

**GAMBARAN TINGKAT KEBUTUHAN SPIRITUAL PADA ORANG  
DENGAN SKIZOFRENIA (ODS) DI RUANG RAWAT INAP RSJD DR.  
AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

**PROPOSAL SKRIPSI**

“Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi”



**Disusun Oleh :**

**DWI KUSDIYANI  
NIM. 22020113120048**

**DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG, MARET 2017**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa **Proposal Skripsi** yang berjudul :

**GAMBARAN TINGKAT KEBUTUHAN SPIRITUAL PADA ORANG  
DENGAN SKIZOFRENIA (ODS) DI RUANG RAWAT INAP RSJD DR.  
AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Dwi Kusdiyani

NIM : 22020113120048

Telah disetujui sebagai usulan penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk di *review*

**Pembimbing**

**Ns. Sri Padma Sari, S.Kep., MNS**

**NIP. 19840506 200812 2 003**

## **LEMBAR PENGESAHAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa **Proposal Skripsi** yang berjudul :

**GAMBARAN TINGKAT KEBUTUHAN SPIRITUAL PADA ORANG  
DENGAN SKIZOFRENIA (ODS) DI RUANG RAWAT INAP RSJD DR.  
AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Dwi Kusdiyani

NIM : 22020113120048

Telah diuji pada 30 Maret 2017 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk  
**melakukan penelitian**

Penguji I,

Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp.,MSc

NIP. 19600515 1983032002

Penguji II,

Ns. Elis Hartati, S.Kep., M.Kep

NIP. 19750212201012201

Penguji III,

Ns. Sri Padma Sari, S.Kep., MNS

NIP. 19840506 200812 2 003

## KATA PENGANTAR

Terima kasih kepada Allah SWT, karena dengan ridhonya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**Gambaran Tingkat Kebutuhan Spiritual pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS) Di Ruang Rawat Inap Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Semarang**”. Karya tulis ini disusun untuk memenuhi salah satu tugas mata ajar skripsi.

Selama proses penyusunan skripsi ini, penulis mendapatkan dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
2. Ibu Sarah Ullya, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
3. Ibu Ns. Sri Padma Sari, S.Kep., MNS, selaku pembimbing yang telah memberikan saran, masukan dan motivasi dalam penyusunan penelitian ini.
4. Ibu Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp.,MSc dan Ibu Ns. Elis Hartati, S.Kep., M.Kep sebagai penguji I dan penguji II, yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis.
5. Direktur RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk pengambilan data.
6. Pasien skizofrenia yang dirawat di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo yang telah berkenan sebagai responden penelitian.
7. Kedua orang tua saya, Bapak Darmani dan Ibu Kusmitun, serta adiknya tersayang Dwi Alif Pandoyo, yang selalu memberikan dukungan dan doa untuk selesainya skripsi ini.
8. Staff dan dosen di ruang Keperawatan Jiwa Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP, serta seluruh staff dan dosen Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP, yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.

9. Teman seperjuangan Nurul muawanah, dan sahabat-sahabat saya Ivo Trias N, Noor aliyatur R, Fiki Rifada, Mega Fitria, Soraya Candra M, terima kasih atas kerjasama, dukungan dan motivasinya.
10. Teman kos Dhika, Mba Tri, Mba Nia terima kasih atas dukungan dan motivasinya.

Pada akhirnya penulis mengharapkan saran dan kritik dari semua pihak yang bersifat membangun untuk memperbaiki dan menyempurnakan skripsi ini di kemudian hari. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua.

Dwi Kusdiyani

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian.....	10
D. Manfaat Penelitian.....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Teori .....	13
1. Konsep Dasar Spiritualitas .....	13
a. Definisi .....	13
b. Karakteristik Spiritualitas .....	14
c. Aspek Spiritualitas .....	15
d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Spiritualitas.....	16
e. Terapi Spiritualitas.....	18
f. Manifestasi Perubahan Fungsi Spiritual .....	20
g. Hubungan Spiritualitas terhadap Kesehatan .....	21
2. Konsep Dasar Skizofrenia .....	23
a. Definisi .....	23
b. Etiologi Skizofrenia .....	24
c. Tanda dan Gejala Skizofrenia.....	25
d. Cara Mendiagnosa Skizofrenia .....	28
e. Epidemiologi Skizofrenia .....	31

f. Klasifikasi Skizofrenia.....	31
g. Penatalaksanaan Skizofrenia .....	35
3. Kebutuhan Spiritualitas Pada Orang dengan Skizofrenia .....	37
B. Kerangka Teori.....	40

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Kerangka Konsep .....	41
B. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	41
C. Populasi dan Sampel Penelitian .....	42
D. Besar Sampel.....	43
E. Waktu dan Tempat Penelitian .....	46
F. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran ...	46
G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data .....	49
H. Teknik Pengolahan dan Analisis Data .....	54
I. Etika Penelitian .....	57

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor Tabel</b>	<b>Judul Tabel</b>	<b>Halaman</b>
Tabel 1	Variabel, definisi operasional, alat ukur, cara pengukuran, hasil pengukuran dan skala ukur	47

## DAFTAR GAMBAR

<b>Nomor Gambar</b>	<b>Judul Gambar</b>	<b>Halaman</b>
Gambar 1	Kerangka Teori	40
Gambar 2	Kerangka Konsep	41

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Nomor Lampiran</b>	<b>Keterangan Lampiran</b>
1	Lembar Informed Consent
2	Lembar Ijin Instrumen
3	Lembar kuesioner Penelitian
4	Jadwal Konsultasi dan Catatan Hasil Konsultasi
5	Surat Permohonan Pengkajian Data Awal

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa masalah kesehatan mental adalah masalah yang menjadi perhatian internasional dan menjadi agenda kebijakan selama beberapa tahun terakhir, karena diperkirakan beban gangguan mental akan naik secara signifikan pada dekade berikutnya.<sup>(1)</sup> Gangguan jiwa berat menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) adalah gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (*insight*) yang buruk.<sup>(2)</sup> Salah satu gangguan mental yang menjadi perhatian, dan banyak ditemukan di semua wilayah adalah skizofrenia.<sup>(3)</sup>

Jumlah penderita skizofrenia memiliki angka prevalensi yang cukup tinggi. Menurut WHO, skizofrenia adalah bentuk gangguan jiwa berat yang mempengaruhi 7/1000 populasi orang dewasa, terutama kelompok usia 15-35 tahun. Fakta yang ada, skizofrenia mempengaruhi kurang lebih 24 juta orang di dunia, lebih dari 50 % penderitanya tidak menerima perawatan yang sesuai dan 90% skizofrenia yang tidak tertangani berada di negara berkembang.<sup>(1)</sup> Hasil Riskesdas menunjukkan prevalensi skizofrenia di Indonesia adalah 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang, sedangkan prevalensi skizofrenia di provinsi Jawa Tengah mencapai 2,3 % dari seluruh populasi yang ada.<sup>(2)</sup> Prevalensi gangguan jiwa di Semarang dilihat dari jumlah pasien yang dirawat

di Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Dr. Amino Gondohutomo Semarang yaitu sebesar 3914 jiwa, dengan 99,9 % menderita skizofrenia.<sup>(4)</sup> Populasi orang dengan skizofrenia (ODS) yang di rawat di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo pada bulan Februari adalah sejumlah 243 orang.

Skizofrenia merupakan suatu penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal, serta memecahkan masalah.<sup>(5)</sup> Penderita skizofrenia mengalami keretakan kepribadian, alam pikir, perasaan dan perbuatan. Pada individu normal alam pikiran, perasaan, dan perbuatan saling berkaitan atau searah, tetapi pada orang dengan skizofrenia (ODS) ketiga alam itu terputus, baik satu atau semuanya.<sup>(6)</sup> Gejala yang menyertai gangguan ini antara lain berupa halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh, misalnya agresivitas atau katatonik.<sup>(2)</sup>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (KEMENKES RI) menyatakan bahwa stigmatisasi dan diskriminasi masih sering dialami oleh anggota masyarakat yang dinilai berbeda dengan masyarakat pada umumnya, termasuk orang dengan skizofrenia (ODS).<sup>(7)</sup> Masalah yang sering terjadi yaitu penurunan produktivitas penderita.<sup>(2)</sup> Hal tersebut terjadi karena penderita lebih rentan terhadap stress, lebih tergantung, memiliki defisit yang sangat besar dalam keterampilan, pekerjaan dan hubungan dengan lingkungan sosialnya.<sup>(8)</sup> Orang dengan skizofrenia (ODS) lebih menunjukkan perubahan koping maladaptif yaitu bereaksi secara emosional. Penggunaan koping maladaptif

akan berdampak pada ketidakpuasan spiritual dan kepasifan dalam beragama.<sup>(9)</sup>

Keyakinan spiritual pada orang dengan skizofrenia (ODS) dikaitkan dengan penurunan tingkat merokok, peningkatan kualitas hidup, dan prognosis yang lebih baik.<sup>(10)</sup> Keyakinan spiritual juga dapat menurunkan resiko bunuh diri, dan mengurangi resiko penggunaan narkoba.<sup>(11)</sup> Namun, pada beberapa pasien dengan religiusitas tinggi dikaitkan dengan risiko yang lebih tinggi terjadi usaha bunuh diri. Hal tersebut disebabkan oleh koping agama negatif yang meningkatkan putus asa.<sup>(12)</sup>

Pengobatan pada orang dengan skizofrenia (ODS) harus dilakukan supaya tidak menyebabkan resiko yang lebih besar terjadinya kemunduran mental pada pasien.<sup>(13)</sup> Faktanya, masih banyak orang dengan skizofrenia (ODS) yang tidak mendapat penanganan secara medis atau yang *drop out* dari penanganan medis. Hal tersebut dikarenakan oleh beberapa faktor seperti kekurangan biaya, rendahnya pengetahuan keluarga dan masyarakat sekitar terkait dengan gejala gangguan jiwa, dan sebagainya. Akibat yang ditimbulkan adalah masih banyak penderita gangguan jiwa yang dipasung oleh anggota keluarganya, agar tidak mencederai dirinya atau menyakiti orang lain disekitarnya.<sup>(14)</sup>

Penanganan pada orang dengan skizofrenia (ODS) dibedakan menjadi dua yaitu dengan pemberian terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi. Terapi farmakologi yang diberikan yaitu berupa obat-obatan jenis antipsikotik dan antidepresan. Salah satu terapi nonfarmakologi yang dapat diberikan yaitu dengan pemenuhan aspek kebutuhan spiritual pasien, dan mendorong pasien

untuk mengikuti kegiatan keagamaan sesuai dengan kepercayaan spiritual mereka.<sup>(15)</sup> WHO menyatakan bahwa perawatan suportif pada pasien dengan penyakit kronis termasuk orang dengan skizofrenia (ODS) yaitu dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, diikuti dengan pemenuhan kebutuhan fisik dan psikososial.<sup>(1)</sup>

Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan Yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta serta tentang kekuatan hidup yang berguna bagi masyarakat dan lingkungan majemuk tanpa kehilangan identitas diri.<sup>(16)</sup> Spiritualitas sebagai suatu yang multidimensi yaitu dimensi eksistensial dan dimensi agama. Dimensi eksistensial berfokus pada tujuan dan arti kehidupan, sedangkan dimensi agama lebih berfokus pada hubungan seseorang dengan Tuhan Yang Maha Kuasa.<sup>(17)</sup>

Tingkat spiritualitas seseorang berhubungan dengan terpenuhinya aspek kebutuhan spiritual mereka. Kebutuhan spiritualitas adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan. Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan untuk mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai serta rasa ketertarikan, dan kebutuhan untuk memberi dan mendapatkan maaf.<sup>(17)</sup>

Kebutuhan spiritual merupakan salah satu bentuk asuhan yang dapat diberikan kepada penderita skizofrenia, karena spiritual sangat berhubungan dengan ketenangan batin. Jika ketenangan batin tidak terpenuhi maka kualitas

hidup secara keseluruhan juga akan terganggu.<sup>(8)</sup> Kebutuhan spiritual adalah hal yang unik bagi setiap individu. Pada individu sakit, tingkat spiritualitas dapat semakin meningkat maupun sebaliknya, tergantung pada coping individu dalam mengatasinya.

Teori spiritual menyatakan bahwa manusia didefinisikan sebagai makhluk spiritual.<sup>(18)</sup> Psikologi transpersonal mendefinikan bahwa dimensi komponen kesadaran manusia tidak terbatas hanya psiko-fisik, psiko-kognitif dan psikohumanis, namun ada dimensi yang lebih dalam yaitu berupa kesadaran batin, dimensi mistis manusia atau biasa disebut sebagai dimensi spiritual.<sup>(19)</sup> Terapi transpersonal bertujuan untuk menggabungkan *conscious ego* dengan *subconscious* yang ada di dalam diri setiap individu dengan maksud untuk mengaktifkan dan mengembangkan kemampuan individu untuk menyembuhkan diri (*self healing*). Proses transpersonal meliputi praktik dari tradisi spiritual seperti meditasi dan metode psikologi yang dapat berguna dalam perjalanan spiritual seperti saat menghadapi kecemasan.<sup>(18)</sup>

Faktor-faktor yang mempengaruhi spiritualitas menurut Craven & Hirnle antara lain, pertama usia dimana cara pandang usia anak, remaja, dewasa, dan lansia terhadap spiritual akan berbeda. Kedua kebudayaan dimana latar belakang sosial budaya dan tradisi agama di keluarga maupun lingkungan tempat tinggal akan mempengaruhi tingkat spiritual. Ketiga keluarga memiliki peran yang sangat berpengaruh terhadap perkembangan spiritualitas anak. Keempat pengalaman hidup dimana cara pandang dalam memaknai pengalaman hidup dan kemampuan coping seseorang dipengaruhi oleh

spiritualitas. Kelima krisis dan perubahan yaitu pada pasien dengan penyakit terminal dan prognosis yang buruk, keyakinan spiritual akan lebih tinggi dibandingkan pasien dengan penyakit akut. Keenam terpisah dari ikatan spiritual dimana semakin lama individu terpisah dari ikatan spiritual, maka dapat beresiko terjadinya perubahan fungsi spiritual. Ketujuh isu moral terkait dengan terapi dimana terapi medis sering dipengaruhi oleh keyakinan agama pasien, sehingga konflik antara terapi dengan keyakinan agama sering terjadi.<sup>(20)</sup>

Penelitian menunjukkan bahwa agama dan spiritual sangat penting bagi orang dengan skizofrenia (ODS). Hasil penelitian Mohr menunjukkan bahwa spiritual dapat digunakan untuk mengatasi gejala yang diakibatkan oleh skizofrenia. Di London 61% pasien psikotik menggunakan strategi agama untuk mengatasi gejalanya, 30% dari mereka menunjukkan perbaikan kondisi. Agama juga digunakan untuk mengatasi halusinasi pendengaran pada 43% pasien di Saudi Arabia dan 3% pasien di Inggris, sedangkan di Amerika utara 80% dari pasien menggunakan agama untuk mengatasi gejala dan kesulitan mereka sehari-hari.<sup>(21)</sup>

Beberapa penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa spiritualitas sangat berpengaruh terhadap orang dengan skizofrenia (ODS). Penelitian oleh Sari & Dwidiyanti (2014) yang berjudul *mindfulness* dengan pendekatan spiritualitas pada pasien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan menunjukkan bahwa klien dengan resiko perilaku kekerasan yang diberikan intervensi *mindfulness* dapat mengontrol emosi dan menenangkan hati.<sup>(22)</sup> Menurut Anandarajah

(2007), ada hubungan yang kuat antara emosional dan kebutuhan spiritual pasien, kepuasan mereka dalam pengobatan, dan adanya pengurangan gejala seperti kecemasan, nyeri, dan depresi.<sup>(23)</sup>

Pemenuhan kebutuhan spiritualitas pasien orang dengan skizofrenia (ODS) sangat berdampak bagi peningkatan kualitas hidup mereka. Hasil penelitian Syahidah (2015) mengenai hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup pada orang dengan skizofrenia menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat spiritualitas, maka semakin tinggi kualitas hidup orang dengan skizofrenia (ODS).<sup>(24)</sup> Penelitian lain yang dilakukan oleh Ariyani (2014) menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritualitas mempengaruhi kualitas hidup orang dengan skizofrenia (ODS). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi memfasilitasi pasien dalam melaksanakan sholat, berdzikir, berdoa dan membaca kitab suci Al Quran yaitu kualitas hidup baik sebanyak 75% dari sebelum diberikan intervensi sebanyak 25%, kualitas hidup sedang sebanyak 25% dari sebelum diberikan intervensi sebanyak 41,7%, dan kualitas hidup buruk sebanyak 0% dari sebelum diberikan intervensi sebanyak 33.3%.<sup>(8)</sup>

Orang dengan skizofrenia (ODS) juga memiliki tingkat spiritualitas yang sama seperti individu lainnya. Nurbaiti (2016) dalam penelitiannya mengenai gambaran spiritualitas pada penderita gangguan jiwa di Panti Rehabilitasi Sosial Maunatul Mubarak Sayung, Demak menunjukkan bahwa 40 orang (63,5 %) penderita gangguan jiwa memiliki tingkat spiritualitas dalam kategori baik dan 35 orang (55,5 %) penderita gangguan jiwa memiliki kedekatan dengan

Tuhan dalam kategori agak dekat.<sup>(25)</sup> Penelitian serupa oleh Rohmatullah (2014) tentang gambaran spiritualitas pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Poliklinik Rawat Jalan RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang menyatakan bahwa sebanyak 52 orang (53 %) ODS memiliki tingkat spiritualitas dalam kategori tinggi dan 71 orang (72,4 %) ODS memiliki kedekatan dengan Tuhan dalam kategori agak dekat.<sup>(26)</sup>

Kebutuhan spiritual dibagi menjadi empat kategori, yaitu kebutuhan beragama (*religious need*), kebutuhan akan kedamaian (*inner peace*), kebutuhan akan makna keberadaan (*existential need*), dan kebutuhan memberi (*actively giving*). Peneliti melakukan studi pendahuluan dengan mengajukan pertanyaan yang mencakup empat kategori kebutuhan spiritual tersebut, dimana setiap kategori diambil satu pertanyaan. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada hari Jumat 6 Januari 2017 kepada 10 orang dengan skizofrenia (ODS) yang di rawat di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang didapatkan hasil bahwa untuk kategori *religious need* yaitu semua ODS memiliki waktu menyendiri untuk berdoa, kategori *inner peace* yaitu 6 dari 10 ODS sering membicarakan kekhawatiran atau ketakutan yang dirasakan kepada orang lain, kategori *existential need* yaitu 5 dari 5 ODS pernah merenungkan kembali kehidupan sebelumnya, dan kategori *actively giving* yaitu 8 dari 10 ODS mendapatkan dukungan yang lebih dari keluarga. Hal tersebut menunjukkan bahwa ODS membutuhkan pemenuhan kebutuhan spiritualitas dalam proses perawatan.

Peneliti melakukan pengkajian kepada ODS dan didapatkan hasil bahwa ODS tidak melaksanakan ibadah sholat karena kondisi tempat yang tidak nyaman dan ramai sehingga sulit untuk mendekati diri kepada Tuhan. ODS juga mengatakan bahwa tidak beribadah dikarenakan tidak ada dukungan dari keluarga, dan merasa marah serta tidak adil kepada Tuhan karena penyakit yang diderita. ODS yang masih bingung dengan kebutuhan spiritualnya perlu diperhatikan dan dibantu dalam memenuhi kebutuhannya. Permasalahan kebutuhan spiritual pasien yang belum terpenuhi tersebut, mendorong penulis untuk meneliti lebih lanjut mengenai gambaran tingkat kebutuhan spiritual pada orang dengan skizofrenia (ODS).

## **B. Rumusan Masalah**

Skizofrenia adalah bentuk gangguan jiwa berat yang mempengaruhi 7/1000 populasi orang dewasa, terutama kelompok usia 15-35 tahun. Stigmatisasi dan diskriminasi masih sering dialami oleh orang dengan skizofrenia (ODS) dan hal tersebut memberikan dampak buruk bagi kondisi penderita. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritualitas dapat meningkatkan kualitas hidup orang dengan skizofrenia (ODS). Spiritual sangat berhubungan dengan ketenangan batin, apabila ketenangan batin tidak terpenuhi maka kualitas hidup secara keseluruhan juga akan terganggu. Peneliti ingin mengetahui tingkat kebutuhan spiritual pada orang dengan skizofrenia (ODS). Apakah tergolong tinggi, sedang, atau rendah. Setelah diketahui hasilnya, diharapkan semua pihak dapat

menindaklanjutinya supaya kebutuhan spiritual pada orang dengan skizofrenia (ODS) dapat terpenuhi, dan dapat mempercepat proses penyembuhan. Penelitian ini diperlukan untuk lebih mengetahui tentang gambaran tingkat kebutuhan spiritual pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran tingkat kebutuhan spiritual pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui gambaran karakteristik orang dengan skizofrenia (ODS) yang di rawat di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- b. Mengetahui tingkat kebutuhan beragama (*religious need*) pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- c. Mengetahui tingkat kebutuhan akan kedamaian (*inner peace*) pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

- d. Mengetahui tingkat kebutuhan akan makna keberadaan (*existential need*) pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- e. Mengetahui tingkat kebutuhan memberi (*actively giving*) pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

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

##### 1. Bagi Orang dengan skizofrenia (ODS)

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pasien khususnya orang dengan skizofrenia (ODS) mengenai gambaran tingkat kebutuhan spiritual pada orang dengan skizofrenia (ODS).

##### 2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai gambaran tingkat kebutuhan spiritual pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

##### 3. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi pelayanan kesehatan jiwa baik di rumah sakit jiwa maupun di pelayanan masyarakat, sehingga dapat dijadikan dasar bagi pembentukan kebijakan baru meliputi program kerja, implementasi, dan evaluasi program yang berkaitan dengan orang dengan skizofrenia (ODS).

#### 4. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pemahaman, pengetahuan, dan wawasan mengenai tingkat kebutuhan spiritual pada orang dengan skizofrenia (ODS), serta mengenai proses penelitian yang baik dan benar.

#### 5. Bagi Peneliti Lain

Penelitian tentang gambaran tingkat kebutuhan spiritual pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang diharapkan dapat menjadi referensi terkait kebutuhan spiritual yang dianggap sangat penting pada orang dengan skizofrenia (ODS).

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Konsep Dasar Spiritualitas**

###### **a. Definisi**

Spiritualitas adalah kata yang sulit dipahami dan didefinisikan. Spiritualitas berbeda dengan religius, religius adalah kepercayaan yang terorganisir, praktik, ritual, dan simbol keyakinan kepada Tuhan.<sup>(27)</sup> Spiritualitas merupakan ajang pencarian diri untuk memahami jawaban atas pertanyaan tentang kehidupan, tentang makna, dan tentang hubungan yang sakral yaitu hubungan dengan Tuhan.<sup>(28)</sup>

Tingkat spiritualitas seseorang berhubungan dengan terpenuhinya aspek kebutuhan spiritual mereka. Kebutuhan spiritualitas adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan. Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan untuk mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai serta rasa ketertarikan, dan kebutuhan untuk memberi dan mendapatkan maaf.<sup>(17)</sup>

## b. Karakteristik Spiritualitas

Pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan harus memperhatikan kebutuhan spiritual pasien. Berikut adalah karakteristik spiritualitas menurut Hamid, antara lain:<sup>(17)</sup>

### 1) Hubungan dengan diri sendiri

Hubungan dengan diri sendiri berasal dari kekuatan dalam individu atau kemandirian. Hubungan tersebut seperti pengetahuan diri tentang siapa dirinya, apa yang dapat dilakukannya, dan sikap percaya pada diri sendiri, percaya pada kehidupan/masa depan, dan memiliki ketenangan pikiran, harmoni atau selarasan dengan diri sendiri.

### 2) Hubungan dengan alam harmonis

Mampu mengetahui tentang tanaman, pohon, margasatwa, dan iklim. Selain itu juga mampu berkomunikasi dengan alam dengan cara bertanam, berjalan kaki dan melindungi alam.

### 3) Hubungan dengan orang lain harmonis/suportif

Mampu berhubungan baik dengan orang lain, seperti mengasuh anak, orang tua dan orang sakit, serta meyakini kehidupan dan kematian (mengunjungi, melayat, dan lain-lain).

### 4) Hubungan dengan ketuhanan

Hubungan dengan ketuhanan dapat dilihat dari individu agamis atau tidak agamis, seperti teratur melaksanakan ibadah, selalu berdoa, dan menjaga alam.

### c. Aspek Spiritualitas

Bussing menjelaskan bahwa terdapat empat aspek spiritual pada setiap individu, baik pada remaja maupun dewasa. Adapun empat aspek spiritual adalah sebagai berikut:<sup>(29)</sup>

#### 1) Orientasi agama

Orientasi agama yaitu pandangan individu tentang kepercayaan dan keyakinan adanya Tuhan. Hal tersebut diaplikasikan dalam bentuk ritual agama seperti beribadah dan berdoa.

#### 2) Mencari dan mengembangkan pengetahuan

Individu yang memiliki keyakinan spiritualitas tinggi akan memiliki dorongan lebih untuk mencari tahu tentang makna kehidupan, keinginan untuk mengembangkan kemampuan diri, dan selalu ingin meningkatkan kebaikan.

#### 3) Kesadaran berinteraksi

Kesadaran berinteraksi menjadi hal penting dalam kehidupan, karena sebagai makhluk sosial akan saling membutuhkan. Individu yang memiliki keyakinan spiritualitas tinggi akan menjaga hubungan baik dengan sesama. Adapun macam-macam kesadaran berinteraksi meliputi hubungan interaksi dengan diri sendiri, dengan orang lain, dan lingkungan sekitar.

#### 4) Keyakinan kepada Tuhan

Keyakinan kepada Tuhan merupakan elemen penting dalam aspek spiritualitas. Meyakini adanya kekuatan yang lebih tinggi

menjadikan individu meyakini bahwa manusia merupakan makhluk spiritual.

#### d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Spiritualitas

Menurut Craven & Hirnle terdapat beberapa faktor penting yang dapat memengaruhi spiritualitas seseorang, antara lain:<sup>(20)</sup>

##### 1) Usia

Usia sangat berpengaruh terhadap tingkat spiritualitas seseorang. Usia anak, remaja, dewasa, dan lansia cara pandang mereka terhadap spiritual akan berbeda. Masa anak-anak merupakan masa bermain dimana anak belum begitu mengerti tentang spiritual dan bagaimana cara menerapkannya. Masa remaja adalah masa peralihan dari anak ke dewasa dimana dalam tahap ini seseorang sedang mencari jati diri dan pendalaman spiritual. Pada masa dewasa seseorang lebih banyak disibukkan oleh pekerjaan dan waktu untuk beribadah lebih sedikit dibandingkan usia lansia.

##### 2) Kebudayaan

Latar belakang sosial budaya dan tradisi agama di dalam keluarga maupun lingkungan tempat tinggal akan mempengaruhi tingkat spiritual, sikap, tingkah laku, kepercayaan dan nilai-nilai yang diyakini.

##### 3) Keluarga

Peran keluarga sangat berpengaruh terhadap perkembangan spiritualitas anak terutama peran orang tua. Hal ini dikarenakan

keluarga merupakan lingkungan terdekat dan pengalaman pertama anak dalam mempersepsikan kehidupan di dunia.

#### 4) Pengalaman hidup

Cara pandang dalam memaknai pengalaman hidup dan kemampuan coping seseorang dipengaruhi oleh spiritualitas. Pengalaman hidup positif membuat seseorang bersyukur dan pengalaman negatif dianggap sebagai cobaan untuk menguji keimanan seseorang.

#### 5) Krisis dan perubahan

Krisis yang dimaksudkan adalah kondisi ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan bahkan kematian. Pada pasien dengan penyakit terminal dan prognosis yang buruk, keyakinan spiritual dan keinginan untuk sembahyang atau berdoa lebih tinggi dibandingkan pasien dengan penyakit akut. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual, dan juga pengalaman yang bersifat fisik dan emosional.

#### 6) Terpisah dari ikatan spiritual

Pasien dengan penyakit kronik lebih banyak menghabiskan waktu di pelayanan kesehatan. Hal tersebut memberikan tekanan tersendiri bagi pasien yaitu pasien merasa kehilangan kebebasan pribadi. Semakin lama pasien terpisah dari ikatan spiritual, maka dapat beresiko terjadinya perubahan fungsi spiritualnya.

### 7) Isu moral terkait dengan terapi

Terapi medis sering dipengaruhi oleh keyakinan agama pasien, sehingga konflik antara terapi dengan keyakinan agama sering dialami oleh pasien dan tenaga kesehatan.

### e. Terapi Spiritual

Terapi spiritual berdasarkan *Nursing Intervention Classification* (NIC) meliputi:<sup>(30)</sup>

#### 1) Memfasilitasi pertumbuhan spiritual

Memfasilitasi pertumbuhan spiritual pada pasien untuk mengidentifikasi kapasitas, terhubung dengan, dan berseru kepada sumber makna, tujuan, kenyamanan, kekuatan, dan harapan dalam hidup mereka.

Berikut beberapa intervensi yang dapat dilakukan yaitu:

- a) Tunjukkan kepedulian dan berikan kenyamanan dengan menghabiskan waktu bersama pasien dan keluarga pasien.
- b) Dorong percakapan yang membantu pasien dalam memilah masalah spiritual.
- c) Bantu pasien mengidentifikasi hambatan dan sikap yang menghambat pertumbuhan atau penemuan diri.
- d) Tawarkan individu dan kelompok *prayer support*.
- e) Dorong pasien untuk mengkaji komitmen spiritualnya berdasarkan keyakinan dan nilai-nilai.

- f) Fasilitasi lingkungan yang menunjang meditasi atau perilaku merenung untuk merefleksikan diri.
  - g) Merujuk untuk mengikuti *support grup*
- 2) Mengembangkan spiritual
- a) Perlakukan pasien dengan bermartabat dan hormat
  - b) Dorong pasien untuk menggunakan komitmen spiritualnya untuk mengatasi hambatan dan sikap yang menghambat perkembangan spiritual.
  - c) Gunakan alat untuk memonitor dan mengevaluasi kesejahteraan spiritual pasien
  - d) Gunakan tehnik klarifikasi nilai untuk membantu pasien mengklarifikasi kepercayaan dan nilai
- 3) Terapi spiritual

Dukungan spiritual dilakukan untuk membantu pasien merasa seimbang dan memiliki hubungan dengan kekuatan yang lebih besar. Berikut beberapa intervensi yang dapat dilakukan, yaitu:

- a) Gunakan komunikasi terapeutik untuk meningkatkan kepercayaan dan kepedulian.
- b) Dorong individu untuk merenungkan kehidupan di masa lalu dan fokus pada peristiwa dan hubungan yang memberikan kekuatan dan dukungan spiritual.
- c) Berikan privasi dan waktu sendiri bagi pasien untuk melakukan kegiatan spiritual.

- d) Dorong pasien untuk berpartisipasi dalam kegiatan *support group*.
- e) Ajarkan metode relaksasi, meditasi, dan *guide imagery*
- f) Fasilitasi pasien untuk melakukan meditasi, beribadah, dan kegiatan keagamaan lainnya
- g) Berdoa bersama dengan pasien

f. Manifestasi Perubahan Fungsi Spiritual

Perawat harus memperhatikan perilaku dan ekspresi pasien selama proses perawatan. Kategori ekspresi kebutuhan spiritualitas adaptif dan maladaptif dapat memudahkan perawat dalam mengkaji potensial distress spiritual pada pasien maupun keluarga pasien.<sup>(17)</sup> Terlebih pada orang dengan skizofrenia (ODS), dimana pasien lebih menunjukkan perubahan maladaptif. Berikut perubahan maladaptif yang harus diperhatikan, antara lain:

1) Verbalisasi distress

Pasien yang mengalami gangguan fungsi spiritual biasanya mengungkapkan masalah yang dialaminya dan mengekspresikan kebutuhan untuk mendapatkan bantuan. Kepekaan perawat sangat penting untuk menyimpulkan masalah yang sedang terjadi pada pasien.

2) Perubahan perilaku

Perubahan perilaku pada pasien seperti perasaan bersalah, takut, depresi, cemas mungkin menunjukkan adanya distress spiritual. Reaksi setiap pasien dalam menghadapi akan berbeda-beda, dan pada orang

dengan skizofrenia (ODS) lebih sering terlihat perilaku maladaptif seperti bereaksi secara emosional.

g. Hubungan Spiritualitas terhadap Kesehatan

Penelitian tentang hubungan antara agama dan kesehatan sudah banyak dilakukan, dan mayoritas mendapatkan hasil hubungan yang positif dan signifikan. Hasil penelitian Koenig tentang hubungan spiritual terhadap kesehatan, adalah sebagai berikut:<sup>(31)</sup>

1) Koping dan depresi

Pasien yang dirawat di rumah sakit dan mengandalkan agama memiliki koping yang lebih baik daripada mereka yang tidak mengandalkan agama. Selain itu, pasien yang mengandalkan agama memiliki kemungkinan kecil mengalami depresi, dan bahkan jika mengalami depresi mereka akan pulih lebih cepat.

Sekitar dua pertiga (65%) dari studi observasional menemukan tingkat signifikan gangguan depresi lebih rendah atau gejala depresi lebih sedikit pada mereka yang mengandalkan agama, dan 68% dari studi prospektif menemukan bahwa seseorang yang memiliki keyakinan spiritual lebih tinggi diperkirakan lebih kecil kemungkinan mengalami depresi.

2) Bunuh diri dan penyalahgunaan zat

Dari 68 penelitian yang meneliti bunuh diri, 84% menemukan bahwa kemungkinan kecil bunuh diri atau sikap yang sedikit negatif yaitu pada orang dengan keyakinan agama tinggi. Dari hampir 140

studi yang telah meneliti keterlibatan agama dan penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan, 90% menemukan korelasi terbalik yang signifikan secara statistik antara keduanya.

### 3) Emosi positif

Kesejahteraan dan emosi positif meliputi kegembiraan, harapan, dan optimisme. Dari 100 studi yang meneliti hubungan ini, 79 menemukan bahwa seseorang yang beragama tinggi memiliki kesejahteraan, kebahagiaan, dan kepuasan hidup, daripada mereka yang kurang beragama. Dari 16 penelitian yang meneliti hubungan antara agama dan tujuan atau makna hidup, 15 menemukan bahwa seseorang yang beragama memiliki tujuan dan makna dalam hidup lebih besar.

### 4) Dukungan sosial

Hampir semua penelitian (19 dari 20 studi) yang meneliti agama dan dukungan sosial menemukan korelasi yang signifikan bahwa seseorang yang beragama tidak hanya memiliki jaringan dukungan yang lebih besar, tetapi juga memiliki kualitas jaringan sosial yang lebih tinggi.

### 5) Kesehatan fisik

Bidang psikoneuroimunologi menyatakan bahwa emosi positif dan dukungan sosial berdampak pada fungsi kekebalan tubuh yang lebih baik dan kesehatan jantung yang lebih kuat. Depresi dan isolasi

sosial pada penderita dapat memperburuk kesehatan dan pemulihan yang lambat dari penyakit.

#### 6) Memerlukan layanan kesehatan

Penelitian terhadap 542 pasien (usia enam puluh atau lebih) yang sering dirawat di Duke University Medical Center, orang-orang yang menghadiri pelayanan keagamaan 1x/minggu atau lebih adalah 56% dan memiliki kemungkinan yang lebih kecil untuk dirawat di rumah sakit ( $p < 0,0001$ ).

#### 7) Implikasi

Ada bukti yang berkembang dari penelitian sistematis bahwa keyakinan dan praktik keagamaan berkaitan dengan kesehatan mental yang lebih baik, kesehatan fisik yang lebih baik, dan frekuensi menggunakan pelayanan kesehatan yang minimal.

## 2. Konsep Dasar Skizofrenia

### a. Definisi

Skizofrenia merupakan suatu penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal, serta memecahkan masalah.<sup>(5)</sup> Penderita skizofrenia mengalami keretakan kepribadian, alam pikir, perasaan dan perbuatan. Pada individu normal alam pikiran, perasaan, dan perbuatan saling berkaitan atau searah, tetapi pada orang

dengan skizofrenia (ODS) ketiga alam itu terputus, baik satu atau semuanya.<sup>(6)</sup>

*Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM IV)* menjelaskan bahwa diagnosis skizofrenia dapat ditegakkan dengan diikuti beberapa karakteristik diantaranya yaitu terdapat dua atau lebih gejala seperti delusi, halusinasi, disorganisasi bicara, aktivitas motorik yang berlebihan (perilaku katatonik), dan gejala negatif muncul terus menerus selama enam bulan, dan sedikitnya selama satu bulan.<sup>(32)</sup>

#### b. Etiologi Skizofrenia

##### 1) Teori biologi

Klien skizofrenia kronis cenderung memiliki ventrikel otak yang lebih besar, dan volume jaringan otak yang lebih sedikit dari pada orang normal. Klien skizofrenia juga menunjukkan adanya aktivitas yang sangat rendah pada lobus frontalis otak. Ada juga kemungkinan abnormalitas dibagian-bagian otak lain seperti di *lobus temporalis*, *basal ganglia*, *thalamus*, *hippocampus* dan *superior temporal gyrus*.<sup>(33)</sup>

##### 2) Teori biokimia

Riset terakhir menunjukkan bahwa pada penderita skizofrenia, terjadi ketidakseimbangan kimiawi dan memperlihatkan adanya kelebihan reseptor dopaminergik pada susunan syaraf pusat (SSP).<sup>(34)</sup>

### 3) Teori keluarga

Keluarga sebagai lingkup terdekat pasien, dimana mereka memiliki peran penting dalam mengurangi kekambuhan pada pasien skizofrenia. Keluarga adalah orang terdekat pasien, sehingga keluarga harus terlibat dalam proses perawatan pasien.<sup>(35)</sup>

#### c. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Tanda dan gejala skizofrenia menurut Shives dibagi menjadi dua kategori yaitu gejala positif dan gejala negatif.<sup>(34)</sup>

##### 1) Gejala positif

Gejala positif merupakan gejala yang tidak dialami oleh kebanyakan individu secara normal tetapi dialami oleh penderita skizofrenia. Gejala halusinasi, delusi, atau kecurigaan yang disebabkan oleh adanya peningkatan jumlah dopamin yang mempengaruhi daerah kortikal otak. Gejala positif antara lain :

##### a) Halusinasi

Halusinasi adalah sebuah persepsi tanpa adanya stimulus. Halusinasi dapat terjadi dalam arti sentuhan, bau, rasa atau visi, tetapi halusinasi pendengaran merupakan halusinasi yang paling sering terjadi (biasanya pasien mendengar “suara-suara”).<sup>(36)</sup>

##### b) Waham

Waham adalah keyakinan yang salah yang didasarkan pada interpretasi yang salah atau tidak realistis dari suatu pengalaman atau persepsi.

c) Ekopraksia

Pasien mengikuti gestur dan gerakan pada orang lain.

d) Delusi

Delusi adalah keyakinan yang salah atau palsu, tidak sesuai dengan realita dan tidak dapat dikoreksi.<sup>(36)</sup> Delusi berkembang sesuai dengan pemikiran pribadi, sebagai contoh:

- Penganiayaan, pasien berfikir mereka adalah korban dari beberapa bentuk ancaman atau pusat konspirasi.
- Kepasifan, pasien berfikir bahwa pikiran atau tindakan mereka dikendalikan oleh kekuatan eksternal atau orang lain.
- Lainnya, misalnya kemegahan, seksual atau agama

e) Ambivalensi

Ambivalen yaitu dua perasaan atau keyakinan yang saling bertentangan tentang seseorang yang sama, kejadian atau situasi yang sama.

f) Asosiasi longgar

Asosiasi longgar adalah pikiran atau ide yang terpecah-pecah atau buruk.

g) Gagasan rujukan

Gagasan rujukan adalah kesan yang salah bahwa peristiwa eksternal memiliki makna khusus bagi individu.

h) *Flight of idea*

*Flight of idea* adalah aliran verbalisasi yang terus menerus saat individu sering melompat dari satu topik ke topik yang lain dengan cepat.

2) Gejala negatif

Gejala negatif mencerminkan adanya defisit terhadap respon emosi normal atau proses berpikir lainnya, dan reaksinya kurang baik terhadap pengobatan. Misalnya seperti kemampuan mempengaruhi, motivasi atau kemampuan untuk menikmati aktifitas. Gejala-gejala ini diperkirakan akibat dari jumlah dopamin yang tidak memadai pada atrofi otak atau adanya perubahan fungsional otak.<sup>(34)</sup>

a) Apatis

Apatis merupakan kurangnya emosi, motivasi dan antusiasme, serta perasaan tidak peduli dengan lingkungan.

b) Alogia

Pembicaraan sangat minim, dan isi dari pembicaraan tidak begitu bermakna. Ada pula pasien yang berbicara dan isi pembicaraannya bermakna, namun ketika berbicara berhenti tiba-tiba, dan dilanjutkan selang beberapa waktu.

c) Afek datar

Ekspresi wajah yang datar atau tidak adanya ekspresi yang akan menunjukkan emosi atau mood.

d) Afek tumpul

Ekspresi sebuah perasaan emosi atau mood yang terbatas.

e) Anhedonia

Perasaan tidak bahagia dalam menjalani hidup, aktivitas atau hubungan.

f) Katatonia

Pasien dapat dibuat seperti patung, posisi tubuh yang aneh dan sulit untuk dibengkokkan, misalnya membengkokkan lengan, tangan, badan.

g) Tidak memiliki kemauan

Tidak adanya keinginan, ambisi, atau dorongan untuk bertindak melakukan aktivitas.

3) Gejala kognitif

Pasien skizofrenia juga mengalami gangguan kognitif, misalnya pada memori, kemampuan memperhatikan dan fungsi eksekutif yang terpengaruh. Obat-obat antipsikotik tidak mampu untuk mengurangi gejala dan mungkin akan memperburuk mereka.<sup>(37)</sup>

d. Cara Mendiagnosa Skizofrenia ( F20 )

Berdasarkan ICD-10 dan PPDGJ III, untuk mendiagnosa skizofrenia harus ada sedikitnya satu gejala yang muncul dengan jelas atau dua gejala atau lebih apabila gejala yang muncul kurang jelas.<sup>(38)</sup>

Berikut gejala-gejala yang muncul:

1) *Thought echo* yaitu isi pikiran dirinya sendiri yang bergema dan berulang dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda.

*Thought insertion or withdrawal* yaitu isi pikiran asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*).

*Thought broadcasting* yaitu isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.

2) *Delusion of control* yaitu waham tentang dirinya dikendalikan oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar.

*Delusion of influence* yaitu waham tentang dirinya dipengaruhi oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar.

*Delusion of passivity* yaitu waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap kekuatan dari luar.

*Delusion of perception* yaitu pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

3) Halusinasi Auditorik

Halusinasi auditorik yaitu suara halusinasi yang berkomentar secara terus-menerus tentang perilaku pasien. Mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara). Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

4) Waham-waham menetap lainnya

Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil. Misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dan dunia lain).

5) Halusinasi yang menetap

Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.

6) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkohereni atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.

7) Perilaku katatonik, seperti gaduh, gelisah, posisi tubuh tertentu, atau fleksibilitas *cerea*, *negativisme*, *mutisme*, dan *stupor*.

8) Gejala-gejala negatif, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.

9) Gejala-gejala tersebut harus berlangsung minimal 1 bulan, dan perubahan yang signifikan dan konsisten dalam kualitas keseluruhan dari beberapa aspek perilaku pribadi, tandanya yaitu hilangnya minat, tanpa tujuan, malas, sikap egois dan penarikan sosial.

#### e. Epidemiologi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan penyakit gangguan jiwa berat yang dapat ditemukan pada masyarakat di seluruh dunia. Skizofrenia mempengaruhi individu sekitar 0,3-0,7% pada suatu saat dalam kehidupan mereka.<sup>(39)</sup> Skizofrenia paling banyak diderita oleh golongan usia 15-45 tahun dan merupakan golongan ekonomi lemah.<sup>(40)</sup> Penyakit ini muncul 1,4 kali lebih sering di kalangan pria dibandingkan wanita dan biasanya muncul lebih awal di kalangan pria. Usia puncak dari serangan awal adalah 20-28 tahun untuk pria dan 26-32 tahun untuk wanita.<sup>(36)</sup>

Penderita skizofrenia memiliki risiko yang jauh lebih besar untuk menjadi korban kejahatan yang melibatkan kekerasan maupun non-kekerasan.<sup>(41)</sup> Selain itu, penderita skizofrenia berisiko untuk bunuh diri dan melakukan tindakan kekerasan. Gejala positif skizofrenia yang muncul menjadi faktor penyebab penderita skizofrenia melakukan tindakan kekerasan yang berujung pada kejadian bunuh diri.<sup>(42)</sup>

#### f. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut DSM IV skizofrenia dengan ICD kode F.20 ada 5 klasifikasi pada skizofrenia yaitu diantaranya tipe paranoid, tipe katatonik, tipe terdisorganisasi, tipe tak terdiferensiasi dan tipe residual:<sup>(34)</sup>

### 1) Skizofrenia paranioid ( kode ICD F20.0 )

Penderita memperlihatkan ide-ide referensi dan pengaruh, serta mengalami delusi dikejar-kejar dan terkadang waham kebesaran. Gangguan pada tipe ini berkembang agak lambat dan kemungkinan muncul sedikit daripada reaksi skizofrenia lainnya. Ciri khas penderita skizofrenia paranoid yaitu murung, mudah tersinggung, dan curiga.<sup>(43)</sup> Contoh gejala paranoid yang paling umum adalah:<sup>(38)</sup>

- a) Delusi penganiayaan, referensi, kelahiran mulia, misi khusus, perubahan tubuh, atau kecemburuan.
- b) Suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi pendengaran tanpa bentuk verbal, seperti bersiul, bersenandung, atau tertawa
- c) Halusinasi dari bau atau rasa, atau sensasi tubuh seksual atau lainnya, halusinasi visual dapat terjadi namun jarang dominan.

### 2) Skizofrenia terdisorganisasi ( kode ICD F20.1 )

Tipe skizofrenia ini sebelumnya disebut skizofrenia hebefrenik yaitu pandangan orang awam tentang sakit jiwa. Ciri-ciri skizofrenia yang tidak teratur yaitu tingkah laku bodoh, ketidakpaduan antara pikiran, bicara, tindakan dan sifat kekanak-kanakan. Tipe skizofrenia ini umumnya terdapat di kalangan remaja dibandingkan dengan tipe-tipe yang lain, dan disintegrasi yang disebabkan lebih berat dibandingkan dengan tipe katatonik, dan paranoid. Orang yang menderita tipe skizofrenia ini akan menarik diri secara ekstrem,

mengalami halusinasi, dan delusi, meskipun tidak sekuat seperti pada skizofrenia paranoid.<sup>(43)</sup> Bentuk skizofrenia ini, biasanya dimulai antara usia 15 dan 25 tahun dan cenderung memiliki prognosis yang buruk karena pesatnya perkembangan gejala "negatif", terutama merata dari mempengaruhi dan kehilangan kemauan.<sup>(38)</sup>

### 3) Skizofrenia katatonik ( kode ICD F20.2 )

Ciri-ciri skizofrenia katatonik yaitu adanya gangguan pada proses motorik, ditandai dengan kegelisahan yang ekstrem, aktivitas motorik yang berlebihan atau hambatan motorik disertai negativisme (perlawanan terhadap perintah/nasehat), stupor, kegaduhan dan sikap mematung.<sup>(6)</sup>

Gejala katatonik fana dan terisolasi dapat terjadi pada jenis skizofrenia lain, tetapi untuk diagnosa skizofrenia katatonik harus menunjukkan satu atau lebih perilaku berikut yang mendominasi gambaran klinis:<sup>(38)</sup>

- a) Pingsan (ditandai penurunan reaktivitas terhadap lingkungan dan dalam gerakan dan aktivitas spontan) atau sifat bisu.
- b) Kegembiraan (aktivitas motorik tampaknya tanpa tujuan, tidak dipengaruhi oleh rangsangan eksternal).
- c) Sikap (asumsi sukarela dan pemeliharaan postur yang tidak pantas atau aneh).

- d) Negativisme (perlawanan tampaknya tanpa motif untuk semua instruksi atau upaya untuk dipindahkan, atau gerakan dalam arah yang berlawanan).
  - e) Kekakuan (pemeliharaan postur yang kaku terhadap upaya untuk dipindahkan).
  - f) Fleksibilitas lilin (pemeliharaan tungkai dan tubuh dalam posisi yang dikenakan eksternal).
  - g) Gejala lain seperti perintah otomatis (kepatuhan otomatis dengan petunjuk), dan perseverasi kata dan frase.
- 4) Skizofrenia tak terdiferensiasi ( kode ICD F20.3)

Skizofrenia yang tidak terperinci merupakan kategori keranjang sampah dimana penderita skizofrenia tipe ini tidak memiliki kriteria dari semua tipe skizofrenia.<sup>(43)</sup>

Kategori skizofrenia yang tidak terperinci, antara lain:

- a) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
  - b) Tanpa gejala yang cukup untuk memenuhi kriteria salah satu sub tipe F20.0, F20.1, F20.2, F20.4, atau F20.5, atau terdapat banyak gejala yang menunjukkan kriteria dari paranoid (F20.0), hebefrenik (F20.1), atau katatonik (F20.2).<sup>(38)</sup>
- 5) Skizofrenia residual ( kode ICD F20.5 )

Penderita skizofrenia residual adalah individu yang memiliki riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lalu dan sekarang memperlihatkan beberapa tanda skizofrenia seperti psikomotor

lambat, emosi yang tumpul, menarik diri dari orang lain atau masyarakat, tingkah laku eksentrik, dan mengalami gangguan pikiran. Tanda-tanda tersebut pada umumnya muncul tidak begitu kuat, begitu pula dengan tanda-tanda seperti halusinasi dan delusi, dimana tidak sering muncul atau samar-samar.<sup>(43)</sup> Diagnosis skizofrenia residual, harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- a) Gejala negatif skizofrenia menonjol, yaitu psikomotor melambat, aktivitas kurang, sikap pasif dan kurang inisiatif, kemiskinan kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi nonverbal yang buruk oleh ekspresi wajah, kontak mata, modulasi suara, dan postur tubuh, perawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
- b) Adanya bukti di masa lalu, setidaknya terjadi satu pertemuan episode psikotik yang jelas kriteria diagnostik untuk skizofrenia.
- c) Periode minimal 1 tahun selama intensitas dan frekuensi gejala seperti delusi dan halusinasi telah minimal, atau secara substansial berkurang dan gejala negatif skizofrenia telah hadir.
- d) Tidak adanya demensia atau penyakit otak organik atau gangguan, dan depresi kronis atau institusionalisme cukup untuk menjelaskan gangguan negatif.

#### g. Penatalaksanaan Skizofrenia

Terdapat dua terapi untuk menangani pasien skizofrenia, yaitu terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi:<sup>(35)</sup>

## 1) Terapi farmakologi

Terapi farmakologis terbagi menjadi dua yaitu antipsikotik dan antidepresan. Antipsikotik ada dua macam yaitu antipsikotik tipikal atau generasi pertama (Amitriptilin, klorpromazin, flufenazin, haloperidol, loksapin, molindon, ferfenazin, phenobarbital, thioridazin, thiotiksen dan trifluoperazin) dan antipsikotik atipikal atau generasi kedua (ariprazol, klozapin, olanzapine, paliperidon, quetiapin, risperidon dan ziprasidon).

Antidepresan adalah obat yang digunakan untuk mengobati kondisi serius yang dikarenakan depresi berat. Antidepresan terbagi menjadi dua yaitu generasi pertama (obat-obat *tricyclics* seperti amitriptilin, clopiramine, dorsepin, imipramine, desipiramine, nortriptyline; obat-obat *tetracyclics* seperti mirtazapine; dan obat-obat MAOIs seperti dopamine, serotonin, norepinefrin, epinefrin) dan generasi kedua (obat-obat *SSRIs* seperti fluoxetine, citalopram, paroxetine; obat-obat *SNRIs* seperti venlafaxine, duloxetine; dan obat-obat *Miscellaneous*).

## 2) Terapi nonfarmakologi

### a) Terapi perilaku kognitif

Terapi perilaku kognitif dapat mengurangi frekuensi dan keparahan gejala positif.

b) *Family Support* (dukungan keluarga)

Keluarga adalah orang terdekat pasien, sehingga keluarga harus terlibat dalam proses perawatan pasien. Keluarga membutuhkan pendidikan, bimbingan dan dukungan serta pelatihan untuk membantu mengoptimalkan peran dari setiap anggota keluarga.

c) *Program for Assertive Community Treatment (PACT)*

PACT merupakan program rehabilitasi yang terdiri dari manajemen kasus dan intervensi aktif oleh satu tim menggunakan pendekatan yang sangat terintegrasi.

d) Terapi pelatihan ketrampilan sosial

Teknik perilaku atau kegiatan pembelajaran bertujuan untuk memperbaiki kekurangan dalam fungsi sosial pasien.

e) Terapi *spiritual support* (dukungan spiritual)

Spiritual sebagai salah satu aspek dalam pemberian terapi terapeutik. Dimana spiritual menjadi salah satu bagian penting dalam kesembuhan pada seseorang terutama pada pasien dengan masalah kejiwaan berat seperti skizofrenia.

### **3. Kebutuhan Spiritualitas Pada Orang dengan skizofrenia (ODS)**

Kebutuhan spiritualitas adalah hal unik bagi setiap individu. Pada individu sakit, tingkat spiritualitas dapat semakin meningkat maupun sebaliknya, tergantung pada coping individu dalam mengatasinya. Kebutuhan spiritual merupakan salah satu bentuk asuhan yang dapat

diberikan pada penderita skizofrenia, karena spiritual sangat berhubungan dengan ketenangan batin. Jika ketenangan batin tidak terpenuhi maka kualitas hidup secara keseluruhan juga akan terganggu.<sup>(8)</sup>

Penanganan pada orang dengan skizofrenia (ODS) harus dilakukan supaya tidak menyebabkan resiko yang lebih besar terjadinya kemunduran mental pada pasien.<sup>(13)</sup> Penanganan pada orang dengan skizofrenia (ODS) dibedakan menjadi dua yaitu dengan pemberian terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi. Terapi farmakologi yang diberikan yaitu berupa obat-obatan jenis antipsikotik dan antidepresan.<sup>(15)</sup> Terapi nonfarmakologi yang dapat diberikan antara lain terapi perilaku kognitif, *fammily support* (dukungan keluarga), *Program for Assertive Community Treatment (PACT)*, terapi pelatihan keterampilan sosial, dan terapi *spiritual support* (dukungan spiritual).<sup>(35)</sup> Spiritual sebagai salah satu aspek pemberian terapi terapeutik, dimana penerapan kepada pasien yaitu dengan pemenuhan aspek kebutuhan spiritual pasien, dan mendorong pasien untuk mengikuti kegiatan keagamaan sesuai dengan kepercayaan spiritual mereka.<sup>(15)</sup>

Bussing menyatakan bahwa kebutuhan spiritual dibagi dalam beberapa kategori, yaitu:<sup>(44)</sup>

a. Kebutuhan beragama (*religious needs*)

Kebutuhan beragama dibagi menjadi beberapa kegiatan seperti berdo'a dengan orang lain, berdo'a untuk diri sendiri dan orang lain,

berpartisipasi dalam kegiatan agama, membaca buku spiritual atau buku keagamaan, dan berserah kepada Tuhan.

b. Kebutuhan akan kedamaian (*need for inner peace*)

*Need for inner peace* merupakan kebutuhan spiritual yang diharapkan oleh individu untuk mencapai tingkat kedamaian dan ketenangan dalam hidup. Kegiatan yang dapat dilakukan seperti berbicara dan berdiskusi dengan orang lain terkait kekhawatiran atau ketakutan yang dialami, mencari kedamaian di alam bebas, dan menyendiri.

c. Kebutuhan akan makna keberadaan (*existential needs*)

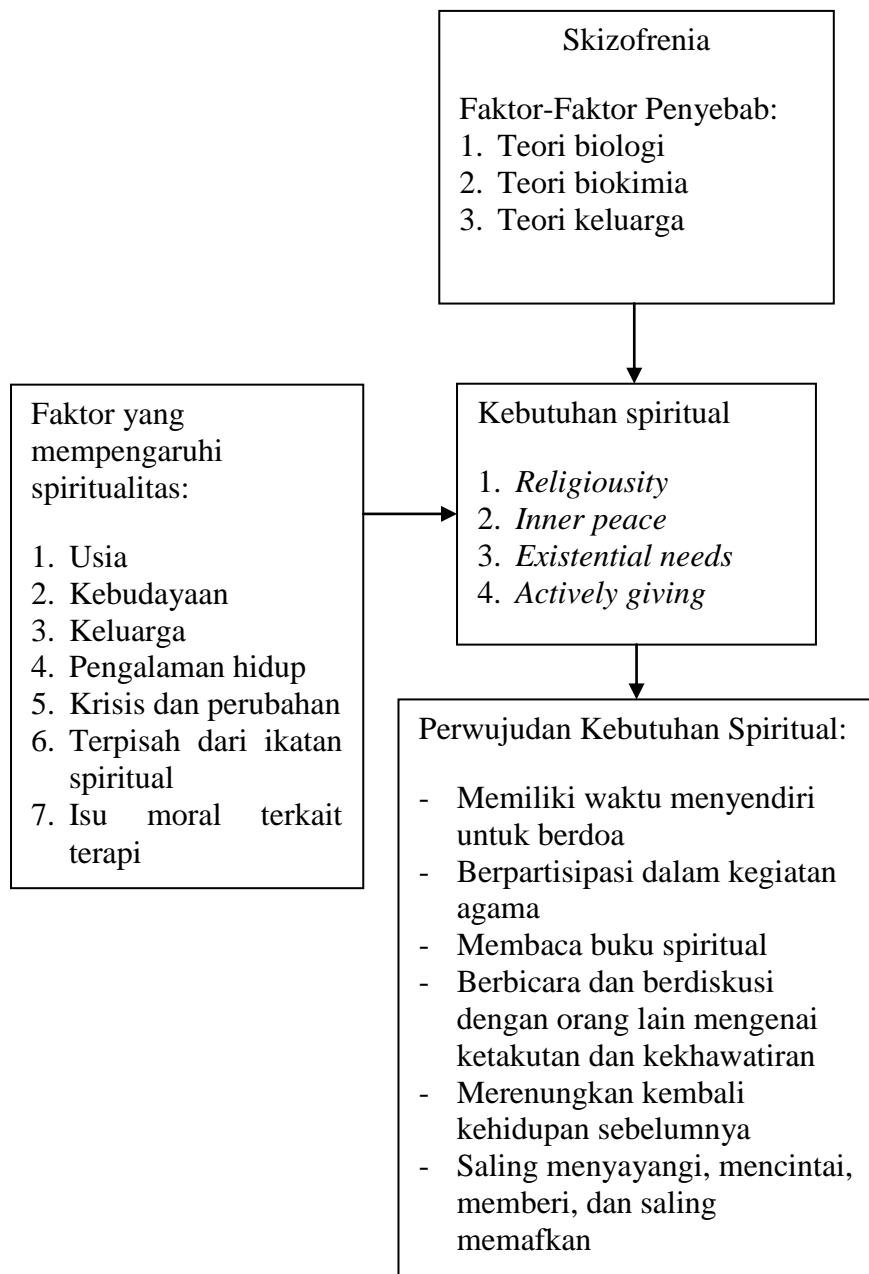
*Existential needs* merupakan kebutuhan tentang arti dan tujuan hidup seseorang. Kegiatan yang dilakukan yaitu merefleksikan kehidupannya di masa lalu, bercerita dengan orang lain tentang tujuan hidupnya, mencari makna sakit yang diderita dan berbicara dengan orang lain tentang kehidupan setelah meninggal.

d. Kebutuhan memberi (*activity giving*)

*Activity giving* merupakan kebutuhan memberi yang diwujudkan dalam bentuk saling menyayangi dan mencintai, saling memberi, saling memaafkan, dan saling memahami.

## B. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini dapat digambarkan dalam gambar berikut:<sup>(5) (33) (34) (35) (20) (44)</sup>

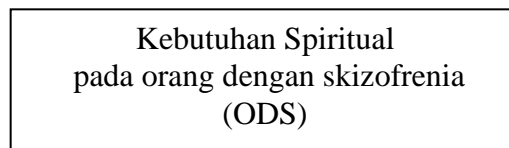


**Gambar 1 Kerangka Teori**

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Kerangka Konsep**



**Gambar 2 Kerangka Konsep**

#### **B. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif non-eksperimen. Metode penelitian yang digunakan adalah desain deskriptif survei. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang dimaksudkan untuk mendeskripsikan secara sistematis dan akurat suatu situasi atau area populasi tertentu yang bersifat aktual.<sup>(45)</sup> Penelitian deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan seperangkat peristiwa atau kondisi populasi saat ini. Deskripsi peristiwa dilakukan secara sistematis dan lebih menekankan pada data faktual daripada penyimpulan.

Survei adalah suatu rancangan yang digunakan untuk menyediakan informasi yang berhubungan dengan prevalensi, distribusi, dan hubungan antarvariabel dalam suatu populasi.<sup>(46)</sup> Metode survei tidak memberikan intervensi, peneliti mengumpulkan informasi dan menerangkan aspek penelitian berdasarkan karakteristik responden. Terdapat tiga metode yang

sering digunakan dalam mengumpulkan data survei, peneliti mengumpulkan informasi responden dengan menggunakan kuesioner.

### C. Populasi dan Sampel Penelitian

#### 1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek yang akan diteliti.<sup>(47)</sup> Populasi dapat berupa orang, organisasi, kata-kata, simbol-simbol non verbal, iklan, dan lainnya.<sup>(48)</sup> Populasi dibedakan menjadi dua kategori yaitu populasi target (*target population*) dan populasi survei (*survey population*). Populasi target adalah keseluruhan “unit” populasi, sedangkan populasi survei adalah subunit dari populasi target, dimana subunit dari populasi survei selanjutnya menjadi sampel penelitian.<sup>(45)</sup>

Populasi target dari penelitian ini adalah semua orang dengan skizofrenia (ODS) yang dirawat di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Populasi survei dalam penelitian ini adalah orang dengan skizofrenia (ODS) yang dirawat di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang sebanyak 243 orang. Jumlah tersebut berdasarkan data bulan Februari 2017, dan 243 orang merupakan populasi dalam penelitian ini.

#### 2. Sampel dan Teknik Sampling

Sampel adalah bagian dari populasi, yang diambil dengan menggunakan cara-cara tertentu.<sup>(47)</sup> *Sampling* merupakan proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi.<sup>(46)</sup> Sampel yang diambil

dalam penelitian harus mewakili populasi. Sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah semua orang dengan skizofrenia (ODS) yang di rawat di Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian.<sup>(46)</sup> Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *NonProbability Sampling* dimana tidak semua individu dalam populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk dipilih menjadi sampel penelitian, jenis *accidental Sampling*, yaitu teknik penetapan sampel berdasarkan kebetulan, siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, dengan ketentuan orang yang ditemui tersebut sesuai untuk menjadi sumber data.

Teknik penarikan sampel dalam penelitian ini didasarkan pada jumlah rata-rata pasien skizofrenia yang dirawat di ruang rawat Inap dalam satu bulan, yaitu sebesar 243 orang. Setelah diketahui jumlah total pasien, maka selanjutnya dilakukan perhitungan sampel dengan menggunakan rumus *Isaac dan Michael*.<sup>(48)</sup>

#### **D. Besar Sampel**

Penentuan besar sampel bertujuan untuk memperoleh sampel yang representatif, dan sampel yang diambil harus mewakili populasi. Semakin besar sampel yang digunakan, maka semakin baik hasil representatif yang

didapatkan. Penentuan besar sampel menggunakan rumus *Issac dan Michael* yaitu sebagai berikut:<sup>(48)</sup>

$$S = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 (N - 1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$$

Keterangan:

S = Jumlah sampel

N = Populasi

$\lambda$  = dengan dk = 1,

P = Q = 0,5

taraf kesalahan bisa 1%, 5%, 10%

D = 0,05

Penelitian ini menggunakan keakuratan yang sebesar 1%, sehingga :

$$\begin{aligned} S &= \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 (N - 1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q} \\ &= \frac{1^2 \cdot 243 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 (243-1) + 1^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \\ &= \frac{60,75}{0,605 + 0,25} \\ &= \frac{60,75}{0,855} \\ &= 71,05 \\ &= 71 \text{ orang} \end{aligned}$$

dengan demikian besar sampel dalam penelitian ini adalah 71 orang. Peneliti akan melakukan penelitian ini selama dua minggu dan akan menggunakan semua responden yang memenuhi kriteria inklusi. Penentuan sampel juga

didasarkan pada kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Berikut adalah kriteria inklusi dan kriteria eksklusi:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian untuk mengurangi bias hasil penelitian.<sup>(46)</sup> Berikut adalah kriteria inklusi dari penelitian ini:

- 1) Subjek merupakan orang dengan skizofrenia (ODS) yang dirawat di ruang rawat inap RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang
- 2) Subjek berusia 18-60 tahun

Masa dewasa menurut beberapa ahli psikologi perkembangan dibagi menjadi tiga, yaitu dewasa awal (18-40 tahun), masa madya (41-60 tahun), dan dewasa akhir atau disebut dengan usia lanjut pada rentang usia diatas 60 tahun.<sup>(49)</sup>

- 3) Subjek tidak mengalami gangguan komunikasi verbal
- 4) Subjek dapat berkomunikasi dengan baik
- 5) Subjek dalam kondisi stabil

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab.<sup>(46)</sup> Berikut adalah kriteria eksklusi dari penelitian ini:

- 1) Selama proses penelitian berlangsung subjek mengundurkan diri
- 2) Subjek menggunakan alkohol dan zat psikoaktif

## **E. Waktu dan Tempat Penelitian**

Pengambilan data akan dilakukan pada bulan April 2017, dan penelitian ini akan dilakukan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

## **F. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran**

### **1. Variabel Penelitian**

Variabel penelitian karakteristik yang diamati yang mempunyai variasi nilai dan dapat diteliti secara empiris ataupun ditentukan tingkatannya.<sup>(50)</sup> Variabel yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah variabel tunggal, yaitu tingkat kebutuhan spiritual pada orang dengan skizofrenia (ODS).

### **2. Definisi Operasional**

Definisi Operasional merupakan definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang yang didefinisikan tersebut.<sup>(46)</sup> Definisi operasional adalah istilah yang digunakan untuk memonitor atau mengukur setiap variabel yang harus diidentifikasi secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan pengukuran secara cermat dan jelas.

### **3. Skala Pengukuran**

Skala penelitian ini menggunakan skala ordinal. Skala ordinal yaitu skala yang digunakan untuk memberikan kategori dan juga memberikan

tingkatan. Hasil pengukuran akan dikategorikan tingkatannya menjadi tidak penting, cukup penting dan sangat penting.

**Tabel 1 Variabel, definisi operasional, alat ukur, cara pengukuran, hasil pengukuran dan skala ukur**

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran	Skala
Tingkat kebutuhan spiritual pada orang dengan skizofrenia (ODS)	Kebutuhan spiritual merupakan segala hal yang berkaitan dengan Tuhan ( <i>religiosity</i> ), kedamaian ( <i>Inner peace</i> ), keberadaan ( <i>existensial</i> ), serta saling manyayangi dan memberi ( <i>Actively giving</i> ) pada orang dengan skizofrenia (ODS)	<i>Spiritual Needs Questionnaire</i> (SpNQ), terdiri dari 29 pertanyaan. Pertanyaan tersebut terbagi dalam 4 kategori, yaitu <i>religiosity</i> (nomor 3,17, 18, 19, 20, 21, 22), <i>inner peace</i> (nomor 1, 2, 6, 7, 8, 12, 23), <i>existential</i> (nomor 4, 5, 9, 10, 11, 15, 16), dan <i>actively giving</i> (nomor 13, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 29)	Kuesioner dengan 29 pertanyaan, yang dinyatakan dengan nilai: 0 = Tidak penting, 1 = Cukup penting, 2 = Sangat penting, 3 = Amat sangat penting	Pengukuran hasil penelitian secara umum, dikategorikan sebagai berikut: Sangat penting dengan skor (59-87), Cukup penting (30-58), dan tidak penting (0-29). Dengan kategori setiap kebutuhan spiritual hasil sebagai berikut: <i>Religiosity</i> , sangat penting (15-21), cukup penting (8-14), dan tidak penting ( $\leq 7$ ). <i>Inner peace</i> , sangat penting (15-21), cukup penting (8-14), dan tidak penting ( $\leq 7$ ). <i>Existential</i> sangat penting (15-21), cukup penting (8-14), dan tidak penting ( $\leq 7$ ). <i>Actively giving</i> , sangat penting (24-17), cukup penting (9-16), dan tidak penting ( $\leq 8$ ).	Skala ordinal

## G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

### 1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner, alat tulis, kertas, dan alat-alat pengolah data yang diproses ke dalam laptop. Kuisisioner yaitu alat penelitian yang terdiri dari beberapa pertanyaan, yang dapat bersifat pertanyaan terbuka, tertutup ataupun dalam bentuk *ceklist*.<sup>(51)</sup> Terdapat dua instrumen kuisisioner dalam penelitian ini, yaitu:

#### a. Kuisisioner A

Kuisisioner A merupakan kuisisioner yang berisi tentang data demografi responden yang meliputi nama, tanggal lahir, usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, asal atau budaya, dan agama. Kuisisioner data demografi bertujuan untuk mengetahui karakteristik orang dengan skizofrenia (ODS). Data klinis digunakan untuk mengetahui riwayat penyakit responden, meliputi usia pertama kali menderita skizofrenia, lama menderita skizofrenia, berapa kali pernah di rawat di rumah sakit jiwa, saat ini sudah berapa lama di rawat di rumah sakit jiwa, diagnosa gangguan jiwa, dan diagnosa keperawatan yang utama.

#### b. Kuisisioner B

Kuisisioner B merupakan kuisisioner kebutuhan spiritual yaitu *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) yang disusun oleh Prof. Dr. med. Arndt Büsing, University Witten/Herdecke, Germany. Kuisisioner ini

terdiri dari 4 kategori, yaitu *religiosity*, *inner peace*, *existential needs* dan *actively giving*, dan terdapat 29 pertanyaan. Pertanyaan kategori *religiosity* terdapat pada soal nomor 3, 17, 18, 19, 20, 21, 22, *inner peace* pada nomor 1, 2, 6, 7, 8, 12, 23, *existential needs* pada soal nomor 4, 5, 9, 10, 11, 15, 16, dan *actively giving* terdapat pada soal nomor 13, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 29.

Jawaban dari pertanyaan kuesioner kebutuhan spiritual adalah tidak penting (skor 0), cukup penting (skor 1), sangat penting (skor 2) dan amat sangat penting (skor 3). Tingkat kebutuhan spiritual dapat diketahui dengan menjumlahkan dari setiap item pertanyaan dengan peringkat nilai 0-29 dikatakan tidak penting, 30-58 dikatakan cukup penting dan 59-87 dikatakan sangat penting.

Hasil skor kebutuhan spiritual dari setiap kategori dijumlahkan, dan diberikan peringkat dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) *Religiosity*, yang terdiri dari 7 pertanyaan, termasuk dalam kelompok “sangat penting” apabila mendapat skor 15-21, “cukup penting” dengan skor 8-14, dan “tidak penting” dengan skor  $\leq 7$ .
- 2) *Inner peace*, yang terdiri dari 7 pertanyaan, “sangat penting” apabila mendapat skor 15-21, “cukup penting” dengan skor 8-14, dan “tidak penting” dengan skor  $\leq 7$ .
- 3) *Existential*, yang juga terdiri dari 7 pertanyaan, disebut “sangat penting” apabila mendapat skor 15-21, “cukup penting” dengan skor 8-14, dan “tidak penting” dengan skor  $\leq 7$ .

- 4) *Actively giving*, terdiri dari 8 pertanyaan, termasuk dalam kelompok “sangat penting” dengan skor 17-24, “cukup penting” dengan skor 9-16, dan “tidak penting” dengan skor  $\leq 8$ .

## 2. Validitas dan Reliabilitas Instrumen

### a. Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengetahui kelayakan butir-butir dalam suatu daftar (konstruk) pertanyaan dalam mendefinisikan suatu variabel. Instrumen penelitian atau alat ukur penelitian dikatakan valid jika instrument itu mampu mengukur apa-apa yang seharusnya diukur menurut situasi dan kondisi tertentu.<sup>(51)</sup>

Instrument yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) yang dikembangkan oleh Prof. Dr. med. Arndt Bussing, dari University Witten/Herdecke, Germany. Peneliti telah mengajukan ijin kepada beliau dan telah mendapat ijin. Peneliti juga telah mendapatkan versi asli dari kuesioner tersebut dalam sembilan bahasa termasuk dalam bahasa Indonesia.

Kuesioner SpNQ sudah berbentuk baku dan telah dilakukan uji validitas yaitu *face validity* oleh Nur Laili Fithriana kepada 40 responden pasien dengan kanker serviks di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta dalam penelitiannya yang berjudul “Tingkat kebutuhan spiritual wanita dengan kanker serviks di RSUP dr. Kariadi Semarang”. Hasil yang didapatkan menunjukkan bahwa semua pertanyaan dalam kuesioner dinyatakan

valid, dengan tingkat signifikansi 5%, nilai validitas 0,339-0,665, dengan nilai r tabel 0,320. Namun dikarenakan adanya perbedaan responden, maka peneliti akan melakukan uji *face validity dan construct validity*.

*Face validity* atau validitas muka yaitu tipe validitas untuk melihat signifikansinya terhadap perbedaan kultural atau budaya. Apabila pertanyaan-pertanyaan kuesioner telah dianggap relevan, masuk akal, atau beralasan, tidak ambigu, dan jelas maka kuesioner tersebut dikatakan telah valid.<sup>(52)</sup> *Face validity* akan dilakukan kepada 3 ODS yang tidak menjadi sampel penelitian yang di rawat di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

*Construct validity* atau validitas konstruk adalah uji yang dilakukan untuk mengetahui kaitan dengan kerangka suatu konsep. *Construct validity* akan dilakukan kepada 20 ODS yang tidak menjadi sampel penelitian di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Uji validitas dilakukan dengan menghitung masing-masing pertanyaan dengan skor total menggunakan rumus *Product Moment Pearson*.

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

Keterangan:

$R_{xy}$  = koefisien korelasi *product moment*

$\sum X$  = jumlah skor item

$\Sigma Y$  = jumlah skor total (item)

N = jumlah responden

Valid tidaknya instrument dilihat dari perbandingan nilai  $r_{hitung}$  dan  $r_{tabel}$ . Jika  $r_{hitung} > r_{tabel}$  maka instrument dikatakan valid, sebaliknya jika  $r_{hitung} < r_{tabel}$  maka instrument dikatakan tidak valid.

#### b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas (keandalan) merupakan ukuran suatu kestabilan dan konsistensi responden dalam menjawab hal yang berkaitan dengan konstruk-konstruk pertanyaan yang merupakan dimensi suatu variabel dan disusun dalam suatu bentuk kuesioner.

Kuesioner SpNQ sudah dilakukan uji reliabilitas pada penelitian sebelumnya oleh Nur Laili Fithriana. Nilai reliabilitas untuk sub-item nya memiliki nilai *cronbach alpha* sebagai berikut, *religiosity*=0,903, *inner peace*=0,826, *existential*=0,826 dan *actively giving*=0,818. Sedangkan nilai reliabilitas dari total kuesioner adalah 0,784, sehingga kuesioner SpNQ sudah sangat reliabel untuk mengukur tingkat kebutuhan spiritual. Namun dikarenakan adanya perbedaan responden, maka peneliti akan melakukan uji reliabilitas dengan *cronbach alpha* kepada 20 ODS di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Peneliti akan melakukan uji reliabilitas dengan *cronbach alpha* kepada 20 ODS yang tidak menjadi sampel penelitian yang dirawat di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

$$r_i = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right)$$

$r_i$  = reliabilitas instrumen

$k$  = banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal

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

$\sigma_t^2$  = varians total

### 3. Cara Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data yang akan dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Peneliti mengajukan uji etik (*ethical clearance*) kepada Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- b. Peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian kepada program studi ilmu keperawatan, kemudian dari jurusan keperawatan memberikan surat ijin penelitian yang telah di tandatangani oleh dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- c. Setelah surat ijin penelitian disetujui oleh Direktur RSJD Dr. Amino Gondohutomo selanjutnya peneliti melakukan uji etik (*ethical clearance*) yang diajukan oleh bidang Litbang RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang sebagai syarat penelitian.
- d. Peneliti meminta ijin kepada Kepala Ruang untuk melakukan penelitian dengan cara menunjukkan surat ijin penelitian yang telah di setujui oleh Kepala Bidang Keperawatan RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- e. Pengumpulan data dilakukan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo dengan menggunakan kuesioner yang telah di sediakan sebelumnya oleh peneliti.

Proses pengambilan data yaitu:

- 1) Peneliti memperkenalkan diri
- 2) Peneliti menjelaskan tujuan dan meminta izin pada responden, kepada responden yang setuju kemudian diberi kuesioner
- 3) Saat memberikan kuesioner pada responden, peneliti membacakan petunjuk pengisian dan memberikan kesempatan pada responden untuk bertanya apabila ada pertanyaan ataupun petunjuk yang kurang dimengerti.
- 4) Peneliti juga menawarkan untuk membacakan serta mengisikan kuesioner sesuai dengan permintaan responden bagi responden yang kurang bisa membaca ataupun menulis.
- 5) Apabila terdapat jawaban yang kurang lengkap peneliti meminta responden untuk melengkapi saat itu juga, selain itu peneliti juga memeriksa jawaban responden dengan melihat informasi yang ada di rekam medis responden sehingga informasi yang di dapat oleh peneliti menjadi lebih lengkap.
- 6) Setelah responden selesai mengisi kuesioner selanjutnya peneliti mengumpulkan kuesioner dan melakukan pengecekan serta menghitung kuesioner.

## **H. Teknik Pengolahan dan Analisa Data**

### **1. Pengolahan Data**

Pengolahan data penelitian akan dilakukan dengan beberapa tahap, yaitu:

a. Penyuntingan data (*Editing*)

*Editing* atau penyuntingan data perlu dilakukan oleh peneliti untuk memeriksa kembali setiap data yang sudah terkumpul. Peneliti melihat kelengkapan kuesioner yang telah diisi oleh responden. Peneliti juga memeriksa informasi yang diberikan oleh responden dengan cara melihat rekam medik klien sehingga data yang kurang lengkap maupun yang kurang tepat dapat diperbaiki.

b. Pemberian kode (*Coding*)

*Coding* atau pemberian kode adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden sesuai dengan jenis atau kategorinya. *Coding* dilakukan dengan cara memberikan kode berupa angka nomor urut responden. Tujuan dari pemberian kode ini adalah untuk memudahkan peneliti dalam memasukkan dan mengolah data, serta menjaga kerahasiaan responden. *Coding* pada penelitian ini dilakukan pada setiap kuesioner, yaitu:

1) Kuesioner A

Data demografi pasien:

- a) Usia, 18-40 tahun (diberi kode 1), 41-60 tahun (diberi kode 2), dan >60 tahun (diberi kode 3).
- b) Jenis Kelamin, laki-laki (diberi kode 1) dan perempuan (diberi kode 2).

- c) Status perkawinan, belum menikah (diberi kode 1), menikah (diberi kode 2), bercerai (diberi kode 3), dan cerai mati (diberi kode 4).
- d) Pendidikan terakhir, tidak sekolah (diberi kode 1), tidak tamat SD sederajat (diberi kode 2), tamat SD sederajat (diberikan kode 3), tamat SMP sederajat (diberi kode 4), tamat SMA sederajat (diberi kode 5), dan Akademi / PT (diberi kode 6).
- e) Pekerjaan, tidak bekerja (diberi kode 1), pegawai (diberi kode 2), wiraswasta (diberi kode 3), petani/nelayan/buruh (diberi kode 4), dan lainnya (diberi kode 5).
- f) Asal atau budaya, jawa (diberi kode 1), sumatera (diberi kode 2), sunda (diberi kode 3), dan lainnya (diberi kode 4).
- g) Agama, Islam (diberi kode 1)

## 2) Kuesioner B

Kuesioner B merupakan *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) yaitu kuesioner tentang kebutuhan spiritual. Jawaban dari pertanyaan kuesioner ini adalah “tidak penting” (diberi kode 0), “cukup penting” (diberi kode 1), “sangat penting” (diberi kode 2), dan “amat sangat penting” (diberi kode 3).

### c. Memasukkan data (data entry) atau prosesing

*Entry data* adalah tahapan ketika peneliti memasukkan data jawaban dari kuesioner responden ke dalam komputer. Data yang telah di-*entry* tersebut selanjutnya dihitung dan dianalisa.

d. Pembersihan data (*Cleaning*)

Peneliti melakukan pengecekan ulang untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan melakukan koreksi terhadap data-data tersebut.

2. Analisa Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat. Analisis univariat yaitu cara analisis untuk variabel tunggal, dengan cara distribusi frekuensi dan tabel yang diinterpretasikan untuk menjawab tujuan penelitian. Selain itu, peneliti juga akan melakukan penilaian untuk setiap kategori, yang terdiri dari *religiosity* (kebutuhan beragama), *inner peace* (kebutuhan kedamaian), *existential needs* (kebutuhan keberadaan) dan *actively giving* (kebutuhan memberi). Setiap kategori dihitung dan dijumlah dari jawaban setiap responden yang mewakili jenis-jenis kategori tersebut.

## I. Etika Penelitian

Secara Internasional telah disepakati bahwa penerapan etik penelitian (EP) kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Menghormati seseorang (*Respect for person*)

Peneliti menghormati subyek penelitian (responden) dengan menghormati hak responden yaitu apabila responden menolak untuk terlibat dalam penelitian.

2. Memberikan manfaat (*Beneficience*)

Peneliti memberikan informasi tentang kebutuhan spiritual kepada responden yang menanyakan hal-hal terkait penelitian.

3. Tidak membahayakan seseorang (*Non maleficience*)

Peneliti memperhatikan hal-hal yang dapat membahayakan ataupun merugikan responden, mulai dari awal penelitian hingga selesai penelitian.

4. Keadilan (*Justice*)

Peneliti memperlakukan semua responden sama, tidak membedakan antara responden yang satu dengan yang lain, dan tidak ada yang menerima perlakuan khusus. Responden dalam penelitian ini adalah orang dengan skizofrenia (ODS) yang dirawat diruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo.

5. Tanpa nama (*Anonymity*)

Peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur penelitian, tujuannya untuk menjaga kerahasiaan responden. Peneliti hanya menuliskan kode angka pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian saat data disajikan.

6. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Peneliti menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya, peneliti hanya menunjukkan hasil dari olah data berupa data demografi responden.

## DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organisation. Improving health systems and services for mental health. 2009; Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf)
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. Lap Nas 2013. 2013;1-384.
3. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005;2(5):0413-33.
4. Lukitasari P, Hidayati NE. Perbedaan Pengetahuan Keluarga Tentang Cara Merawat Pasien Sebelum Dan Sesudah Kegiatan Family Gathering Pada Halusinasi Dengan Klien Skizofrenia Diruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang. 2013;1(1):18-24.
5. Stuart GW. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC; 2002. 403-404 p.
6. Simanjuntak J. Konseling gangguan jiwa dan okultisme: membedakan gangguan jiwa dan kerasukan setan [Internet]. Jakarta: Gramedia pustaka utama; 2008. Available from: [https://books.google.co.id/books?id=QBNXNRUAAPYC&pg=PA7&dq=s kizofrenia+adalah&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwjN-7OQ1Z\\_QAhXGP48KHdaOBaEQ6AEIMjAF#v=onepage&q=skizofrenia adalah&f=false](https://books.google.co.id/books?id=QBNXNRUAAPYC&pg=PA7&dq=s%20skizofrenia%20adalah&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwjN-7OQ1Z_QAhXGP48KHdaOBaEQ6AEIMjAF#v=onepage&q=skizofrenia%20adalah&f=false)
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 2]. Available from: <http://www.depkes.go.id/article/view/201410270011/stop-stigma-dan-diskriminasi-terhadap-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj.html>
8. Ariyani S & M. Pemenuhan kebutuhan spiritual mempengaruhi kualitas hidup pasien skizofrenia. *J kebidanan dan keperawatan*. 2014;10(1):64-76.
9. Pargament KI, Koenig HG PL. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol*. 2000;56:519-43.
10. Grover, S., Davuluri, T. &, Chakrabarti S. Religion, spirituality, and schizophrenia: A review. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2014;36(2):119. Available from: <http://www.ijpm.info/text.asp?2014/36/2/119/130962>
11. Huguelet, P. & Koenig HG. Religion and spirituality in psychiatry. United States of America: Cambridge University Press; 2009. 65-79 p.
12. Mohr, S., Brandt, P. Y., Borrás, L., Gilliéron, C. & Huguelet P. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1952-9.
13. Maramis WF. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya: Universitas Airlangga; 2005. p. 215-34.
14. Lestari W, Wardhani YF. Stigma and Management on People with Severe Mental Disorders with “ Pasung ” ( Physical Restraint ). *Bul Penelit Sist*

- Kesehat. 2014;17(2 April 2014):157–66.
15. Shah R, Kulhara P, Grover S, Kumar S, Malhotra R, Tyagi S. Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Res* [Internet]. 2011;190(2–3):200–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.034>
  16. D’Souza R, George K. Spirituality, religion and psychiatry: Its application to clinical practice. *Australas Psychiatry*. 2006;14(4):408–12.
  17. Hamid AYS. *Asuhan keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: EGC; 2008.
  18. Puji, P. P. & Hendriwinaya VW. *Terapi Transpersonal*. *Bul Psikol*. 2015;23(2):92–102.
  19. Mujidin. Garis besar psikologi transpersonal: Transpersonal serta aplikasinya dalam dunia pendidikan Fakultas Psikologi Universitas Ahmad Dahlan. *Humanit Indones Psychol J*. 2005;2(1):54–63.
  20. Craven, R.F. & Hirnle CJ. *Fundamentals of Nursing Human Health and Function*. Philadelphia: Lippincot-Raven Publisher; 2007.
  21. Mohr S, Huguelet P. The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Med Wkly*. 2004;134(25–26):369–76.
  22. Sari, S.P, & Dwidiyanti M. Mindfullnes dengan pendekatan spiritual pada pasien skizoprenia dengn resiko perilaku kekerasan. Vol. XI, *Jurnal Kesehatan*. 2014. p. 290–5.
  23. Anandarajah G, Mitchell M S. Evaluation of a required spirituality and medicine teaching session in the family medicine clerkship. *Fam Med*. 2007;39(5):311–2.
  24. Syahidah EM. Hubungan antara Tingkat Spiritualitas dengan Kualitas Hidup pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Poli Rawat Jalan RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. 2015.
  25. Nurbaiti. Gambaran Spiritualitas Pada Penderita Gangguan Jiwa Di Panti Rehabilitasi Sosial Maunatul Mubarak Sayung, Demak. 2016;1–8. Available from: <http://eprints.undip.ac.id/50024/>
  26. Rohmatulloh AT. Gambaran Tingkat Spiritualitas pada Orang dengan Skizofrenia (ODS) di Poliklinik Rawat Jalan RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. 2014;1–8. Available from: <http://eprints.undip.ac.id/49654/>
  27. Janet W. *Health Assessment In Nursing Fifth Edition*. China: Lippincolt; 2014.
  28. MacKinlay E. *Spiritual Growth and Care in the Fourth Age of Life*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley; 2006.
  29. Bussing A, Foller M A, Gidley J, Heusser P. Aspects of spirituality in adolescents. *Int J Child Spiritual*. 2010;15(1):25–44.
  30. Dochterman, J. M. & Bulechek GM. *Nursing intervention classification (NIC), Fifth edition*. St. Louis, Missouri: Mosby : Elsevier; 2008.
  31. Koenig HG. Spirituality in Patient Care-Why, How, When, and What. Vol. 94, *Journal of the National Medical Association*. United States of America: Versa Press, East Peoria, Illinois; 2002. 743-745 p.
  32. O’Brien, P.G., Kennedy, W.Z., & Ballard KA. *Psychiatric Mental Health Nursing : an introduction to theory and practice*. London, UK: Jones and

- Bartlett Publishers International; 2008.
33. Sinaga BR. Skizofrenia dan diagnosis Bandung. Jakarta: UI Press; 2007.
  34. Shives LR. Basic Concepts of Psychiatric – Mental Health Nursing Sixth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
  35. Lilley LL. Pharmacology and The Nursing Process Seventh Edition. In Canada: Elsevier; 2011.
  36. Picchioni MM, Murray RM. Schizophrenia. *Bmj* [Internet]. 2007;335(7610):91–5. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.39227.616447.BE>
  37. Marley JA. Family Involvement in Treating Schizophrenia: Models, Essential Skills, and Process. New York: Routledge; 2013.
  38. Americans N, Article S, Haghir H, Mokhber N, Azarpazhooh MR, Haghighi MB, et al. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. *IACAPAP E-textb child Adolesc Ment Heal*. 2013;55(1993):135–9.
  39. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009;374(9690):635–45.
  40. Darmabrata, W & Nurhidayat, A W. *Psikiatri Forensik* [Internet]. Jakarta: EGC; 2003. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=pOkDFpwj8E4C&pg=PA103&dq=gejala+skizofrenia+adalah&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiPhteksITRAhVKQY8KHT2rCpUQ6AEIMzAG#v=onepage&q=gejala skizofrenia adalah&f=false>
  41. Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119(3):180–91.
  42. Hadiyanto H. Hubungan Antara Terapi Modalitas Dengan Tanda Dan Gejala Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Rawat Inap RSJ.Prof. dr. Soerojo Magelang. 2016;
  43. Semiun Y. Kesehatan Mental 3: Gangguan-gangguan mental yang sangat berat, simtomatologi, proses diagnosis, dan proses terapi gangguan-gangguan mental [Internet]. Yogyakarta: Kanisius; 2006. Available from: [https://books.google.co.id/books?id=buwj\\_j\\_4mukC&pg=PA42&dq=tipe+skizofrenia&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiRsPymsoDRAhVFR18KHbrUBQgQ6AEIGTAA#v=onepage&q=tipe skizofrenia&f=false](https://books.google.co.id/books?id=buwj_j_4mukC&pg=PA42&dq=tipe+skizofrenia&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiRsPymsoDRAhVFR18KHbrUBQgQ6AEIGTAA#v=onepage&q=tipe skizofrenia&f=false)
  44. Bussing A. Spiritual Needs of Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer-Validation of The Spiritual Needs Questionnaire. *Eur J Med Res*. 2010;15(6):266–73.
  45. Danim S. Riset Keperawatan: Sejarah dan Metodologi [Internet]. Jakarta: EGC; 2003. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=X6wxBcnxxeQC&pg=PA52&dq=penelitian+deskriptif+adalah&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwjtJzE3IbRAhUISI8KHTHdCF8Q6AEILDAC#v=onepage&q=penelitian deskriptif adalah&f=false>
  46. Nursalam. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan [Internet]. Jakarta: Salemba Medika; 2008. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=62jmbdySq2cC&pg=PA94&dq=purpo>

sive+sampling+adalah&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwjNk6io7YbRAhUFN  
Y8KHVNMBYgQ6AEIJTAB#v=onepage&q=purposive sampling  
adalah&f=false

47. Wasis. Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat [Internet]. Jakarta: EGC; 2008. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=uVQetJXybEYC&pg=PA44&dq=populasi+adalah&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwi3gNa24obRAhUDMY8KHVS5CFoQ6AEIKjAE#v=onepage&q=populasi+adalah&f=false>
48. Sugiono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2011.
49. Yudrik J. Psikologi perkembangan. Jakarta: Kencana; 2011.
50. Setiadi. Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2007.
51. Hidayat, A & Aziz A. Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data. Jakarta: Salemba Medika; 2007.
52. Swarjana IK. Statistik Kesehatan. Yogyakarta: ANDI; 2016.