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja (Notoatmodjo, 2007).*

b). *Pendidikan*

*Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal yang terakhir berdasarkan penggolongan data atau tingkat terakhir yang diakui pemerintah. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki.*

c). *Pengalaman*

*Pengalaman merupakan guru yang terbaik. Pepatah tersebut dapat diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.*

d). *Pekerjaan*

*Notoatmodjo (2007) mengatakan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu, bekerja bagi ibu-ibu akan mempengaruhi kehidupan keluarga.*

2). *Faktor Pendukung*

a). *Informasi*

*Informasi memberikan pengaruh kepada seseorang. Jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai*

*media, maka hal ini dapat meningkatkan pengetahuan orang tersebut.*

b). *Lingkungan*

*Lingkungan adalah seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan dapat mempengaruhi perkembangan orang atau kelompok. Lingkungan memberikan pengaruh sosial pertama bagi seseorang untuk dapat mempelajari yang baik dan buruk.*

## **2. Dukungan Keluarga**

### **a. Pengertian**

Dukungan adalah pertukaran antar individu di mana satu orang memberikan bantuan kepada orang yang lain (Taylor, Peplau, dan Sears, 2000). Menurut Effendi dan Tjahjono (1999) menyatakan bahwa dukungan merupakan transaksi interpersonal yang ditunjukkan dengan memberi bantuan kepada individu lain dan bantuan itu diperoleh dari orang yang berarti bagi individu yang bersangkutan. Sedangkan menurut Landy & Conte (2007) dukungan adalah kenyamanan, bantuan, atau informasi yang diterima seseorang melalui kontak formal maupun informal dengan individu atau kelompok.

Keluarga adalah orang pertama dan utama dalam memberi dorongan kepada seseorang sebelum pihak lain turut memberi dorongan. Dukungan dan perhatian keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang akan membawa dampak bagi sikap anggota keluarganya tersebut (Dagun, 2002). Respon keluarga terhadap pasien gangguan jiwa dapat menimbulkan ketenangan batin dan perasaan senang dalam diri pasien tersebut. Menurut Bobak, dkk. (2004) peran keluarga dalam penyakit gangguan jiwa meliputi memberi asuhan, menanggapi terhadap perasaan rentan pasien, baik aspek biologis maupun dalam hubungannya dengan keluarganya sendiri.

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga adalah peran serta keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa. Tugas keluarga seperti memberikan perhatian dan membina hubungan baik dengan pasien, sehingga pasien dapat mengkonsultasikan setiap masalah yang dialaminya selama masa perawatan.

#### **b. Jenis-Jenis Dukungan Keluarga**

Menurut Smet (1994, dalam Nursalam, 2007) membedakan empat jenis dukungan keluarga yaitu:



### 1). Dukungan Emosional

Dukungan ini mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap individu sehingga individu tersebut merasa nyaman, dicintai, dan diperhatikan; sedangkan menurut Landy & Conte (2007), dukungan emosional diberikan dalam bentuk memahami, perhatian, dan simpati pada kesulitan seseorang.

### 2). Dukungan Penghargaan

Dukungan ini terjadi lewat ungkapan hormat positif untuk orang tersebut, dorongan untuk maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif orang tersebut dengan orang lain. Pemberian dukungan ini membantu individu untuk melihat segi-segi positif yang ada dalam dirinya dibandingkan dengan keadaan orang lain yang berfungsi untuk menambah penghargaan diri, membentuk kepercayaan diri dan kemampuan, serta merasa dihargai dan berguna saat individu mengalami tekanan (Landy & Conte, 2007).

### 3). Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi bantuan secara langsung sesuai dengan yang dibutuhkan oleh seseorang, seperti memberi pinjaman uang atau menolong dengan pekerjaan pada waktu mengalami stres.

#### 4). Dukungan Informatif

Bentuk dukungan ini mencakup pemberian nasihat, petunjuk, saran atau umpan balik yang diperoleh dari orang lain, sehingga individu dapat membatasi masalahnya dan mencoba mencari jalan keluar untuk memecahkan masalahnya (Landy & Conte, 2007).

#### c. Manfaat Dukungan Keluarga

Sebuah penelitian di Alameda County, California menunjukkan bahwa individu yang memiliki sedikit ikatan sosial dan komunitas lebih mungkin meninggal selama masa ini dibandingkan dengan mereka yang memiliki lebih banyak ikatan sosial dan komunitas. Dukungan keluarga secara efektif menurunkan tekanan psikologis selama masa penuh tekanan (Broman dalam Taylor *et.al*, 2000). Selain itu, dukungan keluarga juga berhubungan dengan fungsi sistem imun yang lebih baik.

*Dukungan keluarga sebagai sumber koping, dimana kehadiran keluarga dapat memotivasi pasien gangguan jiwa meningkatkan kesehatannya seperti pasien bersedia dibawa berobat ke rumah sakit. Menurut Friedman (2010), dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap pasien gangguan jiwa. Pasien memandang bahwa*

*keluarga yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Hal inilah yang akan meningkatkan motivasi dalam diri pasien.*

#### **d. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga**

Menurut *Friedman (2010)* terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga, yaitu:

##### 1). Budaya

Diberbagai wilayah di Indonesia terutama di dalam masyarakat yang masih tradisioanal, menganggap pasien gangguan jiwa adalah aib bagi keluarga artinya bahwa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa tidak sederajat dengan keluarga lainnya. Anggapan ini mempengaruhi perlakuan keluarga terhadap pasien gangguan jiwa.

##### 2). Pendapatan

Pada masyarakat ditemukan sekitar 75% sampai 100% penghasilannya dipergunakan untuk membiayai keperluan hidup seluruh keluarganya. Sehingga pada akhirnya pasien gangguan jiwa tidak mempunyai kemampuan untuk membayar.

### 3). Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan akan mempengaruhi wawasan dan pengetahuan keluarga. Semakin rendah pengetahuan keluarga maka akses terhadap informasi kesehatan pasien gangguan jiwa akan berkurang sehingga keluarga akan kesulitan untuk mengambil keputusan secara efektif.

## 3. Motivasi

### a. Pengertian

Motivasi berasal dari bahasa latin *movere* yang berarti *to move* yang berarti dorongan atau pergerakan. Motivasi adalah kekuatan dorongan yang menggerakkan seseorang untuk berperilaku tertentu. Motivasi terkait dengan adanya hasrat, keinginan, dorongan dan tujuan (Quinn, 1995 dalam Notoatmodjo, 2007). Pengertian motivasi menurut Uno (2007 dalam Nursalam dan Effendi 2008) adalah dorongan internal dan eksternal dalam diri seseorang yang diindikasikan dengan adanya hasrat dan minat untuk melakukan kegiatan, kebutuhan melakukan kegiatan, adanya cita-cita, penghargaan diri, lingkungan baik serta kegiatan menarik.

Menurut Bastable (2002) motivasi merupakan gerakan diri untuk memenuhi suatu kebutuhan dan untuk mencapai tujuan yang menggabungkan faktor internal dan eksternal. Motivasi berupa

pergerakan positif maupun negatif untuk mencapai suatu tujuan. Berdasarkan definisi diatas, dapat disimpulkan pengertian motivasi adalah kekuatan dorongan yang menggerakkan seseorang untuk melakukan perilaku tertentu dimana dalam hal ini motivasi keluarga berarti dorongan yang menentukan bersedia membawa pasien gangguan jiwa berobat ke rumah sakit secara teratur.

#### **b. Jenis Motivasi**

Menurut Elliot, et. al. (2000 dalam Nursalam dan Efendi 2008) motivasi seseorang dapat timbul dan tumbuh berkembang melalui dirinya sendiri (motivasi intrinsik) dan dari lingkungan (motivasi ekstrinsik). Motivasi intrinsik bermakna sebagai keinginan dari dalam diri sendiri untuk bertindak tanpa adanya ransangan dari luar. Motivasi intrinsik akan mendorong seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan sesuai kebutuhan, harapan dan minat.

Sedangkan motivasi ekstrinsik dijabarkan sebagai motivasi yang datang dari luar individu yang tidak dapat dikendalikan oleh individu tersebut seperti nilai, hadiah dan atau penghargaan yang digunakan untuk merangsang motivasi seseorang untuk keluar dari ketidakpuasan dan lebih menguntungkan termasuk di dalamnya adalah dukungan keluarga, lingkungan serta imbalan.

### **c. Komponen Motivasi**

Motivasi seseorang terdiri dari tiga komponen, yaitu kebutuhan, dorongan dan tujuan yang dijabarkan sebagai berikut:

#### 1). Kebutuhan

Komponen kebutuhan terjadi apabila ada ketidakseimbangan antara apa yang dimiliki dengan apa yang diharapkan.

#### 2). Dorongan

Dorongan merupakan kekuatan mental untuk melakukan kegiatan dalam rangka untuk memenuhi harapan atau tujuan.

Dorongan yang berorientasi pada tujuan tersebut merupakan inti dari motivasi. Dorongan berkembang untuk memenuhi kebutuhan individu yang menjadi penggerak utama perilaku.

#### 3). Tujuan

Tujuan adalah hal yang ingin dicapai oleh seseorang sehingga mengarahkan berperilaku. Tujuan sebagai pemberi arah perilaku dan titik akhir sementara pencapaian kebutuhan. Jika kebutuhan terpenuhi maka orang menjadi puas (Nursalam dan Effendi, 2008).

#### **d. Ciri-Ciri Motivasi**

Ciri manifestasi seseorang yang mempunyai motivasi tinggi menurut Worrel dan Stilwell (1981 dalam Nursalam dan Efendi 2008) adalah sebagai berikut:

- 1). Memperlihatkan minat, mempunyai perhatian dan ingin ikut serta dalam suatu kegiatan.
- 2). Bersedia bekerja keras dan memberikan waktu untuk melakukan kegiatan tersebut.
- 3). Terus bekerja sampai kegiatan terselesaikan.

#### **e. Pengaruh Motivasi Terhadap Tindakan**

Motivasi merupakan konstruksi psikologis yang penting dalam mempengaruhi tindakan seseorang. Pengaruh motivasi terhadap tindakan tersebut dapat dijelaskan dalam empat proses sebagai berikut:

- 1). Motivasi dapat meningkatkan energi dan aktivitas seseorang.
- 2). Motivasi menggerakkan seseorang kepada tujuan tertentu.
- 3). Motivasi meningkatkan minat pada aktivitas tertentu, dan menjaga keajegan terhadap aktivitas tersebut.
- 4). Motivasi mempengaruhi strategi dan proses kognitif seseorang (*individual employs*) yang akan meningkatkan minat seseorang mencari bantuan orang lain (Nursalam dan Efendi 2008).

## **f. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Motivasi**

Menurut Bastable (2002) faktor-faktor yang *mempengaruhi motivasi terdiri dari tiga faktor utama yaitu:*

### *1). Faktor atribut pribadi*

*Faktor atribut pribadi yaitu umur, jenis kelamin, kesiapan emosi, nilai dan keyakinan, pengetahuan dan sikap, tingkat pendidikan, status kesehatan, tingkat keparahan penyakit.*

### *2). Faktor lingkungan*

*Faktor lingkungan yaitu kondisi fisik lingkungan, keterjangkauan dan ketersediaan sumber daya manusia dan materi, penghargaan terhadap perilaku.*

### *3). Faktor sistem hubungan*

*Faktor sistem hubungan yang terdiri dari dukungan keluarga, kelompok atau komunitas, peran di komunitas dan interaksi.*

## **4. Konsep Keluarga**

### **a. Definisi Keluarga**

*Maglaya (1989 dalam Mubarak, 2006) mendefinisikan keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lainnya, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta*



*mempertahankan suatu budaya. Menurut Departemen Kesehatan (1998 dalam Mubarak, 2006) mendefinisikan keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling bergantung.*

*Friedman (2010) mendefinisikan keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena ikatan tertentu untuk saling membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga. Dari beberapa definisi tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan suatu sistem yang mempunyai anggota yaitu ayah, ibu dan anak atau semua individu yang tinggal di dalam rumah tersebut. Anggota tersebut saling berinteraksi, interelasi dan interdependensi untuk mencapai tujuan bersama.*

## **b. Tipe Keluarga**

*Tipe keluarga dapat dijabarkan sebagai berikut (Mubarak, 2006):*

- 1). Keluarga inti (Nuclear family) adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak, baik karena kelahiran (natural) maupun adopsi.*

- 2). *Keluarga asal (Family of origin) merupakan suatu unit keluarga tempat asal seseorang dilahirkan.*
- 3). *Keluarga besar (Extended family) adalah keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu.*
- 4). *Keluarga berantai (Social family) adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga inti.*
- 5). *Keluarga duda atau janda adalah keluarga yang terbentuk karena perceraian dan/ atau kematian pasangan yang dicintai.*
- 6). *Keluarga komposit (Composite family) adalah keluarga dari perkawinan poligami dan hidup bersama.*
- 7). *Keluarga kohabitasi (Cohabitation family) adalah dua orang menjadi satu keluarga tanpa pernikahan, bisa memiliki anak atau tidak. Di Indonesia bentuk keluarga ini tidak lazim dan bertentangan dengan budaya timur. Namun, sejalan dengan perkembangan waktu keluarga kohabitasi ini mulai dapat diterima.*
- 8). *Keluarga inses (Incest family), seiring dengan masuknya nilai-nilai global dan pengaruh informasi yang sangat dahsyat, dijumpai bentuk keluarga yang tidak lazim, misalnya anak*

*perempuan menikah dengan ayah kandungnya, ayah menikah dengan anak perempuan tirinya. Walaupun tidak lazim dan melanggar nilai-nilai budaya, jumlah keluarga inses semakin hari semakin besar.*

- 9). *Keluarga tradisional dan nontradisional, dibedakan berdasarkan ikatan perkawinan. Keluarga tradisional diikat oleh perkawinan, sedangkan keluarga nontradisional tidak diikat oleh perkawinan.*

### **c. Peran Keluarga**

*Menurut Mubarak, (2006) peran keluarga dibagi menjadi dua yaitu peran formal dan peran informal yaitu:*

#### *1). Peran formal*

##### *a). Peran parenteral dan perkawinan*

*Peran parenteral dan perkawinan meliputi peran sebagai provider (penyedia), pengatur rumah tangga, perawatan anak, sosialisasi anak, peran rekreasi, peran persaudaraan (memelihara hubungan keluarga paternal dan maternal), peran terapeutik (memenuhi kebutuhan afektif pasangan) dan peran seksual.*

##### *b). Peran perkawinan*

*Kebutuhan bagi pasangan untuk memelihara suatu hubungan perkawinan yang kokoh. Anak-anak terutama*

*dapat mempengaruhi hubungan perkawinan yang memuaskan menciptakan situasi di mana suami istri membentuk suatu koalisi dengan anak. Memelihara suatu hubungan perkawinan merupakan salah satu tugas perkembangan yang vital dari keluarga.*

*2). Peran informal*

- a). Pengharmonis: menengahi perbedaan yang terdapat diantara para anggota, menghibur dan menyatukan kembali pendapat.*
- b). Inisiater-kontributor: mengemukakan dan mengajukan ide-ide baru atau cara-cara mengingat masalah-masalah atau tujuan-tujuan kelompok.*
- c). Pendamai (compromiser): merupakan salah satu bagian dari konflik dan ketidaksepakatan, pendamai menyatakan kesalahan posisi dan mengakui kesalahannya atau menawarkan penyelesaian "setengah jalan".*
- d). Perawat keluarga: orang yang terpanggil untuk merawat dan mengasuh anggota keluarga lain yang membutuhkannya.*
- e). Koordinator keluarga: mengorganisasi dan merencanakan kegiatan-kegiatan keluarga yang berfungsi mengangkat keterikatan/ keakraban.*

#### **d. Fungsi Keluarga**

*Menurut Mubarak, (2006) terdapat lima fungsi keluarga yaitu sebagai berikut:*

##### *1). Fungsi afektif*

*Berhubungan dengan fungsi internal keluarga dalam pemenuhan kebutuhan psikososial. Fungsi efektif ini merupakan sumber energi kebahagiaan keluarga.*

##### *2). Fungsi sosialisasi*

*Anggota keluarga belajar disiplin, belajar norma, budaya/ perilaku melalui hubungan interaksi dalam keluarga.*

##### *3). Fungsi reproduksi*

*Keluarga berfungsi meneruskan keturunan dan menambahkan sumber daya manusia.*

##### *4). Fungsi ekonomi*

*Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan makan, minum, pakaian, dan tempat tinggal, dan lain-lain.*

##### *5). Fungsi keperawatan kesehatan*

*Kesanggupan keluarga untuk melakukan pemeliharaan kesehatan dilihat dari 5 tugas kesehatan keluarga yaitu:*

*a). Keluarga mengenal masalah kesehatan.*

- b). *Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan.*
- c). *Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.*
- d). *Memodifikasi lingkungan, menciptakan dan mempertahankan suasana rumah yang sehat.*
- e). *Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat.*

## **5. Konsep Gangguan Jiwa**

### **a. Pengertian**

Pengertian gangguan jiwa menurut American Psychiatric Association (1994, dalam Videbeck 2008) adalah sindrom atau pola psikologis dan perilaku yang penting secara klinis, yang terjadi pada individu dan sindrom itu dihubungkan dengan adanya distress (seperti gejala nyeri, menyakitkan) atau disabilitas (ketidakmampuan pada salah satu bagian atau beberapa fungsi penting) atau disertai peningkatan resiko secara bermakna untuk mati, sakit, ketidakmampuan atau kehilangan kebebasan.

Yosep (2010) mendefinisikan gangguan jiwa atau *mental illness* adalah kesulitan yang harus dihadapi oleh seseorang karena hubungannya dengan orang lain, kesulitan karena

persepsinya tentang kehidupan dan sikapnya terhadap dirinya sendiri. Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), emosi (*affective*), tindakan (*psychomotor*).

Berdasarkan pengertian diatas, maka dapat disimpulkan gangguan jiwa adalah respon maladaptif terhadap stressor dari lingkungan dalam maupun luar yang ditunjukkan dengan pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan norma lokal dan mengganggu fungsi sosial, kerja dan fisik seseorang.

#### **b. Penyebab Gangguan Jiwa**

Gangguan jiwa dipengaruhi oleh banyak faktor dan menurut Keliat, dkk. (2005) gangguan jiwa dapat terjadi karena tiga faktor yang bekerja sama yaitu faktor biologik, psikologik, dan sosial budaya yaitu sebagai berikut:

##### **1). Faktor Biologik**

Untuk membuktikan bahwa gangguan jiwa adalah suatu penyakit seperti kriteria penyakit dalam ilmu kedokteran, para psikiater mengadakan banyak penelitian di antaranya mengenai kelainan-kelainan neurotransmitter, biokimia, anatomi otak, dan faktor genetik yang ada hubungannya dengan gangguan jiwa.

Gangguan jiwa sebagian besar dihubungkan dengan keadaan neurotransmitter di otak yaitu fungsi sosial yang kompleks seperti agresi dan perilaku seksual sangat dipengaruhi oleh impuls serotonergik ke dalam hipokampus. Noradrenalin yang ke hipotalamus bagian dorsal melayani sistem monoamine di limbokortikal berfungsi sebagai pemacu proses belajar, proses memusatkan perhatian pada rangsangan yang datangnya relevan dan reaksi terhadap stres.

Tidak dapat membuktikan hubungan darah mendukung etiologi genetik, akan tetapi hal ini merupakan langkah pertama yang perlu dalam membangun kemungkinan keterangan genetik. Bila salah satu orangtua mengalami skizofrenia kemungkinan 15% anaknya mengalami skizofrenia. Sementara bila kedua orangtua menderita, maka 35% sampai 68% anaknya menderita skizofrenia, kemungkinan skizofrenia meningkat apabila orangtua, anak dan saudara kandung menderita skizofrenia. Angka prevalensi skizofrenia lebih tinggi pada anggota keluarga yang individunya sakit dibandingkan dengan angka prevalensi penduduk umumnya.



## 2). Faktor Psikologik

Hubungan antara peristiwa hidup yang mengancam dan gangguan mental sangat kompleks tergantung dari situasi, individu dan konstitusi orang itu. Hal ini sangat tergantung pada bantuan teman, dan tetangga selama periode stres. Struktur sosial, perubahan sosial dan tingkat sosial yang dicapai sangat bermakna dalam pengalaman hidup seseorang.

Kepribadian merupakan bentuk ketahanan relatif dari situasi interpersonal yang berulang-ulang yang khas untuk kehidupan manusia. Perilaku yang sekarang bukan merupakan ulangan impulsif dari riwayat waktu kecil, tetapi merupakan retensi pengumpulan dan pengambilan kembali.

## 3). Faktor Sosial Budaya

Gangguan jiwa yang terjadi di berbagai negara mempunyai perbedaan terutama mengenai pola perilakunya. Karakteristik suatu psikosis dalam suatu sosiobudaya tertentu berbeda dengan budaya lainnya. Adanya perbedaan satu budaya dengan budaya yang lainnya merupakan salah satu faktor terjadinya perbedaan distribusi dan tipe gangguan jiwa.

Alkultursasi dapat menyebabkan pola kepribadian berubah dan terlihat pada psikopatologinya. Perubahan budaya

yang cepat seperti identifikasi, kompetisi, akulturasi dan penyesuaian dapat menimbulkan gangguan jiwa.

### **c. Ciri Gangguan Jiwa**

Videbeck (2008) menjelaskan kriteria umum untuk mendiagnosa gangguan jiwa meliputi:

- 1). Adanya ketidakpuasan dengan karakteristik diri
- 2). Adanya ketidakpuasan terhadap kemampuan dan prestasi diri
- 3). Hubungan yang tidak efektif atau tidak memuaskan
- 4). Tidak puas hidup di dunia
- 5). Koping yang tidak efektif terhadap peristiwa kehidupan
- 6). Tidak terjadi pertumbuhan personal

Ada juga beberapa ciri gangguan jiwa yang dapat diidentifikasi pada seseorang menurut Keliat, dkk. (2005) meliputi

- 1). Marah tanpa sebab
- 2). Mengurung diri
- 3). Tidak kenal orang lain
- 4). Bicara kacau
- 5). Bicara sendiri
- 6). Tidak mampu merawat diri

#### **d. Penggolongan Gangguan Jiwa**

Penggolongan gangguan jiwa menurut Maramis (2004) dibagi dalam 8 jenis yaitu sebagai berikut:

##### 1). Skizofrenia

Skizofrenia merupakan bentuk psikosa fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Skizofrenia juga merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai dimana-mana sejak dahulu kala. Dalam kasus berat, klien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal.

##### 2). Depresi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri.

##### 3). Kecemasan

Kecemasan diartikan sebagai pengalaman psikis yang biasa dan wajar, yang pernah dialami oleh setiap orang dalam rangka memacu individu untuk mengatasi masalah yang

dihadapi sebaik-baiknya, Kecemasan merupakan suatu keadaan seseorang merasa khawatir dan takut sebagai bentuk reaksi dari ancaman yang tidak spesifik.

#### 4). Gangguan Kepribadian

Pemeriksaan klinik menunjukkan bahwa gejala-gejala gangguan kepribadian (psikopatia) dan gejala-gejala nerosa berbentuk hampir sama pada orang-orang dengan intelegensi tinggi ataupun rendah. Klasifikasi gangguan kepribadian yaitu kepribadian paranoid, kepribadian afektif atau siklotemik, kepribadian skizoid, kepribadian ayplosif, kepribadian anankastik atau obsesif-kompulsif, kepribadian histerik, kepribadian astenik, kepribadian antisosial, Kepribadian pasif agresif, kepribadian inadequate.

#### 5). Gangguan Mental Organik

Gangguan mental organik merupakan gangguan jiwa yang psikotik atau non psikotik yang disebabkan oleh gangguan fungsi jaringan otak. Gangguan fungsi jaringan otak ini dapat disebabkan oleh penyakit badaniah yang terutama mengenai otak atau yang terutama diluar otak.

#### 6). Gangguan Psikosomatik

Gangguan psikosomatik merupakan komponen psikologik yang diikuti gangguan fungsi badaniah. Sering terjadi perkembangan neurotik yang memperlihatkan sebagian besar atau semata-mata karena gangguan fungsi alat-alat tubuh yang dikuasai oleh susunan saraf vegetatif.

#### 7). Retardasi Mental

Retardasi mental merupakan keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial.

#### 8). Gangguan Perilaku Masa Anak dan Remaja

Anak dengan gangguan perilaku menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan permintaan, kebiasaan atau norma-norma masyarakat. Anak dengan gangguan perilaku dapat menimbulkan kesukaran dalam asuhan dan pendidikan.

### **e. Tanda dan Gejala Pasien Gangguan Jiwa**

Tanda dan gejala gangguan jiwa menurut Yosep (2010) adalah sebagai berikut:

1). Ketegangan (tension)

Rasa putus asa dan murung, gelisah, cemas, perbuatan-perbuatan yang terpaksa (*convulsive*), histeria, rasa lemah, tidak mampu mencapai tujuan, takut, pikiran-pikiran buruk.

2). Gangguan kognisi pada persepsi

Merasa mendengar (mempersepsikan) sesuatu bisikan yang menyuruh membunuh, melempar, naik genting, membakar rumah, padahal orang di sekitarnya tidak mendengarnya dan suara tersebut sebenarnya tidak ada hanya muncul dari dalam diri individu. Hal ini sering disebut halusinasi, klien bisa mendengar sesuatu, melihat sesuatu atau merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak ada menurut orang lain.

3). Gangguan kemauan

Klien memiliki kemauan yang lemah, susah membuat keputusan atau memulai tingkah laku, susah sekali bangun pagi, mandi, merawat diri sendiri sehingga terlihat kotor, bau.

4). Gangguan emosi

Klien merasa senang, gembira yang berlebihan (waham kebesaran). Klien merasa sebagai orang penting, sebagai raja,

pengusaha, orang kaya tetapi di lain waktu ia bisa merasa sangat sedih, menangis, tak berdaya (depresi) sampai ada ide ingin mengakhiri hidupnya.

5). Gangguan psikomotor

Klien melakukan pergerakan yang berlebihan naik ke atas genting berlari, berjalan maju mundur, meloncat-loncat, melakukan apa-apa yang tidak disuruh atau menentang apa yang disuruh, diam lama tidak bergerak atau melakukan gerakan aneh.

**f. Penanganan Gangguan Jiwa**

Penanganan pasien gangguan jiwa menurut Keliat, dkk. (2005) terdiri dari terapi psikofarmaka, terapi somatik dan terapi modalitas sebagai berikut:

1). Terapi psikofarmaka

Obat psikotropik dibagi menjadi beberapa golongan diantaranya: antipsikosis, anti-depresi, anti-mania, anti-ansietas, anti-insomnia, anti-panik, dan anti obsesif-kompulsif. Pembagian lainnya dari obat psikotropik antara lain transquilizer, neuroleptic, antidepressants dan psikomimetika.

## 2). Terapi somatik

Terapi ini hanya dilakukan pada gejala yang ditimbulkan akibat gangguan jiwa sehingga diharapkan tidak dapat mengganggu system tubuh lain. Salah satu bentuk terapi ini adalah *Electro Convulsive Therapy (ECT)*. Terapi ini menggunakan arus listrik pada otak melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis.

## 3). Terapi Modalitas

Terapi modalitas adalah suatu pendekatan penanganan klien gangguan yang bervariasi yang bertujuan mengubah perilaku klien gangguan jiwa dengan perilaku maladaptifnya menjadi perilaku yang adaptif. Ada beberapa jenis terapi modalitas, antara lain:

### a). Terapi Individual

Terapi individual adalah penanganan klien gangguan jiwa dengan pendekatan hubungan individual antara seorang terapis dengan seorang klien. Suatu hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien.



b). Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan adalah bentuk terapi yaitu menata lingkungan agar terjadi perubahan perilaku pada klien dari maladaptif menjadi adaptif. Bentuknya adalah memberi kesempatan klien untuk memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi.

c). Terapi Kognitif

Terapi kognitif adalah strategi memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Proses yang diterapkan adalah membantu mempertimbangkan stressor dan kemudian dilanjutkan dengan mengidentifikasi pola berfikir dan keyakinan yang tidak akurat tentang stressor tersebut.

d). Terapi Keluarga

Tujuan terapi keluarga adalah agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya. Untuk itu sasaran utama terapi jenis ini adalah keluarga yang mengalami disfungsi; tidak bisa melaksanakan fungsi-fungsi yang dituntut oleh anggotanya.

e). Terapi Kelompok

Terapi kelompok adalah bentuk terapi kepada klien yang dibentuk dalam kelompok, suatu pendekatan perubahan perilaku melalui media kelompok. Berinteraksi dengan sekelompok klien secara teratur sehingga dapat meningkatkan kesadaran diri dan hubungan interpersonal.

f). Terapi Perilaku

Anggapan dasar dari terapi perilaku adalah kenyataan bahwa perilaku timbul akibat proses pembelajaran. Perilaku sehat dapat dipelajari dan disubstitusi dari perilaku yang tidak sehat meliputi role model, kondisioning operan, desensitisasi sistematis, pengendalian diri dan terapi aversi atau rileks kondisi.

g). Terapi Bermain

Terapi bermain diterapkan karena ada anggapan dasar bahwa pasien gangguan jiwa akan dapat berkomunikasi dengan baik melalui permainan dari pada dengan ekspresi verbal.

## **6. Integrasi Pelayanan Kesehatan Jiwa**

Masalah kesehatan jiwa memiliki ruang lingkup yang luas dan menimbulkan beban yang besar bagi masyarakat. Terdapat beragam

gangguan kejiwaan yang sesungguhnya dialami oleh masyarakat, bukan hanya gangguan psikotik, namun terutama gangguan cemas, depresi dan gangguan jiwa yang tampil dalam bentuk berbagai keluhan fisik. *Dengan meningkatnya masalah kesehatan jiwa, maka kebutuhan akan pelayanan kesehatan jiwa juga semakin meningkat.*

*Jangkauan pelayanan kesehatan jiwa harus dapat mencapai masyarakat yang jauh dan bukan hanya yang bertempat tinggal di kota besar saja. Hal ini merupakan upaya pemerataan pelayanan kesehatan. Upaya ini tidak mungkin bisa dilaksanakan kalau pelayanan kesehatan jiwa hanya disediakan oleh Rumah Sakit Jiwa saja yang jumlahnya terbatas dan umumnya berada di ibu kota provinsi. Pelayanan kesehatan jiwa yang memadai yang dapat menjangkau seluruh masyarakat belum dapat dilaksanakan disebabkan oleh:*

- a. Jumlah tenaga kesehatan jiwa masih sangat terbatas dan pada umumnya berada di kota besar.*
- b. Masalah kesehatan jiwa sering kali bermanifestasi dalam bentuk keluhan fisik, sehingga tidak terdeteksi dan teratasi dengan baik.*
- c. Stigma terhadap gangguan jiwa masih besar, sehingga mereka tidak datang ke pelayanan kesehatan jiwa, tapi banyak yang pergi ke pengobatan tradisional atau pemuka agama.*

- d. *Penduduk pedesaan sulit menjangkau fasilitas kesehatan jiwa dan membutuhkan biaya yang cukup besar.*
- e. *Adanya otonomi daerah yang membuat daerah menjadi penentu kebutuhan masing-masing, menyebabkan masalah pelayanan kesehatan jiwa belum tentu dianggap sebagai kebutuhan prioritas.*

*Atas dasar ini, maka perlu dikembangkan upaya pelayanan kesehatan jiwa dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang sudah ada dan merupakan ujung tombak dari sistem pelayanan kesehatan, yakni pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas atau pelayanan kesehatan dasar lainnya.*

Untuk memperluas jangkauan pelayanan kesehatan jiwa yang memadai agar tercapai pelayanan kepada seluruh lapisan masyarakat, maka dikembangkan upaya pelayanan kesehatan yang memanfaatkan fasilitas kesehatan yang sudah ada dan merupakan ujung tombak dari sistem pelayanan kesehatan, yaitu Rumah Sakit Umum dan Puskesmas (Kemenkes, 2010).

#### **a. *Pengertian Integrasi Pelayanan Kesehatan Jiwa***

Integrasi pelayanan kesehatan jiwa adalah pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan oleh dokter umum, perawat, bidan atau tenaga kesehatan lainnya di Rumah Sakit Umum atau Puskesmas secara terintegrasi dengan pelayanan kesehatan

dasar. Oleh karena itu, sembari dengan dilakukannya pemeriksaan fisik, juga dilakukan deteksi dini dan penanganan masalah kesehatan jiwa (Kemenkes, 2010). Selain pelayanan sehari-hari dalam pelayanan kesehatan dasar, di Rumah Sakit Umum juga dilakukan kunjungan dan pengobatan secara rutin setiap bulan oleh dokter spesialis kesehatan jiwa dari Rumah Sakit Jiwa. Program Integrasi pelayanan kesehatan jiwa ini juga melakukan penyuluhan khusus kesehatan jiwa dan kunjungan rumah untuk pasien dengan gangguan kesehatan jiwa. Tenaga kesehatan spesialis kesehatan jiwa bertindak sebagai konsultan. Rumah Sakit Jiwa (RSJ) kemudian menjadi tempat rujukan bagi pasien yang sulit ditangani di pelayanan kesehatan dasar.

#### **b. Tujuan**

Tujuan dari pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan jiwa dibagi menjadi tujuan umum dan tujuan khusus yaitu:

##### 1). Tujuan Umum

Pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan jiwa bertujuan tertanganinya kasus kesehatan jiwa pada pasien yang datang berobat ke pelayanan kesehatan dasar.

##### 2). Tujuan Khusus

- a). Mendeteksi secara dini kasus kesehatan jiwa yang datang ke pelayanan kesehatan dasar.
- b). Menangani kasus kesehatan jiwa yang datang ke pelayanan kesehatan dasar sesuai dengan kompetensi masing-masing tenaga kesehatan.
- c). Melakukan rujukan pada saat yang tepat bila diperlukan.

**c. Pedoman Anamnesis, Pemeriksaan dan Diagnosis**

*Cara anamnesis dan pemeriksaan ini merupakan salah satu cara untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara umum di pelayanan kesehatan dasar. Prosedur ini sebenarnya merupakan prosedur legal dalam pelayanan kesehatan.*

1). Persiapan

*Prosedur ini akan lebih berhasil apabila dilakukan persiapan sebelumnya sebagai berikut:*

- a). *Aturlah jadwal pemeriksaan sehingga pasien dapat bergilir diperiksa secara tertib. Dengan demikian Puskesmas membiasakan budaya antre pada masyarakat. Caranya disesuaikan dengan kondisi Puskesmas dan masyarakat.*
- b). *Aturlah arus pasien yang akan diperiksa, sehingga pelayanan berjalan dengan lancar dan pasien tidak bergerombol. Hal ini membantu meningkatkan kerahasiaan*

*pasien.*

- c). *Aturlah ruangan dan tata letak meja/ kursi/ tempat tidur periksa, agar cara pemeriksaan dapat dilakukan menurut urutan yang benar (anamnesis, pemeriksaan, diagnosis dan terapi). Hal ini untuk meningkatkan kenyamanan petugas dan pasien.*
- d). *Hendaknya para petugas kesehatan di Puskesmas (petugas loket, perawat, dokter, petugas apotek dan lain-lain) merupakan satu tim kerja yang baik.*
- e). *Tingkatkan kenyamanan suasana dan lingkungan, agar pasien merasa betah.*
- f). *Petugas yang ramah dan memperhatikan kebutuhan pasien secara menyeluruh, akan mempermudah hubungan yang terbuka dan lancar antara pasien dengan petugas.*
- g). *Apabila diperlukan wawancara yang lebih lama, ditentukan waktu tersendiri agar pasien lain tidak terlalu lama menunggu (misalnya buat perjanjian setelah selesai pemeriksaan pasien di poliklinik).*

## 2). *Prosedur*

- a). *Gunakan kartu status yang biasa dipakai di Rumah Sakit Umum atau Puskesmas.*

- b). *Anamnesis dilakukan pada semua pasien (anak/ dewasa; baru/ lama) oleh perawat atau orang yang bertugas melakukan anamnesis pertama dan atau dokter.*
- c). *Pasien dipersilakan duduk di kursi yang disediakan di samping meja petugas.*
- d). *Pada pasien dewasa (18 tahun ke atas) dan usia lanjut:*
- (1). *Tanyakan keluhan utama pasien, catat pada status dengan menggunakan bahasa pasien.*
  - (2). *Golongkan keluhan tersebut apakah termasuk: keluhan fisik murni (F1), keluhan fisik disertai keluhan mental emosional (F2), keluhan psikosomatik (PS) atau keluhan mental emosional (ME), dan beri kode.*
  - (3). *Bila keluhan utama termasuk PS atau ME, lanjutkan dengan pertanyaan (aktif).*
  - (4). *Beri paraf di bawahnya; dan lanjutkan dengan pemeriksaan rutin lain (tekanan darah, dan lain-lain).*
- e). *Pada pasien anak dan remaja (di bawah 18 tahun):*
- (1). *Tanyakan keluhan utama pada anak/ pengantar, catat.*
  - (2). *Keluhan fisik murni (F1); keluhan fisik disertai keluhan mental emosional (F2), keluhan psiko somatik (PS); atau keluhan mental-emosional (ME), dan beri kode di*



*sampingnya.*

*(3). Selalu ditanyakan adanya keluhan mental-emosional dan status perkembangan anak.*

*(4). Lanjutkan dengan pertanyaan nomor 3 (dari pertanyaan aktif).*

*(5). Beri paraf di bawahnya.*

*f). Dokter memeriksa kembali hasil anamnesis dengan melihat keadaan pasien secara menyeluruh dan menanyakan kembali hal yang meragukan, atau menanyakan hal lainnya.*

*g). Setelah pemeriksaan fisik dan mental, lalu tetapkan diagnosis baik fisik maupun mental serta cantumkan kode diagnosisnya.*

*h). Pada kolom terapi cantumkan resep obat yang diberikan dan beri paraf.*

*i). Setelah selesai, pasien dengan gangguan mental, dapat ditindaklanjuti pada hari lainnya secara khusus.*

*j). Pada kunjungan berikutnya, ikuti prosedur yang sama.*

### **3). Anamnesis**

*Anamnesis dapat dilakukan pada pasien (autoanamnesis) atau pada keluarga yang menemani pasien (alloanamnesis). Keluhan utama yang dikemukakan secara*

*spontan oleh pasien atau pengantarnya merupakan alasan berobat ke Puskesmas. Keluhan utama dapat berupa:*

- a). Keluhan fisik (F1) yaitu keluhan yang bersifat fisik murni dan tidak jelas berlatar belakang mental emosional, biasanya membutuhkan terapi farmakologik. Contoh: panas, batuk, pilek, mencret, muntah, borok, luka, perdarahan.*
- b). Keluhan fisik (F2) yaitu keluhan fisik murni disertai dengan keluhan mental emosional. Contoh: luka karena kecelakaan disertai dengan kecanduan alkohol, keluhan batuk kronis disertai dengan keluhan cemas atau putus asa karena tak kunjung sembuh.*
- c). Keluhan psikosomatik (PS) yaitu keluhan fisik/ jasmani yang diduga berkaitan dengan masalah kejiwaan (mental emosional). Contoh: berdebar-debar, tengkuk pegal, tekanan darah tinggi (gejala kardiovaskular), ulu hati perih, kembung, gangguan pencernaan (gejala gastrointestinal); sesak napas, mengik (gejala respiratorius); gatal, eksim (gejala dermatologi); encok, pegal-pegal, kejang, sakit kepala (gejala muskuloskeletal); gangguan haid. keringat dingin disertai debar-debar (gejala hormonal endokrin); migren, sering lupa (pikun), kesemutan, kram, kelumpuhan*

*anggota gerak, gangguan kesadaran (gejala serebrovaskuler).*

*d). Keluhan mental emosional (ME) yaitu keluhan yang berkaitan dengan masalah kejiwaan (alam perasaan, pikiran dan perilaku). Contoh: mengamuk, bicara kacau, mendengar bisikan, melihat bayangan iblis, telanjang di depan umum (gejala psikotik); cemas/ takut tanpa sebab yang jelas, gelisah, panik, pikiran dan/ atau perilaku yang berulang, gagap (gejala neurotik dengan afek cemas); murung, tak bergairah, putus asa, ide kematian (gejala depresi); penyalahgunaan atau ketergantungan terhadap alkohol, rokok dan NAPZA (gejala gangguan penggunaan zat psikoaktif); ayun, bengong, kejang-kejang (gejala gangguan epilepsi); gejala pada anak-anak dan remaja seperti kesulitan belajar, tak bisa mengikuti pelajaran di sekolah, gangguan fungsi sosial (gejala gangguan retardasi mental).*

#### **4). Penetapan Diagnosis**

*Setelah dilakukan pemeriksaan dan anamnesis, kemudian dibuatlah diagnosis:*

*a). Demensia: gangguan daya ingat dengan stresor organobiologik seperti usia lanjut, degenerasi, gangguan*

*serebrovaskular.*

- b). *Delirium: penurunan kesadaran, kesadaran berkabut disertai kemampuan mengarahkan, memusatkan, mempertahankan dan mengalihkan perhatian yang berkurang.*
- c). *Gangguan penggunaan napza: adanya riwayat penggunaan zat psikoaktif termasuk alkohol.*
- d). *Skizofrenia: gejala psikotik yang berlangsung lebih dari satu bulan.*
- e). *Gangguan psikotik akut: gejala psikotik yang berlangsung kurang dari satu bulan.*
- f). *Gangguan bipolar: gejala manik dengan/atau tanpa gejala depresi.*
- g). *Gangguan depresi: gejala depresi.*
- h). *Gangguan fobik: gejala fobia terhadap sesuatu atau situasi.*
- i). *Gangguan panik: gejala ansietas yang memuncak.*
- j). *Gangguan ansietas menyeluruh: gejala utama cemas.*
- k). *Gangguan campuran ansietas dan depresi: gejala campuran cemas dan depresi.*
- l). *Gangguan obsesi kompulsif: ada gejala obsesif yaitu pikiran yang terpaku dan perilaku yang harus dilakukan berulang.*
- m). *Gangguan penyesuaian: gejala ansietas dan atau depresi*

*karena perubahan situasi atau lingkungan.*

- n). *Gangguan somatoform: gejala fisik tanpa kelainan struktural yang dilatarbelakangi oleh gejala ansietas atau depresi.*
- o). *Retardasi mental: gejala kecerdasan yang kurang disertai kemampuan adaptasi yang kurang pada anak di bawah usia 18 tahun.*
- p). *Gangguan perkembangan pervasif (autisme pada anak): gejala psikotik pada anak.*
- q). *Gangguan hiperkinetik: gejala kemampuan memusatkan perhatian yang berkurang, disertai dengan hiperaktivitas.*
- r). *Gangguan tingkah laku pada anak dan remaja: kenakalan remaja.*
- s). *Enuresis: gejala mengompol pada anak di atas 5 tahun.*
- t). *Epilepsi: gejala kejang atau tanpa kejang, penurunan kesadaran, perubahan kesadaran, bengong yang berulang.*
- u). *Gangguan disfungsi seksual.*

#### **d. Pemberian Obat Psikotropika**

Pemberian obat psikotropika dalam pelaksanaan program integrasi pelayanan kesehatan jiwa terdiri dari pemberian obat anti psikotik, anti depresan dan anti ansietas (Kemenkes, 2010) dengan penjelasan sebagai berikut:

## 1). Anti Psikotik

*Antipsikotik digunakan untuk mengatasi gejala psikotik (misalnya gaduh gelisah, agresif, sulit tidur, halusinasi, waham, proses pikir kacau). Pasien psikotik yang agitatif, mengancam dan cenderung merusak dirinya atau orang lain (biasanya pasien skizofrenia, maniak atau penyalahgunaan NAPZA) membutuhkan terapi yang efektif, aman dan mempunyai efek yang cepat (segera). Biasanya dilakukan tranquilisasi cepat atau rapid tranquilisation (RT), yaitu pemberian sejumlah antipsikotik dengan interval waktu yang pendek untuk segera mengatasi keadaannya. Obat diberikan secara parenteral, umumnya intra muskuler.*

## 2). Anti Depresan

*Antidepresan efektif untuk gangguan depresi dan berbagai jenis gangguan cemas. Antidepresan dapat digolongkan menjadi antidepresan trisiklik (tca, misalnya: amitriptilin, imipramin, klomipramin); antidepresan tetrasiklik (mianserin, maproptilin); selective serotonin reuptake inhibitor (paroxetin, fluoxetin, fluvoxamin, sertralin) dan golongan lainnya (mirtazapin, trazodon. stablon). Perbedaan jenis antidepresan juga membedakan efektivitas, keamanan dan efek samping.*

*Oleh karena itu pemilihan antidepresan berdasarkan beberapa kriteria, antara lain: toleransi obat, reaksi obat sebelumnya, kondisi medis yang menyertai, interaksi obat.*

### 3). Anti Ansietas

*Obat anti ansietas yang sering digunakan adalah Benzodiazepin mempunyai efek anxiolitik, hipnotik, relaksasi otot dan antikonvulsan. Indikasi utama adalah untuk mengurangi ansietas (cemas) dan insomnia. Benzodiazepin efektif untuk mengatasi insomnia jangka pendek, namun penggunaannya dibatasi hanya untuk beberapa minggu saja. Penggunaan untuk pasien ansietas, harus dinilai setiap 4-6 bulan apakah masih membutuhkan obat.*

*Benzodiazepin kurang efektif untuk mengatasi depresi, bahkan untuk beberapa kasus malah mencetuskan atau memperberat gejala depresi. Benzodiazepin injeksi diindikasikan terutama untuk gejala putus alkohol akut, kejang, tetanus atau anestesi (misalnya Klordiazepoxid, Diazepam dan Lorazepam). Benzodiazepin diserap baik secara oral dengan level puncak dicapai 0,5 sampai 6 jam pemberian.*

#### **e. Pola Rujukan**

*Rujukan adalah upaya pelimpahan tanggung jawab timbal balik secara vertikal maupun horizontal dari tingkat pelayanan dasar kepada tingkat pelayanan rujukan atau sebaliknya, sehingga pasien gangguan jiwa dapat memperoleh pelayanan yang lebih sesuai dengan kebutuhan. Pada umumnya gangguan kesehatan jiwa dapat dilayani di sarana pelayanan kesehatan dasar. Pada kasus yang berat (yang membahayakan pasien atau orang lain) yang membutuhkan perawatan di rumah sakit, dapat dirujuk ke sarana pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Jiwa. Begitu juga pasien yang sudah diberikan terapi secara optimal namun belum ada kemajuan, atau pasien yang membutuhkan terapi yang lebih mendalam (psikoterapi) dapat dirujuk kepada dokter spesialis kedokteran jiwa (psikiater) atau psikolog.*

*Rujukan juga dapat dilakukan dengan cara konsultasi melalui media komunikasi seperti surat, telepon, fax, e-mail kepada tenaga ahli terdekat. Sebaliknya rujukan juga dilakukan terhadap pasien yang telah dirawat di pelayanan rawat inap kepada puskesmas untuk dilakukan perawatan lanjutan. Menurut Sistem Kesehatan Nasional, upaya rujukan pada dasarnya meliputi:*

*1). Rujukan Kesehatan*



*Upaya ini menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif, yang terdiri atas:*

- a). Bantuan teknologi, misalnya buku-buku pedoman. Bantuan sarana, misalnya alat peraga, materi kebutuhan edukasi dan informasi.*
- b). Bantuan operasional, misalnya bantuan pelaksanaan survei kesehatan jiwa, konsultan kesehatan jiwa.*

## *2). Rujukan Medik*

*Menitikberatkan pada upaya kuratif dan rehabilitatif, terdiri atas:*

- a). Pelimpahan pasien jiwa rujukan.*
- b). Pelimpahan pengetahuan dan keterampilan, misalnya kunjungan dokter spesialis kedokteran jiwa ke rumah sakit yang belum memiliki tenaga psikiater.*
- c). Konsultasi dokter spesialis kedokteran jiwa ke puskesmas, dalam rangka meningkatkan pengetahuan tenaga puskesmas dalam deteksi dini dan penanganan kasus gangguan kesehatan jiwa yang dapat dilakukan di puskesmas atau rumah sakit umum.*
- d). Penempatan asisten ahli senior (residen).*
- e). Alih pengetahuan dan keterampilan melalui pelatihan.*

- f). *Penyediaan obat-obatan psikotropika, peralatan seperti ECT (terapi kejang listrik).*
- g). *Penanggulangan masalah kesehatan jiwa spesifik.*

**f. Pencatatan dan Pelaporan**

- 1). *Pencatatan adalah cara yang dilakukan oleh petugas kesehatan untuk mencatat data yang penting mengenai pelayanan tersebut, dan selanjutnya disimpan sebagai arsip di Puskesmas/ Rumah Sakit Umum. Terdapat dua macam pencatatan dalam pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas/ Rumah Sakit Umum.*
  - a). *Kartu rawat jalan: untuk mencatat data mengenai pasien. Termasuk pula kartu rawat jalan di luar gedung puskesmas/ Rumah Sakit Umum.*
  - b). *Pencatatan harian rutin: untuk mencatat data pasien yang dikumpulkan selama sehari.*
- 2). *Pelaporan adalah mekanisme yang digunakan oleh petugas kesehatan untuk melaporkan kegiatan pelayanan yang dilakukannya kepada instansi yang lebih tinggi dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.*

## B. Penelitian Terkait

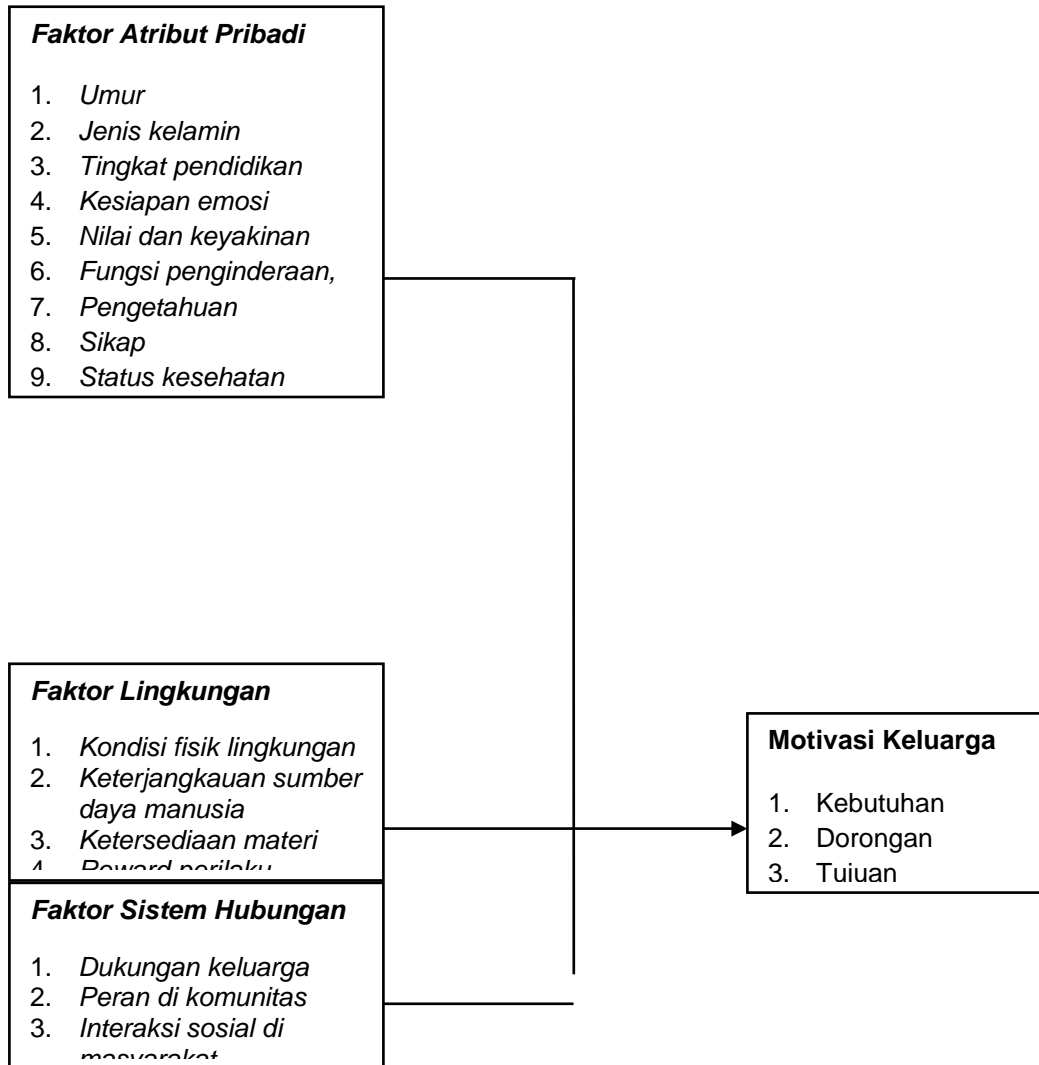
*Adapun penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:*

4. *Penelitian Sudahhar, dkk. (2010) tentang hubungan persepsi keluarga tentang gangguan jiwa dengan keteraturan pemeriksaan pasien gangguan jiwa di Poli Jiwa Rumah Sakit Jiwa Lawang Malang.* Hasil penelitian menunjukkan persepsi keluarga dalam kategori positif (80,73%), sedangkan pemeriksaan pasien gangguan jiwa dalam kategori teratur (73,49%). Hasil analisa dengan tabulasi silang dan *dcurve* estimasi didapatkan nilai signifikan  $0,018 < \alpha(0,05)$ , yang berarti  $H_0$  ditolak. Kesimpulannya adanya hubungan antara persepsi keluarga tentang gangguan jiwa dengan keteraturan pemeriksaan pasien gangguan jiwa.
5. *Penelitian Metahay (2013) tentang hubungan pengetahuan keluarga dengan perilaku merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Galur II Desa Banaran Kabupaten Kulon Progo.* Sebagian besar pengetahuan dan perilaku keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa masuk dalam kategori baik. Nilai korelasi pengetahuan dan perilaku  $p=0,04 < \alpha(0,05)$ . Kesimpulan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan perilaku keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

6. *Penelitian Nadia (2012) tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kekambuhan klien halusinasi di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Sa'anin Padang. Hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar (51,1%) responden memiliki dukungan keluarga yang kurang terhadap klien halusinasi dan sebagian besar (59,2%) responden memiliki tingkat kekambuhan yang tinggi. Kesimpulan nilai korelasi  $p=0,007 < \alpha(0,05)$  berarti ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat kekambuhan klien halusinasi diruangan rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Sa'anin Padang.*

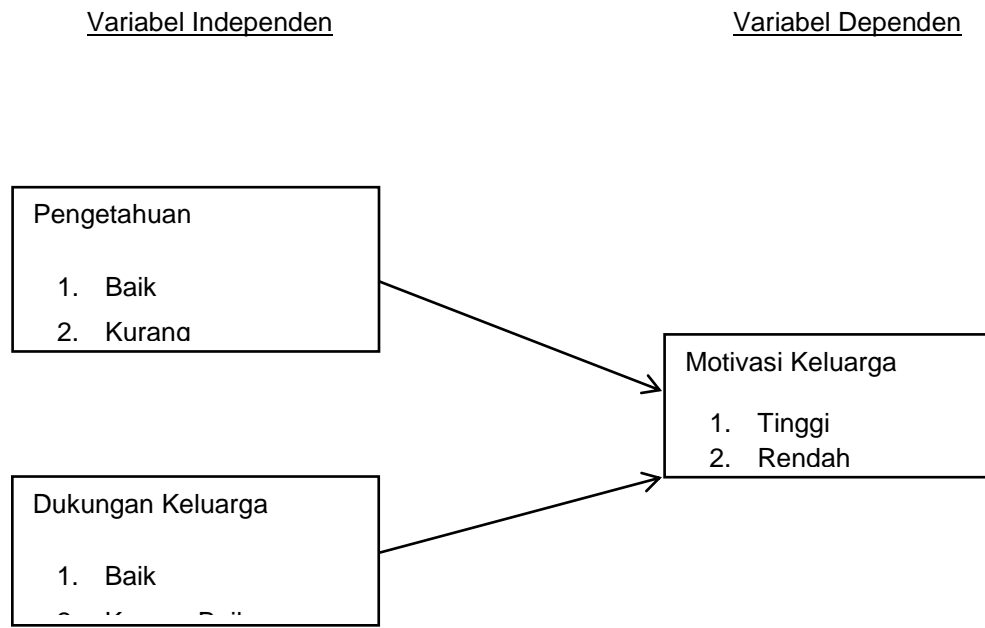
### **C. Kerangka Teori Penelitian**

Kerangka teori ini mengacu pada telaah pustaka yang ada bahwa motivasi keluarga dapat dipengaruhi oleh pengetahuan dan dukungan keluarga berdasarkan teori Bastable (2002) sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka teori penelitian

## D. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka konsep penelitian

## E. Hipotesa Penelitian

Hipotesa adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian (Nursalam, 2008). Berdasarkan kerangka konsep penelitian diatas, maka hipotesa penelitian ini adalah:

1. Ha: ada hubungan pengetahuan tentang kegiatan integrasi dengan motivasi keluarga membawa pasien gangguan jiwa ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur.

H<sub>0</sub>: tidak ada hubungan pengetahuan tentang kegiatan integrasi dengan motivasi keluarga membawa pasien gangguan jiwa ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur.

2. Ha: ada hubungan dukungan dengan motivasi keluarga membawa pasien gangguan jiwa ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur.

H<sub>0</sub>: tidak ada hubungan dukungan dengan motivasi keluarga membawa pasien gangguan jiwa ke Poli Integrasi Jiwa RSUD Sangatta Kabupaten Kutai Timur.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

1. Karakteristik responden dalam penelitian ini bahwa lebih dari separuh responden berada dalam rentang umur dewasa dini (18-40 tahun) yaitu 18 orang (75%), jenis kelamin responden separuh laki-laki dan separuh perempuan yaitu 12 orang (50%), lebih dari separuh responden berpendidikan menengah yaitu 13 orang (54,2%), lebih dari separuh responden bekerja sebagai pegawai swasta yaitu 10 orang (41,7%), lebih dari separuh responden memiliki hubungan dengan pasien sebagai saudara kandung yaitu 12 orang (50%), lebih dari separuh responden menyatakan lamanya pasien menderita sakit yaitu 3 tahun dan lebih 5 tahun masing-masing yaitu 6 orang (25%) dan lebih dari separuh responden menyatakan frekuensi kunjungan ke poli integrasi jiwa yaitu 3 kali kunjungan yaitu 6 orang (25%).
2. Pengetahuan responden tentang kegiatan integrasi jiwa bahwa separuh responden memiliki pengetahuan tinggi dan separuh responden memiliki pengetahuan rendah yaitu 12 orang (50%).



3. Dukungan keluarga terhadap responden bahwa lebih dari separuh responden kurang mendapatkan dukungan dari keluarga lainnya sebanyak 17 orang (70,8%).
4. Motivasi responden membawa pasien ke poli integrasi jiwa bahwa lebih dari separuh responden memiliki motivasi rendah sebanyak 14 orang (58,3%).
5. Ada hubungan antara pengetahuan dengan motivasi responden membawa pasien ke poli integrasi jiwa ( $p=0,000$ ). Diperoleh pula nilai  $OR=6$  artinya responden yang berpengetahuan rendah beresiko 6 kali motivasinya menjadi rendah.
6. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan motivasi responden membawa pasien ke poli integrasi jiwa ( $p=0,009$ ). Diperoleh pula nilai  $OR=19,5$  artinya responden yang mendapatkan dukungan keluarga kurang baik akan beresiko 19,5 kali motivasinya menjadi rendah.

## **B. Saran-Saran**

1. Bagi Responden
  - a. Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuannya tentang kegiatan poli integrasi kesehatan jiwa dengan cara bertanya kepada dokter atau perawat di RSUD Sangatta

- b. Bagi responden yang motivasinya masih rendah membawa pasien ke poli integrasi jiwa sebaiknya memperhatikan pentingnya pengobatan teratur pada pasien tersebut agar menjadi tenang dan produktif selama perawatan di rumah.
- c. *Bagi keluarga responden yang masih belum baik memberikan dukungan selama responden membawa pasien ke poli integrasi jiwa, sebaiknya meningkatkan dukungannya karena hal ini berpengaruh terhadap motivasi responden itu sendiri.*

## 2. Bagi Pihak RSUD Sangatta

- a. Diharapkan dapat memperluas pemberian informasi tentang adanya poli kesehatan jiwa di RSUD Sangatta dengan menghubungi langsung keluarga pasien gangguan jiwa yang terdata di puskesmas-puskesmas, pembuatan leaflet dan pamflet sebagai media penyuluhan kepada masyarakat yang sedang berkunjung ke rumah sakit.
- b. Manajemen RSUD Sangatta dapat merencanakan pelatihan perawat jiwa untuk mendukung pelayanan di poli integrasi jiwa.
- c. Perlunya direncanakan program penanggulangan gangguan jiwa dengan strategi DOTS (*Directly Treatment Short-course*) seperti penemuan penderita gangguan jiwa, pengobatan berkala dan adanya pojok konsultasi keluarga.

d. Bagi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Kaltim Menggunakan data penelitian ini dalam melakukan fungsi pelayanan masyarakat khususnya pasien gangguan jiwa dan keluarganya seperti kegiatan *home visite* (kunjungan rumah) dan penyuluhan kesehatan jiwa.

e. Dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai *evidence based* keperawatan jiwa untuk melakukan fungsi penelitian.

3. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi literatur untuk penelitian berikutnya dengan sebagai bahan masukan atau informasi dalam kegiatan proses belajar.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Dapat melanjutkan penelitian ini dengan variabel yang lain seperti fasilitas pelayanan poli integrasi, peran perawat atau kepuasan keluarga terhadap pelayanan dengan menggunakan teknik multivariat.

## DAFTAR PUSTAKA

Bastable. (2002). *Perawat sebagai pendidik: prinsip-prinsip pengajaran dan pembelajaran*. Jakarta: EGC

Bobak, dkk. (2004). *Buku ajar keperawatan maternitas*. Jakarta: EGC

Dagun. (2002). *Psikologi keluarga (peran ayah dalam keluarga)*. Jakarta: Rineka Cipta

Depkes. (2002). *Pedoman umum tim pembina, tim pengarah, tim pelaksana kesehatan jiwa masyarakat*. Jakarta

Dinkes Provinsi Kaltim. (2012). *Profil kesehatan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2012*. Samarinda

Dinkes Kutai Timur. (2014). *Data penderita gangguan jiwa Kabupaten Kutai Timur*. Sangatta

Effendi & Tjahjono. (1999). *Hubungan antara perilaku koping dan dukungan sosial dengan kecemasan pada ibu hamil*. [http://nadfayusuf.blogspot.com/2011\\_05\\_01\\_archive.html](http://nadfayusuf.blogspot.com/2011_05_01_archive.html). diunduh pada 02 Juli 2014

Friedman. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori dan praktik*. Jakarta: EGC

Hasan. (2008). *Pokok-pokok materi statistik*. Jakarta: Bumi Aksara

Hawari. (2003). *Pendekatan holistik pada gangguan jiwa skizofrenia*. Jakarta: FKUI

Kemenkes RI. (2010). *Buku pedoman pelayanan kesehatan jiwa di fasilitas kesehatan dasar*. Jakarta

Kemenkes RI. (2011). *General guidance book for steering and organizing committee on community mental health*. Jakarta

Kemenkes RI. (2013). *Riset kesehatan dasar 2013*. Jakarta: Balitbangkes Kemenkes

Kemenkes RI. (2014). Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. [http:// slideshare.net/mobile/wincibal/uu-nomor-18-tahun-2014](http://slideshare.net/mobile/wincibal/uu-nomor-18-tahun-2014) diunduh pada 12 September 2014

Keliat, dkk. (2005). *Proses keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: EGC

Landy & Conte. (2007). *Work in the 21st century: an introduction to industrial and organizational psychology (2nd ed.)*. Victoria: Blackwell Publishing

Maramis. (2004). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press

Marchira. (2011). *Integrasi kesehatan jiwa pada pelayanan primer di Indonesia: sebuah tantangan di masa sekarang*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 14. 3. 120-126

Metahay. (2013). *Hubungan pengetahuan keluarga dengan perilaku merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Galur II Desa Banaran Kabupaten Kulon Progo*. Skripsi. Tidak dipublikasikan. Yogyakarta: Stikes Wira husada

Mubarak. (2006). *Ilmu keperawatan komunitas 2: teori dan aplikasi dalam praktik*. Jakarta: Sagung Seto

Nadia. (2012). *Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kekambuhan klien halusinasi di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof. Hbsa'anin Padang*. Skripsi. Tidak dipublikasikan. Padang: Universitas Andalas

Notoatmodjo. (2007). *Promosi kesehatan teori dan aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta

\_\_\_\_\_ (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Nursalam. (2007). *Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika

Nursalam. (2008). *Konsep penerapan metodologi penelitian dan ilmu keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

Nursalam dan Effendi. (2008). *Pendidikan dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Riyanto. (2011). *Aplikasi metodologi penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Siregar. (2013). *Statistik parametrik untuk penelitian kuantitatif*. Jakarta: Bumi Aksara

Sudahhar, dkk. (2010). *Hubungan persepsi keluarga tentang gangguan jiwa dengan keteraturan pemeriksaan pasien gangguan jiwa di Poli Jiwa RS Jiwa Lawang Malang*. Bojonegoro: LP3M Akes Rajekwesi

Sugiyono. (2010). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta

Taylor, Peplau, Sears. (2000). *Social psychology (10th ed.)*. NJ: Prentice-Hall. <http://nadfayusuf.blogspot.com/2011/05/01/archive.html>. diunduh pada 02 Juli 2014

Videbeck. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Karyani (penterjemah). Jakarta: EGC

Wawan dan Dewi. (2010). *Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap, dan perilaku manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika

Yosep. (2010). *Keperawatan jiwa*. Bandung: Refika Aditama