

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Setiadi, 2008). Keluarga adalah dua atau lebih dari individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan, mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain di dalamnya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan (Efendi, 2009)

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial diri tiap anggota keluarga (Setiadi, 2008)

Dari beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah dua atau lebih orang yang tinggal bersama dalam satu tempat yang mempunyai ikatan perkawinan, hubungan darah atau adopsi, melakukan interaksi dan komunikasi melalui peran sosial masing-masing yang dijalankan.

2.1.2 Tipe keluarga

Widyanto (2014) membedakan bentuk keluarga menjadi keluarga tradisional dan non tradisional.

2.1.2.1 Keluarga Tradisional

- a. *The nuclear family* (keluarga inti), yang terdiri dari suami, istri, dan anak.
- b. *The dyad family*, yang terdiri dari suami dan istri tetapi tanpa anak.
- c. Keluarga usila, yang terdiri dari suami istri yang sudah tua dengan anak yang sudah memisahkan diri.
- d. *The childless family*, yang keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan terlambat waktunya untuk mendapatkan anak.
- e. *The extended family* (keluarga besar), yang terdiri dari tiga generasi yang bertempat tinggal dalam satu tempat.
- f. *The single parent family* (keluarga duda atau janda), yang terdiri dari hanya salah satu orang tua yang diakibatkan karena perceraian, kematian, bahkan ditinggalkan.
- g. *Cummoter family*, yang terdiri dari kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, dan pada akhir pekan semua anggota keluarga bisa berkumpul ditempat tinggal.
- h. *Multigrational family*, keluarga dengan generasi atau satu kelompok usia yang sama tinggal bersama dalam satu tempat tinggal.
- i. *Kin-network family*, yaitu beberapa keluarga yang tinggal dalam satu tempat tinggal, dan menggunakan segala sesuatunya secara bersama-sama.
- j. *Blended family*, yaitu keluarga yang terdiri dari duda dan janda yang menikah kembali, dan membesarkan anak dari perkawinan yang sebelumnya.

- k. *The single adult living alone single adult family*, terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihan, perpisahan, maupun ditinggal mati.

2.1.2.2 Keluarga Non Tradisional

- a. *The unmarried teenage mother*, keluarga yang terdiri dari ibu dengan anak dari hubungan tanpa menikah.
- b. *The stepparent family*, yaitu keluarga dengan orang tua tiri.
- c. *Commune family*, yaitu beberapa pasangan keluarga dengan anak yang tidak memiliki hubungan saudara, tinggal dalam satu tempat tinggal, dengan sumber, fasilitas, dan pengalaman yang sama, membesarkan anak secara bersama-sama.
- d. *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, yaitu keluarga yang hidup dalam suatu tempat tinggal bersama berganti-ganti pasangan tanpa ada ikatan pernikahan.
- e. *Gay and lesbian families*, keluarga dimana didalamnya terdapat persamaan jenis kelamin yang tinggal bersama sebagai suami istri.

2.1.3 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (dalam Dyah , 2009) fungsi keluarga adalah:

2.1.3.1 Fungsi biologis, adalah fungsi internal keluarga untuk meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi kebutuhan gizi keluarga, serta memelihara dan merawat anggota keluarga lainnya.

2.1.3.2 Fungsi psikologis adalah keluarga menjalankan fungsi psikologisnya, antara lain untuk memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara

anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.

2.1.3.3 Fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga mencari sumber-sumber pengasilan memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, dan menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga di masa yang akan datang, misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya.

2.1.3.4 Fungsi perawatan kesehatan adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

2.1.3.5 Fungsi pendidikan adalah dimana fungsi keluarga menyekolahkan anak dalam rangka untuk memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya.

Menurut Goldenberg (dalam Dyah, 2009) fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan meliputi: kemampuan mengkomunikasikan gagasan dan perasaan, menyusun pedoman dalam menentukan pembagian tugas keluarga, saling berinteraksi, melindungi antara sesama anggota keluarga, anggota keluarga saling berpartisipasi untuk menolong anggota keluarga yang sakit.

Fungsi perawatan kesehatan menurut Friedman (dalam Dyah, 2009) bahwa keluarga diharapkan mampu memberikan perawatan kesehatan kepada anggotanya dengan: Mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan tentang masalah kesehatan, memberikan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit,

mampu menjaga atau memodifikasi lingkungan yang sehat, mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

2.1.4 Peran Keluarga

Setiadi (2008) menyebutkan peran keluarga yaitu :

2.1.4.1 Peranan ayah: sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik bagi anak-anaknya, pelindung dan pengayom, pemberi rasa aman untuk semua anggota keluarga serta sebagai anggota dari kelompok sosial tertentu.

2.1.4.2 Peranan ibu: sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik bagi anak-anaknya, pencari nafkah tambahan, serta anggota dari kelompok sosial tertentu.

2.1.4.3 Peranan anak: sebagai pelaku psikososial berdasarkan dengan perkembangan fisik, mental, spiritual, dan sosial.

2.2 Konsep Dukungan Keluarga

2.2.1 Definisi Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998, dalam Murniasih, 2007) dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Dukungan keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan (Setiadi, 2008). Menurut Smet (1994) dukungan keluarga didefinisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya.

Berdasarkan berbagai definisi diatas dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga adalah pemberian informasi secara verbal atau

non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang yang mempunyai hubungan darah, pernikahan, atau adopsi yang tinggal dalam satu rumah dengan pasien skizofrenia.

2.2.2 Komponen Dukungan Keluarga

Menurut Cohen dan Mc Kay (1984, dalam Niven, 2000) komponen dukungan keluarga terdiri dari :

2.2.2.1 Dukungan emosional (*Emotional Support*)

Dukungan emosional (*Emotional Support*) yaitu keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi merupakan dukungan emosional yang mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan misalnya penegasan, reward, pujian, dan sebagainya.

2.2.2.2 Dukungan informasi (*Information Support*)

Dukungan informasi (*Information Support*) merupakan dukungan yang berupa pemberian informasi, saran dan umpan balik tentang bagaimana seseorang untuk mengenal mengatasi masalahnya dengan lebih mudah.

2.2.2.3 Dukungan Instrumental (*Instrumental Support*)

Dukungan Instrumental (*Instrumental Support*) dapat berupa servis (pelayanan), bantuan keuangan dan pemberian barang-barang. Pemberian dukungan materi dapat dicontohkan dalam sebuah keluarga atau persahabatan.

2.2.2.4 Dukungan Penghargaan (*Appraisal Support*)

Dukungan penghargaan (*Appraisal Support*) merupakan suatu dukungan sosial yang berasal dari keluarga atau lembaga atau instansi terkait dimana pernah berjasa atas

kemampuannya dan keahliannya maka mendapatkan suatu perhatian yang khusus..

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Purnawan (2009) pemberian dukungan keluarga dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal yang keduanya saling berhubungan.

2.2.3.1 Faktor internal

Faktor internal berasal dari individu itu sendiri yang meliputi :

a. Faktor terhadap perkembangan

Pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda pada setiap rentang usia (bayi sampai lansia).

b. Faktor pendidikan atau tingkat pengetahuan

Dalam hal ini kemampuan kognitif yang membentuk cara berpikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dalam menjaga kesehatan dirinya.

c. Faktor emosi

Faktor emosi yang mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melakukan sesuatu. Respon emosi yang baik akan memberikan antisipasi penanganan yang baik terhadap berbagai tanda sakit, namun jika respon emosi yang buruk kemungkinan besar akan terjadi penyangkalan terhadap gejala penyakit yang ada.

2.2.3.2 Faktor eksternal

Faktor eksternal berasal dari luar individu itu sendiri dan terdiri dari tiga hal, yaitu :

a. Praktik keluarga

Cara keluarga memberi dukungan yang mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya secara optimal. Tindakan dapat berupa pencegahan yang dicontohkan keluarga kepada anggota keluarga.

b. Faktor sosioekonomi

Variabel faktor dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit, mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan serta bereaksi terhadap penyakitnya. Sementara faktor ekonomi menjelaskan bahwa semakin tinggi ekonomi seseorang maka akan semakin lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan sehingga akan segera mencari pertolongan ketika merasa adanya gangguan kesehatan.

c. Latar belakang budaya

Faktor ini akan banyak mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

2.3 Konsep Skizofrenia

2.3.1 Definisi Skizofrenia

Menurut Sarwono (2010) skizofrenia berasal dari kata Yunani *schizein* (pecah) dan *phren* (jiwa), sehingga skizofrenia disebut sebagai suatu gangguan mental yang ditandai oleh kelainan dalam persepsi atau ekspresi atau realitas. Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang penderitanya yang penderitanya tidak mampu menilai realitas (*reality testing ability/RTA*) dengan baik dan pemahaman diri (*self insight*) buruk (Hawari, 2006). Skizofrenia adalah gangguan mental yang sangat berat. Gangguan ini ditandai dengan gejala-gejala positif seperti pembicaraan yang kacau, delusi, halusinasi, gangguan kognitif dan persepsi; gejala-gejala negatif

seperti *avolition* atau menurunnya minat dan dorongan (Arif, 2006).

Gangguan skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi area fungsi individu, termasuk berpikir dan berkomunikasi, menerima, dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang tidak dapat diterima secara sosial (Isaccs, 2005).

2.3.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut Cancro dan Lehman (dalam Videbeck, 2008) etiologi skizofrenia sebagai berikut:

2.3.2.1 Faktor Genetik

Faktor genetik berfokus pada keluarga terdekat, seperti orang tua, saudara kandung, dan anak cucu untuk melihat apakah skizofrenia diwariskan secara genetik. Anak dengan kembar identik beresiko mengalami skizofrenia sebesar 50%, sedang anak dengan kembar fraternal beresiko hanya 15%. Anak-anak dengan satu orang tua biologis memiliki resiko sebesar 15%, sedangkan 35% untuk anak-anak yang memiliki kedua orang tua biologisnya. Anak-anak yang memiliki orang tua biologis dengan riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka (Videbeck, 2008).

Kin (dalam O'brien *et al*, 2014) penelitian mengindikasikan hubungan genetik dan pola familial. Semakin dekat hubungan darah dengan penderita skizofrenia, semakin tinggi resiko genetik terhadap skizofrenia. Anak dengan kembar monozigot paling tinggi resikonya, resiko menurun untuk anak dengan kembar

dizigot, saudara kandung, individu dengan kedua orang tua biologisnya penderita skizofrenia, dan sepupu. Kelompok etnik tertentu, seperti suku Irlandia, orang Kroasia barat daya, orang Skandinavia di Amerika Serikat, dan orang India Barat di Inggris menunjukkan angka yang lebih tinggi.

2.3.2.2 Faktor Neuroanatomi dan Neurokimia

Dengan teknik pencitraan noninvasif, dapat dilihat bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit; hal ini dapat memperlihatkan kegagalan suatu perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. CT scan memperlihatkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Penelitian pet menunjukkan bahwa adanya penurunan metabolisme glukosa pada struktur frontal otak. Riset secara berkelanjutan menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak abnormal pada area temporal dan frontal penderita skizofrenia (Videbeck, 2008).

Penurunan aktivitas lobus temporal dan frontal otak pada penderita skizofrenia berkaitan dengan proses glutamatergik dan dengan gejala negatif serta defisit kognitif (O'Brien *et al*, 2014).

Penelitian secara konsisten memperlihatkan perubahan sistem neurotransmitter otak pada penderita skizofrenia. Terjadi malfungsi pada jaringan neuron yang mentransmisikan informasi berupa sinyal-sinyal listrik dari sel saraf melalui aksonnya dan melewati sinaps kereseptor pancasinaps di sel-sel saraf yang lain. Transmisi sinyal melewati sinaps memerlukan suatu rangkaian kompleks peristiwa biokimia. Penelitian menunjukkan kerja

dopamine, serotonin, norepinefrin, asetilkolin, glutamate, dan beberapa peptide neuromoduler (Videbeck, 2008).

Egan dan Hyde (dalam Videbeck, 2008) menyebutkan teori neurokimia yang terkenal saat ini mencakup dopamine dan serotonin. Teori yang menyebutkan bahwa kelebihan dopamine sebagai penyebab. Obat-obatan yang meningkatkan aktivitas pada sistem dopaminergik. Seperti amfetmin dan levodopa, terkadang menyebabkan reaksi psikototik paranoid yang sama dengan skizofrenia.

Marder; O'Connor (dalam Videbeck, 2008) serotonin sebagai faktor neurokimia utama yang mempengaruhi skizofrenia. Serotonin memiliki efek modulasi pada dopamine, yang mampu membantu mengontrol kelebihan dopamine. Antipsikotik atipikal yang terbaru seperti klozapin (clozaril) merupakan antagonis dopamine dan serotonin. Klozapil dapat menurunkan gejala psikotik secara dramatis dan mengurangi tanda-tanda negative.

2.3.2.3 Faktor Immunovirologi

Egan dan Hyde (dalam Videbeck, 2008) perubahan patologi otak pada penderita skizofrenia dapat disebabkan oleh pajanan virus, atau respon imun tubuh terhadap virus dapat mengubah keadaan fisiologis otak.

Mortensen *et al* (dalam Videbeck, 2008) infeksi pada ibu hamil kemungkinan sebagai penyebab awal skizofrenia. Epidemik flu diikuti dengan peningkatan kejadian skizofrenia di Inggris, Wales, Denmark, Finlandia, dan Negara-negara lainnya. *New England Journal of Medicine* melaporkan bahwa angka skizofrenia lebih tinggi pada

anak-anak yang lahir di daerah padat dengan cuaca dingin, kondisi yang memungkinkan terjadi gangguan pernafasan

2.3.2.4 Faktor Peran Keluarga

Fox dan Kane; Leff (dalam O'brien *et al*, 2014) menyebutkan peran keluarga dalam skizofrenia mencakup perbedaan pada keluarga yang menggunakan konsep *ekspresi emosi* (EE). Keluarga dengan EE tinggi terlihat lebih kritis dan banyak terlibat. Penderita skizofrenia yang tinggal dalam keluarga yang EE tinggi maka angka kekambuhannya lebih tinggi. Penelitian lebih lanjut menyebutkan bahwa adanya tingkat stimulasi yang lebih tinggi pada penderita skizofrenia yang tinggal dalam keluarga dengan EE yang lebih tinggi. Pelatihan dan pendidikan keterampilan sosial pada klien dan keluarga akan membantu mengurangi tingkat stimulasi dan angka kekambuhan.

2.3.2.5 Faktor Psikologis

Defisit perkembangan ego dan fungsi menyebabkan ego gagal menginterpretasikan secara tepat atau untuk memodulasi dorongan. Hambatan fungsi mengakibatkan dekompensasi ego dan pengembalian ke fungsi yang lebih primitif. Masalah fungsi dan masalah hubungan dengan orang lain mengakibatkan ansietas. Ketidakefektifan koping mengakibatkan peningkatan ansietas dan hambatan fungsi. Regresi membantu dalam pertahanan diri terhadap ansietas, tetapi mengganggu kemampuan ego menentukan realitas. Perkembangan gejala psikotik menyebabkan ketidakmampuan individu untuk membedakan antara pikiran dan realitas. Halusinasi dan waham merupakan upaya ego untuk mengatasi ansietas, dan gejala yang

memiliki makna simbolik bagi individu (O'Brien *et al*, 2014).

2.3.3 Gejala-gejala skizofrenia

Menurut Arif (2006) gejala skizofrenia sebagai berikut :

2.3.3.1 Gejala Klinis Skizofrenia

Gambaran gangguan jiwa skizofrenia beraneka ragam dari gangguan pada alam pikir, perasaan dan perilaku yang mencolok sampai pada yang tersamar. Sebelum seseorang sakit, pada umumnya penderita sudah mempunyai ciri-ciri kepribadian tertentu. Kepribadian sebelum sakit disebut sebagai kepribadian pramorbid, seringkali digambarkan sebagai orang yang mudah curiga, pendiam, sukar bergaul, lebih senang menarik diri dan menyendiri serta eksentrik (aneh). Gangguan jiwa skizofrenia biasanya mulai muncul dalam masa remaja atau dewasa muda (sebelum usia 45 tahun). Seseorang dikatakan menderita skizofrenia apabila perjalanan penyakitnya sudah berlangsung lewat enam bulan. Sebelumnya didahului oleh gejala-gejala awal tersebut sebagai fase prodromal yang ditandai dengan mulai munculnya gejala-gejala yang tidak lazim misalnya pikiran tidak rasional, perasaan yang tidak wajar, perilaku yang aneh, penarikan diri dan sebagainya. Gejala-gejala skizofrenia dapat di bagi dalam dua kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif.

2.3.3.2 Gejala Positif Skizofrenia

Gejala positif yang diperlihatkan pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Delusi (waham)

Delusi (waham) adalah suatu keyakinan yang salah atau tidak rasional (tidak masuk akal), namun si

penderita tetap menyakini kebenarannya yang tidak dapat dijelaskan oleh latar belakang budaya pasien ataupun pendidikannya; pasien tidak dapat diyakinkan oleh orang lain bahwa keyakinannya salah, meskipun banyak bukti yang kuat yang dapat diajukan untuk membantah keyakinan pasien tersebut. Ada beberapa jenis delusi yaitu sebagai berikut:

a. *Grandeur* (waham kebesaran)

Suatu jenis waham yang dimana penderita menganggap dirinya sangat luar biasa, misalnya seorang artis yang terkenal, atau seorang nabi atau bahkan merasa bahwa dirinya adalah Tuhan.

b. *Guilt* (waham rasa bersalah)

Suatu waham yang merasa bahwa telah melakukan dosa yang sangat besar.

c. *Ill health* (waham penyakit)

Suatu jenis waham yang dimana penderita menganggap bahwa telah mengalami penyakit yang sangat serius.

d. *Jealousy* (waham cemburu)

Suatu jenis waham yang dimana penderita menganggap bahwa pasangannya telah berlaku tidak setia.

e. *Passivity* (waham pasif)

Suatu jenis waham yang dimana penderita meyakini bahwa telah dikendalikan atau dimanipulasi oleh berbagai kekuatan dari luar, misalnya oleh suatu pancaran sinyal radio makhluk mars.

f. *Persecution* (waham kejar)

Suatu jenis waham yang dimana penderita merasa dikejar-kejar oleh pihak-pihak tertentu yang ingin mencelakai.

g. *Poverty* (waham kemiskinan)

Suatu jenis waham yang dimana penderita merasa takut mengalami kebangkrutan, dimana pada kenyataannya tidak demikian.

h. *Reference* (waham rujukan)

Suatu jenis waham yang dimana penderita merasa dibicarakan oleh orang lain secara luas, misalnya menjadi pembicaraan masyarakat atau yang disiarkan di televisi.

b. Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang salah dimana tidak terdapat stimulus sensorik yang berkaitan dengannya atau pengalaman panca indera tanpa rangsangan (stimulus). Halusinasi dapat terwujud penginderaan kelima indera yang keliru, tetapi yang paling sering halusinasi dengar (*auditory*) dan halusinasi penglihatan (*visual*). Contoh halusinasi: penderita mendengar suara-suara yang mengajaknya bicara padahal kenyataannya tidak ada orang yang mengajaknya bicara atau penderita merasa melihat sesuatu yang pada kenyataannya tidak ada. Ada beberapa jenis halusinasi yaitu sebagai berikut:

a) Halusinasi penglihatan

Dapat mencakup melihat bayangan yang sebenarnya tidak ada sama sekali, seperti cahaya orang yang telah meninggal, atau sesuatu yang

bentuknya rusak, misalnya melihat monster yang menakutkan padahal yang dilihat adalah perawat.

b) Halusinasi penciuman

Mencium aroma atau bau padahal tidak ada. Bau tersebut dapat berupa bau tertentu seperti urine atau feses, atau bau yang sifatnya umum, misalnya bau busuk atau bau yang tidak sedap.

c) Halusinasi taktil

Mengacu kepada sensasi seperti aliran listrik yang menjalar keseluruh tubuh atau binatang kecil yang merayap di kulit.

d) Halusinasi Pengecapan

Mencakup rasa yang tetap ada dalam mulut, atau perasaan bahwa makanan terasa seperti sesuatu yang lain. Rasa tersebut dapat berupa rasa logam atau pahit.

e) Halusinasi Kenestetik

Meliputi tidak dapat merasakan fungsi tubuh yang biasanya tidak dapat dideteksi seperti sensasi pembentukan urine atau impuls yang ditransmisikan melalui otak.

f) Halusinansi Kinestetik

Meliputi sensasi gerakan yang dimana tidak dapat bergerak tetapi melaporkan sensasi gerakan tubuh. Gerakan tubuh kadang kala yang tidak lazim, misalnya melayang diatas tanah.

2.3.4 Tipe Skizofrenia

Menurut Arif (2006) tipe skizofrenia adalah:

2.3.4.1 Skizofrenia Tipe Paranoid

Ciri utama Skizofrenia tipe paranoid adalah ditandai dengan adanya waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afek yang masih terjaga. Wahamnya biasanya adalah waham kejar atau waham kebesaran, atau keduanya, tetapi waham dengan tema lain (misalnya waham kecemburuan, keagamaan, atau somatisasi) mungkin juga muncul. Ciri-ciri lainnya meliputi *anxiety*, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi. Penderita mungkin mempunyai tingkah laku superior dan memimpin mungkin mempunyai interaksi interpersonal yang kaku, formal atau terlalu *intens*.

2.3.4.2 Skizofrenia Tipe Disorganized

Ciri utama Skizofrenia tipe disorganized adalah pembicaraan kacau, tingkah laku kacau, dan afek yang datar atau *inappropriate*. Pembicaraan yang kacau dapat disertai dengan kekonyolan dan tertawa yang tidak erat berkaitan dengan isi pembicaraan. Disorganisasi tingkah laku misalnya: kurangnya orientasi pada tujuan dapat membawa pada gangguan yang serius pada aktivitas hidup sehari-hari.

2.3.4.3 Skizofrenia Tipe Katatonik

Ciri utama skizofrenia tipe katatonik adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidak bergerakan motorik (*motoric immobility*), aktifitas motorik yang berlebihan, negativism yang ekstrim, mutism (sama sekali tidak ingin bicara dan berkomunikasi), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, *echolia* (mengulang ucapan orang lain) atau *echopraxia* (mengikuti tingkah laku orang lain).

2.3.4.4 Skizofrenia Tipe Undifferentiated

Sejenis skizofrenia dimana gejala-gejala yang muncul sulit untuk digolongkan pada tipe skizofrenia tertentu.

2.3.4.5 Skizofrenia Tipe Residual

Skizofrenia tipe residual diberikan bila mana pernah ada paling tidak satu kali episode skizofrenia, tetapi gambaran klinis saat ini tanpa simtom positif yang menonjol. Terdapat bukti bahwa gangguan masih ada sebagaimana ditandai oleh negatif simtom positif yang lebih halus.

2.3.5 Terapi Skizofrenia

O'Brien *et al* (2014) menyebutkan terapi pada skizofrenia berupa Psikoedukasi dan Psikoterapi, dan Psikofarmakologi.

2.3.5.1 Psikoedukasi dan Psikoterapi

Fox dan Kane (dalam O'Brien *et al*, 2014), psikoedukasi, dan terapi kognitif terbukti berpengaruh dalam membantu klien dalam menangani perilaku problematik. Terapi psikologi dan pelatihan keterampilan sosial terintegrasi (mis, *social and independent living skills series* oleh *UCLA Clinical Research Center for Schizophrenia and psychiatric Rehabilitation*) teridentifikasi sebagai metode yang efektif dalam mengatasi masalah komunikasi. Liberman, Wallace *et al* (1998) program terstruktur ini dilakukan berbagai macam latihan keterampilan sosial, pemberian tugas yang bertujuan untuk pengembangan keterampilan untuk memfasilitasi fungsi mandiri. Untuk jangka panjang mengindikasikan keterampilan kecakapan dan mendengar, penatalaksanaan gejala, dan reaksi dapat digeneralisasi fungsi psikososial lain. Pelatihan keterampilan sosial mencakup kesempatan mengulang,

memperbanyak, dan memperkuat keterampilan. Defisiensi dalam pemrosesan informasi memfasilitasi pembelajaran. Hogarty, Anderson, *et al* (dalam O'Brien *et al*, 2014) penelitian membuktikan bahwa individu yang mengikuti kelompok pelatihan sosial berfungsi lebih baik, dan kekambuhan mereka cenderung menurun tajam.

Selain itu ada terapi kelompok dan individual, terapi lingkungan, dan terapi keluarga dapat dilaksanakan pada penderita skizofrenia di lingkungan rawat inap maupun di lingkungan masyarakat (Videbeck, 2008).

Fenton dan Cole (dalam Videbeck, 2008) terapi kelompok dan individual sering kali bersifat suportif, dengan memberi kesempatan pada individu untuk kontak sosial dan menjalin hubungan yang bermakna dengan orang lain. Kelompok yang berfokus pada topik masalah seperti penatalaksanaan pengobatan, penggunaan dukungan masyarakat, dan masalah keluarga juga memberikan pengaruh yang baik bagi penderita skizofrenia.

Slately (dalam Videbeck, 2008) lingkungan perawatan akut, suatu lingkungan yang terstruktur lebih bermanfaat bagi penderita skizofrenia dari pada lingkungan yang tidak terstruktur dan terbuka.

McFarlane (dalam Videbeck, 2008) psikoedukasi terhadap keluarga terbukti mengurangi efek negatif skizofrenia sehingga mengurangi angka kekambuhan.

2.3.5.2 Psikofarmakologi

Dua kelompok obat yang digunakan untuk mengatasi skizofrenia, yaitu tipikal dan atipikal. Agen tipikal adalah neuroleptik sangat poten, seperti flufenazin (prolixin), haloperidol (haldol), tioteksin (Navane), neuroleptik cukup poten, seperti malindon (Moban) dan loksapin (loxitane) dan neuroleptik kurang poten, seperti klorpromazine (Thorazine) dan tiorizadinen (Mellarial). Agens ini efektif memblokir reaksi dopamin di area reseptor. Agens ini penting untuk menghadapi gejala positif (O'Brien *et al*, 2014).

Agens atipikal antagonis serotonergik dopamin (*serotonergic-dopamine antagonist*, SDA). Agens ini, termasuk di dalamnya risperidon (Risperdal), olanzapin (Zyprexa), kuetiapin (Seroquel), dan ziprasidon (Geodon), memblokir area serotonin dan dopamin. Obat ini dimetabolisme di hati dan diekskresikan melalui ginjal, sehingga fungsi hati dan ginjal harus dipantau secara ketat. Klozapin paling efektif pada klien yang resisten terhadap pengobatan, tetapi paling sering juga menimbulkan efek samping. Agens atipikal digunakan untuk mengatasi gejala negatif dan positif (O'Brien *et al*, 2014).

2.4 Konsep Kepatuhan

2.4.1 Definisi Kepatuhan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (Pranoto, 2007) patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah, sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Sarafino (1990, dalam Slamet B, 2007) mendefinisikan kepatuhan (ketaatan) sebagai tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan

perilaku yang disarankan oleh dokter atau orang lain. Kepatuhan juga dapat didefinisikan sebagai perilaku positif penderita dalam mencapai tujuan terapi (Degresi, 2005).

Berdasarkan pengertian yang dipaparkan oleh para ahli maka dapat disimpulkan kepatuhan adalah perilaku seseorang sesuai aturan melaksanakan pengobatan yang disarankan oleh dokter.

2.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Niven (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah:

2.4.2.1 Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

2.4.2.2 Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian klien yang dapat mempengaruhi kepatuhan antenatal care adalah jarak dan waktu, biasanya ibu cenderung malas melakukan antenatal care pada tempat yang jauh.

2.4.2.3 Modifikasi Faktor Lingkungan dan Sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman, kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program

pengobatan seperti pengurangan berat badan, berhenti merokok dan menurunkan konsumsi alkohol. Lingkungan berpengaruh besar pada antenatal care, lingkungan yang harmonis dan positif akan membawa dampak yang positif pula pada ibu dan bayinya, kebalikannya lingkungan negatif akan membawa dampak buruk pada proses antenatal care.

2.4.2.4 Perubahan Model Terapi

Program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan klien terlihat aktif dalam pembuatan program pengobatan (terapi). Keteraturan ibu hamil melakukan antenatal care dipengaruhi oleh kesehatan saat hamil. Keluhan yang diderita ibu akan membuat ibu semakin aktif dalam kunjungan antenatal care.

2.4.2.5 Meningkatkan Interaksi Profesional Kesehatan dengan Klien

Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Suatu penjelasan penyebab penyakit dan bagaimana pengobatan dapat meningkatkan kepatuhan, semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, semakin teratur pula ibu melakukan kunjungan antenatal care.

2.4.2.6 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007). Semakin tinggi tingkat

pengetahuan, semakin baik pula ibu melaksanakan *antenatal care* (Azwar, 2007).

2.4.2.7 Usia

Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur melakukan *antenatal care* (Notoatmodjo, 2007).

2.4.2.8 Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga menurut Friedman (1998, dalam Murniasih, 2007) adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya.

2.5 Konsep Kontrol

2.5.1 Definisi Kontrol

Menurut Hyland (1987, dalam Walker, 2001) kontrol didefinisikan dalam hal pencapaian rencana yang diinginkan. Kontrol adalah cara untuk memeriksa, menyelidiki serta mengawasi (Bakir, 2009). Sedangkan menurut Giger, dkk (1995, dalam Perry & Potter, 2005) kontrol mengacu pada kemampuan dari anggota kelompok kultural tertentu untuk merencanakan aktivitas yang mengontrol sifat dan faktor lingkungan.

2.5.2 Teori Kontrol

Menurut Walker (2001) kontrol memiliki implikasi penting untuk pengelolaan hubungan antara pasien atau klien dengan para profesional kesehatan dalam pengaturan perawatan kesehatan. Sedangkan menurut Hyland (1987, dalam Walker, 2001) kata kontrol umumnya digunakan untuk merujuk kepada kedua proses pencapaian dan hasil.

2.5.3 Kontrol dari Segi Psikologi Kesehatan

Menurut Hyland (1987, dalam Walker, 2001) dalam segi psikologis kesehatan, kontrol biasanya dikaitkan dengan hasil positif dan adaptasi, namun kontrol mungkin dalam beberapa keadaan dikaitkan dengan menyimpang atau maladaptif mungkin tergantung pada perspektif yang berbeda dari aktor dan pengamat.

2.5.4 Kontrol Pribadi

Sebagian besar penelitian mendukung bahwa kontrol pribadi pada umumnya menguntungkan dalam kaitannya dengan hasil kesehatan fisik dan psikologis. Namun, ketergantungan total pada kontrol pribadi mungkin akan maladaptif dalam situasi tak terkendali. Oleh sebab itu keseimbangan kontrol pribadi dan dukungan sosial harus seimbang sehingga dapat mencapai hasil diinginkan pada saat seseorang ada dalam kesulitan, sakit atau cacat (Walker, 2001).

2.6 Keterkaitan Teori

Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan kunjungan ulang pada pasien skizofrenia di poliklinik Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin.

Dukungan keluarga diungkap dengan menggunakan skala yang terdiri dari 4 (empat) dukungan keluarga yaitu: dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan materi (instrumental) dan dukungan penghargaan. Dukungan emosional dapat berupa dukungan yang memberikan pasien rasa nyaman, merasa dicintai, memberikan dukungan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian, sehingga pasien merasa berharga dan diterima.

Dukungan informasi, keluarga yang berperan dalam menghimpun dan memberi informasi kepada anggota keluarga yang mengalami skizofrenia,

memberikan informasi tempat, dokter dan terapi yang baik bagi pasien. Dukungan ini termasuk didalamnya memberikan pengarahan dan solusi terhadap masalah yang dialami pasien.

Dukungan instrumental atau dukungan nyata dapat berupa bantuan pengobatan biaya perawatan kepada anggota keluarga yang mengalami skizofrenia. Bentuk dukungan ini juga dapat berupa perawatan saat pasien mengalami sakit jasmani. Dukungan penghargaan, dukungan ini berupa dorongan dan motivasi yang diberikan keluarga kepada pasien. Dalam dukungan penghargaan, kelompok dukungan dapat berupa mempengaruhi persepsi akan ancaman. Dukungan keluarga dapat membantu pasien mengatasi masalah dan keluarga bertindak sebagai pembimbing pasien dalam mengatasi masalah pasien.

Penderita skizofrenia pada umumnya kurang begitu menggembirakan. Sekitar 25% dapat pulih dari episode awal dan fungsinya dapat kembali pada tingkat *premorbid* (sebelum munculnya gejala tersebut). Sekitar 25% tidak akan pernah pulih dan perjalanan penyakitnya cenderung memburuk. Sekitar 50% berada di antaranya ditandai dengan kekambuhan periodik dan ketidakmampuan berfungsi dengan efektif kecuali untuk waktu yang singkat, 50-80% pasien skizofrenia yang pernah dirawat di rumah sakit jiwa akan kambuh (Harris dan Craighead, 1994 ; Kazdin & Mahoney, 2006).

Menurut Sullinger (1988 dalam Yosep, 2011) ada 4 faktor penyebab kekambuhan pasien kambuh dan perlu dirawat kembali di rumah sakit jiwa, yaitu : pasien skizofrenia, dokter (pemberi resep), penanggung jawab pasien (*case manager*), dan keluarga.

Pasien skizofrenia yang secara umum minum obat tidak teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Hasil penelitian menunjukkan

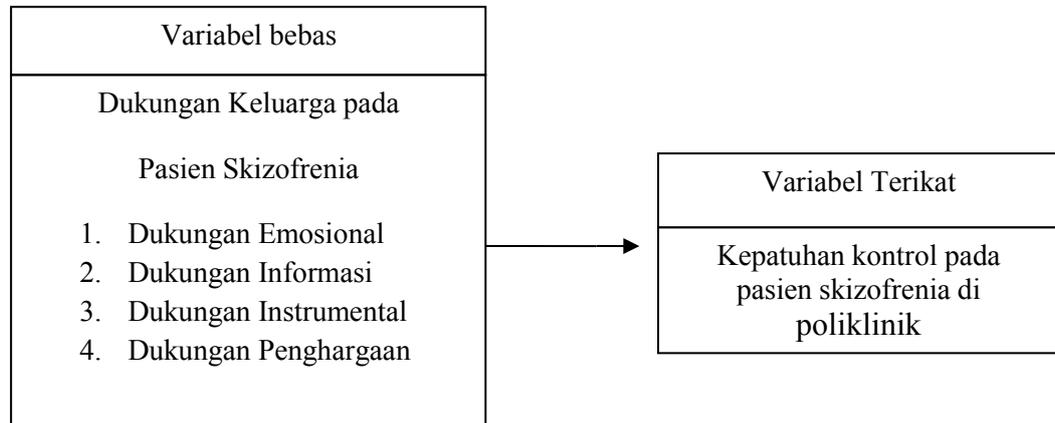
25% sampai 50% pasien skizofrenia yang pulang dari rumah sakit jiwa tidak meminum obat secara teratur (Keliat, 1996). Di rumah sakit tugas perawat adalah memberikan perawatan, obat, dan memantau pemberian obat, sedangkan di rumah tugas perawat digantikan oleh keluarga.

Dokter (pemberi resep), pasien skizofrenia yang meminum obat secara teratur dapat mengurangi kekambuhan, tetapi pemakaian obat yang berlebihan dapat menimbulkan efek samping, sehingga pemberi resep (dokter) diharapkan memiliki tingkat kewaspadaan yang tinggi dalam pemberian obat agar tidak menimbulkan efek samping yang berlebihan pada pasien skizofrenia.

Keluarga mempunyai tanggung jawab yang penting dalam proses perawatan di rumah sakit jiwa, persiapan pulang dan perawatan di rumah agar adaptasi pasien berjalan dengan baik. Kualitas dan efektifitas perilaku keluarga akan membantu proses pemulihan kesehatan pasien sehingga status pasien meningkat. Berdasarkan penelitian di Inggris (Vaugh,1976) dan di AS (Synder,1981) memperlihatkan bahwa keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik, banyak melibatkan diri dengan pasien) diperkirakan kambuh dalam waktu 9 bulan, hasilnya 57% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi dan 17% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi yang rendah. (Yosep, 2011).

2.7 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka Konsep Penelitian dijelaskan berdasarkan skema yang tertera pada gambar 2.1



Gambar.2.1 Kerangka Konsep Penelitian

2.8 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah “ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan kontrol pada pasien skizofrenia di poliklinik Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin.”