



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH TERAPI PERILAKU MODELING PARTISIPAN  
TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT PADA  
KLIEN PENATALAKSANAAN REGIMEN  
TERAPEUTIK TIDAK EFEKTIF  
DI RSJD Dr. AMINO GONDO  
HUTOMO SEMARANG**

**TESIS**

**DWI INDAH ISWANTI**

**1006749075**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
DEPOK  
JULI, 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH TERAPI PERILAKU MODELING PARTISIPAN  
TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT PADA  
KLIEN PENATALAKSANAAN REGIMEN  
TERAPEUTIK TIDAK EFEKTIF  
DI RSJD Dr. AMINO GONDO  
HUTOMO SEMARANG**

**TESIS**

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan

**DWI INDAH ISWANTI**

**1006749075**

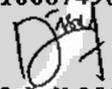
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
DEPOK  
JULI, 2012**

ii

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.**



**Nama** : Dwi Indah Iswanti  
**NIM** : 1006749075  
**Tanda tangan** :   
**Tanggal** : 2 Juli 2012

## LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh Pembimbing serta telah dipertahankan di hadapan tim penguji Tesis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia

Depok, 2 Juli 2012

Pembimbing I



Novy Helena Catharina Daulima, SKp, M.Sc.,

Pembimbing II



Ice Yulia Wardhani, SKp, M.Kep., Sp.Kep.J

## HALAMAN PENGESAHAN

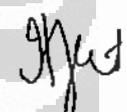
Tesis ini diajukan oleh:

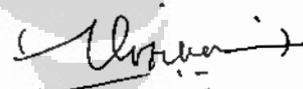
Nama : Dwi Indah Iswanti  
NPM : 1006749075  
Program Studi : Magister keperawatan kekhususan keperawatan jiwa  
Judul Tesis : Pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Kekhususan Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Novy Helena Catharina Daulima, SKp, M.Sc (  )

Pembimbing : Ice Yulia Wardani, SKp, M.Kep, Sp.Kep.Jr (  )

Penguji : Mustikasari, SKp, MARS (  )

Penguji : Fauziah, SKp, M.Kep, Sp.Kep. Ji (  )

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 2 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya sehingga Tesis yang berjudul “Pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang” dapat tersusun dan terselesaikan. Tesis ini disusun sebagai syarat menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan keperawatan Jiwa. Dalam penyusunan Tesis ini peneliti mendapat bimbingan, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

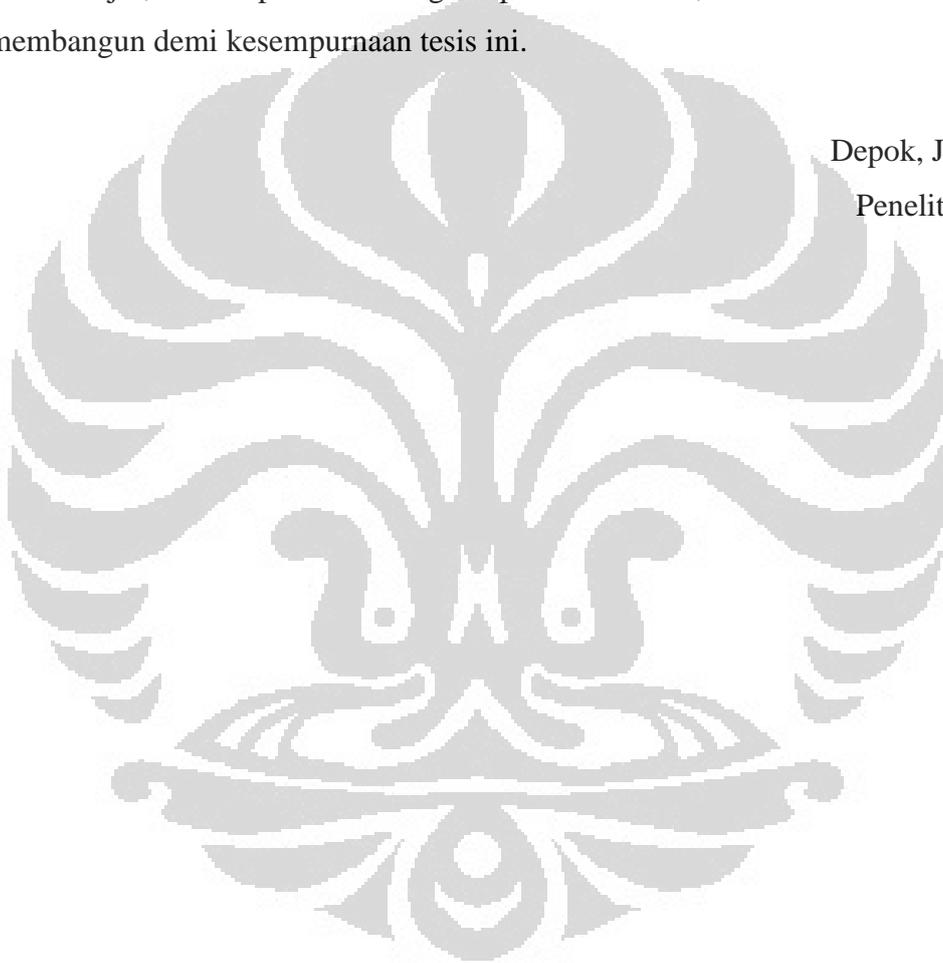
1. Dewi Irawaty, MA, Ph.D., sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN., sebagai Koordinator Mata Ajar Tesis sekaligus Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Novy Helena Catharina Daulima, SKp, M.Sc., selaku pembimbing I tesis yang selalu meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan, membuka pola pikir peneliti, serta memotivasi dalam penyelesaian Tesis ini
4. Ice Yulia Wardani, SKp, M.Kep, Sp.Kep, J., selaku pembimbing II tesis, yang dengan kesabaran memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini.
5. Direktur RSJD dr. Amino Gondo Hutomo Semarang yang telah memberikan ijinnya kepada peneliti untuk mengambil data penelitian dalam penyusunan tesis ini
6. Teman sejawat profesi perawat di RSJD dr. Amino GondoHutomo Semarang yang telah membantu dan bersedia menjadi tim pengumpul data penelitian.
7. Suamiku tercinta, Ns. Kandar, S.Kep, M.Kes (ARS), yang selalu memberikan dukungan, membantu dalam proses perijinan dan pengambilan data penelitian, merawat anak tercinta serta untaian doa sehingga peneliti bisa menyusun tesis ini.

8. Rekan-rekan angkatan VI Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian tesis ini.
9. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini.

Semoga segala kebaikan Bapak dan Ibu mendapat pahala yang berlimpah dari Tuhan Yang Maha Esa. Peneliti sadar bahwa tesis ini masih perlu penyempurnaan lebih lanjut, maka peneliti mengharapkan masukan, koreksi dan kritik yang membangun demi kesempurnaan tesis ini.

Depok, Juli 2012

Peneliti



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

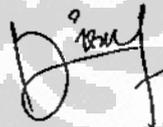
Nama : Dwi Indah iswanti  
NPM : 1006749075  
Program Studi : Kekhususan keperawatan Jiwa  
Departemen : Keperawatan Jiwa  
Fakultas : Ilmu keperawatan  
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul : Pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 2 Juli 2012  
Yang menyatakan



( Dwi Indah Iswanti )

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2012  
Dwi Indah Iswanti

**Pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.**

xvi + 95 hal + 18 tabel + 4 skema + 12 lampiran

**ABSTRAK**

Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif merupakan masalah keperawatan dengan karakteristik ketidakpatuhan klien melakukan regimen pengobatan dalam rutinitas sehari-hari. Ketidakpatuhan dalam pengobatan meningkatkan risiko masalah kesehatan, memperpanjang dan memperburuk kesakitan yang diderita. Terapi perilaku modeling partisipan merupakan suatu strategi meningkatkan kepatuhan dengan memodifikasi perilaku melalui *role model* perilaku kepatuhan dari seorang modeling. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif. Jenis penelitian kuasi eksperimen pre-post test dengan kelompok kontrol, menggunakan 64 sampel (intervensi dan kontrol) dengan instrumen kuesioner kepatuhan. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan signifikan kepatuhan minum obat sebelum dan setelah diberikan terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok intervensi. Guna mencapai hasil yang optimal maka terapi perilaku modeling partisipan dapat dilanjutkan dengan terapi kelompok suportif.

Kata kunci: modeling partisipan, penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif, kepatuhan minum obat.

Daftar Pustaka: 44 (1991-2012)

**POST GRADUATE PROGRAM  
NURSING FACULTY – UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2012  
Dwi Indah Iswanti

**The effect of Modeling participant behavioral therapy for medication adherence to therapeutic regimen management ineffective in RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang**

xvi + 95 pages + 18 tables + 4 schemes + 12 attachments

**ABSTRACT**

Ineffective therapeutic regimen management is a nursing problem with the characteristic of disobedience in doing treatment regimen in daily activity. Disobedience in therapy raising risk of health problem, prolong and aggravate disease. The Theory of modeling behaviour participant is a strategy to increase obedience by modifying behaviour through a role model person. The aim of this study was to identify the influence of modeling behavior therapy participants on medication compliance. This study was a quasi experimental research of pre-post test with control group, using 64 samples (intervention dan control) with adherence questionnaire. The result showed there was a significantly difference of the obedience in taking medicine between before and after therapy in intervention group. To reach an optimum result a modeling behavior therapy participants can be pursued to a supportive group therapy.

Key words: modeling participants, ineffective therapeutic regimen management, obedience of taking medicine.

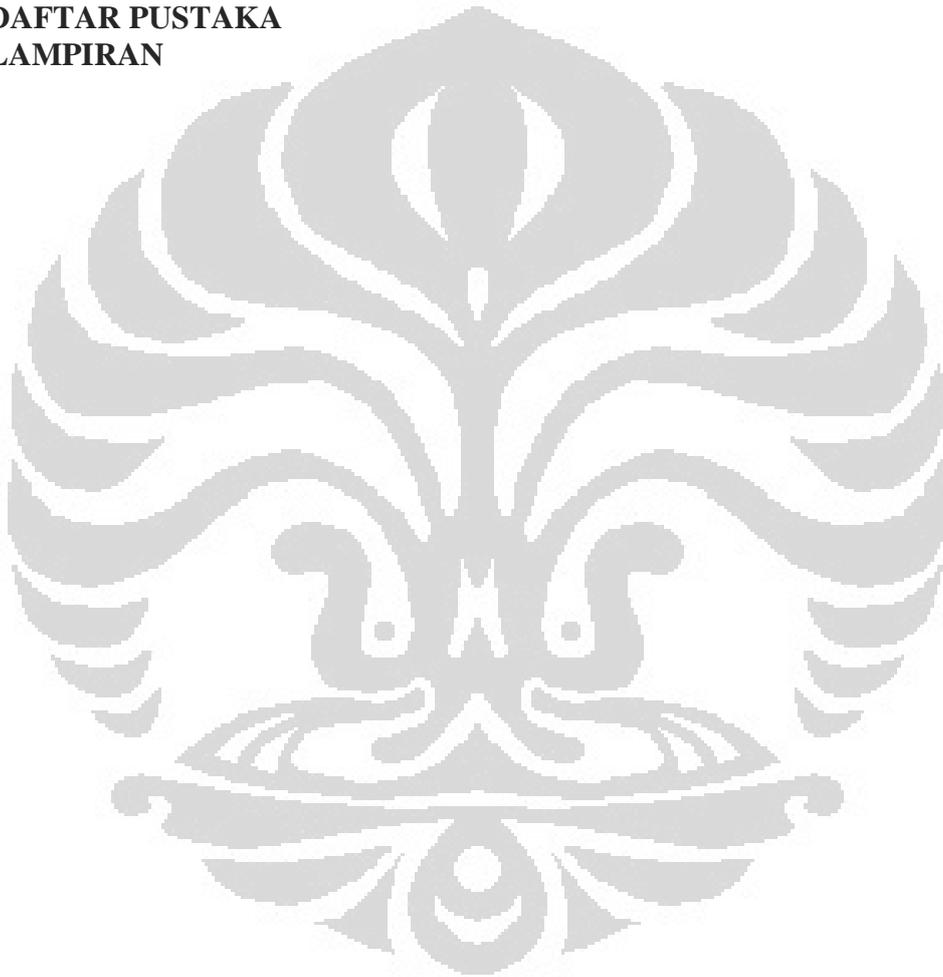
Bibliography: 44 (1991 – 2012)

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
<b>1: PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	10
1.3. Tujuan Penelitian	10
1.4. Manfaat Penelitian	11
<b>2: TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Skizofrenia	13
2.2. Konsep kepatuhan	17
2.3. Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif	25
2.4. Terapi perilaku	29
2.5. Kerangka teori	36
<b>3: KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.1. Kerangka konsep	38
3.2. Hipotesis	40
3.3. Definisi operasional	41
<b>4: METODOLOGI PENELITIAN</b>	
4.1. Desain penelitian	43
4.2. Populasi dan Sampel penelitian	44
4.3. Tempat penelitian	48
4.4. Waktu penelitian	48
4.5. Etika penelitian	48
4.6. Alat pengumpul data	50
4.7. Uji instrumen	51
4.8. Prosedur pelaksanaan penelitian	53
4.9. Pengolahan dan analisis data	57
<b>5: HASIL PENELITIAN</b>	
5.1. Karakteristik responden	62
5.2. Kepatuhan minum obat	67
5.3. Pengaruh karakteristik responden terhadap kepatuhan minum obat	71

5.4. Faktor yang paling mempengaruhi kepatuhan minum obat .....	75
<b>6: PEMBAHASAN</b>	
6.1. Bahasan hasil penelitian .....	76
6.2. Keterbatasan penelitian .....	92
6.3. Implikasi penelitian .....	93
<b>7: SIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1. Simpulan .....	94
7.2. Saran .....	94

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**

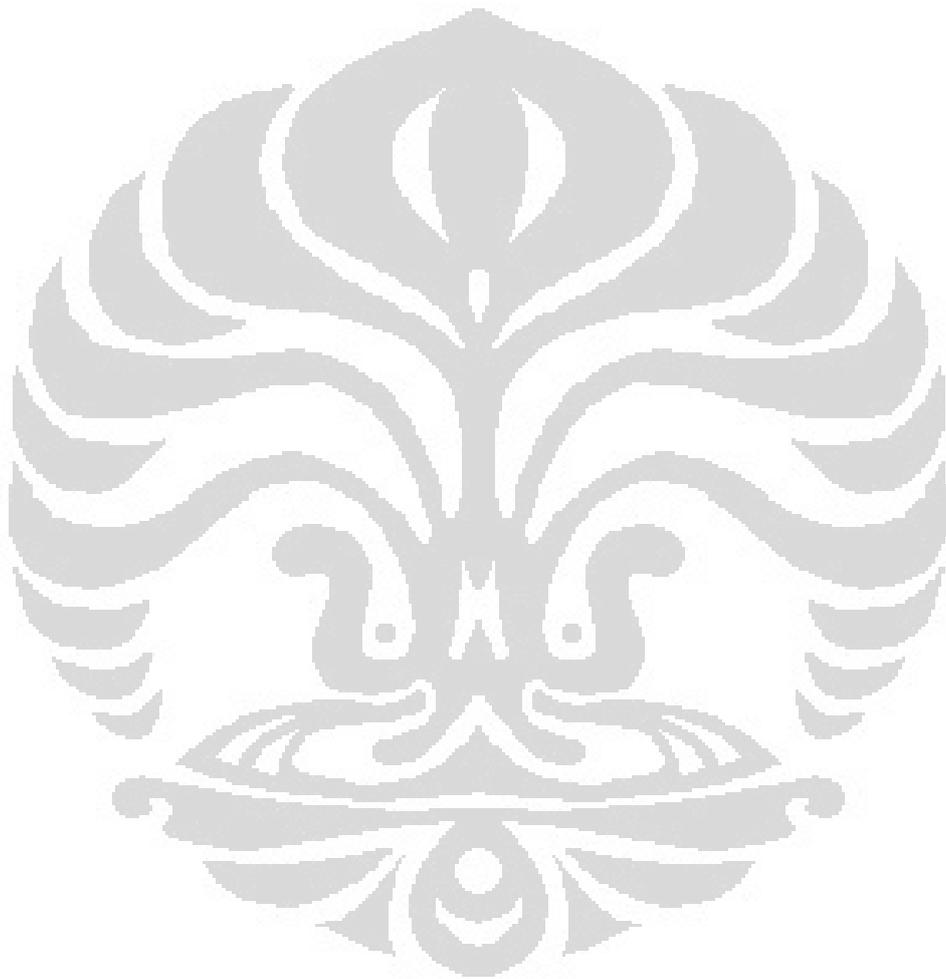


## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional dari Karakteristik Responden Penelitian.....	41
Tabel 3.2	Definisi operasional dari variabel penelitian.....	42
Tabel 4.1	Sebaran Pengambilan Sampel Penelitian di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang, April-Mei 2012 .....	47
Tabel 4.2	Uji Kesetaraan Karakteristik Responden Penelitian Pengaruh Terapi Perilaku: Modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif di RSJDAGH Semarang.....	59
Tabel 4.3	Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Perilaku: Modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif di RSJDAGH Semarang.....	60
Tabel 4.4	Analisis Bivariat Pengaruh Karakteristik Responden terhadap Kepatuhan Minum Obat setelah diberikan Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Klien Penatalaksanaan Regimen Terapeutik tidak Efektif di RSJD Dr. AGH Semarang .....	60
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Responden Menurut Usia dan Lama Sakit di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 ( $n_{total} = 64$ ).....	63
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Perkawinan, Tipe Penyakit dan Jenis Obat di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 ( $n_{total} = 64$ ).....	64
Tabel 5.3	Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia dan Lama Sakit Responden di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 ( $n_1 = \text{intervensi} = 32$ ; $n_2 = \text{kontrol} = 32$ ).....	65
Tabel 5.4	Analisis Kesetaraan Karakteristik Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Perkawinan, Tipe Penyakit dan Jenis Obat di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 ( $n_1 = \text{intervensi} = 32$ ; $n_2 =$	66

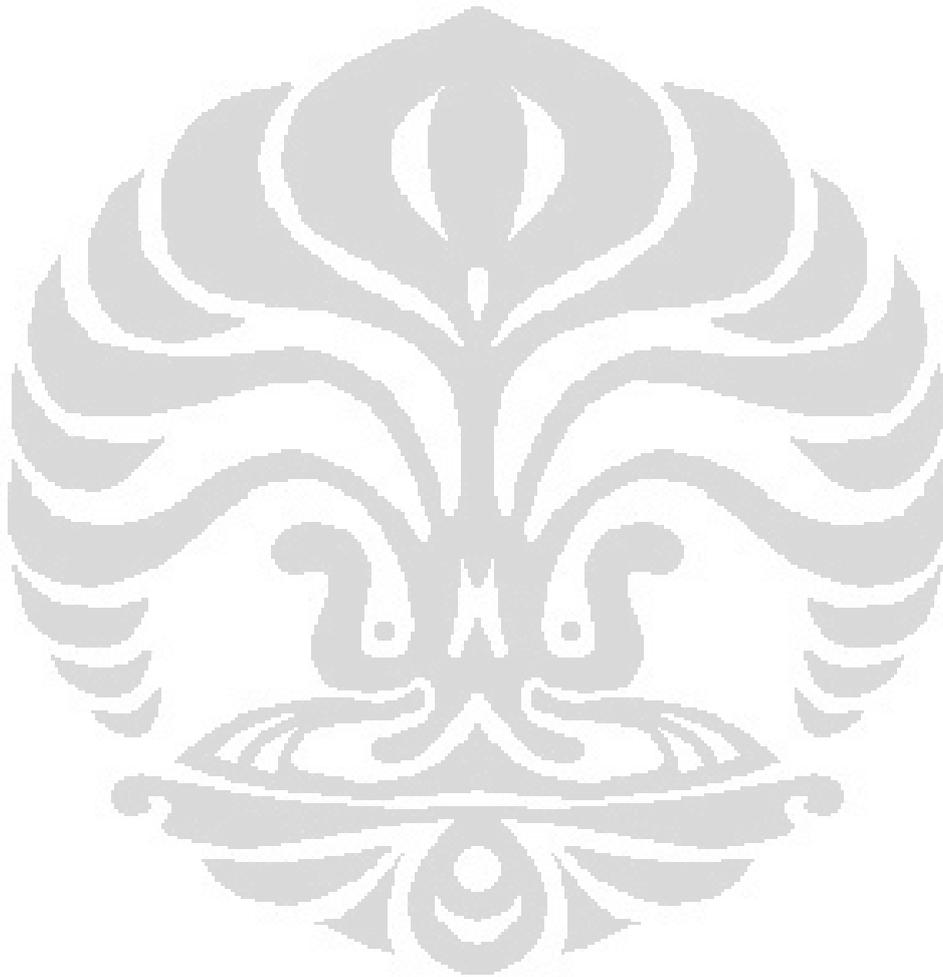
	kontrol = 32).....	
Tabel 5.5	Analisis Kepatuhan Minum Obat Sebelum dilakukan Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 ( $n_1 = \text{intervensi} = 32; n_2 = \text{kontrol} = 32$ ).....	67
Tabel 5.6	Analisis Kesetaraan Kepatuhan Minum Obat Sebelum dilakukan Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 ( $n_1 = \text{intervensi} = 32; n_2 = \text{kontrol} = 32$ ).....	68
Tabel 5.7	Kepatuhan Minum Obat Sebelum dan Sesudah dilakukan Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 ( $n_1 = \text{intervensi} = 32; n_2 = \text{kontrol} = 32$ ).....	69
Tabel 5.8	Analisis Peningkatan Kepatuhan Minum Obat Sesudah dilakukan Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 ( $n_1 = \text{intervensi} = 32; n_2 = \text{kontrol} = 32$ ).....	70
Tabel 5.9	Analisis Kepatuhan Minum Obat Sesudah dilakukan Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 ( $n_1 = \text{intervensi} = 32; n_2 = \text{kontrol} = 32$ ).....	71
Tabel 5.10	Hasil analisis hubungan karakteristik responden: usia dan lama sakit dengan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi setelah mendapat terapi perilaku modeling di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 ( $n = \text{intervensi} = 32$ ) .....	72
Tabel 5.11	Hasil analisis hubungan karakteristik responden: pendidikan, tipe penyakit dan jenis obat dengan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi setelah mendapat terapi perilaku modeling di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 ( $n = \text{intervensi} = 32$ ) .....	73
Tabel 5.12	Hasil analisis hubungan karakteristik responden: jenis kelamin dan status perkawinan dengan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi setelah	74

mendapat terapi perilaku modeling di Instalasi Rawat  
Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 (n =  
intervensi = 32) .....



## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori Penelitian .....	37
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian .....	39
Skema 4.1	Desain Penelitian Pre-Post .....	44
Skema 4.2	Kerangka Kerja Terapi Perilaku Modeling Partisipan .....	57



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2 Lembar persetujuan menjadi responden
- Lampiran 3 Lembar persetujuan sebagai modeling partisipan
- Lampiran 4 Instrumen A : Karakteristik responden
- Lampiran 5 Instrumen B : Kuesioner kepatuhan minum obat
- Lampiran 6 *Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses*
- Lampiran 7 Instrumen C : Modul panduan dan buku kerja pelaksanaan terapi perilaku modeling partisipan
- Lampiran 8 Riwayat hidup peneliti
- Lampiran 9 Surat ijin pengambilan data awal penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Lampiran 10 Keterangan lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Lampiran 11 Surat ijin uji instrumen penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Lampiran 12 Surat ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

## **BAB 1 PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Gangguan jiwa adalah penyakit non fisik yang dapat menghambat produktifitas individu dalam kehidupannya. Gangguan jiwa memang bukan sebagai penyebab kematian secara langsung, tetapi akibat yang ditimbulkan dapat menyebabkan penurunan kemampuan dan fungsi baik secara individu maupun kelompok. Selain itu dapat juga menghambat pembangunan karena gangguan jiwa dianggap tidak produktif dan tidak efisien, serta memiliki *cost* yang tinggi untuk perawatan dan pengobatannya (Setyonegoro, 1999 dalam Hawari 2001).

Masalah gangguan jiwa terjadi hampir di seluruh negara di dunia. *World Health Organization* (WHO) badan dunia PBB yang menangani masalah kesehatan dunia, memandang serius masalah ini dengan menjadikan isu yang penting dan menjadi salah satu pokok program kerja WHO (Sosrosumihardjo, 2010). Gangguan jiwa terdiri dari berbagai masalah dengan gejala yang berbeda, mereka umumnya ditandai oleh beberapa kombinasi dari pikiran yang tidak normal, emosi, perilaku dan hubungan dengan orang lain. Contoh gangguan jiwa seperti skizofrenia, depresi, retardasi mental dan gangguan akibat penyalahgunaan narkoba sebagai isu yang perlu mendapatkan perhatian dari dunia (WHO, 2012).

Salah satu negara didunia yang memiliki angka kejadian gangguan jiwa yang relatif cukup tinggi adalah Indonesia. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Mental Rumah Tangga (SKMRT) pada tahun 1995 yang dilakukan terhadap penduduk di 11 kotamadya oleh Jaringan Epidemiologi Psikiatri Indonesia, ditemukan 185 per 1.000 penduduk rumah tangga dewasa menunjukkan adanya gejala gangguan jiwa baik yang ringan maupun berat (Sosrosumihardjo, 2010). Krisis ekonomi yang terjadi di Indonesia meningkatkan kejadian gangguan kesehatan mental mulai dari gangguan kecemasan, depresi, panik hingga gangguan jiwa yang berat seperti

skizofrenia hingga pada tindakan bunuh diri (Sosrosuhardjo, 2010). Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) yang dilakukan Kementerian Kesehatan pada 2007, prevalensi terjadinya masalah mental emosional seperti depresi dan ansietas, sebanyak 11.60 persen dari jumlah penduduk Indonesia atau sekitar 24.708.000 jiwa (Teguh, 2011).

Jumlah penderita gangguan jiwa berat di Indonesia cukup memprihatinkan, yaitu mencapai 6 juta orang atau sekitar 2.5 persen dari total penduduk (Sosrosuhardjo, 2010). Angka prevalensi gangguan jiwa berat yaitu psikosis ada sekitar 0.46 persen dari jumlah penduduk Indonesia atau sekitar 1.065.000 jiwa (Teguh, 2011). Orang yang mengalami gangguan jiwa di Jawa Tengah sekitar 30.000, dari angka tersebut, hanya 20.000 orang yang mendapat perawatan di pelayanan kesehatan (Widowati, 2011). Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo (RSJD Dr. AGH) merawat lebih dari 10.000 penderita gangguan jiwa yang sebagian besar pengguna Jamkesmas dan Jamkesda. Penderita gangguan jiwa yang dirawat di RSJD Dr. AGH, saat ini ada yang dirawat inap, pengobatan melalui rawat jalan, dan ada juga putus pengobatan di tengah jalan (Widowati, 2011).

Salah satu diagnosis gangguan jiwa adalah skizofrenia. Skizofrenia ini bisa mengenai siapa saja. Data *American Psychiatric Association* (APA) tahun 1995 menyebutkan, 1 persen populasi penduduk dunia (rata-rata 0.85 persen) menderita skizofrenia (Joys, 2011), sedangkan Benhard (2007) menjelaskan angka prevalensi skizofrenia di dunia adalah 1 per 10.000 orang per tahun. Angka prevalensi skizofrenia di Indonesia adalah 0.3 sampai 1 persen, terjadi pada usia 18 sampai 45 tahun, tetapi ada juga berusia 11 sampai 12 tahun menderita skizofrenia. Penduduk Indonesia apabila 200 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 2 juta jiwa menderita skizofrenia (Prabowo, 2010). Angka prevalensi klien skizofrenia yang dirawat inap di RSJD Dr. AGH Semarang dalam tiga tahun terakhir adalah: tahun 2009: 2263 klien, tahun 2010: 3190 klien dan tahun 2011: 3511 klien. Prevalensi klien skizofrenia di RSJD AGH Semarang tersebut ternyata setiap tahunnya mengalami kenaikan

(Rekam Medik RSJD Dr. AGH Semarang, 2011), sehingga peneliti tertarik menguraikan lebih lanjut tentang gejala perilaku yang dimanifestasikan klien skizofrenia yang selanjutnya dapat menjadi salah satu dasar penegakan diagnosis penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa bersifat menahun yang memerlukan waktu cukup lama untuk proses penyembuhan, terapi pada skizofrenia bertujuan untuk menurunkan angka kekambuhan (Kraepelin, 1919 dalam Hawari, 2001). Terapi pada skizofrenia meliputi terapi psikofarmaka (anti psikotik), psikoterapi, terapi psikososial dan terapi psikoreligius (Kusuma, 2007). Banyak jenis obat psikofarmaka yang digunakan untuk menyembuhkan skizofrenia, tetapi sampai saat ini belum ditemukan obat yang ideal, masing-masing jenis obat psikofarmaka ada kelebihan dan kekurangannya serta ada efek sampingnya.

Ada beberapa alasan yang mendasari klien skizofrenia menghentikan pengobatan diluar pengawasan medis. Menurut Ashwin (2007 dalam Bustilo, 2008) kejenuhan klien Skizofrenia minum obat setiap hari, menyebabkan tingkat kepatuhan klien untuk meminum obat menjadi menurun. Ada pula klien Skizofrenia yang menghentikan terapi dengan berbagai alasan seperti: adanya efek samping obat, gangguan pikiran dan anggapan bahwa terapi adalah sesuatu yang percuma (Hawari, 2001). Hasil penelitian Wardani (2009) menguraikan efek samping obat terhadap fisik, seksualitas, aktivitas, dan tingkat konsentrasi menjadi alasan pasien tidak patuh, bahkan sampai menghentikan minum obat. Tidak kuat berdiri lama, mual, kaku, bicara pelo, dan badan tidak enak adalah ungkapan-ungkapan yang menggambarkan efek samping obat terhadap fisik.

Penyebab ketidakpatuhan minum obat pada klien skizofrenia juga ada hubungannya dengan hendaya perilaku yang dialami. Keliat (2004, dalam Parendrawati, 2008) menguraikan hendaya perilaku yang muncul pada klien skizofrenia, salah satunya adalah tidak teratur minum obat ada sekitar 40

persen. Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan klien dalam minum obat, yaitu keyakinan individu, sikap negatif dari keluarga besar dan sikap tenaga kesehatan. Keyakinan terhadap kesehatan berkontribusi terhadap ketidakpatuhan. Klien yang tidak patuh biasanya mengalami depresi, ansietas dengan kesehatannya, memiliki ego lemah dan terpusat perhatian pada diri sendiri (Stein, 1989 dalam Niven, 2002). Hasil penelitian Wardani (2009) sikap negatif keluarga besar terhadap pengobatan seperti sikap mendukung ketidakpatuhan dan ungkapan yang dapat menurunkan motivasi minum obat. Selain itu penyebab yang bersumber dari perilaku tenaga kesehatan adalah informasi yang tidak jelas dan ungkapan yang mematahkan semangat dari tenaga kesehatan secara tidak langsung menyebabkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Kandar pada bulan Oktober 2011 mengenai penyebab kekambuhan klien skizofrenia dirawat ulang di RSJD Dr. AGH Semarang, menunjukkan ada peningkatan angka kekambuhan klien skizofrenia karena ketidakpatuhan minum obat. Pada tahun 2011 ada 63 klien skizofrenia yang dirawat ulang kurang dari 1 bulan dan ada 121 klien yang dirawat ulang lebih dari 1 bulan setelah mendapatkan perawatan dari Rumah Sakit. Alasan yang mendasari 184 klien yang dirawat ulang sebagai berikut: 24 persen responden beranggapan setelah minum obat tidak bisa kegiatan, 7 persen responden merasa tidak tahu tentang obatnya, 57 persen responden merasa sudah sembuh, 8 persen responden takut ketergantungan dengan obat dan 4 persen responden mengaku kurang memiliki dukungan dari keluarga dan orang disekitarnya.

Studi pendahuluan di RSJD Dr. AGH Semarang dilakukan peneliti melalui wawancara dengan keluarga, penyebaran kuesioner untuk mengevaluasi hasil tindakan keperawatan generalis pada klien PRTI dan hasil survei bidang perawatan tentang diagnosis keperawatan yang muncul pada klien gangguan jiwa. Hasil wawancara dengan 15 keluarga klien yang dirawat ulang karena klien tidak patuh minum obat, sebagai berikut: 25 persen mengatakan

anaknyanya tidak minum obat karena sudah bosan, 36 persen mengatakan anaknyanya tidak mau minum obat karena merasa tidak bisa bekerja bila selalu minum obat, 20 persen mengatakan anaknyanya tidak mau minum obat karena takut ketergantungan dengan obat dan 49 persen mengatakan karena merasa sudah sembuh. Alasan klien tidak mematuhi program pengobatan tersebut senada dengan penjelasan Hawari (2001) bahwa ada kesalahan persepsi dari klien terhadap obat yang diminum, seperti dapat menimbulkan ketergantungan dan kelemahan saraf.

Hasil kuesioner yang diberikan kepada 20 perawat yang tersebar di instalasi rawat inap RSJD Dr. AGH pada tanggal 20 Januari 2012 untuk mengevaluasi hasil tindakan keperawatan generalis pada klien dengan penatalaksanaan regimen terapi tidak efektif, menunjukkan: 90 persen perawat yang memberikan obat tanpa ada kesadaran meminta obat dari klien, 75 persen klien malas minum obat, 75 persen perawat memaksa minum obat, 70 persen klien menolak untuk minum obat dan 55 persen klien memiliki banyak alasan saat mau diberi obat. Hasil survei Bidang Perawatan di ruangan rawat inap RSJD Dr. AGH pada bulan April-Mei 2012, menunjukkan rata-rata di 15 ruangan rawat inap ada 107 klien skizofrenia yang tidak patuh minum obat. Karakteristik ketidakpatuhan yang ditunjukkan klien saat dirawat seperti: harus dipaksa minum obat, minum obat harus dihaluskan, menyembunyikan obat dimulut, obat dibuang, dan secara verbal klien menolak minum obat.

Beberapa data hasil studi pendahuluan di RSJD Dr. AGH dan hasil penelitian diatas menunjukkan ketidakmampuan klien mematuhi program pengobatan yang disarankan dari tenaga kesehatan. Hal ini yang mendasari munculnya diagnosis keperawatan pada klien skizofrenia yaitu: penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif. Menurut Herdman (2012) penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif adalah sebuah pola untuk mengatur ke dalam kegiatan sehari-hari dalam menjalankan pengobatan yang tidak memuaskan untuk mencapai tujuan kesehatan tertentu. Salah satu karakteristik diagnosis tersebut adalah kesulitan dengan peraturan dari satu atau lebih regimen yang

ditentukan dan tidak mengambil tindakan untuk memasukkan regimen pengobatan dalam rutinitas sehari-hari. Salah satu karakteristik yang ditunjukkan klien PRTI tersebut menjadi fokus dari area penelitian ini.

Regimen terapi pada klien skizofrenia membutuhkan jangka waktu yang lama, efektifitas obat yang optimal dicapai dalam waktu tertentu, sehingga dibutuhkan kepatuhan (*compliance*) dan ketekunan dari klien dalam pengobatan. Menurut Herdman (2012) salah satu kriteria hasil yang diharapkan pada penatalaksanaan regimen terapeutik yang efektif adalah perilaku kepatuhan dalam pengobatan.

Kepatuhan adalah perilaku klien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan (Niven, 2002). Kepatuhan dalam pengobatan dapat diartikan sebagai perilaku klien yang mentaati semua nasehat dan petunjuk yang dianjurkan oleh kalangan tenaga medis (*Australian college of pharmacy practice*, 2001). Hasil penelitian Wardani (2009) tolak ukur perilaku patuh minum obat yaitu adanya kerjasama keluarga dan pasien dalam pemberian obat, kesadaran diri akan kebutuhan obat, kemandirian minum obat, kedisiplinan minum obat dan kontrol rutin setelah dirawat di rumah sakit.

Secara umum, ketidakpatuhan terhadap program terapeutik adalah masalah substansial yang harus diatasi untuk membantu individu berpartisipasi dalam perawatan diri dan mencapai tingkat kesehatan potensial yang maksimal (Brunner & Suddart, 2002). Ketidakpatuhan minum obat dapat meningkatkan resiko berkembangnya masalah kesehatan atau memperpanjang dan memperburuk kesakitan yang diderita. Ada 20 persen klien yang dirawat di Rumah Sakit diperkirakan merupakan akibat dari ketidakpatuhan klien terhadap pengobatan (Safarino, 1990 dalam Smet, 1994).

Dampak atau akibat yang dirasakan pada klien karena perilaku ketidakpatuhan menyebabkan kekambuhan empat kali lebih tinggi, klien yang terlanjur kambuh karena tidak minum obat, membutuhkan waktu lebih dari

satu tahun untuk kembali secara intensif (Bustilo, 2008). Menurut hasil penelitian Wardani (2009) akibat yang ditimbulkan dari perilaku ketidakpatuhan minum obat adalah terjadinya kekambuhan dan over dosis. Dampak ketidakpatuhan bagi keluarga yaitu timbulnya beban subjektif dan objektif. Beban subjektif berupa beban emosional dan kecemasan, beban objektif yang dirasakan keluarga meliputi terjadinya gangguan hubungan keluarga dan keterbatasan klien dalam melakukan aktivitas.

Penatalaksanaan regimen terapeutik pada klien skizofrenia agar menjadi efektif selain terapi psikofarmaka yang diberikan oleh seorang dokter maka seorang perawat juga memiliki andil besar. Asuhan keperawatan yang diberikan pada klien dengan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif salah satunya perawat sebagai pendidik tentang obat baik pada klien dan keluarga. Berdasarkan hasil kuesioner terhadap 20 perawat yang tersebar di tiap ruangan rawat inap dan wawancara dengan Komite Keperawatan RSJD Dr. AGH pada tanggal 20 Januari 2012, tindakan keperawatan pada klien PRTI sudah diberikan sesuai standar operasional prosedur dari Rumah Sakit, tetapi hasilnya belum cukup efektif meningkatkan perilaku kepatuhan terhadap regimen terapeutik pengobatan.

Peran seorang perawat dalam regimen terapi selain sebagai pendidik tentang obat, juga berperan dalam memelihara kepatuhan program pengobatan dan mengkoordinir terapi. Perawat mendesain sebuah terapi modalitas sebagai pendamping terapi psikofarmaka agar meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan. Terapi yang diberikan bisa terapi kognitif, kognitif-perilaku dan terapi keluarga (Stuart & Sundeen, 1998). Salah satu terapi modalitas tersebut adalah terapi perilaku. Terapi perilaku adalah suatu terapi yang diberikan untuk merubah perilaku negatif klien, dalam hal ini perilaku kepatuhan terhadap program terapi yang disarankan sehingga menghasilkan perubahan perilaku yang adaptif.

Terapi perilaku ini dipilih peneliti sebagai pendamping terapi psikofarmaka untuk meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan. Menurut Smet (1994) salah satu tindakan yang bisa diberikan untuk meningkatkan kepatuhan adalah dengan memodifikasi perilaku. Niven (2002) juga menjelaskan kepatuhan dapat ditingkatkan dengan mengembangkan strategi merubah perilaku dan mempertahankannya (Niven, 2002). Rekomendasi Mc Closkey & Bulechek (2008) salah satu intervensi dari penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif adalah memodifikasi perilaku untuk menghasilkan sebuah perilaku kepatuhan. Terapi perilaku ini diharapkan dapat meningkatkan motivasi minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif sebagai bentuk perilaku baru yang adaptif (kepatuhan). Salah satu hasil penelitian tentang efektifitas terapi perilaku telah dibuktikan oleh Parendrawati (2008), hasilnya terdapat peningkatan kemampuan merawat diri yang bermakna pada klien yang mendapatkan terapi perilaku token ekonomi. Kesimpulan dari uraian diatas bahwa terapi perilaku ini cukup efektif menghasilkan sebuah perilaku baru yang adaptif.

Salah satu macam teknik terapi perilaku adalah modeling partisipan, teknik ini dipilih peneliti berdasarkan alasan sebagai berikut: teknik modeling partisipan memberi contoh sebuah perilaku yang akan diubah, sehingga kecemasan klien selama ini terhadap perilaku baru akan berkurang. Tahapan dari modeling partisipan sesuai prinsip keperawatan, yaitu: memandirikan klien sesuai fungsi yang masih ia miliki. Nelson (2011) menjelaskan bahwa teknik modeling partisipan ini menekankan kinerja *in vivo* pada tugas-tugas yang ditakutkan, dengan konsekuensi yang dimunculkan oleh kinerja sukses yang dianggap sebagai sarana utama bagi perubahan psikologis.

Klien skizofrenia dengan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif memiliki perilaku tidak patuh minum obat baik secara kualitas maupun kuantitas, melalui teknik modeling partisipan ini klien akan diubah perilaku negatifnya dengan 4 tahapan sebagai berikut: (1) mengidentifikasi perilaku tidak patuh minum obat dan memberikan *role model* cara patuh minum obat,

(2) mendampingi klien minum obat dan membantu mengatasi efek samping obat, (3) membudayakan perilaku patuh minum obat tanpa pendampingan, (4) mendiskusikan manfaat terapi dan mencegah kekambuhan.

Terapi perilaku modeling partisipan ini, diharapkan peneliti mampu merubah perilaku negatif terhadap ketidakpatuhan minum obat sehingga klien tidak menghentikan minum obat dengan berbagai alasan secara pribadi. Menurut Bandura (1975 dalam Nelson, 2011) bahwa rasa percaya diri klien terhadap obat yang diminumnya sebaiknya diperkuat oleh kemampuan secara mandiri. Hasil penelitian menunjukkan bahwa teknik pemodelan partisipan berguna bagi karyawan wanita di sebuah pusat kesehatan perkotaan di Arizona agar memiliki keinginan untuk belajar *biofeedback* untuk menurunkan kecemasan. Penelitian ini mendukung penelitian lebih lanjut dengan menggunakan teknik modeling partisipan (*participant modelling*) sebagai teknik untuk meningkatkan perilaku kepatuhan (Fong, 1991).

Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. AGH Semarang sebagai pelaksana Pemerintah Propinsi Jawa Tengah di Bidang Kesehatan Jiwa. Rumah Sakit ini memiliki kapasitas 340 tempat tidur, 15 ruang rawat inap kelas VIP, kelas I, II, III dan Jamkesmas. Pada bulan Desember 2011 jumlah tenaga keperawatan di ruang rawat inap sebanyak 122 perawat dengan latar belakang pendidikan S1 keperawatan, sehingga Rumah Sakit ini belum memiliki seorang perawat spesialis jiwa untuk meningkatkan kegiatan asuhan keperawatan jiwa selama ini.

Belum adanya seorang spesialis jiwa di RSJD Dr. AGH Semarang menyebabkan kegiatan asuhan keperawatan pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif masih menggunakan tindakan keperawatan generalis. Sehingga diperlukan pendekatan asuhan keperawatan jiwa spesialis dengan penerapan terapi keperawatan jiwa, yaitu terapi perilaku modeling partisipan.

## 1.2 Rumusan Masalah

Ketidapatuhan klien dalam menjalankan regimen terapi pada klien PRTI dapat meningkatkan risiko masalah kesehatan, angka kekambuhan dirawat ulang dan memperpanjang serta memperburuk angka kesakitan. Saat ini ada 107 klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif yang dirawat di RSJD Dr. AGH karena tidak patuh minum obat. Kepatuhan minum obat merupakan salah satu cara agar penatalaksanaan regimen terapeutik bisa efektif dan tidak dirawat ulang ke Rumah Sakit. Untuk itu perawat memiliki tanggung jawab dan peran dalam memelihara kepatuhan minum obat. Peran perawat dalam mengkoordinir terapi modalitas sebagai pendamping terapi psikofarmaka sangat diperlukan. Salah satu terapi modalitas tersebut adalah terapi perilaku modeling partisipan. Terapi ini memberi gambaran cara kepatuhan minum obat melalui seorang modeling. Terapi perilaku modeling partisipan diharapkan mampu meningkatkan perilaku kepatuhan minum obat pada klien PRTI. Berdasarkan rumusan masalah tersebut diatas, maka masalah yang ingin dijawab dalam penelitian ini adalah: ‘bagaimana pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif?’

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Diketuinya pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Diketuinya karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, lama sakit, tipe penyakit dan jenis obat) pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.
- 1.3.2.2 Diketuinya kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan

- 1.3.2.3 Diketuainya kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan
- 1.3.2.4 Diketuainya perbedaan kepatuhan minum obat, pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan terapi perilaku modeling partisipan
- 1.3.2.5 Diketuainya perbedaan kepatuhan minum obat, pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan
- 1.3.2.6 Diketuainya perbedaan kepatuhan minum obat, pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan
- 1.3.2.7 Diketuainya faktor yang paling berkontribusi terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat aplikatif**

Apabila terapi perilaku modeling partisipan memiliki pengaruh terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif, maka penelitian ini bermanfaat:

- 1.4.1.1 Sebagai masukan bagi perawat dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa dan area lainnya untuk mengetahui pentingnya terapi perilaku modeling partisipan dalam mempengaruhi perilaku kepatuhan minum obat.
- 1.4.1.2 Untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, khususnya pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif dalam kepatuhan minum obat.
- 1.4.1.3 Sebagai bahan pedoman pendekatan pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif yang tidak patuh dalam minum obat.
- 1.4.1.4 Meningkatkan kemampuan klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif dalam merubah perilaku negatif tentang minum obat.

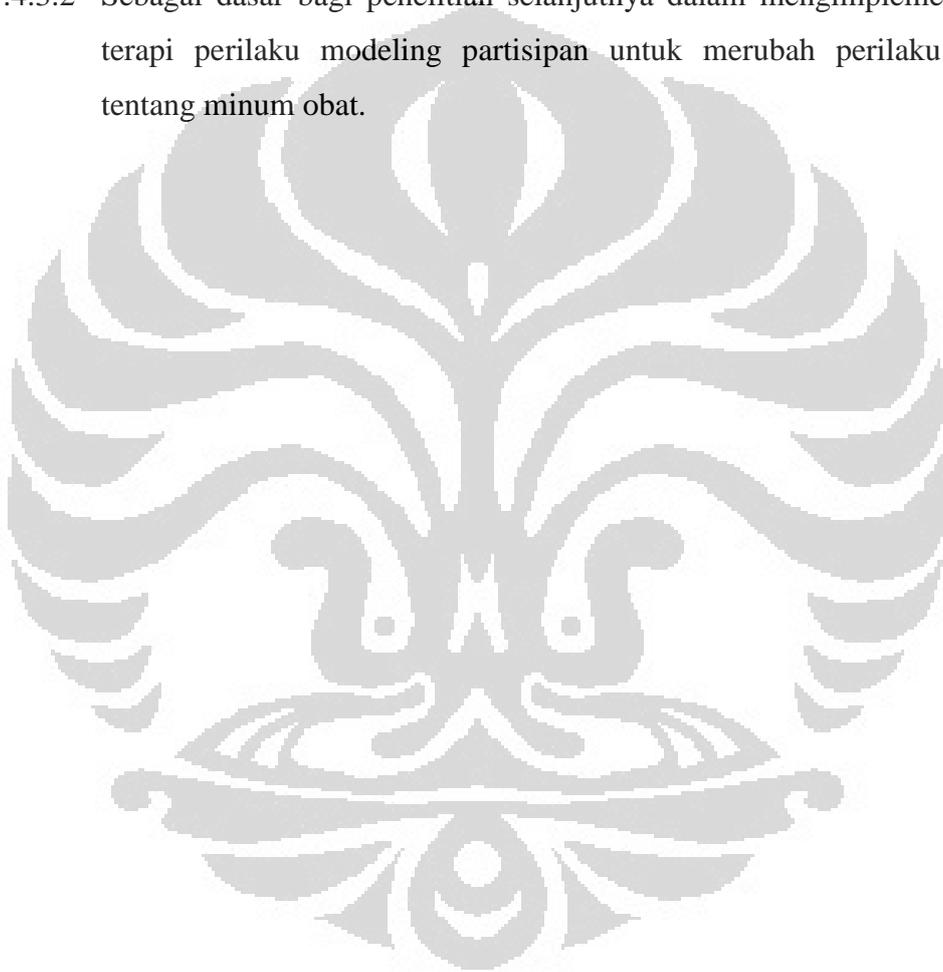
#### 1.4.2 Manfaat keilmuan

Mengembangkan terapi perilaku modeling partisipan yang berlandaskan ilmu keperawatan dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

#### 1.4.3 Manfaat metodologi

1.4.3.1 Menerapkan teori dan metodologi yang terbaik untuk mengubah perilaku negatif dalam kepatuhan minum obat.

1.4.3.2 Sebagai dasar bagi penelitian selanjutnya dalam mengimplementasikan terapi perilaku modeling partisipan untuk merubah perilaku negatif tentang minum obat.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini menguraikan tentang tinjauan pustaka yang melandasi penelitian ini, meliputi: skizofrenia, konsep kepatuhan, penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif, terapi perilaku, dan kerangka teori penelitian.

#### **2.1. Skizofrenia**

##### **2.1.1. Pengertian**

Beberapa ahli menguraikan istilah Skizofrenia berdasarkan gejala, penyebab dan dampak yang ditimbulkan. Menurut Kraepelin (1919, dalam Benhard, 2007) menyebut istilah skizofrenia dengan penurunan fungsi kognitif terjadi pada usia muda ditandai dengan proses kognitif yang makin memburuk dengan gejala halusinasi dan waham. Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang bersifat kronis, dapat mengalami kekambuhan dengan gejala klinis yang beragam dan tidak khas (Kusuma, 2007). Skizofrenia adalah penyakit otak *neurobiological* yang serius dan menetap, ditandai dengan kognitif dan persepsi serta afek yang tidak wajar (Laraia, 2009). Skizofrenia dikarakteristikan dengan psikosis, halusinasi, delusi, disorganisasi pembicaraan dan perilaku, afek datar, penurunan kemampuan kognitif, ketidakmampuan bekerja atau kegiatan dan hubungan sosial yang memburuk (Bustillo, 2008).

Berdasarkan teori diatas maka dapat disimpulkan pengertian Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang menetap, bersifat kronis dan bisa terjadi kekambuhan dengan gejala psikotik beranekaragam dan tidak khas, seperti: penurunan fungsi kognitif yang disertai halusinasi dan waham, afek datar, disorganisasi perilaku dan memburuknya hubungan sosial.

##### **2.1.2. Penyebab**

Penyebab Skizofrenia tidak diketahui secara pasti, berbagai macam faktor predisposisi dan presipitasi yang mendukung terjadinya kekambuhan. Namun pada dasarnya ada hubungan dengan faktor bawaan atau bakat yang diturunkan dari orang tua secara genetik. Benhard (2007) menjelaskan penyebab skizofrenia sebagai berikut: (1) Model diatesis

stress, menjelaskan bahwa skizofrenia timbul karena adanya kesatuan antara faktor biologis, faktor psikososial dan lingkungan. Individu yang rentan jika mengalami stressor akan lebih mudah menjadi skizofrenia.

Faktor pencetus dan kekambuhan dari skizofrenia dipengaruhi oleh *emotional turbulent families, stressful life event*, diskriminasi dan kemiskinan. (2) Faktor neurobiologis, perkembangan saraf pada awal kehamilan ditentukan oleh intake nutrisi (ibu hamil yang malnutrisi berisiko janinnya kelak berkembang menjadi skizofrenia) begitu pula trauma psikologis yang dialami ibu selama hamil. Pada masa kanak disfungsi situasi sosial seperti trauma masa kecil, kekerasan, hostilitas dan hubungan interpersonal yang kurang hangat sangat mempengaruhi perkembangan neurologikal sehingga anak lebih berisiko mengalami skizofrenia.

Dari berbagai pendapat tentang penyebab skizofrenia tersebut, maka peneliti berpendapat bahwa terjadinya skizofrenia sangatlah unik artinya tiap individu akan berbeda tergantung riwayat perkembangan syaraf dari masa intra uteri sampai pada perkembangan ketika dewasa. Selain itu cara pandang dan cara coping mekanisme individu dalam mengatasi berbagai stressor baik dari dalam diri, keluarga dan lingkungan sekitarnya juga menjadi faktor pencetus terjadinya skizofrenia. Adanya gangguan fisik yang didapat ketika individu sudah dewasa, seperti trauma fisik merupakan salah satu faktor pendukung terjadinya skizofrenia.

### **2.1.3. Manifestasi klinik**

Gejala skizofrenia biasanya dimulai di usia remaja atau dewasa muda awal. Skizofrenia mempengaruhi pria dan wanita dengan frekuensi yang sama. Penyakit ini cenderung terjadi pada laki-laki berusia 16-24 tahun dan perempuan diantara 20-34 tahun (Bustillo, 2008). Jadi jenis kelamin tidak menentukan dan mempengaruhi kejadian skizofrenia.

Menurut Benhard (2007) gejala yang tampak dari skizofrenia dibagi dalam 5 dimensi, yaitu:

#### 2.1.3.1. Gejala positif

Menggambarkan fungsi normal yang berlebihan dan khas, meliputi: waham, halusinasi, disorganisasi pembicaraan dan perilaku seperti katatonia atau agitasi.

#### 2.1.3.2. Gejala negatif

Yaitu: *affective flattening*, alogia, *avolition*, anhedonia dan gangguan atensi. Selain itu ditemukan pula adanya penurunan fungsi normal seperti afek tumpul, penarikan emosi dalam berkomunikasi, *raport* yang buruk dengan lingkungan sekitar, bersikap pasif dan menarik diri dari hubungan sosial.

#### 2.1.3.3. Gejala kognitif

Adanya gangguan proses kognitif dapat juga terjadi inkoheren, asosiasi longgar, atau neologisme. Selain itu adanya gangguan atensi dan pengolahan informasi. Gangguan kognitif yang berat seperti: gangguan kemampuan menghasilkan pembicaraan yang spontan, urutan peristiwa, kewaspadaan dan masalah atensi, prioritas dan perilaku pada hubungan sosial.

#### 2.1.3.4. Gejala agresif dan hostile

Menekankan pada masalah pengendalian impuls. Hostilitas berupa penyerangan secara fisik atau verbal terhadap orang lain, termasuk perilaku bunuh diri (*suicide*), merusak barang orang lain, atau *sexual acting out*.

#### 2.1.3.5. Gejala depresi dan anxious

Gejala ini bersamaan dengan mood yang terdepresi, mood cemas, rasa bersalah, *tension*, iritabilitas atau kecemasan (hal 21-25).

Secara garis besar gejala yang muncul pada skizofrenia adalah adanya gejala positif seperti gejala halusinasi, waham, perilaku aneh dan gejala negatif seperti gejala penurunan dalam interaksi sosial, gangguan tidur, gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi, defisit perawatan diri. Gejala ini

yang menentukan pemberian terapi baik psikofarmaka maupun asuhan keperawatan yang akan diberikan.

#### **2.1.4. Tipe Skizofrenia**

DSM-IV TR membagi tipe skizofrenia kedalam enam sub tipe yaitu: tipe katatonik, disorganisasi (hebrefenik), paranoid, tak terinci, residual dan skizofrenia simpleks. Sedangkan penggolongan skizofrenia menurut PPDGJ III (F20) antara lain: tipe paranoid (F20.0), tipe hebrefenik (F20.1), tipe katatonik (F20.2), tipe tak terinci (F20.3), tipe residual (F20.5), tipe simpleks (f20.6), tipe depresi pasca skizofrenia (F20.4) (Benhard, 2007).

#### **2.1.5. Terapi**

Ada berbagai macam terapi yang bisa kita berikan pada skizofrenia. Hal ini diberikan dengan kombinasi satu sama lain dan dengan jangka waktu yang relatif cukup lama. Hawari (2001) menguraikan terapi skizofrenia terdiri dari pemberian obat-obatan, psikoterapi, dan rehabilitasi. Terapi psikososial pada skizofrenia meliputi: terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga, rehabilitasi psikiatri, latihan ketrampilan sosial dan manajemen kasus (Hawari, 2001).

Terapi psikofarmaka pada skizofrenia dengan antipsikotik dua kategori, yaitu: obat atipikal (clozapin, risperidon, olanzapine, quetiapin) dan obat tipikal (thiothixene, haloperidol, chlorpromazine dan trifluoperazine) (Maslim, 2001). Faktor – faktor yang mempengaruhi efek terapeutik obat antipsikotik ini meliputi: usia, genetik, perilaku penyalahgunaan zat, kondisi medis, obat penginduksi enzim, obat yang menghambat *clearance* dan perubahan dalam ikatan protein (Benhard, 2007).

Efek terapeutik obat pada klien skizofrenia memiliki respon yang berbeda pada tiap individu dan membutuhkan waktu lama untuk merasakan manfaat dari obat tersebut. Sampai saat ini dari obat yang telah ditemukan belum ada obat yang sangat ideal untuk skizofrenia, karena masing-masing

jenis obat memiliki kelebihan dan kekurangannya. Menurut Maslim (2001), efek samping yang sering terjadi adalah gejala ekstra piramidal seperti: kedua tangan gemetar (tremor), kekakuan alat gerak (bila berjalan seperti robot), otot leher kaku sehingga kepala klien seolah – olah “terpelintir” atau “tertarik”. Efek samping ini menimbulkan rasa tidak nyaman buat klien dan menimbulkan asumsi negatif terkait ada dan tidak adanya manfaat dari obat tersebut bagi kesembuhan klien skizofrenia. Hal ini akan berdampak pada perilaku klien dalam menjalankan regimen terapeutik yang disarankan dari petugas kesehatan.

Menurut Benhard (2007) seharusnya klien skizofrenia mendapatkan manajemen medikasi berupa informasi mengenai manfaat pengobatan antipsikotik, mengetahui cara pemakaian antipsikotik yang tepat, mengetahui efek samping yang tidak menguntungkan dari pengobatan dan membicarakan masalah pengobatan dengan tenaga medis. Hal inilah yang menjadi pertimbangan peneliti untuk memasukkan unsur manajemen pengobatan ke dalam terapi perilaku yang akan diberikan pada klien skizofrenia yang mengalami regimen terapeutik yang tidak efektif dengan metode modeling.

#### **2.1.6. Karakteristik skizofrenia yang mengalami ketidakpatuhan**

Hasil penelitian Wardani (2009) menunjukkan perilaku tidak patuh minum obat pada klien Skizofrenia sangat beragam, seperti: menurunkan dosis, meningkatkan dosis, minum obat dengan dosis diluar pengawasan medis, menolak obat, dan minum obat tidak tepat waktu. Perilaku tidak patuh juga dapat dilihat ketika klien skizofrenia membeli obat sendiri tanpa pengawasan dan kontrol terlebih dahulu ke medis.

## **2.2. Konsep Kepatuhan**

### **2.2.1. Pengertian**

Kepatuhan klien didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku klien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan (Sackett, 1976

dalam Niven, 2002). Menurut Sarafino (1990 dalam Smet, 1994) kepatuhan merupakan tingkat klien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh yang lain. Kepatuhan adalah sejauh mana klien mengerti maksud atau harapan dari dokter dalam memberikan pengobatan (McGavock, 1996 dalam Hughes, 1997). Kepatuhan sering digunakan untuk menggambarkan perilaku bahwa klien akan mengubah perilakunya atau “patuh” karena mereka diminta untuk itu (Brunner & Suddart, 2002).

Kepatuhan dalam pengobatan dapat diartikan sebagai perilaku klien yang mentaati semua nasehat dan petunjuk yang dianjurkan oleh kalangan tenaga medis (*Australian college of pharmacy practice*, 2001). Pendapat lain mengenai kepatuhan adalah kerelaan seseorang untuk melakukan suatu permintaan yang sebenarnya tidak ingin dilakukan. Kepatuhan ini muncul karena adanya tekanan sosial dan perundingan, hal ini sangat dipengaruhi oleh informasi yang diterima oleh seseorang tentang perilaku yang diharapkan dan diminta (Sears, 1994). Menurut pendapat Milgram (1987 dalam Sears, 1994) mengungkapkan kepatuhan adalah sebuah perilaku yang ditunjukkan oleh seseorang untuk memenuhi permintaan orang lain.

Dapat disimpulkan bahwa kepatuhan merupakan perilaku yang muncul akibat permintaan atau saran dari orang lain mengenai tatacara menjalani sebuah program pengobatan, terjadi karena adanya kebutuhan akan peningkatan status kesehatan klien. Kepatuhan ini dapat dilihat, dinilai dan di ukur dengan menggunakan sebuah instrumen (alat ukur), untuk itu perlu kita ketahui lebih lanjut karakteristik dari sebuah perilaku kepatuhan.

### **2.2.2. Karakteristik kepatuhan**

Kepatuhan program terapeutik adalah perilaku klien dalam mencapai perawatan kesehatan, seperti: upaya aktif, upaya kolaboratif sukarela antara klien dan *provider*. Termasuk didalamnya mengharuskan klien

membuat perubahan gaya hidup untuk menjalani kegiatan spesifik seperti meminum obat, mempertahankan diet, membatasi aktivitas, pemantauan mandiri terhadap gejala penyakit, tindakan *hygiene* spesifik, evaluasi kesehatan secara periodik, pelaksana tindakan terapeutik dan pencegahan lain (Brunner & Suddart, 2002). Sedangkan hasil penelitian Wardani (2009) menunjukkan tolak ukur perilaku kepatuhan minum obat yaitu adanya kerjasama keluarga dan klien dalam pemberian obat, kesadaran diri terhadap kebutuhan obat, kemandirian minum obat, dan kedisiplinan minum obat. Selain itu perilaku patuh minum obat diikuti dengan kontrol rutin setelah dirawat dirumah sakit. Menurut Samalin (2010) karakteristik kepatuhan partial meliputi: klien mengurangi dosis yang ditentukan oleh klien sendiri atau hanya mengambil pengobatan mereka dari waktu ke waktu.

### **2.2.3. Alat ukur kepatuhan**

Kepatuhan sulit untuk dianalisa, karena sulit didefinisikan, di ukur dan tergantung pada banyak faktor. Kebanyakan berhubungan dengan ketidaktaatan minum obat sebagai cara pengobatan, misalnya: tidak minum cukup obat, terlalu banyak dan minum obat diluar yang diresepkan. Metode untuk mengukur kepatuhan dilihat dari sejauh mana para klien mematuhi nasehat dokter dengan baik, meliputi: laporan klien, laporan dokter, perhitungan pil dan botol, tes darah dan urine, alat-alat mekanis, observasi langsung dan hasil pengobatan (Smet, 1994). Pada penelitian ini menggunakan observasi langsung yang dilakukan perawat primer yang mengelola klien tersebut diruangan dengan cara mengisi *checklist* pada kuesioner kepatuhan minum obat.

Menurut Pullar & Feely (1990), Raynor (1992) dan McGavock (1996) dalam Hughes, 1997) Ada sejumlah metode untuk mengukur kepatuhan. Metode utama yang saat ini digunakan: wawancara pasien, jumlah pil, hasil pemeriksaan klinis, menggunakan indikator farmakologi, pengukuran kosentrasi plasma dalam obat dan pengawasan dengan elektronik.

Sedangkan Farmer (1999) menjelaskan metode untuk mengukur dan memonitor kepatuhan dalam regimen terapi baik di laboratorium maupun praktik klinik adalah: level obat dalam cairan biologi, penanda biologi, observasi pasien langsung, wawancara pasien, catatan pasien, kuesioner kepatuhan, jumlah pil, mengulang catatan resep: manual, mengulang catatan resep: elektronik dan pengawasan elektronik. Untuk itu dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode *Adherence questionnaire* untuk mengukur kepatuhan minum obat pada klien Skizofrenia dengan diagnosis keperawatan: penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif. Metode ini digunakan peneliti karena memiliki keuntungan yaitu: mudah administrasinya (di tempat, email, telepon), tervalidasi dan dapat menjelaskan perilaku klien.

#### **2.2.4. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan**

Berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku kepatuhan minum obat, diantaranya adalah: penyakit, individu, petugas kesehatan, obat yang dikonsumsi dan lingkungan klien (Niven, 2002). Berikut ini akan diuraikan satu persatu dan dilengkapi dengan konsep lain yang dikemukakan oleh Brunner & Suddart (2002) serta Fleischhacker (2003).

##### **2.2.4.1. Individu**

Variabel demografi yang mempengaruhi kepatuhan seperti: usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosio ekonomi dan pendidikan (Brunner & Suddart, 2002). Sedangkan Fleischhacker (2003) menguraikan usia, jenis kelamin, gangguan kognitif, dan psikopatologi sebagai faktor yang mempengaruhi kepatuhan. Pada pria di usia dewasa awal memiliki kecenderungan tidak patuh karena kegiatan di usia produktifnya. Usia lanjut menunjukkan kepatuhan yang rendah karena penurunan kapasitas fungsi memori dan penyakit degeneratif selain skizofrenia yang dialaminya. Tingkat kepatuhan wanita lebih tinggi dari pria, wanita muda lebih patuh dari pada wanita tua. Klien dengan gejala positif (waham dan maniak) sulit patuh terhadap pengobatan karena merasa dipaksa dan takut

diracuni. Kebiasaan klien merokok (nikotin) juga akan mempengaruhi efek terapeutik antipsikotik.

Faktor individu yang lain yaitu: kurangnya informasi (pengetahuan), gangguan kognitif dan komorbiditas (Samalin, 2010). Persepsi klien terhadap suatu obat akan mempengaruhi kepatuhan, klien yang paham akan instruksi obat cenderung lebih patuh. Selain itu keyakinan dan nilai individu juga mempengaruhi kepatuhan, klien yang tidak patuh biasanya mengalami depresi, ansietas dengan kesehatannya, memiliki ego lemah dan terpusat perhatian pada diri sendiri. Sehingga klien merasa tidak ada motivasi, mengingkari penyakitnya, dan kurang perhatian pada program pengobatan yang harus dijalankan. Variabel psikososial yang dikemukakan Brunner & Suddart (2002) dan Smet (1994) seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan, atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya dan biaya financial juga mempengaruhi klien dalam mematuhi program pengobatan.

#### 2.2.4.2. Penyakit

Menurut Brunner & Suddart (2002) variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi mempengaruhi kepatuhan klien terhadap program pengobatan. Fleischhacker (2003) menjelaskan klien dengan gejala negatif dapat memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi ataupun rendah, bisa karena kurangnya motivasi ataupun sebaliknya klien tidak berani menolak anjuran medis dan mengikuti saja apa yang disarankan mengenai program pengobatannya.

Penelitian yang dilakukan oleh Saenz & Marinelli (1998) dengan sampel 30 klien skizofrenia dan 30 klien gangguan bipolar. Hasilnya menunjukkan klien skizofrenia yang memiliki daya tilik negatif mempengaruhi keputusan untuk mematuhi pengobatan, selain itu klien

yang mengalami gangguan bipolar merasa efek samping obat yang dirasakan sebagai alasan mereka tidak patuh terhadap pengobatan.

#### 2.2.4.3. Obat yang dikonsumsi

Samalin (2010) menjelaskan hubungan obat yang dikonsumsi dapat mempengaruhi kepatuhan diantaranya terutama terkait dengan kemanjuran dan tolerabilitas antipsikotik. Menurut Videbeck (2008) faktor yang mempengaruhi pengobatan meliputi: efek samping, dosis yang diberikan, cara penggunaan, lama pengobatan, biaya pengobatan dan jumlah obat yang harus diminum. Semakin banyak jumlah obat yang direkomendasikan maka kemungkinan besar makin rendah tingkat kepatuhan karena kompleksitas pengobatan yang harus dijalankan. Seperti yang dikemukakan oleh Brunner & Suddart (2002) bahwa variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan dari obat juga dapat mempengaruhi kepatuhan.

Uraian lebih lanjut dikemukakan oleh Fleischhacker (2003) sebagian besar obat memiliki waktu pencapaian efek terapeutik yang cukup lama, sehingga klien tidak segera merasakan manfaat obat yang diminum selama ini. Tetapi, klien akan merasakan efek samping yang kurang menyenangkan terlebih dahulu dibandingkan manfaat obat. Klien skizofrenia juga tidak segera kambuh setelah putus obat, sehingga klien beranggapan kekambuhannya tidak ada hubungan dengan putus obat. Selain itu jumlah obat dan kerumitan cara meminumnya mempengaruhi kepatuhan klien skizofrenia meminum obatnya. Makin banyak jenis obat yang harus dia minum tiap harinya, maka klien akan merasa semakin kesulitan mematuhi program pengobatan.

#### 2.2.4.4. Petugas kesehatan

Kualitas interaksi antara klien dengan petugas kesehatan menentukan derajat kepatuhan. Kegagalan pemberian informasi yang lengkap tentang

obat dari tenaga kesehatan bisa menjadi penyebab ketidakpatuhan klien meminum obatnya. Menurut Fleischhacker (2003) pemberian perawatan lanjutan ketika dirumah, keyakinan tenaga kesehatan terhadap suksesnya pengobatan, hubungan yang baik klien dan tenaga kesehatan, dan efektifitas dari perawatan pada rawat jalan mempengaruhi kepatuhan klien dalam menjalani program pengobatan.

#### 2.2.4.5. Lingkungan klien

Keluarga dapat mempengaruhi keyakinan, nilai kesehatan dan menentukan program pengobatan yang dapat diterima oleh klien. Keluarga berperan dalam pengambilan keputusan tentang perawatan anggota keluarga yang sakit, menentukan keputusan mencari dan mematuhi anjuran pengobatan. Menurut Samalin (2010), faktor lingkungan, seperti tingkat dukungan sosial yang tersedia, juga prediktor yang akurat dari kepatuhan.

Fleischhacker (2003) menguraikan stigma masyarakat terhadap penyakit merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Stigma negatif, bahwa orang yang minum obat adalah orang yang sakit memberi dampak ketidakpatuhan pada klien skizofrenia. Klien yang sendirian memiliki tingkat kepatuhan lebih rendah dibandingkan dengan klien yang tinggal dilingkungan dengan pemberian dukungan sosial. Lingkungan yang terlalu menuntut klien justru dapat menyebabkan menurunnya kepatuhan program pengobatan.

#### 2.2.5. Proses terjadinya perilaku ketidakpatuhan

Hasil penelitian studi kualitatif oleh Wardani (2009) menemukan penyebab ketidakpatuhan dari faktor individu adalah: sikap negatif terhadap pengobatan, penyangkalan terhadap penyakit, manfaat obat dan nilai obat bagi klien. Sikap negatif klien meliputi tidak disiplin, jenuh, dan sikap selektif terhadap *caregiver*. Selain itu, efek samping obat terhadap

fisik, seksualitas, aktivitas, dan tingkat konsentrasi menjadi alasan klien tidak patuh, bahkan sampai menghentikan minum obat.

Hasil penelitian Wardani (2009) menunjukkan sikap negatif keluarga menjadi penyebab tidak patuh. Sikap negatif keluarga inti seperti: respon simpati terhadap efek samping obat yang dirasakan klien, secara tidak langsung menyebabkan klien tidak patuh. Sikap negatif dari keluarga besar terhadap pengobatan meliputi sikap mendukung ketidakpatuhan dan ungkapan yang menurunkan motivasi minum obat. Sedangkan penyebab yang bersumber dari perilaku tenaga kesehatan adalah informasi yang tidak jelas dan ungkapan yang mematahkan semangat dari tenaga kesehatan dapat menyebabkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan.

#### **2.2.6. Cara meningkatkan kepatuhan**

Beberapa metode pendekatan untuk mendukung kepatuhan klien minum obat diantaranya: pendidikan, akomodasi, modifikasi faktor lingkungan dan sosial, perubahan model terapi dan meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien (*Australian college of pharmacy practice*, 2001). Pemberian terapi perilaku modeling partisipan yang dimaksud dengan melalui pendekatan pendidikan dengan cara memberikan contoh kinerja yang sukses terhadap kepatuhan minum obat, mendampingi saat minum obat, membantu mengatasi efek yang tidak menyenangkan saat minum obat, klien diminta minum obat tanpa pendampingan selanjutnya klien aktif minum obat secara mandiri, sehingga akan menghasilkan perilaku yang adaptif yaitu kepatuhan minum obat (Nelson, 2011).

Menurut Dinicola & Matteo (1992 dalam Niven, 2002) Ada beberapa cara untuk menghadapi klien yang mengalami ketidakpatuhan antara lain:

##### **2.2.6.1. Menumbuhkan kepatuhan dengan mengembangkan tujuan kepatuhan**

Klien akan memiliki motivasi tinggi untuk patuh jika memiliki keyakinan, sikap positif dan memahami tujuan dari perilaku kepatuhan,

selain itu adanya dukungan dari keluarga dan teman terdekat terhadap keyakinan tersebut.

#### 2.2.6.2. Mengembangkan strategi untuk merubah perilaku dan mempertahankannya

Perilaku kepatuhan membutuhkan sikap kontrol diri atau pemantauan terhadap dirinya, evaluasi diri dan penguatan terhadap perilaku.

#### 2.2.6.3. Mengembangkan kognitif

Mengembangkan kognitif terhadap masalah kesehatan yang dialami klien, sehingga menumbuhkan kesadaran dan sikap positif terhadap kepatuhan

#### 2.2.6.4. Dukungan sosial

Dukungan psikologis dari keluarga akan mengurangi kecemasan klien terhadap penyakit dan ketidakpatuhan dalam program pengobatan.

Salah satu hasil penelitian Wardani (2009) mengenai peran keluarga untuk mengatasi ketidakpatuhan klien minum obat, yaitu: dengan memberikan dukungan instrumental, dukungan penilaian, dukungan informasional, dan dukungan emosional. Dukungan instrumental dilakukan keluarga dengan menyiapkan obat, mengawasi minum obat, mencari alternatif pemberian obat dan mendanai pengobatan. Dukungan penilaian diberikan keluarga dengan mengajak klien melakukan refleksi diri akan pentingnya minum obat sangat baik dan mengajarkan pada klien nama, dosis, dan manfaat obat. Dukungan informasional dipenuhi dengan memberikan nasehat serta penjelasan kepada klien dan keluarga besar. Dukungan emosional diberikan dengan menyemangati dan membesarkan hati klien, jika klien sedih akibat adanya ungkapan negatif dari keluarga besar.

### **2.3. Penatalaksanaan regimen terapi tidak efektif**

#### **2.3.1. Pengertian**

Menurut Herdman (2012) penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif adalah sebuah pola mengatur dan mengintegrasikan program pengobatan

penyakit dan gejala sisa penyakit yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu dalam rutinitas sehari-hari.

Jadi penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif merupakan ketidakmampuan klien mematuhi, menjalankan, dan mengambil tindakan pada program pengobatan untuk mencapai peningkatan status kesehatan ke dalam rutinitas sehari-hari.

### **2.3.2. Karakteristik**

Menurut Herdman (2012) menguraikan karakteristik dari penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif sebagai berikut:

- 2.3.2.1. Kegagalan untuk melakukan kebiasaan pengobatan ke dalam kehidupan sehari-hari
- 2.3.2.2. Kegagalan untuk melakukan tindakan yang mengurangi faktor risiko
- 2.3.2.3. Membuat pilihan dalam ketidakefektifan hidup sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan
- 2.3.2.4. Mengungkapkan keinginan untuk mengatasi penyakit
- 2.3.2.5. Mengungkapkan kesulitan dalam regimen yang ditetapkan.

Kesulitan klien terhadap regimen pengobatan yang telah ditetapkan yang melandasi peneliti untuk memberikan intervensi atau *treatment* keperawatan pada penelitian ini.

### **2.3.3. Faktor yang mempengaruhi**

Menurut Herdman (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif antara lain: adanya hambatan dalam persepsi, kurangnya dukungan sosial, ketidakberdayaan, adanya kerentanan persepsi terhadap manfaat yang dirasakan, ketidakpercayaan klien terhadap regimen dan tenaga kesehatan, kurangnya pengetahuan, pola keluarga dalam perawatan kesehatan, konflik dalam keluarga, tuntutan yang berlebihan pada individu atau keluarga, kesulitan ekonomi, konflik dalam pengambilan keputusan, kompleksitas sistem kesehatan, persepsi keseriusan dalam menjalani regimen terapi dan kurangnya petunjuk dalam pelaksanaan regimen terapi.

Faktor-faktor ini tentunya berhubungan dengan gejala yang terdapat pada klien skizofrenia, seperti gejala positif (halusinasi dan waham) dan daya tilik diri yang buruk bisa menghambat persepsi klien terhadap regimen pengobatan. Penurunan kemampuan kognitif pada klien juga akan menjadi penyebab kurangnya pengetahuan klien skizofrenia menjalani program pengobatan yang disarankan.

#### 2.3.4. Tindakan keperawatan

Menurut Johnson & Moorhead (2008) Kriteria hasil yang diharapkan pada penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif adalah: perilaku kepatuhan, pengetahuan regimen pengobatan, partisipasi klien dalam keputusan perawatan kesehatan, pengobatan perilaku: penyakit atau cedera, keyakinan terhadap kesehatan, keyakinan akan kemampuannya untuk melakukan, keyakinan untuk kontrol, keyakinan terhadap sumber daya yang diperlukan, keyakinan sebagai ancaman, orientasi pada kesehatan, pengetahuan akan proses penyakit, visi atau tujuan dari kompensasi perilaku.

Perilaku kepatuhan merupakan salah satu dari kriteria dari diagnosis penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif. Hal ini yang diharapkan sebagai *outcome* dari intervensi pada penelitian ini. Sehingga secara tidak langsung manfaat penelitian ini memberikan kontribusi agar penatalaksanaan regimen terapeutik pada klien skizofrenia kembali berjalan efektif.

Rencana tindakan keperawatan yang bisa diberikan pada diagnosis penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif menurut Mc Closkey & Bulechek (2008) sebagai berikut: pendidikan kesehatan mengenai proses penyakit dan prosedur perawatan, restrukturisasi kognitif dan modifikasi perilaku, hubungan baik antara klien dengan petugas kesehatan melalui konseling, intervensi krisis, memberi dukungan emosional dan keluarga, memperbaiki sistem kesehatan, identifikasi terhadap faktor risiko dan memberi bantuan self-modifikasi.

Pendekatan asuhan keperawatan spesialis jiwa pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif dengan mengembangkan terapi modalitas sebagai pendamping terapi psikofarmaka agar meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan. Terapi yang diberikan berupa terapi kognitif, kognitif-perilaku dan terapi keluarga (Stuart & Sundeen, 1998). Terapi perilaku menjadi dasar modifikasi perilaku pada intervensi penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif (Mc Closkey & Bulechek, 2008). Modifikasi perilaku merupakan upaya peningkatan perubahan perilaku melalui: identifikasi motivasi dan kekuatan klien, mengganti kebiasaan dan memaparkan pada orang yang telah berhasil mengalami pengalaman yang sama, identifikasi perilaku yang akan dirubah secara konkret dan spesifik, menetapkan tujuan perubahan perilaku, bantu klien memodifikasi perilaku, memelihara perilaku dan memberi umpan balik berupa penguatan dan kembangkan kesadaran terhadap perilaku baru.

Modifikasi perilaku menjadi prinsip diterapkannya terapi perilaku pada klien dengan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif. Dengan perubahan perilaku yang positif diharapkan kepatuhan klien dalam menjalani regimen terapeutik berubah lebih baik, sehingga akan meminimalkan angka kekambuhan klien dirawat ulang di Rumah Sakit. Selain modifikasi perilaku ada juga tindakan keperawatan generalis pada klien PRTI sesuai standar operasional prosedur yang berlaku di RSJD AGH Semarang, sebagai berikut: Sp1 pasien; membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab yang menghambat pengelolaan yang efektif, mengidentifikasi ketrampilan minum obat dan kerjasama pasien dengan orang tua, mengidentifikasi keberhasilan mengelola masalah dimasa lalu. Sp2 pasien mengidentifikasi harapan tentang lingkungannya, rutinitas dan perawatan oleh keluarga, memberi pendidikan kesehatan tentang aturan dan efek samping pengobatan dan identifikasi sumber dukungan yang tersedia. Sp3 pasien memberi obat sesuai program pengobatan, memantau efektifitas dan efek samping obat yang diminum dan mengukur *vital sign* secara periodik.

## 2.4. Terapi perilaku

### 2.4.1. Pengertian

Perilaku adalah sesuatu yang dapat diamati, direkam, dan dapat ukur, berkembang secara dinamis atau suatu respon (Laraia, 2009). Terapi perilaku adalah intervensi terapeutik yang didasarkan pada prinsip-prinsip belajar ditegakkan secara eksperimental dengan tujuan mengubah perilaku maladaptif (Nelson, 2011). Terapi perilaku yang dimaksud peneliti disini adalah tindakan yang diberikan kepada klien yang tidak patuh dalam pengobatan yang bertujuan merubah perilaku maladaptif kearah adaptif yaitu perilaku kepatuhan terhadap program pengobatan

### 2.4.2. Prinsip terapi

Laraia (2009) menguraikan prinsip terapi perilaku meliputi:

- 2.4.2.1. Prinsip “ *Classical Conditioning*”, pembelajaran yang berfokus pada proses perilaku yang tidak disadari. Contoh: seseorang akan mengeluarkan saliva ketika mencium bau masakan yang enak dan seseorang yang memiliki reflek takut atau cemas dengan ketinggian. Pavlov (1927, dalam Nelson, 2011) mengistilahkan dengan *conditioned reflexes*, yaitu respon yang tidak dapat dihindari oleh organisme terhadap stimuli internal dan eksternal.
- 2.4.2.2. Prinsip “ *Operant Conditioning*” oleh Skinner, berfokus pada hubungan antara perilaku yang disadari dengan lingkungan. Ide dasar dari sebuah perilaku yang didatangkan adanya konsekuensi yang muncul dari stimuli dilingkungannya. Hal tersebut senada yang diungkapkan Watson (1976 dalam Nelson, 2011) individu akan menyesuaikan diri dengan lingkungan internal dan eksternal melalui kebiasaan dan faktor bawaan. Suatu perilaku berdampak positif bila individu mendapatkan kekuatan sehingga pelakunya cenderung akan mengulangi melakukan hal yang sama. Sebaliknya bila berdampak negatif maka individu akan cenderung berusaha menghindari (Laraia, 2009).

Laraia (2009) menguraikan prosedur dalam *operant conditioning* meliputi: peningkatan dan penurunan perilaku. Peningkatan perilaku dengan pemberian penguatan positif maupun negatif. Penguatan positif digambarkan sebagai pemberian hadiah terhadap perilaku yang dilakukan, sedangkan penguatan negatif berupa pemberian stimulus aversi terhadap perilaku yang dilakukan. Nelson (2011) menjelaskan perbedaan dari penguatan positif dan negatif terletak pada keberadaan atau ketiadaan penguat yang meningkatkan probabilitas suatu respon, ditariknya sebuah penguat positif akan memiliki efek yang sama dengan disajikannya penguat negatif. Sedangkan penurunan perilaku bisa menggunakan tiga metode yaitu: pemberian hukuman, konsekuensi biaya dan pengabaian. *Punishment*/hukuman, merupakan kehadiran stimulus aversi terhadap konsekuensi sebuah perilaku yang bertujuan menurunkan perilaku tersebut. *Response cost*/biaya, penurunan perilaku dengan menghilangkan penguat/*reinforcer* akibat dari perilaku tersebut. Pengabaian/*Extinction*, merupakan suatu proses penurunan perilaku dengan cara tidak menguatkan perilaku (Laraia, 2009).

### 2.4.3. Macam-macam terapi perilaku

Laraia (2009) membagi cara belajar perilaku baru melalui modeling, shaping, token ekonomi, bermain peran, *sosial skill training*, terapi aversi (*covert sensitization*) dan *contingency contracting*. Sedangkan Nelson (2011) menguraikan macam-macam teknik perilaku sebagai berikut :

#### 2.4.3.1. Desensitisasi Sistematis

Teknik ini digunakan untuk menghapus tingkah laku yang diperkuat secara negatif dan menyertakan pemunculan tingkah laku yang hendak dihapus. Langkah-langkahnya meliputi : latihan relaksasi otot dalam, menyusun hierarki stimuli yang membangkitkan kecemasan, skoring dari nol sampai seratus, setelah relaks meminta klien membayangkan item-item dari hierarki kecemasan dengan *scene* (membayangkan) kemudian di ikuti hentikan *scene-nya*” atau stop (hapus) seperti teknik *Thought Stopping*.

#### 2.4.3.2. Teknik Inflofif dan Pembanjiran (paparan dalam waktu lama dan berulang)

Teknik ini terdiri atas pemunculan stimulus dalam kondisi berulang-ulang tanpa memberikan penguatan. Konfrontasi terhadap stimulus yang ditakuti dilanjutkan sampai respon yang tidak di inginkan berkurang. Oleh karena ketakutan tidak akan berkurang sampai dikonfrontasikan selama waktu yang cukup lama dan berulang-ulang.

#### 2.4.3.3. Latihan Asertif

Teknik ini diterapkan pada individu yang mengalami kesulitan menerima kenyataan bahwa tindakanya selama ini tidak benar. Latihan ini membantu individu yang tidak mampu mengungkapkan kemarahan atau perasaan tersinggung, memiliki kesulitan untuk mengatakan tidak dan bentuk lainnya. Perilaku asertif untuk mengatasi situasi tertentu, diajarkan secara verbal maupun nonverbal melalui perilaku assertivitas.

#### 2.4.3.4. Teknik Aversi (*self punishment*)

Teknik ini digunakan untuk menurunkan gangguan perilaku yang spesifik dengan pemberrian stimulus yang menyakitkan sampai stimulus yang tidak diinginkan terhambat kemunculannya. Stimulus aversi ini biasanya berupa hukuman dengan kejutan listrik atau pemberian ramuan yang memualkan. Mendorong klien mengadministrasikan konsekuensi aversif (tidak menyenangkan) kepada dirinya.

#### 2.4.3.5. Pengkondisian Operan

*Operant conditioning* adalah sebuah tingkah laku diikuti dengan sebuah konsekuensi, dan konsekuensi-konsekuensi tersebut dapat merubah kecenderungan organisme untuk mengulang tingkah laku tersebut di masa datang. Eksperimen yang dilakukan Skinner membuktikan bahwa suatu tingkah laku yang diikuti oleh stimulus penguat akan meningkatkan kemungkinan munculnya kembali tingkah laku tersebut di masa depan.

#### 2.4.3.6. Sensitisasi terselubung/ *covert sensitization*

Biasanya klien mengingkari atau rasionalisasi konsekuensi negatif dari tindakannya. Merupakan intervensi untuk menghentikan atau mengurangi perilaku yang tidak diinginkan. Terapis membantu mengadministrasikan membayangkan konsekuensi aversif dalam imajinasinya terhadap tindakan yang dilakukan. Contoh kasus pedopili dan kleptomani, klien ingin menghentikan tindakannya tetapi tidak mampu

#### 2.4.3.7. Penguatan dengan Token ekonomi

Terapi perilaku: token ekonomi merupakan salah satu intervensi modifikasi perilaku dengan memberikan penguatan perilaku berupa token (hadiah) sesuai kesepakatan sebelumnya. Token akan ditarik kembali ketika muncul perilaku baru yang telah membudaya, sehingga hasil akhirnya klien mendapatkan perilaku positif yang lebih berharga daripada sebuah token (hadiah).

Menurut hasil penelitian Parendrawati (2008) Terapi perilaku token ekonomi ini dapat diberikan pada klien yang mengalami defisit perawatan diri dengan metode *modelling*, *role play*, *feedback* dan *transfer training*. Penelitian ini menggunakan desain quasi eksperimen pendekatan *pre post test* kelompok intervensi dan kontrol. Responden penelitian 110 klien defisit perawatan diri dengan skizofrenia dibagi 2 yaitu : 55 kelompok intervensi dan 55 kelompok kontrol. Hasil penelitian membuktikan adanya perbedaan yang bermakna kemampuan merawat diri pada klien yang mendapatkan terapi token ekonomi dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi ( $p$  value  $<0.05$ ).

#### 2.4.3.8. Modeling partisipan

Modeling partisipan merupakan strategi modifikasi perilaku melalui pengamatan perilaku terhadap model. Salah satu jenis strategi modeling adalah modeling partisipan. Penelitian terbaru yang dilakukan oleh

Horvath (2010) menguraikan bahwa modeling partisipan merupakan pendekatan pengobatan berdasarkan prinsip-prinsip pembelajaran sosial dan dinilai memiliki efektivitas dalam membantu menangani masalah kekerasan orang tua pada anak dalam kehidupan sehari-hari. Pada perlakuan pemodelan partisipan ini tampak ada efek perubahan perilaku orang tua kepada anaknya terutama dalam kasus *single parent*. Selanjutnya penelitian yang dilakukan oleh Ward & Duehn (1999) tentang program pencegahan pelecehan seksual pada anak dengan teknik pemodelan partisipan. Menghasilkan perubahan sikap yang positif terhadap ketrampilan anak dan orangtua dalam pelaporan dan pencegahan pelecehan seksual dibandingkan dengan program pemodelan simbolis.

Menurut Nelson (2011) modeling partisipan menekankan kinerja *in vivo* pada tugas-tugas yang ditakutkan, dengan konsekuensi yang dimunculkan oleh kinerja sukses yang dianggap sebagai sarana bagi perubahan psikologis. Laraia (2009) menjelaskan modeling adalah suatu strategi yang digunakan untuk membentuk perilaku baru, meningkatkan ketrampilan atau meminimalkan perilaku yang dihindari. Sedangkan Bandura (1974 dalam Winarto, 2011) menguraikan istilah modeling merupakan melibatkan penambahan dan atau pengurangan tingkahlaku yang teramati, menggeneralisir berbagai pengamatan sekaligus, melibatkan proses kognitif.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan modeling partisipan merupakan metode pembelajaran perilaku baru melalui pengamatan dari seorang model, penambahan informasi melalui proses kognitif dan akan menghasilkan perubahan perilaku sesuai yang dimodelkan. Partisipan atau seorang model tentunya memiliki kriteria atau karakteristik perilaku yang diharapkan sesuai perilaku yang di inginkan. Dalam penelitian ini perubahan perilaku yang diharapkan yaitu kepatuhan dalam menjalani program regimen terapeutik.

Penelitian yang dilakukan oleh Fong (1991) mengenai efektifitas penggunaan *self reinforcement* dan modeling partisipan pada kepatuhan program *biofeedback* dirumah. Hasilnya responden yang menerima pemodelan partisipan menunjukkan pemulihan kinerja selama seminggu terakhir (efek tertunda positif). Penelitian ini mendukung penelitian lebih lanjut penggunaan *self reinforcement* dan modeling partisipan sebagai teknik untuk meningkatkan perilaku kepatuhan.

Nursalim (2009) menguraikan ada 4 komponen dasar modeling partisipan. (1) Rasional, yaitu dengan melihat, mempratekkan dengan bimbingan dan akan melakukan kemampuan secara mandiri. Hal ini bertujuan membantu kesulitan klien. (2) Demonstrasi model. Model akan mempratekkan dan diperlukan pengulangan. (3) Partisipasi terbimbing. Klien diberi kesempatan mempratekkan perilaku yang diamati dengan bimbingan dan merupakan komponen pembelajaran yang paling penting untuk mengatasi situasi yang menakutkan untuk memperoleh perilaku yang baru. (4) Pengalaman-pengalaman keberhasilan (penguatan). Klien akan mengalami pengalaman keberhasilan dari apa yang sudah dipelajari, hal inilah sebagai penguatan terhadap perilaku yang telah dipelajari.

Menurut Bandura (1974, dalam Winarto, 2011) dan Nelson (2011), ada empat proses yang penting agar belajar melalui observasi dapat terjadi, yaitu: (1) Proses perhatian. Sebelum meniru orang lain, perhatian harus dicurahkan ke orang itu. Perhatian ini dipengaruhi oleh asosiasi pengamat dengan modelnya, sifat model yang atraktif, dan arti penting tingkahlaku yang diamati bagi si pengamat. (2) Proses retensi. Tingkahlaku yang akan ditiru, harus disimbolisasikan dalam ingatan, baik dalam bentuk verbal maupun dalam imajinasi. (3) Proses produksi. Setelah mengamati, memasukkan ke dalam ingatan, lalu akan bertingkahlaku. Belajar melalui observasi tidak dinilai dari kemiripan terhadap tingkahlaku yang ditiru, tetapi pada tujuan dan keyakinan seseorang dari belajar. Nelson (2011) menjelaskan perilaku yang ditiru dapat terjadi sehari-hari atau berminggu-minggu kemudian. (4) Proses

motivasi. Belajar melalui observasi harus memiliki motivasi tinggi agar berperilaku seperti modelnya. Imitasi tetap terjadi walau kelihatannya model tidak dapat penguatan (*reinforce*), dengan melihat model mendapatkan ciri dan manfaat positif dari perilakunya maka pengamat beranggapan model telah mendapatkan penguatan.

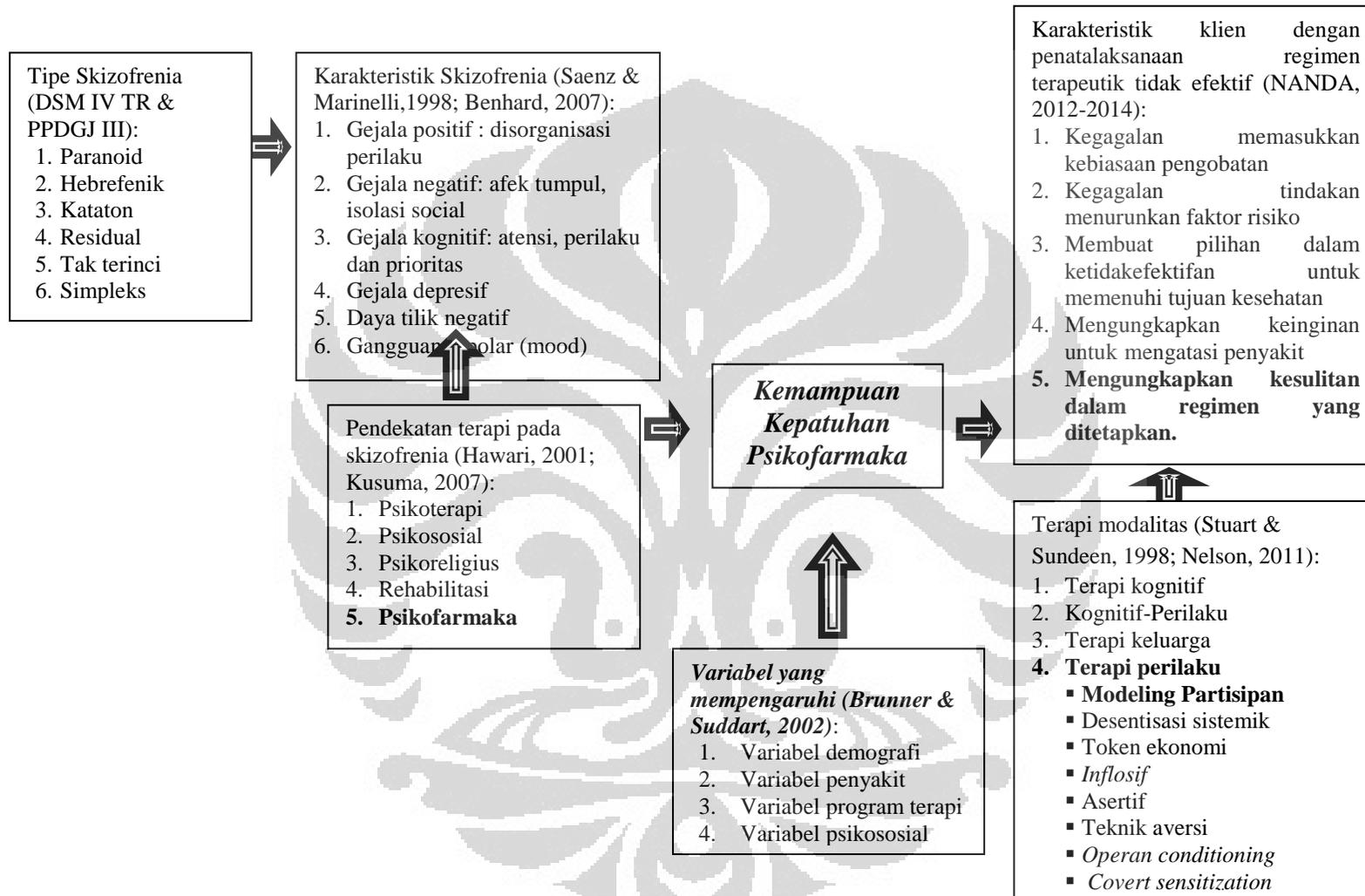
Ada lima tahapan teknik modeling partisipan yang merupakan aplikasi dari konsep Nelson (2011) dan Laraia (2009) sebagai berikut: (1) Terapis akan mempratekkan secara berulang-ulang, menunjukkan kepada klien kegiatan tersebut dapat dilakukan dengan sukses. Klien melihat dan mengobservasi contoh perilaku untuk mengontrol lingkungan yang dimodelkan oleh terapis. (2) Melibatkan klien dalam kegiatan yang dipraktekkan terapis. Klien meniru perilaku yang dicontohkan oleh terapis. (3) Terapis membantu klien untuk melaksanakan tugas yang diinginkan. Terapis dan klien menampilkan perilaku bersama-sama sebelum ditampilkan oleh klien secara mandiri. (4) Terapis perlahan menarik dukungan untuk memastikan bahwa klien dapat berfungsi efektif secara mandiri. (5) Klien akan melakukannya secara mandiri. Terapis akan mengamati perilaku dari jarak jauh. Ide dasarnya rasa percaya diri terhadap perilaku sebaiknya diperkuat oleh pencapaian klien secara mandiri.

Kelima tahapan modeling partisipan ini sesuai dengan prinsip dan roh dalam keperawatan jiwa, yaitu: memandirikan klien dan meningkatkan fungsi atau kemampuan yang masih dimiliki klien seoptimal mungkin. Dengan pencapaian mandiri dari klien pembelajaran sebuah perilaku akan terekam dengan baik dan menjadi suatu kegiatan rutinitas sehari-hari. Lima tahapan ini dimodifikasi oleh peneliti menjadi 4 sesi terapi dengan prinsip komunikasi terapeutik keperawatan jiwa (terlampir dalam modul pelaksanaan terapi perilaku modeling partisipan).

## 2.5. Kerangka teori penelitian

Kerangka teori merupakan kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan penelitian ini. Kerangka teori tersebut terdiri dari terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat (Niven, 2002). Terapi perilaku modeling partisipan terdiri dari 4 sesi yaitu: (1) mengidentifikasi perilaku tidak patuh minum obat dan memberikan *role model* cara patuh minum obat, (2) mendampingi klien minum obat dan membantu mengatasi efek samping obat (3) membudayakan perilaku patuh minum obat tanpa pendampingan, (4) mendiskusikan manfaat terapi dan mencegah kekambuhan (Nelson, 2011). Dari keempat sesi tersebut maka akan di lihat pengaruhnya terhadap kepatuhan minum obat pada klien dengan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

Kepatuhan minum obat terdiri dari patuh dan tidak patuh. Perawat yang mengelola klien melakukan observasi pada klien dengan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif tentang kepatuhan minum obat, hasilnya akan dituangkan ke dalam kuesioner kepatuhan minum obat. Tindakan keperawatan yang diberikan pada klien dengan pendekatan terapi perilaku modeling partisipan. Aplikasi konsep Niven (2002); Fleischhacker (2003) tentang kepatuhan dan konsep Nelson (2011) tentang terapi perilaku modeling partisipan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: terapi perilaku adalah sebuah terapi yang akan merubah perilaku klien skizofrenia dengan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif sehingga akan patuh dalam minum obat. Peneliti memodifikasi teori-teori yang ada dan menggambarannya pada Skema 2.1. Kerangka teori penelitian.



Skema 2.1 Kerangka teori penelitian

### **BAB 3**

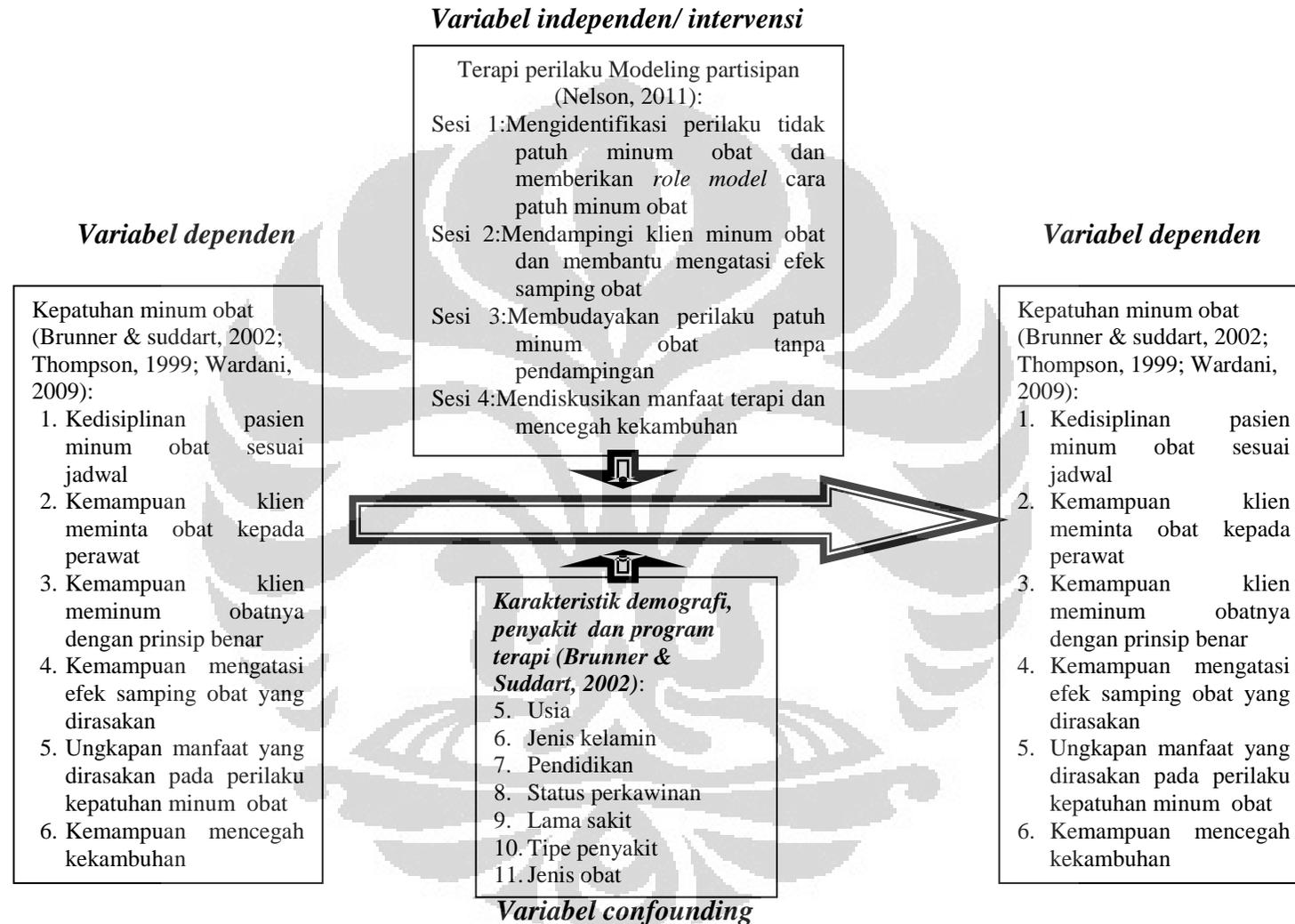
## **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberikan arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

### **3.1. Kerangka Konsep**

Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif. Terapi perilaku modeling partisipan merupakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat dan merupakan pendekatan intervensi dalam penelitian ini. Terapi perilaku modeling partisipan diberikan dalam 4 sesi, tiap sesi dilakukan 1 kali pertemuan sekitar 30-45 menit.

Polit (2004) menyatakan bahwa pada penelitian korelasi, semua variabel harus dikendalikan, jadi dapat dipastikan bahwa tidak ada variabel pengganggu. Area penelitian ini adalah pada klien gangguan jiwa yang memiliki karakteristik beraneka ragam, dan subyek penelitian tidak dapat ditentukan dengan pasti, maka peneliti tidak dapat mengontrol seluruh variabel, seperti: karakteristik demografi, penyakit, program terapi dan psikosial secara optimal sehingga variabel tersebut sedikit banyak akan mempengaruhi variabel *dependen* dan *independen*. Terapi perilaku modeling partisipan sebagai variabel tidak terikat, sedangkan kepatuhan minum obat sebagai variabel terikat. Adapun kerangka konsep penelitian digambarkan pada Skema 3.1.



Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian

**Keterangan:**3.1.1. Variabel *independen*

Variabel *independen* dalam penelitian ini adalah terapi perilaku modeling partisipan

3.1.2. Variabel *dependen*

Variabel *dependen* dalam penelitian ini adalah kepatuhan minum obat

3.1.3. Variabel *confounding*

Variabel *confounding* dalam penelitian ini hanya mengambil karakteristik demografi, variabel penyakit dan program terapi meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, lama sakit, tipe penyakit dan jenis obat (Brunner & Suddart, 2002).

**3.2. Hipotesis Penelitian**

## 3.2.1. Hipotesis mayor

Ha: Ada pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

Ho: Tidak ada pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

## 3.2.2. Hipotesis Minor

3.2.2.1. Ada perbedaaan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapat terapi perilaku modeling partisipan.

3.2.2.2. Ada perbedaaan kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapat terapi perilaku modeling partisipan.

3.2.2.3. Ada perbedaan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah kelompok intervensi mendapat terapi perilaku modeling partisipan

3.2.2.4. Ada hubungan karakteristik responden dengan perilaku kepatuhan minum obat.

3.2.2.5. Ada faktor yang paling berkontribusi terhadap peningkatan kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

### 3.3. Definisi Operasional (variabel, alat ukur, hasil ukur dan skala)

Tabel 3.1 Definisi operasional dari karakteristik responden penelitian

Data Karakteristik Responden	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Karakteristik responden</b>				
Usia	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir	Instrumen A : pertanyaan isian berapa tahun usia responden. Cara ukur: kuesioner	Usia dalam tahun	Interval
Jenis kelamin	Kondisi perbedaan Gender klien	Instrumen A : pertanyaan mengenai jenis kelamin responden. Cara ukur: kuesioner	Dinyatakan dengan angka 0-1: 0: laki-laki 1: wanita	Nominal
Pendidikan	Tingkat pendidikan tertinggi yang pernah dicapai klien	Instrumen A : pertanyaan mengenai pendidikan responden Cara ukur: kuesioner	Dinyatakan dengan angka 1-4: 1 = SD 2 = SMP 3 = SMA 4 = PT	Ordinal
Status perkawinan	Keadaan responden berhubungan dengan kehidupan pribadinya dalam keluarga	Instrumen A : pertanyaan mengenai status perkawinan responden Cara ukur: kuesioner	Dinyatakan dengan angka 0 dan 1: 0. Kawin 1. Tidak kawin	Nominal
Lama sakit	Waktu yang mengukur lamanya responden telah mengalami sakit	Instrumen A : pertanyaan mengenai lama sakit dari responden (di isi oleh perawat) Cara ukur: kuesioner	Dinyatakan dalam bulan	Interval
Tipe penyakit	Macam atau tipe penyakit yang dialami oleh responden selama ini	Instrumen A : pertanyaan mengenai tipe penyakit responden (di isi oleh perawat) Cara ukur: kuesioner	Dinyatakan dengan angka 1-5: (1) Paranoid (2) Hebrefenik (3) Kataton (4) Residual (5) Tak terinci	Nominal
Jenis obat	Jenis terapi yang di adviskan dokter untuk menurunkan gejala psikotik dari responden	Instrumen A : pertanyaan mengenai jenis obat yang di adviskan dokter kepada responden (di isi oleh perawat) Cara ukur: kuesioner	Dinyatakan dengan angka 1-3: (1) Atipikal (2) Tipikal (3) Kombinasi	Nominal

Tabel 3.2 Definisi operasional variabel penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen				
<b>Terapi perilaku modeling partisipan</b>	<p>Terapi perilaku yang memberikan gambaran kepatuhan minum obat melalui seorang model (partisipan) yang telah sukses menjalani program pengobatan. Ada empat (4) tahapan dalam terapi ini yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi perilaku tidak patuh minum obat dan memberikan <i>role model</i> cara patuh minum obat</li> <li>2. mendampingi klien minum obat dan membantu mengatasi efek samping obat</li> <li>3. membudayakan perilaku patuh minum obat tanpa pendampingan</li> <li>4. mendiskusikan manfaat terapi dan mencegah kekambuhan</li> </ol>	<p>Instrumen C: Dokumentasi evaluasi pada tiap sesi terapi. Responden yang telah mengikuti 4 sesi, dinyatakan telah diberi terapi perilaku modeling partisipan</p>	<p>Dinyatakan dengan angka 0 dan 1</p> <p>0 : Kelompok intervensi 1 : Kelompok kontrol</p>	<b>Nominal</b>
Variabel Dependen				
<b>Kepatuhan minum obat</b>	<p>Perilaku klien tentang minum obat sesuai advis, dengan kriteria sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kedisiplinan pasien minum obat sesuai jadwal</li> <li>2. Kemampuan klien meminta obat kepada perawat</li> <li>3. Kemampuan klien meminum obatnya dengan prinsip benar</li> <li>4. Kemampuan mengatasi efek samping obat yang dirasakan</li> <li>5. Ungkapan manfaat yang dirasakan pada perilaku kepatuhan minum obat</li> <li>6. Kemampuan pencegahan kekambuhan</li> </ol>	<p>Instrumen B : berupa 20 <i>item</i> pertanyaan dengan kategori:</p> <p>0 : ya 1 : tidak</p> <p>Alat ukur : Kuesioner diberikan pada perawat primer yang mengelola responden berdasarkan uji <i>interater reliability</i></p>	<p>Jumlah nilai dari <i>item</i> pernyataan kepatuhan minum obat yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum-maksimum (0-20) dengan CI 95%</p>	<b>Interval</b>

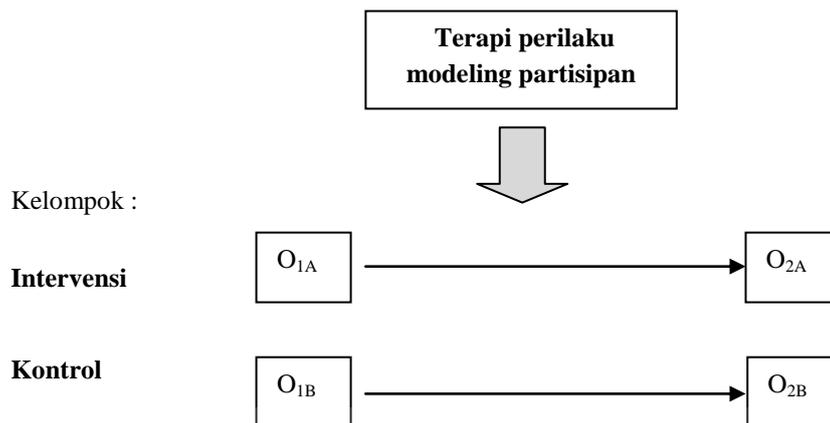
## **BAB 4 METODE PENELITIAN**

Bab ini menguraikan metode penelitian, meliputi: desain penelitian, populasi sampel, tempat waktu, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pelaksanaan penelitian, dan analisis data. Dimana metode penelitian ini menjadi pedoman dalam pelaksanaan dan kerangka kerja penelitian

### **4.1. Desain Penelitian**

Desain penelitian adalah sebuah rancangan penelitian yang menjadi pedoman peneliti untuk memperoleh jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan, selain itu juga berguna untuk mengontrol berbagai variabel yang mempengaruhi penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif eksperimen semu (*quasy experiment*) rancangan *pre-post test with control group* dengan perlakuan berupa terapi perilaku modeling partisipan. Pendekatan *pretest-posttest with control group design* digunakan peneliti guna melihat seberapa jauh pengaruh perlakuan (*treatment*) melalui perbedaan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol (Arikunto, 2009).

Penelitian ini mengetahui pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat dengan indikator perubahan perilaku responden pada kepatuhan minum obat setelah mendapatkan perlakuan berupa terapi perilaku modeling partisipan. Kelompok intervensi adalah kelompok responden yang mendapatkan pendidikan kesehatan tentang obat ditambah perlakuan terapi perilaku modeling partisipan, sedangkan kelompok kontrol adalah kelompok responden yang tidak mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan tetapi hanya mendapatkan tindakan keperawatan berupa pendidikan kesehatan tentang obat. Variabel bebas (*independen*) dalam penelitian ini adalah terapi perilaku modeling partisipan, sedangkan variabel terikat (*dependen*) adalah kepatuhan minum obat. Bentuk rancangan penelitian ini adalah sebagai berikut:



Skema 4.1 Disain Penelitian *Pre* dan *Post test*

**Keterangan :**

$O_{1A}$  : Kepatuhan minum obat, pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi perilaku modeling partisipan

$O_{2A}$  : Kepatuhan minum obat, pada kelompok intervensi sesudah diberikan terapi perilaku modeling partisipan

$O_{1B}$  : Kepatuhan minum obat, pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan

$O_{2B}$  : Kepatuhan minum obat, pada kelompok kontrol sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan

$O_{2A} - O_{1A}$  : Perbedaan kepatuhan minum obat, pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan terapi perilaku modeling partisipan

$O_{2B} - O_{1B}$  : Perbedaan kepatuhan minum obat, pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan

$O_{2A} - O_{2B}$  : Perbedaan kepatuhan minum obat antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan

## 4.2. Populasi dan Sampel

### 4.2.1. Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subjek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh responden Skizofrenia dengan diagnosa keperawatan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif yang tidak patuh minum

obat dan sedang dirawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Data hasil survei bidang perawatan RSJD AGH Semarang pada bulan April sampai dengan Mei 2012 terdapat 107 klien dengan diagnosa penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif yang tidak patuh minum obat dan di rawat inap RSJD Dr. AGH Semarang.

#### 4.2.2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Sampel penelitian ini adalah responden dengan perilaku tidak patuh minum obat yang telah memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum yang harus dipenuhi oleh subjek sehingga dapat diikutsertakan dalam penelitian (Nursalam, 2003). Adapun kriteria inklusi pengambilan sampel sebagai berikut:

- 4.2.2.1. Diagnosis keperawatan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif
- 4.2.2.2. Diagnosis medis skizofrenia
- 4.2.2.3. Usia 20-60 tahun
- 4.2.2.4. Mampu berkomunikasi dengan baik (koheren)
- 4.2.2.5. Pernah mendapatkan tindakan keperawatan generalis pada klien PRTI tetapi masih menunjukkan perilaku ketidakpatuhan minum obat diruangan, seperti: tidak mentaati jadwal minum obat, belum adanya kemampuan meminta obat secara mandiri, menyembunyikan obat dan menolak obat secara verbal

Penentuan besar sampel dihitung dengan menggunakan uji hipotesis beda dua mean kelompok independen (Sastroasmoro & Ismael, 2011), sebagai berikut:

$$n_1 = n_2 = 2 \frac{[(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) s]^2}{(X_1 - X_2)}$$

Keterangan:

n : besar sampel

Z $\alpha$  : tingkat kemaknaan (ditetapkan oleh peneliti)

$Z_{\beta}$  : power (ditetapkan oleh peneliti)

$s$  : simpang baku kedua kelompok (dari pustaka)

$X_1-X_2$ : perbedaan klinis yang di inginkan (*clinical judgment*)

Peneliti menentukan besar sampel dengan menetapkan nilai tingkat kemaknaan  $\alpha$  sebesar 0.05 adalah 1.96, *power of test* sebesar 80% adalah 0.842. Uji klinik telah dibuktikan pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Parendrawati (2008) mengenai terapi perilaku token ekonomi terhadap kemampuan merawat pada klien defisit perawatan diri dengan besar sampel 55 kelompok intervensi dan 55 kelompok kontrol. Hasilnya didapatkan: standar deviasi 4.42 dengan  $X_1$  16.70 dan  $X_2$  28.23 jadi, selisih antara  $X_1-X_2 = 11.53$ . Maka perhitungan sampelnya adalah:

$$n_1 = n_2 = 2 \left[ \frac{(1.96+0.842) 4.42}{11.53} \right]^2 = 26.61 \sim 27 \text{ responden}$$

Sampel dengan karakteristik gangguan jiwa berisiko untuk mengalami *dropout*, *loss to follow-up* atau subyek yang tidak taat. Maka cara yang digunakan peneliti adalah dengan menambahkan sejumlah subjek agar besar sampel dapat terpenuhi. Adapun rumus untuk penambahan subjek penelitian ini adalah, sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2011):

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan :

$n'$  : Ukuran sampel setelah revisi

$n$  : Ukuran sampel asli

$1 - f$  : Perkiraan proporsi *drop out*, yang diperkirakan 15 % ( $f = 0,2$ )

Maka sampel yang dibutuhkan adalah :

$$n = \frac{27}{1-0,15} = 32 \text{ orang}$$

Besar sampel penelitian ini adalah 32 responden yang dikalikan menjadi dua kelompok. 32 responden sebagai kelompok intervensi dan 32 responden

sebagai kelompok kontrol. Sehingga total keseluruhan sampel 64 responden dengan diagnosa keperawatan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

Cara pengambilan sampel dengan teknik *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi baik pada kelompok kontrol maupun intervensi. Kriteria pengambilan sampel dengan teknik *purposive sampling* adalah peneliti memilih responden berdasarkan pertimbangan bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi sesuai dengan tujuan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Setiap ruangan dibuat daftar responden dan diacak sederhana dengan menggunakan *simple random sampling*. Sehingga peneliti tiap minggunya menentukan 8 responden sebagai kelompok intervensi dan 8 responden sebagai kelompok kontrol selama 4 minggu. Sehingga jumlah keseluruhan ada 32 kelompok intervensi dan 32 kelompok kontrol. Adapun sebaran pengambilan sampel baik pada kelompok intervensi dan kontrol dirawat inap RSJD Dr. AGH Semarang digambarkan dalam tabel 4.1 berikut.

Tabel 4.1 Sebaran Pengambilan Sampel Penelitian di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang, April-Mei 2012

No.	Ruangan	Kelompok	Jumlah responden
1.	Kresna	Intervensi	8
2.	Srikandi		8
3.	Arimbi		5
4.	Brotojoyo		5
5.	Citroanggodo		6
6.	Madrim	Kontrol	6
7.	Larasati		10
8.	Nakula		8
9.	Indrotenoyo		4
10.	Hudowo		4

### 4.3. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Peneliti telah mengambil sampel pada ruangan rawat inap RSJD Dr. AGH Semarang yang memiliki kriteria inklusi dan kriteria modeling. Ada 10 ruangan yang memenuhi kriteria tersebut meliputi: Kresna, Madrim, Larasati, Nakula, Srikandi, Arimbi, Brotojoyo, Citroanggodo, Indrotenoyo dan Hudowo. Ruangan yang dipakai untuk penelitian antara kelompok kontrol dan intervensi dipisah untuk menghindari bias dan ruangan yang memiliki kriteria modeling dijadikan sebagai kelompok intervensi.

### 4.4. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai bulan Februari sampai dengan Mei 2012. Kegiatan penelitian dimulai dari penyusunan proposal, pengambilan data, pengolahan hasil penelitian dan penyusunan laporan penelitian. Pengambilan data dilakukan selama 4 minggu (minggu ketiga April sampai minggu kedua Mei 2012). Adapun pelaksanaan intervensi: terapi perilaku modeling partisipan dilakukan selama 5 hari dalam tiap minggunya dengan menyesuaikan waktu responden, mulai jam 08.00 – 12.00WIB dan jam 15.00 – 17.00WIB. Terapi perilaku ini dilakukan selama 30-45 menit setiap kali pertemuan.

### 4.5. Etika Penelitian

Etika penelitian sebagai dasar pertimbangan etik bagi peneliti dalam memberi perlakuan terhadap responden selama proses penelitian. Polit & Beck (2004) menguraikan prinsip etik penelitian dalam *self determination, privacy and dignity, anonimity and confidentiality, fair treatment* serta *protection from discomfort and harm*.

#### 4.1.1 *Self determination*

*Self determination* berarti memberi kebebasan pada responden menentukan keikutsertaan berpartisipasi dalam penelitian setelah diberi informasi yang adekuat tentang penelitian. Hal ini dilakukan peneliti dengan memberikan penjelasan tentang rencana dan tujuan penelitian melalui pertemuan resmi

dan tertulis lewat perawat ruangan. Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* (lampiran 2) atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti. Tidak ada unsur pemaksaan dan tidak ada sanksi bagi responden yang menolak untuk bersedia menjadi responden penelitian.

#### 4.1.2 *Anonimity, privacy, and confidentiality*

Peneliti menggunakan prinsip kerahasiaan dan *anonimity* dengan cara menggunakan kode untuk menyamarkan identitas asli dari responden. Privasi responden dihormati, anonimatas dipertahankan sedangkan terhadap data akan dijaga kerahasiaannya, akses hanya pada peneliti dan jika data tersebut sudah selesai digunakan maka data akan dimusnahkan.

#### 4.1.3 *Fair treatment*

Penerapan prinsip *fair treatment* dalam penelitian ini dilakukan dengan tidak membedakan pemilihan responden baik pada kelompok intervensi maupun kontrol. Hal ini dilakukan peneliti dengan cara mengikutsertakan semua responden yang memenuhi kriteria inklusi. Pada penelitian ini baik kelompok kontrol maupun intervensi memulai pada *start* yang sama, yaitu: pernah mendapatkan tindakan keperawatan generalis pada klien PRTI.

#### 4.1.4 *Justice*

Prinsip keadilan dan keterbukaan dilakukan dengan cara menjelaskan prosedur penelitian dan senantiasa memperhatikan prinsip kejujuran. Peneliti melakukan *treatment* yang hampir sama pada kedua kelompok baik intervensi dan kontrol. Kelompok intervensi diberi terapi perilaku modeling partisipan. Begitu pula pada kelompok kontrol diberikan terapi perilaku modeling partisipan diluar penelitian setelah terbukti terapi perilaku modeling partisipan ini dapat meningkatkan kepatuhan minum obat. Pemberian terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok kontrol diberikan secara berkelompok pada hari ke-8 setelah kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan *post test* pada tiap minggunya.

#### 4.1.5 *Protection from discomfort and harm*

Dalam penelitian ini seminimal mungkin peneliti mengupayakan untuk menghindari ketidaknyamanan fisik dan mental, bebas dari eksploitasi, dan adanya keseimbangan antara resiko dan manfaat. Dalam proses pelaksanaan penelitian ini tidak ada responden yang berhenti atau tidak nyaman melanjutkan menjadi responden penelitian, tetapi dalam pemberian terapi perilaku modeling partisipan (perlakuan) ada beberapa responden yang tiba-tiba meminta berhenti meninggalkan interaksi. Peneliti mengijinkannya dan melanjutkan interaksi pada pertemuan berikutnya.

#### 4.1.6 *Informed Consent*

*Informed consent* adalah persetujuan berpartisipasi untuk menjadi responden dengan suka rela tanpa dipaksa ataupun dibawah tekanan dari pihak manapun. Keikutsertaan responden berpartisipasi dalam penelitian dibuktikan dengan penandatanganan surat persetujuan. Hal ini dilakukan responden setelah mendapatkan informasi yang adekuat mengenai manfaat dan risiko dari penelitian.

### **4.6. Alat Pengumpul Data**

Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner (sebagai instrumen penelitian). Instrumen ini diklasifikasikan dalam kelompok sebagai berikut :

- 4.6.1. Instrumen A: merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik demografi responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, lama sakit, tipe penyakit dan jenis obat. Bentuk pertanyaan dalam pertanyaan tertutup, dan peneliti memberi angka pada kotak yang tersedia, sesuai dengan option yang dipilih oleh responden. Jumlah pertanyaan ada 7 pertanyaan. Pada lampiran 4
- 4.6.2. Instrumen B: merupakan instrumen yang mengukur tingkat kepatuhan minum obat sebanyak 20 pertanyaan. 10 pertanyaan dalam kuesioner ini di adopsi peneliti dari *Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses* dari Thompson (1999) yang memuat variabel kedisiplinan

minum obat dan ungkapan efek samping obat. 10 pertanyaan lainnya dikembangkan oleh peneliti yang didasarkan pada definisi operasional kepatuhan (kemampuan meminta obat, minum obat dengan prinsip benar, ungkapan manfaat obat dan kemampuan mencegah kambuh). Thompson (1999) menjelaskan uji validitas konstruk MARS dengan menggunakan analisis *multitrait-multimethod matrix*, hasilnya MARS memiliki korelasi yang signifikan ( $p < 0.01$ ) dengan metode pengukuran kepatuhan pengobatan lainnya seperti: *Medication Adherence Questionnaire* dan *Drug Attitude Inventory*, sedangkan hasil uji reliabilitas MARS dengan menggunakan *alpha cronbach's* sebesar 0.75.

Instrumen B ini menggunakan pertanyaan tertutup dan diukur dengan skala interval, dengan pilihan jawaban ya (nilai 0) dan tidak (nilai 1). Instrumen ini diisi oleh perawat primer yang mengelola responden berdasarkan hasil uji *interater reliability*. Metode ini dipilih peneliti untuk mengukur ketrampilan atau perilaku responden. Pada lampiran 5

- 4.6.3. Instrumen C: merupakan modul dan buku kerja pelaksanaan terapi perilaku modeling partisipan untuk mengevaluasi dilakukannya terapi perilaku modeling partisipan dalam empat sesi. Dibat dalam bentuk *check list* dengan dua pilihan: dilakukan (1) atau tidak dilakukan (0). Pada lampiran 7.

#### 4.7. Uji instrumen

Uji instrumen dilakukan untuk mengukur tingkat validitas dan realibilitas dari kuesioner yang digunakan peneliti sebagai instrumen untuk mengukur kepatuhan minum obat. Pada tanggal 13 April 2012 uji instrumen dilakukan di instalasi rawat inap RSJD Surakarta dengan pertimbangan rumah sakit ini memiliki karakteristik responden yang hampir sama dengan tempat penelitian.

##### 4.7.1. Uji validitas

Uji validitas dipergunakan untuk sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaannya mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur. Pengukuran tingkat validitas

dalam penelitian ini menggunakan validitas konstruk. Dharma (2011) menjelaskan validitas konstruk adalah validitas yang menggambarkan instrumen penelitian memiliki item-item pertanyaan yang dilandasi konstruk tertentu atau berdasarkan konsep yang sudah mapan. Hastono (2007) menguraikan cara melakukan pengukuran validitas dengan melihat korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel dinyatakan valid bila berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan korelasi *Pearson product moment*. Kriteria yang digunakan untuk validitas adalah apabila  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel maka dinyatakan valid, sebaliknya jika  $r$  hitung lebih kecil dari  $r$  tabel maka tidak valid. Menurut Nunnaly (1994 dalam Dharma, 2011) nilai korelasi antara skor item dan skor total yang baik  $\geq 0.3$ . Uji validitas yang dilakukan peneliti didapatkan hasil dari 20 item pertanyaan  $r$  hitung lebih dari  $r$  tabel ( $df = n-2 = 30-2 = 28$ ;  $r$  tabel = 0,361) yaitu diatas 0.618 sampai dengan 0.839 sehingga 20 item pertanyaan tentang kepatuhan minum obat dinyatakan valid.

#### 4.7.2. Uji reliabilitas

Uji reliabilitas dimaksudkan untuk mengukur seberapa jauh responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap kuesioner yang diberikan. Pengukuran reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara *one shot* atau pengukuran sekali saja. Disini pengukurannya hanya sekali atau kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain atau mengukur korelasi antar jawaban pertanyaan (Hastono, 2007). Program pengolahan data yang ada dikomputer memberikan fasilitas untuk mengukur reliabilitas dengan uji statistik *cronbach alpha*. Suatu konstruk atau Variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai *cronbach alpha*  $> 0,80$ . Hasil uji reliabilitas yang dilakukan peneliti dari 20 item pertanyaan menunjukkan nilai *cronbach alpha*  $> 0,80$  yaitu sebesar 0.964 sehingga kuesioner kepatuhan minum obat tersebut reliabel.

#### 4.8. Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Proses pelaksanaan penelitian ini dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

##### 4.8.1. Persiapan

- 4.8.1.1. Tanggal 02 April 2012 Peneliti melakukan uji kompetensi dalam memberikan perlakuan berupa terapi perilaku modeling partisipan kepada responden
- 4.8.1.2. Tanggal 11 April 2012 proposal penelitian dinyatakan lolos kaji etik dari Komite etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI).
- 4.8.1.3. Mengurus surat perizinan ke Direktur RSJDAGH Semarang dan pada tanggal 11 April 2012 peneliti telah mendapatkan ijin untuk melakukan penelitian di rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. AGH Semarang.
- 4.8.1.4. Tanggal 16 April 2012 melatih perawat dalam pengisian kuesioner (*checklist* alat observasi) kepatuhan minum obat dan sekaligus melakukan uji *interater reliability* (reliabilitas antar pengukur) untuk melihat korelasi hasil pengisian kuesioner kepatuhan minum obat antara tim perawat primer dengan *expert* diruangan tempat penelitian, *expert* bisa kepala ruang atau katim yang sangat paham dengan kondisi responden. Pengukuran *interater reliability* untuk data yang numerik (kepatuhan minum obat) menggunakan uji *Pearson product moment*, yaitu mengkorelasikan hasil pengukuran antar observer. Uji *interater reliability* yang dilakukan pada tanggal 16 April 2012 dengan cara mengambil 2 perawat pelaksana dibandingkan nilainya dengan *expert* (karu/katim). Hasilnya ada satu perawat yang nilainya mendekati dengan *expert* dengan nilai korelasi positif (0.145-1.00), sehingga peneliti memasukkan perawat tersebut dan sekaligus *expert* sebagai tim pengumpul data penelitian. Setiap ruangan ada 2 perawat sehingga keseluruhan ada 20 perawat dari 10 ruangan yang dipakai untuk penelitian.

- 4.8.1.5. Hari pertama/minggu sebelum memulai penelitian peneliti mengumpulkan responden untuk menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian terlebih dahulu setelah itu meminta persetujuan responden untuk berpartisipasi dan mengisi lembar persetujuan. Mengingat responden adalah klien gangguan jiwa maka dapat diwakilkan kepada keluarga responden, tetapi jika keluarga tidak ada dapat diwakilkan kepada Komite Keperawatan RSJD Dr. AGH Semarang.
- 4.8.1.6. Hari pertama/minggu sebelum memulai penelitian peneliti juga melakukan skrining model diruangan dan melatih model tentang perilaku patuh minum obat. Hasilnya ruangan Srikandi, Kresna, Arimbi, Brotojoyo dan Citroanggodo yang memiliki klien sesuai kriteria modeling. Kriteria modeling dalam penelitian ini adalah model memiliki perilaku patuh minum obat sesuai skor kuesioner kepatuhan minum obat, model berada dalam satu ruangan dengan responden kelompok intervensi, dan bersedia terlibat sebagai modeling yang dibuktikan dengan lembar persetujuan (*informed consent*) untuk bersedia dijadikan modeling selama 5 hari pelaksanaan terapi perilaku modeling partisipan. Selain lembar persetujuan untuk menjadi modeling, peneliti juga meminta izin dan pendapat kepada kepala ruang setempat. Jumlah modeling dalam penelitian ini ada 8 klien yang tersebar pada 5 ruangan kelompok intervensi. Imbalan yang didapatkan modeling, yaitu: modeling direkomendasikan peneliti sebagai klien yang patuh minum obat diruangan dan menjadi pemimpin atau acuan saat kegiatan minum obat.

#### 4.8.2. Pelaksanaan

Perilaku ketidakpatuhan minum obat pada responden menurun setelah diberikan perlakuan atau intervensi. Langkah-langkahnya sebagai berikut :

##### 4.8.2.1. *Pre test*

Hari pertama ditiap minggunya peneliti mengukur perilaku kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kontrol, kemudian data di edit dan diolah sesuai dengan rencana analisis data. Hasil *pre test* dari

kelompok intervensi dan kontrol akan dibandingkan dengan hasil *post test* dari kelompok intervensi dan kontrol.

#### 4.8.2.2. *Intervensi*

Pada kelompok intervensi diberikan perlakuan terapi perilaku modeling partisipan oleh peneliti dengan 4 sesi terapi. Pada **sesi pertama**, dilakukan pada hari pertama dalam 1 kali pertemuan selama 45 menit, terapis mengidentifikasi perilaku tidak patuh minum obat lalu model memperagakan cara patuh minum obat. Hasilnya responden mampu mengulang kembali cara patuh minum obat yang diperagakan oleh model dan mengungkapkan pengalaman tidak patuh minum obat selama diruangan karena sudah bosan, merasa obat membuat badannya sakit semua, mengantuk dan tidak memiliki manfaat, selain itu ada juga responden yang menolak obat karena merasa tidak sakit. **Sesi kedua**, dilakukan pada hari kedua dalam 1 kali pertemuan selama 45 menit, terapis bersama model mendampingi dan memperagakan cara minum obat dengan prinsip benar dan mendiskusikan cara mengatasi efek samping obat yang selama ini menjadi penyebab ketidakpatuhan minum obat pasien. Hasilnya responden dapat mengikuti dan melakukan minum obat dengan prinsip benar dan mencoba mengatasi efek samping obat yang dirasakan seperti: mengantuk, mulut kering, tenggorokan sakit, lidah kaku, tangan tremor dan jalan seperti robot. Pada hari ketiga terapis memberikan jeda interaksi untuk tidak langsung memberikan sesi ketiga, dengan tujuan memberikan kesempatan internalisasi cara patuh minum obat dari model. **Sesi ketiga**, dilakukan pada hari keempat dalam 1 kali pertemuan selama 30 menit, terapis mendiskusikan dan mengevaluasi kemampuan perilaku patuh minum obat yang telah dicapai responden pada sesi 1 dan 2. Hasilnya responden mulai membudayakan dan membiasakan kegiatan patuh minum obat diruangan seperti: minum obat pada waktunya, meminta obat kepada perawat secara mandiri, minum obatnya dengan prinsip benar, berusaha mengatasi dan melaporkan efek samping obat yang dirasakan, dan mulai merasakan manfaat dari obat yang diminum. Kendala yang ditemukan peneliti yaitu: evaluasi

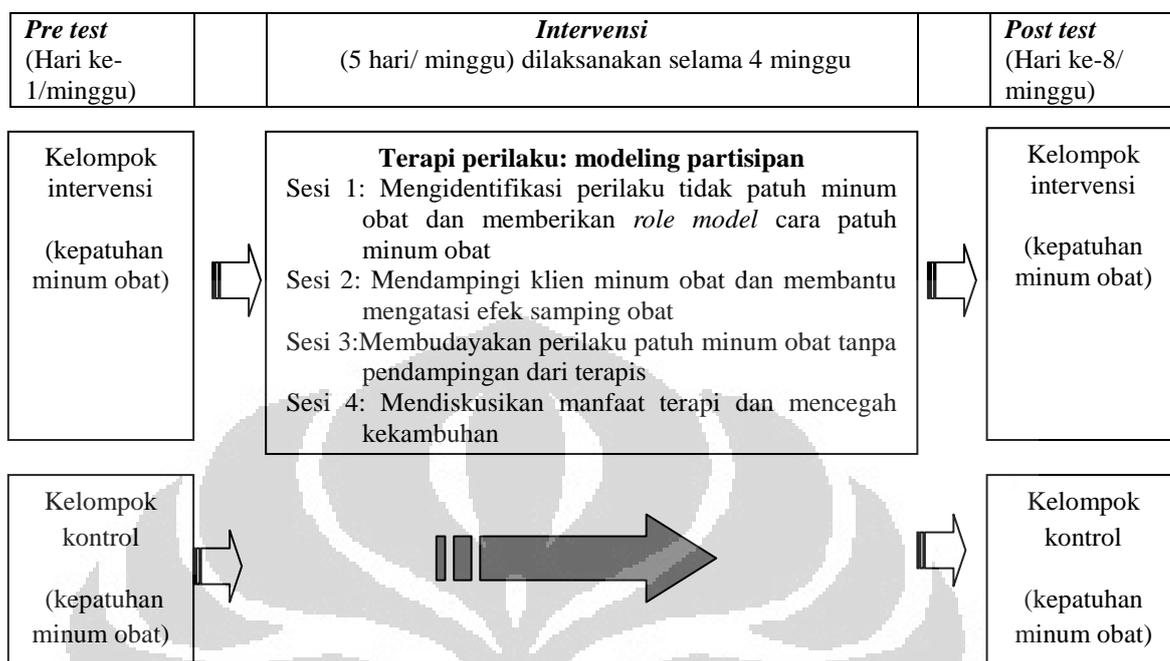
pembudayaan perilaku kepatuhan minum obat hanya bisa dilakukan 2 kali kesempatan yaitu saat kegiatan minum obat di pagi dan siang hari. **Sesi keempat**, dilakukan pada hari kelima dalam 1 kali pertemuan selama 30 menit, terapis mendiskusikan manfaat yang dirasakan responden selama mengikuti terapi perilaku modeling partisipan dan cara mencegah kekambuhan. Hasilnya responden merasa butuh dengan obat dan ingin segera sembuh, kegiatan patuh minum obat ini akan dilakukan di Rumah Sakit dan dirumah, tetapi ada juga responden yang masih bingung dengan cara kontrol rutin setelah dirumah, karena ada beberapa responden tinggal sendirian, tidak memiliki keluarga dan keluarganya sibuk bekerja.

Pelaksanaan pemberian terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok intervensi dilakukan di tiap minggunya dengan rata-rata 8 responden. Demikian seterusnya selama 4 minggu berikutnya. Sehingga mencapai keseluruhan 32 responden yang diberi terapi perilaku modeling partisipan. Berdasarkan pertimbangan etik penelitian *justice* maka pada kelompok kontrol pada tiap minggunya juga diberikan perlakuan yang sama diluar penelitian yaitu hari ke-8 setelah kelompok intervensi dan kontrol dilakukan *post test*. Peneliti memilih dan melatih modeling yang ada diruang kelompok kontrol, kemudian terapis bersama modeling memberikan terapi ini secara kelompok selama 4 sesi dalam 4 kali pertemuan, setiap pertemuan sekitar 30-45 menit. Hasil pemberian terapi modeling partisipan pada kelompok kontrol tidak dimasukkan didalam penelitian ini.

#### 4.8.2.3. *Post test*

Setelah mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan dari peneliti pada kelompok intervensi dilakukan *post test* untuk mengukur perubahan perilaku kepatuhan minum obat. Begitu juga pada kelompok kontrol, dilakukan *post test* setelah kelompok intervensi mendapat perlakuan terapi perilaku modeling partisipan. *Post test* dilakukan pada hari ke-8 di tiap minggunya setelah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan terapi perilaku modeling partisipan selama 5 hari. Setelah dilakukan *post*

*test*, hasilnya dibandingkan dengan *pre test* dan dilihat perbedaan tingkat kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kontrol.



Skema 4.2  
Kerangka Kerja terapi perilaku: modeling partisipan

## 4.9. Pengolahan dan Analisa Data

### 4.9.1. Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini akan dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

#### 4.9.1.1. Editing

Peneliti telah melakukan editing untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian, kesalahan atau ada jawaban yang belum diisi, kejelasan dan kesesuaian jawaban responden dari setiap pertanyaan.

#### 4.9.1.2. Coding

Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data.

4.9.1.3. *Entry data*, dilakukan setelah data dikode sehingga peneliti bisa memulai memproses data di komputer. Peneliti lalu memasukkan data ke dalam program komputer sesuai dengan jenis data yang diolah.

#### 4.9.1.4. Cleaning

Data yang telah dimasukkan diperiksa kembali dan untuk memastikan bahwa data telah bersih dari kesalahan, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode sehingga data siap dianalisis.

#### 4.9.2. Analisis Data

##### 4.9.2.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diukur dalam penelitian, seperti karakteristik responden dan kepatuhan minum obat. Karakteristik responden: usia dan lama sakit adalah data numerik dan dideskriptifkan dengan tendensi sentral seperti: mean, median, standar deviasi, nilai maksimum dan minimum serta *Confident Interval* (CI) 95%. Sedangkan karakteristik jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, tipe penyakit dan jenis obat merupakan data kategorik dan dideskriptifkan dengan menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi. Selain itu analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan variabel kepatuhan minum obat yang diteliti. Penyajian data masing-masing variabel disajikan dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh (hasil analisis dapat dilihat di bab 5).

##### 4.9.2.2. Analisis Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk menjelaskan kesetaraan karakteristik responden antara kelompok kontrol dan intervensi dengan menggunakan *Independen T-test*. Selain itu untuk membuktikan hipotesis penelitian adanya perbedaan perilaku kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah penelitian menggunakan analisis *paired T-test*. Selanjutnya untuk membuktikan hipotesis penelitian adanya perbedaan perilaku kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol dan intervensi sesudah penelitian menggunakan analisis *Independen T-test*. Penyajian hasil analisis data dan interpretasinya dapat dilihat di bab 5.

Analisis bivariat juga digunakan peneliti untuk membuktikan hipotesis hubungan karakteristik responden: usia dan lama sakit terhadap kepatuhan minum obat sesudah diberikan terapi perilaku modeling

partisipan dengan menggunakan analisis uji regresi linear sederhana. Analisis yang digunakan untuk membuktikan pengaruh karakteristik responden: pendidikan, tipe penyakit dan jenis obat terhadap kepatuhan minum obat dengan menggunakan uji anova. Sedangkan analisis yang digunakan untuk membuktikan pengaruh karakteristik responden seperti: jenis kelamin dan status perkawinan terhadap kepatuhan minum obat dengan menggunakan analisis *Independent T-test* (hasil analisis bisa dilihat di bab 5).

Tabel 4.2 Uji Kesetaraan Karakteristik Responden Penelitian Pengaruh Terapi Perilaku: Modeling Partisipan terhadap Kepatuhan Minum Obat pada Klien Penatalaksanaan Regimen Terapeutik tidak Efektif di RSJD Dr. AGH Semarang

Uji Kesetaraan Karakteristik Responden			
No.	Kelompok Kontrol	Kelompok Intervensi	Cara analisis
1	Usia (data interval)	Usia (data interval)	<i>Independent T-test</i>
2	Jenis kelamin (data nominal)	Jenis kelamin (data nominal)	<i>Chi Square</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Pendidikan (data ordinal)	<i>Chi Square</i>
4	Status perkawinan (data nominal)	Status perkawinan (data nominal)	<i>Chi Square</i>
5	Lama sakit (data interval)	Lama sakit (data interval)	<i>Independent T-test</i>
6	Tipe penyakit (data nominal)	Tipe penyakit (data nominal)	<i>Chi Square</i>
7	Jenis obat (data nominal)	Jenis obat (data nominal)	<i>Chi Square</i>

Tabel 4.3 Analisis Bivariat Pengaruh Terapi Perilaku Modeling Partisipan terhadap Kepatuhan Minum Obat pada Klien Penatalaksanaan Regimen Terapeutik tidak Efektif di RSJD Dr. AGH Semarang

No.	Kelompok Kontrol	Kelompok Intervensi	Cara analisis
1.	Kepatuhan minum obat kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	Kepatuhan minum obat kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval)	<i>Paired T-test</i>
2.	Kepatuhan minum obat kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Kepatuhan minum obat kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval)	<i>Paired T-test</i>
3.	Kepatuhan minum obat kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval)	Kepatuhan minum obat kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval)	<i>Independen T-test</i>

Tabel 4.4 Analisis Bivariat Pengaruh Karakteristik Responden terhadap Kepatuhan Minum Obat setelah diberikan Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Klien Penatalaksanaan Regimen Terapeutik tidak Efektif di RSJD Dr. AGH Semarang

No.	Karakteristik Responden	Kepatuhan minum obat	Cara analisis
1.	Usia (data interval)	Data interval	Regresi linier sederhana
2.	Jenis kelamin (data nominal)	Data interval	<i>Independen T-test</i>
3.	Pendidikan (data ordinal)	Data interval	<i>Anova</i>
4.	Status perkawinan (data nominal)	Data interval	<i>Independen T-test</i>
5.	Lama sakit (data interval)	Data interval	Regresi linier sederhana
6.	Tipe penyakit (data nominal)	Data interval	<i>Anova</i>
7.	Jenis obat (data nominal)	Data interval	<i>Anova</i>

#### 4.9.2.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat ini digunakan peneliti untuk menjelaskan variabel karakteristik responden dan terapi perilaku modeling partisipan yang paling mempengaruhi kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi. Cara analisis yang digunakan dengan menggunakan regresi linier ganda. Berikut ini adalah langkah dan tahapan dari regresi linier ganda yang telah dilakukan peneliti: langkah pertama melakukan seleksi bivariat, variabel yang masuk model multivariat bila  $p < 0.25$  meliputi: usia ( $p=0.756$ ), lama sakit ( $p=0.561$ ), jenis kelamin ( $p=0.410$ ), **pendidikan ( $p=0.147$ )**, tipe penyakit ( $p=0.433$ ), status perkawinan ( $p=0.561$ ), jenis obat ( $p=0.812$ ) dan **modeling partisipan ( $p=0.000$ )**.

Langkah kedua melakukan analisis multivariat, variabel yang valid dalam model multivariat bila  $p < 0.05$ , seperti: pendidikan ( $p=0.123$ ) dan **modeling partisipan ( $p=0.000$ )**. Pemodelan terakhir memperlihatkan hasil bahwa hanya ada satu variabel prediktor, yaitu modeling partisipan sehingga pemodelan multivariat ini tidak bisa dilakukan atau dilanjutkan.

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menguraikan hasil penelitian tentang pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif di RSJD dr. AGH Semarang yang dilaksanakan pada tanggal 18 April sampai dengan 14 Mei 2012. Jumlah responden sesuai dengan perencanaan peneliti yaitu 64 orang (32 kelompok intervensi dan 32 kelompok kontrol). Perlakuan berupa terapi perilaku modeling partisipan diberikan sebanyak 4 sesi pertemuan dalam waktu 5 hari pada kelompok intervensi. Pelaksanaan penelitian dilakukan bertahap pada tiap minggunya, minggu pertama 8 responden pada kelompok intervensi dan 8 responden kelompok kontrol, demikian seterusnya sampai minggu keempat. Pada kedua kelompok kontrol maupun intervensi dilakukan *pre test* pada awal minggunya dan *post test* di akhir minggu untuk membandingkan pengaruh dari pemberian terapi perilaku modeling partisipan. Adapun hasil penelitian yang telah didapatkan digambarkan sebagai berikut:

#### **5.1 Karakteristik responden**

Gambaran tentang karakteristik responden yang memiliki diagnosa keperawatan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif, meliputi : usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, lama sakit, tipe penyakit dan jenis obat. Berikut ini adalah uraian hasil analisisnya:

##### **5.1.1 Karakteristik responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol**

Berikut ini penjelasan mengenai distribusi responden yang meliputi:

###### **5.1.1.1 Usia dan lama sakit**

Karakteristik responden yang terdiri dari usia dan lama sakit adalah variabel numerik dan dianalisis dengan menggunakan tendensi sentral yang disajikan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1  
Distribusi Karakteristik Responden Menurut Usia dan Lama Sakit di  
Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012  
( $n_1 = \text{intervensi} = 32$ ;  $n_2 = \text{kontrol} = 32$ )

Variabel	kelompok	n	mean	median	SD	Min-maks	95% CI
usia responden (tahun)	intervensi	32	36.81	34.00	9.969	20-60	33.22-40.41
	kontrol	32	39.72	40.50	12.251	20-60	35.30-44.14
lama sakit responden (bulan)	intervensi	32	30.28	24.00	18.280	12-60	23.69-36.69
	kontrol	32	23.06	13.50	22.816	01-60	14.84-31.29

Hasil analisis univariat pada tabel 5.1 menjelaskan bahwa rata-rata usia responden pada kelompok intervensi lebih muda daripada kelompok kontrol, dimana kelompok intervensi 36.81 tahun dan kelompok kontrol 39.72 tahun. Tabel tersebut juga menjelaskan bahwa rata-rata lama sakit responden pada kelompok intervensi lebih lama dibandingkan kelompok kontrol, kelompok intervensi 30.28 bulan dan kelompok kontrol 23.06 bulan.

#### 5.1.1.2 Jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, tipe penyakit dan jenis obat.

Karakteristik responden yang terdiri dari jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, tipe penyakit dan jenis obat adalah variabel katagorik dan dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi yang disajikan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2  
 Distribusi Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan,  
 Status Perkawinan, Tipe Penyakit dan Jenis Obat di Instalasi Rawat Inap  
 RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012  
 ( $n_1 = \text{intervensi} = 32; n_2 = \text{kontrol} = 32$ )

No	Karakteristik	Intervensi		Kontrol		Total	
		n	%	n	%	N	%
1.	Jenis kelamin						
	a. laki-laki	8	25	17	53.1	25	39.1
	b. perempuan	24	75	15	46.9	39	60.9
2.	Pendidikan						
	a. SD	12	37.5	7	21.9	19	29.7
	b. SMP	13	40.6	9	28.1	22	34.4
	c. SMA	5	15.6	6	18.8	11	17.2
	d. PT	2	6.3	10	31.3	12	18.8
3.	Status perkawinan						
	a. kawin	13	40.6	16	50	29	45.31
	b. tidak kawin	19	59.4	16	50	35	54.68
4.	Tipe Penyakit						
	a. paranoid	10	31.3	10	31.3	20	31.3
	b. hebrefenik	2	6.3	3	9.4	5	7.8
	c. kataton	5	15.6	2	6.3	7	10.93
	d. residual	2	6.3	2	6.3	4	6.25
	e. tak terinci	13	40.6	15	46.9	28	43.75
5.	Jenis obat						
	a. Atipikal	2	6.3	8	25	10	15.63
	b. Tipikal	22	68.6	16	50	38	59.37
	c. Kombinasi	8	25	8	25	16	25.00

Hasil analisis univariat pada tabel 5.2 menguraikan bahwa proporsi jenis kelamin responden yang paling banyak berjenis kelamin perempuan, kelompok intervensi sebesar 75% dan kelompok kontrol 46.9%. Proporsi tingkat pendidikan responden sebagian besar lulus SMP, pada kelompok intervensi sebesar 40.6% dan kelompok kontrol 28.1%. Proporsi status perkawinan responden yang paling banyak tidak kawin, pada kelompok intervensi 59.4% dan kelompok kontrol 50%. Proporsi tipe penyakit responden sebagian besar skizofrenia tak terinci, pada kelompok intervensi

40.6% dan kelompok kontrol 46.9%. Proporsi jenis obat yang digunakan responden sebagian besar tipikal, pada kelompok intervensi 68.6% dan kelompok kontrol 50%.

#### 5.1.2 Kesetaraan karakteristik responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Sebuah hasil penelitian dikatakan valid apabila antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan secara bermakna atau dapat disimpulkan bahwa kedua kelompok tersebut sebanding atau sama. Hasil uji kesetaraan usia dan lama sakit dapat dilihat pada tabel 5.3, sedangkan hasil uji kesetaraan jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, tipe penyakit dan jenis obat dapat dilihat pada tabel 5.4.

##### 5.1.2.1 Kesetaraan karakteristik responden berdasar usia dan lama sakit

Uji kesetaraan karakteristik usia dan lama sakit dari responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan *Independent T-test*. hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3  
Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia dan Lama Sakit Responden di  
Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012  
( $n_1 = \text{intervensi} = 32$ ;  $n_2 = \text{kontrol} = 32$ )

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	t	P value
Usia responden (tahun)	intervensi	32	36.81	9.969	1.762	-1.041	0.153
	kontrol	32	39.72	12.251	2.166		
Lama sakit responden (bulan)	intervensi	32	30.28	18.280	3.231	1.397	0.168
	kontrol	32	23.06	22.816	4.033		

Berdasarkan tabel 5.3 dapat disimpulkan bahwa usia responden pada kelompok intervensi dan kontrol adalah setara ( $p=0.153$ ). Sedangkan lama sakit responden pada kelompok intervensi dan kontrol juga setara ( $p=0.168$ ).

5.1.2.2 Kesetaraan karakteristik responden berdasar jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, tipe penyakit dan jenis obat.

Uji kesetaraan karakteristik responden berdasar jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, tipe penyakit dan jenis obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan *Chi square* dan hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut.

Tabel 5.4  
Analisis Kesetaraan Karakteristik Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Perkawinan, Tipe Penyakit dan Jenis Obat di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012  
( $n_1 = \text{intervensi} = 32$ ;  $n_2 = \text{kontrol} = 32$ )

No	Karakteristik	Intervensi		Kontrol		Total		P value
		n	%	n	%	n	%	
1.	Jenis kelamin							
	a. laki-laki	8	25	17	53.1	25	39.1	0.208
	b. perempuan	24	75	15	46.9	39	60.9	
2.	Pendidikan							
	a. SD	12	37.5	7	21.9	19	29.7	0.188
	b. SMP	13	40.6	9	28.1	22	34.4	
	c. SMA	5	15.6	6	18.8	11	17.2	
	d. PT	2	6.3	10	31.3	12	18.8	
3.	Status perkawinan							
	a. kawin	13	40.6	16	50	29	45.31	0.616
	b. tidak kawin	19	59.4	16	50	35	54.68	
4.	Tipe Penyakit							
	a. paranoid	10	31.3	10	31.3	20	31.3	0.804
	b. hebrefenik	2	6.3	3	9.4	5	7.8	
	c. kataton	5	15.6	2	6.3	7	10.93	
	d. residual	2	6.3	2	6.3	4	6.25	
	e. tak terinci	13	40.6	15	46.9	28	43.75	
5.	Jenis obat							
	a. Atipikal	2	6.3	8	25	10	15.63	0.103
	b. Tipikal	22	68.6	16	50	38	59.37	
	c. Kombinasi	8	25	8	25	16	25.00	

Berdasarkan tabel 5.4 tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat kesetaraan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol pada karakteristik jenis kelamin ( $p=0.208$ ), pendidikan ( $p=0.188$ ), status perkawinan ( $p=0.616$ ), tipe penyakit ( $p=0.804$ ), dan jenis obat ( $p=0.103$ ).

## 5.2 Kepatuhan minum obat

Peneliti akan menguraikan tentang kepatuhan minum obat pada responden sebelum dilakukan terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil analisis kesetaraan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, kepatuhan minum obat setelah dilakukan terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

### 5.2.1 Kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum kelompok intervensi dilakukan terapi perilaku modeling partisipan.

Gambaran perilaku kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi dilakukan terapi perilaku modeling partisipan diuraikan pada tabel 5.5 berikut.

Tabel 5.5  
Analisis Kepatuhan Minum Obat Sebelum dilakukan Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012  
( $n_1 = \text{intervensi} = 32$ ;  $n_2 = \text{kontrol} = 32$ )

Kelompok	n	mean	SD	min-maks	95% CI
intervensi	32	5.78	2.498	1-11	4.88-6.68
kontrol	32	2.69	2.533	0-11	1.77-3.60

Pada 32 responden kelompok intervensi sebelum diberikan terapi perilaku modeling partisipan diperoleh rata-rata kepatuhan minum obat 5.78 dan standar deviasi 2.498. Sedangkan kepatuhan minum obat pada kelompok

kontrol sebelum kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan memiliki rata-rata 2.69 dan standar deviasi 2.533.

### 5.2.2 Kesetaraan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum kelompok intervensi dilakukan terapi perilaku modeling partisipan.

Uji kesetaraan kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dilakukan terapi perilaku modeling partisipan dengan menggunakan *Independent T-test*. Hasilnya dapat dilihat dalam tabel 5.6 berikut.

Tabel 5.6  
Analisis Kesetaraan Kepatuhan Minum Obat Sebelum dilakukan Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012  
( $n_1 = \text{intervensi} = 32$ ;  $n_2 = \text{kontrol} = 32$ )

Kelompok	n	mean	SD	SE	P value
intervensi	32	5.78	2.498	0.442	0.716
kontrol	32	2.69	2.533	0.448	

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum kelompok intervensi dilakukan terapi perilaku modeling partisipan adalah setara ( $p=0.716$ ).

### 5.2.3 Kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi dilakukan terapi perilaku modeling partisipan.

Perilaku kepatuhan minum obat dalam menjalankan program regimen terapi di Rumah Sakit sebelum dan sesudah diberikan terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis menggunakan uji *paired T-test*. Untuk melihat lebih jelas

perbedaan peningkatan kepatuhan minum obat yang dilakukan responden dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7  
Kepatuhan Minum Obat Sebelum dan Sesudah dilakukan Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012  
( $n_1 = \text{intervensi} = 32$ ;  $n_2 = \text{kontrol} = 32$ )

Variabel	kelompok	Ket	n	Mean	SD	SE	t	p value
Kepatuhan	<b>Intervensi</b>	Sebelum BT	32	5.78	2.49	0.44	-11.651	0.000*
		Sesudah BT	32	13.88	3.40	0.60		
		Selisih		8.09	3.93			
Kepatuhan	<b>Kontrol</b>	Sebelum BT	32	2.69	2.54	0.44	-0.757	0.454
		Sesudah BT	32	3.28	2.48	0.44		
		Selisih		0.59	3.97			

\*bermakna pada  $\alpha 0.05$

Dari tabel 5.7 dapat dijelaskan bahwa rata-rata kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebelum dilakukan terapi perilaku modeling partisipan adalah 5.78 dan setelah diberikan terapi perilaku modeling partisipan adalah 13.88. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan kepatuhan minum obat sebelum dan sesudah diberikan terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok intervensi ( $p=0.000$ ). Rata-rata kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi diberi terapi perilaku modeling partisipan adalah 2.69 dan setelah kelompok intervensi diberi terapi perilaku modeling partisipan adalah 3.28. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi diberi terapi perilaku modeling partisipan ( $p=0.454$ ).

5.2.4 Peningkatan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi dilakukan terapi perilaku modeling partisipan.

Peningkatan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan dianalisis dengan menggunakan uji *Independent T-test*. Tabel 5.8 dibawah ini memuat penjelasan peningkatan kepatuhan minum obat pada responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Tabel 5.8  
Analisis Peningkatan Kepatuhan Minum Obat Sesudah dilakukan Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012  
( $n_1 = \text{intervensi} = 32$ ;  $n_2 = \text{kontrol} = 32$ )

Variabel	kelompok	N	mean	SD	SE	t	p value
kepatuhan minum obat	<b>intervensi</b>	32	8.09	3.405	3.93	7.599	0.000*
	<b>kontrol</b>	32	0.59	2.479	3.96		

\*bermakna pada  $\alpha$  0.05

Berdasarkan hasil analisis tabel 5.8 dapat dijelaskan bahwa rata-rata peningkatan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi adalah 8.09 dan kelompok kontrol adalah 0.59 setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan. Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan peningkatan kepatuhan minum obat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan ( $p=0.000$ ).

5.2.5 Kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi dilakukan terapi perilaku modeling partisipan.

Kepatuhan minum obat pada responden dalam menjalankan program regimen terapi setelah kelompok intervensi diberikan terapi perilaku

modeling partisipan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dianalisis dengan menggunakan *Independent T-test*. Berikut ini penjelasan mengenai kepatuhan minum obat pada responden sesudah kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9  
Analisis Kepatuhan Minum Obat Sesudah dilakukan Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012  
( $n_1 = \text{intervensi} = 32$ ;  $n_2 = \text{kontrol} = 32$ )

Variabel	kelompok	N	mean	SD	SE	t	p value
kepatuhan minum obat	<b>intervensi</b>	32	13.88	3.405	0.602	14.228	0.000*
	<b>kontrol</b>	32	3.28	2.479	0.438		

\*bermakna pada  $\alpha$  0.05

Berdasarkan analisis pada tabel 5.9 dapat dijelaskan bahwa rata-rata kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi adalah 13.88 dan kelompok kontrol adalah 3.28 setelah kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan. Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan yang bermakna ( $p=0.000$ ) kepatuhan minum obat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok intervensi.

### 5.3 Pengaruh karakteristik responden terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif dilakukan untuk mengidentifikasi peningkatan kepatuhan minum obat sesudah diberikan terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok intervensi. Masing-masing faktor yang kemungkinan mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien PRTI dianalisis menggunakan uji regresi linear sederhana untuk

variabel usia dan lama sakit. Variabel pendidikan, tipe penyakit dan jenis obat dianalisis menggunakan uji Anova. Variabel jenis kelamin dan status perkawinan dianalisis dengan uji *Independent T-test*.

### 5.3.1. Hubungan karakteristik responden: usia dan lama sakit dengan kepatuhan minum obat.

Hubungan karakteristik responden berupa usia dan lama sakit dengan kepatuhan minum obat dianalisis dengan menggunakan regresi linier sederhana. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.10 berikut.

Tabel 5.10

Hasil analisis hubungan karakteristik responden: usia dan lama sakit dengan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi setelah mendapat terapi perilaku modeling di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 (n = intervensi = 32)

Karakteristik	r	R <sup>2</sup>	Persamaan garis	P value
Usia	0.057	0.003	Patuh=13.155+0.020*usia	0.756
Jenis Kelamin	0.107	0.011	Patuh=14.477-0.20*lama skt	0.561

Hasil analisis pada tabel 5.10 menunjukkan bahwa usia dengan kepatuhan minum obat memiliki hubungan lemah atau tidak ada hubungan ( $r=0.057$ ) dengan pola hubungan positif, artinya semakin bertambahnya usia maka kepatuhan semakin meningkat. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia dengan kepatuhan minum obat ( $p=0.756$ ).

Hasil analisis karakteristik lama sakit memiliki hubungan lemah atau tidak ada hubungan ( $r=0.107$ ) dengan pola hubungan negatif, artinya semakin lamanya responden mengalami sakit maka kepatuhan minum obat semakin menurun. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara lama sakit dengan kepatuhan minum obat ( $p=0.561$ ). Terbukti secara statistik bahwa karakteristik usia dan lama sakit bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

5.3.2. Hubungan karakteristik responden: pendidikan, tipe penyakit dan jenis obat dengan kepatuhan minum obat.

Hubungan karakteristik responden berupa pendidikan, tipe penyakit dan jenis obat dengan kepatuhan minum obat dianalisis dengan menggunakan uji anova. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut.

Tabel 5.11  
Hasil analisis hubungan karakteristik responden: pendidikan, tipe penyakit dan jenis obat dengan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi setelah mendapat terapi perilaku modeling di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 (n = intervensi = 32)

Karakteristik	n	mean	SD	95%CI	p value
Pendidikan					
1. SD	12	15.08	4.274	12.37-17.80	0.147
2. SMP	13	13.00	2.415	11.54-14.46	
3. SMU	5	14.80	2.168	12.11-17.49	
4. PT	2	10.00	2.828	-15.41-35.41	
Tipe penyakit					
1. paranoid	10	14.50	3.100	12.28-16.72	0.433
2. hebrefenik	2	15.50	3.536	-16.27-47.27	
3. kataton	5	12.00	2.550	8.83-15.17	
4. residual	2	11.00	4.243	-27.12-49.12	
5. tak terinci	13	14.31	3.772	12.03-16.59	
Jenis obat					
1. atipikal	2	13.00	5.657	-37.82-63.82	0.812
2. tipikal	22	13.73	3.480	12.18-15.27	
3. kombinasi	8	14.50	3.117	11.89-17.11	

Hasil analisis karakteristik tingkat pendidikan pada tabel 5.11 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kepatuhan minum obat baik pada responden yang berpendidikan lulus SD, SMP, SMA dan PT ( $p=0.147$ ). Karakteristik tipe penyakit responden baik yang paranoid, hebrefenik, kataton, residual dan tak terinci tidak terdapat perbedaan kepatuhan minum obat ( $p=0.433$ ). Karakteristik jenis obat yang digunakan responden baik yang atipikal,

tipikal dan kombinasi juga tidak terdapat perbedaan dalam hal kepatuhan minum obat ( $p=0.812$ ). Dengan kata lain, karakteristik pendidikan, tipe penyakit dan jenis obat bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

### 5.3.3. Hubungan karakteristik responden: jenis kelamin dan status perkawinan dengan kepatuhan minum obat

Hubungan karakteristik responden berupa jenis kelamin dan status perkawinan dengan kepatuhan minum obat dianalisis dengan menggunakan *Independent t-test*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.12 berikut.

Tabel 5.12  
Hasil analisis hubungan karakteristik responden: jenis kelamin dan status perkawinan dengan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi setelah mendapat terapi perilaku modeling di Instalasi Rawat Inap RSJD dr. AGH Semarang Tahun 2012 ( $n = \text{intervensi} = 32$ )

Karakteristik	n	mean	SD	t	p value
Jenis kelamin					
1. laki-laki	8	14.75	3.196	0.835	0.410
2. perempuan	24	13.58	3.488		
Status perkawinan					
1. kawin	13	14.31	3.591	0.588	0.561
2. tidak kawin	19	13.58	3.339		

analisis karakteristik jenis kelamin pada tabel 5.12 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan kepatuhan minum obat antara yang berjenis kelamin laki-laki dengan perempuan ( $p=0.410$ ). Hasil analisis karakteristik status perkawinan menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kepatuhan minum obat antara responden yang berstatus kawin dan yang tidak kawin ( $p=0.561$ ). Terbukti secara statistik bahwa karakteristik jenis

kelamin dan status perkawinan responden bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

#### **5.4 Faktor yang paling berkontribusi terhadap peningkatan kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.**

Analisis multivariat digunakan peneliti untuk menentukan faktor yang paling mempengaruhi kepatuhan minum obat dalam menjalankan program regimen terapi sesudah diberikan terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok intervensi. Adapun faktor yang kemungkinan mempengaruhi kepatuhan minum obat berupa karakteristik responden dan pemberian perlakuan terapi perilaku modeling partisipan. Dari langkah pemodelan seleksi bivariat dan multivariat yang dilakukan, hasilnya hanya ada satu prediktor yaitu terapi perilaku modeling partisipan yang lolos masuk ke pemodelan, sehingga analisis multivariat ini tidak bisa dilanjutkan.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini merupakan penjelasan interpretasi dan pembahasan tentang hasil penelitian; uraian keterbatasan penelitian; dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan dan penelitian selanjutnya.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif dengan melihat gambaran dari karakteristik responden penelitian, perbedaan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan terapi perilaku modeling partisipan, perbedaan kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan, perbedaan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan serta faktor yang paling berkontribusi terhadap peningkatan kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif. Hasil dan pembahasan dari penelitian ini diuraikan sebagai berikut:

#### **6.1 Bahasan Hasil Penelitian**

##### **6.1.1 Kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi perilaku modeling partisipan sebesar 5.78, sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan nilai rata-rata 2.69. Hasil uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, menunjukkan bahwa kedua kelompok tersebut adalah setara ( $p=0.716$ ), artinya kedua kelompok yaitu intervensi dan kontrol memiliki varian yang sama atau homogen.

Hasil skor kepatuhan pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi perilaku modeling partisipan nilainya lebih tinggi 3.09 poin dibandingkan kelompok kontrol. Berdasarkan analisa peneliti dan temuan yang ada di tempat penelitian, bahwa ada 2 ruang (Kresna dan Arimbi) dari 5 ruangan kelompok intervensi merupakan ruang model praktek keperawatan professional (MPKP). Dimana kegiatan *patient care delivery* pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif salah satunya kegiatan terapi aktifitas kelompok (TAK) tentang obat dilakukan tiap hari, hal ini secara langsung berpengaruh pada kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi perilaku modeling partisipan. Kegiatan *family gathering* yang dilakukan pada keluarga klien pada ruangan kelompok intervensi dalam 1 bulan sekali juga mendukung klien untuk patuh minum obat saat diruangan. Selain itu sumber daya manusia (SDM) yang ada diruang kelompok intervensi dengan kepala ruang dan katim berlatar belakang pendidikan S.Kep, Ns dan perawat pelaksana dengan pendidikan D3 dan S.Kep.

#### 6.1.2 Perbedaan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan terapi perilaku modeling partisipan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebelum terapi perilaku modeling partisipan adalah 5.78 dan setelah terapi perilaku modeling partisipan adalah 13.88. Berdasarkan hasil analisis tersebut maka terdapat peningkatan nilai rata-rata kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebelum dan setelah terapi perilaku modeling partisipan sebesar 8.09. Apabila ditinjau dari hasil uji statistik maka dapat dibuktikan bahwa terdapat perbedaan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi *pre test* dan *post test*, dimana didapatkan nilai  $p=0.000$ . Hasil analisis tersebut menjelaskan bahwa terdapat peningkatan yang bermakna secara statistik nilai rata-rata kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi. Hal ini membuktikan bahwa terdapat

perbedaan yang signifikan antara kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebelum dan setelah pemberian terapi perilaku modeling partisipan.

Peneliti berpendapat bahwa peningkatan skor kepatuhan minum obat sebelum dan setelah pemberian terapi perilaku modeling partisipan sebesar 8.09 disebabkan oleh pemberian terapi perilaku modeling partisipan. Terapi perilaku adalah intervensi terapeutik yang didasarkan pada prinsip-prinsip belajar ditegakkan secara eksperimental dengan tujuan mengubah perilaku maladaptif (Nelson, 2011). Ketidakepatuhan sebagai perilaku maladaptif dan diberikan sebuah terapi yang didasarkan pada prinsip-prinsip pembelajaran, terapi perilaku tersebut adalah modeling partisipan. Laraia (2009) menguraikan modeling partisipan sebagai strategi yang digunakan untuk membentuk perilaku baru, meningkatkan ketrampilan dan meminimalkan perilaku yang dihindari. Dalam penelitian ini perilaku baru yaitu kepatuhan minum obat dalam menjalankan program regimen terapi yang ditetapkan.

Peningkatan perilaku kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebagai hasil dari 4 sesi terapi perilaku modeling partisipan. Dalam sesi terapi ini responden diberikan sebuah pembelajaran perilaku kepatuhan dari seorang modeling dengan 4 tahapan teknik modeling partisipan yang merupakan modifikasi konsep dari Nelson (2011) dan Laraia (2009). Pada **sesi pertama**, terapis mengidentifikasi perilaku tidak patuh minum obat dan bersama model memperagakan perilaku patuh minum obat. **Sesi kedua**, terapis dan model mendampingi responden untuk minum obat dengan prinsip benar dan membantu mengatasi efek samping obat yang selama ini menjadi penyebab ketidakepatuhan minum obat. **Sesi ketiga**, terapis mendiskusikan dan mengevaluasi kemampuan perilaku kepatuhan minum obat yang telah dicapai responden pada sesi 1 dan 2. **Sesi keempat**, terapis dan responden mendiskusikan manfaat yang dirasakan responden selama mengikuti terapi perilaku modeling partisipan ini dan cara mencegah kekambuhan. Peningkatan skor kepatuhan setelah diberikan terapi perilaku

modeling partisipan senada dengan penelitian dilakukan oleh Horvarth (2010) tentang efektifitas teknik modeling partisipan, hasilnya pada perlakuan pemodelan partisipan ini menunjukkan adanya perubahan perilaku orang tua kepada anaknya terutama dalam kasus *single parent*. Selanjutnya penelitian yang dilakukan oleh Ward & Duehn (1999) teknik pemodelan partisipan menghasilkan perubahan sikap yang positif terhadap ketrampilan anak dan orangtua dalam pelaporan dan pencegahan pelecehan seksual dibandingkan dengan program pemodelan simbolis.

Terapi perilaku modeling partisipan pada penelitian ini diberikan pada kelompok intervensi dalam 4 sesi pertemuan dan dilakukan selama 5 hari. Setiap sesi diberikan 1 kali pertemuan selama 30-45 menit. Pelaksanaan terapi perilaku modeling partisipan ini bertingkat ditiap minggunya 8 responden demikian seterusnya selama 4 minggu. Penelitian terdahulu tentang pemberian terapi perilaku modeling partisipan pada klien PRTI belum didapatkan peneliti, untuk itu peneliti akan membandingkan dengan hasil terapi perilaku token ekonomi yang dilakukan oleh Parendrawati (2008). Terapi token ekonomi dilakukan sebanyak 3 sesi: Sesi 1 dilakukan sebanyak 1 kali pertemuan. Sesi 2 dilakukan observasi dan wawancara 2x/hari selama 3 minggu. Sesi 3 dapat dilakukan secara bersamaan dengan sesi 2 karena antara sesi 2 dan 3 memiliki hubungan, hasilnya didapatkan standar deviasi 4.42 dengan nilai rata-rata sebelum intervensi 16.70 dan sesudah intervensi 28.23 sehingga terjadi kenaikan sebesar 11.53.

Berdasarkan perbedaan peningkatan tersebut peneliti berpendapat bahwa pelaksanaan terapi token ekonomi 3 sesi dilakukan bersamaan dari 55 responden dalam kurun waktu yang lama yaitu 3 minggu, sedangkan modeling partisipan dilakukan secara bertingkat ditiap minggunya hanya 8 responden sampai mencapai 32 responden dalam kurun waktu 4 minggu. Hal ini dilakukan peneliti dengan pertimbangan pelaksanaan *post test* pada setiap responden harus memiliki jarak waktu yang sama dengan pemberian terapi perilaku modeling partisipan, baik pada kelompok intervensi dan

kelompok kontrol. Berdasarkan analisa dan pendapat peneliti bahwa peningkatan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi hanya sebesar 8.09 dimungkinkan karena terbatasnya jumlah pertemuan pada tiap sesi terapi perilaku modeling partisipan.

#### 6.1.3 Perbedaan kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol sebelum terapi perilaku modeling partisipan adalah 2.69 dan setelah terapi perilaku modeling partisipan adalah 3.28. Berdasarkan hasil analisis tersebut maka terdapat peningkatan nilai rata-rata kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebelum dan setelah terapi perilaku modeling partisipan sebesar 0.59. Dari angka tersebut dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan yang tidak bermakna dari skor kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol. Apabila ditinjau dari hasil uji statistik maka dapat dibuktikan bahwa tidak terdapat perbedaan kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol *pre test* dan *post test*, dimana didapatkan nilai  $p=0.454$ . Hasil analisis tersebut menjelaskan bahwa walaupun terdapat peningkatan nilai rata-rata kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol, akan tetapi peningkatan tersebut tidak bermakna secara statistik.

Berdasar hasil analisis tersebut, peneliti berpendapat bahwa kondisi tersebut mungkin diakibatkan karena tidak diberikannya terapi perilaku modeling partisipan kepada kelompok kontrol, melainkan hanya diberikan tindakan keperawatan secara umum (terapi generalis pada klien PRTI) yang dilakukan oleh perawat diruangan dan hasil dari tindakan keperawatan tersebut secara umum tidak dilakukan evaluasi secara berkelanjutan.

Terapi generalis pada klien PRTI adalah tindakan keperawatan tentang manajemen obat yang diberikan sebagai upaya untuk mengatasi diagnosa

penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif dengan karakteristik: klien mengatakan tidak ada perubahan dengan status kesehatannya, bosan minum obat, takut keracunan, lebih percaya dengan pengobatan alternatif, membuang dan menolak minum obat. Tindakan keperawatan tentang manajemen obat memuat penjelasan tentang prinsip benar minum obat, efek samping obat, efek terapeutik dari obat, tidak menghentikan obat diluar perintah atau pengawasan medis.

Pada kelompok kontrol hanya diberikan terapi generalis pada klien PRTI sebagai tindakan keperawatan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang berlaku di Rumah Sakit Dr. AGH Semarang. Pemberian tindakan keperawatan ini dilakukan oleh perawat pelaksana dalam 3 sesi pertemuan (sp1, sp2 dan sp3). Sesi pertama; mengidentifikasi penyebab ketidakpatuhan dan faktor yang menghambat kepatuhan minum obat serta mengidentifikasi ketrampilan klien selama ini dalam minum obat. Sesi kedua, memberi pendidikan kesehatan tentang aturan dan efek samping pengobatan dan identifikasi sumber dukungan yang tersedia. Sesi ketiga, memberi obat sesuai program pengobatan, memantau manfaat dan efek samping obat yang diminum serta mengukur *vital sign* secara periodik.

Berdasar hasil penelitian yang menunjukkan tidak adanya kemaknaan secara statistik pada kelompok kontrol, maka dibutuhkan sebuah terapi lanjutan pada kelompok kontrol untuk mengoptimalkan kepatuhan klien. Terapi perilaku modeling partisipan diharapkan mampu meningkatkan kepatuhan klien dalam menjalankan program terapi, seperti yang telah dilakukan pula pada kelompok intervensi. Pemberian terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok kontrol telah diberikan pada hari ke-8 setelah *post test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Terapi perilaku modeling partisipan ini diberikan secara berkelompok dalam satu ruangan dan hasilnya tidak diukur atau tidak dimasukkan didalam hasil penelitian karena diberikan berdasarkan prinsip etik penelitian *justice*, yaitu memberi

perlakuan yang sama adil antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

#### 6.1.4 Peningkatan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata peningkatan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi adalah 8.09 dan kelompok kontrol adalah 0.59 setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan. Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan peningkatan kepatuhan minum obat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan ( $p=0.000$ ).

Hasil analisis penelitian menunjukkan ada peningkatan kepatuhan minum obat yang cukup mencolok pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol. Hal ini terjadi karena kelompok intervensi selain pernah mendapatkan tindakan keperawatan generalis pada klien PRTI juga mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Fong (1991) bahwa penggunaan teknik modeling partisipan dan *self reinforcement* pada kepatuhan program *biofeedback* dirumah, hasilnya meningkatkan pemulihan kinerja selama seminggu terakhir (efek tertunda positif).

Analisa dan pendapat peneliti, pemberian terapi perilaku modeling partisipan ini yang memiliki daya ungkit untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi, walaupun peningkatan hanya sebesar 8.09. Dalam terapi perilaku modeling partisipan ini responden belajar perilaku kepatuhan minum obat melalui observasi atau pengamatan dari seorang model dalam satu ruangan, setelah melakukan pengamatan klien dapat diarahkan dan dibimbing oleh terapis bersama model untuk melakukan perilaku kepatuhan. Pada prinsipnya belajar melalui observasi

dari seorang model melibatkan proses pengamatan lalu mempersepsikan dan akhirnya berusaha mencoba melakukan hingga menjadi sebuah kebiasaan perilaku yang membudaya. Hal ini senada dengan konsep yang dikemukakan Mc Closkey & Bulechek (2008) bahwa modifikasi perilaku seperti: mengganti kebiasaan dan memaparkan pada orang telah berhasil mengalami pengalaman yang sama (modeling) merupakan upaya peningkatan perubahan perilaku dan pengembangan kesadaran terhadap perilaku baru.

#### 6.1.5 Perbedaan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah kelompok intervensi diberikan terapi perilaku modeling partisipan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi setelah pemberian terapi perilaku modeling partisipan sebesar 13.88, sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 3.28. Hal ini berarti bahwa nilai kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi setelah pemberian terapi perilaku modeling partisipan berbeda sebesar 10.6 poin dibandingkan kelompok kontrol. Dapat disimpulkan bahwa setelah pemberian terapi perilaku modeling partisipan, kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi lebih meningkat dibandingkan pada kelompok kontrol yang tidak memperoleh terapi perilaku modeling partisipan.

Hasil uji statistik didapatkan kepatuhan minum obat nilai  $p=0.000$  sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan kepatuhan minum obat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam menjalankan program terapi pengobatan setelah pemberian terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok intervensi. Hal ini mengindikasikan bahwa pemberian terapi perilaku modeling partisipan pada kelompok intervensi mampu menimbulkan perbedaan kepatuhan minum obat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Modeling partisipan pada kelompok intervensi pada dasarnya mengajarkan pada pasien tentang ketrampilan dan aturan dari perilaku kepatuhan minum obat, selain itu sebagai pengingat atau isyarat bagi pasien untuk melakukan perilaku kepatuhan. Dalam terapi perilaku modeling partisipan perilaku kepatuhan minum obat dapat ditingkatkan dengan metode pembelajaran perilaku baru melalui pengamatan dari seorang model, penambahan informasi melalui proses kognitif dan menghasilkan perubahan perilaku sesuai yang dimodelkan yaitu: perilaku kepatuhan minum obat. Hal ini senada dengan uraian Nursalim (2009) tentang 4 komponen dasar dalam modeling partisipan yang dapat membentuk sebuah perilaku baru, yaitu: (1) Rasional, proses ini melibatkan pembelajaran secara kognitif dan melalui logika terhadap perilaku baru, (2) Demonstrasi model, model mendemonstrasikan satu bagian kemampuan, (3) Partisipasi terbimbing, setelah demonstrasi perilaku, klien diberi kesempatan dan bimbingan untuk menampilkan perilaku yang dimodelkan, (4) Pengalaman keberhasilan sebagai penguatan perilaku.

Hasil akhir yang diperoleh dari pemberian terapi perilaku modeling partisipan ini pada kelompok intervensi telah meningkatkan skor kepatuhan minum obat menjadi 13.88. Berdasarkan konsep penilaian kepatuhan minum obat yang dikemukakan oleh Thompson (1999) bahwa kepatuhan dinilai secara mutlak (patuh atau tidak patuh). Dalam penelitian ini penentuan kategori kepatuhan didasarkan pada nilai rata-rata kelompok intervensi yaitu 13.88, hasilnya dari 32 responden ada 16 responden masuk kategori patuh tetapi 16 responden lainnya masuk kategori tidak patuh walau sudah diberikan terapi perilaku modeling partisipan. Hal ini mengindikasikan bahwa peningkatan kepatuhan sebesar 13.88 tidak banyak memberikan peningkatan kepatuhan yang cukup berarti pada kelompok intervensi.

Berdasarkan analisa dan pendapat peneliti bahwa ternyata banyak hal yang menentukan dan mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kepatuhan

minum obat. Temuan peneliti saat dilahan banyak klien skizofrenia yang memiliki daya tilik negatif (mengingkari penyakitnya) sehingga dibutuhkan sebuah terapi lanjutan yang mengajarkan penerimaan diri terhadap penyakit yang dialaminya secara asertif dan komitmen untuk menjalankan terapi pengobatan. Selain itu perlunya adanya upaya meningkatkan dan mempertahankan kepatuhan yang telah dicapai klien dengan terapi lanjutan berupa terapi kelompok, dimana terapi ini memanfaatkan kekuatan dan sumber daya yang dimiliki kelompok dan diharapkan mampu meminimalkan peran fasilitator serta meningkatkan aspek domain afektif dan psikomotor klien.

Berdasarkan pada pembahasan diatas maka peneliti berpendapat bahwa terapi perilaku modeling partisipan dapat direkomendasikan untuk diberikan kepada klien dengan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif dengan mengkombinasikan terapi lainnya berupa terapi *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) dan terapi kelompok suportif.

#### 6.1.6. Hubungan karakteristik responden terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif

##### 6.1.6.1. Usia

Hasil analisis univariat menggambarkan bahwa rata-rata usia responden pada kelompok intervensi lebih muda daripada kelompok kontrol, dimana kelompok intervensi 36.81 tahun dan kelompok kontrol 39.72 tahun. Berdasarkan hasil analisis statistik, ditemukan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia responden dengan kepatuhan minum obat ( $p=0.756$ ). Hasil analisis tersebut juga menyebutkan bahwa terdapat pola hubungan positif, artinya semakin bertambahnya usia maka kepatuhan minum obat semakin meningkat.

Temuan yang didapatkan peneliti ketika memberikan terapi perilaku modeling partisipan, responden yang memiliki usia muda maupun tua menunjukkan perilaku ketidakpatuhan. Hal ini bertolak belakang dengan

konsep Brunner & Suddart (2002) bahwa salah satu variabel demografi yang mempengaruhi kepatuhan adalah usia. Fleischhacker (2003) menjelaskan bahwa klien usia lanjut lebih tidak patuh dikarenakan penurunan kapasitas fungsi memori selain skizofrenia yang dialaminya. Menurut analisa peneliti karakteristik usia lanjut tidak mempengaruhi hasil penelitian ini karena usia lebih dari 60 tahun (lanjut usia) tidak masuk ke dalam kriteria inklusi pengambilan sampel. Hasil penelitian ini bertolak belakang juga dengan konsep kepatuhan menurut Niven (2002) bahwa seseorang yang memiliki usia muda lebih patuh dari pada usia tua. Hal ini memungkinkan karena usia muda memiliki kapasitas dan fungsi memori yang lebih baik untuk menerima informasi tentang pengobatan. Samalin (2010) menjelaskan bahwa persepsi dan pemahaman klien terhadap suatu obat dapat mempengaruhi kepatuhan, klien yang paham instruksi obat akan cenderung lebih patuh.

Hasil analisis statistik menunjukkan adanya pola hubungan positif antara usia dengan kepatuhan minum obat, maka membuktikan bahwa usia yang lebih tua akan meningkatkan kepatuhan minum obat pada klien PRTI. Menurut peneliti hal ini memungkinkan, karena pada usia yang lebih tua kesadaran seseorang terhadap kepatuhan dalam menjalankan program terapi lebih tinggi. Hasil penelitian ini bertentangan dengan Fleischhacker (2003) bahwa usia lanjut lebih tidak patuh dikarenakan proses degeneratif pada kapasitas memori selain skizofren yang di alami.

Berdasarkan uraian penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa variabel usia bukan faktor perancu yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien PRTI, sehingga terapi perilaku modeling partisipan dapat dilakukan pada setiap usia dengan rentang yang bervariasi.

#### 6.1.6.2. Lama sakit

Hasil analisis univariat menggambarkan rata-rata lama sakit responden pada kelompok intervensi lebih lama dibandingkan kelompok kontrol, kelompok intervensi 30.28 bulan dan kelompok kontrol 23.06 bulan. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara lama sakit dengan kepatuhan minum obat ( $p=0.561$ ). Hasil analisis tersebut juga menyebutkan bahwa terdapat pola hubungan negatif, artinya semakin lama responden mengalami sakit maka kepatuhan minum obat semakin menurun.

Temuan yang didapatkan peneliti pada klien skizofrenia yang mengalami sakit dalam rentang yang pendek maupun yang lama sama-sama menunjukkan perilaku ketidakpatuhan minum obat, hal ini terjadi karena klien menunjukkan gejala psikotik yaitu daya tilik negatif (mengingkari penyakitnya), sehingga mempengaruhi keputusan klien untuk mematuhi program pengobatan. Hal ini bertolak belakang dengan konsep Videbeck (2008) bahwa lama sakit berpengaruh terhadap kepatuhan terkait lama dan biaya dari pengobatan. Ashwin (2007 dalam Bustilo, 2008) menguraikan bahwa kejenuhan klien skizofrenia minum obat setiap hari, menyebabkan tingkat kepatuhan klien untuk meminum obat menjadi menurun. Perbedaan hasil penelitian dengan konsep yang ada dimungkinkan, karena peneliti saat menganalisis data menghubungkan lama sakit terhadap kepatuhan minum obat setelah pemberian perlakuan pada kelompok intervensi, sehingga tidak bisa menggambarkan pengaruh lama sakit terhadap kepatuhan minum obat sebelum perlakuan atau saat klien berada dirumah.

Hasil analisis statistik menunjukkan ada pola hubungan negatif antara lama sakit dengan kepatuhan minum obat, maka membuktikan bahwa semakin lamanya responden mengalami sakit maka kepatuhan minum obat semakin menurun. Menurut peneliti hal ini memungkinkan, karena seseorang yang mengalami sakit dalam kurun waktu yang lama akan

berpengaruh terhadap perilaku kepatuhan dalam menjalankan program terapi. Faktor kebosanan, putus asa terhadap manfaat terapi dan biaya yang harus dikeluarkan secara terus menerus untuk mendapatkan obat menurunkan motivasi untuk patuh terhadap program terapi. Hal ini didukung oleh konsep Brunner & Suddart (2002) bahwa lama sakit berkaitan dengan lamanya klien merasakan efek samping obat yang tidak menyenangkan sehingga dapat mempengaruhi kepatuhan.

Berdasarkan uraian penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa variabel lama sakit bukan faktor perancu yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien PRTI, sehingga terapi perilaku modeling partisipan dapat dilakukan pada setiap responden dengan rentang lama sakit yang bervariasi.

#### 6.1.6.3. Tingkat pendidikan

Hasil univariat menunjukkan bahwa mayoritas proporsi tingkat pendidikan responden sebagian besar lulus SMP, pada kelompok intervensi sebesar 40.6% dan kelompok kontrol 28.1%. Berdasarkan hasil analisis bivariat ditemukan bahwa tidak ada perbedaan kepatuhan minum obat baik pada responden yang berpendidikan lulus SD, SMP, SMA dan PT ( $p=0.147$ ).

Temuan peneliti saat melakukan penelitian bahwa latar belakang pendidikan klien baik yang rendah maupun tinggi tidak mempengaruhi kepatuhan dalam menjalankan program pengobatan. Menurut analisa peneliti klien gangguan jiwa dengan latar belakang pendidikan apapun telah mengalami gangguan kognitif dalam menerima proses informasi saat belajar perilaku kepatuhan. Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan konsep Brunner & Suddart (2002) bahwa salah satu variabel demografi: pendidikan dapat mempengaruhi kepatuhan. Samalin (2010) menjelaskan bahwa kurangnya informasi (pengetahuan) mempengaruhi

kepatuhan, klien yang paham terhadap instruksi pengobatan akan cenderung lebih patuh.

Berdasarkan hasil analisis yang mendasari tersebut maka dapat disimpulkan bahwa variabel tingkat pendidikan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien PRTI, sehingga pemberian terapi perilaku modeling partisipan dapat diterapkan pada semua tingkat pendidikan baik SD, SMP, SMU maupun lulus PT.

#### 6.1.6.4. Tipe penyakit

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa proporsi tipe penyakit responden sebagian besar skizofrenia tak terinci, pada kelompok intervensi 40.6% dan kelompok kontrol 46.9%. Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa tidak ada perbedaan kepatuhan minum obat baik pada responden yang memiliki tipe penyakit paranoid, hebrefenik, kataton, residual dan tak terinci ( $p=0.433$ ).

Temuan peneliti menunjukkan bahwa kepatuhan minum obat pada klien PRTI tidak ditentukan dan dilihat dari tipe penyakitnya, baik tipe paranoid, hebrefenik, kataton, residual maupun tak terinci sama-sama menunjukkan perilaku ketidakpatuhan. Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan konsep yang dikemukakan Fleischhacker (2003) bahwa klien skizofrenia dengan gejala negatif dapat memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi maupun rendah. Bertolak belakang juga dengan hasil penelitian Saenz & Marinelli (1998) bahwa klien skizofrenia yang mengalami gangguan bipolar dan memiliki daya tilik negatif dapat mempengaruhi kepatuhan dalam pengobatan. Menurut analisa peneliti gejala skizofrenia yang muncul pada klien PRTI berkontribusi mendukung ketidakpatuhan pengobatan, terutama gejala negatif dapat menurunkan motivasi mematuhi program pengobatan.

Berdasarkan hasil analisis diatas maka dapat disimpulkan bahwa variabel tipe penyakit bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien PRTI, sehingga pemberian terapi perilaku modeling partisipan dapat diterapkan pada semua tipe penyakit baik paranoid, hebrefenik, kataton, residual maupun tak terinci.

#### 6.1.6.5. Jenis obat

Hasil analisis univariat menggambarkan bahwa proporsi jenis obat yang digunakan responden sebagian besar tipikal, pada kelompok intervensi 68.6% dan kelompok kontrol 50%. Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa tidak ada perbedaan kepatuhan minum obat baik pada responden yang menggunakan jenis obat atipikal, tipikal dan kombinasi ( $p=0.812$ ). Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan konsep Samalin (2010) bahwa ada hubungan obat yang dikonsumsi dengan kepatuhan minum obat terkait kemanjuran dan tolerabilitas antipsikotik. Menurut Fleischhacker (2003) bahwa klien yang mengalami efek terapeutik pengobatan menunjukkan kepatuhan yang lebih tinggi, sementara klien yang tidak merasakan efek terapeutik dari pengobatan memiliki tingkat kepatuhan yang rendah.

Analisa dan temuan peneliti ketika dilahan bahwa jenis obat yang digunakan klien ada hubungannya dengan efek samping obat yang dirasakan. Klien yang menggunakan obat jenis tipikal cenderung lebih tidak patuh minum obat, hal ini terjadi karena efek samping yang ditimbulkan oleh jenis obat tersebut yang tidak mampu ditoleransi oleh klien. Hal ini senada dengan konsep yang dikemukakan Maslim (2001) menguraikan jenis obat tipikal memiliki efek samping extrapiramidal yang lebih tinggi. Brunner & Suddart (2002) juga menguraikan bahwa efek samping yang tidak menyenangkan dari obat dapat mempengaruhi kepatuhan.

Berdasarkan hasil analisis diatas maka dapat disimpulkan bahwa variabel jenis obat bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien PRTI, sehingga pemberian terapi perilaku modeling partisipan dapat diterapkan pada semua responden yang menggunakan jenis obat baik atipikal, tipikal maupun kombinasi.

#### 6.1.6.6. Jenis kelamin

Hasil univariat menunjukkan bahwa proporsi jenis kelamin responden yang paling banyak berjenis kelamin perempuan, kelompok intervensi sebesar 75% dan kelompok kontrol 46.9%. Berdasarkan hasil bivariat ditemukan bahwa tidak ada perbedaan kepatuhan minum obat antara yang berjenis kelamin laki-laki dengan perempuan ( $p=0.410$ ).

Berdasarkan temuan peneliti saat dilahan bahwa klien laki-laki maupun wanita sama-sama memiliki dan menunjukkan perilaku ketidakpatuhan minum obat. Hasil penelitian ini berbeda dengan konsep yang dikemukakan oleh Fleischhacker (2003) dan Brunner & Suddart (2002) bahwa jenis kelamin dapat mempengaruhi kepatuhan. Fleischhacker (2003) menjelaskan perempuan lebih patuh dari pada laki-laki. Menurut analisa peneliti pengambilan sampel penelitian ini secara kebetulan didominasi oleh responden perempuan, sehingga perbedaan jenis kelamin kurang bisa menggambarkan tingkat kepatuhan minum obat.

Berdasarkan hasil analisis diatas maka dapat disimpulkan bahwa variabel jenis kelamin bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien PRTI, sehingga pemberian terapi perilaku modeling partisipan dapat diterapkan pada semua jenis kelamin. Jenis kelamin laki-laki maupun perempuan dapat menunjukkan kepatuhan minum obat pada klien PRTI.

#### 61.6.7. Status perkawinan

Hasil univariat menjelaskan bahwa proporsi status perkawinan responden yang paling banyak tidak kawin, pada kelompok intervensi 59.4% dan kelompok kontrol 50%. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kepatuhan minum obat antara responden yang berstatus kawin dan yang tidak kawin ( $p=0.561$ ).

Analisa peneliti berdasarkan temuan di lahan bahwa kepatuhan minum obat antara responden yang berstatus kawin maupun yang tidak kawin menunjukkan tingkat kepatuhan yang sama. Hal ini dimungkinkan tidak selalu klien yang berstatus tidak kawin tidak memiliki dukungan sosial, bisa saja klien tinggal bersama keluarga dan tetap mendapatkan dukungan sosial dari keluarga terhadap perawatan dan keputusan mematuhi program pengobatan. Senada dengan konsep yang dikemukakan oleh Samalin (2010) bahwa tingkat dukungan sosial yang tersedia merupakan prediktor yang akurat dari kepatuhan. Niven (2002) menjelaskan bahwa keluarga berperan dalam pengambilan keputusan perawatan dari anggota keluarga yang sakit dan menentukan keputusan untuk mencari serta mematuhi anjuran pengobatan. Hal ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Wardani (2009) bahwa keluarga dapat berperan dalam ketidakpatuhan klien, seperti: respon simpati terhadap efek samping obat yang dirasakan klien, sikap mendukung ketidakpatuhan dan ungkapan yang menurunkan motivasi minum obat.

Berdasarkan hasil analisis diatas maka dapat disimpulkan bahwa variabel status perkawinan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien PRTI, sehingga pemberian terapi perilaku modeling partisipan dapat diterapkan pada semua responden baik yang berstatus kawin maupun tidak kawin.

## 6.2 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti mendapatkan dan memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang bisa menjadi ancaman. Faktor-faktor tersebut seperti: kegiatan pada sesi terapi dan kuesioner kepatuhan.

### 6.2.1 Kegiatan sesi terapi perilaku modeling partisipan

Pada sesi ketiga, kegiatan membudayakan perilaku kepatuhan minum obat dilakukan terapis hanya dilakukan 1 kali pertemuan tanpa melibatkan perawat diruangan dengan kegiatan evaluasi yang terstruktur, sehingga pembudayaan perilaku kepatuhan ini kurang bisa di ukur.

### 6.2.2 Kuesioner kepatuhan minum obat

Penyusunan kuesioner kepatuhan minum obat dikombinasi dari *MARS (Medication Adherence Rating Scale)* oleh Thompson (1999) dan disusun berdasarkan teori kepatuhan yang dikembangkan sendiri oleh peneliti pada tinjauan pustaka. Idealnya kuesioner kepatuhan minum obat ini seharusnya diisi sendiri oleh responden. Selain itu tidak terdapatnya petunjuk teknis penilaian dari setiap *item* pertanyaan pada kuesioner, membuat tim pengumpul data kadang masih kebingungan saat melakukan observasi.

## 6.3 Implikasi Penelitian

### 6.3.1 Pelayanan Keperawatan Jiwa di tatanan klinik (Rumah Sakit)

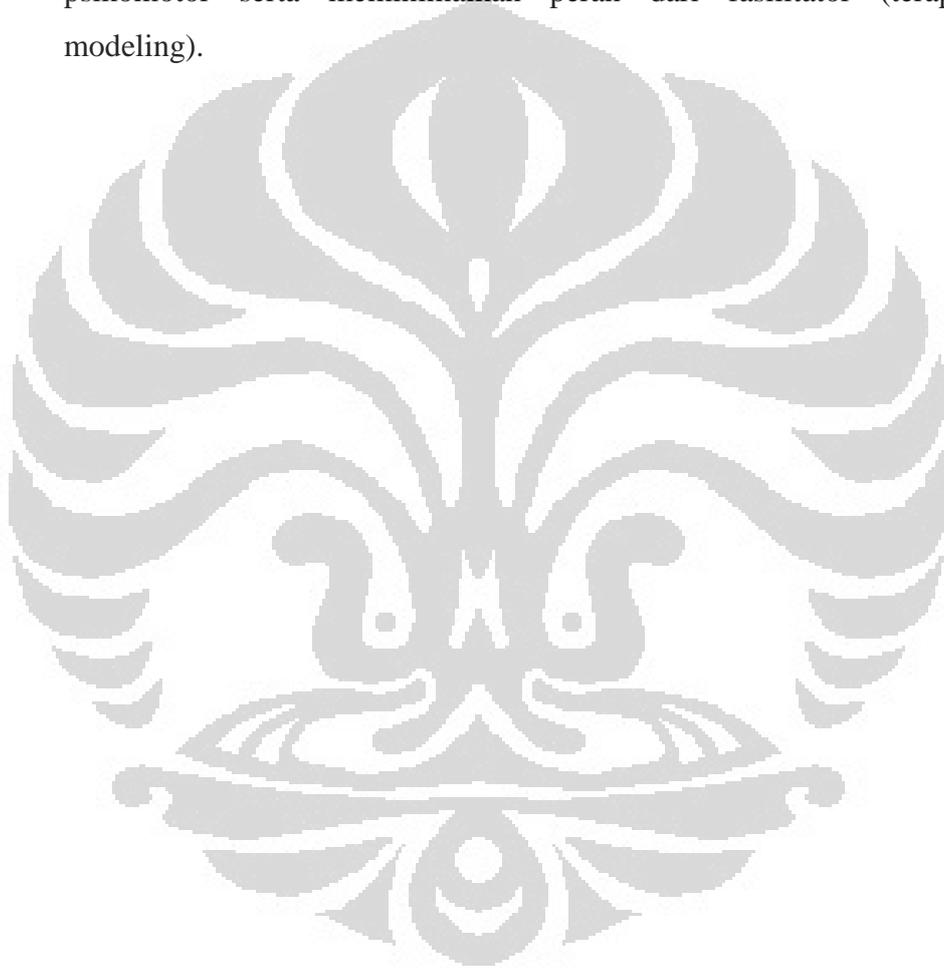
Peningkatan kepatuhan minum obat yang telah dicapai klien, merupakan *media role model* bagi pasien PRTI yang ada diruangan. Adanya upaya dari perawat untuk melakukan monitoring dan evaluasi perilaku kepatuhan minum obat yang telah dicapai klien selama di Rumah Sakit maupun ketika klien sudah kembali kerumah. Meningkatnya indikator mutu pelayanan keperawatan Rumah Sakit yaitu: penurunan lama rawat (*long of stay*).

### 6.3.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan Jiwa

Hasil penelitian ini merupakan dasar bagi pengembangan keilmuan keperawatan jiwa terkait masalah diagnosa gangguan dan terapi keperawatan jiwa pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

### 6.3.3 Penelitian selanjutnya

Rujukan bagi penelitian selanjutnya bahwa kepatuhan minum obat pada klien PRTI perlu ditingkatkan, mengingat jumlah pertemuan pada tiap sesi terapi cukup terbatas, yaitu hanya dilakukan satu kali pertemuan per tiap sesi. Selain itu, perlunya sebuah terapi lanjutan yang bisa meningkatkan kemampuan kepatuhan minum obat dari penerimaan klien terhadap penyakit dan komitmen terapi, peningkatan kepatuhan dari domain afektif dan psikomotor serta meminimalkan peran dari fasilitator (terapis dan modeling).



## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Simpulan**

Simpulan terhadap hasil penelitian pengaruh terapi perilaku modeling partisipan terhadap kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif adalah sebagai berikut:

- 7.1.1 Karakteristik responden dalam penelitian ini antara lain: rata-rata usia responden pada kelompok intervensi 36.81 tahun dan kelompok kontrol 39.72 tahun; rata-rata lama sakit responden kelompok intervensi 30.28 bulan dan kelompok kontrol 23.06 bulan; mayoritas responden berjenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan lulus SMP, tidak kawin, tergolong tipe skizofrenia tak terinci dan jenis obat yang digunakan adalah tipikal.
- 7.1.2 Terdapat perbedaan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi sebelum dan setelah pemberian terapi perilaku modeling partisipan.
- 7.1.3 Tidak terdapat perbedaan kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol sebelum dan setelah pemberian terapi perilaku modeling partisipan.
- 7.1.4 Terdapat perbedaan kepatuhan minum obat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah mendapatkan terapi perilaku modeling partisipan.
- 7.1.5 Tidak ada pengaruh antara usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, tipe penyakit dan jenis obat dengan kepatuhan minum obat pada klien penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.

#### **7.2 Saran**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dilakukan, disarankan:

##### **7.2.1 Pelayanan keperawatan jiwa**

Bagi pasien, agar aktif berkomunikasi dengan perawat tentang efek terapi dan efek samping yang dirasakan sehingga perilaku kepatuhan minum obat dapat dipertahankan baik selama di Rumah Sakit maupun ketika sudah kembali kerumah. Bagi perawat, supaya memfasilitasi kegiatan monitoring kepatuhan minum obat melalui kerjasama dengan perawat komunitas dalam bentuk kegiatan *home visit*, integrasi, pendidikan kesehatan dan

*family gathering*, selain itu perawat diharapkan meningkatkan kompetensinya untuk menjadi spesialis jiwa agar mampu menerapkan terapi perilaku modeling partisipan ini diruangan. Bagi Rumah Sakit, agar membentuk perkumpulan sehat jiwa guna memfasilitasi pasien dan keluarga yang memerlukan informasi tentang gangguan jiwa khususnya dengan masalah keperawatan PRTI.

#### 7.2.2 Keilmuan dan pendidikan keperawatan jiwa

Melakukan sosialisasi dan publikasi ke dalam jurnal keperawatan mengenai manfaat terapi perilaku modeling partisipan pada klien PRTI sehingga dapat dijadikan pedoman bagi pengembangan terapi keperawatan jiwa

#### 7.2.3 Bagi Peneliti Lain

7.2.3.1 Mengembangkan penelitian selanjutnya dengan menambah jumlah pertemuan di tiap sesi terapi dan melibatkan perawat ruangan dalam kegiatan pembudayaan perilaku kepatuhan minum obat di sesi tiga dari terapi perilaku modeling partisipan.

7.2.3.2 Mengembangkan penelitian berikutnya dengan memberikan petunjuk teknis dari penilaian kuesioner kepatuhan minum obat dan pemberian terapi kombinasi berupa terapi *Acceptance and commitment therapy* serta terapi lanjutan berupa terapi kelompok suportif pada klien PRTI.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2009). *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktik*. Edisi revisi 8. Jakarta: Rineka Cipta.
- Australian college of pharmacy practice, (2001). *Compliance and concordance*. 02 Desember 2011. [http://www.kepatuhan minum obat.com](http://www.kepatuhan_minum_obat.com).
- Benhard, R. (2007). *Skizofrenia dan diagnosis banding*. Jakarta: FKUI.
- Brunner & Suddarth. (2002). *Keperawatan Medikal - Bedah*. Edisi 8 Volume 1. Jakarta: EGC.
- Bustilo, J.R. (2008). *Schizophrenia*. Dikases dari <http://www.schizophrenia.com> pada tanggal 25 Maret 2011.
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan: pedoman melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: Trans info media.
- Farmer, K.C. (1999). *Contemporary Issues: Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice*. *Clinical Therapeutics*, vol.21, No.6.
- Fleischhacker, W., Oehl, M.A. & Hummer, M. (2003). *Factors Influencing Compliance in Schizophrenia Patients*. *Journal Clin Psychiatry*; 64 (suppl 16); 10-13.
- Fong, M., (1991). *The effect of self-reinforcement and participant modeling on adherence to biofeedback home practice*. Arizona State University.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. FKM UI. Depok: Tidak dipublikasikan.
- Hawari, D. (2001). *Pendekatan holistik pada gangguan jiwa: SKIZOFRENIA*, Jakarta: FKUI.
- Herdman T.H. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Horvath, T., Dickson, C., Langer, S., & Bourret, J., (2010). *A comparison of in-vivo and video modeling procedures for teaching functional response chains to individuals with developmental disabilities*. Northeastern University.
- Hughes, I., Hill, B., & Budd, R. (1997). *Compliance with antipsychotic medication: From theory to practice*. *Journal of Mental Health*, 6(5), 473-489.

- Johnson M., Maas, M. & Moorhead, S. (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 5<sup>th</sup> ed. Mosby year book.
- Joys. (2011). *Pengertian skizofrenia*. Diakses dari <http://joys-inspiration.blogspot.com> pada tanggal 17 Januari 2012.
- Kandar. (2011). *Analisis deskriptif penyebab kekambuhan klien Skizofrenia dirawat ulang di RSJD AGH Semarang*. Bidang perawatan RSJD AGH. Semarang: Tidak dipublikasikan.
- Kusuma, W. (2007). *Kedaruratan psikiatrik dalam praktek*. Jakarta: Professional Books.
- Maslim, R. (2001). *Penggunaan Klinis Obat Psikotropik (Psychotropic Medication)*. Edisi ketiga. Jakarta.
- Mc Closkey, J.C. & Bulechek, G.M. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5<sup>th</sup> ed. Mosby year book.
- Nelson-Jones, R. 2011. *Teori dan praktik konseling dan terapi*. Edisi 4. Pustaka pelajar : Yogyakarta.
- Niven, N. (2002). *Psikologi kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan, pedoman skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalim, M. (2009). *Modeling Partisipan*. Diakses dari <http://www.slideshare.net> pada tanggal 19 Februari 2012.
- Parendrawati, D.P. (2008). *Efektifitas Terapi perilaku : Token ekonomi pada klien Defisit perawatan diri (DPD) di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor*. Tesis FIK UI. Depok: Tidak dipublikasikan.
- Polit, H. (2004). *Nursing research: principles and methods*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Prabowo, A. (2010). *50 persen pasien Skizofrenia kambuh*. Diakses dari <http://adhyatmanprabowo.wordpress.com> pada tanggal 16 Maret 2012.
- Rekam Medik RSJD Dr. AminoGondohutomo Semarang. (2011). *Laporan Tahunan 2011*. Semarang: Tidak dipublikasikan.
- Saenz, D., & Marinelli, R.P. (1998). *A retrospective study of the correlation between diagnosis of schizophrenia or bipolar disorder and medication noncompliance*. West Virginia University.

- Samalin, L., Blanc, O., & Llorca, P. M. (2010). *Optimizing treatment of schizophrenia to minimize relapse*. *Expert Review of Neurotherapeutics* 10(2). 147-50.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi 4. Jakarta : Sagung Seto.
- Sears, D., Freedman, J., & Peplau, L.A. (1994). *Psikologi sosial*. Edisi 5. Jilid 2. Jakarta: Erlangga.
- Smet, B. (1994). *Psikologi kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Sosrosuhardjo, D. (2010). *Gangguan jiwa mengancam bangsa*. Diakses dari <http://erabaru.net/kesehatan> pada tanggal 17 Januari 2012.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8<sup>th</sup> edition). St.Louis: Mosby.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (1998). *Buku saku keperawatan jiwa*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Teguh. (2011). *19 juta penduduk Indonesia gangguan jiwa*. Diakses dari <http://harianhaluan.com> pada tanggal 17 Januari 2012.
- Thompson, K.J. Kulkarni, A.A. Sergejew. (1999). *Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses*. *Schizophrenia Research* 42 (2000) 241–247.
- Videbeck , S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Ward, S., Duehn, W., (1999). *Participant modeling in a sexual abuse prevention program*. The University of Texas at Arlington.
- Wardani, I.Y., (2009). *Pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan*. Tesis FIK UI. Depok: Tidak dipublikasikan.
- WHO (2012). *Health topic: Mental disorders*. Diakses dari [www.who.int](http://www.who.int) pada tanggal 04 Juni 2012.
- Widowati, T. (2011). *Orang Gila di Jawa tengah lebih dari 30.000*. Diakses dari <http://nasional.kompas.com> pada tanggal 17 Januari 2012.
- Winarto, J. (2011). *Teori Belajar social Albert Bandura*. Diakses dari <http://edukasi.kompasiana.com> pada tanggal 06 Maret 2012.

## Lampiran 1

### PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang menyatakan di bawah ini :

Nama : Dwi Indah Iswanti

No HP : 081325758841

Pembimbing I : Novy Helena Catharina Daulima, S.Kp, M.Sc.

Pembimbing II : Ice Yulia Wardani, SKp, M.Kep, Sp.Kep.J

Adalah mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian dengan tema :

**“PENGARUH TERAPI PERILAKU: MODELING PARTISIPAN TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT PADA KLIEN PENATALAKSANAAN REGIMEN TERAPEUTIK TIDAK EFEKTIF DI RSJD dr. AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG”.**

Adapun hasil penelitian ini nantinya akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan kesehatan jiwa. Peneliti menjamin bahwa hasil penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak saudara sebagai responden dengan cara : (1) menjaga kerahasiaan data yang diperoleh dan (2) menghargai keinginan saudara sebagai responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian penjelasan mengenai penelitian yang akan saya lakukan, sebelumnya saya ucapkan terima kasih atas kesediaan saudara menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Hormat saya,

Dwi Indah Iswanti

Universitas Indonesia

## Lampiran 2

### LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapatkan informasi mengenai penelitian ini, saya mengerti dan memahami manfaat dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan. Saya yakin bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung hak-hak saya sebagai responden dan penelitian ini tidak akan berdampak negatif pada saya. Saya mengerti partisipasi saya sebagai responden akan memberikan manfaat besar bagi peningkatan kualitas asuhan keperawatan jiwa. Maka dengan ini, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian dan menandatangani lembar persetujuan.

Semarang, 2012

Responden,

( )

### Lampiran 3

#### LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI MODELING PARTISIPAN

Setelah mendapatkan informasi mengenai penelitian ini, saya mengerti dan memahami manfaat dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan. Saya yakin bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung hak-hak saya sebagai modeling dan penelitian ini tidak akan berdampak negatif pada saya. Saya mengerti partisipasi saya sebagai modeling akan memberikan manfaat besar bagi peningkatan kualitas asuhan keperawatan jiwa terutama bagi responden dengan diagnosa penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif. Maka dengan ini, saya menyatakan bersedia menjadi modeling dalam penelitian dan menandatangani lembar persetujuan.

Semarang, 2012

Modeling,

( )

## Lampiran 4

### INSTRUMEN A: KARAKTERISTIK RESPONDEN (pre test)

Kode responden :  (di isi oleh peneliti)

Petunjuk pengisian :

1. Isilah pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda *check list* (√) pada jawaban yang sesuai saudara alami
2. Setiap pernyataan dibawah ini berisi satu jawaban
3. Tidak ada jawaban benar atau salah, sehingga saudara bebas menentukan pilihan

#### Pertanyaan :

1. Berapa usia saudara? : Tahun bulan
2. Apa jenis kelamin saudara? : (1) Laki-laki  
: (2) Perempuan
3. Apa pendidikan saudara? : (1) SD  
: (2) SMP  
: (3) SMA  
: (4) PT
4. Apakah status perkawinan saudara? : (1) Menikah  
: (2) Tidak menikah
5. Lama sakit : Bulan
6. Tipe penyakit : ..... (di isi oleh perawat)
7. Jenis obat : (1) Atipikal  
(2) Tipikal  
(3) Kombinasi

## Lampiran 5

### INSTRUMEN B: KUESIONER KEPATUHAN MINUM OBAT (Pre & Post test)

Kode responden :   
No. CM :  
Ruangan :  
Tanggal observasi:  
Observasi ke :  
Nama observe:

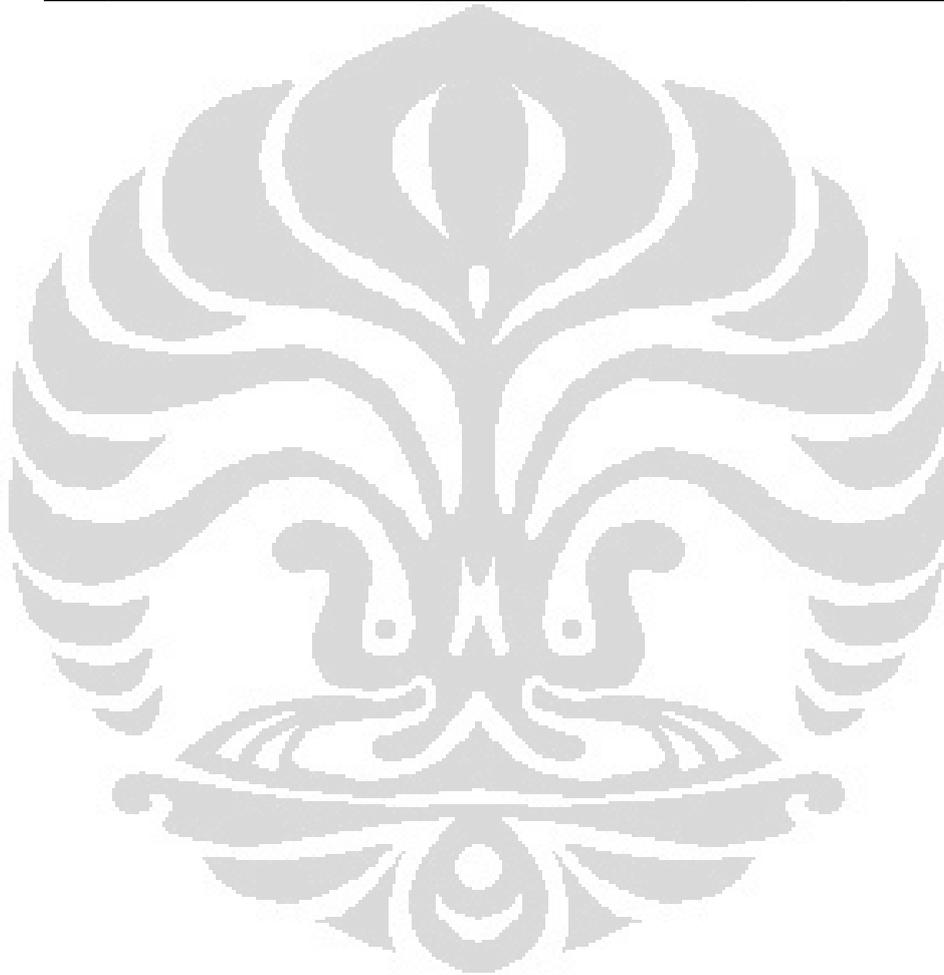
(diisi oleh perawat ruangan)

#### A. Petunjuk pengisian :

1. Isilah pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda *check list* (√) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan apa yang dilakukan klien selama ini dalam manajemen obat diruangan. Tidak : tidak pernah melakukan. Ya : pernah dalam 2 hari melakukan minimal 1 kali atau lebih
2. Amati kondisi responden dengan teliti dan seksama, terutama klien kelolaan saudara yang tidak patuh minum obat

No	Pernyataan	Ya (0)	Tidak (1)
1	Apakah klien lupa meminum obatnya?		
2	Apakah klien melanggar jadwal waktunya minum obat?		
3	Apakah klien harus selalu diingatkan jadwal waktunya minum obat?		
4	Apakah klien tidak mandiri meminta obat kepada perawat?		
5	Apakah klien harus dipanggil terlebih dahulu saat waktunya minum obat		
6	Apakah klien masih harus dipaksa dan diawasi ketika minum obat?		
7	Apakah klien tidak mengetahui nama obat yang biasa ia minum?		
8	Apakah klien tidak meminum obatnya dengan benar (nama, aturan dan cara minum)?		
9	Apakah klien tidak mengetahui manfaat obat yang ia minum selama ini?		
10	Apakah klien tidak mengetahui efek samping obat yang ia minum?		
11	Apakah klien mengeluh setelah minum obat ia menjadi lelah, lamban dan seperti robot?		
12	Jika klien merasa tidak enak setelah minum obat, apakah dia berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dari perawat?		
13	Sebaliknya ketika klien merasa sudah sembuh, apakah ia berhenti meminum obatnya?		
14	Apakah klien tidak mengetahui cara mengatasi efek samping obat?		

15	Apakah klien beranggapan bahwa minum obat hanya ketika sakit saja?		
16	Apakah klien menolak mengutarakan dengan meminum obatnya dapat mengontrol pikiran, emosi dan perilakunya?		
17	Apakah klien tidak mampu mengontrol pikiran, emosi dan perilakunya dengan minum obat?		
18	Apakah klien tidak menolak mengutarakan dengan minum obat dapat mencegah kambuh/ sakit kembali?		
19	Tanyakan pada klien ketika obat akan habis, apakah ia tidak perlu datang ke Rumah Sakit untuk kontrol?		
20	Tanyakan pada klien apakah kontrol rutin tidak ada hubungannya dengan kekambuhan mereka?		



## Lampiran 6

### *Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses* Oleh Katherine Thompson (1999)

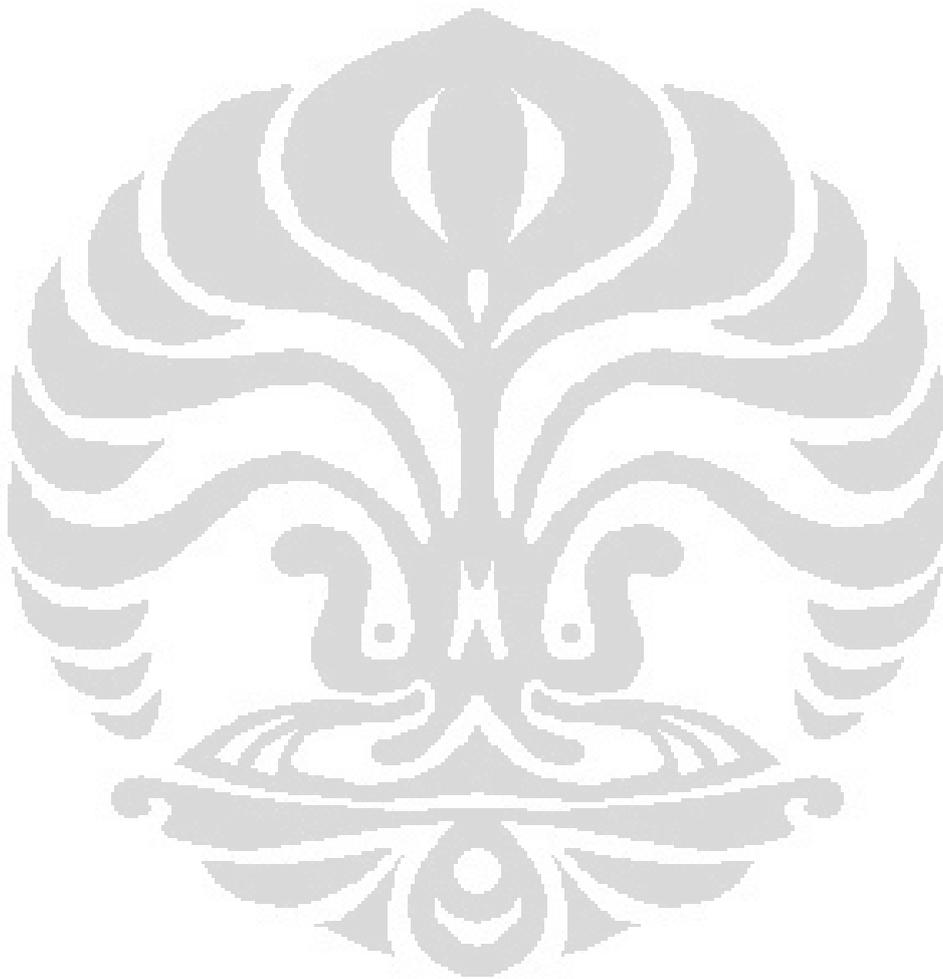
No.	Pernyataan	Ya (0)	Tidak (1)
1	Apakah anda pernah lupa minum obat?		
2	Apakah anda ceroboh tentang waktu minum obat?		
3	Ketika anda merasa lebih baik, apakah anda kadang-kadang berhenti minum obat?		
4	Kadang jika anda merasa lebih buruk ketika mengkonsumsi obat,apakah anda berhenti minum obat?		
5	Saya minum obat hanya jika sakit		
6	Ini tidak biasa bagi pikiran dan tubuh saya untuk dikontrol oleh obat-obatan		
7	Pikiran saya lebih jernih setelah minum obat		
8	Dengan selalu mengkonsumsi obat, saya bisa mencegah sakit		
9	Saya merasa aneh, seperti robot setelah minum obat		
10	Obat-obatan membuat saya merasa lelah dan lamban		

#### Skala :

Salah satu keuntungan dari MARS ini dibandingkan dengan metode pengukuran kepatuhan lainnya, MARS ini menilai perilaku “tidak semua atau sama sekali” (*behaviour is not all-or-nothing*) (Hughes et al., 1997, Kane, 1983). Pengukuran kepatuhan yang sudah digunakan selama ini dengan menentukan skala. Contohnya: klien kadang lupa dengan pengobatannya dan secara aktif mengabaikan pengobatan, maka ia bisa diberi skor nilai (1) dengan indikasi kepatuhannya kurang, akan tetapi jika klien memiliki skor (9) maka ia memiliki kepatuhan yang baik (Thompson, 1999).

**Lampiran 7**

**INSTRUMEN C:  
MODUL DAN BUKU KERJA  
PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI PERILAKU MODELING  
PARTISIPAN**



# **MODUL PEDOMAN PELAKSANAAN**

## **TERAPI PERILAKU: MODELING PARTISIPAN**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

*Disusun oleh:*

*Dwi Indah iswanti, S.Kep, Ns  
Novy Helena Catharina Daulima, S.Kp, M.Sc.  
Ice Yulia Wardani, SKp, M.kep, Sp.Kep.J*

***PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN JIWA***

***FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN***

***UNIVERSITAS INDONESIA***

***2012***

**Universitas Indonesia**

## **MODUL PELAKSANAAN TERAPI PERILAKU MODELING PARTISIPAN**

### **A. Pengertian**

Modeling adalah suatu strategi yang digunakan untuk membentuk perilaku baru, meningkatkan ketrampilan atau meminimalkan perilaku yang dihindari (Laraia, 2009). Sedangkan menurut Nelson (2011) menguraikan modeling partisipan menekankan kinerja in vivo pada tugas-tugas yang ditakutkan, dengan konsekuensi yang dimunculkan oleh kinerja sukses yang dianggap sebagai wahana utama bagi perubahan psikologis.

Menurut Bandura (1974, dalam Winarto, 2011) menguraikan istilah Modeling sesungguhnya tidak tepat kalau hanya peniruan terhadap apa yang dilakukan seorang model (orang lain), tetapi modeling melibatkan penambahan dan atau pengurangan tingkahlaku yang teramati, menggeneralisir berbagai pengamatan sekaligus dengan melibatkan proses kognitif.

### **B. Tujuan Terapi**

Merubah perilaku lama pasien dengan memberikan role model dari seorang modeling (partisipan) sehingga menghasilkan perilaku baru yaitu kepatuhan terhadap program pengobatan

### **C. Prinsip Terapi**

1. Pasien melihat dan mengobservasi contoh perilaku untuk mengontrol lingkungan yang dimodelkan oleh terapis,
2. Pasien meniru perilaku yang dicontohkan terapis
3. Terapis dan pasien menampilkan perilaku bersama-sama sebelum ditampilkan oleh pasien secara mandiri
4. Terapis menjaga tingkat kepercayaan/ kredibilitas didepan pasien
5. Modeling mengubah tingkah laku lama disamping mempelajari tingkahlaku baru,
6. Tingkahlaku model yang diterima secara sosial dapat memperkuat respon yang sudah dimiliki pengamat.

7. Tingkahlaku model yang tidak diterima secara sosial dapat memperkuat atau memperl lemah pengamat untuk melakukan tingkahlaku yang tidak diterima secara social.
8. Kalau tingkahlaku yang tidak dikehendaki itu justru diganjar, pengamat cenderung meniru tingkahlaku itu, sebaliknya kalau tingkahlaku yang tidak dikehendaki itu dihukum, respon pengamat menjadi semakin lemah. .

#### **D. Kriteria Pasien**

Modeling partisipan dapat digunakan pada individu, baik pasien di ruang psikiatri atau untuk pasien anak-anak dan remaja. Pasien psikiatri yang diberikan terapi ini pada umumnya adalah pasien dengan diagnosa keperawatan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif karena ketidakpatuhan pasien menjalani program pengobatan.

#### **E. Kriteria Model**

1. Model memiliki perilaku patuh minum obat
2. Model dalam satu ruangan dengan pasien
3. Model telah mencapai tingkat perawatan minimal care
4. Model bersedia secara aktif menjadi role model bagi pasien

#### **F. Panduan Terapi**

1. Tingkahlaku baru melalui modeling partisipan diperoleh karena adanya kemampuan kognitif.
2. Stimuli berbentuk tingkahlaku dari modeling ditranformasi menjadi gambaran mental, kemudian menjadi simbol verbal yang dapat diingat suatu saat nanti.
3. Ketampilan kognitif yang bersifat simbolik ini, membuat orang dapat mentranform apa yang dipelajarinya atau menggabung-gabung apa yang diamatinya dalam berbagai situasi menjadi pola tingkahlaku baru.

#### **G. Tahapan Terapi**

Terapi modeling partisipan yang dikembangkan mengacu pada tahapan terapi modeling partisipan yang dikemukakan oleh Nelson (2011), Stuart laraia (2009) & Bandura (1974) serta dimodifikasi dengan prinsip komunikasi terapeutik dalam keperawatan, yaitu:

- Sesi 1 : Mengidentifikasi perilaku tidak patuh minum obat dan memberikan role model cara patuh minum obat
- Sesi 2 : Mendampingi pasien minum obat dan membantu mengatasi efek samping obat
- Sesi 3 : Membudayakan perilaku patuh minum obat tanpa pendampingan dari terapis
- Sesi 4 : Mendiskusikan manfaat terapi dan mencegah kekambuhan

## H. Pelaksanaan

### SESI I : Mengidentifikasi perilaku ketidakpatuhan minum obat, Memberikan role model cara patuh minum obat

#### 1. Tujuan

- a. Pasien dapat menyepakati program terapi modeling partisipan untuk membentuk perilaku baru: kepatuhan minum obat.
- b. Pasien memiliki gambaran cara patuh minum obat dari seorang modeling (partisipan) yang sukses menjalani program pengobatan

#### 2. Langkah-langkah

##### a. Persiapan

- 1). Mengingatkan pasien 1 jam sebelum pelaksanaan terapi
- 2). Mempersiapkan model, alat, dan tempat pertemuan

##### b. Orientasi

###### 1) Salam terapeutik

- a) Salam dari terapis kepada pasien
- b) Memperkenalkan nama dan panggilan terapis, kemudian menanyakan nama dan panggilan pasien

###### 2) Evaluasi/validasi

Menanyakan bagaimana perasaan pasien dan menanyakan kegiatan mengenai minum obat.

###### 3) Kontrak

- a) Menjelaskan tujuan terapi secara umum dan topik pertemuan: mengidentifikasi perilaku ketidakpatuhan minum obat dan memberikan role model cara patuh minum obat
- b) Terapis mengingatkan langkah-langkah terapi pada setiap sesi sebagai berikut :
  - Menyepakati pelaksanaan terapi 4 sesi
  - Lama kegiatan sesi 1 : 25 menit, sesi 2 : 15-20 menit, sesi 3 : 15 menit, dan sesi 4: 15
  - Pasien dapat mengikuti sesi 1 ini dari awal sampai akhir dan memahami kontrak yang akan dibuat bersama terapis.

**c. Kerja**

- Menanyakan kepada pasien tentang pengalaman tidak patuh minum obat selama ini.
- Terapis mencatat pengalaman ketidakpatuhan pasien dalam hal minum obat
- Terapis menjelaskan tentang terapi modeling partisipan kepada pasien yang terdiri dari 4 bagian
- Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya
- Memberikan contoh cara patuh minum obat melalui role model yang diberikan oleh modeling bersama terapis.
- Pasien meredemonstrasikan kembali ketrampilan cara patuh minum obat
- Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan pasien yang telah dilakukan dengan menjelaskan makna dan manfaat yang akan didapatkan pasien jika patuh minum obat dengan benar
- Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya
- Terapis memberikan pujian atas kemampuan pasien yang dimiliki.

**d. Terminasi**

**1) Evaluasi**

**a) Subyektif**

Menanyakan perasaan pasien setelah selesai sesi 1

**b) Obyektif**

- Menyimpulkan hasil diskusi sesi 1
- Menanyakan kembali tentang cara patuh minum obat dan manfaat yang akan didapatkan kelak.
- Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan kemampuan pasien dalam menyampaikan pengalaman ketidakpatuhan dan kemampuan pasien melakukan cara patuh minum obat.
- Memasukkan dalam jadwal kegiatan

**2) Tindak Lanjut**

- Menganjurkan pasien untuk mempraktekkan cara patuh minum obat sesuai yang telah diajarkan
- Menyepakati jadwal kegiatan cara patuh minum obat

**3) Kontrak yang akan datang**

- Menyepakati topik sesi 2 yaitu terapis akan mendampingi pasien minum obat dan menurunkan kecemasan terhadap efek samping obat yang tidak menyenangkan bagi pasien
- Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya.

## DOKUMENTASI SESI I

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak		
2	Mampu menyebutkan tujuan terapi		
3	Mampu menyebutkan pengalaman ketidakpatuhan minum obat selama ini		
4	Mengikuti kegiatan saat modeling dan terapis memberi contoh cara patuh minum obat		
5	Melakukan redemonstrasi minum obat tepat waktu		
6	Melakukan redemonstrasi meminta obat kepada perawat		
7	Melakukan redemonstrasi minum obat dengan prinsip benar		
8	Menyebutkan kembali cara mengatasi efek samping obat		
9	Menyebutkan kembali manfaat dari minum obat		
	<b>Jumlah</b>		

## **SESI II: Mendampingi pasien minum obat dan membantu mengatasi efek samping obat**

### **1. Tujuan**

- a. Pasien dapat melaksanakan kemampuan minum obat dengan prinsip benar
- b. Pasien dapat melatih kemampuan mengatasi efek samping yang tidak menyenangkan.
- c. Pasien dapat melaksanakan kemampuan mengatasi efek samping yang tidak menyenangkan

### **2. Langkah-langkah kegiatan**

#### **a. Persiapan**

- 1) Mengingatn kontrak dengan pasien
- 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

#### **b. Orientasi**

##### **1) Salam terapeutik**

Salam dari terapis kepada pasien

##### **2) Evaluasi/validasi**

- Menanyakan bagaimana perasaan pasien
- Menanyakan kepada pasien tentang kegiatan kemarin yang telah dilakukan yaitu : cara patuh minum obat
- Meminta pasien untuk menjelaskan kegiatan cara patuh minum obat yang telah dilakukan
- Memberi pujian jika pasien telah melakukan

##### **3) Kontrak**

- Menyepakati terapi sesi 2
- Menjelaskan tujuan sesi 2 yaitu mendampingi pasien minum obat dan membantu mengatasi efek samping obat yang tidak menyenangkan selama ini
- Menyepakati tempat dan waktu

#### **c. Kerja**

- Modeling dan terapis mendampingi pasien minum obat dengan prinsip benar
- Melatih kemampuan pasien mengatasi efek samping obat yang tidak menyenangkan, dengan metode: modeling dan terapis mendemonstrasikan cara mengatasi efek samping obat
- Pasien melakukan kembali / redemostrasi cara mengatasi efek samping dari obat
- Terapi memberikan umpan balik terhadap kemampuan pasien yang telah dilakukan dan menjelaskan makna dari mengatasi efek samping obat dengan benar
- Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya
- Terapis memberikan pujian atas kemampuan Pasien yang dimiliki.

#### **d. Terminasi**

##### **1) Evaluasi Subyektif**

Menanyakan perasaan pasien setelah selesai sesi 2

### Obyektif

- Menyimpulkan hasil diskusi sesi 2
- Menanyakan kembali proses minum obat dengan prinsip benar dan cara mengatasi efek samping obat yang tidak menyenangkan bagi pasien
- Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan kemampuan pasien dalam minum obat dan mengatasi efek samping obat
- Memasukkan dalam jadwal

### 2) Tindak Lanjut

- Menganjurkan pasien untuk sewaktu-waktu mempraktekkan kembali kemampuan pasien minum obat dan mengatasi efek samping obat sesuai yang diajarkan
- Menyetujui teknik minum obat yang benar dan cara mengatasi efek samping obat

### 3) Kontrak yang akan datang

- Menyetujui topik sesi 3 yaitu Membudayakan perilaku patuh minum obat tanpa pendampingan dari terapis
- Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya.

## DOKUMENTASI SESI II

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
		Ya	Tidak
1	Menyetujui kontrak		
2	Melakukan kegiatan minum obat dengan prinsip benar didampingi modeling dan terapis.		
3	Mengikuti kegiatan latihan mengatasi efek samping obat yang tidak menyenangkan sesuai prosedur.		
4	Melakukan redemonstrasi mengatasi efek samping obat dengan prosedur yang telah diajarkan		
	<b>Jumlah</b>		

## **SESI III : Membudayakan perilaku patuh minum obat tanpa pendampingan dari terapis**

### **1. Tujuan**

- a. Pasien dapat melatih kemampuan minum obat dan mengatasi efek samping yang selama ini dirasakan secara mandiri
- b. Pasien dapat melaksanakan kemampuan minum obat dan mengatasi efek samping secara mandiri

### **2. Langkah-langkah kegiatan**

#### **a. Persiapan**

- 1). Mengingatn kontrak dengan pasien
- 2). Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

#### **b. Orientasi**

##### **1. Salam terapeutik**

- a). Salam dari terapis kepada pasien

##### **2. Evaluasi/validasi**

- a) Menanyakan bagaimana perasaan pasien
- b) Menanyakan kepada pasien tentang kegiatan kemarin yang telah dilakukan: minum obat dan mengatasi efek samping obat
- c) Meminta pasien untuk menjelaskan cara minum obat dan tehnik mengatasi efek samping yang tidak menyenangkan
- d) Memberi pujian jika pasien telah melakukan

##### **3. Kontrak**

- a) Menyepakati terapi sesi 3
- b) Menjelaskan tujuan sesi 3 yaitu membudayakan kemampuan pasien dalam melakukan perilaku patuh minum obat secara mandiri.
- c) Menyepakati tempat dan waktu

#### **c. Kerja**

- 1) Mendiskusikan dan mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan perilaku kepatuhan minum obat meliputi:
  - a) Kedisiplinan pasien minum obat sesuai jadwal (advis)
  - b) Kemampuan pasien meminta obat kepada perawat
  - c) Kemampuan pasien meminum obatnya dengan prinsip benar
  - d) Kemampuan mengatasi efek samping obat yang dirasakan
  - e) Ungkapan manfaat yang dirasakan pada perilaku patuh minum obat
- 2) Terapi memberikan umpan balik terhadap kemampuan pasien dalam melakukan perilaku patuh minum obat yang telah dilakukan dan menjelaskan makna dari melakukan kepatuhan minum obat
- 3) Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya
- 4) Terapis memberikan pujian atas kemampuan Pasien yang dimiliki.

**d. Terminasi**

**1) Evaluasi Subyektif**

Menanyakan perasaan pasien setelah selesai sesi 3

**Obyektif**

- Menyimpulkan hasil kegiatan pada sesi 3
- Menanyakan kembali proses melakukan perilaku patuh minum obat
- Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan kemampuan pasien dalam melakukan perilaku patuh minum obat

**2) Tindak Lanjut**

- Menganjurkan pasien untuk mempraktekkan kemampuan cara patuh minum obat
- Menepakati kriteria kepatuhan minum obat dengan 5 kemampuan minum obat

**3) Kontrak yang akan datang**

- Menepakati topik sesi 4 yaitu: mendiskusikan manfaat terapi dan mencegah kekambuhan
- Menepakati waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya.

**DOKUMENTASI SESI III**

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
		Ya	Tidak
1	Menepakati kontrak		
2	Melakukan kedisiplinan minum obat sesuai jadwal (advis)		
3	Kemampuan klien meminta obat kepada perawat		
4	Kemampuan klien meminum obatnya dengan prinsip benar		
5	Kemampuan mengatasi efek samping obat yang dirasakan		
6	Ungkapan manfaat yang dirasakan pada perilaku baru (patuh minum obat)		
7	Ungkapan makna dari melakukan perilaku kepatuhan minum obat		
	<b>Jumlah</b>		

## **SESI IV : Mendiskusikan manfaat hasil terapi dan mencegah kekambuhan**

### **1. Tujuan**

- a. Pasien dapat mengetahui manfaat latihan pada tiap sesi
- b. Pasien dapat membuat perencanaan tindak lanjut untuk mencegah kekambuhan

### **2. Langkah-langkah kegiatan**

#### **a. Persiapan**

- 1) Mengingatnkan kontrak dengan pasien
- 2). Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

#### **b. Orientasi**

##### **1). Salam terapeutik**

Salam dari terapis kepada pasien

##### **2). Evaluasi/validasi**

- a) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
- b) Menanyakan kepada pasien tentang kegiatan klien dalam melakukan kepatuhan program pengobatan
- c) Meminta pasien untuk mengulang kegiatan 5 kriteria perilaku kepatuhan minum obat
- d) Berikan pujian setelah pasien melakukannya

##### **3). Kontrak**

- a) Menjelaskan dan meyakinkan sesi 4
- b) Menjelaskan tujuan sesi 4 yaitu : mengungkapkan manfaat terapi dan membuat rencana tindak lanjut untuk mencegah kekambuhan

#### **c. Kerja**

- Terapis meminta pasien menyampaikan manfaat apa yang didapatkan dalam melakukan perilaku kepatuhan minum obat, manfaat bagi pasien, keluarga dan petugas kesehatan
- memberi pujian atas kemampuan positif dalam melakukan perilaku kepatuhan minum obat yang dimiliki pasien
- Merencanakan kegiatan untuk mengatasi dan mencegah kekambuhan: kemandirian minum obat, kedisiplinan minum obat dan melakukan kontrol rutin.

#### **d. Terminasi**

##### **1) Evaluasi**

- Menyimpulkan hasil diskusi sesi 4
- Menanyakan perasaan pasien setelah selesai sesi 4
- Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan kemampuan pasien dalam menyampaikan manfaat yang didapatkan setelah melakukan sesi dan perencanaan mencegah kekambuhan

- 2) **Tindak Lanjut**  
Menganjurkan pasien untuk selalu melatih kemampuan perilaku kepatuhan minum obat dan dilakukannya dirumah sakit maupun dirumah nanti
- 3) **Kontrak yang akan datang**  
Menyepakati rencana kontrak evaluasi kemampuan secara periodik

#### DOKUMENTASI SESI IV

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak		
2	Pasien mampu menyebutkan manfaat perilaku baru kepatuhan minum obat bagi dirinya		
3	Pasien mampu menyebutkan manfaat perilaku baru kepatuhan minum obat bagi keluarganya		
4	Pasien mampu menyebutkan manfaat perilaku baru kepatuhan minum obat bagi petugas kesehatan		
5	Pasien mampu merencanakan kegiatan untuk mencegah kekambuhan: kemandirian minum obat, kedisiplinan minum obat dan melakukan kontrol rutin.		
6	Menyepakati kontrak secara periodik		
	<b>Jumlah</b>		

**Referensi:**

Winarto, J. (2011). Teori Belajar social Albert Bandura. Diakses dari <http://edukasi.kompasiana.com> pada tanggal 06 Maret 2012.

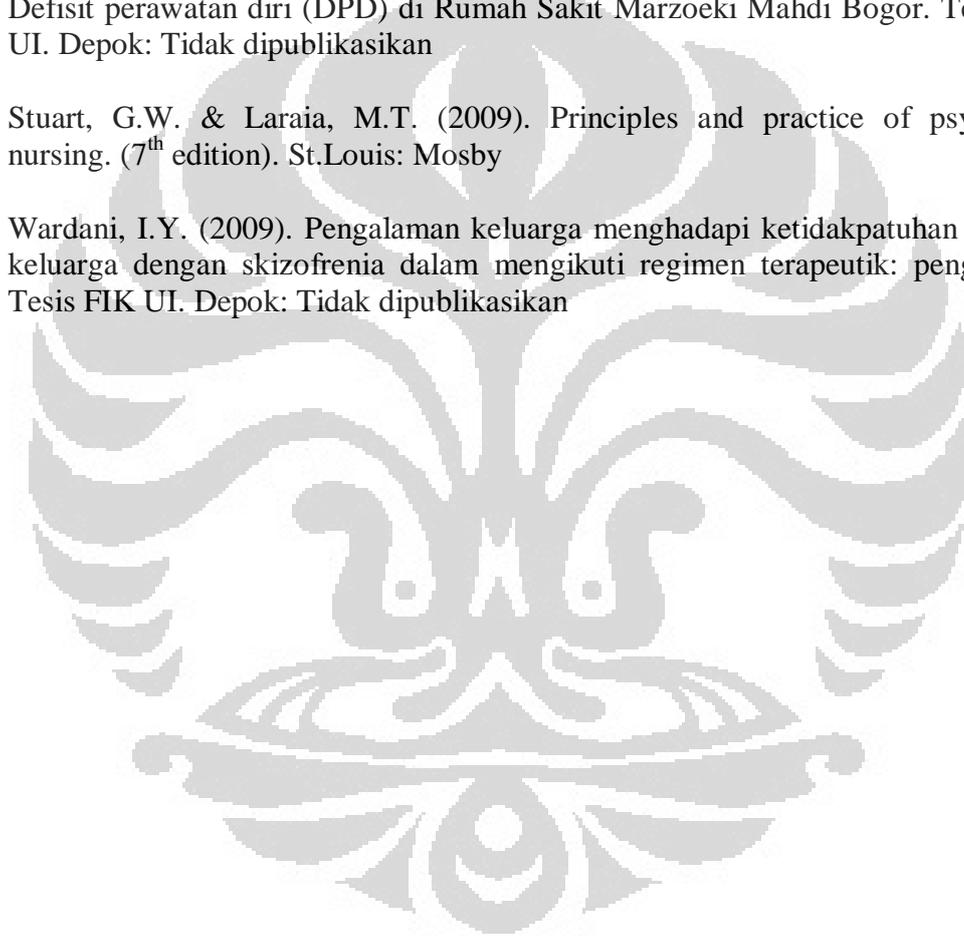
Nelson-Jones, R. 2011. Teori dan praktik konseling dan terapi. Edisi 4. Pustaka pelajar : Yogyakarta.

Nursalim, M. (2009). Modeling Partisipan. Diakses dari <http://www.slideshare.net> pada tanggal 19 Februari 2012.

Parendrawati, D.P. (2008). Efektifits Terapi perilaku : Token ekonomi pada klien Defisit perawatan diri (DPD) di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Tesis FIK UI. Depok: Tidak dipublikasikan

Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2009). Principles and practice of psychiatric nursing. (7<sup>th</sup> edition). St.Louis: Mosby

Wardani, I.Y. (2009). Pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan. Tesis FIK UI. Depok: Tidak dipublikasikan



### **Modeling partisipan**

Merupakan terapi perilaku dengan memberi gambaran atau *role model* perilaku patuh minum obat dari seorang model yang sukses terhadap perilaku patuh minum obat yang ditakutkan oleh pasien selama ini.

#### **Tujuan terapi:**

Merubah perilaku lama pasien dengan menghadirkan modeling (partisipan) sehingga menghasilkan perilaku baru yaitu kepatuhan terhadap program pengobatan

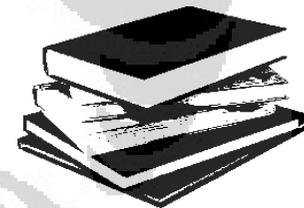
#### **Tahapan sesi terapi:**

- Sesi 1 : Mengidentifikasi perilaku tidak patuh minum obat dan memberikan *role model* cara patuh minum obat
- Sesi 2 : Mendampingi pasien minum obat dan membantu mengatasi efek samping obat
- Sesi 3 : Membudayakan perilaku patuh minum obat tanpa pendampingan dari terapis
- Sesi 4 : Mendiskusikan manfaat terapi dan mencegah kekambuhan

# **BUKU KERJA**

## **Terapi perilaku**

## **Modeling Partisipan**



**NAMA :**

**RUANG :**



**Sesi pertama**

**KEGIATAN PEMBERIAN MODEL**

**KEGIATAN PEMBERIAN MODEL**

No	Cara patuh minum obat	Tanggal					
1.	Minum obat tepat waktu						
2.	Minta obat kepada perawat						
3.	Minum obat dengan prinsip benar						
4.	Mampu mengatasi efek samping obat						
5.	Merasakan manfaat minum obat						

No	Cara patuh minum obat	Tanggal					
1.	Minum obat tepat waktu						
2.	Minta obat kepada perawat						
3.	Minum obat dengan prinsip benar						
4.	Mampu mengatasi efek samping obat						
5.	Merasakan manfaat minum obat						

**Keterangan:**

Ya (√)

Tidak (X)

**Keterangan:**

Ya (√)

Tidak (X)



**Sesi ketiga**

**Perilaku positif (Patuh minum obat)**

Kriteria patuh minum obat	NO	Kegiatan tanpa didampingi perawat (Tanggal)					
Minum obat tepat waktu	1.						
Minta obat kepada perawat	2.						
Minum obat dengan prinsip benar	3.						
Mampu mengatasi efek samping obat	4.						
Merasakan manfaat minum obat	5.						

**Keterangan :**

- (√) : ya
- (X) : tidak

**Perilaku positif (Patuh minum obat)**

Kriteria patuh minum obat	NO	Kegiatan tanpa didampingi perawat (Tanggal)					
Minum obat tepat waktu	1.						
Minta obat kepada perawat	2.						
Minum obat dengan prinsip benar	3.						
Mampu mengatasi efek samping obat	4.						
Merasakan manfaat minum obat	5.						

**Keterangan :**

- (√) : ya
- (X) : tidak

**Sesi keempat**

**Manfaat terapi dan mencegah kekambuhan**

Mencegah kekambuhan	No	Kegiatan dilakukan mandiri	
		Ya (√)	Tidak (X)
Minum obat secara mandiri			
Disiplin minum obat (tepat waktu)			
Kontrol rutin			

**Keterangan :**

Catat pengalaman mencegah kekambuhan

**Manfaat terapi dan mencegah kekambuhan**

Mencegah kekambuhan	No	Kegiatan dilakukan mandiri	
		Ya (√)	Tidak (X)
Minum obat secara mandiri			
Disiplin minum obat (tepat waktu)			
Kontrol rutin			

**Keterangan :**

Catat pengalaman mencegah kekambuhan

## **Manfaat perilaku kepatuhan minum obat:**

### **1. Bagi pasien**

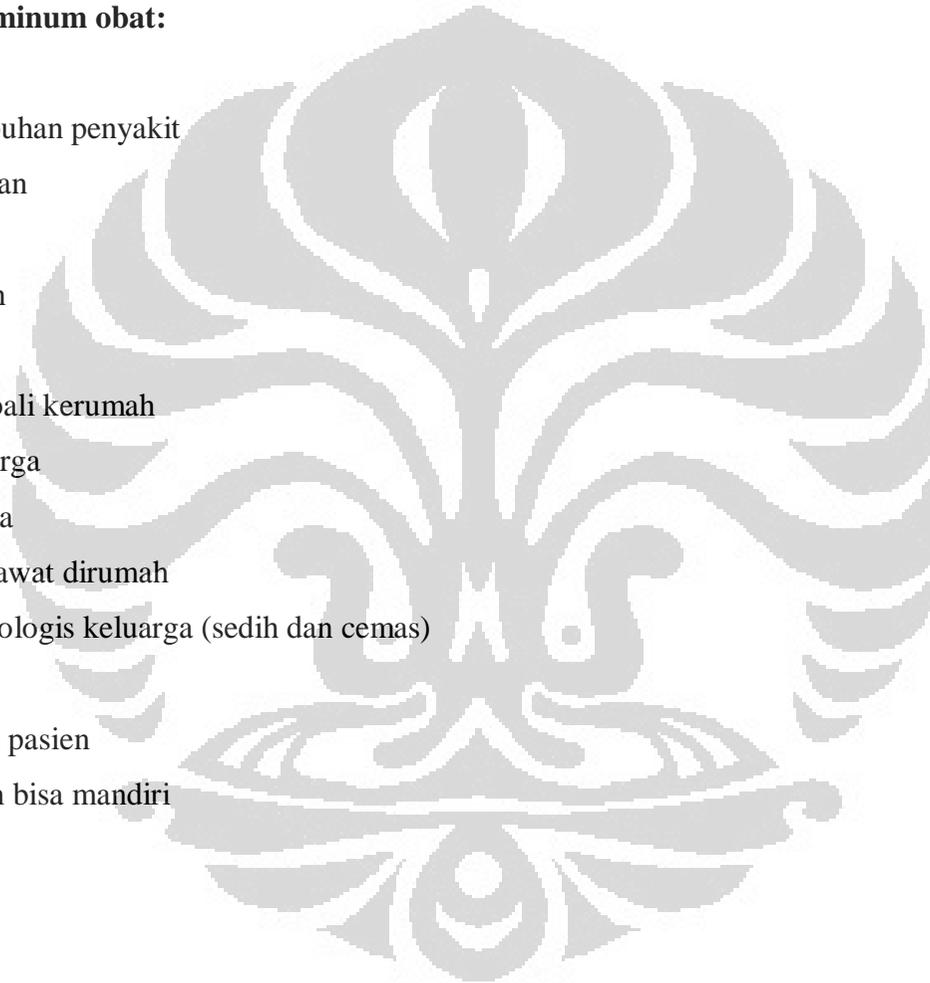
- a. Mempercepat penyembuhan penyakit
- b. Mengurangi kekambuhan
- c. Dapat bekerja lagi
- d. Cepat kembali kerumah

### **2. Bagi keluarga**

- a. Senang pasien bisa kembali kerumah
- b. Tidak terpisah dari keluarga
- c. Meringankan beban biaya
- d. Meringankan beban merawat dirumah
- e. Meringankan beban psikologis keluarga (sedih dan cemas)

### **3. Bagi petugas kesehatan**

- a. Berhasil menyembuhkan pasien
- b. Berhasil membuat pasien bisa mandiri



# **BUKU RAPORT**

## **Terapi perilaku Modeling Partisipan**



**NAMA :**

**RUANG :**

## **Modeling partisipan**

Merupakan terapi perilaku dengan memberi gambaran atau role model perilaku patuh minum obat dari seorang model yang sukses terhadap perilaku patuh minum obat yang ditakutkan oleh pasien selama ini.

## **Tujuan terapi:**

Merubah perilaku lama pasien dengan menghadirkan modeling (partisipan) sehingga menghasilkan perilaku baru yaitu kepatuhan terhadap program pengobatan

## **Tahapan sesi terapi:**

Sesi 1 : Mengidentifikasi perilaku tidak patuh minum obat dan memberikan role model cara patuh minum obat

Sesi 2 : Mendampingi pasien minum obat dan membantu mengatasi efek samping obat

Sesi 3 : Membudayakan perilaku patuh minum obat tanpa pendampingan dari terapis

Sesi 4 : Mendiskusikan manfaat terapi dan mencegah kekambuhan

**Sesi pertama:**

Mengidentifikasi perilaku tidak patuh minum obat dan memberikan role model cara patuh minum obat

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak		
2	Mampu menyebutkan tujuan terapi		
3	Mampu menyebutkan pengalaman ketidakpatuhan minum obat selama ini		
4	Mengikuti kegiatan saat modeling dan terapis memberi contoh cara patuh minum obat		
5	Melakukan redemonstrasi minum obat tepat waktu		
6	Melakukan redemonstrasi meminta obat kepada perawat		
7	Melakukan redemonstrasi minum obat dengan prinsip benar		
8	Menyebutkan kembali cara mengatasi efek samping obat		
9	Menyebutkan kembali manfaat dari minum obat		
	<b>Jumlah</b>		

Keterangan:

Ya : dilakukan

Tidak : tidak dilakukan

**Sesi kedua:**

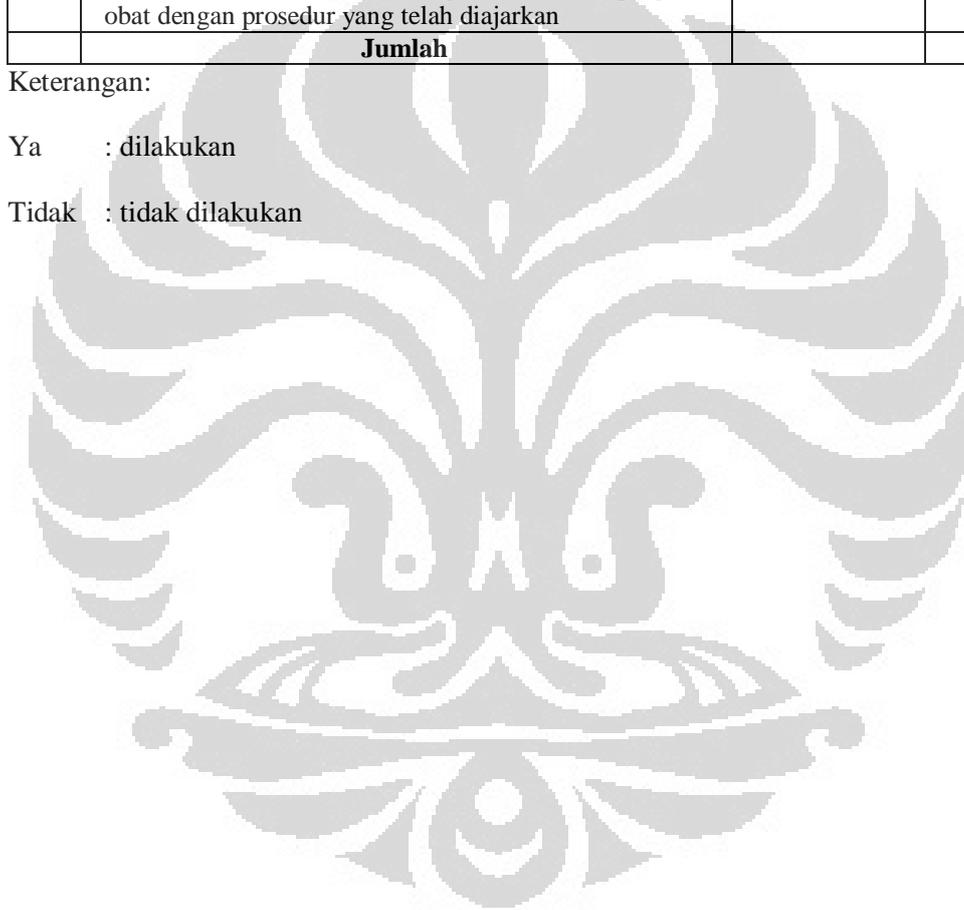
Mendampingi pasien minum obat dan membantu mengatasi efek samping obat

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak		
2	Melakukan kegiatan minum obat dengan prinsip benar didampingi modeling dan terapis.		
3	Mengikuti kegiatan latihan mengatasi efek samping obat yang tidak menyenangkan sesuai prosedur.		
4	Melakukan redemonstrasi mengatasi efek samping obat dengan prosedur yang telah diajarkan		
	<b>Jumlah</b>		

Keterangan:

Ya : dilakukan

Tidak : tidak dilakukan



**Sesi ketiga:**

Membudayakan perilaku patuh minum obat tanpa pendampingan dari terapis

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak		
2	Melakukan kedisiplinan minum obat sesuai jadwal (advis)		
3	Kemampuan klien meminta obat kepada perawat		
4	Kemampuan klien meminum obatnya dengan prinsip benar		
5	Kemampuan mengatasi efek samping obat yang dirasakan		
6	Ungkapan manfaat yang dirasakan pada perilaku baru (patuh minum obat)		
7	Ungkapan makna dari melakukan perilaku kepatuhan minum obat		
	<b>Jumlah</b>		

Keterangan:

Ya : dilakukan

Tidak : tidak dilakukan

**Sesi keempat:**

Mendiskusikan manfaat terapi dan mencegah kekambuhan

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak		
2	Pasien mampu menyebutkan manfaat perilaku baru kepatuhan minum obat bagi dirinya		
3	Pasien mampu menyebutkan manfaat perilaku baru kepatuhan minum obat bagi keluarganya		
4	Pasien mampu menyebutkan manfaat perilaku baru kepatuhan minum obat bagi petugas kesehatan		
5	Pasien mampu merencanakan kegiatan untuk mencegah kekambuhan: kemandirian minum obat, kedisiplinan minum obat dan melakukan kontrol rutin.		
6	Menyepakati kontrak secara periodik		
	<b>Jumlah</b>		

Keterangan:

Ya : dilakukan

Tidak : tidak dilakukan

## Lampiran 8

### DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dwi Indah Iswanti  
Tempat, tanggal lahir : Demak, 26 Juni 1981  
Jenis kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Dosen STIKES Karya Husada Semarang  
Alamat rumah : Perumahan Gemah Kumala no 1 Pedurungan Semarang  
Alamat institusi : Jl. Intan Raya no 1 Sambiroto Tembalang Semarang

#### Riwayat pendidikan :

1. SD Negeri Sidomulyo 2 Dempet (1988 – 1994)
2. SMP Negeri 3 Dempet (1995 – 1997)
3. SMU Negeri 1 Demak (1998 – 2000)
4. Akper Karya Husada Semarang (2001 – 2003)
5. PSIK FK Universitas Diponegoro Semarang (2005 – 2007)
6. Program Pascasarjana FIK Universitas Indonesia (2010 – skrg)

#### Riwayat pekerjaan :

1. Dosen STIKES Karya Husada Semarang (2006 – skrg)

#### Publikasi :

1. Koping keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami ketergantungan narkoba di wilayah kota Semarang tahun 2006.



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 566 /H2.F12.D/PDP.04.02/2012  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan pengambilan data

10 Februari 2012

Yth. Direktur  
RSJD dr. Amino Gondohutomo  
Semarang

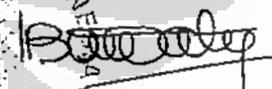
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Jiwa atas nama:

**Sdr. Dwi Indah Iswanti**  
**NPM 1006749075**

Bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa mengambil data pendahuluan di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang sebagai proses pelaksanaan kegiatan tesis dengan judul Efektifitas Terapi Perilaku: Modeling Partisipasi terhadap Kepatuhan Minum Obat pada Klien Skizofrenia di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Sebagai informasi kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,  
  
Dewi Irawaty, MA, PhD  
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
3. Kabid. Diklat RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang
4. Kabid Keperawatan RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang
5. Ka.Ruang Instalasi Rawat Inap di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang
6. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
7. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
8. Peringgal



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Fax. 7864124  
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.ac.id

Nomor : 1201/H2.F12.D/PDP.04.00/2012  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Ijin Uji Instrument Penelitian

20 Maret 2012

Yth. Direktur  
RSJD Surakarta  
Jawa Tengah

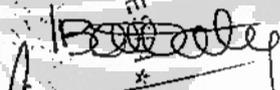
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Jiwa atas nama:

**Sdr. Dwi Indah Iswanti**  
**NPM 1006749075**

akan mengadakan Uji Instrument Penelitian dengan judul: "Pengaruh Terapi Perilaku Modeling Partisipan pada Klien Penatalaksanaan Regimen Terapeutik tidak Efektif di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan Uji Instrument Penelitian di RSJD Surakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

  
Dewi Irawaty, MA, PhD  
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kabidrendiklitbag RSJD Surakarta
3. Kabid Keperawatan RSJD Surakarta
4. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Peringgal



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH  
RUMAH SAKIT JiWA DAERAH SURAKARTA

Jl. Ki Hajar Dewantoro 80 Jebres Kotak Pos 187 Surakarta 57126 Telp. (0271) 641442 Fax (0271) 648920 E-mail, RSJD.sto @ yahoo.com.

Nomor : 070/ 1168.1/4/2012  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Uji Instrument Penelitian.

Kepada Yth. :  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Univ.Indonesia  
d/a. Kampus UI Depok  
di JAKARTA

Sehubungan dengan surat Saudara No. 1205/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 20 Maret 2012 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan memberikan ijin pada :

Nama : DWI INDAH ISWANTI  
NPM : 1006749075

untuk mengadakan Uji Instrument Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Studi Magister FIK-UI.

Informasi lebih lanjut tentang hal-hal yang bersifat teknis harap berhubungan langsung dengan Subag. Diklitbang. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

Demikian atas perhatian Saudara diucapkan terima kasih.

Surakarta, 12 APR 2012

  
dr. Endo Suprayitno, SpKJ  
Pembina Tk I.  
NIP. 19601005 198610 1 001



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH**  
**RSJD. Dr. AMINO GONDOHUTOMO**  
**SEMARANG**

Jl. Brigjen Sudiarto No. 347 Kode Pos : 50191 Po.Box 1090 Telp. (024) 6722564 (Hunting) Fax. (024) 6722566

Semarang, 11 April 2012

**Kepada Yth.**

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia

no : 420 / 8 / 2879  
p : ---  
nal : Penelitian

di

**JAKARTA**

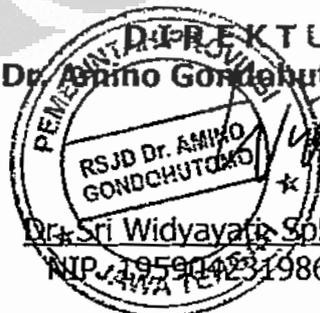
Menindaklanjuti surat saudara Nomor 1204 / H2.F12.D / PDP.04.00 / 2012 Tanggal 20 Maret 2012 perihal Permohonan Ijin Penelitian, dengan ini diberitahukan bahwa pada dasarnya kami tidak keberatan menerima Mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta :

Nama : Dwi Indah Iswanti  
NIM : 1006749075  
Judul : Pengaruh Terapi Perilaku Modeling Partisipan Pada Klien Penatalaksanaan Regimen Terapeutik Tidak Efektif Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

untuk melaksanakan kegiatan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Demikian atas kerjasamanya, disampaikan terimakasih.

**DIREKTUR**  
**RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang**



Dr. Sri Widyayati SpPK, M.Kes  
NIP. 1959014231986112001