GAMBARAN KARAKTERISTIK PASIEN GANGGUAN JIWA YANG BEROBAT JALAN DI POLI KLINIK RUMAH SAKIT JIWA ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

SKRIPSI

NINDI NATANIA
NIM. P07220214033

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI D-IV KEPERAWATAN
SAMARINDA
2018

GAMBARAN KARAKTERISTIK PASIEN GANGGUAN JIWA YANG BEROBAT JALAN DI POLI KLINIK RUMAH SAKIT JIWA ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh Gelar
Sarjana Terapan Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh:

NINDI NATANIA
NIM. P07220214033

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI D-IV KEPERAWATAN
SAMARINDA
2018

ABSTRAK

GAMBARAN KARAKTERISTIK PASIEN GANGGUAN JIWA YANG BEROBAT JALAN DI POLI KLINIK RUMAH SAKIT JIWA ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

Nindi Natania [1], Rasmun [2], Nurul Kartika Sari [2]
[1] *Mahasiswa Prodi Sarjana Terapan Keperawatan, Poltekkes Kaltim*
[2] *Dosen Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kaltim*

Pendahuluan : Di Indonesia jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah dengan prevalensi skizofrenia mencapai 400.00 orang . Tujuan penelitian ini mengetahui gambaran karakteristik pasien gangguan jiwa yang berobat jalan di Poli Klinik rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.
Metode : Penelitian ini kuantitatif deskriptif dengan menggunakan metode *Purposive sampling*, Populasi berjumlah 506 pasien dengan jumlah sampel yang didapat sebanyak 83 responden. Analisa data disajikan dalam bentuk distribusi Frekuensi.
Hasil : Hasil yang diperoleh dianalisis dengan menggunakan Distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa klien gangguan jiwa paling banyak kelompok umur 26-35 tahun (28,9%) Paling banyak adalah laki-laki (57,8%), paling banyak suku jawa (33,7%), paling banyak berpendidikan SMA (45,8%), paling banyak Tidak bekerja (88,0), paling banyak belum menikah (50,6%),dan diagnosa medis terbanyak adalah Skizofrenia (21,7%).
Kesimpulan : Gambaran karakteristik pasien gangguan jiwa yang berobat jalan, sebagian besar adalah kelompok umur 26-35 tahun, berjenis kelamin laki-laki, suku jawa, berpendidikan SMA, belum menikah, dan penderita skizofrenia.

Kata kunci : gangguan jiwa,karakteristik

ABSTRACT

CHARACTERISTIC DEPICTION OF MENTAL DISORDER PATIENTS WHO UNDERGO OUT-PATIENT TREATMENT IN ATMA HUSADA MAHAKAM MENTAL HOSPITAL POLYCLINIC SAMARINDA

Nindi Natania [1], Rasmun [2], Nurul Kartika Sari [2]
Applied Nursing Student, Health Polytechnics East Borneo
[2]Nursing Lecturers, Health Polytechnics, East Borneo

Foreword : The number of mental disorder cases in Indonesia are increasing with schizophrenia prevalence reaching up to 400.000 people. The goal of this research is to find out the characteristic depiction of mental disorder patients who undergo out-patient treatment in Atma Husada Mahakam Mental Hospital Polyclinic Samarinda.

Method : A descriptive quantitative research using *Purposive Sampling* method. A total population of 506 patients with obtained sample of 83 respondents. Data analysis is presented in frequency distribution.

Result : Obtained results are analyzed using frequency distribution. The results show that most of the clients with mental condition come from group with age range of 26-35 years old (28,9 %) most from male category (57,8 %), most from Javanese-descent (33,7 %), most from Senior High School graduates (45,8 %), most from unemployed people (88,0 %), most from unmarried people (50,6 %), and the most medical diagnosis is Schizophrenia (21,7 %).

Conclusion : Characteristic depiction of mental disorder patients who undergo out-patient treatment are largely from age group of 26-35 years old, males, javanese, High-school graduates, not married, and schizophrenic.

Key Words : Mental disorder, Characteristics

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul "Gambaran Karakteristik Pasien Gangguan Jiwa Yang Berobat Jalan Di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda".

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Skripsi ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Drs. H. Lamri, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Ismansyah, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Parellangi, M.Kep., MH.Kes selaku Ketua Program Studi D-IV Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Dr. Hj. Endah Wahyutri, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Penguji
5. H.Rasmun, S.Kp., M.Kes selaku Pembimbing Utama
6. Ns.Nurul Kartika Sari, M.Kep selaku Pembimbing Pendamping
7. Orang tua saya, adik saya yang selalu senantiasa mendukung dan mendoakan menyelesaikan proposal ini.
8. Seseorang Spesial saya Asya yang selalu senantiasa mendukung dan mendoakan serta selalu memberi semangat.
9. Teman – teman Prodi D-IV Keperawatan terkhusus Hazelelfoni Efraim Fangi, Syahrani Ainur Rohmah, Putry Wulanndary, Masria Utari, Tri Indah Saputri, Desi Karlina, Wulan Oktavia, Emmy Putri Wahyuni, Muhammad Setiawan, Titis Setia Rengganis yang selalu memberi semangat.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Samarinda, 16 Juli2018

Penulis

POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR

DAFTAR ISI

Halaman Sampul i

Halaman Judul ii

Halaman Lembar Persetujuan iii

Halaman Pernyatan Keaslian iv

Abstrak v

Kata Pengantar vii

Daftar Isi ix

Daftar Tabel xi

Daftar Bagan xii

Daftar Lampiran xiv

BAB IPENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Rumusan Masalah 4

C. Tujuan Penelitian 5

D. Manfaat Penelitian 6

E. Keaslian Penelitian 8

BAB IITINJAUAN PUSTAKA 10

A. Telaah Pustaka 10

1.Karakteristik 10

2.Definisi Gangguan Jiwa 19

3.Faktor Yang Menyebabkan Gangguan Jiwa 19

4.Jenis-jenis Gangguan Jiwa 24

5. Dampak Gangguan Jiwa Bagi Keluarga 24

B. Kerangka Teori 35

C. Kerangka Konsep 36

BAB IIIMETODE PENELITIAN 37

A. Desain dan Jenis Penelitian 37

B. Definisi Operasional 40

C. Populasi dan Sampel.....37
D. Waktu dan Tempat Penelitian.....39
E. Instrumen Penelitian.....41
F. Teknik Pengumpulan Data.....42
G. Analisis Data.....43
H. Alur Penelitian.....41
I. Jadwal Penelitian.....42
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....46
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....46
B. Hasil Penelitian.....48
C. Pembahasan.....53
D. Keterbatasan Penelitian.....59
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....60
A. KESIMPULAN.....60
B. SARAN.....61
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel			Halaman
Tabel 1.1	:	Keaslian Penelitian	7
Tabel 3.1	:	Definisi Operasional	36
Tabel 3.2	:	Jadwal Penelitian	42
Tabel 4.1	:	Karakteristik Responden berdasarkan Umur	48
Tabel. 4.2	:	Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin	49
Tabel 4.3	:	Karakteristik Responden berdasarkan Suku	49
Tabel 4.4	:	Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan	50
Tabel 4.5	:	Karakteristik Responden berdasarkan Pekerjaan	50
Tabel 4.6	:	Karakteristik Responden berdasarkan Status Perkawinan	51
Tabel 4.7	:	Karakteristik Responden berdasarkan Diagnosa Medis	52

DAFTAR BAGAN

Bagan			Halaman
Bagan 2.1	:	Kerangka Teori	34
Bagan 2.2	:	Kerangka Konsep	35
Bagan 2.3	:	Alur Penelitian	41

POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

Lampiran 1 : Lembar Dokumentasi

Lampiran 2 : Surat Izin Studi Pendahuluan dan Penelitian

Lampiran 3 : Surat Balasan Studi Pendahuluan dan Penelitian

Lampiran 4 : Master Tabel

Lampiran 5 : Kartu Bimbingan

Lampiran 6 : Jadwal Penelitian

Lampiran 7 : Hasil SPSS

Lampiran 8 : Daftar Riwayat Hidup Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi serta perbedaan yang terjadi setiap daerah, banyak menyebabkan perubahan dalam segi kehidupan manusia baik fisik, mental, dan sosial yang dapat membuat kemampuan manusia mengalami keterbatasan diri dalam mencapai kepuasan dan kesejahteraan hidup, sehingga sering menimbulkan tekanan atau kesulitan dalam menghadapi masalah kehidupan. Hal ini sering menimbulkan tekanan dan akan mengarah pada dampak negatif seperti timbulnya stress atau kecemasan, bila kecemasan tidak segera diatasi atau ditangani akan menyebabkan menurunnya kemampuan individu untuk berkonsentrasi dan berorientasi pada realita kehidupan (Yosep, 2009).

Kesehatan Jiwa merupakan kondisi dimana individu dapat berkembang secara bio, psiko, sosial dan spiritual. Sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Undang-Undang Republik Indonesia No 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa).

Menurut Caragih (2013) karakteristik merupakan ciri atau karateristik yang secara alamiah melekat pada diri seseorang yang meliputi umur, jenis kelamin, ras/suku,dan sebagainya.

Terdapat sekitar 35 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang mengalami bipolar, 21 juta mengalami skizofrenia, serta 47,5 juta mengalami demensia. Faktanya, satu dari empat orang dewasa akan mengalami masalah kesehatan jiwa pada satu waktu dalam hidupnya (World Health Organization, 2016).

Di Indonesia jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kemenkes tahun 2013, prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun keatas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per mil penduduk.

Berdasarkan Studi Pendahuluan yang dilakukan di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda Pada Bulan Oktober 2017 diperoleh jumlah total Pasien Gangguan Jiwa yang berobat jalan di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2016 berjumlah 15.053 Pasien, kemudian pada tahun 2017 meningkat menjadi 15.201 Pasien.

Gangguan jiwa dalam (DSM-IV) adalah konsep sindrom perilaku atau psikologis klinis yang signifikan atau pola yang terjadi pada individu yang berhubungan dengan gejala nyeri atau cacat yaitu penurunan satu atau lebih

fungsi yang penting atau resiko peningkatan kematian, nyeri, kecacatan, atau kerugian (Prabowo, 2014).

Menurut(Videbeck, 2008) ada beberapa hal yang menjadi kriteria umum gangguan jiwa diantaranya ketidakpuasan dengan karakteristik, kemampuan dan prestasi diri; hubungan yang tidak efektif atau tidak memuaskan; tidak puas hidup di dunia; koping yang tidak efektif terhadap suatu peristiwa; tidak terjadi pertumbuhan kepribadian; serta terdapat perilaku yang tidak diharapkan. Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III) menggunakan istilah gangguan jiwa atau gangguan mental (mental disorder) dan tidak mengenal istilah penyakit jiwa (mental ilness/mental desease) dalam menyebut penderita gangguan jiwa.

Penelitian yang dilakukan oleh (Kandar, 2017)di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah menyatakan bahwa rawat ulang pasien Gangguan Jiwa disebabkan multifactor dari segi karakteristik pasien Gangguan Jiwa yang rawat ulang yaitu jenis kelamin laki-laki, usia produktif (20-60 tahun) dan jangka waktu rawat inap.

Penelitian yang dilakukan oleh(Roslina Daud,2014) karena kebanyakan pasien di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan paling banyak mengalami gangguan jiwauntuk tingkat pendidikan paling banyak pada tingkat pendidikan SMP yaitu 18 orang (32,7%) pada status perkawinan yaitu responden yang belum menikah sebanyak 24 orang (43,6%). paling banyak pada tingkat pendidikan SMP yaitu 18 orang (32,7%) Hal ini kemungkinan

disebabkan karena seseorang yang telah menikah lebih mampu mengatasi suatu masalah.

Penelitian yang dilakukan oleh Asyakari Indah Saputri (2016) yaitu Karakteristik responden menurut pekerjaan menunjukkan distribusi tertinggitidak bekerja. Kondisi ini disebabkan keterbatasan yang dialami oleh pasien gangguan jiwa misalnya kemampuan dalam memecahkan suatu permasalahan pekerjaan dan kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain

Penelitian yang dilakukan oleh (Wangi Niko Yuandika, 2013) di Poliklinik Jiwa Rsup Sanglah (2013) hasil yang didapatkan sebanyak 1289 pasien berobat ke Poliklinik Jiwa RSUP Sanglah dimana 65% (838 jiwa) merupakan pasien lama. Didapatkan sebanyak 56,6% (729 jiwa) merupakan pasien pria. Kelompok usia 19-60 tahun merupakan kelompok usia terbanyak yaitu mencapai 81,1% (1045 jiwa). Berdasarkan diagnosis Skizofrenia mencapai urutan teratas yaitu mencapai 28.8 persen diikuti pasein dengan depresi sebanyak 7,1%.

Hal ini yang mendasari peneliti untuk meneliti Bagaimana Gambaran Karakteristik Pasien Gangguan Jiwa yang Berobat Jalan di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas, Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Bagaimana Gambaran Karakteristik Pada Pasien Gangguan

Jiwa Yang Berobat Jalan Di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda? ".

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk Mengetahui Gambaran Karakteristik Pasien Gangguan Jiwa Yang Berobat Jalan Di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus

a. Mengetahui Gambaran Karakteristik Umur responden yang berobat jalan di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

b. Mengetahui Gambaran Karakteristik Jenis Kelamin responden yang berobat jalan di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

c. Mengetahui Gambaran Karakteristik Suku responden yang berobat jalan di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

d. Mengetahui Gambaran Karakteristik Pendidikan responden yang berobat jalan di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

e. Mengetahui Gambaran Karakteristik Pekerjaan responden yang berobat jalan di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

f. Mengetahui Gambaran Karakteristik Status Perkawinan responden yang berobat jalan di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

g. Mengetahui Gambaran Karakteristik Diagnosa Medis gangguan jiwa responden yang berobat jalan di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Untuk menambah pengetahuan peneliti terutama tentang gambaran karakteristik pasien gangguan jiwa. Data yang sudah ada dapat dijadikan sebagai acuan bagi penelitian selanjutnya terutama tentang masalah gangguan kejiwaan.

2. Bagi Responden

Penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan atau wawasan keluarga pasien tentang bagaimana cara mengatasi gangguan jiwa.

3. Bagi Pelayanan Kesehatan

Memberikan motivasi atau masukan pada dunia keperawatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memberikan penyuluhan pada keluarga pasien dengan masalah gangguan kejiwaan.

4. Bagi Peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan cara menangani pasien gangguan jiwa dan mengenal karakteristik pasien gangguan jiwa.

POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1
Keaslian Penelitian

No.	Peneliti	Judul	Metode	Hasil Penelitian	Perbedaan
1.	Wangi Niko Yuandika (2013)	Karakteristik dan variasi diagnosis kunjungan pasien di poliklinik jiwa rsup Sanglah.	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan memanfaatkan data sekunder dari register pasien di Poliklinik Jiwa RSUP Sanglah periode Januari 2013 sampai Mei 2013. Data sekunder yang diperoleh diolah dan dianalisis secara deskriptif, disajikan dalam bentuk narasi dan tabel sesuai dengan tujuan penelitian.	Gangguan jiwa yang yang rawat ulang adalah laki – laki, usia produktif (20 – 60 tahun), jangka waktu rawat inap berikutnya dalam rentang 1 – 10 hari setelah pulang dari RS dan cakupan wilayah Kota Semarang (27%).	Perbedaan dengan penelitian sebelumnya yaitu tempat dan waktu serta perbedaan variabel yang diteliti.
2.	Fajar kurniawan (2015)	Gambaran karakteristik pada pasien gangguan jiwa Skizofrenia di instalasi jiwa rsud banyumas tahun 2015	Jenis penelitian ini kuantitatif dengan rancangan deskriptif analitik dengan metode lembar checklist/dokumentasi. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 2050 pasien di Instalasi Jiwa RSUD Banyumas. Sampel	Karakteristik pasien gangguan jiwa Skizofrenia meliputi kelompok umur Sebanyak 17 pasien (33,3%), jenis kelamin perempuan 27 pasien (52.9%), tingkat Pendidikan SMA sebanyak 32 pasien (62,7%), pasien bekerja sebanyak 29 pasien	Perbedaan dengan penelitian sebelumnya yaitu tempat dan waktu serta perbedaan variabel yang diteliti.

			penelitian inimenggunakan metode purposive sampelsebanyak 51 pasien, yang terdiri 24 pasien laki-laki dan 27 pasien perempuan. Instrumen yang digunakan adalah observasi dan lembar checklist/dokumentasi dengan menggunakan analisa univariat,	(56,86%), lama rawat 10-12 bulan sebanyak 21 pasien, jenis skizofrenia residual Sebanyak 30 pasien (58,8%).	
3,	Kandar (2017)	Gambaran karakteristik pasien gangguan jiwa yang mengalami rawat inap ulang	Penelitian ini kuantitatif deskriptif dengan menggunakan metode survey. Populasi berjumlah 204 pasien gangguan jiwa dengan teknik sampel adalah total sampling. Instrument yang digunakan berupa checklist dengan menggunakan data skunder. Analisa data disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi (prosentase).	Gangguan jiwa yang rawat ulang adalah laki – laki, usia produktif (20 – 60 tahun), jangka waktu Rawat inap berikutnya dalam rentang 1 – 10 hari setelah pulang dari RS dan cakupan wilayah KotaSemarang (27%).	Perbedaan dengan penelitian sebelumnya yaitu tempat dan waktu serta perbedaan variabel yang diteliti.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Karakteristik

Karakteristik adalah mengacu kepada karakter dan gaya hidup seseorang serta nilai-nilai yang berkembang secara teratur sehingga tingkah laku menjadi lebih konsisten dan mudah di perhatikan (nanda, 2013).

Selain itu, Menurut Caragih (2013) karakteristik merupakan ciri atau karateristik yang secara alamiah melekat pada diri seseorang yang meliputi umur, jenis kelamin, ras/suku,dan sebagainya.

Karekteristik yang dimaksud dalam penulisan ini adalah : umur, jenis kelamin, suku pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan diagnosa

a. Umur

Umur adalah waktu atau bertambahnya hari sejak lahir sampai akhir hidup, usia sangat mempengaruhi seseorang semakin bertambah usia maka semakin banyak pengetahuan yang di dapat, karena makin tua usia seseorang makin banyak pengalaman dan matang dalam pengambilan keputusan.

Erik H. Erikson menguraikan manusia dari sudut perkembangannya sejak dari masa 0 tahun hingga usia lanjut. Erikson

beraliran psikoanalisa dan pengembang teori Freud. Kelebihan yang dapat kita temukan dari Erikson adalah bahwa ia mengurai seluruh siklus hidup manusia, tidak seperti para Psikolog lainya yang hanya sampai pada masa remaja.

Dalam bukunya Childhood and Society, Erik Erikson (1963) membagi fase dan tugas perkembangan sebagai berikut :

a. Masa Bayi (0-1 tahun), menurutnya masa ini merupakan masa dimana kepercayaan harus ditanamkan, masa si anak harus belajar bahwa dunia merupakan tempat yang baik baginya dan masa ia belajar menjadi otimis mengenai kemungkinan-kemungkinan mencapai kepuasan. Masa bayi merupakan masa ketergantungan, masa ketidakberdayaan dan masa membutuhkan pertolongan orang lain, suatu masa yang membutuhkan kesabaran orang tua.

b. Masa Toddler (1 -3 tahun), tugas konkret masa toddler meliputi masa aspek penting kehidupan, bukan sekedar berjalan, bercakap dan latihan buang air besar atau kecil, namun juga penjelajahan yang tiada henti. Pada masa ini anak menggunakan kemampuan bergerak sendiri untuk melaksanakan 2 tugas penting yaitu pemisahan diri dari ibu dan lainnya, dan mulai menguasai diri, lingkungan dan keterampilan dasar untuk.hidup.

c. Masa Prasekolah (3-6 tahun), pada fase ini sosialisasi merupakan tema pokok. Anak belajar menyesuaikan diri dengan teman sepermainannya. Pada tahap ini orang tua diharapkan dapat memberi contoh yang baik, karena anak akan mencontoh sikap orang tuanya.

d. Masa Remaja (12-20 tahun), masa remaja adalah perubahan. Pada masa ini anak mulai berubah-ubah, terpusat pada diri sendiri, seks dan tubuhnya.Ia terus berminat pada tugas penguasaan yang sudah dimulai pada akhir masa kanak-kanak, sekaligus mulai membuang jauh-jauh kegiatan masa kanak-kanaknya. Tanggapan orang tua yang paling bijaksana pada tahap ini adalah mendukung, ini bukan saatnya menunjukan kesalahan dalam pemikiran, sikap dan pakaian mereka. Karena pada akhirnya sikap berubah-ubah dan keterpusatan pada diri sendiri.akan.hilang.dengan.sendirinya.

e. Masa Dewasa Awal (20-40 tahun), tema tahap ini adalah Kemandirian, si anak mungkin bijaksana adalah memperluas persahabatan dengan anak-anak mereka yang sebelumnya bergantung kepada mereka. Kedewasaan kuliah di tempat lain, menikah, hidup sendiri atau bekerja di tempat lain.

f. Masa Dewasa Madya (40-65) merupakan fase generativitas (menciptakan) yang selalu dihadapkan pada adanya stagnasi, masa ini ditandai dengan adanya perhatian yang tercurah pada anak-anak, keahlian produktif, keluarga dan pekerjaan.

Teori Erik H. Erikson tentang perkembangan manusia dikenal dengan teori perkembangan psikososial.Teori perkembangan Psikososial ini adalah salah satu teori kepribadian dalam psikologi. Seperti Sigmund Freud, Erikson percaya bahwa kepribadian berkembang dalam beberapa tingkatan.

g. Jenis Kelamin

Jenis Kelamin adalah perbedaan bentuk, sifat, dan fungsi biologi laki-laki dan perempuan yang menentukan perbedaan peran mereka dalam menyelenggarakan upaya meneruskan garis keturunan. Para ahli psikologi membedakan pria dan wanita dari otaknya. Otak manusia terdiri dari dua bagian, yaitu sisi yang kanan dengan sisi yang kiri. Setiap sisi bertanggung jawab untuk fungsi yang berbeda. Dalam otak wanita, lebih banyak serat penghubung dan serat ini lebih besar dibanding yang terdapat pada otak pria. Hal ini membuat wanita memiliki kecenderungan lebih besar untuk menggunakan kedua sisi otak secara bersamaan. Sehingga wanita lebih pandai berbicara, *open minded* juga lebih pandai menjalin hubungan atau berinteraksi dengan individu lain. Tetapi, wanita cenderung menggunakan emosi ketika memproses informasi dan saat berkomunikasi.

Teori Yang Dikemukakan oleh Marini (2008) yakni wanita lebih rentan terkena gangguan mental emosioanl karena disebabkan perubahan hormonal dan perbedaan karakterisitik antara laki-laki dan perempuan.

Sebaliknya, pria memiliki kecenderungan lebih banyak menggunakan sisi kiri otaknya. Dengan demikian, mereka lebih banyak menggunakan logika dan pemikiran rasional. Pria juga cenderung mempunyai koordinasi mata-tangan yang lebih baik, hal ini sangat membantu di saat berolahraga dan melakukan kegiatan mekanis ataupun membaca peta. Jika pria sedang melakukan satu aktifitas, maka pria tidak akan bisa konsentrasi terhadap hal lainnya. Berbeda dengan wanita, mereka bisa mencampur semua pemikirannya dalam satu waktu, sehingga emosi, logika, percintaan, dan komunikasi bercampur menjadi satu.

h. Suku

Suku bangsa terbesar di Kalimantan Timur yaitu Suku JawaHal tersebut karena Kalimantan Timur merupakan tujuan utama migran asal Pulau Jawa, Sulawesi dan Kalimantan Selatan. Suku Jawa merupakan kelompok etnis terbesar di Kaltim dan menyebar di hampir seluruh wilayah Kalimantan Timur terutama daerah transmigrasi seperti Kabupaten Paser, Penajam Paser Utara, Kutai Kartanegara, Kutai Timur, Berau hingga daerah perkotaan seperti Kota Balikpapan, Samarinda, Bontang dan Tarakan

Komposisi Suku Bangsa di Kalimantan Timur berdasarkan Sensus 2000, yaitu:

Nomor	Suku Bangsa	Jumlah	Konsentrasi
1	**Suku Jawa**	**721.351**	**29,55%**
2	Suku Bugis	445.820	18,26%
3	Suku Banjar	340.381	13,94%
4	Suku Dayak	241.846	9,91%
5	Suku Kutai	224.859	9,21%
6	Suku Toraja	47.877	1,96%
7	Suku Sunda	38.941	1,59%
8	Suku Madura	30.181	1,24%
9	Suku-suku lainnya	350.277	14,34%
	Total	**2.441.533**	**100,00%**

i. Tingkat Pendidikan

Menurut Muhibbin (2002: 11) pendidikan adalah tahapan kegiatan yang bersifat kelembagaan (seperti sekolah dan madrasah) yang dipergunakan untuk menyempurnakan perkembangan individu dalam menguasai pengetahuan, kebiasaan, sikap dan sebaginya. Tingkat pendidikan individu merupakan salah satu aspek yang terlibat dalam suatu pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan, yaitu (UU RI tentang Sisdiknas No. 20 Tahun 2003, pasal 2: 11

1) Rendah, artinya individu memiliki tingkat pendidikan dasar (SD).
2) Sedang atau menengah, artinya individu memiliki tingkat pendidikan menengah (SLTP dan SLTA).

3) Tinggi, artinya individu memiliki tingkat pendidikan tinggi(S1 keatas)

Peraturan Pemerintah No. 47 tahun 2008 tentang Wajib belajar merupakan pelaksanaan dari Pasal 34 ayat (4) Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional dan Pasal 5 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Didalam konsideranya dikemukakan PP tersebut merupakan perwujudan dari usaha untuk mengatur pelaksanaan program wajib belajar pendidikan dasar 9 tahun. PP tersebut di tetapkan oleh Presiden Susilo Bambang Yudonono pada tanggal 4 Juli 2008. Pada tanggal, bulan dan tahun yang sama PP tersebut diundangkan oleh Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Andi Mattalata. Dalam PP No 47 tahun 2008 tentang Wajib belajar terdiri dari 9 bab dan 16 pasal. Pada bab 1 berisi tentang ketentuan umum yang menjelaskan tentang beberapa pengertian. Diantaranya yang penting tentang wajib belajar dan pendidikan dasar. Wajib belajar adalah program pendidikan minimal yang harus diikuti oleh warga negara Indonesia atas tanggung jawab Pemerintah dan pemerintah daerah, sedangkan Pendidikan dasar adalah jenjang pendidikan yang melandasi jenjang pendidikan menengah, berbentuk Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau bentuk lain yang sederajat

serta sekolah menengah pertama (SMP) dan madrasah tsanawiyah (MTs), atau bentuk lain yang sederajat.

Teori yang dikemukakan oleh Soekidjo Notoatmodjo (2003) yaitu bahwa klien dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi atau menyelesaikan masalah dengan menggunakan koping yang efektif daripada seseorang dengan pendidikan rendah.

j. Pekerjaan

Pekerjaan yaitu sebuah aktifitas antar manusia untuk saling memenuhi kebutuhan dengan tujuan tertentu, dalam hal ini pendapatan atau penghasilan. Penghasilan tersebut yang nantinya akan digunakan sebagai pemenuhan kebutuhan, baik ekonomi, psikis maupun biologis. Pekerjaan dan stress Hampir semua orang di dalam kehidupan mereka mengalami stres sehubungan dengan pekerjaan mereka. Faktor-faktor yang dapat membuat pekerjaan itu *stressful*, antara lain:

1) Tuntutan pekerjaan dapat menimbulkan stres dalam 2 cara, yaitu pekerjaan terlalu banyak dan jenis pekerjaan itu sendiri sudah lebh *stresful* daripada jenis pekerjaan lain.
2) Pekerjaan-pekerjaan yang menuntut tanggung jawab bagi kehidupan.

Teori yang dikemukakan oleh Gordon (2002) bahwa pasien gangguan jiwa kemampuan bersosialisasinya biasanya menurun sehingga kemampuan untuk melaksanakan kerjanya

menurun juga, bahkan bila dilihat dari prognosis perbaikannya yang tidak begitu baik (40-60% terus terganggu selama seluruh hidupnya) karena sifat kronisnya.

Menurut Sarafino, stres kerja dapat disebabkan karena lingkungan fisik yang terlalu menekan, kurangnya kontrol yang dirasakan, kurangnya hubungan interpersonal, hingga kurangnya pengakuan terhadap kemajuan kerja.

Sementara itu, Sutherland dan Cooper menyatakan bahwa sumber stress yang berasal dari interaksi lingkungan sosial dengan pekerjaan, meliputi :

1) stresor yang ada di dalam pekerjaan itu sendiri
2) konflik peran
3) masalah dalam hubungan dengan orang lain
4) perkembangan karir, iklim dan struktur organisasi, hingga adanya konflik antara tuntutan kerja dengan tuntutan keluarga.

k. Perkawinan

Pada umumnya, gangguan depresif berat terjadi paling sering pada orang yang tidak memiliki hubungan interpersonal yang erat atau yang berpisah(cerai). Wanita yang tidak menikah memiliki kecenderungan lebih rendah untuk menderita depresi dibandingkan dengan orang menikah namun hal ini berbanding terbalik untuk laki-laki.

2. Definisi Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa adalah gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi,proses berfikir, perilaku dan persepsi (penangkapan panca indera). Gangguan jiwa ini menimbulkan stress dan penderitaan bagi penderita (dan keluarganya) (Stuart, 2016).

Sedangkan menurut (maramis, 2010), gangguan jiwa adalah gangguan alam: cara berpikir (cognitive), kemauan (volition), emosi (affective), tindakan (psychomotor). Gangguan jiwa merupakan kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental. Keabnormalan tersebut dibagi ke dalam dua golongan yaitu : gangguan jiwa (Neurosa) dan sakit jiwa (Psikosa). Keabnormalan terlihat dalam berbagai macam gejala yang terpenting diantaranya adalah ketegangan (tension), rasa putus asa dan murung, gelisah, cemas, perbuatan-perbuatan yang terpaksa (convulsive), hysteria, rasa lemah, tidak mampu mencapai tujuan, takut, pikiran-pikiran buruk.

3. Faktor Yang Menyebabkan Gangguan Jiwa

Gejala utama atau gejala yang paling menonjol pada gangguan jiwa terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin dibadan (somatogenik), di lingkungan sosial (sosiogenik), ataupun psikis (psikogenik), (Maramis, 2010). Biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang

saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu timbullah gangguan badan ataupun gangguan jiwa.

Menurut Stuart & Sundeen (2008) dan Santrock (2013) penyebab gangguan jiwa dapat dibedakan atas :

a. Faktor Biologis/Jasmaniah

1) Keturunan Peran yang pasti sebagai penyebab belum jelas, mungkin terbatas dalam mengakibatkan kepekaan untuk mengalami gangguan jiwa tapi hal tersebut sangat ditunjang dengan faktor lingkungan kejiwaan yang tidak sehat.

2) Jasmaniah

Beberapa peneliti berpendapat bentuk tubuh seseorang berhubungan dengan ganggua jiwa tertentu. Misalnya yang bertubuh gemuk/endoform cenderung menderita psikosa manik depresif, sedang yang kurus/ectoform cenderung menjadi skizofrenia.

3) Temperamen

Orang yang terlalu peka/sensitif biasanya mempunyai masalah kejiwaan dan ketegangan yang memiliki kecenderungan mengalami gangguan jiwa.

4) Penyakit dan cedera tubuh

Penyakit-penyakit tertentu misalnya penyakit jantung, kanker, dan sebagainya mungkin dapat menyebabkan merasa murung dan

sedih. Demikian pula cedera/cacat tubuh tertentu dapat menyebabkan rasa rendah diri.

b. Faktor Psikologis / Sebab Psikologik

Bermacam pengalaman frustasi, kegagalan dan keberhasilan yang dialami akan mewarnai sikap, kebiasaan dan sifatnya dikemudian hari.

c. Faktor Sosio - Kultural

Beberapa penyebab gangguan jiwa dari segi sosio – kultural yaitu :

1) Penyebab primer *(primary cause)*

Kondisi yang secara langsung menyebabkan terjadinya gangguan jiwa, atau kondisi yang tanpa kehadirannya suatu gangguan jiwa tidak akan muncul.

2) Penyebab yang menyiapkan *(predisposing cause)*

Menyebabkan seseorang rentan terhadap salah satu bentuk gangguan jiwa.

3) Penyebab yang pencetus *(precipatating cause)*

Ketegangan-ketegangan atau kejadian-kejadian traumatik yang langsung dapat menyebabkan gangguan jiwa atau mencetuskan gangguan jiwa.

4) Penyebab menguatkan *(reinforcing cause)*

Kondisi yang cenderung mempertahankan atau mempengaruhi tingkah laku maladaptif yang terjadi.

5) *Multiple cause*

Serangkaian faktor penyebab yang kompleks serta saling mempengaruhi. Dalam kenyataannya, suatu gangguan jiwa jarang disebabkan oleh satu penyebab tunggal, bukan sebagai hubungan sebab akibat, melainkan saling mempengaruhi antara satu faktor penyebab dengan penyebab lainnya. Wahyu (2012) dan Santrock (2013)

Kebudayaan secara teknis adalah ide atau tingkah laku yang dapat dilihat maupun yang tidak terlihat. Faktor budaya bukan merupakan penyebab langsung menimbulkan gangguan jiwa, biasanya terbatas menentukan"warna"gejala-gejala. Disamping mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan kepribadian seseorang misalnya melalui aturan-aturan kebiasaan yang berlaku dalam kebudayaan tersebut.

Menurut Santrock (1999) Beberapa faktor-faktor kebudayaan tersebut :

1) Cara-cara membesarkan anak

Cara-cara membesarkan anak yang kaku dan otoriter ,hubungan orang tua anak menjadi kaku dan tidak hangat. Anak-anak setelah dewasa mungkin bersifat sangat agresif atau pendiam dan tidak suka bergaul atau justru menjadi penurut yang berlebihan.

2) Sistem Nilai

Perbedaan sistem nilai moral dan etika antara kebudayaan yang satu dengan yang lain, antara masa lalu dengan sekarang

sering menimbulkan masalah-masalah kejiwaan. Begitu pula perbedaan moral yang diajarkan di rumah / sekolah dengan yang dipraktekkan di masyarakat sehari-hari.

3) Kepincangan antar keinginan dengan kenyataan yang ada

Iklan-iklan di radio, televisi. Surat kabar, film dan lain-lain menimbulkan bayangan-bayangan yang menyilaukan tentang kehidupan modern yang mungkin jauh dari kenyataan hidup sehari-hari. Akibat rasa kecewa yang timbul, seseorang mencoba mengatasinya dengan khayalan atau melakukan sesuatu yang merugikan masyarakat.

4) Ketegangan akibat faktor ekonomi dan kemajuan teknologi

Dalam masyarakat modern kebutuhan dan persaingan makin meningkat dan makin ketat untuk meningkatkan ekonomi hasil-hasil teknologi modern. Memacu orang untuk bekerja lebih keras agar dapat memilikinya. Jumlah orang yang ingin bekerja lebih besar dari kebutuhan sehingga pengangguran meningkat, demikian pula urbanisasi meningkat, mengakibatkan upah menjadi rendah. Faktor-faktor gaji yang rendah, perumahan yang buruk, waktu istirahat dan berkumpul dengan keluarga sangat terbatas dan sebagainya merupakan sebagian mengakibatkan perkembangan kepribadian yang abnormal.

5) Perpindahan kesatuan keluarga

Khusus untuk anak yang sedang berkembang kepribadiannya, perubahan-perubahan lingkungan (kebudayaan dan pergaulan), sangat cukup mengganggu.

6) Masalah golongan minoritas

Tekanan-tekanan perasaan yang dialami golongan ini dari lingkungan dapat mengakibatkan rasa pemberontakan yang selanjutnya akan tampil dalam bentuk sikap acuh atau melakukan tindakan-tindakan yang merugikan orang banyak.

e. Faktor Presipitasi

Faktor stressor presipitasi mempengaruhi dalam kejiwaan seseorang. Sebagai faktor stimulus dimana setiap individu mempersepsikan dirinya melawan tantangan, ancaman, atau tuntutan untuk koping. Masalah khusus tentang konsep diri disebabkan oleh setiap situasi dimana individu tidak mampu menyesuaikan. Lingkungan dapat mempengaruhi konsep diri dan komponennya. Lingkungan dan stressor yang dapat mempengaruhi gambaran diri dan hilangnya bagian badan, tindakan operasi, proses patologi penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, proses tumbuh kembang, dan prosedur tindakan serta pengobatan (Stuart&Sundeen, 2008).

4. Jenis-jenis Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa artinya bahwa yang menonjol ialah gejala-gejala yang psikologik dari unsur psikis Maramis, (2010). Jenis-jenis gangguan

jiwa menurut Keliat, (2009) : Gangguan jiwa organik dan simtomatik, skizofrenia, gangguan skizotipal, gangguan waham, gangguan suasana perasaan, gangguan neurotik, gangguan somatoform, sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik, gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa, retardasi mental, gangguan perkembangan psikologis, gangguan perilaku dan emosional dengan onset masa kanak dan remaja. Menurut Keliat, (2009) jenis-jenis gangguan jiwa yaitu:

a. Skizofrenia

Merupakan bentuk psikosa fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Skizofrenia juga merupakan suatubentuk psikosa yang sering dijumpai dimana-mana sejak dahulu kala. Meskipun demikian pengetahuan kita tentang sebab-musabab dan patogenisanya sangat kurang. Dalam kasus berat, klien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal. Perjalanan penyakit ini secara bertahap akan menuju kearah kronisitas, tetapi sekali-kali bisa timbul serangan. Jarang bisa terjadi pemulihan sempurna dengan spontan dan jika tidak diobati biasanya berakhir dengan personalitas yang rusak "cacat". Skizofrenia mempunyai macam-macam jenisnya, menurut Maramis jenis-jenis skizofrenia meliputi:

1) Skizofrenia residual, merupakan keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-

gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

2) Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbul secara perlahan. Pada permulaan mungkin penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia semakin mundur dalam kerjaan atau pelajaran dan pada akhirnya menjadi pengangguran, dan bila tidak ada orang yang menolongnya ia akan mungkin akan menjadi "pengemis", "pelacur" atau "penjahat".
3) Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, menurut Maramis (2004) permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun bahkan dewasa. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali.
4) Skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

5) Pada skizofrenia skizoafektif, di samping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan, juga gejala-gejala depresi atau gejala-gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan.

b. Depresi

Merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri. Depresi juga dapat diartikan sebagai salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan yang ditandai dengan kemurungan, keleluasaan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya. Depresi adalah suatu perasaan sedih dan yang berhubungan dengan penderitaan, dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang mendalam. Depresi adalah gangguan patologis terhadap mood mempunyai karakteristik berupa bermacam-macam perasaan, sikap dan kepercayaan bahwa seseorang hidup menyendiri, pesimis, putus asa, ketidak berdayaan, harga diri rendah, bersalah, harapan yang negatif dan takut pada bahaya yang akandatang. Depresi menyerupai kesedihan yang merupakan perasaan normal yang muncul sebagai akibat dari situasi tertentu misalnya kematian orang yang dicintai. Sebagai ganti rasa ketidaktahuan akan kehilangan seseorang akan

menolak kehilangan dan menunjukkan kesedihan dengan tanda depresi. Individu yang menderita suasana perasaan (mood) yang depresi biasanya akan kehilangan minat dan kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktifitas. Depresi dianggap normal terhadap banyak stress kehidupan dan abnormal hanya jika ia tidak sebanding dengan peristiwa penyebabnya dan terus berlangsung sampai titik dimana sebagian besar orang mulai pulih.

c. Kecemasan

Sebagai pengalaman psikis yang biasa dan wajar, yang pernah dialami oleh setiap orang dalam rangka memacu individu untuk mengatasi masalah yang dihadapi sebaik-baiknya. Suatu keadaan seseorang merasa khawatir dan takut sebagai bentuk reaksi dari ancaman yang tidak spesifik. Penyebabnya maupun sumber biasanya tidak diketahui atau tidak dikenali.Intensitas kecemasan dibedakan dari kecemasan tingkat ringan sampai tingkat berat. Menurut Stuart & Sundeen (2008) mengidentifikasi rentang respon kecemasan kedalam empat tingkatan yang meliputi kecemasan ringan, sedang, berat, dan kecemasan panik.

d. Gangguan Kepribadian

Klinik menunjukkan bahwa gejala-gejala gangguan kepribadian (psikopatia) dan gejala-gejala nerosa berbentuk hampir sama pada orang-orang dengan intelegensi tinggi ataupun rendah. Jadi

boleh dikatakan bahwa gangguan kepribadian, nerosa dan gangguan intelegensi sebagian besar tidak tergantung pada satu dan yang lain atau tidak berkorelasi. Klasifikasi gangguan kepribadian: kepribadian paranoid, kepribadian afektif atau siklotemik, kepribadian skizoid, kepribadian axplosif, kepribadian anankastik atau obsesif-konpulsif, kepribadian histerik, kepribadian astenik, kepribadian antisosial, kepribadian pasif agresif, kepribadian inadequate.

e. Gangguan mental

Merupakan gangguan jiwa yang psikotik atau non-psikotik yang disebabkan oleh gangguan fungsi jaringan otak. Gangguan fungsi jaringan otak ini dapat disebabkan oleh penyakit badaniah yang terutama mengeni otak atau yang terutama diluar otak. Bila bagian otak yang terganggu itu luas, maka gangguan dasar mengenai fungsi mental sama saja, tidak tergantung pada penyakit yang menyebabkannya bila hanya bagian otak dengan fungsi tertentu saja yang terganggu, maka lokasi inilah yang menentukan gejala dan sindroma, bukan penyakit yang menyebabkannya. Pembagian menjadi psikotik dan tidak psikotik lebih menunjukkan kepada berat gangguan otak pada suatu penyakit tertentu dari pada pembagian akut dan menahun.

f. Gangguan psikosomatik

Merupakan komponen psikologik yang diikuti gangguan fungsi badaniah. Sering terjadi perkembangan neurotik yang memperlihatkan

sebagian besar atau semata-mata karena gangguan fungsi alat-alat tubuh yang dikuasai oleh susunan saraf vegetative. Gangguan psikosomatik dapat disamakan dengan apa yang dinamakan dahulu neurosa organ. Karena biasanya hanya fungsi faaliah yang terganggu, maka sering disebut juga gangguan psikofisiologik.

g. Retardasi mental

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

h. Gangguan perilaku masa anak dan remaja

Anak dengan gangguan perilaku menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan permintaan, kebiasaan atau norma-norma masyarakat. Anak dengan gangguan perilaku dapat menimbulkan kesukaran dalam asuhan dan pendidikan. Gangguan perilaku mungkin \berasal dari anak atau mungkin dari lingkungannya, akan tetapi akhirnya kedua faktor ini saling memengaruhi. Diketahui bahwa ciri dan bentuk anggota tubuh serta sifat kepribadian yang umum dapat diturunkan dari orang tua kepada anaknya.Pada gangguan otak seperti trauma kepala, ensepalitis, neoplasma dapat mengakibatkan perubahan kepribadian. Faktor lingkungan juga dapat mempengaruhi perilaku anak, dan sering lebih menentukan oleh karena lingkungan itu dapat

diubah, maka dengan demikian gangguan perilaku itu dapat dipengaruhi atau dicegah.

5. Dampak Gangguan Jiwa bagi Keluarga

Menurut Wahyu, (2012) dari anggota yang menderita gangguan jiwa bagi keluarga diantaranya keluarga belum terbiasa dengan:

a. Penolakan

Sering terjadi dan timbul ketika ada keluarga yang menderita gangguan jiwa, pihak anggota keluarga lain menolak penderita tersebut dan meyakini memiliki penyakit berkelanjutan. Selama episode akut anggota keluarga akan khawatir dengan apa yang terjadi pada mereka cintai. Pada proses awal, keluarga akan melindungi orang yang sakit dari orang lain dan menyalahkan dan merendahkan orang yang sakit untuk perilaku tidak dapat diterima dan kurangnya prestasi. Sikap ini mengarah pada ketegangan dalam keluarga, dan isolasi dan kehilangan hubungan yang bermakna dengan keluarga yang tidak mendukung orang yang sakit. Tanpa informasi untuk membantu keluarga belajar untuk mengatasi penyakit mental, keluarga dapat menjadi sangat pesimis tentang masa depan. Sangat penting bahwa keluarga menemukan sumber informasi yang membantu mereka untuk memahami bagaimana penyakit itu mempengaruhi orang tersebut. Mereka perlu tahu bahwa dengan pengobatan, psikoterapi atau

kombinasi keduanya, mayoritas orang kembali ke gaya kehidupan normal.

b. Stigma

Informasi dan pengetahuan tentang gangguan jiwa tidak semua dalam anggota keluarga mengetahuinya. Keluarga menganggap penderita tidak dapat berkomunikasi layaknya orang normal lainnya. Menyebabkan beberapa keluarga merasa tidak nyaman untuk mengundang penderita dalam kegiatan tertentu. stigma dalam begitu banyak di kehidupan sehari-hari, tidak mengherankan, semua ini dapat mengakibatkan penarikan dari aktif berpartisipasi dalam kehidupan sehari-hari.

c. Frustasi, tidak berdaya dan kecemasan

Sulit bagi siapa saja untuk menangani dengan pemikiran aneh dan tingkah laku aneh dan tak terduga. Hal ini membingungkan, menakutkan, dan melelahkan. Bahkan ketika orang itu stabil pada obat, apatis dan kurangnya motivasi bisa mendapatkan kembali ke rutinitas yang sebelumnya penderita lakukan.

d. Kelelahan dan Burn out

Seringkali keluarga menjadi putus asa berhadapan dengan orang yang dicintai yang memiliki penyakit mental. Mereka mungkin mulai merasa tidak mampu mengatasi dengan hidup

dengan orang yang sakit yang harus terus-menerus dirawat. Namun seringkali, mereka merasa terjebak dan lelah oleh tekanan dari perjuangan sehari-hari, terutama jika hanya ada satu anggota keluarga mungkin merasa benar-benar diluar kendali. Hal ini bisa terjadi karena orang yang sakit ini tidak memiliki batas yang ditetapkan di tingkah lakunya. Keluarga dalam hal ini perlu dijelaskan kembali bahwa dalam merawat penderita tidak boleh merasa letih, karena dukungan keluarga tidak boleh berhenti untuk selalu men-support penderita.

e. Duka

Kesedihan bagi keluarga di mana orang yang dicintai memiliki penyakit mental. Penyakit ini mengganggu kemampuan seseorang untuk berfungsi dan berpartisipasi dalam kegiatan normal dari kehidupan sehari-hari, dan penurunan yang dapat terus-menerus. Keluarga dapat menerima kenyataan penyakit yang dapat diobati, tetapi tidak dapat disembuhkan. Keluarga berduka ketika orang yang dicintai sulit untuk disembuhkan dan melihat penderita memiliki membuat frustasi. Anggota keluarga memahami kesulitan yang penderita miliki. Keluarga dapat menjadi marah-marah, cemas,

dan frustasi karena berjuang untuk potensi berkurang secara substansial bukan sebagai yang memiliki potensi berubah.

f. Kebutuhan pribadi dan mengembangkan sumber daya pribadi

Jika anggota keluarga memburuk akibat stress dan banyak pekerjaan, dapat menghasilkan anggota keluarga yang sakit tidak memiliki sistem pendukung yang sedang berlangsung. Oleh karena itu, keluarga harus diingatkan bahwa mereka harus menjaga diri secara fisik, mental, dan spiritual yang sehat. Memang ini bisa sangat sulit ketika menghadapi anggota keluarga yang sakit mereka. Namun, dapat menjadi bantuan yang luar biasa bagi keluarga untuk menyadari bahwa kebutuhan mereka tidak boleh diabaikan.

B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka, maka disusun kerangka teori sebagai berikut:

Gambar 2.1 Kerangka Teori

Modifikasi Stuart & Sundeen, (2008) dan Wahyu (2012)

C. Kerangka Konsep

Varibel Independen

Gambar 2.2

Kerangka Konsep

POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain dan Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan metode deskriptif Kuantitatif. Penelitian Deskriptif hanya menggambarkan/memapaparkan variable-variabel yang diteliti tanpa menganalisa hubungan antar variable. Data hasil penelitian disajikan dalam bentuk deskriptif agar pembaca dapat memahami data tersebut dengan mudah. Dimana peneliti mencoba memberikan gambaran tentang karakteristik penderita gangguan jiwa secara objektif berdasarkan data-data sekunder yang peneliti dapatkan (Dharma, 2011).

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien rawat jalan di Poli klinik Rumah sakit jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda berjumlah 506 pasien pada bulan Desember 2017.

2. Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini ditentukan secara purposive sampling yaitu sesuai dengan kriteria inklusi.

Adapun kriteria inklusi dan ekslusi adalah sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

1) Pasien Yang rawat jalan.

2) Pasien Yang Data nya terdaftar dalam Dokumen rekam medis Poli Klinik

3) Pasien yang kunjungan 1 kali.

b. Kriteria Eksklusi

1) Pasien yang Rawat Inap.

3. Metode sampling

Besar sampel ditentukan dengan cara *non probability sampling* dengan metode *purposive sampling*, yakni teknik sampling yang dilakukan berdasarkan populasi yang sesuai dengan kriteria inklusi (Dharma, 2011).

4. Besar sampel

Tujuan menentukan besar sampel adalah agar sampel yang diambil dapat mewakili populasi, sehingga penelitian yang dilakukan menjadi efisien baik dari segi waktu, biaya dan sumber daya. Jumlah populasi pasien yang berobat jalan di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda pada bulan Desember 2017 adalah berjumlah 506 pasien.

Penentuan jumlah sampel dengan menggunakan rumus Slovin, yaitu:

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

Keterangan :

n = Jumlah Sampel

N = Jumlah Populasi

α = Margin Error atau Batas toleransi kesalahan (10%)

$$n = \frac{506}{1 + 506(0,10)^2}$$

$$n = \frac{506}{1 + 506(0,01)}$$

$$n = \frac{506}{1 + 5,06}$$

$$n = \frac{506}{6,06}$$

$$n = 83,4 \approx 83 \text{ orang}$$

Jumlah sampel yang didapat adalah 83 responden.

C. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Poli klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda pada tanggal 11-13 juni 2018.

D. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Alat Ukur	Hasil ukur	Skala
1.	Karakteristik pasien gangguan jiwa	Karakteristik merupakan ciri atau karakteristik yang secara alamiah melekat pada diri seseorang yang meliputi umur, jenis kelamin, ras/suku,dan sebagainya	-		
2.	Umur	Umur responden merupakan usia responden dari awal kelahiran sampai pada saat penelitian ini dilakukan	Hasil Dokumentasi	- 0-1 Tahun - 1-3 Tahun - 3-6 Tahun - 12-20 Tahun - 20-40 Tahun - 40-65 Tahun - >65 Tahun	Ordinal
3.	Jenis kelamin	Jenis kelamin merupakan perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir.	Hasil Dokumentasi	- Laki Laki - Perempuan	Nominal
4.	Suku	Suku bangsa adalah sekelompok manusia yang memiliki kesatuan dalam budaya dan terikat oleh kesadarannya akan identitasnya tersebut. Kesadaran dan identitas yang di miliki biasanya di perkuat dengan kesatuan bahasa.	Hasil Dokumentasi	- Jawa - Banjar - Kutai - Bugis - Dayak - Toraja - Cina - Padang	Nominal
5.	Pendidikan	Pendidikan yang diperoleh responden secara formal diukur dari sekolah yang dilewati dengan sukses atau lulus	Hasil Doikumentasi	-Tidak Sekolah - SD - SMP - SMA - PT	Ordinal
6.	Pekerjaan	Pekerjaan yang setiap hari dilakukan responden dan mendapat upah dari pekerjaannya itu. Status perkawinan adalah	Hasil Dokumentasi	- Tidak Bekerja - Petani - IRT - Swasta - PNS	Ordinal

No	Variabel	Definisi operasional	Alat Ukur	Hasil ukur	Skala
7.	Status perkawinan	Perkawinan adalah suatu ikatan yang sah antara seorang laki-laki dan seorang perempuan sebagai sepasang suami istri untuk berjanji hidup bersama-sama dan saling mengisi dalam pemenuhan kebutuhan biologis maupun psikologis serta selalu berusaha saling menciptakan dan mempertahankan kebahagiaan dan keharmonisan perkawinan sehingga tujuan dan harapan yang diinginkan dapat tercapai.	Hasil Dokumentasi	-Menikah -Belum Menikah -Janda -Duda	Nominal
8.	Diagnosa Medis	Skizofrenia adalah bentuk psikosis fungsional terberat, dan dapat menyebabkan disorganisasi personalitas.	Hasil Dokumentasi	-	-

E. Instrumen Penelitian

Alat dan Bahan

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar dokumentasi karakteristik pasien gangguan jiwa di Poli klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda yang dibuat oleh peneliti sendiri yang meliputi : Umur, Jenis kelamin ,Pendidikan, Pekerjaan, suku, status perkawinan, dan Diagnosa

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Tahap Persiapan
   a. Mengurus surat izin penelitian ke kantor Program Studi D-IV Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
   b. Melakukan survei pendahuluan di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.
2. Tahap Pelaksanaan

   Pada penelitian ini, tahap pengumpulan data menggunakan metode Pegumpulan data dilakukan melalui data Sekunder berupa data rekam medis dari rumah sakit dengan menggunakan lembar dokumentasi yang dibuat oleh Peneliti. Peneliti mengambil data dari dokumen rekam medis rawat jalan yang dibuat oleh Rumah Sakit.
3. Tahap Akhir

   Pengumpulan data dilakukan melalui data sekunder berupa data rekam medis dari Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.
4. Teknik Penyajian Data

   Teknik penyajian data dilakukan dalam bentuk tabel, grafik dan narasi.

G. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari setiap variabel (Notoatmodjo, 2015). Dalam penelitian ini analisis univariat ditampilkan dalam bentuk proporsi dari karakteristik (umur, suku, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan status pernikahan, dan Diagnosa).

H. Alur Penelitian

I. Jadwal Penelitian

Tabel 3.2
Jadwal Penelitian

No	Nama Kegiatan	Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1.	Pengumpulan literatur																																						
2.	Pengumpulan data awal/studi pendahuluan																																						
3.	Penyusunan proposal																																						
4.	Seminar proposal																																						
5.	Revisi proposal																																						
6.	Perizinan penelitian																																						
7.	Pengajuan ethical clearance																																						
8.	Pengumpulan data penelitian																																						
9.	Penyusunan laporan hasil penelitian																																						
10.	Seminar hasil penelitian																																						
11.	Revisi hasil penelitian																																						
12.	Penyusunan manuskrip																																						
13.	Penyerahan naskah skripsi																																						
14.	Yudisium																																						

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah sakit jiwa Pusat (RSJP) samarinda didirikan pada tahun 1933 di atas tanah seluas 20.157 m2 yang dibiayai oleh kesultanan Kutai dan merupakan Rumah Keperawatan Sakit Jiwa Pada tahun 2005 Luas Rumah sakit bertambah dengan adanya bangunan baru Gedung Narkoba seluas 1.035,8M2.

Pada awalnya RSPJ didirikan bersama dengan Rumah Sakit Umum yang ditetapkan ketua Bestwer College Samarinda. Tanggal 20 April 1949 No. 558/IH-9-Fed, masalah pembiayaan Rumah Sakit Umum danRumah Sakit Jiwa Samarinda diserahkan oleh kesultanan Kutai dan Kerajaan di Kalimantan Timur.

Pada tanggal 1 Januari 1951, pembiayaan diambil alih oleh pemerintah pusat. Berdasarkan Surat Keputusan bulan November 1951, kantor Rumah Sakit Jiwa dipisahkan dari Rumah Sakit Umum.

Struktur organisasi berdasarkan SK Menkes No135/Menkes/SK/IV/1978, Rumah Sakit Jiwa ditetapkan sebagai Rumah Sakit Jiwa kelas B

Sejalan Dengan pelaksanaan otonomi Daerah UPTD, Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda dilimpahkan kepada pemerintah Daerah sesuai surat Menkes No. 1732/Menkes-Kesos/XII/2000 tentang pengalihan UPTD ke Pemerintah Kabupaten/kota dan surat revisi Depkes no. 196/Menkes-sos/III/2001, tanggal 7 Maret 2001 tentang revisi penentaan UPTD kepada pemerintah provinsi, pengoperasian Rumah Sakit Jiwa Samarinda dalam tahun 2001 di bawah pemerintah kota Samarinda

Pada tahun 2005, untuk menghilangkan stigma di masyarakat, Rumah Sakit Jiwa Samarinda berubah nama menjadi Rumah Sakit Atma Husada Mahakam dengan Surat Keputusan Gubernur no. 03 tahun 2005, tanggal 17 Januari tahun 2005.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam bertujuan untuk memberi pelayanan kesehatan jiwa bagi seluruh masyarakat Kaltim yang tersebar di 4 kotamadya dan 10 kabupaten.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam bekerja sama dengan instansi terkait seperti Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman dan instansi pendidikan lainnya sebagai fasilitas prevensi, promosi, kuratif dan rehabilitasi serta riset di bidang kesehatan jiwa.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa intra mural dan ekstra mural

serta melakukan pembinaan dan integrasi ke puskesmas dan Rumah Sakit Umum di Provinsi Kalimantan Timur dengan cara mengirim psikiater ke puskesmas dan Rumah Sakit Umum secara berkala.

Visi Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda AdalahMenjadikan Rumah Sakit Rujukan Pelayanan Kesehatan Jiwa Se-Kalimantan Tahun 2018

Misi Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda Adalah Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Jiwa Yang Prima, Meningkatkan Kemudahan Akses Pelayanan Kesehatan Jiwa.

B. Hasil Penelitian

Pengumpulan data yang dilakukan dari tanggal 11 Juni 2018 sampai dengan 13 Juni 2018 di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda diperoleh hasil, sebagai berikut :

1. Karakteristik Responden

Sebelum menjelaskan hasil penelitian, maka sebelumnya dipaparkan terlebih dahulu karakteristik responden berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Suku, Pendidikan Pekerjaan,Status Perkawinan, dan Diagnosa Medis.

1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 4.1
Karakteristik Responden Berdasarkan Umur di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Samarinda (n=83)

Variabel Umur (Tahun)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
0-1	0	0
1-3	0	0
3-6	0	0
12-20	3	4
20-40	31	37
40-65	47	57
>65	2	2
Total	83	100,0

Sumber: Analisa data primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas karakteristik responden berdasarkan umur menunjukkan bahwa sebagian besar umur berada dikelompok umur 40-65 tahun (47 %),sedangkan sebagian kecil umur berada dikelompok umur 0-1 tahun (0%), 1-3 tahun(0%), dan kelompok umur 3-6 tahun (0%)

1.2 Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.2
Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Samarinda (n=83)

Variabel Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Laki-laki	48	57,8
Perempuan	35	42,2
Total	83	100,0

Sumber: Analisa data primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki sebanyak 48 orang (57,8%), dan sebagian kecil adalah perempuan 35 orang (42,2%).

1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Suku

Tabel 4.3
Karakteristik Responden Berdasarkan Suku di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Samarinda (n=83)

Variabel Suku	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jawa	28	33,7
Banjar	12	14,5
Kutai	15	18,1
Bugis	15	18,1
Dayak	7	8,4
Toraja	4	4,8
Cina	1	1,2
Padang	1	1,2
Total	83	100,0

Sumber: Analisa data primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas karakteristik responden berdasarkan Suku sebagian besar adalah suku Jawa sebanyak 28 orang (33,7%), dan sebagian kecil adalah suku cina dan padang yaitu 1 orang (1,2%).

1.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 4.4
Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda(n=83)

Variabel Pendidikan Terakhir	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak Sekolah	7	8,4
SD	19	22,9
SMP	12	14,5
SMA	38	45,8
Perguruan Tinggi	7	8,4
Total	83	100,0

Sumber: Analisa data primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan responden menunjukkan bahwa

sebagian besar adalah tingkat pendidikan SMA sebanyak 38 orang (45,8%) ,dan sebagian kecil adalah tingkat pendidikan SD dan Perguruan Tinggi 7 orang (8,4%)

1.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pekerjaan

Tabel 4.5
Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pekerjaan di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda(n=83)

Variabel Pekerjaan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak Bekerja	73	88,0
Petani	2	2,4
IRT	2	2,4
Swasta	2	2,4
PNS	4	4,8
Total	83	100,0

Sumber: Analisa data primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas karakteristik responden berdasarkan tingkat pekerjaan responden menunjukkan bahwa sebagian besar adalah Tidak bekerja sebanyak 73 orang (88,0%), dan sebagian kecil adalah Petani, IRT, dan Swasta yaitu 2 orang (2,4%).

1,6Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Tabel 4.6
Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda(n=83)

Variabel Status Perkawinan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Menikah	34	41,0
Belum Menikah	42	50,6
Janda	5	6,0
Duda	2	2,4
Total	83	100,0

Sumber: Analisa data primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas karakteristik responden berdasarkan Status Perkawinan responden menunjukkan bahwa

sebagian besar responden adalah belum menikah sebanyak 42 orang (50,6 %) ,dan sebagian kecil responden adalah duda yaitu 2 orang (2,4%).

1.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Diagnosa Medis

Tabel 4.7
Karakteristik Responden Berdasarkan Diagnosa Medis di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda(n=83)

Variabel Diagnosa Medis	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Depresif Sedang	1	1,2
Gangguan Tidur	7	8,4
Gangguan Cemas Menyeluruh	4	4,8
Gangguan Kepribadian	2	2,4
Gangguan Psikotik	4	4,8
Skizofrenia Tak Terinci	18	21,7
Gangguan Mental	5	6,0
Gangguan Perilaku	1	1,2
Skizofrenia Paranoid	12	14,5
Skizofrenia	5	6,0
Gangguan Afektif	2	2,4
Skizofrenia Hebefrenik	6	7,2
Insomnia Non Organik	1	1,2
Gangguan Mental Organik	2	2,4
Depresi Pasca Skizofrenia	1	1,2
Gangguan Suasana Perasaan	1	1,2
Skizofrenia Residual	2	2,4
Depresif Berat	1	1,2
Retardasi Mental Berat	1	1,2
Depresif Ringan	1	1,2
Gangguan Perkembangan	1	1,2
Gangguan Perilaku dan Emosional	1	1,2
Gangguan Mental dan Perilaku	4	4,8
Total	83	100,0

Sumber: Analisa data primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas karakteristik responden berdasarkan Diagnosa Medis responden menunjukkan bahwa sebagian besar adalah responden dengan Diagnosa Skizofrenia Tak Terinci sebanyak 18 orang (21,7 %) ,dan sebagian

keciladalah Depresif Sedang yaitu 1 orang (1,2%), gangguan perilaku 1 orang (1,2%), Insomnia non organic 1 orang (1,2%), depresi pasca skizofrenia 1 orang (1,2%),gangguan suasana perasaan 1 orang (1,2%),depresif berat 1 orang (1,2%),retardasi mental berat 1 orang (1,2%).depresif ringan 1 orang (1,2%),Gangguan perkembangan 1 orang (1,2%), gangguan perilaku emosional 1 orang (1,2%)

C. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian secara univariat, maka dapat dilakukan pembahasan untuk masing-masing hasil penelitian sebagai berikut :

1. Karakteristik Responden

a. Umur Responden

Berdasarkan umur menunjukkan bahwa sebagian besar umur berada dikelompok umur 40-65 tahun (47 %),sedangkan sebagian kecil umur berada dikelompok umur 0-1 tahun (0%), 1-3 tahun(0%), dan kelompok umur 3-6 tahun (0%)

Hasil Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kandar (2017) di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Provinsi jawa tengah bahwa pasien gangguan jiwa paling banyak berada dikelompok umur 20-60 tahun sebanyak 150 pasien (73%)

Hal ini sesuai dengan Teori yang dikemukakan Erikson (1968) yakni seseorang yang berusia produktif yaitu diatas usia 20 tahun sangat rentan sekali dalam beradaptasi dengan kehidupan yang

sebenarnya, seseorang sudah mulai bekerja dan mengenal kehidupan yang berbeda, mulai mencari pendamping dan persiapan pernikahan sehingga ketika dalam kehidupan yang tidak disiapkan dengan baik saat usia remaja maka seseorang dapat muncul masalah kejiwaan.

Menurut Asumsi peneliti tingkatan usia yang lebih muda pasien ternyata lebih rentan mengalami masalah kejiwaaan dikarnakan koping individu terhadap stress belum terbentuk dengan maksimal, dimana di usia Produktif usia dimana sesorang dalam masa mencari pekerjaan . tuntutan hidup yang semakin keras, masa dimana pencarian jati diri sehingga dapat membuat stressor sesorang dapat meningkat dan kemungkinan bisa mengalami gangguan kejiwaan.

b. Jenis Kelamin Responden

Dari hasil penelitian ini didapatkan karakteristik responden berdasarkan Jenis kelamin menunjukkan bahwa sebagian besar adalah laki-laki sebanyak 48 orang (57,8%) sedangkan sebagian kecil responden berjenis kelamin perempuan berjumlah 35 orang (42,2%)

Hasil Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kandar (2017) di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Provinsi jawa tengah bahwa pasien gangguan jiwa paling banyak adalah laki – laki sebanyak 137 pasien (67%)

Karakteristik responden menurut jenis kelamin menunjukkan sebagian besarberjenis kelamin laki-laki. Laki-laki memiliki perbedaan dalam hal denganperempuan diantaranya adalah kebiasaan. Hubungan

sosial, pengaruh lingkungan dansegi-segi lainnya dalam kehidupan sehari-hari yang dapat memicu terjadinyagangguan jiwa. Gangguan jiwa pada laki-laki tiga kali tinggidibandingkan dengan wanita (Keliat, 2011).

Hal tersebut diatas bertolak belakang dengan Teori Yang Dikemukakan oleh Marini (2008) yakni wanita lebih rentan terkena gangguan mental emosioanl karena disebabkan perubahan hormonal dan perbedaan karakterisitik antara laki-laki dan perempuan.

Menurut Asumsi peneliti pada hasil penelitian dapat kita lihat kalau responden sebagian besar berjenis kelamin laki-laki . Menurut peneliti Hal ini berkaitan dengan tanggung jawabdan tuntutan hidup sebagai pencari kerja dan pembiayaan kerja keluarganya dituntutuntuk bekerja keras sementara lapangan pekerjaan sulit didapatkan, Peneliti juga berasumsi bahwa karakteristik wanita yang lebih mengedepankan emosional daripada rasional juga berperan. Ketika menghadapi suatu masalah wanita cenderung menggunakan perasaan.

c. Suku Responden

Berdasarkan Hasil Penelitian karakteristik Suku menunjukkan bahwa sebagian besar adalah suku Jawa sebanyak 28 orang (33,7%), dan sebagian kecil adalah suku cina dan padang yaitu 1 orang (1,2%).

Hal ini sesuai dengan Demografi Kependudukan Kaltim bahwa Suku bangsa terbesar di Kalimantan Timur yaitu Suku JawaHal tersebut karena Kalimantan Timur merupakan tujuan utama migran asal

Pulau Jawa, Sulawesi dan Kalimantan Selatan. Suku Jawa merupakan kelompok etnis terbesar di Kaltim dan menyebar di hampir seluruh wilayah Kalimantan Timur

Peneliti Berasumsi Bahwa gangguan jiwa diawali dengan adanya persepsi negatif atau stigma yang beredar di masyarakat . Persepsi negatif yang muncul dapat berupa anggapan bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang memalukan, aib, bagi keluarga, bahkan ada yang berpendapat sebagai sampah sosial, Peneliti juga Berasumsi bahwa adat-istiadat dan kebiasaan budaya yang mempercayai hal-hal mistik itu dapat menyebabkan gangguan kejiwaan seperti halusinasi

d. Pendidikan Responden

Berdasarkan Hasil Penelitian karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan responden menunjukkan bahwa sebagian besar adalah tingkat pendidikan SMA sebanyak 38 orang (45,8%) sedangkan sebagian kecil adalah SD dan Perguruan Tinggi 7 orang (8,4%)

Peraturan Pemerintah No. 47 tahun 2008 tentang Wajib belajar merupakan pelaksanaan dari Pasal 34 ayat (4) Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional dan Pasal 5 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Didalam konsideranya dikemukakan PP tersebut merupakan perwujudan dari usaha untuk mengatur pelaksanaan program wajib belajar pendidikan dasar 9 tahun.

Hasil Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Roslina Daud (2014) bahwa paling banyak pada tingkat pendidikan SMP yaitu 18 orang (32,7%)

Hal ini dikarenakan pendidikan merupakan segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, individu, kelompok,atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan.

Hasil Penelitian ini sejalan dengan Teori yang dikemukakan oleh Soekidjo Notoatmodjo (2003) yaitu bahwa klien dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi atau menyelesaikan masalah dengan menggunakan koping yang efektif daripada seseorang dengan pendidikan rendah.

Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan lebih mudah menerima informasi kesehatan jiwa yang diberikan oleh petugas kesehatan sehingga mempengaruhi pikiran seseorang dalam mengambil suatu keputusan upaya perawatan diri.

Peneliti berasumsi bahwa tingkat pendidikan sesorang akan mempengaruhi pola pikir, kepribadian dan perilaku seseorang. Semakin tinggi pendidikan formal, maka perilaku individu diharapkan lebih mudah dalam mengadopsi pengetahuan baru dan mempunyai kepribadian serta perilaku yang baik,dan orang yang tingkat pendidikan tinggi akan lebih mudah dalam hal menerima informasi yang disampaikan dan memiliki pola pikir yang baik.

e. Pekerjaan Responden

Berdasarkan Hasil penelitian didapatkan hasil karakteristik pekerjaan sebagian besar adalah yang tidak bekerja 73 orang (88,0%), sedangkan sebagian kecil adalah Petani, IRT, dan Swasta yaitu 2 orang (2,4%).

Hasil Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Asyakari Indah Saputri (2016) yaitu Karakteristik responden menurut pekerjaan menunjukkan distribusi tertinggitidak bekerja. Kondisi ini disebabkan keterbatasan yang dialami oleh pasien gangguan jiwa misalnya kemampuan dalam memecahkan suatu permasalahan pekerjaan dan kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain

Menurut Teori yang dikemukakan oleh Gordon (2002) bahwa pasien gangguan jiwa kemampuan bersosialisasinya biasanya menurun sehingga kemampuan untukmelaksanakan kerjanya menurun juga, bahkan bila dilihat dari prognosisperbaikannya yang tidak begitu baik (40-60% terus terganggu selama seluruhhidupnya) karena sifat kronisnya.

Peneliti berasumsi bahwa keterbatasan yang dialami oleh pasienganggguan jiwa misalnya kemampuan bersosialisasi yang menyebabkan dirinya tidakdapat melakukan suatu pekerjaan apalagi yang berhubungan dengan *team work*, dan juga keterbatasan pasien tersebut juga menganggu keseharian aktivitas pasien tersebut sehingga yang peneliti temukan dalam penelitian adalah banyak nya responden

yang tidak bekerja, seseorang yang mengalami gangguan kejiwaan sangat sulit bisa diterima dalam kelompok kerja tim.

f. Status Perkawinan Responden

Berdasarkan Hasil Penelitian karakteristik status perkawinan responden menunjukkan bahwa sebagian besar adalah belum menikah sebanyak 42 orang (50,6 %) ,sedangkan sebagian kecil adalah duda yaitu 2 orang (2,4%).

Hasil Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya olehRosliana Daud (2014) karena kebanyakan pasien di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan paling banyak mengalami gangguan jiwa pada status perkawinan yaitu responden yang belum menikah sebanyak 24 orang (43,6%). Hal ini kemungkinan disebabkan karena seseorang yang telah menikah lebih mampu mengatasi suatu masalah.

Menurut Teori yang dikemukakan oleh Stuart dan Sundeen (2001) bahwa orang yang pisah, bercerai,, janda/duda atau belum menikah cenderung berisiko tinggi mengalami gangguan jiwa, dikarenakan orang yang belum menikah mengalami gangguan mood, dan memiliki permasalahan dalam berinteraksi.

Peneliti Berasumsi bahwa Seseorang yang hidup dalam status pernikahan memiliki resiko yang lebih rendah dibandingkan seseorang yang hidup tanpa pernikahan. Disamping itu, seseorang yang telah menikah memiliki pasangan hidup yakni dapat membantu pasangan nya dalam pemecahan suatu masalah. Peneliti juga berasumsi bahwa

orang yang telah memiliki pasangan dapat mengurangi stressor nya dalam pemecahan suatu masalah.

g. Diagnosa Medis Pasien

Berdasarkan karakteristik Diagnosa Medis responden menunjukkan bahwa sebagian besar adalah responden dengan Diagnosa Skizofrenia Tak Terinci sebanyak 18 orang (21,7 %) ,dan sebagian kecil adalah Depresif Sedang yaitu 1 orang (1,2%), gangguan perilaku 1 orang (1,2%), Insomnia non organic 1 orang (1,2%), depresi pasca skizofrenia 1 orang (1,2%) ,gangguan suasana perasaan 1 orang (1,2%),depresif berat 1 orang (1,2%),retardasi mental berat 1 orang (1,2%).depresif ringan 1 orang (1,2%),Gangguan perkembangan 1 orang (1,2%), gangguan perilaku emosional 1 orang (1,2%)

Hasil Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Asyakari Indah Saputri (2016) karenaresponden menunjukkan distribusi tertinggi adalah skizofrenia tak terinci yaitu sebanyak 17 responden F.20.0 Sedangkan diagnosa medis tertendah adalah skizofrenia Residual sebanyak 1 responden. Hal ini kemungkinan disebabkan karena Skizofrenia adalah bentuk psikosis fungsional terberat, dan dapat menyebabkan disorganisasi personalitas yang paling besar.

Menurut Teori yang dikemukakan oleh (Ilyas, 2008). bahwa Pada kasus berat, pasien tidak memiliki hubungan dengan kenyataan, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal.

Peneliti Berasumsi bahwa skizofrenia yang terjadi ditandai dengan hilangnya konsentrasi, timbulnya halusinasi, disorganisasi dalam

berbicara, disorganisasi perilaku, dan sikap yang negatif dimana gejala-gejala tersebut mengarah pada jenis-jenis skizofrenia tertentu seperti paranoid, katatonik ataupun herbefrenik. Peneliti juga berasumsi Skizofrenia adalah penyakit yang melibatkan pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku.

POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR

D. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan peneliti dalam melakukan penelitian ini adalah data yang digunakan peneliti adalah data sekunder yang dimana data tersebut ada yang tidak lengkap dan juga keterbatasan peneliti selama menjalankan penelitian adalah peneliti tidak bertemu langsung dengan responden.

POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan didapatkan hasil :

1. Hasil Penelitian karakteristik responden berdasarkan umur menunjukkan bahwa sebagian besar umur berada dikelompok umur 40-65 tahun (47 %),sedangkan sebagian kecil umur berada dikelompok umur 0-1 tahun (0%), 1-3 tahun(0%), dan kelompok umur 3-6 tahun (0%)
2. Hasil Penelitian Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa sebagian besar adalah laki-laki sebanyak 48 orang (57,8%) sedangkan sebagian kecil responden berjenis kelamin perempuan berjumlah 35 orang (42,2%)
3. Hasil Penelitian Karakteristik responden berdasarkan Suku menunjukkan bahwa sebagian besar adalah suku Jawa sebanyak 28 orang (33,7%), dan sebagian kecil adalah suku cina dan padang yaitu 1 orang (1,2%).
4. Hasil Penelitian Karakteristik responden berdasarkan Pendidikan menunjukkan bahwa sebagian besar adalah tingkat pendidikan SMA sebanyak 38 orang (45,8%) sedangkan sebagian kecil adalah SD dan Perguruan Tinggi 7 orang (8,4%).

5. Hasil Penelitian Karakteristik responden berdasarkan Pekerjaan menunjukkan bahwa sebagian besar adalah yang tidak bekerja 73 orang (88,0%), sedangkan sebagian kecil adalah Petani, IRT, dan Swasta yaitu 2 orang (2,4%).
6. Hasil Penelitian Karakteristik responden berdasarkan status perkawinan menunjukkan bahwasebagian besar adalah belum menikah sebanyak 42 orang (50,6 %) ,sedangkan sebagian kecil adalah duda yaitu 2 orang (2,4%).
7. Hasil Penelitian Karakteristik responden berdasarkan Diagnosa Medis menunjukkan bahwasebagian besar adalah responden dengan Diagnosa Skizofrenia Tak Terinci sebanyak 18 orang (21,7 %) ,dan sebagian kecil adalah Depresif Sedang yaitu 1 orang (1,2%), gangguan perilaku 1 orang (1,2%), Insomnia non organic 1 orang (1,2%), depresi pasca skizofrenia 1 orang (1,2%) ,gangguan suasana perasaan 1 orang (1,2%),depresif berat 1 orang (1,2%),retardasi mental berat 1 orang (1,2%).depresif ringan 1 orang (1,2%),Gangguan perkembangan 1 orang (1,2%), gangguan perilaku emosional 1 orang (1,2%)

B. Saran

1. Bagi Ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini hendaknya digunakan sebagai masukan untuk memberikan informasi tambahan lagi kependidikan keperawatan jiwa mengenai karakteristik pasien gangguan jiwa yang berobat jalan di poli klinik rumah sakit jiwa atma husada Mahakam samarinda.

2. Bagi Poli Klinik

Bagi perawat Jiwa diharapkan lebih memberikan motivasi kepada pasien dalam Mennjalani pengobatannya. Edukasi dan motivasi diberikan diharapkan agar pasien hendaknya meningkatkan status kesehatan dan kualitas hidup pasien .

3. Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti yang akan datang hendaknya mengembangkan penelitian lebih lanjut mengenai Gambaran Karakteristik-Karakteristik pasien gangguan jiwa yang berobat jalan.

DAFTAR PUSTAKA

Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta Timur: Trans Info Media (TIM).

Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.

Depkes RI. (2009). Sistem kesehatan nasional. Diperoleh tanggal 5 Juli 2014 dari http://www.depkes.go.id

Erikson, Erik. (1963). *Chilhood and society. Nortoon, New York.*

Erikson, Erick,H.(1968). *Identity,youth,and crisis*. International University Press. New York.

Gordon, B.Davis, (2002), Kerangka Dasar SistemInformasi Manajemen, PPM, Jakarta

Ilyas, M. 2008. "Analisis Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kekambuhan Gangguan Jiwa Skizofrenia di RSJ Kendari Tahun 2007". Jurnal UNHAS.
Publikasi Penelitian. Makasar: Program Pasca Sarjana Unhas, diakses pada tanggal 5 Juni 2016

Kandar. (2017). Gambaran Karakteristik Pasien Gangguan Jiwa Yang Mengalami Rawat Inap Ulang.

Keliat, B.A & Akemat, Susanti, H. (2011) .Manajemen Kasus Gangguan Jiwa CMHN (Intermediate Course).Jakarta:EGC.

Kementerian Kesehatan RI. (2013). Riset kesehatan dasar (2013). Diperoleh tanggal 25 Maret 2018 dari http://depkes.go.id/riskesdes2013.

Maramis. (2010). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya.

Marini (2008). *Faktor-Faktor yang berpengaruh terhadap kejadian depresi pada usia lanjut di poli geriatri RSU Ciptomangunkusumo*, Tahun 2006-2008. Tesis. UI

Nanda. (2013). Gambaran Faktor - f aktor yang Mempengaruhi Pengetahuan Ibu Hamil tentang Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid di Puskesmas Keumala Kecamatan Keumala Kabupaten Pidie.

Notoatmodjo,Soekidjo(2003). Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : PT. Rineka Cipta

Notoatmodjo, S. (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Peraturan Pemerintah No. 47 tahun 2008 tentang Pelaksanaan Wajib Belajar 9 Tahun.

Prabowo. (2014). *Konsep Dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Nuha Medika.

Stuart. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*.

Undang-Undang Republik Indonesia No 18 Tahun (2014) Tentang Kesehatan Jiwa. (n.d.).

Undang-Undang Dasar No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.

Videbeck. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Wangi Niko Yuandika. (2013). Karakteristik Dan Variasi Diagnosis Kunjungan Pasien Di Poliklinik Jiwa RSUP Sanglah.

World Health Organization. (2016).

Yosep, I. (2009). *Keperawatan Jiwa* (2nd ed.). Bandung: Revika Aditama.