

**GAMBARAN *RECOVERY* 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



Oleh :

UMI AFRIKHAH
NIM. 22020114120024

**DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, APRIL 2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

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

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

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Umi Afrikhah

NIM : 22020114120024

Telah disetujui sebagai laporan 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 *RECOVERY* PADA ORANG DENGAN SKIZOFRENIA
(ODS) DI RUANG RAWAT INAP RSJD DR. AMINO GONDOHUTOMO
SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Umi Afrikah

NIM : 22020114120024

Telah diuji pada April 2018 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk
melakukan penelitian

Penguji I

Ns. Diyan Yuli Wijayanti, S.Kep., M.Kep

NIP. 19670716 200212 2 002

Penguji II

Ns. Henni Kusuma, S.Kep., M.Kep.Sp.KMB

NIP. 19851208 201404 2 001

Penguji III

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

NIP. 19840506 200812 2003

KATA PENGANTAR

Terima kasih kepada Allah SWT yang telah memberikan Ridho-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**Gambaran *Recovery* Pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS) Di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang**”. Selama penyusunan proposal 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 Ns. Diyan Yuli Wijayanti, S.Kep., M.Kep dan Ibu Ns. Henni Kusuma, S.Kep., M.Kep.Sp.KMB 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 Chasani dan Ibu Fatiyah, serta kakak-kakakku yang selalu memberikan dukungan dan doa untuk penyusunan 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.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan proposal skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu, kritik dan saran yang membangun selalu peneliti harapkan demi kesempurnaan penelitian ini yang nantinya akan memberikan manfaat kepada banyak pihak. Aamiin

Semarang, April 2018

Umi Afrikhah

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
1. Tujuan Umum.....	10
2. Tujuan Khusus.....	10
D. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN TEORI	13
A. Tinjauan Teori.....	13
1. Konsep Dasar Skizofrenia	13
2. Konsep Dasar Recovery	33
B. Kerangka Teori.....	43
BAB III METODE PENELITIAN.....	44
A. Kerangka Konsep	44
B. Jenis dan Rancangan Penelitian	44
C. Populasi dan Sampel Penelitian	45
D. Besar Sampel Penelitian.....	47
E. Tempat dan Waktu Penelitian	49
F. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran	49
G. Alat Penelitian dan Analisa Data	52

H. Teknik Pengolahan Analisa Data.....	57
I. Etika Penelitian	62
DAFTAR PUSTAKA	64
LAMPIRAN.....	68

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1	Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran dalam Penelitian	43

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1	Kerangka Teori	36
2	Kerangka Konsep Penelitian	37

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan individu yang tidak hanya terhindar dari penyakit maupun kecatatan, namun juga sejahtera secara fisik, sosial dan mental. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (KEMENKES RI) tahun 2013, menyatakan bahwa kesehatan jiwa menjadi salah satu masalah kesehatan di setiap negara, termasuk Indonesia. Data WHO (2017) menunjukkan, total masalah kesehatan jiwa di dunia sekitar 47,5 juta orang menderita demensia, 60 juta orang menderita bipolar, 35 juta orang menderita depresi dan 21 juta menderita skizofrenia (1). Pada penderita gangguan jiwa berat terjadi gangguan dalam fungsi alam pikiran berupa disorganisasi (kekacauan) dalam isi pikiran dengan gejala gangguan pemahaman (delusi, waham), gangguan persepsi seperti halusinasi dan gangguan aktifitas motorik (2). Salah satu gangguan jiwa yang paling sering ditemukan di hampir semua rumah sakit jiwa adalah skizofrenia (3).

Prevalensi kekambuhan penderita skizofrenia di dunia berada dalam rentang 50-92% (4). Selain itu, lebih dari 50% orang dengan skizofrenia di dunia tidak mendapatkan perawatan yang sesuai dan 90% diantaranya berasal dari negara berkembang (WHO, 2009). Faktanya, pada tahun 2013 angka penderita skizofrenia (gangguan jiwa berat) di Indonesia mencapai 400 ribu orang atau 1,7 / 1000 penduduk (6). Angka prevalensi skizofrenia di provinsi

Jawa Tengah mencapai 2,3 % dari seluruh penduduk yang ada (7). Sedangkan angka prevalensi orang dengan skizofrenia di Semarang berdasarkan jumlah pasien yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Dr. Amino Gondohutomo Semarang periode Januari 2017 hingga Februari 2018 yaitu sebanyak 3.342 jiwa.

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik dengan karakteristik terjadinya gangguan dalam proses berpikir, persepsi, emosi, bahasa dan perilaku (1). Pemikiran penderita skizofrenia tidak memiliki realitas sehingga pemikiran dan perilakunya cenderung tidak normal (8). Orang Dengan Skizofrenia (ODS) mempunyai kesulitan dalam menjalankan peran yang penting dalam hidup. Peran tersebut mencakup kepuasan, stabilitas, hidup mandiri, memiliki hubungan dengan orang lain, terutama hubungan yang dekat dengan teman dan keluarga(9). Gejala yang muncul pada orang dengan skizofrenia berupa halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh seperti agresivitas atau katatonik (10).

Seseorang yang telah berkurang gejalanya masih memiliki kemungkinan untuk kambuh (relaps). Faktor yang dapat menyebabkan seseorang *relaps* pada skizofrenia adalah faktor ekonomi (tidak memiliki biaya yang cukup untuk membeli obat yang seharusnya tetap dikonsumsi meskipun telah keluar dari rumah sakit jiwa), faktor ketidakpatuhan dalam pengobatan, serta faktor sosial seperti : ODS sering bertengkar hinggamendapatkan perlakuan kasar dari saudara, konflik keluarga yang

tidak kunjung usai dan pengekspresian marah secara berlebihan dari keluarga(11). Pada penelitian yang dilakukan oleh Putri(12), tahun 2012 disebutkan bahwa ekspresi emosi (marah) yang berlebihan merupakan faktor yang paling mempengaruhi kekambuhan ODS karena ekspresi emosi ini berhubungan dengan keefektifan pemberian intervensi keluarga saat rawat jalan.

Akar permasalahan pada kesehatan mental berasal dari tiga inti pokok. Pertama adalah pemahaman masyarakat yang kurang mengenai gangguan jiwa, kedua adalah stigma mengenai gangguan jiwa yang berkembang di masyarakat dan terakhir tidak meratanya pelayanan kesehatan mental. Stigma yang terus tumbuh di masyarakat dapat merugikan dan memperburuk bagi penderita. Mereka akan sulit untuk berinteraksi sosial, penolakan untuk mencari pengobatan, penurunan kualitas hidup, kesempatan kerja yang lebih sedikit, penurunan peluang untuk mendapatkan pemukiman, penurunan kualitas dalam perawatan kesehatan, dan penurunan harga diri, bahkan hingga bunuh diri(13).

Orang dengan skizofrenia (ODS) harus dilakukan pengobatan agar tidak menyebabkan kemunduran mental yang lebih parah ataupun kekambuhan. Beberapa intervensi dapat dilakukan untuk mencegah kekambuhan pada pasien skizofrenia yang telah pulih seperti: (1) Edukasi tentang skizofrenia, berbagai masalah kognitif yang melekat dengan skizofrenia, gejala-gejala skizofrenia, tanda-tanda akan terjadi kekambuhan, (2) Informasi dan pemantauan berbagai efek pengobatan antipsikotik,

pentingnya pasien minum obat yang diresepkan, inisiatif serta tanggung jawab untuk melakukan konsultasi medis dibandingkan menghentikan obat, (3) Menghindari saling menyalahkan, (4) Memperbaiki komunikasi dan keterampilan penyelesaian dalam keluarga dan menanamkan harapan bahwa segala sesuatu dapat menjadi lebih baik dan agar pasien tidak dirawat kembali di rumah sakit(14).

Sebelumnya pada abad 19 banyak masyarakat yang beranggapan bahwa orang dengan skizofrenia tidak akan pernah sembuh, tidak ada harapan, tidak ada pemberdayaan bahkan tidak ada yang dapat dilakukan bagi orang dengan skizofrenia. Mereka beranggapan bahwa mereka harus hidup dengan gejala-gejala psikotik dalam sisa hidup mereka, bahkan gejala akan semakin memburuk seiring bertambahnya usia. Pada era itu tenaga perawatan profesional berusaha penuh memberikan pengobatan yang sesuai untuk mengontrol gejala yang muncul sebagai upaya dalam *recovery* sehingga mereka harus selalu minum obat di sisa hidupnya(15).

Recovery sering diartikan sebagai kondisi dimana gejala psikotis pasien telah berkurang atau bahkan hilang. Namun National Institute for Health & Clinical Excellence pada tahun 2010 menyatakan bahwa *recovery* merupakan sebuah proses, bukan pada titik akhir. *Recovery* tidak hanya berfokus pada pengurangan atau mengatasi gejala namun juga fokus pada bagaimana cara penurunan tingkat rehospitalisasi dan mampu melakukan tugas kembali seperti semula.

Ralph(16), dalam penelitiannya pada tahun 2000 berhasil menganalisis beberapa komentar dari penderita gangguan mental termasuk ODS tentang *recovery*, dan didapatkan hasil bahwa bagian *recovery* berupa faktor internal, manajemen perawatan diri, faktor eksternal serta pemberdayaan. Faktor internal ini seperti kesadaran mereka akan penyakit yang diderita, kesadaran untuk berubah menjadi lebih baik di masa depan, bagaimana caranya untuk berubah dan tekad untuk pulih. Manajemen perawatan diri dimana mereka dapat mengelola kesehatan mental mereka, termasuk dalam menghadapi kesulitan atau hambatan. Faktor eksternal seperti bagaimana mereka berhubungan dengan orang lain (menerima dukungan dari keluarga, mendapatkan kepercayaan oleh orang lain bahwa mereka dapat mengatasi dari penyakitnya). Sedangkan pemberdayaan yang digambarkan oleh konsumen sebagai ketertarikan dalam menghasilkan swadaya dan peduli tentang apa yang terjadi pada mereka dan orang lain.

Penelitian lain tentang *recovery* dilakukan oleh Andresen(17) di Australia dengan judul "*The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model*" pada tahun 2003. Hasil penelitian menyatakan kesimpulan yang hampir sama yaitu ada empat proses utama *recovery*. Empat proses tersebut diantaranya adalah menemukan harapan, pembentukan kembali identitas, menemukan makna dalam kehidupan dan bertanggung jawab atas *recovery*.

Penelitian tentang *recovery* di Indonesia masih terbatas, salah satunya yaitu penelitian oleh Rahmawati, dkk(18) pada tahun 2017 dengan judul

“Pengalaman Hidup *Survivor* Skizofrenia dalam Proses *Recovery* di Kersamanah Kabupaten Garut”. Penelitian tersebut berupa penelitian kualitatif. Wawancara dilakukan secara mendalam tentang pengalaman hidup 7 survivor dalam proses *recovery* dan didapatkan hasil bahwa : (1) Motivasi untuk sembuh berasal dari diri sendiri dan orang lain, (2) Survivor mampu mengendalikan pikiran dan emosinya untuk kesembuhan dengan cara menyeimbangkan pikiran seperti menenangkan pikiran, melawan pikiran negatif, tidak mendengarkan omongan orang lain, dll. (3) Survivor mampu mengontrol halusinasi untuk kesembuhan (mengendalikan pikiran, berdzikir, tidak menghiraukannya, minum obat, dan beraktifitas), (4) Survivor mampu mencari solusi permasalahan sehari-hari meminta maaf, menyelesaikan masalah sendiri, dan jika tidak tertangani maka akan meminta pertolongan keluarga, (5) Survivor mampu menghadapi stigma masyarakat dengan memperbanyak keterampilan, (6) Survivor mencari pertolongan Allah untuk keyakinan kesembuhan (sholat, mengaji, berdzikir, sedekah, berbuat baik, berpasrah diri kepada Allah), dan (7) Survivor memiliki harapan terhadap pemerintah untuk menyediakan lapangan pekerjaan bagi survivor skizofrenia(18).

Beberapa penelitian tentang *Recovery* menunjukkan bahwa *recovery* mencakup lima domain sesuai dengan domain *Recovery Assessment Scale* yang dibuat oleh Corrigan, dkk(19), meliputi: kepercayaan diri dan harapan, kesediaan meminta pertolongan, tujuan dan orientasi sukses, bergantung pada orang lain, serta tidak didominasi oleh gejala. Kuesioner ini

dapat digunakan untuk mengevaluasi kondisi *recovery* seseorang yang mengalami gangguan mental, termasuk ODS.

Recovery dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu : pendidikan, usia, angka kekambuhan, dan gejala-gejala yang dimiliki. Penelitian yang telah ada menunjukkan bahwa mereka yang berpendidikan >10 tahun memiliki skor *recovery* yang lebih tinggi dibanding dengan mereka yang berpendidikan dibawah 10 tahun. Kemudian mereka dengan usia yang lebih tua menunjukkan skor domain "kepercayaan diri dan harapan" yang cenderung lebih rendah dibanding dengan mereka yang memiliki usia lebih muda. Seseorang dengan angka kekambuhan yang lebih banyak memiliki skor yang cenderung lebih rendah pada domain "kepercayaan diri dan harapan" dan "tujuan dan orientasi sukses" dibanding dengan mereka yang jarang kambuh. Semakin banyak gejala positif yang dimiliki semakin banyak skor domain "kesediaan untuk meminta bantuan" serta "tujuan dan orientasi sukses". Sedangkan mereka yang memiliki gejala negatif yang lebih tinggi menunjukkan skor yang lebih rendah pada domain "ketergantungan pada orang lain" dibandingkan mereka yang hanya memiliki beberapa gejala negatif saja Corrigan dan Grover(19),(20).

Studi pendahuluan telah dilakukan pada 10 responden di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo dengan menggunakan kuesioner RAS dan didapatkan hasil sebanyak 3 orang menyatakan tidak yakin dan 1 orang menyatakan tidak setuju pada pernyataan "Gejala penyakit yang saya alami semakin berkurang dalam mengganggu hidup saya". Hal ini menunjukkan

bahwa pada domain tidak didominasi oleh gejala belum terpenuhi oleh 4 dari 10 responden. Hasil studi sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Gover, dkk(20) di Negara India pada tahun 2016. Penelitian tersebut mengevaluasi *recovery* pada ODS dan bipolar, menggunakan RAS sebagai alat ukurnya. Hasil dari penelitian menyebutkan bahwa masih terdapat domain yang nilainya rendah pada ODS, yaitu domain kemauan untuk mencari pertolongan/bantuan(20).

Penelitian tentang kondisi *recovery* pada orang dengan skizofrenia penting dilakukan karena penelitian tersebut akan memberikan pengetahuan kepada perawat tentang seberapa jauh kondisi *recovery* pasien. Pengetahuan terkait kondisi *recovery* pasien akan mempengaruhi pemberian intervensi selanjutnya baik secara psikis maupun klinis. Misal pada penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa nilai pada domain kemauan untuk mencari bantuan masih rendah, hal itu mungkin dapat menjadi acuan perawat untuk menerapkan program TAK yang dapat memperbaiki dukungan sosial yang ada. Namun bentuk-bentuk penelitian sebelumnya tentang *recovery* pada orang dengan skizofrenia masih berupa penelitian kualitatif dan belum ada penelitian kuantitatif untuk mengevaluasi proses *recovery* orang dengan skizofrenia, khususnya di Indonesia. Oleh karena itu, penting adanya pelaksanaan penelitian tentang pengukuran / *assessment* proses *recovery* pada ODS untuk mengevaluasi kondisi *recovery* dari perspektif ODS, sehingga dapat diberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kondisi yang ada.

B. Rumusan Masalah

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang jumlahnya meningkat setiap tahun dan 400.000 lebih orang di Indonesia menderita skizofrenia. Kekambuhan pada orang dengan skizofrenia dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti: tidak tercukupinya kebutuhan ekonomi, mendapat perlakuan kasar dan pertengkaran yang terus menerus, konflik yang berkepanjangan serta emosi (marah) yang diekspresikan secara berlebihan oleh keluarga.

Hasil studi pendahuluan pada 10 responden di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo dengan menggunakan kuesioner RAS menunjukkan bahwa 4 dari 10 responden belum memenuhi domain “tidak didominasi oleh gejala” dari *recovery*, dibuktikan dengan 3 orang menyatakan tidak yakin dan 1 orang menyatakan tidak setuju pada pernyataan “Gejala penyakit yang saya alami semakin berkurang dalam mengganggu hidup saya”. Pengetahuan terhadap kondisi *recovery* penting dimiliki perawat dalam melakukan perawatan karena dapat menjadi arahan selanjutnya dalam penanganan ODS baik secara psikis maupun klinis. Namun bentuk penelitian yang telah ada berupa penelitian kualitatif dan belum ada penelitian kuantitatif untuk mengevaluasi proses *recovery* orang dengan skizofrenia, terutama di Indonesia. Oleh karena itu, penting adanya pelaksanaan penelitian tentang pengukuran / *assessment* proses *recovery* pada orang dengan skizofrenia (ODS) untuk mengevaluasi proses *recovery* ODS dari

perspektif klien, sehingga dapat diberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kondisi klien.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran *recovery* pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik orang dengan skizofrenia (Jenis kelamin, usia, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asal/budaya, agama, lama menderita penyakit skizofrenia, berapa kali dirawat, berapa lama dirawat, jenis skizofrenia, dan diagnosa keperawatan utama) (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- b. Mengetahui gambaran domain kepercayaan diri dan harapan pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- c. Mengetahui gambaran domain kesediaan meminta pertolongan pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- d. Mengetahui gambaran domain tujuan dan orientasi sukses pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

- e. Mengetahui gambaran domain bergantung pada orang lain pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- f. Mengetahui gambaran domain tidak didominasi oleh gejala 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 ODS tentang proses *recovery* pada ODS.

2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran terkait gambaran proses *recovery* pada orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk mengembangkan dan meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa salah satunya dalam bidang keperawatan jiwa kepada ODS di rumah sakit jiwa.

4. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat memperluas dalam pemahaman, pengetahuan, dan wawasan mengenai gambaran *recovery* orang dengan skizofrenia (ODS).

5. Bagi Peneliti lain

Penelitian tentang gambaran *recovery* orang dengan skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang diharapkan dapat dasar dan acuan untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut khususnya tentang *recovery* orang dengan skizofrenia (ODS).

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Teori

1. Konsep Dasar Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia terdiri dari dua suku kata, yaitu “Skizo“ yang berarti pecah atau retak, dan “frenia“ yang artinya jiwa, berarti seseorang yang menderita skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian(21). Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan dalam pikiran,emosi,dan perilaku(1). Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang diderita hampir 1% penduduk dunia, dan lebih sering terjadi pada penduduk yang pindah dan ekonomi yang rendah(22). Pemikiran orang dengan skizofrenia seringkali tidak berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian keliru, afek yang datar atau tidak sesuai, dan memiliki gangguan pada aktivitas motorik(23). Jadi skizofrenia merupakan penyakit dimana kepribadian mengalami keretakan yang ditandai dengan gangguan alam pikir, emosi dan perilaku.

Diagnostic and statistical manual of mental disorder
(DSM IV) menyatakan bahwa diagnosis skizofrenia dapat ditegakkan

jika terdapat dua atau lebih gejala seperti delusi, halusinasi, disorganisasi bicara, aktivitas motorik yang berlebih dan gejala negatif muncul terus menerus selama enam bulan, dan sedikitnya selama satu bulan(24). Delusi yaitu kesalahpahaman seseorang tentang apa yang mereka lihat, dengar, atau yang mereka pikirkan. Orang yang mengalami delusi akan bertindak secara tidak rasional dan tidak realistis, bahkan pada saat orang yang mengalami delusi ini dihadapkan pada bukti yang bertentangan dengan khayalannya. Halusinasi yaitu pengalaman pancaindra tanpa adanya sumber rangsangan yang menimbulkannya atau secara singkat adalah pengamatan palsu. Misalnya, seseorang mendengar suara-suara, padahal sebenarnya tidak ada sumber yang menjadi asal suara(25).

b. Etiologi Skizofrenia

1) Teori Genetik

Genetik menjadi faktor pengaruh yang memiliki angka kemungkinan yang cukup tinggi. Hasil studi menunjukkan bahwa anak dengan orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko yang lebih tinggi dari pada anak yang orang tuanya tidak memiliki skizofrenia. Semakin dekat hubungan biologis maka semakin tinggi pula resiko mengalami skizofrenia (26).

2) Teori Biokimia

Etiologi biokimia skizofrenia belum diketahui secara pasti.

Dugaan paling banyak adalah adanya gangguan neurotransmiter (zat kimia yang membawa pesan antara sel saraf) dimana aktifitas dopamin sentral berlebihan. Studi sebelumnya menyebutkan bahwa orang dengan skizofrenia mengalami perubahan-perubahan pada reseptor di sel-sel saraf otak (neuro), sistem transmisi sinyal penghantar saraf (neurotransmitter), interaksi dopamin dan serotonin sehingga mempengaruhi fungsi kognitif (alam pikir), afektif (alam perasaan) dan psikomotor (perilaku) yang dapat terlihat dalam bentuk gejala positif dan negatif (27).

3) Teori Perkembangan, teori belajar, teori keluarga.

Teori pengembangan menyebutkan seseorang akan beresiko untuk mengalami skizofrenia disebabkan oleh kurangnya kasih sayang yang menyebabkan kurangnya identitas diri, menarik diri dan salah interpretasi. Teori belajar menunjukkan bahwa seseorang penderita skizofrenia dimungkinkan disebabkan oleh proses pembelajaran yang irasional seperti dari emosi kedua orang tua. Sedangkan berdasarkan teori keluarga ada beberapa aspek yang dapat mempengaruhi diantaranya yaitu (28) :

a) Faktor keluarga

Salah satu faktor keluarga yang berpengaruh adalah pola asuh. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pola asuh keluarga memiliki pengaruh besar terhadap pembentukan kepribadian dan tingkah laku seorang anak. Selain itu tekanan

dan stress yang dialami dalam keluarga juga dapat menyebabkan resiko skizofrenia

b) Faktor emosi yang diekspresikan

Pengekspresian emosi secara berlebih atau kurangnya yang menjadi risiko dalam keluarga untuk mengalami skizofrenia.

c. Cara Mendiagnosis Skizofrenia

ICD-10 dan PPDGJ III menyatakan harus ada sedikitnya satu gejala yang muncul dengan jelas untuk mendiagnosa skizofrenia atau dua gejala atau lebih apabila gejala yang muncul kurang jelas(29).

Berikut gejala-gejala yang muncul:

1) *Thought echo*

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* dan *Delusion of passivity*

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

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

7) Perilaku katatonik

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

8) Gejala-gejala negatif

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.

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.

d. Fase-Fase Skizofrenia

Fase skizofrenia Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang berkembang sesuai dengan fase atau tahapannya. Adapun fase skizofrenia, yaitu (30):

1) Fase premorbid

Pada fase ini peran-peran individu masih dalam keadaan normatif

2) Fase prodromal (Fase awal)

Pada fase ini ODS mulai menunjukkan gejala psikotik yang nyata.

Fase ini dapat berlangsung rata-rata antara 2 sampai 5 tahun. ODS mengalami kemunduran dalam peran-peran yang mendasar (pekerjaan sosial dan rekreasi) dan muncul gejala yang nonspesifik seperti: gangguan tidur, kecemasan, konsentrasi menurun, mudah lelah, dan adanya defisit perilaku misalnya kemunduran fungsi peran dan penarikan sosial. Gejala positif seperti curiga mulai berkembang di akhir fase prodromal dan berarti sudah mendekati mulai menjadi psikosis.

3) Fase Psikotik

a) Pada fase akut

Pada fase akut orang dengan skizofrenia menunjukkan gambaran psikotik dengan jelas yaitu adanya pikiran yang kacau, gangguan proses pikir, waham, dan halusinasi. Gejala negatif menjadi lebih parah dan ODS tidak mampu untuk mengurus dirinya sendiri.

b) Fase stabilisasi

Fase stabilisasi berlangsung setelah dilakukan *acute* treatment.

Fase ini berjalan sekitar 6-18 bulan dengan atau tanpa gejala.

Pada fase stabil umumnya muncul gejala negatif dan terkadang gejala positif masih ada namun sudah berkurang dibandingkan pada saat fase akut. Pada beberapa individu biasanya dijumpai asimtomatis (tidak menimbulkan gejala) sedangkan individu lain mengalami gejala nonpsikotik misalnya merasa tegang, ansietas (kecemasan), depresi atau insomnia.

e. Klasifikasi Skizofrenia

Klasifikasi skizofrenia terbagi menjadi lima tipe berdasarkan DSM-IV dengan ICD kode F.20 yaitu diantaranya tipe paranoid, tipe katatonik, tipe terdisorganisasi, tipe tak terdiferensiasi dan tipe residual(31) :

1) Skizofrenia paranoid (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(32).

Contoh gejala paranoid yang paling umum adalah(29) :

- 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. 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 (29).

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 (33). 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 (29):

- 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 otomatisme (kepatuhan otomatis dengan petunjuk), dan perseverasi kata dan frase.

4) Skizofrenia tak terdiferensiasi (kode ICD F20.3)

Skizofrenia yang tak terinci merupakan kategori keranjang sampah dimana penderita skizofrenia tipe ini tidak memiliki kriteria dari semua tipe skizofrenia (32).

Kategori skizofrenia yang tak terinci, antara lain:

- a) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- b) Tanpa gejala yang cukup untuk memenuhi kriteria salah satu subtipe 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) (29).

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, dan tingkah laku eksentrik. Tanda-tanda tersebut pada umumnya muncul tidak begitu kuat atau samar-samar termasuk tanda halusinasi dan delusi (32). 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 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.

f. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Tanda dan gejala skizofrenia mempengaruhi penderitanya dalam proses psikologis mencakup kognisi, afek dan perilaku (34). Pasien skizofrenia mengalami perkembangan tanda dan gejala yang lambat dan bertahap. Gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kategori utama yaitu gejala positif dan gejala negatif, yaitu (35) :

1) Gejala positif

Gejala positif merupakan manifestasi yang dapat dilihat orang lain secara jelas. Adapun gejala-gejala positif, yaitu :

- a) Halusinasi yaitu persepsi sensori yang salah atau pengalaman persepsi yang tidak terjadi dalam realitas.
 - b) Waham yaitu keyakinan yang salah atau tidak memiliki dasar dalam realitas dan dipertahankan.
 - c) Ekopraksia yaitu peniruan gerakan dan gesture orang lain yang diamati pasien.
 - d) *Flight of ideas* yaitu aliran verbalisasi yang terus-menerus saat individu melompat dari satu topik ketopik lain dengan cepat.
 - e) Perseverasi yaitu terus-menerus membicarakan satu topik atau gagasan, pengulangan kalimat, kata, atau frasa secara verbal, dan menolak untuk mengubah topik tersebut.
 - f) Asosiasi longgar pikiran atau gagasan yang terpecahpecah atau buruk.
 - g) Gagasan rujukan yaitu kesan yang salah bahwa peristiwa eksternal memiliki makna khusus bagi individu.
 - h) Ambivalensi yaitu mempertahankan keyakinan atau perasaan yang tampak bertentangan tentang individu, peristiwa, atau situasi yang sama.
- 2) Gejala negatif, yaitu hilangnya fungsi normal dan ciri khas seseorang. Adapun gejala-gejala negatif yaitu :
- a) Apati yaitu perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas, dan peristiwa.

- b) Menarik diri atau mengasingkan diri (withdrawn) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (day dreaming). Orang-orang dengan skizofrenia menunjukkan kemunduran yang jelas dalam fungsi pekerjaan dan sosial
- c) Alogia yaitu kecenderungan berbicara sangat sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna.
- d) Afek datar yaitu tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi atau mood
- e) Afek tumpul yaitu rentang keadaan perasaan emosional atau mood yang terbatas.
- f) Anhedonia yaitu merasa tidak senang atau tidak gembira dalam menjalani hidup, aktivitas, atau hubungan.
- g) Katatonia yaitu suatu keadaan dimana seseorang menjadi bisu karena faktor psikologis, kadang kala ditandai oleh periode agitasi atau gembira, posisi yang kaku pasien tampak tidak bergerak, seolah-olah dalam keadaan setengah sadar.
- h) Tidak memiliki kemauan yaitu tidak adanya keinginan, ambisi, tau dorongan untuk bertindak atau melakukan tugas-tugas. Misalnya penderita skizofrenia tidak memperhatikan kebersihan pribadi mereka, tidak mau bekerja dan lain-lain.

g. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada orang dengan skizofrenia(36),(37)(38) :

- 1) Risiko perilaku kekerasan
- 2) Perubahan persepsi sensori : halusinasi
- 3) Gangguan hubungan sosial : menarik diri
- 4) Perubahan proses pikir : waham
- 5) Risiko bunuh diri
- 6) Defisit perawatan diri

Berikut outcome dan intervensi yang dapat diterapkan sesuai dengan diagnosa(39),(40) :

Diagnosa Keperawatan	Outcome	Intervensi
Resiko Perilaku Kekerasan	<p><i>Impulse Self-Control</i> (1405)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengidentifikasi perasaan atau perilaku yang mengakibatkan tindakan impulsif 2. Mampu mengidentifikasi akibat tindakan impulsif terhadap diri sendiri atau orang lain 3. Mampu menghindari lingkungan dan situasi beresiko tinggi 4. Mampu menerima 	<p><i>Impulse Control Training</i> (4370)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan klien agar mampu mengisyaratkan dirinya untuk berpikir maupun berhenti berpikir sebelum melakukan tindakan kekerasan 2. Ajarkan klien penggunaan tindakan menenangkan diri (napas dalam) <p><i>Behavior Management; Self-Harm</i> (4354)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kembangkan orientasi kenyataan 2. Singkirkan semua benda berbahaya 3. Salurkan perilaku merusak pada kegiatan fisik 4. Lakukan fiksasi bila diperlukan 5. Kolaborasi : Berikan obat-obatan antipsikotik yang dapat menurunkan kecemasan dan menstabilkan mood serta

	bantuan ketika mengalami tindakan impulsive	menurunkan stimulasi kekerasan terhadap diri sendiri <i>Environmental Management; Violence Prevention (6487)</i> 1. Pantau keamanan benda yang dibawa ke lingkungan oleh pengunjung 2. Pantau klien selama menggunakan senjata potensial, seperti pisau
Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi :	Klien dapat mengelola perilaku dan perasaan akibat hilangnya kesinambungan dalam pengalaman yang ditangkap oleh panca indra yang dipersepsikan secara normal	1. Monitor tanda-tanda halusinasi pada klien. 2. Dorong klien untuk menceritakan isi halusinasinya 3. Jangan menyangkal pengalaman klien, namun terangkan bahwa persepsi sensorial klien tidak sama dengan persepsi sensorial orang lain 4. Berbicara dengan klien saat klien sedang mengalami halusinasi secara aktif 5. Bantu klien mengidentifikasi perasaan mana yang mengarahkan pada halusinasi 6. Ajarkan teknik distraksi pada klien
Gangguan Hubungan Sosial Menarik Diri :	1. Adaptasi dengan baik 2. Kecemasan berkurang 3. Partisipasi lebih 4. Bertindak maupun berperan dengan baik	1. Berikan konseling dan pengarahan pentingnya konseling dan tujuan konseling pada klien 2. Pantau ekspresi (raut wajah) klien setiap kali menjawab pertanyaan 3. Tanyakan apa harapan klien 4. Berikan terapi interaksi latihan klien untuk selalu terbuka 5. Berikan motivasi pada klien 6. Ajak klien belajar membangun hubungan interpersonal 7. Pantau dan monitoring perkembangan kondisi klien 8. Berikan lingkungan yang efektif untuk klien
Perubahan Proses Pikir :	1. Klien mampu terlibat dalam komunikasi verbal	1. Buat waktu untuk berinteraksi eksklusif satu persatu dengan klien

Waham	<p>yang sesuai dengan perawat ataupun dengan orang lain.</p> <p>2. Klien mampu mendemostrasikan komunikasi verbal dan nonverbal yang kongruen (sesuai)</p>	<p>2. Beri dukungan dan pengalaman bercakap-cakap positif dengan cara berbicara kepada klien tentang minat pribadi, hobi, dan lainnya.</p> <p>3. Observasi dan pantau komunikasi verbal dan nonverbal klien</p>
-------	--	---

h. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat diberikan kepada pasien dengan skizofrenia yaitu (41):

1) Terapi somatik

Obat yang digunakan pada penderita skizofrenia disebut antipsikotik. Obat ini bekerja dengan cara mengendalikan halusinasi, delusi, dan pola pikir. Terdapat 3 jenis antipsikotik diantaranya yaitu:

a) Antipsikotik tipikal

Merupakan obat yang penggunaannya paling lama. Penggunaan antipsikotik tipikal dapat diberikan kepada pasien yang tidak bisa meminum obat secara reguler sehingga dapat di berikan dengan jangka waktu 2-4 minggu untuk dilepas secara berkala. Contoh obat antipsikotik tipikal yaitu: haloperidol, trifluoperazine, thioridazine, chlorpromazine, thiothixene, perphenazine, dan fluphenazine.

b) Antipsikotik atipikal

Antipsikotik atipikal diberikan kepada pasien yang tidak mengalami perubahan bila diberikan antipsikotik tipikal. Obat ini memiliki efek samping yang lebih rendah dari antipsikotik tipikal. Contoh antipsikotik atipikal yaitu *risperidone*, *quetiapine*, *olanzapine* dan *clozapine*.

c) Terapi elektro konvulsif

Terapi ini menggunakan alat yang mengeluarkan aliran listrik secara terputus-putus dengan tegangan 150 volt dengan periode waktu 2-3 detik. Sebelum melakukan terapi ini pasien akan menjalani pemeriksaan dan persiapan diantaranya:

- (1) Pemeriksaan jantung, paru, dan vertebra
- (2) Persiapan puasa terlebih dahulu
- (3) Pengosongan vesika urinari dan rektum
- (4) Pelepasan gigi palsu dan benda metal
- (5) Penderita harus berbaring dipermukaan yang datar.
- (6) Bagian kepala kemudian dipasang elektroda
- (7) Dikedua rahang diberi bahan lunak dan pasien dianjurkan untuk menggigit.

2) Terapi psikososial

a) Terapi perilaku

Terapi perilaku bermanfaat untuk melatih dan meningkatkan kemampuan sosial, memenuhi diri sendiri, latihan praktis,

dan komunikasi interpersonal dengan harapan klien dapat melakukan perilaku yang adaptif.

b) Terapi kelompok

Teori kelompok berfokus pada rencana, masalah dan hubungan dalam kenyataan. Tujuannya untuk menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan dan tes realitas.

c) Terapi kerja

Terapi kerja ini biasanya berupa permainan/latihan bersama untuk menghindari penderita semakin mengasingkan diri.

d) Terapi berorientasi keluarga

Terapi keluarga diberikan secara singkat tetapi intensif dimana keluarga berusaha berperan dalam *recovery* dengan cara memberikan dorongan untuk beraktivitas.

3) Perawatan di rumah sakit

Perawatan di rumah sakit ditujukan untuk menstabilkan medikasi, keamanan pasien dan perilaku. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan keefektifan antara pasien dengan sistem pendukung di masyarakat. Selain itu, perawatan di rumah sakit juga menurunkan dan membantu menyusun aktivitas.

4) Terapi farmakologi

Obat-obatan yang biasanya diberikan kepada pasien gangguan jiwa skizofrenia katatonik umumnya adalah obat-obatan antipsikotik atau neuroleptik. Obat-obatan antipsikotik tradisional

yaitu fenothiazin yang diciptakan oleh ahli kimia berkebangsaan Jerman di akhir abad-19, namun pada tahun 1940an obat ini tidak mendapat banyak perhatian karena hanya mengobati flu saja. Ahli kimia Perancis, Charpentier menemukan klorpromazin. Pada tahun terakhir muncul klopazin (clozaril). Jenis antipsikotik yang digunakan adalah klorpromazin, haloperidol, trifluoperazin, risperidon dan klopazin.

5) Terapi nonfarmakologi

Terapi nonfarmakologi ini antara lain:

- a) menggunakan terapi psikodinamika
- b) Terapi keluarga dan mengurangi ekspresi emosi
melatih keluarga bagaimana menghadapi perilaku anggotanya yang menderita skizofrenia agar tidak kambuh.
- c) *Treatment* sosial dan psikologis - intervensi perilaku, kognitif, dan sosial (melatih ketrampilan berbicara, ketrampilan mengelola diri sendiri, ketrampilan mengelola gejala, terapi kelompok, melatih ketrampilan kerja, dll)
- d) Program *tritmen* komunitas asertif (menyediakan layanan komprehensif bagi pasien skizofrenia dengan dokter ahli, pekerja sosial, dan psikolog yang dapat mereka akses setiap saat-terutama bagi yang tidak memiliki keluarga)

- e) *Treatment* lintas budaya penyembuhan tradisional (dengan doa-doa, upacara adat, jamu, dan lain-lain) sesuai budaya setempat

2. Konsep Dasar Recovery

a. Definisi Recovery

Sebuah badan milik pemerintah Amerika Serikat, *Substance Abuse and Mental Health Service Administration* (SAMHSA) menyatakan bahwa *recovery* merupakan adalah suatu perubahan dimana seseorang meningkat kesehatan dan kesejahteraannya, hidup sesuai dengan arah kehidupan yang dipilihnya, dan berjuang mencapai tujuan hidup sesuai dengan seluruh kemampuan yang dipunyainya (42). *Recovery* adalah suatu proses atau perjalanan panjang, bukan suatu tujuan, tapi suatu proses yang selalu bergerak dan dinamis (43). *Recovery* adalah suatu proses perubahan dari kurang sehat dan tersandera oleh gejala gangguan jiwa, menuju suatu keadaan yang lebih sehat dan sejahtera. Sehingga dapat disimpulkan bahwa *recovery* merupakan suatu proses perubahan individu yang selau bergerak dan dinamis dimana kesehatan serta kesejahteraan seseorang meningkat dengan hidup sesuai arah dan tujuan hidupnya.

Recovery bukan berarti pulih sepenuhnya atau dikatakan sembuh total. Seseorang yang telah pulih sewaktu-waktu dapat kambuh kembali. Pulihnya penderita gangguan jiwa adalah seperti pulihnya

seseorang yang menderita diabetes. Mereka sewaktu waktu bisa kambuh, gula darahnya bisa kembali meningkat. Penderita tekanan darah tinggi yang sudah terkontrol, juga bisa kambuh dan tekanan darahnya kembali menjadi tinggi dan tidak terkontrol. Kesehatan jiwa seseorang perlu terus dijaga dan ditingkatkan menuju ke keadaan yang lebih baik.

b. Dimensi *Recovery*

Recovery telah mendapat perhatian lebih sebagai konsep di bidang kesehatan mental. Beberapa literatur telah mengidentifikasi bahwa terdapat empat dimensi dalam *recovery*, yaitu (44):

1. *Clinical Recovery*

Clinical Recovery berfokus pada pengurangan gejala psikotik dan perawatan terhadap kesehatan mental dan fisik serta berbasis pada perawatan kesehatan berkelanjutan jangka panjang. Perawatan sangat penting diberikan untuk mengurangi risiko kekambuhan. Hal ini dapat dicapai dengan memfasilitasi pengguna layanan untuk melibatkan sumber daya lokalnya, termasuk keluarga dan perawat, masyarakat setempat dan layanan kesehatan setempat, seperti dokter umum, dalam semua aspek perawatan mereka bila hal ini sesuai.

2. *Personal Recovery*

Pada awalnya konsep *recovery* hanya berfokus pada sisi klinis atau prespektif klinis saja tanpa mempertimbangkan

prespektif dari pasien. Belakangan ini beberapa negara dari bagian Barat telah mengusulkan konsep *recovery* sebagai *personal recovery* atau ditilik dari persepsi pasien juga untuk mengevaluasi *recovery* mereka (20). Prespektif subyektif tersebut mencakup harapan, pemberdayaan, swadaya, dukungan sebaya dan mengatasi stigma yang berkembang dimasyarakat. Liberman mendefinisikan. *Personal recovery* bersifat luas, dan tidak dapat dicirikan secara seragam (berbeda untuk setiap individu). Keanekaragaman perspektif ini menjadi pertimbangan bagi layanan kesehatan mental (45).

3. *Social Recovery*

Pada dimensi *social recovery* berfokus pada membangun hubungan sosial di masyarakat yang lebih luas. Pengembangan *social recovery* ini dapat dimulai pada saat tahap awal pengobatan dengan membangun percakapan untuk mengidentifikasi dan memanfaatkan secara optimal sumber daya di lingkungan sekitar. Jika orang tersebut memiliki tujuan kejuruan dan kemajuan tercapai, fokus perawatan dapat beralih ke arah orang tersebut memanfaatkan secara optimal peluang sosial baru yang terkait dengan memiliki pekerjaan atau kursus yang berharga. Terapis okupasi dapat memberikan bantuan untuk bergaul dengan orang-orang dan mencari teman baru; menawarkan pelatihan keterampilan berkomunikasi dalam konteks tertentu; dan

membantu mengembangkan strategi untuk mengelola informasi pribadi, serta untuk mencegah dan melawan stigma dan diskriminasi yang tidak adil. Hasil yang diharapkan dari proses ini adalah transfer keterampilan sosial dan penyertaan sosial yang lebih besar di masyarakat luas.

4. *Functional Recovery*

Functional Recovery mengacu pada kembalinya melakukan peran seperti sebelumnya di masyarakat luas. Contoh dalam peran sosial ini seperti tugas rumah, perawatan mandiri, perjalanan independen dan manajemen keuangan. Pendidikan formal atau pelatihan kejuruan dan pekerjaan kompetitif adalah dua domain peran bernilai sosial lainnya yang juga perlu dipertimbangkan saat membantu seseorang mengidentifikasi tujuan *recovery* fungsionalnya di dunia nyata.

Bagian *recovery* yang telah disebutkan mencakup lima domain *Recovery Assessment Scale* oleh Corrigan, dkk yang mana lima domain tersebut dapat digunakan untuk mengevaluasi kondisi *recovery* ODS (19). *Recovery Assessment Scale* atau RAS merupakan sebuah kuesioner dimana terdapat lima domain, meliputi:

- a) Kepercayaan diri dan harapan (pernyataan nomor 7,8,9,10, dan 11)

- b) Kesiediaan meminta pertolongan (pada pernyataan nomor 15,16, dan 17)
- c) Tujuan dan orientasi sukses (pada pernyataan nomor 1,2,3,4, dan 5)
- d) Bergantung pada orang lain (pada pernyataan nomor 6,18,19, dan 20)
- e) Serta tidak didominasi oleh gejala (pada pernyataan nomor 12,13, dan 14)

c. Faktor-Faktor yang mempengaruhi *Recovery*

Recovery dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu : pendidikan, usia, angka kekambuhan, dan gejala-gejala yang dimiliki. Penelitian yang telah ada menunjukkan bahwa mereka yang berpendidikan >10 tahun memiliki skor *recovery* yang lebih tinggi dibanding dengan mereka yang berpendidikan dibawah 10 tahun. Kemudian mereka dengan usia yang lebih tua menunjukkan skor domain "kepercayaan diri dan harapan" yang cenderung lebih rendah dibanding dengan mereka yang memiliki usia lebih muda. Seseorang dengan angka kekambuhan yang lebih banyak memiliki skor yang cenderung lebih rendah pada domain "kepercayaan diri dan harapan" dan "tujuan dan orientasi sukses" dibanding dengan mereka yang jarang kambuh. Semakin banyak gejala positif yang dimiliki semakin banyak skor domain "kesediaan untuk untuk meminta bantuan" serta "tujuan dan orientasi sukses". Sedangkan mereka yang memiliki gejala negatif

yang lebih tinggi menunjukkan skor yang lebih rendah pada domain "ketergantungan pada orang lain" dibandingkan mereka yang hanya memiliki beberapa gejala negatif saja Corrigan dan Grover(19),(20).

d. Pendukung *Recovery*

Proses *Recovery* orang dengan skizofrenia (ODS) dapat didukung oleh beberapa dimensi. Adapun dimensi pendukung *recovery* sebagai berikut (43):

1. Kesehatan

Orang dengan skizofrenia yang mempunyai penyakit fisik berat akan lebih sulit untuk pulih dari gangguan jiwanya. Oleh karena itu penting untuk memiliki fisik yang sehat dengan mengatasi gejala penyakit dan mengetahui informasi penyakit yang diderita untuk mendukung kesehatan fisik dan jiwanya.

2. Perumahan

Perumahan yang dimaksud adalah tempat tinggal yang aman dan stabil. Tempat tinggal yang aman dan stabil akan terhindar dari rasa khawatir akan diusir oleh pihak lain dan menggelandang di jalan, sehingga dapat mendukung proses *recovery*.

3. Tujuan

Individu yang memiliki tujuan dalam hidupnya akan memiliki kegiatan harian yang bermakna seperti: bekerja, bersekolah, melakukan pekerjaan rumah, kegiatan kreatif. Adanya tujuan hidup atau kemauan untuk meraih sesuatu dimasa depan dapat

menjadikan orang dengan skizofrenia (ODS) berpartisipasi dalam kehidupan sosial yang dapat menjadi penggerak dalam proses *recovery*.

4. Komunitas

Orang dengan skizofrenia perlu memiliki jaringan petemanan atau komunitas yang mendukung. Pertemanan yang mendukung dapat menciptakan harapan, persaudaran dan kehangatan yang secara tidak langsung dapat mencegah penderita mengisolasi diri dan menjauhkan dari kekambuhan.

e. Prinsip Dasar *Recovery*

Sepuluh prinsip dasar *recovery* menurut (43) :

1. *Recovery* muncul dari adanya harapan

Harapan dapat menjadi pendorong dan motivator *recovery*. Adanya keyakinan bahwa mereka yang menderita dapat pulih menjadikan ODS mampu mengatasi masalah dan memiliki masa depan yang lebih baik serta mendorong penderita ke tahap *recovery*. Harapan dapat tumbuh dan diperkuat oleh dukungan dari orang terdekat seperti keluarga, teman, penderita yang telah pulih, hingga tenaga kesehatan maupun relawan gangguan jiwa.

2. Dorongan untuk pulih berasal dari dalam diri seseorang

Prinsip *recovery* pada dasarnya berbeda dari prinsip rehabilitasi. Biasanya dalam rehabilitasi, penderita bersikap pasif dengan meminum obat sesuai petunjuk dokter dan melakukan segala

kegiatan yang diperintahkan oleh perawat jiwa. Berbeda dengan prinsip *recovery* dimana penderita harus memiliki dorongan tersendiri dari dalam dirinya untuk sembuh dan memiliki keinginan untuk memperbaiki hidupnya, tekad yang kuat dalam mengupayakan berbagai kegiatan atau teknik untuk mengatasi gejalanya.

3. *Recovery* terjadi melalui berbagai jalur

Jalur *recovery* sangat bersifat individual. Jalur *recovery* dapat berupa : pengobatan yang tepat, mendapat dukungan psikososial dari orang terdekat, kembali ke sekolah atau kuliah, mendapatkan pekerjaan, melakukan kegiatan seni, mengikuti kegiatan sosial atau kegiatan keagamaan, dll.

4. *Recovery* bersifat menyeluruh

Recovery tidak hanya perihal mengatasi masalah gejala yang muncul, namun juga harus mencakup keseluruhan kehidupan seseorang baik fisik, jiwa, dan kehidupan sosialnya. *Recovery* mencakup hal-hal seperti: perawatan diri, perumahan, keluarga, pendidikan, pekerjaan, keagamaan, kesehatan, dan jaringan sosial. *Recovery* tidak akan optimal jika hanya berfokus pada kepatuhan minum obat sedangkan penderitanya tidak dilatih untuk perawatan diri, aktif untuk bersosialisasi seperti mengikuti berbagai kegiatan, komunitas, dan lain-lain.

5. *Recovery* memerlukan dukungan keluarga, teman dan masyarakat luas

Keluarga, teman atau orang terdekat perlu turut untuk mendukung atau memotivasi ODS dalam proses *recovery*. Keluarga yang anggotanya telah pulih dapat menolong keluarga lain yang masih berjuang membantu *recovery* anggota keluarganya yang sakit. Penderita yang telah pulih dapat memberikan motivasi dan mendampingi penderita gangguan jiwa lainnya. Lembaga sosial dan keagamaan bisa mendirikan pusat *recovery*, lapangan kerja, dan pelatihan kerja.

6. *Recovery* didukung oleh jaringan pertemanan dan kekerabatan

Dukungan yang terlahir dari jaringan persaudaraan dan pertemanan, dapat mengubah kehidupan penderita menjadi lebih sejahtera dan mempunyai peranan di masyarakat. Hal tersebut akan mendorong kemampuan penderita untuk mampu hidup mandiri, mempunyai peranan dan berpartisipasi di masyarakatnya.

7. *Recovery* berbasis kebudayaan dan kepercayaan yang ada di masyarakat

Jalur dan proses *recovery* dipengaruhi oleh kebudayaan dan kepercayaan yang dianut. Seperti seseorang yang beragama Islam akan lebih sulit pulih jika proses *recovery* menggunakan

pendekatan agama lain selain agama Islam, begitu juga sebaliknya.

8. *Recovery* didukung dengan memecahkan masalah kejiwaan yang memicu munculnya gangguan jiwa

Keluarga, teman, relawan jiwa dan penyedia pelayanan kesehatan jiwa perlu memahami pengalaman hidup ODS yang menekan jiwanya dan kemudian membantu menyediakan berbagai pilihan dalam mengatasi trauma yang dimiliki. Contohnya penderita akibat kekerasan seksual di masa kecilnya perlu diajari cara menerima dan mengatasi trauma tersebut.

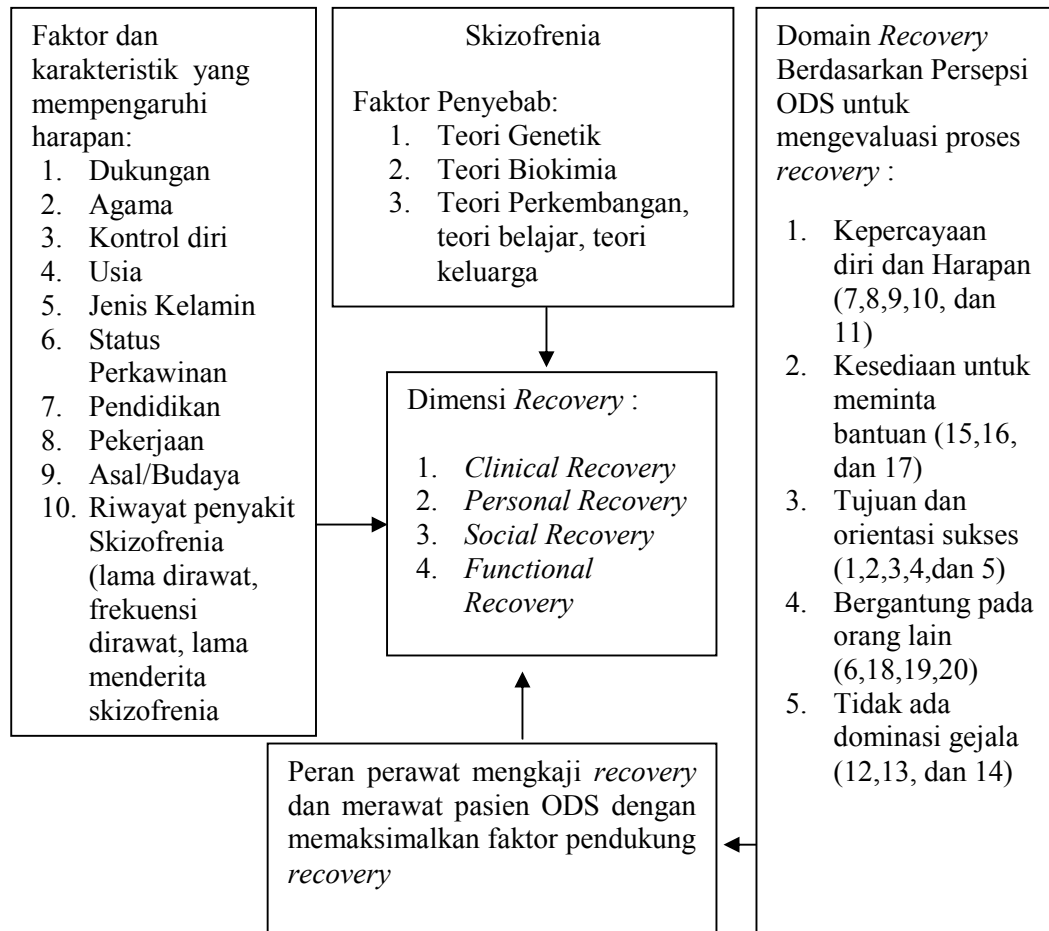
9. *Recovery* memanfaatkan kekuatan dan tanggung jawab individu serta masyarakat

Keluarga dapat menyumbangkan keahlian, waktu dan tenaga yang dimiliki kepada penderita. Masyarakat memberikan support dengan menciptakan lapangan pekerjaan, memberikan peran sosial, dan support psikososial lainnya.

10. *Recovery* didasarkan pada penghormatan (respek)

Adanya diskriminasi dan stigma akan menghalangi atau mempersulit proses *recovery* seseorang. Namun sebaliknya, jika masyarakat memberikan respon berupa penerimaan segala keterbatasan penderita dan memberikan bantuan agar dapat berkontribusi dalam masyarakat akan membantu mempercepat proses *recovery* seseorang.

B. Kerangka Teori

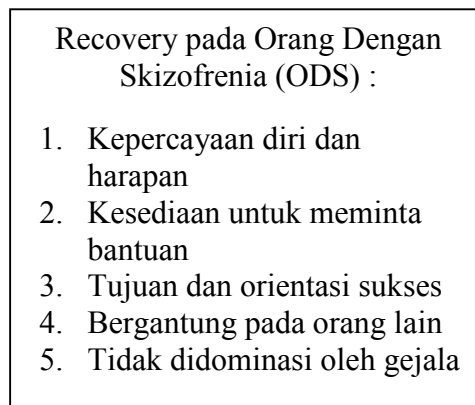


Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

B. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menerapkan jenis penelitian kuantitatif non-eksperimen dimana metode penelitiannya menggunakan desain penelitian deskriptif survei. Penelitian kuantitatif merupakan penelitian yang berpusat pada data-data berupa angka (numerik), kemudian diolah menggunakan metode statistika (46). Variabel dari angka-angka diidentifikasi dan diukur validitas serta reliabilitasnya (47). Penelitian deskriptif adalah penelitian yang mendeskripsikan atau memaparkan secara sistematis terhadap peristiwa-peristiwa penting yang terjadi di masa kini, nyata dan tidak memerlukan hipotesis (48).

Survei merupakan suatu metode yang digunakan untuk menghasilkan informasi yang berhubungan dengan prevalensi, distribusi, dan hubungan antar variabel dalam suatu populasi (49). Penelitian kuantitatif survei merupakan sebuah penelitian berupa data kuantitatif dan statistik objektif kemudian diolah atau dihitung secara ilmiah berdasarkan jawaban responden atas pertanyaan-pertanyaan tentang survei untuk menentukan frekuensi dan persentase tanggapan mereka. Data tidak hanya dikumpulkan tetapi juga dikaitkan dengan karakteristik responden dan peneliti tidak memberikan intervensi dalam penelitian tersebut. Penelitian deskriptif kuantitatif survei merupakan jenis penelitian dimana penelitian bertujuan untuk menggambarkan informasi secara sistematis menggunakan perhitungan statistika dan kuesioner sebagai instrumen dalam pengambilan data berdasarkan dengan karakteristik responden yang telah ditentukan.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi Penelitian

Populasi merupakan sekelompok objek atau subjek dengan kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (50). Populasi dibagi menjadi dua yaitu, populasi target dan populasi survei. Populasi target merupakan sebuah populasi yang telah ditetapkan sebelumnya terkait dengan masalah penelitian. Sedangkan populasi survei adalah populasi yang terlibat dalam populasi target (51).

Populasi target dalam penelitian adalah Orang Dengan Skizofrenia (ODS) yang dirawat di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. Rata-rata jumlah ODS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo sejumlah 239 jiwa setiap bulannya (Rekam medik).

2. Sampel penelitian

Sampel merupakan subjek dari penelitian (52). Sampel adalah unsur yang karakteristiknya sesuai dengan populasi yang akan diteliti (50). Sampel yang akan menjadi subjek penelitian ini adalah semua orang dengan skizofrenia (ODS) yang kooperatif di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. Teknik pengambilan sampel bertujuan untuk menentukan besarnya sampel. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *sampling*. *Sampling* merupakan sebuah proses penyeleksian jumlah populasi agar dapat mewakili populasi. Teknik *sampling* merupakan suatu cara yang digunakan agar memperoleh sampel sesuai dengan kriteria yang dapat mewakili populasi. Teknik *sampling* yang digunakan pada penelitian adalah *non-probability sampling* yaitu tidak semua objek dapat menjadi sampel dalam suatu populasi. Sedangkan jenis *sampling* dari penelitian ini adalah *incidental sampling* dimana sampel yang ditentukan secara kebetulan dan dipandang oleh peneliti sebagai individu yang sesuai sebagai sumber data. Teknik tersebut mempertimbangkan ketersediaan individu dalam kesediaannya menjadi responden dalam sebuah penelitian (49).

Penarikan sampel dalam penelitian didasarkan pada jumlah rerata pasien skizofrenia per bulan dalam satu tahun yang dirawat di Ruang Rawat Inap. Kemudian, dilakukan perhitungan sampel menggunakan perumusan Slovin (53).

D. Besar Sampel Penelitian

Penentuan besar sampel bertujuan untuk memperoleh sampel yang representatif, dan sampel yang ditetapkan wajib mewakili populasi. Semakin besar sampel yang digunakan, maka semakin baik hasil representatif yang didapatkan. Penentuan besar sampel menggunakan rumus Slovin (47) yaitu sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{N \cdot d^2 + 1}$$

Keterangan:

n = Ukuran Sampel

N = Ukuran Populasi

d = Nilai kritis (batas ketelitian) yang diinginkan (persen kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahan penarikan sampel)

Penelitian ini menggunakan rumus Slovin dengan nilai kritis sebesar 10%, sehingga :

$$n = \frac{N}{N \cdot d^2 + 1}$$

$$\begin{aligned}
 &= \frac{239}{239 \cdot (0,1)^2 + 1} \\
 &= \frac{239}{2,39 + 1} \\
 &= \frac{239}{3,39} \\
 &= 70,501 \\
 &= 71 \text{ orang}
 \end{aligned}$$

dengan demikian besar sampel dalam penelitian ini adalah 71 orang.

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. 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
- 3) Subjek dapat berkomunikasi dengan baik
- 4) Subjek dalam kondisi stabil

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab(48).

Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah responden memiliki gangguan keterbatasan mental dan mengundurkan diri di tengah proses penelitian berlangsung.

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Pengambilan data akan dilakukan pada bulan April sampai dengan Mei 2018.

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(48). Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel tunggal, yaitu *recovery* pada orang dengan skizofrenia (ODS).

2. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut(48). 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 pengukuran dalam penelitian *recovery* ini menggunakan skala ordinal. Skala ordinal yaitu skala yang digunakan untuk memberikan

kategori dan juga memberikan tingkatan. Hasil pengukuran akan dikategorikan tingkatannya menjadi sangat tidak setuju, tidak setuju, tidak yakin, setuju, dan sangat setuju.

Tabel 3.2 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran dalam Penelitian

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	AlatUkur	Hasil Pengukuran	SkalaUkur
1	Usia	Umur individu dari lahir hingga sekarang dalam hitungan tahun	Lembar Kuesioner Demografi (Kuesioner A)	Angka Absolut dalam tahun. Misalnya : 20 tahun	Rasio
2	Jenis Kelamin	Perbedaan fungsi biologi, bentuk dan sifat dari responden	Lembar Kuesioner Demografi (Kuesioner A)	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Status Perkawinan	Status ikatan perjanjian hukum antar pribadi yang membentuk hubungan antar pribadi yang biasanya intim dan seksual	Lembar Kuesioner Demografi (Kuesioner A)	1. Belum menikah 2. Menikah 3. Bercerai 4. CeraiMati	Nominal
4	Tingkat pendidikan Terakhir	Pendidikan terakhir yang ditempuh responden	Lembar Kuesioner Demografi (Kuesioner A)	1. Tidak sekolah 2. Tidak tamat SD/MI 3. Tamat SD/MI 4. TamatSMP/MTS 5. Tamat SMA/MA 6. Tamat D1/D3/S1	Ordinal
5	Pekerjaan	Pekerjaan Responden sebelum dirawat di RSJ	Lembar Kuesioner Demografi (Kuesioner A)	1. Tidak Bekerja 2. Pegawai 3. Wiraswasta 4. Petani, nelayan, buruh 5. Lainnya	Nominal
6	Asal atau Budaya	Daerah asal kelahiran responden	Lembar Kuesioner Demografi (Kuesioner A)	1. Jawa 2. Sumatera 3. Sunda 4. Lainnya	Nominal
7	Agama	Jenis ajaran	Lembar	1. Islam	Nominal

		atau kepercayaan pada Tuhan yang Maha Esa	Kuesioner Demografi (Kuesioner A)	2. Kristen 3. Katolik 4. Hindu 5. Buddha 6. Kong Hu Cu 7. Lainnya	
8	Usia pertama kali menderita gangguan jiwa	Usia ODS menderita gangguan jiwa pertama kali	Lembar kuisisioner data klinis (Kuesioner A)	Angka Absolut dalam tahun. Misalnya : 20 tahun	Rasio
9	Lama menderita gangguan jiwa	Jangka waktu ODS menderita gangguan jiwa	Lembar kuisisioner data klinis (Kuesioner A)	Angka Absolut dalam tahun. Misalnya : 20 tahun	Rasio
10	Frekuensi dirawat di RSJ	Jumlah kekerapan/ keseringan ODS dirawat di Rumah Sakit Jiwa	Lembar kuisisioner data klinis (Kuesioner A)	Angka Absolut dalam frekuensi. Misalnya : 3 kali	Rasio
11	Lama dirawat di RSJ	Jangka waktu perawatan ODS dirawat di Rumah Sakit Jiwa untuk saat ini	Lembar kuisisioner data klinis (Kuesioner A)	Angka absolute dalam hari Misalnya : 14hari	Rasio
12	Tipe Skizofrenia	Tipe skizofrenia yang ditegakkan oleh dokter sesuai dengan kondisi responden	Lembar kuisisioner data klinis (Kuesioner A)	1= Skizofrenia Paranoid (F.20.0) 2= Skizofrenia Hebefrenik (F.20.1) 3= Skizofrenia katatonik (F 20.2) 4= Skizofrenia takterinci (F 20.3) 5= Skizofrenia residual (F 20.5)	Nominal
13	Diagnosa keperawatan utama	Diagnosa Keperawatan utama yang menjadi masalah keperawatan yang ditegakkan oleh perawat sesuai dengan	Lembar kuisisioner data klinis (Kuesioner A)	1= Halusinasi 2= Resiko Perilaku Kekerasan 3= Resiko Bunuh Diri 4= Waham 5= Harga Diri Rendah 6= Isolasi Sosial 7= Defisit Perawatan Diri	Nominal

		kondisi responden			
14	<i>Recovery</i> Orang Dengan Skizofrenia (ODS)	Suatu perubahan dimana seseorang meningkat kesehatan dan kesejahteraannya, hidup sesuai dengan arah kehidupan yang dipilihnya, dan berjuang mencapai tujuan hidup sesuai dengan seluruh kemampuan yang dipunyainya	Menggunakan skala Ukur <i>Recovery Assessment Scale</i> Ada 20 item	<p><i>Domain Recovery:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepercayaan diri dan Harapan (7,8,9,10, dan 11) 2. Kesiediaan untuk meminta bantuan (15,16, dan 17) 3. Tujuan dan orientasi sukses (1,2,3,4,dan 5) 4. Bergantung pada orang lain (6,18,19,20) 5. Tidak ada dominasi gejala (12,13, dan 14) <p>Intepretasi hasil: Semakin tinggi skor yang didapat di setiap domain maka semakin besar bagian <i>recovery</i> terpenuhi</p>	Ordinal

G. Alat Penelitian dan Analisa Data

1. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuisioner, alat tulis, kertas, dan alat-alat pengolah data yang diproses ke dalam komputer.

Terdapat dua kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu :

a. Kuisisioner A

Kuisisioner A meliputi data demografi dan data klinis responden. Kuisisioner data demografi digunakan untuk mengetahui karakteristik responden. Sedangkan data klinis digunakan untuk mengetahui riwayat penyakit responden seperti: pertama kali menderita skizofrenia usia berapa, berapa lama sudah menderita skizofrenia, berapa kali sudah pernah dirawat di rumah sakit jiwa, berapa lama responden dirawat di rumah sakit jiwa untuk saat ini, tipe skizofrenia dan diagnosa keperawatan utama.

b. Kuisisioner B

Kuisisioner B adalah *Recovery Assessment scale* (RAS) merupakan kuisisioner yang digunakan dalam pengukuran *recovery* pada ODS. Kuisisioner ini pertama kali dikembangkan oleh Corrigan. RAS digunakan untuk menilai keadaan *recovery* seseorang dan dapat digunakan untuk menilai perkembangan *recovery* seseorang dari waktu ke waktu. Kuisisioner ini tidak memiliki ambang batas atau skor yang menunjukkan bahwa seseorang telah pulih (*recovered*)(54). Kuisisioner RAS berupa pernyataan struktur yang mencakup lima domain, yaitu kepercayaan diri pribadi dan harapan, kesiapan untuk meminta bantuan, tujuan dan orientasi sukses, bergantung pada orang lain, dan tidak ada dominasi oleh gejala.

Setiap item dicentang sesuai dengan yang dialami oleh ODS menurut 5 skala likert. Penjabarannya nilai 1 “Sangat Tidak Setuju”, 2 “Tidak Setuju”, 3 “Tidak Yakin”, 4 “Setuju” dan 5 “Sangat Setuju”(19).

2. Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Uji validitas digunakan untuk mengetahui kelayakan butir-butir dalam suatu daftar (konstruk) pertanyaan dalam mendefinisikan suatu variabel. *Face validity* (validitas muka), yaitu kemampuan sebuah pertanyaan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur. Apakah pertanyaan tersebut sudah mengukur keterlibatan responden atau belum. Sedangkan uji reliabilitas digunakan untuk mengetahui keandalan instrumen. 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(55).

RAS merupakan kuesioner yang digunakan dalam pengukuran *recovery* pada ODS. Kuesioner ini pertama kali dikembangkan oleh Corrigan dan sekarang telah menjadi skala ukur umum. RAS sudah diuji validitas reliabilitasnya pada 1824 orang dengan gangguan mental oleh Corrigan sendiri dalam penelitiannya yang berjudul “*Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale*”. Hasil uji validitas dan reliabilitas dalam Bahasa Inggris didapatkan validitas konstruk 0.526 hingga 0.831 dan konsistensi konstruk alpha mulai dari 0.74 hingga 0.87

(19). Namun, di Indonesia, instrument ini belum dialih bahasakan ke dalam Bahasa Indonesia dan belum banyak digunakan di Indonesia sehingga penulis perlu melakukan penerjemahan ke dalam bahasa Indonesia oleh ahli, melakukan *face validity* kepada 3 responden, dan melakukan validitas dan reliabilitas instrument kepada 20 ODS yang dirawat di ruang inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo.

3. Cara Pengumpulan data

Cara pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti sebagai berikut :

- a. Setelah proposal skripsi mendapatkan persetujuan dari dosen pembimbing dan penguji, Peneliti melakukan uji etik (*ethical clearance*) kepada Fakultas Kedokteran sebagai syarat penelitian.
- b. Peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian kepada departemen ilmu keperawatan, kemudian dari jurusan keperawatan memberikan surat ijin penelitian yang telah di tandatangani oleh dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- c. Surat ijin penelitian diberikan kepada Direktur RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah melalui bidang Penelitian dan Pengembangan (Litbang).
- d. Setelah surat ijin disetujui oleh Direktur RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah selanjutnya peneliti melakukan uji etik (*ethical clearance*) yang diajukan oleh bidang Litbang RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah sebagai syarat penelitian.

- e. Peneliti meminta ijin kepada Kepala Ruang untuk melakukan penelitian dengan cara menunjukkan surat ijin penelitian yang telah disetujui oleh Kepala Bidang Keperawatan RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.
- f. Pengumpulan data dilakukan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah dengan menggunakan kuesioner yang telah di sediakan sebelumnya oleh peneliti.
 - 1) Peneliti memperkenalkan diri
 - 2) Peneliti menjelaskan tujuan dan meminta ijin pada responden, kepada responden yang setuju kemudian diberi kuesioner
 - 3) Saat memberikan kuisisioner pada responden, peneliti membacakan petunjuk pengisian dan memberikan kesempatan pada responden untuk bertanya apabila ada pertanyaan ataupun petunjuk yang kurang dimengerti.
 - 4) Peneliti dibantu oleh 4 enumerator yaitu : Murti, Beny, Tiara dan Tiodora untuk membacakan serta mengisikan kuesioner sesuai dengan permintaan responden bagi responden yang kurang atau tidak 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 Analisa Data

1. Teknik pengolahan data

Data dalam penelitian ini selanjutnya diolah melalui beberapa tahap pengolahan data, antara lain(56):

a. Penyuntingan data (*editing*)

Merupakan pengecekan atau pengoreksian data yang telah terkumpul Tujuan dari *editing* adalah agar tidak ada kesalahan pada pencacatan dan pengisian data diisi secara lengkap oleh responden dan peneliti. Peneliti melakukan pengecekan dan mengoreksi kelengkap kuisisioner, jika ada yang belum lengkap maka dikembalikan pada responden untuk dilengkapi kembali. Peneliti juga memeriksa kembali data sesuai informasi yang diberikan oleh responden dengan cara melihat rekam medik pasien sehingga data yang kurang lengkap maupun yang kurang tepat dapat diperbaiki dan dilengkapi oleh peneliti.

b. Pemberian kode (*coding*)

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden sesuai dengan jenis atau kategorinya. Peneliti melakukan coding dengan cara memberi kode berupa angka pada masing-masing jawaban, selanjutnya dimasukkan dalam tabel kerja supaya

mempermudah pembacaan. Peneliti menggunakan kode huruf inisial untuk menggantikan nama responden, hal ini sesuai dengan prinsip anonymity sesuai dengan kode etik dalam penelitian.

Kode pada kuisisioner meliputi :

1) Kuisisioner A

- a) Usia 18-60 tahun diberi kode sesuai dengan usia.
- b) Jenis kelamin untuk laki-laki diberi kode 1 dan perempuan diberi kode 2.
- c) Status perkawinan untuk belum menikah diberi kode 1, menikah diberi kode 2, dan duda/janda (sudah bercerai) diberi kode 3, Cerai Mati diberi kode 4.
- d) Tingkat pendidikan untuk tidak sekolah diberi kode 1, Tidak tamat SD sederajat diberi kode 2, Tamat SD/MI diberi kode 3, Tamat SMP/MTS sederajat diberi kode 4, Tamat SMA/MA diberi kode 5 dan Tamat D1/D3/S1 diberi kode 6.
- e) Status pekerjaan untuk tidak bekerja diberi kode 1, pegawai diberi kode 2, wiraswasta diberi kode 3, Petani, nelayan dan buruh diberi kode 4, dan keterangan lainnya diberi kode 5.
- f) Asal Budaya : Jawa diberi kode 1, Sumatera kode 2, Sunda kode 3, Kalimantan diberi kode 4 dan Sulawesi diberi kode 5.
- g) Agama : agama islam diberi kode 1, agama kristen diberi kode 2, agama katolik diberi kode 3, agama Hindu diberi

kode 4, agama Buddha diberi kode 5, agama Kong Hu Cu diberi kode 6 dan keterangan lainnya diberi kode 7.

- h) Diagnosa gangguan jiwa skizofrenia paranoid (F.20.0) diberi kode 1, skizofrenia hebefrenik (F.20.1) diberi kode 2, skizofrenia katatonik (F.20.2) diberi kode 3, skizofrenia tak terinci (F.20.3) diberi kode 4, dan skizofrenia residual (F.20.5) diberi kode 5.
- i) Diagnosa keperawatan utama halusinasi diberi kode 1, resiko perilaku kekerasan diberi kode 2, resiko bunuh diri diberi kode 3, waham diberi kode 4, harga diri rendah diberi kode 5, isolasi sosial diberi kode 6, dan defisit perawatan diri diberi kode 7.

2) Kuesioner B

RAS atau *Recovery Assessment Scale* pada pasien Skizofrenia. Kuesioner ini memiliki 5 domain yang terbagi atas 20 pertanyaan.

Domain	No	Pernyataan
Kepercayaan diri dan harapan	7	Saya bisa mengatasi apa yang terjadi dalam hidup saya.
	8	Saya menyukai diri saya sendiri.
	9	Jika orang lain benar-benar mengenal saya, mereka akan menyukai saya.
	10	Sesuatu yang baik pada akhirnya akan terjadi.
	11	Saya mempunyai harapan akan masa depan saya.
Kesediaan untuk meminta	15	Saya tahu kapan harus meminta pertolongan.
	16	Saya bersedia untuk meminta pertolongan.

pertolongan	17	Saya meminta pertolongan ketika saya membutuhkan.
Tujuan dan orientasi sukses	1	Saya mempunyai kemauan/hasrat untuk bisa sukses.
	2	Saya mempunyai rencana sendiri bagaimana bisa bertahan atau menjadi sehat kembali.
	3	Saya mempunyai cita-cita yang ingin saya capai dalam hidup saya.
	4	Saya percaya bahwa saya dapat mencapai cita-cita pribadi saya saat ini.
	5	Saya memiliki tujuan dalam hidup saya.
Bergantung kepada orang lain	6	Ketika saya tidak peduli pada diri sendiri, orang lainlah yang justru peduli pada saya
	18	Saya mempunyai orang yang dapat saya andalkan.
	19	Ketika saya tidak percaya pada diri sendiri, orang lainlah yang justru percaya pada saya.
	20	Memiliki berbagai jenis teman adalah penting.
Tidak didominasi oleh gejala	12	Koping terhadap gangguan jiwa bukan lagi fokus utama dalam hidup saya.
	13	Gejala penyakit yang saya alami semakin berkurang dalam mengganggu hidup saya.
	14	Gejala penyakit yang saya alami menjadi masalah pada waktu singkat setiap kali gejala itu muncul.

Pengkodean dalam pengolahan data setiap item menggunakan kode P1 (pertanyaan 1) sampai P20 (pertanyaan 20). Masing-masing pertanyaan mempunyai kriteria penilaian 1-5 yaitu nilai 1 “Sangat Tidak Setuju”, 2 “Tidak Setuju”, 3 “Tidak Yakin”, 4 “Setuju” dan 5 “Sangat Setuju” (19).

c. Tabulasi (*Tabulating*)

Kegiatan tabulating dalam penelitian meliputi pengelompokan data sesuai dengan tujuan penelitian kemudian dimasukkan kedalam tabel-tabel yang telah ditentukan berdasarkan kuesioner yang telah ditentukan skornya. Peneliti mengelompokan data dengan variabel

yang diteliti. Peneliti membuat tabel- tabel yang memuat tiap pernyataan sesuai dengan domain masing-masing ke dalam Microsoft Excel. Peneliti mengelompokkan jawaban kuesioner data karakteristik responden dan pernyataan sesuai dengan domain *recovery* pada ODS dalam Microsoft Excel yang sama.

d. Memasukan data (*data entry*) atau prosesing.

Peneliti akan memasukan data berupa jawaban-jawaban dari setiap responden yang telah diberikan kode dalam bentuk (angka atau huruf) kedalam program statistik pengolah data dari komputer.

e. Pembersihan data (*cleaning*)

Peneliti melakukan pengecekan ulang untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, selanjutnya peneliti melakukan pembetulan atau koreksi terhadap data – data tersebut.

2. Analisa data

Analisis data penelitian ini menggunakan analisis univariat. Tujuan dari analisis univariat adalah mengetahui interaksi satu variabel, data yang diperoleh dari hasil pengumpulan dapat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Distribusi frekuensi merupakan salah satu teknik penyusunan data dengan mengurutkan skor terendah sampai skor tertinggi yang dihubungkan dengan frekuensi skor tersebut muncul. Peneliti menganalisa data dengan analisis univariat, data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan presentase untuk menjawab tujuan penelitian. Distribusi frekuensi dan persentase yang akan disajikan dalam

penelitian ini terdiri dari karakteristik responden (data demografi dan data klinis) dan gambaran *recovery* pada ODS yang disajikan dalam bentuk tabel.

I. Etika Penelitian

Etika penelitian diterapkan dalam rangka proses penelitian agar tidak terjadi pelanggaran etika pada saat dilakukannya penelitian(48). Etika-etika tersebut yaitu :

1. Menghormati individu (*Respect for person*)

Peneliti menghormati hak subjek penelitian (responden) dalam mengambil keputusan mengikuti atau menolak untuk terlibat dalam penelitian.

2. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Peneliti merahasiakan identitas responden dan hanya data-data tertentu yang berhubungan dengan penelitian yang dapat ditampilkan.

3. Keadilan (*Justice*)

Peneliti memperlakukan semua responden secara adil dengan tidak membedakan selama proses penelitian baik dari segi ekonomi, fisik, ruangan maupun kondisi responden dan tidak ada yang menerima perlakuan khusus selama proses penelitian.

4. Tanpa nama (*Anonymity*)

Peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada alat ukur. Peneliti hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data dan hanya mencantumkan inisial pada laporan hasil penelitian.

5. Manfaat (*Beneficience*)

Peneliti memberikan informasi tentang *recovery* pada ODS yang menanyakan hal-hal terkait penelitian sebelum survei penelitian dilaksanakan.

6. Tidak Membahayakan Seseorang (*Non maleficience*)

Peneliti tidak memberikan intervensi kepada responden sehingga tidak membahayakan dari awal penelitian hingga akhir penelitian dan tidak membutuhkan waktu yang lama dari responden.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Mental disorders. In 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
2. Efendi F, Makhfudli. Keperawatan kesehatan komunitas teori dan praktik dalam keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
3. Simanjuntak J. Konseling gangguan jiwa & okultisme: membedakan gangguan jiwa dan kerasukan setan. Pertama. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2008.
4. Lee W, Yun J, Woods R, Dunaway K, Yasui DH, Lasalle JM, et al. © The Author 2014 . Published by Oxford University Press . All rights reserved . For Permissions , please email: journals.permissions@oup.com. 2014;(530):1–26.
5. Who. Improving health systems and services for mental health. World Health [Internet]. 2009;112. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html
6. Kemenkes RI. Riset kesehatan dasar. 2012;
7. Kemenkes RI. Riset kesehatan dasar 2013. Minist Heal Repub Indones. 2013;(1):1–303.
8. Andrianto P. Psikiatri : catatan kuliah. 6th ed. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 1993.
9. Browne G, Courtney M. Housing, social support and people with schizophrenia: a grounded theory study. Issues Ment Health Nurs. 2005;26(3):311–26.
10. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med. 2005;2(5):0413–33.
11. Amelia DR, Anwar Z. Relaps pada pasien skizofrenia. J Ilm Psikol Terap. 2013;1(1):53–65.
12. Putri MI. Faktor yang berpengaruh pada kekambuhan pasien skizofrenia di rumah sakit jiwa ghrasia yogyakarta. Undergrad Thesis. 2012;
13. Agusno M. Global-national mental health & psychosocial problem & mental health policy. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2011.
14. Sari H, Fina F. Family support to prevent relaps patient with schizophrenia in polyclinic of aceh government mental hospital. Idea Nurs J.

2011;II(3):176.

15. Mead S, Copeland ME. What recovery means to us: consumer's perspectives. *Community Ment Health J.* 2000;36(3):315–28.
16. Ralph RO. Recovery. *Psychiatr Rehabil Ski* [Internet]. 2000;4(3):480–517. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10973430008408634>
17. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37(5):586–94.
18. Rahmawati L, Suryani, Rafiyah I. Pengalaman hidup survivor skizofrenia dalam proses recovery di kersamanah kabupaten garut. *Pros Semin Nas.* 2015;1(1):113–24.
19. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Songster Y, Keck L. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull.* 2004;30(4).
20. Grover S, Hazari N, Singla N, Chakrabarti S, Aneja J, Sharma S, et al. Recovery among patients with severe mental illness: factor analysis of recovery assessment scale in indian setting. *Indian J Soc Psychiatry.* 2016;32:92–103.
21. Hawari D. Pendekatan holistik pada gangguan jiwa : skizofrenia. 2nd ed. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2003.
22. Tomb DA. Buku saku : psikiatri. 6th ed. Mahatmi T, editor. Jakarta: EGC; 2003.
23. Davison GC, Nelae JM, Kring AM. Psikologi abnormal. 9th ed. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada; 2010.
24. O'Brien, Kennedy WZ, Ballard K. Psychiatric mental health nursing : an introduction to theory and practice. London, UK: Jones and Bartlett Publishers International; 2008.
25. Candra IW, Harini IGA, Sumirta IN. Psikologi landasan keilmuan praktik keperawatan jiwa. 1st ed. Yogyakarta: Penerbit ANDI; 2017.
26. Kaplan HI, Benjamin JS. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 8th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins; 1998.
27. Urizar AC, Maldonado JG, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia. *a Lit Rev.* 2009;7(87).
28. Sirait A. Pengaruh koping keluarga terhadap kejadian relaps pada

- skizofrenia remisi sempurna di rumah sakit jiwa daerah provinsi sumatera utara. Medan Sekol Pasca Sarj Univ Sumatera Utara. 2008;
29. Americans N, Article S, Hagher H, Mokhber N, Azarpazhoooh M, Haghghi M. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. IACAPAP E-textb child Adolesc Ment Heal. 2013;55(1993):135–9.
 30. Lehman. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am Psychiatr Assoc. 2004;
 31. Shives L. Basic Concepts of Psychiatric – Mental Health Nursing Sixth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
 32. Semiun Y. Kesehatan mental 3: gangguan-gangguan mental yang sangat berat, simptomatologi, proses diagnosis, dan proses terapi gangguan-gangguan mental. Yogyakarta: Kanisius; 2006.
 33. Simanjuntak J. Konseling gangguan jiwa dan okultisme: membedakan gangguan jiwa dan kerasukan setan. Jakarta: EGC; 2002.
 34. Nevid JS, Rathus S., Greene B. Psikologi abnormal. 5th ed. Jakarta: Erlangga; 2003.
 35. Videbeck LS. Buku ajar keperawatan jiwa. Jakarta: EGC; 2008.
 36. Muhith A. Pendidikan keperawatan jiwa: teori dan aplikasi. 1st ed. Bendetu M, editor. Yogyakarta: Andi Offset; 2015.
 37. Ah Y, PK RF, Nihayati HE. Buku ajar keperawatan jiwa. Jakarta: Salemba Medika; 2015.
 38. Herdman TH, Kamitsuru S. Nanda international nursing diagnoses: definitions & classification, 2015–2017. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
 39. Bulechek, Gloria M, Butcher, Howard K, Dochterman, Joanne M, et al. Nursing interventions classification. United States: Elsevier Mosby; 2013.
 40. Moorhead, Soe, Johnson M, L MM, Swanson E. Nursing outcomes classification (noc) measurement of health outcomes. United States: Elsevier Mosby; 2013.
 41. Kurnia FYP. Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia di poli psikiatri rsd dr. soebandi jember. Undergrad Theses. 2015;
 42. SAMHSA SA and MHSA. Recovery and recovery support. In: Badan Milik pemerintah Amerika Serikat [Internet]. 2017. Available from: <https://www.samhsa.gov/recovery>
 43. Setiadi G. Pemulihan gangguan jiwa : pedoman bagi penderita, keluarga

- dan relawan jiwa. Purworejo: Pusat Pemulihan dan Pelatihan Gangguan Jiwa; 2014.
44. Lloyd C, Waghorn G, Williams PL. Conceptualising recovery in mental health. *Br J Occup Ther* [Internet]. 2008;71(August):321–8. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/b6bb/1a263fc49866fb7b0e07c459f3268e5dd804.pdf>
 45. Slade M. Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals [Internet]. Vol. 1, *Climate Change 2013 - The Physical Science Basis*. Cambridge university press; 2009. 1-30 p. Available from: <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9781107415324A009>
 46. Azwar S. *Metode penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2007.
 47. Prasetyo B, Jannah LM. *Metode penelitian kuantitatif*. Jakarta: Rajawali Press; 2014.
 48. Nursalam. *Metodologi penelitian ilmu keperawatan pendekatan praktis*. 4th ed. Jakarta: Salemba Medika; 2015.
 49. Wasis. *Pedoman riset praktis untuk profesi keperawatan*. Jakarta: EGC; 2008.
 50. Sugiono. *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfa Beta; 2011.
 51. Setiadi. *Konsep dan penulisan riset keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2007.
 52. Nursalam. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. pedoman skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
 53. Sugiyono. *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alpha Beta; 2007.
 54. Mark S. Salzer M., Eugene Brusilovskiy B. Advancing recovery science: reliability and validity properties of the recovery assessment scale. *Psychiatr Serv*. 2014;65(4).
 55. Siregar S. *Statistika deskripsi untuk penelitian*. Jakarta: Rajawali Press; 2014.
 56. Lusiana N. *Buku ajar metodologi kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2015.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Permohonan untuk Menjadi Responden (*Informed Consent*)



**SURAT PERMOHONAN UNTUK MENJADI RESPONDEN
PENELITIAN “GAMBARAN *RECOVERY* PADA ORANG DENGAN
SKIZOFRENIA (ODS) DI RUANG RAWAT INAP
RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH**

Kepada Yth : Calon Responden Penelitian
Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Umi Afrikhah

NIM : 22020114120024

Alamat : Jalan Jurang Blimbing No.1 03/04 Tembalang, Semarang

Adalah mahasiswa Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang yang sedang melakukan penelitian dengan judul “Gambaran *Recovery* Pada Orang dengan Skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.” Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Bapak/Ibu tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi Bapak/Ibu, serta memungkinkan untuk mengundurkan diri untuk tidak ikut dalam penelitian ini. Apabila Bapak/Ibu menyetujui, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya buat. Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu menjadi responden, saya ucapkan terima kasih.

Semarang, 2018

Peneliti

Umi Afrikhah

Lampiran 2. Surat Persetujuan Menjadi Responden (Informed Consent)

JUDUL PENELITIAN :

Gambaran *Recovery* Pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

INSTANSI PELAKSANA :

Mahasiswa Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN **(INFORMED CONSENT)**

Berikut ini naskah yang akan dibacakan pada Responden Penelitian :

(a.l. berisi penjelasan apa yang akan dialami oleh responden mis: diambil data dan diwawancarai)

Bapak/Ibu, Sdr/i Yth :

Perkenalkan nama saya Umi Afrikah adalah Mahasiswa Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro angkatan 2013 yang sedang melakukan penelitian dengan judul “Gambaran *Recovery* Pada Orang dengan Skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang”

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran *recovery* pada orang dengan skizofrenia (ODS) dan tujuan khususnya yaitu mengetahui gambaran karakteristik ODS dan mengetahui gambaran *Recovery* pada ODS di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Penelitian yang saya lakukan ini bersifat sukarela dan tidak ada unsur paksaan. Untuk itu, saya meminta izin untuk mengikutsertakan Sdr/i dalam penelitian ini. Data dan informasi yang didapat dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya, yaitu identitas subjek penelitian tidak akan dicantumkan hanya akan saya gunakan untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan ilmu pengetahuan.

Apabila ada informasi yang belum jelas, Sdr/i bisa menghubungi saya, a.n.Umi Afrikhah Mahasiswa Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang No. Hp 083836092206. Demikian penjelasan dari saya. Terima kasih atas perhatian dan kerjasama Sdr/i dalam penelitian ini.

Terima kasih atas kerjasama Sdr/i.

Setelah mendengar dan memahami penjelasan penelitian, dengan ini saya Menyatakan

SETUJU / TIDAK SETUJU

Untuk ikut sebagai responden/ sampel penelitian.

Semarang,.....

(.....)

Saksi :

Nama terang :

Nama Terang :

Alamat :

Alamat :

Lampiran 3. Lembar Kuesioner Data Demografi dan Data Klinis Responden

Kode

LEMBAR KUESIONER

DATA DEMOGRAFI DAN DATA KLINIS RESPONDEN

Petunjuk Pengisian :

1. Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan mencentang (√) salah satu pilihan yang ada dan menggambarkan diri anda.
2. Jika tidak terdapat pilihan jawaban, maka tuliskan jawaban yang menggambarkan diri anda.

▪ Data Demografi

Tanggal Pengambilan Data : 2018

Nama Pengambil Data :

Lokasi Pengambilan Data :

1. Nama :

2. Tanggal lahir :

3. Usia : (tahun)

4. Jenis Kelamin :

Laki-laki

Perempuan

5. Status Perkawinan

Belum menikah

Menikah

Bercerai

Cerai Mati

6. Apakah pendidikan terakhir anda:

Tidak sekolah

Tidak tamat SD/MI

Tamat SD/MI

Tamat SMP/MTS

Tamat SMA/MA

Tamat D1/D3/S1

7. Apa pekerjaan anda sebelumnya :

- Tidak Bekerja
- Pegawai
- Wiraswasta

- Petani, nelayan, buruh
- Lainnya sebutkan.....

8. Asal atau budaya :

- Jawa
- Sumatera
- Sunda

- Kalimantan
- Sulawesi
- Lain (sebutkan).....

9. Agama:

- Islam
- Kristen
- Katolik
- Hindu

- Budha
- Kong Hu Cu
- Lainnya (sebutkan).....

Data Klinis

1. Usia pertama kali menderita skizofrenia: (tahun)
2. Lama menderita skizofrenia/penyakit jiwa/ Skizofrenia : (tahun)
3. Berapa kali anda sudah pernah dirawat di rumah sakit :
4. Saat ini, Sudah Berapa lama Anda di rawat di rumah sakit :

Hari/Bulan

5. Diagnosa gangguan jiwa(F20.) (diisi oleh peneliti)
6. Diagnosa keperawatan yang utama..... (diisi oleh peneliti)

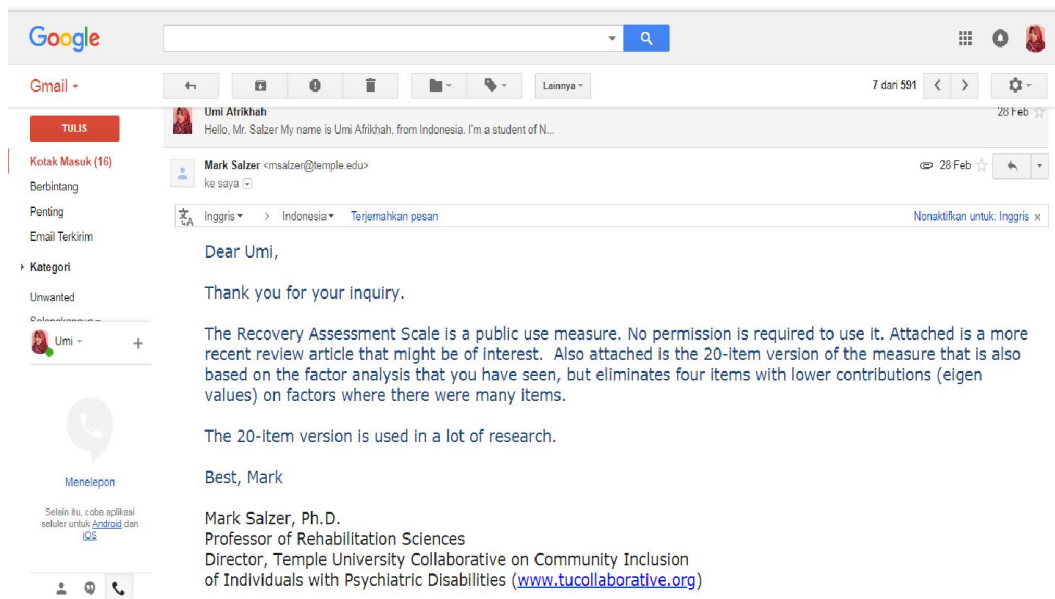
Lampiran4. Kuesioner *Recovery Assessment Scale*

RECOVERY ASSESSMENT SCALE – Short Form
(SKALA PENILAIAN *RECOVERY* – Versi Singkat)

Berikut ini adalah daftar pernyataan yang menggambarkan perasaan seseorang pada dirinya sendiri dan kehidupannya. Bacalah setiap pernyataan dengan seksama dan berilah tanggapan yang paling tepat untuk menggambarkan sejauh mana Anda setuju atau tidak setuju dengan masing-masing pernyataan. Tentukan apakah **Anda Sangat Tidak Setuju [STS] (1), Tidak Setuju [TS] (2), Tidak Yakin [TY] (3), Setuju [S] (4), atau Sangat Setuju [SS] (5)** dengan pernyataan tersebut.

Pernyataan	ST S	T S	T Y	S	S S
1. Saya mempunyai kemauan/hasrat untuk bisa sukses.	1	2	3	4	5
2. Saya mempunyai rencana sendiri bagaimana bisa bertahan atau menjadi sehat kembali.	1	2	3	4	5
3. Saya mempunyai cita-cita yang ingin saya capai dalam hidup saya.	1	2	3	4	5
4. Saya percaya bahwa saya dapat mencapai cita-cita pribadi saya saat ini.	1	2	3	4	5
5. Saya memiliki tujuan dalam hidup saya.	1	2	3	4	5
6. Ketika saya tidak peduli pada diri sendiri, orang lainlah yang justru peduli pada saya.	1	2	3	4	5
7. Saya bisa mengatasi apa yang terjadi dalam hidup saya.	1	2	3	4	5
8. Saya menyukai diri saya sendiri.	1	2	3	4	5
9. Jika orang lain benar-benar mengenal saya, mereka akan menyukai saya.	1	2	3	4	5
10. Sesuatu yang baik pada akhirnya akan terjadi.	1	2	3	4	5
11. Saya mempunyai harapan akan masa depan saya.	1	2	3	4	5
12. Koping terhadap gangguan jiwa bukan lagi fokus utama dalam hidup saya.	1	2	3	4	5
13. Gejala penyakit yang saya alami semakin berkurang dalam mengganggu hidup saya.	1	2	3	4	5
14. Gejala penyakit yang saya alami menjadi masalah pada waktu singkat setiap kali gejala itu muncul.	1	2	3	4	5
15. Saya tahu kapan harus meminta pertolongan.	1	2	3	4	5
16. Saya bersedia untuk meminta pertolongan.	1	2	3	4	5
17. Saya meminta pertolongan ketika saya membutuhkan.	1	2	3	4	5
18. Saya mempunyai orang yang dapat saya andalkan.	1	2	3	4	5
19. Ketika saya tidak percaya pada diri sendiri, orang lainlah yang justru percaya pada saya.	1	2	3	4	5
20. Memiliki berbagai jenis teman adalah penting.	1	2	3	4	5

Lampiran 5. Persetujuan Menggunakan Kuesioner



The screenshot shows a Gmail interface with a search bar at the top. The email header shows a message from Umi Atrikah to Mark Salzer, dated 28 Feb. The email content is as follows:

Dear Umi,

Thank you for your inquiry.

The Recovery Assessment Scale is a public use measure. No permission is required to use it. Attached is a more recent review article that might be of interest. Also attached is the 20-item version of the measure that is also based on the factor analysis that you have seen, but eliminates four items with lower contributions (eigen values) on factors where there were many items.

The 20-item version is used in a lot of research.

Best, Mark

Mark Salzer, Ph.D.
Professor of Rehabilitation Sciences
Director, Temple University Collaborative on Community Inclusion
of Individuals with Psychiatric Disabilities (www.tucollaborative.org)

Lampiran 7. Jadwal Konsultasi

JADWAL KONSULTASI SKRIPSI

Nama : Umi Afrikhah

NIM : 22020114120024

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Dosen	Keterangan	Paraf
1.	26/09/18	Pengajuan topik dan judul skripsi	Ns. Sri Padma Sari, S.Kep., MNS	1. Penguatan fenomena BAB I. 2. Judul belum di Acc	
2.	27/02/18	Konsultasi BAB 1 dan 2	Ns. Sri Padma Sari, S.Kep., MNS	1. Revisi BAB 1 & 2 2. Lanjut membuat BAB III 3. Menetapkan kuesioner <i>recovery</i> baku	
3.	30/02/18	Konsultasi BAB 1-3 dan kuesioner	Ns. Sri Padma Sari, S.Kep., MNS	1. Revisi BAB 1-3 2. Mencari kuesioner baku <i>recovery</i> 3. Mengganti kerangka teori 4. Menambahkan hasil penelitian dari luar dan dalam negeri	
4.	06/03/18	Konsultasi BAB 1-3	Ns. Sri Padma Sari, S.Kep., MNS	1. Menentukan data demografi dan data klinis 2. Memilah domain dalam kuesioner 3. Memilih beberapa pertanyaan untuk stupen 4. Revisi faktor inklusi dan eksklusi penelitian.	
5.	20/03/18	Konsultasi BAB 1-3	Ns. Sri Padma Sari, S.Kep.,	1. Menambahkan diagnosa keperawatan	

			MNS	pada skizofrenia 2. Memperbaiki kriteria inklusi dan eksklusi	
6.	23/03/18	Konsultasi Proposal skripsi sampai lampiran.	Ns. Sri Padma Sari, S.Kep., MNS	1. Dicek penulisan dari awal sampai akhir. 2. Di cek kembali formating 3. Acc sidang proposal.	

Lampiran 8. Catatan Hasil Konsultasi

CATATAN HASIL KONSULTASI

Hari/ Tanggal :26/09/18

Catatan :

Ganti topik, memperkuat fenomena di BAB I, Judul belum di Acc.

Hari/ Tanggal :27/02/18

Catatan :

1. Revisi BAB 1 dan BAB II ditambahkan sumber yang menguatkan alasan, sumber dari luar dan dalam negeri.
2. Sumber yang tidak ada hubungan penelitian di hilangkan.
3. Melanjutkan membuat BAB III dan mencari kuesionerbaku

Hari/ Tanggal :30/02/18

Catatan :

1. Acc judul
2. Revisi BAB 1-3
3. Mencari kesioner baku *recovery*
4. Mengganti kerangka teori
5. Menambahkan hasil penelitian dari luar dan dalam negeri

Hari/ Tanggal :06/03/18

Catatan :

1. Menentukan data demografidan data klinis
2. Memilah domain dalamkuesioner
3. Memilihbeberapapertanyaanuntukstupen
4. Revisifaktorinkludidaneksklusipenelitian.

Hari/ Tanggal :20/03/18

Catatan :

1. Menambahkan diagnosa keperawatan pada skizofrenia
2. Memperbaiki kriteria inklusi dan eksklusi

Hari/ Tanggal :23/03/18

Catatan :

1. Dicek penulisan dari awal sampai akhir.
2. Di cek kembaliformating
3. Acc sidang proposal