

NASKAH PUBLIKASI (MANUSCRIPT)

**GAMBARAN PERSEPSI KELUARGA UNTUK MELAKUKAN PERAWATAN
DI RUMAH PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KEJIWAAN DI RSJD
ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

**FAMILY PERCEPTION OVERVIEW TO DO TREATMENT AT HOME IN
PATIENTS WITH INTERRUPTION SCHOOL AT RSJD ATMA HUSADA
MAHAKAM SAMARINDA**

Rika Fitriah^{*}, Ramdhany Ismahmudi^{}**



**DI SUSUN OLEH
RIKA FITRIAH
1411308210868**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
TAHUN AKADEMIK
2018**

**Gambaran Persepsi Keluarga untuk Melakukan Perawatan di
Rumah pada Pasien dengan Gangguan Kejiwaan di RSJD Atma
Husada Mahakam Samarinda**

KARYA TULIS ILMIAH

**Untuk Memenuhi Sebagai Syarat
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur**



**DIAJUKAN OLEH:
Rika Fitriah
17111024160301**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
2017/2018**

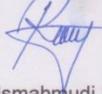
PERSETUJUAN PUBLIKASI

Kami dengan ini mengajukan surat persetujuan untuk publikasi penelitian dengan judul :

Gambaran Persepsi Keluarga Untuk Melakukan Perawatan Di Rumah Pada Pasien Dengan Gangguan Kejiwaan Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Bersamaan dengan surat persetujuan ini kami lampirkan naskah publikasi

Pembimbing



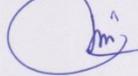
Ns. Ramdhany Ismahmudi, S.kep, MPH
NIDN. 11110087901

Peneliti



Rika Fitriah
Nim. 17111024160301

Mengetahui,
Koordinator Mata Kuliah Karya Tulis Ilmiah



Rini Ernawati, M.Kes
NIDN. 1102096902

LEMBAR PENGESAHAN

GAMBARAN PERSEPSI KELUARGA UNTUK MELAKUKAN
PERAWATAN DI RUMAH PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN
KEJIWAAN DI RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

KARYA TULIS ILMIAH

DISUSUN OLEH:

RIKA FITRIAH

17111024160301

Diseminarkan dan Diujikan

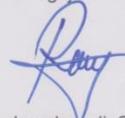
Pada 24 juli 2018

Penguji I



Ns. Joanggi W Harianto, M.kep
NIDN. 1122018501

Penguji II



Ns. Ramdhany Ismahmudi, S.kep, MPH
NIDN. 11110087901

Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Ns. Tri Wahyuni, M.Kep, Sp. Mat
NIDN. 1115077501

NASKAH PUBLIKASI (MANUSCRIPT)

Gambaran Persepsi Keluarga untuk Melakukan Perawatan di Rumah pada Pasien dengan Gangguan Kejiwaan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Family Perception Overview to do Treatment at Home in Patients with Interruption School at RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Rika Fitriah^{*}, Ramdhany Ismahmudi^{**}

^{*}Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

^{**}Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

ABSTRAK

Latar Belakang: Kesehatan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara - negara maju. Meskipun masalah kesehatan jiwa tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun gangguan tersebut dapat menimbulkan ketidak mampuan individu dalam berkarya serta ketidaktepatan individu dalam berperilaku yang dapat mengganggu kelompok dan masyarakat serta dapat menghambat pembangunan karena tidak berkarakteristik

Tujuan Penelitian: Untuk mengetahui gambaran persepsi keluarga untuk melakukan perawatan di rumah pada pasien dengan gangguan kejiwaan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Metode: Jenis penelitian ini adalah deskriptif korealsi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dilakukan dengan *Insidental sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 75 responden. Teknik pengumpulan data menggunakan angket penelitian. Pengolahan dan analisa data menggunakan analisa univariat dengan distribusi frekuensi

Hasil: Sebagian besar umur responden adalah kelompok umur 36-45 tahun sebanyak 29 orang (38,7%). Dari karakteristik pendidikan sebagian besar responden memiliki pendidikan SMA sebanyak 32 orang (42,7%). Dari karakteristik pekerjaan sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai wirausaha sebanyak 49 orang (65,3%). Sebagian besar responden memiliki persepsi keluarga baik sebanyak 50 orang (66,7%) dan kurang baik sebanyak 25 orang (33,3%).

Kesimpulan: Sebagian besar responden memiliki persepsi keluarga baik

Kata kunci : Persepsi Keluarga, Pasien Gangguan Kejiwaan

NASKAH PUBLIKASI (MANUSCRIPT)

Gambaran Persepsi Keluarga untuk Melakukan Perawatan di Rumah pada Pasien dengan Gangguan Kejiwaan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Family Perception Overview to do Treatment at Home in Patients with Interruption School at RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Rika Fitriah*, Ramdhany Ismahmudi**

*Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

**Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

ABSTRACT

Background : Mental health is one of four major health problems in developed countries. Although mental health problems are not considered as direct cause of death, the disorder may lead to the inability of individuals in the work as well as inaccuracy of individuals in behaving that can disrupt the group and society can hamper development because it is not characteristic researchs

Objectives : To know the description of family perception to do care at home in patients with psyhiatry disorders in RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Method: The type of this study is descriptive correlation by using the approach cross sectional. Sampling was done by Incidental sampling, with total sample of 75 respondents. Data collection techniques using questionnaire research. Processing and data analysis using univariate analysis frequency distribution

Result : Most respondent age is 36-45 years old group as much as 29 person (38,7%). From the characteristics of education most of the respondents have high school education as many as 32 people (42,7%). From job characteristic most of the respondent have employment as an enterpreneur as many as 49 people (65,3%). Most of respondents have good family perception of 50 people (66,7%) and less good many as 25 people (33,3%)

Conclution : Most respondents have good family perception

Keywords : Family Perception, Psychiatry Patients

PENDAHULUAN

Kejadian gangguan jiwa diseluruh dunia sudah menjadi masalah serius dan angka penderita gangguan jiwa secara global sangat mengkhawatirkan. World Health Organization (WHO, 2012) mengatakan 1 dari 4 orang di dunia pernah mengalami masalah mental dan saat ini sekitar 450 juta orang di seluruh dunia menderita gangguan jiwa. Penderita yang mengalami gangguan jiwa sepertiganya tinggal di negara berkembang, sebanyak 8 dari 10 penderita gangguan mental itu tidak mendapatkan perawatan

Penderita gangguan jiwa berat dengan usia di atas 15 tahun di Indonesia mencapai 0,46%. Hal ini berarti terdapat lebih dari 1 juta jiwa di Indonesia yang menderita gangguan jiwa berat. Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa 11,6% penduduk Indonesia mengalami masalah gangguan mental emosional (Riset kesehatan dasar, 2013).

Kesehatan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara - negara maju. Meskipun masalah kesehatan jiwa tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun gangguan tersebut dapat menimbulkan ketidak mampuan individu dalam berkarya serta ketidaktepatan individu dalam berperilaku yang dapat mengganggu kelompok dan masyarakat serta dapat menghambat pembangunan karena tidak berkarakteristik (Hawari, 2010). Kondisi kritis ini membawa dampak terhadap peningkatan kualitas maupun kuantitas penyakit mental-emosional manusia.

Penderita gangguan jiwa ditandai dengan adanya ketidakmampuan dalam melakukan fungsi dasar secara mandiri, misalnya kebersihan diri penampilan, dan

sosialisasi, hubungan interpersonal digambarkan sebagai individu yang apatis, menarik diri, terisolasi dari teman, keluarga dan masyarakat mengalami isolasi sosial. Penderita gangguan jiwa menganggap dirinya tidak mampu mengatasi kekurangan, tidak ingin melakukan sesuatu untuk menghindari kegagalan dan tidak berani mencapai sukses (Maramis, 2009).

Penyebab umum gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor-faktor yang terus menerus saling mempengaruhi yang pertama faktor somatic (somatogenetik) atau organobiologis yang kedua faktor psikologis (psikogenetik) dan yang ketiga faktor sosio-budaya (sosiogenik) atau sosiokultural. Setiap orang memiliki kultur histories yang berbeda mulai dari cara dia dilahirkan, cara dia diasuh, lingkungan tempat tinggal dia dibesarkan dan pendidikan yang diperoleh.

Pasien gangguan jiwa menimbulkan beban bagi pemerintah, keluarga serta masyarakat oleh karena produktivitas pasien menurun dan akhirnya menimbulkan beban biaya yang besar bagi pasien dan keluarga. Dari sudut pandang pemerintah, gangguan ini menghabiskan biaya pelayanan kesehatan yang besar. Sampai saat ini masih terdapat pemasangan serta perlakuan salah pada pasien gangguan jiwa berat di Indonesia. Hal ini akibat pengobatan dan akses ke pelayanan kesehatan jiwa belum memadai. Salah satu upaya yang dilakukan pemerintah melalui Kementerian Kesehatan adalah menjadikan Indonesia bebas pasung oleh karena tindakan pemasangan dan perlakuan salah merupakan tindakan yang melanggar hak asasi manusia (Azwir, 2015).

Kasus gangguan jiwa di Provinsi Kalimantan Timur, berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Kaltim tahun

2014, terdapat 18.741 orang pasien dengan gangguan jiwa dan baru separuhnya yang bisa ditangani. Banyak faktor yang menyebabkan tingginya gangguan jiwa di provinsi Kaltim seperti faktor bawaan, faktor sosial, pengaruh faktor konflik dan faktor bencana.

Jumlah penderita gangguan jiwa di Kota Samarinda saat ini sudah sangat mengkhawatirkan, catatan Dinas Kesehatan Kota Samarinda pada tahun 2015 tercatat sebanyak 1.345 penderita gangguan jiwa yang tersebar di 8 kecamatan. Dari jumlah tersebut sekitar 60 persen diantaranya sudah diberikan asuhan keperawatan oleh perawat CMHN di setiap Puskesmas. Permasalahan kesehatan jiwa di Samarinda sangat kompleks dan kasusnya terus meningkat dan menyebar keseluruh wilayah. Hal ini diperberat oleh masalah ekonomi, konflik sosial, penyalahgunaan narkoba dan rawan bencana. Disamping itu stigma dan dukungan masyarakat bagi penderita gangguan jiwa masih sangat kurang (Dinas Kesehatan Kota Samarinda, 2015).

Saat ini dukungan dan penerimaan terhadap pasien gangguan jiwa oleh keluarga dan masyarakat di provinsi Kalimantan Timur masih sangat kurang, dimana banyak pasien gangguan jiwa yang sudah sembuh kurang bisa diterima oleh keluarga selama ini. Bahkan, ada pasien gangguan jiwa yang sudah sembuh, tidak mau dijemput pulang oleh keluarga mereka. Yang menjadi persoalan selama ini banyak pasien yang sudah sembuh secara medis tapi tidak sepenuhnya diterima oleh masyarakat.

Keluarga merupakan sumber pengobatan yang paling berperan bagi anggota keluarganya yang sakit. Sikap yang baik oleh keluarga serta dukungan sosial dapat melemahkan dampak stress

dan secara langsung memperkokoh kesehatan mental individu. Sikap yang baik dari keluarga merupakan strategi koping penting untuk dimiliki individu saat mengalami stress. Sikap yang baik dari keluarga juga dapat berfungsi sebagai strategi preventif untuk mengurangi stress dan konsekuensi negatifnya. Hal ini menunjukkan bahwa sikap baik yang bersumber dari keluarga sangat berguna untuk mencegah dan mengurangi stress serta meningkatkan kesehatan emosi pada penderita gangguan jiwa (Yosep, 2013).

Diharapkan persepsi yang baik keluarga maka terjadi penurunan stress dan peningkatan kesehatan emosi sehingga pasien gangguan jiwa dapat mengendalikan diri. Sikap dan persepsi keluarga bermanfaat untuk perkembangan menuju kepribadian yang sehat tanpa gangguan. Apabila sikap semacam ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan sangat berkurang atau bahkan tidak akan menemui hasil.

Hayden (2009) mengatakan bahwa persepsi keluarga yang positif diharapkan dapat mengurangi ancaman penyakit (atau untuk menyembuhkan penyakit) pada anggota keluarga yang lain termasuk pada keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan kejiwaan. Menurut hasil penelitian O'Doherty, Doherty and Wals (2013) menunjukkan pengaruh positif dari pengetahuan dan persepsi keluarga tentang manfaat dari dukungan keluarga terhadap tindakan pengobatan dan rehabilitasi pasien gangguan jiwa sehingga pasien jiwa dapat meningkatkan kesehatan jiwanya.

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti ingin meneliti mengenai gambaran persepsi keluarga untuk melakukan perawatan di rumah pada pasien dengan gangguan kejiwaan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum
Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran persepsi keluarga untuk melakukan perawatan di rumah pada pasien dengan gangguan kejiwaan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
2. Tujuan Khusus
 - a. Mengidentifikasi karakteristik keluarga pasien dengan gangguan kejiwaan di RSJD Atma Husada Mahakam
 - b. Mengidentifikasi persepsi keluarga pasien untuk melakukan perawatan di rumah pada pasien dengan gangguan kejiwaan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

METODE PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Rancangan Penelitian

Desain atau rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi suatu hasil. Dapat digunakan peneliti sebagai petunjuk dalam perancangan dan pelaksanaan penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab suatu pertanyaan penelitian dan merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan

yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2013).

Dalam penelitian ini penulis menggunakan jenis penelitian deskriptif, yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskriptif tentang gambaran persepsi keluarga untuk melakukan perawatan di rumah pada pasien dengan gangguan kejiwaan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Hal ini sesuai dengan pengertian penelitian deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan untuk membuat menggambarkan atau mendeskripsikan terjadi dalam masyarakat.

B. Populasi Dan Sample

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek peneliti atau objek yang diteliti (Notoatmojo, 2010). Menurut Nursalam (2013) populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga yang rawat jalan di RSJD Atma Husada Mahakam sebanyak 92 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti atau bagian jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Teknik sampling pada penelitian ini menggunakan teknik *Nonprobability sampling* dengan metode *insidental sampling*. *Nonprobability sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. *Insidental sampling* adalah teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan/ insidental

bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data (Sugiyono, 2010).

Penentuan banyak sample penelitian menurut Taro Yamane (1967) dalam (Sunyoto, 2012). dapat dilakukan dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

Dimana :

n : besar sampel

N : besar populasi sampel

e : tingkat kepercayaan yang diinginkan adalah 0,05

Berdasarkan rumus diatas maka besar sampel dalam penelitian ini adalah :

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1+N(e)^2} \\ &= \frac{92}{1+92(0,05)^2} \\ &= 74,7 \text{ orang} \\ &= 75 \text{ Orang} \end{aligned}$$

Hal ini sesuai dalam Sugiono (2011) ukuran yang layak dalam penelitian adalah antara 30 sampai dengan 500 sampel, dengan kriteria sampel sebagai berikut :

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria hasil atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat

diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2008).

Dalam hal ini inklusinya adalah :

- a. Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang di rawat di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
- b. Keluarga bisa baca dan tulis
- c. Bersedia menjadi reponden

2) Kriteria Ekslusi

Kriteria Ekslusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Dalam hal ini kriteria Ekslusinya adalah :

- a) Keluarga yang tidak ingin menjadi responden

C. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSJD Atma Husada Mahakan Samarinda dan dilakukan dari tanggal 20 Maret sampai 20 April 2018.

D. Definisi Operasional

Data operasional adalah pengertian atau batasan-batasan yang berguna untuk membatasi ruang lingkup variable yang akan diteliti. Definisi operasional berfungsi untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan instrument atau alat ukur (Notoatmodjo,2012).

E. Instrumen Penelitian

Menurut Anggraeni & Saryono (2013) instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (cermat, lengkap dan sistematis) sehingga lebih mudah diolah.

Menurut Notoatmodjo (2012) metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah mengumpulkan data berupa angket. Angket adalah suatu cara pengumpulan data satu penelitian mengenai suatu yang umumnya banyak menyangkut kepentingan umum (orang banyak). Angket selalu berbentuk formulir yang berisikan pertanyaan question.Maka angket sering disebut Quesioner.

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Persepsi	Suatu proses yang dimulai dari penglihatan hingga terbentuk tanggapan yang terjadi dalam diri individu sehingga individu sadar akan segala sesuatu dalam lingkungannya melalui indera-indera yang dimilikinya	Kuesioner 15 item Skala Likert 1 = Sangat Setuju 2 = Setuju 3 = Tidak Setuju 4 = Sangat Tidak Setuju	1. Persepsi baik > Median (46,00) 2. Persepsi kurang < Median (46,00)	Ordinal

Adapun kuesioner terdiri dari :

1. Bagian A

Bagian ini memberikan informasi tentang identitas/ karakteristik responden antara lain: kode responden, usia, pendidikan terakhir, dan pekerjaan.

2. Bagian B

Kuesioner B berupa pernyataan mengenai *Tingkat persepsi keluarga untuk melakukan perawatan di rumah pada pasien gangguan kejiwaan* menggunakan skala Likert. Adapun pilihan jawaban yang sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Dalam pernyataan *favourable*, jika responden menjawab sangat setuju (4), setuju (3), tidak setuju (2), dan sangat tidak setuju (1). Sedangkan dalam pernyataan *unfavourable*, jika responden menjawab sangat setuju (1), setuju (2), tidak setuju (3), dan sangat tidak setuju (4). Dari 15 item pernyataan ada 11 pernyataan *favourable* dan 4 pernyataan *unfavourable*.

Tabel 3.2 Kisi-Kisi Instrument Penelitian

No	Instrumen	Nomor Butir Pernyataan	Jumlah
----	-----------	------------------------	--------

		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1.	Kuesioner Persepsi Keluarga			
	Penolakan	1,3	4,5	4
	Stigma	6,7,8,9,11	10	6
	Frustrasi	12,13,14	15	4
	Jumlah	11	4	14

Pilihlah jawaban pada pedoman kuesioner yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Masing-masing jawaban memiliki skor 1–5. Jenis pernyataan sikap terdiri dari pernyataan *favourable* dengan penilaian jika menjawab sangat setuju diberi skor 5, setuju diberi skor 4, ragu-ragu diberi skor 3, tidak setuju diberi skor 2, dan sangat tidak setuju diberi skor 1. Pernyataan *unfavourable* dengan penilaian jika menjawab sangat setuju diberi skor 1, setuju diberi skor 2, ragu-ragu diberi skor 3, tidak setuju diberi skor 4, dan sangat tidak setuju diberi skor 5.

F. Uji Validitas Dan Reabilitas

Menurut Sugiyono (2010), bahwa instrumen yang baik harus memenuhi dua persyaratan yaitu valid dan reliable. Instrumen sebagai pengumpulan data dalam penelitian ini perlu diuji coba validitas dan reabilitasnya dengan cara melakukan uji pada sekelompok responden. Uji validitas dan reabilitas dilakukan pada kuesioner tentang tingkat pengetahuan ibu. Uji validitas kuesioner akan dilaksanakan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan jumlah 30 responden

1. Uji Validitas

Instrumen yang baik harus memenuhi dua persyaratan yaitu valid dan reliable. Instrumen sebagai pengumpulan data dalam penelitian ini perlu diuji coba validitas dan reabilitasnya dengan cara melakukan uji pada sekelompok responden. Uji validitas dan reabilitas dilakukan pada kuesioner tentang tingkat pengetahuan ibu. Uji validitas kuesioner akan dilaksanakan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan jumlah 30 responden (Sugiyono, 2010).

1) Uji Validasi

Menurut Notoatmodjo (2010) validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal, maka sebaiknya jumlah responden untuk uji coba sedikit 30 orang.

Untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun tersebut mampu mengukur apa yang hendak diukur maka perlu diuji, dengan uji korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skor nilai kuesioner.

Uji validitas dihitung dengan rumus korelasi *product Moment* sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X) (\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

r_{xy} : Koefisien Korelasi
 \sum_x : Jumlah Skor Item
 \sum_y : Jumlah Skor Total (seluruh item)
N : Jumlah Responden

Dengan derajat kebebasan (*degree of freedom/ df = n-2*)

Keputusan Uji:

Bila $r_{hitung} > r_{tabel}$ artinya pernyataan tersebut valid

Bila $r_{hitung} < r_{tabel}$ artinya pernyataan tersebut tidak valid.

Setelah mengukur validitas, maka perlu mengukur reliabilitas data.

Kuesioner dinyatakan valid apabila hitung (*biseral*) $\geq r$ table (0,361) artinya pernyataan tidak valid dan apabila hitung *biseral* $\leq r$ table (0,361) artinya pernyataan tersebut valid. Dengan rumus korelasi *biseral* diperoleh hasil butiran pernyataan yang valid yaitu nomor

1,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,13,15

, sedangkan sisanya dinyatakan tidak valid yaitu nomor 2.

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau diandalkan. Hasil pengukuran konsisten atau tetap bila dilakukan pengukuran berulang (*konsistensi, akurasi dan presisi*) (Sugiyono dan Anggraeni, 2013).

Pada pengujian reabilitas pada kuesioner menggunakan uji konsistensi internal dengan menggunakan *Alpha Cronbach* yaitu:

$$r_{11} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma^2 t} \right]$$

Keterangan:

r_{11} = Reabilitas instrumen

k = Jumlah soal

$\sum \sigma_b^2$ = Jumlah varians butir

$\sigma^2 t$ = Jumlah varians total

G. Uji Normalitas

Menurut Imam Ghozali (2013: 110) tujuan dari uji normalitas adalah sebagai berikut: "Uji normalitas bertujuan untuk mengetahui apakah masing-masing variabel berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas diperlukan karena untuk melakukan pengujian-pengujian variabel lainnya dengan mengasumsikan bahwa nilai residual mengikuti distribusi normal. Jika asumsi ini dilanggar maka uji statistik menjadi tidak valid dan statistik parametrik tidak dapat digunakan." Dasar pengambilan untuk uji normalitas data adalah

1. Jika data menyebar garis diagonal dan mengikuti garis diagonal atau grafik histogramnya menunjukkan distribusi normal, maka model regresi memenuhi asumsi normalitas.
2. Jika data menyebar jauh dari diagonal dan/atau tidak mengikuti arah garis diagonal atau grafik histogram tidak menunjukkan distribusi normal, maka model regresi tidak memenuhi asumsi normalitas.

Pada uji normalitas didapatkan pada tabel berikut:

H. Teknik Pengumpulan Data

pengumpulan data dilakukan setiap hari pada semua responden yang memenuhi kriteria inklusi sampai mencapai jumlah responden yang telah ditentukan. Pengumpulan data ini berdasarkan cara memperolehnya .menurut Riwidikdo (2007), data ini terdiri dari :

1. Data Primer

Data yang secara langsung diambil dari obyek penelitian oleh peneliti secara perseorangan dan dikumpulkan secara langsung pada saat berlangsungnya penelitian yang diperoleh melalui kuesioner yang diberikan dan dijawab langsung oleh responden.

2. Data Sekunder

Data sekunder pada penelitian ini adalah status yang berhubungan dengan pasien.

I. Teknik Analisa Data

Menurut Notoatmodjo (2012), memberikan tanda pada data yang telah lengkap sesuai dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. *Editing* (Pemeriksaan Data) adalah kembali data yang telah dikumpulkan, apakah telah sesuai diharapkan atau tidak. Dalam melakukan editing ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yakni : memeriksa kelengkapan data, memeriksa keseragaman data.
2. *Coding* (Pemberian Kode) adalah data yang telah terkumpul diberi kode dalam bentuk angka sehingga memudahkan dalam pengolahan data. Pada soal yang dianggap benar maka diberi kode angka satu (1) dan

jawaban yang salah diberi kode nol (0).

3. *Entry* (memasukkan data)
Mengisi kolom–kolom atau kotak–kotak lembar kode atau kartu kode yang sesuai dengan jawaban masing–masing.
4. *Tabulating* (Pemasukkan Data Dalam Tabel) data yang telah lengkap dihitung sesuai dengan variable yang dibutuhkan kemudiandata dimasukkan kedalam distribusi frekuensi.

Setelah data dikumpulkan dan diolah kemudian data di analisa univariat dan bivariate. Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskna atau mendeskripsikan karakteristik setiap variable penelitian (Notoatmodjo,2010).

a. Analisa univariat

Analisa ini digunakan untuk mendeskripsikan frekuensi dari masing–masing variable, baik variable bebas maupun variable terikat melalui presentasi dan distribusi frekuensi. Dalam penelitian ini analisa univariat digunakan untuk mengetahui proposi dari masing–masing variable penelitian.

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Presentasi yang di cari

N = Jumlah keseluruhan responden

F = Frekuensi sampel/responden untuk setiap pernyataan

J. Jalannya Penelitian

Langkah-langkah penelitian ini meliputi pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner yang dilaksanakan sebagai berikut:

1. Persiapan Penelitian

Pembuatan penelitian dimulai dari proposal sampai hasil penelitian dilaksanakan pada bulan Desember 2017 sampai bulan Januari 2018, berkonsultasi dengan pembimbing proposal.

2. Pembuatan Kuesioner

Pembuatan kuesioner untuk uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada perwakilan setiap keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengalami gangguankejiwaan di daerah samarinda.

2. Pelaksanaan Penelitian

Pelaksanaan penelitian dilakukan dengan membagikan kuesioner pada responden. Peneliti memberikan penjelasan tentang tata cara pengisian kuesioner serta menjelaskan tentang maksud penelitian. Responden menandatangani lembar *informed consent* sebagai bentuk kesedian berpartisipasi dalam penelitian ini.

3. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada bulan Januari. Pengumpulan data berkaitan dengan tingkat emosi keluarga untuk melakukan perawatan dirumah pada pasien dengan gangguan kejiwaan di RSDJ Atma Husada Mahakam Samarinda.

4. Pemeriksaan Kuesioner

Pemeriksaan kelengkapan kuesioner yang telah diisi oleh responden tidak ditemukan kesalahan dan semua kuesioner diisi dengan baik.

5. Pengelompokan Data

Data yang terkumpul dikelompokkan menurut variabel yang telah ditentukan sebelumnya.

6. Pengolahan Data

Dari data yang ada kemudian dianalisis dengan menggunakan analisa statistik dengan menggunakan perhitungan secara manual.

K. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, penelitian ini mengajukan permohonan izin kepada Direktur RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus di perhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut (Hidayat, 2011):

1. *Informed Consent* (Persetujuan)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain : partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan adalah masalah yang memberikan jaminan dalam menggunakan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode atau inisial nama pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset

A. HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Responden

Tabel 4.1

Karakteristik Responden berdasarkan Umur, Pendidikan, dan Pekerjaan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Karakteristik	Frekuensi	%
Umur		
17-25 tahun	20	26.7
26-35 tahun	16	21.3
36-45 tahun	29	38.7
46-55 tahun	10	13.3
Pendidikan		
SD	7	9.3
SMP	13	17.3
SMA	32	42.7
Diploma	18	24.0
Sarjana	5	6.7
Pekerjaan		
PNS	7	9.3
Karyawan Swasta	14	18.7
Wirausaha	49	65.3
Buruh Tukang	5	6.7

Sumber : *Data primer 2018*

Berdasarkan tabel 4.1 kategori umur berdasarkan penggolongan Depkes (2012) diperoleh hasil bahwa sebagian besar umur responden adalah kelompok umur 36-45 tahun sebanyak 29 orang (38,7%). Dari

karakteristik pendidikan sebagian besar responden memiliki pendidikan SMA sebanyak 32 orang (42,7%). Dari karakteristik pekerjaan sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai wirausaha sebanyak 49 orang (65,3%).

Tabel 4.2 Analisis Variabel Gambaran Persepsi Keluarga di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Gambaran Persepsi Keluarga	Frekuensi	(%)
Baik	45	60,0
Kurang Baik	30	40,0
Jumlah	75	100

Sumber : *Data Primer 2018*

Berdasarkan tabel 4.2 diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi keluarga baik sebanyak 50 orang (66,7%) dan kurang baik sebanyak 25 orang (33,3%).

Berdasarkan kategori umur menurut Depkes (2012) diperoleh hasil bahwa sebagian besar umur responden adalah kelompok umur 36-45 tahun sebanyak 29 orang (38,7%), kelompok umur 17-25 tahun sebanyak 20 orang (26,7%), kelompok umur 26-35 tahun sebanyak 16 orang (28,4%), kelompok umur 46-55 tahun sebanyak 10 orang (13,3%). Hasil ini sesuai dengan penelitian Hayani (2016) yang berjudul gambaran persepsi keluarga tentang cara merawat pasien halusinasi di rumah dengan umur responden adalah dewasa tengah 41-55 tahun sebanyak 63,3%.

Notoatmodjo (2007), mengatakan semakin tua seseorang maka semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang akan dikerjakan sehingga menambah persepsi keluarga dan mempengaruhi persepsi keluarga tentang cara

merawat pasien gangguan kejiwaan di rumah.

Hasil penelitian ini juga di dukung oleh Hurlock (2012), Umur 36-45 tahun dinamakan dewasa tengah dimana kemampuan mental mencapai puncaknya untuk mempelajari dan menyesuaikan diri pada situasi-situasi baru seperti pada misalnya mengingat hal-hal yang pernah dipelajari, penalaran analogis dan berfikir kreatif sehingga berpengaruh terhadap persepsi seseorang.

Umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah umur akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga persepsi yang diperolehnya semakin membaik. Pada rentang umur ini termasuk kedalam rentang umur produktif, dimana pada umur ini individu berinteraksi dengan masyarakat luas dan termasuk juga perubahan intelektual yang mencolok, sehingga pada masa umur tersebut seseorang akan lebih aktif dalam mencari informasi untuk menambah persepsi melalui berbagai hal yaitu televisi, majalah, Koran, mengikuti penyuluhan masalah kesehatan jiwa, mencari informasi dari perawat yang ada dipoliklinik sehingga berdampak pada persepsi baik seseorang dalam merawat pasien gangguan.

Berdasarkan karakteristik pendidikan diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden memiliki pendidikan SMA sebanyak 32 orang (42,7%), pendidikan Diploma sebanyak 18 orang (24,0%), pendidikan SMP sebanyak 13 orang (17,3%), pendidikan SD sebanyak 7 orang (9,3%) dan pendidikan Sarjana sebanyak 5 orang (6,7%). Hasil ini sejalan dengan penelitian Hayani (2016) yang berjudul gambaran persepsi keluarga tentang cara merawat pasien halusinasi di rumah

dengan pendidikan responden sebagian besar adalah SMA sebanyak 53,3%.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Notoadmodjo (2010), persepsi seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satu diantaranya adalah tingkat pendidikan. Secara umum, orang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai persepsi lebih luas di bandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

Menurut Arifin (2014) pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat.

Sesuai dengan teori Notoadmodjo (2013), persepsi seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satu diantaranya adalah tingkat pendidikan. Secara umum, orang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai persepsi lebih luas di bandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

Kirana (2013), pendidikan dikelompokkan berdasarkan tingkatan, yaitu : pendidikan tinggi \geq SMA, pendidikan menengah = SMP dan pendidikan rendah = SD dan tidak sekolah sama sekali. Faktor lain yang membuat persepsi keluarga baik adalah karena keluarga secara rutin membawa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ke rumah sakit jiwa untuk berobat/kontrol sehingga keluarga sering mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan jiwa dari mahasiswa yang praktik. Menurut asumsi peneliti bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan responden maka

semakin baik pula cara menerima informasi yang didapat sehingga persepsi tentang cara perawatan pasien dengan gangguan jiwa di rumah semakin baik.

Berdasarkan karakteristik pekerjaan diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai wirausaha sebanyak 49 orang (65,3%), pekerjaan sebagai karyawan swasta sebanyak 14 orang (18,7%), pekerjaaburuh tukang sebanyak 5 orang (6,7%) dan sebagai PNS sebanyak 7 orang (9.3%). Hasil ini sejalan dengan penelitian Hayani (2016) yang berjudul gambaran persepsi keluarga tentang cara merawat pasien halusinasi di rumah dengan pekerjaan responden sebagian besar adalah wirausaha sebanyak 73,3%.

Wirausaha adalah pekerjaan dengan berjualan di rumah sehingga bisa sekaligus merawat anggota keluarga yang sakit. Wirausaha juga mempunyai banyak waktu untuk berperan aktif dalam kegiatan masyarakat dan mencari informasi yang berguna untuk diri dan keluarga seperti mengikuti kegiatan Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) atau ikut melihat penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas sehingga pengetahuan dan persepsi akan bertambah tentang cara merawat pasien halusinasi di rumah. Hal ini didukung oleh teori menurut Mohamed (2016) mengemukakan bahwa wirausaha yang bekerja di rumah tangga akan mempunyai banyak waktu luang untuk mencari informasi tentang suatu hal yang luang untuk mencari informasi tentang suatu hal yang menarik di bicarakan saat itu. Bisa melalui televisi, media cetak, dan pendidikan kesehatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian yang telah dibuat maka dapat ditarik suatu kesimpulan, antara lain

1. a. Umur: Sebagian besar kelompok umur 36-45 tahun sebanyak 29 orang (38,7%).
b. Pendidikan: Sebagian besar pendidikan SMA sebanyak 32 orang (42,7%).
c. Pekerjaan: Sebagian besar pekerjaan wirausaha sebanyak 49 orang (65,3%)
2. Sebagian besar responden memiliki gambaran persepsi keluarga untuk melakukan perawatan di rumah pada pasien dengan gangguan kejiwaan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Dengan persepsi keluarga baik sebanyak 50 orang (66,7%) dan kurang baik sebanyak 25 orang (33,3%).

B. Saran

1. Bagi keluarga dan masyarakat
Diharapkan keluarga agar terus memberikan dukungannya terhadap penderita gangguan jiwa dan terus menjaga keharmonisan dalam keluarganya sehingga dapat lebih mendukung dalam proses penyembuhan penderita gangguan jiwa, selain itu juga masyarakat agar dapat terus memberikan dukungannya kepada anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa.
2. Bagi Perawat dan Petugas Kesehatan
Petugas Kesehatan khususnya bagi perawat jiwa diharapkan terus melakukan pendekatan personal kepada keluarga yang memiliki anggota penderita gangguan jiwa sehingga dapat terus membantu dalam perawatan dan memberikan pandangan-pandangan yang positif terhadap keluarga dan memberikan dukungan kepada keluarga. Selain itu diharapkan

perawat jiwa dapat memberikan penyuluhan kesehatan secara terus menerus agar pengetahuan keluarga dan masyarakat sekitar tentang gangguan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat terus memberikan program-program khususnya pada bidang kesehatan jiwa yang mendukung agar permasalahan kejiwaan ini dapat di minimalisir, selain itu agar dapat menyebarluaskan informasi secara terus menerus mengenai permasalahan gangguan jiwa dan bagaimana penanganannya.

DAFTAR PUSTAKA

Abu & Nur. 2010. Psikologi Perkembangan. Jakarta : Rineka Cipta.

Arikunto, 2007. Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik. Jakarta:

Rineka.

Azwir, M. 2014. IP Multimedia Subsystem Framework dan Arsitektur.

Jakarta: AndiPublisher.

Andarmoyo, S. 2012, *Keperawatan Keluarga : Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Arikunto, S. 2010, *Prosedur Penelitian ; Suatu Pendekatan Praktik, edisi Revisi X*. Jakarta: Rineka Cipta.

Azhim, Said Abdul, 2008. *Cara Islami Mencegah dan Mengobati Gangguan Otak, Stres dan Depresi*. Jakarta: Qultum Media.

Basyirotin, A.L. 2011. *Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di RW 1 Wonokromo Surabaya*. Skripsi, tidak dipublikasikan, Surabaya, Universitas Air Langga, Indonesia.

- Bandiyah, S. 2009. *Lanjut Usia dalam Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Budiman. 2010. Jumlah Gangguan Jiwa. <http://www.suarabandung.com>. diakses pada tanggal 9 Agustus 2016.
- Dalami. (2009). *Diagnosis Gangguan Jiwa*. Jakarta. Ilmu Kedokteran FK-UnikaAtmajaya.
- Depkes RI. 2010. Pengertian Gangguan Jiwa. Diakses pada tanggal 29 Juli 2016 dari <http://www.depkes.co.id>.
- DKK Samarinda 2015. Laporan Profil Kesehatan Jiwa Kota Samarinda.
- Friedman, Marilyn M. 2010. Buku ajar keperawatan keluarga : Riset, Teori dan Praktek. Jakarta : EGC.
- Handayani, Zakiyah. 2007. *Motivasi Keluarga, Pemenuhan Gizi, Lanjut Usia*. wwwwt.top gdlnode-gdl-res.com diperoleh tanggal 23 Oktober 2012 jam 15. 15.
- Hawari, D. 2010. Peran Keluarga dalam Gangguan Jiwa. Edisi 21. Jurnal Psikologi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. Bandung.
- Hawari, H. 2001. *Manajemen Stress, Cemas dan Depresi*. Jakarta : Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hernawati, I. 2006. *Pedoman Tatalaksana Gizi Usia Lanjut Untuk Tenaga, Kesehatan*. Depkes: Jakarta.
- Henuhili, S. 2004. Proporsi Gangguan Mental pada Lanjut Usia yang Tinggal di Sasana Wreda Yayasan Karya Bhakti Ria Pembangunan Cibubur. Tesis, tidak dipublikasikan. Jakarta, Universitas Indonesia.
- Hidayat, 2007, Metodologi penelitian, Jakarta :Pustaka pelajar.
- Hurlock, Elizabeth B. 2001. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga.
- Kartono, Kartini. 2002. *Patologi Sosial 3; Gangguan-Gangguan Kejiwaan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Khairuddin. 2009. *Sosiologi Keluarga*. Yogyakarta : Nurcahaya.
- Lumongga N. 2009. *Depresi : Tinjauan Psikologis*. Jakarta : Kencana Prenada Media Group.
- Maramis W. F. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi 2*. Jakarta : AUP.
- Maramis, W.F. 2010. *Ilmu kedokteran jiwa*, Erlangga Universitas Press.
- Maryam, S dkk, 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta : Salemba Medika.
- Maurus, J. 2009. *Mengenal dan Mengatasi Depresi*. Jakarta: Rumpun.
- Nevid, JS. Rathus, SA, Greene, B. 2005. *Psikologi Abnormal jilid 1 Terjemahan*. Jakarta: Erlangga.
- Nugroho, W. 2008. *Gerontik dan Geriatrik*. EGC: Jakarta.
- Nulah. 2009. *Hubungan antara tingkat depresi dengan kemampuan melaksanakan aktivitas dasar sehari-hari pada lansia di PSTW Unit Budhi Luhur Yogyakarta*. Skripsi, tidak dipublikasikan, Universitas Gadjah Mada, Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2010, *Metodologi Penelitian kesehatan*. Jakarta, PT Rineka Cipta.
- Nurdiana, dkk. 2014. *Korelasi Peran Serta Keluarga Terhadap Tingkat Kekambuhan Klien Skizofrenia*. Jurnal penelitian, StikesMuhammadiyah, Banjarmasin.

- Nursalam. 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta.CV Sagung Seto.
- Nursalam. (2013). Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Riduwan, 2010. *Belajar mudah Penelitian untuk Guru-karyawan peneliti pemula*, Bandung, Alfabeta.
- Riyanto, A. 2011. *Aplikasi metodologi penelitian kesehatan*, Yogyakarta. Nuha Medika.
- Puspasari. 2008. *Hubungan antara dukungan sosial teman dengan tingkat depresi pada lanjut usia di panti wredha Budhi Dharma Yogyakarta 2008*. Skripsi, tidak dipublikasikan, Yogyakarta, Universitas Gadjah Mada Indonesia.
- Saseno; Arifah, Siti. 2014. Efektivitas Terapi Psikoreligius Terhadap Penurunan Tingkat Depresi Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Abiyoso Sleman Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Volume 2, No. 1, Mei 2014 : 16 - 24. Yogyakarta : Poltekes Kemenkes Semarang Jurusan Keperawatan.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif & RND*. Bandung : Alfabeta.
- Sudiharto. 2007. Asuhan Keperawatan keluarga dengan pendekatan keperawatan transkultural ; editor, Esty Whayuningsih – Jakarta : EGC. Trismiati.(2004).
- Soerjono. 2012 *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sujono. 2007. Hubungan antara dukungan social dengan strategi koping klien epilepsy dewasa di Instalasi Rawat Jalan RSUD Banyumas. Skripsi, tidak dipublikasikan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Sunyoto, D. 2012. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta
- Stuart, G. W. & Sundeen. 2008. *Buku saku keperawatan jiwa (edisi 3)*,
- Wahyu, S. 2012. *Buku saku keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Nuha
- Yosep, I. 2009. *Keperawatan Jiwa Edisi Refisi*. Bandung: PT.Refika