

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.2. Konsep Keluarga

2.2.1. Pengertian Keluarga

Friedman, *et al* (2010) menyatakan keluarga dua orang atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena pertalian darah, ikatan perkawinan atau adopsi. Menurut WHO (1966, dalam Dion & Yasinta, 2013) keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan.

Menurut UU NO. 10 1992 (dalam Dion & Yasinta, 2013) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri atau suami istri dan anaknya atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Depkes (2010) mendefinisikan keluarga sebagai suatu system social yang terdiri dari dua orang atau lebih yang dihubungkan karena hubungan darah, hubungan perkawinan, hubungan adopsi dan tinggal bersama untuk menciptakan suatu budaya tertentu.

Simpulan dari definisi keluarga adalah dua orang atau lebih individu yang tinggal satu rumah karena adanya keterikatan perkawinan, hubungan darah, adopsi.

2.2.2. Tipe Keluarga

Murwani (2007) membagi tipe keluarga sebagai berikut :

2.2.2.1. Tipe Tradisional

a. *The Nuclear Family*

Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak.

b. *Exstended Family*

keluarga inti di tambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.

c. *The Dyad Family*

Keluarga yang terdiri dari suami, istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.

d. *Keluarga Usila*

Keluarga yang terdiri dari suami, istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.

e. *The Chidles Family*

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena mengejar karier atau pendidikan yang terjadi pada wanita.

f. *The Extenden Family*

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi.

g. *The Single Parent Family*

Keluarga yang terdiri dari satu orang dengan anak, hal ini melalui proses perceraian atau kematian.

h. *Commuter Family*

Keluarga dengan kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja di luar kota bisa berkumpul dengan keluarga saat akhir pekan.

i. Multigeneration Family

Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umum yang tinggal bersama dalam satu rumah.

j. Kin-Networl Family

Keluarga yang terdiri dari beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama seperti dapur, kamar mandi, TV, radio, dll.

k. Blended Family

Keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.

l. The Single Adult Living Alone

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan seperti perceraian atau ditinggal mati.

2.2.2.2. Tipe Non Tradisional

a. The Unmarriedteenage Mather

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

b. The Stepparent Family

Keluarga dengan orang tiri.

c. Commune Family

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama.

d. The Non Marital Heterrosexual Cohibitang Family

Keluarga yang hidup bersama dan berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

e. Gay and Lesbian Family

Seseorang yang mempunyai persamaan seks hidup bersama sebagaimana suami, istri (marital pathner).

f. Cohibiting Couple

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

g. Group Marriage Family

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk sexual dan membesarkan anaknya.

h. Group Network Family

Keluarga inti yang dibatasi aturan atau nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya dan dsaling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

i. Family

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara didalam waktu sementara pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluar aslinya.

j. Homeless Family

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan problem kesehatan mental.

k. Gang Family

Sebuah keluarga yang deskruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai dan keluarga yang mempunyai

perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

2.2.3. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut friedmen (2010) secara umum didefinisikan sebagai hasil akhir atau akibat dari struktur keluarga yaitu :

2.2.3.1. Fungsi Afektif (*The Affective Function*)

keluarga yang utama adalah untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarganya dalam berhubungan dengan orang lain. Keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang satu anggota keluarganya karena respon kasih sayang satu anggota keluarga ke anggota keluarga lainnya memberikan dasar penghargaan terhadap kehidupan keluarga. Keberhasilan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Dengan demikian setiap anggota keluarga dapat saling mempertahankan iklim atau kondisi yang positif.

2.2.3.2. Fungsi Sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*Socialization and Social Placement Function*)

mengembangkan dan sebagai tempat melatih anak untuk berkehidupan social sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah. Fungsi keluarga dapat ditunjukkan dengan membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, serta menentukan nilai-nilai budaya keluarga. Keluarga mengajarkan anggotanya untuk bersosialisasi baik secara internal maupun eksternal keluarga.

2.2.3.3. Fungsi Reproduksi (*The Reproductive Function*)

untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga. Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia dengan memelihara dan membesarkan anak. Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia dengan menyediakan anggota baru untuk masyarakat. Fungsi ini dibatasi oleh adanya program KB, dimana setiap rumah tangga dianjurkan hanya memiliki 2 orang anak.

2.2.3.4. Fungsi Ekonomi (*The Economic Function*)

keluarga dengan mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan semua anggota keluarga, seperti kebutuhan makanan, tempat tinggal, pakaian, dan lain sebagainya.

2.2.3.5. Fungsi Perawatan Kesehatan (*The Health Care Function*)

keluarga dalam perawatan kesehatan yaitu keluarga mempunyai tugas untuk memelihara kesehatan anggota keluarganya agar tetap memiliki produktivitas dalam menjalankan perannya masing-masing.

2.2.4. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Menurut Friedman (2010) sesuai dengan Fungsi Pemeliharaan Kesehatan, keluarga mempunyai Tugas-tugas dalam bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu:

2.2.4.1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarganya.

2.2.4.2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

- 2.2.4.3. Memberikan perawatan bagi anggotanya yang sakit atau yang tidak mampu membantu dirinya sendiri karena kecacatan atau usianya yang terlalu muda.
- 2.2.4.4. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 2.2.4.5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

2.3. Konsep Pengetahuan

2.3.1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2012). Penginderaan terhadap obyek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan tersendiri. Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan manusia di peroleh melalui mata dan telinga.

pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui berkenaan dengan hal. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (over behaviour). Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu. Menurut teori WHO (World Health Organization) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007), salah satu

bentuk objek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri.

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui, segala sesuatu yang diketahui berkenaan dengan pelajaran (KBBI, 2002).

Salam (2008) mengemukakan bahwa pengetahuan ialah apa yang diketahui atau hasil pekerjaan tahu. Pekerjaan tahu tersebut adalah hasil dari pada : kenal, sadar, insaf, mengerti dan pandai.

Pengetahuan adalah berbagai hal yang diperoleh manusia melalui panca indera. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan inderanya untuk menggali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya (Wijayanti, 2009).

Oemarjoedi (dalam Dulistiawati, 2013) mendefinisikan pengetahuan adalah faktor penentu bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak. Pengetahuan menurut Reber (2010) dalam makna kolektifnya, pengetahuan adalah kumpulan informasi yang dimiliki seseorang atau kelompok, atau budaya tertentu. Sedangkan pengetahuan secara umum menurut Rober (2010) adalah komponen-komponen mental yang dihasilkan dari semua proses apapun, entah lahir dari bawaan atau dicapai lewat pengalaman.

Berdasarkan dari beberapa definisi tentang pengetahuan dapat disimpulkan bahwa pengetahuan adalah informasi yang didapat dari pengalaman . proses mengenal atau mengetahui itu dari proses belajar.

2.3.2. Tahap Proses Pembentukan Pengetahuan

Model yang banyak digunakan untuk menggambarkan proses pembentukan pengetahuan adalah Model SECI yang dikemukakan oleh Nonaka dkk (1994). Model Seci terdiri dari antara lain :

- a. Sosialisasi (*socialization*) yaitu proses pembentukan pengetahuan tasit melalui berbagi pengalaman saat berinteraksi secara langsung. Misalnya seseorang dapat mengetahui pengetahuan tasit tentang konsumen karena dia pernah menjadi konsumen.
- b. Eksternalisasi (*Externalization*) yaitu pembentukan pengetahuan dengan mengubah pengetahuan tasit ke dalam bentuk eksplisit. Misalnya konsep, gambar dan dokumen tertulis. Cara efektif untuk eksternalisasi adalah melalui dialog.
- c. Kombinasi (*Combination*) yaitu pembentukan pengetahuan dengan mengelola pengetahuan yang telah ada baik dari dalam maupun luar organisasi ke dalam bentuk yang lebih kompleks dan sistematis.
- d. Internalisasi (*Internalization*) yaitu pembentukan pengetahuan eksplisit ke dalam bentuk tasit melalui penerapan dan penggunaan pengetahuan dan menjadi kebiasaan baru. Misalnya seorang pekerja membaca manual *job description* dan menerapkannya dalam keseharian

Proses pembentukan pengetahuan dimulai dari tahap sosialisasi. Proses pembentukan terjadi dalam pola spiral, artinya interaksi antara pengetahuan tasit dan pengetahuan eksplisit saling menguatkan selama proses perubahan dan terjadi secara berulang hingga mencapai tingkat yang dibutuhkan organisasi.

2.3.3. Karakteristik Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 :

a. Tahu (*know*)

Diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan- pertanyaan.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekadar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekadar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d. Analisa (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

2.3.4. Faktor Yang Mempengaruhi

Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain yaitu:

a. Faktor pendidikan

Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima informasi tentang obyek atau yang berkaitan dengan pengetahuan.

Pengetahuan umumnya dapat diperoleh dari informasi yang disampaikan oleh orang tua, guru, dan media masa. Pendidikan sangat erat kaitannya dengan pengetahuan, pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat diperlukan untuk pengembangan diri. Semakin tinggi tingkat

b. Faktor pekerjaan

Pekerjaan seseorang sangat berpengaruh terhadap proses mengakses informasi yang dibutuhkan terhadap suatu obyek.

c. Faktor pengalaman

Pengalaman seseorang sangat mempengaruhi pengetahuan, semakin banyak pengalaman seseorang tentang suatu hal, maka akan semakin bertambah pula pengetahuan seseorang akan hal tersebut.

2.3.5. Cara Mengukur Pengetahuan

Menurut Arikunto (2010), pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden ke dalam pengetahuan yang ingin diukur dan disesuaikan dengan tingkatannya. Adapun jenis pertanyaan yang dapat digunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

a. Pertanyaan subjektif

Penggunaan pertanyaan subjektif dengan jenis pertanyaan *essay* digunakan dengan penilaian yang melibatkan faktor subjektif

dari penilai, sehingga hasil nilai akan berbeda dari setiap penilai dari waktu ke waktu.

- b. Jenis pertanyaan objektif seperti pilihan ganda (*multiple choise*), betul salah dan pertanyaan menjodohkan dapat dinilai secara pasti oleh penilai.

2.4. Konsep Penghasilan

2.4.1. Pengertian Penghasilan

Penghasilan dari seluruh anggota keluarga yang disambungkan untuk memenuhi kebutuhan bersama ataupun perorangan dalam rumah tangga. Menurut (KBBI) penghasilan adalah proses cara menghasilkan uang yang diterima dan sebagainya. Penghasilan bersih seluruh penghasilan dikurangi biaya, penghasilan kotor seluruh penghasilan yang belum dikurangi biaya.

menurut Junandar (2004:147) pendapatan rumah tangga adalah pendapatan/penghasilan yang diterima oleh rumah tangga bersangkutan baik yang berasal dari pendapatan kepala rumah tangga maupun pendapatan anggota-anggota rumah tangga.

Berdasarkan definisi pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa penghasilan adalah peroleh uang yang diterima dari hasil kerja.

Pengertian penghasilan sesuai pasal 4 ayat 1 undang-undang PPh adalah setiap tambahan ekonomis yang diterima atau diperoleh wajib pajak, baik yang berasal dari Indonesia, yang dapat dipakai untuk konsumsi atau menambah kekayaan wajib pajak yang bersangkutan dengan nama dan dalam bentuk apapun.

Pengertian penghasilan menurut Prabowo adalah jumlah uang yang diterima atas usaha yang dilakukan orang perorangan, badan dan bentuk usaha lainnya yang dapat digunakan untuk aktivitas ekonomi

seperti mengonsumsi dan/atau menimbun serta menambah kekayaan (Prabowo, 2004:21)

Penghasilan (income) berarti suatu penambahan aktiva atau penurunan kewajiban yang mengakibatkan kenaikan ekuitas yang tidak berasal dari kontribusi penanaman modal (PSAK SAK, 1994)

Dari kedua definisi di atas dapat disimpulkan bahwa penghasilan adalah setiap tambahan ekonomis yang diperoleh oleh wajib pajak yang berada di Indonesia yang dapat digunakan untuk aktivitas ekonomi seperti mengonsumsi dan menambah kekayaan.

2.4.2. Karakteristik Penghasilan

Menurut Undang-Undang Penghasilan diatur dalam pasal 4 ayat (1)

- 1) Penggantian atau timbalan berkenaan dengan pekerjaan atau jasa yang diterima atau diperoleh.
- 2) Hadiah dari undian, pekerjaan, kegiatan, atau penghargaan
- 3) Laba usaha
- 4) Keuntungan karena penjualan atau karena pengalihan harta, termasuk antara lain :
 - a. Keuntungan karena pengalihan harta kepada perseroan, persekutuan, dan badan lainnya sebagai pengganti saham atau penyertaan modal.
 - b. Keuntungan karena pengalihan harta kepada pemegang saham, sekutu atau anggota yang diperoleh perseroan, persekutuan dan badan lainnya.
 - c. Keuntungan karena likuidasi, penggabungan, peleburan, pemekaran, pemecahan, atau pengambilalihan usaha atau reorganisasi dengan nama dan dalam bentuk apapun.
 - d. Keuntungan karena pengalihan harta berupa hibah, bantuan, atau sumbangan dianggap sebagai penghasilan bagi pihak yang mengalihkan.

2.4.3. Faktor Yang Mempengaruhi

a. Pendidikan

Statistik menunjukkan, orang yang menempuh pendidikan lebih tinggi cenderung menghasilkan lebih banyak uang daripada mereka yang tidak. Ini seringkali ‘membutakan’ mata masyarakat yang akhirnya cenderung menganggap bahwa seseorang tidak akan mendapatkan penghasilan tinggi sebelum mereka menempuh pendidikan setinggi-tingginya. Ini tentu saja merupakan mitos yang salah. Yang benar adalah pendidikan yang tinggi bisa membantu seseorang untuk mendapatkan penghasilan yang lebih besar, meski hal itu bukan satu-satunya jaminan. Kita banyak melihat para wiraswastawan yang tidak lulus pendidikan tinggi bisa mendapatkan penghasilan yang besar. Namun demikian, kebanyakan dari mereka yang memiliki pendidikan tinggi biasanya berpenghasilan lebih besar.

b. Pekerjaan

Penghasilan seseorang juga berkait erat dengan pekerjaan yang dia lakukan. Disinilah kita mengenal istilah white collar worker dengan blue collar worker. Pekerja kerah putih (mereka yang lebih banyak menggunakan pikirannya dalam bekerja) biasanya menghasilkan lebih banyak uang daripada mereka yang berkerah biru (mereka yang lebih banyak menggunakan tenaganya).

c. Umur

Penghasilan seseorang juga berkait erat dengan umurnya. Mereka yang masih berumur 25 tahun ke bawah cenderung berpenghasilan lebih rendah daripada mereka yang sudah berumur di atas 25 tahun, bahkan di atas 35 tahun. Semakin tua umur seseorang, biasanya penghasilannya akan menjadi lebih tinggi. Ini masuk akal mengingat pengalaman seseorang dalam satu bidang, apabila ditekuni dari tahun ke tahun akan membuat pengalamannya bertambah, sehingga penghasilannya juga akan

semakin bertambah.pengalamannya bertambah, sehingga penghasilannya juga akan semakin bertambah.

d. Harta

Penghasilan seseorang pada dasarnya didapat dari upah dan juga hasil investasi. Upah terdiri atas honor dan gaji, yang didapat seseorang karena jasa atau pekerjaan yang dia lakukan. Tetapi penghasilan yang kedua, adalah penghasilan yang didapat dari hasil investasi. Misal, seseorang memiliki harta berupa uang tunai Rp 100 juta. Bila uang ini diinvestasikan, akan memberikan penghasilan bunga yang rutin setiap bulannya. Semakin besar harta yang dia miliki, semakin besar pula penghasilan bunganya atau hasil investasinya. Begitu juga bila seseorang memiliki rumah, dia bisa menyewakannya kepada pihak lain, orang tersebut akan mendapatkan hasil sewa. Jadi, semakin besar harta Anda, biasanya akan semakin besar pula penghasilan yang Anda terima. Selanjutnya penghasilan tersebut bisa Anda gunakan untuk memperbesar harta Anda, yang pada akhirnya bisa digunakan untuk mendapatkan penghasilan yang lebih besar. Begitu seterusnya.

e. Tempat Tinggal

empat tinggal juga berpengaruh pada penghasilan seseorang. Dua orang manajer yang sama, misalnya, baik umur maupun jenis pekerjaannya, bisa saja berbeda penghasilannya bila mereka tinggal di dua kota yang berbeda.

2.4.4. UMP Kalsel 2018

Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan menetapkan Upah Minimum Provinsi (UMP) Kalimantan Selatan 2018 naik 8,71 persen dibanding 2017 atau menjadi Rp 2.454.671,80 per bulan.

2.4.5. Cara Mengukur Penghasilan

pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang penghasilan keluarga

2.5. Konsep Beban Keluarga

2.4.1. Pengertian Beban Keluarga

Beban keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya (Fontaine, 2009). Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Sebagaimana respon keluarga terhadap berduka dan trauma, keluarga dengan anggota keluarga mengalami perilaku kekerasan juga membutuhkan empati dan dukungan dari tenaga kesehatan profesional (Mohr & Regan-Kubinski, 2001 dalam Fontaine, 2009).

2.4.2. Kategori Beban Keluarga

WHO (2008) mengkategorikan beban keluarga dengan klien perilaku kekerasan dalam tiga jenis yaitu :

- a. Beban obyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktivitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga.
- b. beban subyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, kecemasan, dan malu dalam situasi sosial, koping, stress terhadap gangguan perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.
- c. beban iatrogenik, merupakan beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan intervensi dan rehabilitasi tidak berjalan sesuai fungsinya. Termasuk dalam beban ini, bagaimana sistem rujukan dan program pendidikan kesehatan.

2.4.3. Macam-macam beban keluarga

Mohr (2006) dalam merawat pasien gangguan jiwa ada tujuh macam yaitu :

- 2.4.3.1. Pasien yang mengalami gangguan jiwa adalah manusia yang sama dengan orang lainnya: mempunyai martabat dan memerlukan perlakuan manusiawi.
- 2.4.3.2. Pasien yang mengalami gangguan jiwa mungkin dapat kembali ke masyarakat dan berperan dengan optimal apabila mendapatkan dukungan yang memadai dari seluruh unsur masyarakat. Pasien gangguan jiwa bukan berarti tidak dapat sembuh.
- 2.4.3.3. Pasien dengan gangguan jiwa tidak dapat dikatakan sembuh secara utuh, tetapi memerlukan bimbingan dan dukungan penuh dari orang lain dan keluarga.
- 2.4.3.4. Tujuan perawatan adalah:
 - a. Meningkatkan kemandirian pasien
 - b. Pengoptimalan peran dalam masyarakat
 - c. Meningkatkan kemampuan memecahkan masalah
- 2.4.3.5. Pasien memerlukan pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari seperti makan, minum, dan berpakaian serta kebersihan dengan optimal. Keluarga berperan untuk membantu pemenuhan kebutuhan sesuai tahap-tahap kemandirian pasien.
- 2.4.3.6. Kegiatan sehari-hari seperti melakukan pekerjaan rumah, membantu usaha keluarga atau bekerja merupakan salah satu bentuk terapi pengobatan yang mungkin berguna bagi pasien.
- 2.4.3.7. Berilah peran secukupnya pada pasien sesuai dengan tingkat kemampuan yang dimiliki. Pemberian peran yang sesuai dapat meningkatkan harga diri pasien.

2.4.4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Beban Keluarga

Menurut Green (1980) (dalam Notoatmodjo, 2007) faktor yang dapat mempengaruhi beban keluarga antara lain:

2.4.4.1. Perjalanan penyakit

Penderita skizofrenia sering mengalami ketidakmampuan seperti merawat diri, berinteraksi sosial, sehingga sangat bergantung kepada keluarga yang akan menjadi beban baik subyektif maupun obyektif. Bahwa gejala positif dan negatif klien skizofrenia berperan dalam beratnya beban Kaplan sadock, 2002 dalam Nuraenah, 2012. Siregar, Arijanto dan Wati 2008 dalam Nuraenah 2012 menemukan bahwa gejala positif dan negatif klien skizofrenia berperan dalam caregiver, semakin tinggi skor sindrom positif dan negatif skizofrenia maka semakin berat beban yang dirasakan.

2.4.4.2. Stigma

Pada kehidupan masyarakat, skizofrenia masih dianggap sebagai penyakit yang memalukan dan merupakan aib bagi keluarga, dan sering dianggap sebagai ancaman yang mengganggu keamanan sekitarnya. Keadaan ini menyebabkan keluarga dikucilkan dan mengalami isolasi sosial dari masyarakat. Hal ini menjadi beban bagi keluarga baik beban subyektif maupun beban obyektif.

Menurut Sane Research (2009) dalam Nuraenah 2012 Stigma adalah suatu usaha untuk label tertentu sebagai kelompok yang kurang patut dihormati dari pada yang lain. Stigma masih tersebar luas di Australia. Australia menghabiskan sekitar 8% dari anggaran kesehatan pada pelayanan kesehatan mental, di Negara-negara

OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) sebanding, proporsi adalah 12% atau lebih, kekurangan ini memiliki efek drastis pada kapasitas layanan jiwa. Keadaan di Indonesia tidak jauh berbeda dengan di Australia. Orang yang mengalami gangguan jiwa diperlukan dengan cara yang tidak pantas. Kalau kita melihat pelayanan kesehatan di Indonesia, bahwa bangsal-bangsal yang ada di rumah sakit umum banyak yang belum ada bangsal jiwanya hal ini menunjukkan bukan hanya masyarakat awam saja yang melakukan diskriminatif, tetapi para profesionalpun secara tidak sadarmelakukan stigmatisasi terhadap penderita gangguan.

Menurut Hawari (2009) stigma merupakan sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarga menderita skizofrenia merupakan aib bagi anggota keluarganya. Selama bertahun-tahun banyak bentuk diskriminasi di dalam masyarakat. Penyakit mental masih menganggap kesalahan pahaman, prasangka, kebingungan, ketakutan di tengah-tengah masyarakat.

2.4.4.3. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan khususnya kesehatan mental merupakan sarana yang penting dalam melakukan perawatan terhadap skizofrenia. Kemudahan keluarga untuk membawa klien ke pelayanan kesehatan akan mengurangi beban keluarga dalam merawat, begitu juga sebaliknya, jika pelayanan kesehatan khususnya mental tidak tersedia atau sulit dijangkau akan

menyebabkan keadaan klien lebih buruk yang akan menjadi beban bagi keluarga yang merawat (Thonicraft & Samukler, 2001 dalam Nuraenah 2012)

2.4.4.4. Pengetahuan terhadap penyakit

Pengetahuan keluarga tentang skizofrenia dan cara perawatannya sangat mempengaruhi proses pikir keluarga. Keluarga yang memiliki pengetahuan yang baik akan meringankan beban keluarga dalam merawat riwayat perilaku kekerasan (Wicaksana, 2007). Abdurachman (2008) dalam penelitian Hubungan pengetahuan keluarga tentang perilaku kekerasan dengan kesiapan keluarga dalam merawat pasien di Rumah Sakit Jiwa daerah Provinsi Sumatra Utara, menemukan bahwa 90,6% keluarga dengan penderita perilaku kekerasan memiliki pengetahuan yang baik tentang perilaku kekerasan, dan memiliki kesiapan yang cukup sebanyak 84,4% dalam merawat klien dengan perilaku kekerasan.

2.4.4.5. Ekspresi emosional

Ekspresi emosional adalah keadaan individu yang terbuka dan sadar akan perasaannya dan dapat berpartisipasi dengan dunia eksternal dan internal (Keliat, 2000). Beberapa penelitian menemukan bahwa ekspresi emosi keluarga yang tinggi rata-rata memiliki beban yang tinggi jika dibandingkan dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi yang rendah. Angiananda (2006) menemukan bahwa emosi keluarga berkaitan dengan pengetahuan menyebabkan emosi tinggi karena merasa terbebani dengan perilaku klien. Tingginya angka kekambuhan tersebut akan

meningkatkan ketidakmampuan penderita yang menyebabkan beban bagi keluarga.

2.4.4.6. Ekonomi

Faktor ekonomi merupakan salah satu faktor yang paling penting dalam penilaian beban keluarga. Perawatan klien skizofrenia membutuhkan waktu yang lama sehingga membutuhkan biaya yang banyak. Penelitian Gururj, Bada, Reddy dan Chandrashkar (2008) menemukan bahwa dari enam dimensi beban keluarga dengan skizofrenia, skor finansial memiliki rata-rata yang paling tinggi. Oleh karena itu, apabila keluarga tidak memiliki sumber dana yang cukup atau jaminan kesehatan, maka hal ini akan menjadi beban yang terberat bagi keluarga.

2.4.4.7. Pengetahuan

Faktor pendidikan adalah proses belajar yang berarti terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, keluarga atau masyarakat. Beberapa hasil penelitian mengenai pengaruh pendidikan terhadap perkembangan pribadi, bahwa pada umumnya pendidikan itu mempertinggi taraf intelegensi keluarga dalam merawat pasien skizofrenia agar pasien skizofrenia mampu kembali kekeluarga dan beradaptasi dengan lingkungan.

2.4.4.8. Upaya untuk beban keluarga

Memberikan pelayanan kesehatan mental merupakan sarana yang penting dalam melakukan perawatan skizofrenia. Kemudahan keluarga untuk membawa pasien ke pelayanan kesehatan akan mengurangi beban keluarga dalam merawat begitu juga

sebaliknya, jika pelayanan kesehatan khususnya mental tidak tersedia atau sulit dijangkau akan menyebabkan keadaan pasien lebih buruk yang akan menjadi beban bagi keluarga yang merawat. Mengontrol emosional keluarga dalam merawat anggota keluarga, karena ekspresi emosi keluarga yang tinggi rata-rata memiliki beban yang tinggi jika dibandingkan dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi yang rendah. Ekonomi juga merupakan upaya untuk beban keluarga yang paling terpenting dalam penilaian beban keluarga, karena ekonomi sangat mempengaruhi upaya beban keluarga. apabila keluarga tidak memiliki sumber dana yang cukup atau jaminan kesehatan, maka hal ini akan menjadi beban yang terberat bagi upaya beban keluarga.

2.4.4.9. Cara Mengukur Beban Keluarga

Menggunakan kuesioner tentang materi beban keluarga antara lain :

- a.** Beban obyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktivitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga.
- b.** beban subyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, kecemasan, dan malu dalam situasi sosial, koping, stress terhadap gangguan perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.
- c.** beban iatrogenik, merupakan beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem

pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan intervensi dan rehabilitasi tidak berjalan sesuai fungsinya. Termasuk dalam beban ini, bagaimana sistem rujukan dan program pendidikan kesehatan.

2.6. Konsep Skizofrenia

2.5.1. Pengertian skizofrenia

Menurut Maslim (2013) skizofrenia merupakan sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya. Skizofrenia termasuk dalam salah satu gangguan mental yang disebut psikosis. Klien psikotik tidak dapat mengenali atau tidak memiliki kontak dengan realitas.

Meunrut (Faisal,2008) penyakit skizofrenia atau *schizophrenia* artinya kepribadian yang terpecah; antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Dalam artian apa yang dilakukan tidak sesuai dengan pikiran dan perasaanya. Secara spesifik Skizofrenia adalah orang yang mengalami gangguan emosi, pikiran dan perilaku

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi (Direja, 2011).

2.5.2. Penyebab Skizofrenia

Menurut Keliat, et.al (2011) gangguan Skizofrenia dapat terjadi karena:

- a. Faktor genetik, belum teridentifikasi secara spesifik, namun pengaruh lokasi kromosom 6 pada gen dengan kromosom 4, 8, 15, 22 berhubungan dengan terjadinya Skizofrenia.
- b. Faktor keturunan atau bawaan merupakan faktor penyebab yang tidak besar pengaruhnya bagi munculnya gangguan Skizofrenia.
- c. Ketidakseimbangan neurotransmitter (dopamin dan glutamat).
- d. Faktor lingkungan seperti kekurangan gizi selama kehamilan, masalah dalam proses kelahiran, stres pada kondisi lingkungan, dan stigma (penyebab kekambuhan pasien Skizofrenia).

Sedangkan menurut Arif (2006) Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyebab yang tunggal, tetapi dari berbagai faktor dari skizofrenia adalah:

a. Faktor Biologis

1) Faktor-faktor genetik (keturunan)

Gen yang diwarisi seseorang, sangat kuat mempengaruhi risiko seseorang mengalami skizofrenia. Studi pada keluarga telah menunjukkan bahwa semakin dekat relasi seseorang dengan pasien skizofrenia, makin besar risikonya untuk mengalami penyakit tersebut.

2) Komplikasi Kelahiran

Bayi laki-laki yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia.

3) Infeksi

Perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang

dengan skizofrenia. Penelitian mengatakan bahwa terpapar infeksi virus pada trimester kedua kehamilan akan meningkatkan seseorang menjadi skizofrenia.

4) Hipotesis Dopamin

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Hampir semua obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal menyekat reseptor dopamin D2, dengan terhalangnya transmisi sinyal di sistem dopaminergik maka gejala psikotik diredakan. Berdasarkan pengamatan diatas dikemukakan bahwa gejala-gejala skizofrenia disebabkan oleh hiperaktivitas sistem dopaminergik.

5) Hipotesis Serotonin

Gaddum, Wooley, dan Show tahun 1954 mengobservasi efek *lysergic acid diethylamide* (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT. Ternyata zat ini menyebabkan keadaan psikosis berat pada orang normal. Kemungkinan serotonin berperan pada skizofrenia kembali mengemuka karena penelitian obat antipsikotik atipikal clozapine yang ternyata mempunyai afinitas terhadap reseptor serotonin 5-HT lebih tinggi dibandingkan reseptor dopamin D2.

6) Struktur Otak

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan aktifitas metabolik. Pemeriksaan

mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel gila, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

a. Faktor Genetika

Prabowo (2014) sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% dari populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki ataupun perempuan dengan skizofrenia. Masyarakat yang mempunyai hubungan derajat ke dua seperti paman, bibi, kakek / nenek dan sepupu dikatakan lebih sering dibandingkan populasi umum. Kembar identik 40% sampai 65% berpeluang menderita skizofrenia sedangkan kembar dizigotik 12%. Anak dan kedua orang tua yang skizofrenia berpeluang 40% satu orang tua 12%. Sebagai ringkasan hingga sekarang kita belum mengetahui dasar penyebab Skizofrenia. Dapat dikatakan bahwa faktor keturunan mempunyai pengaruh atau faktor yang mempercepat yang menjadikan manifestasi atau faktor pencetus seperti penyakit badaniah atau stres psikologi

2.5.3. Gejala-gejala Skizofrenia

Menurut Baradero, dkk. (2016:127) gejala Skizofrenia dibagi atas dua kategori besar yaitu gejala positif atau hard symptoms dan gejala negatif atau soft symptoms. Di bawah ini adalah dua kategori gejala Skizofrenia:

1) Gejala positif

a. Ambivalen

Mempunyai 2 keyakinan atau kepercayaan yang berlawanan tentang seseorang yang sama, suatu

kejadian, atau suatu situasi. Dia mempunyai perasaan atau pikiran yang bertentangan

b. Associative loosen

Pikiran atau ide yang terpisah-pisah dan tidak ada hubungan satu dengan yang lain

c. Delusi

Keyakinan yang tidak benar, tidak berubah (fixed), dan tidak berdasarkan pada kenyataan atau realitas

d. Echopraxia

Meniru gerakan atau gerak-gerik dari orang yang sedang diamatinya

e. Flight of idea

Klien mengungkapkan kata-kata terus-menerus atau meloncat-loncat dari topik yang satu ke topik yang lain

f. Halusinasi

Persepsi sensori yang tidak benar dan tidak berdasarkan realita

g. Ideas of reference

Pikiran yang tidak benar bahwa kejadian eksternal membawa arti yang khusus untuk dirinya

h. Perseverasi

Memegang teguh suatu ide atau suatu topik, mengulang-ulang suatu kalimat atau suatu kata, menolak usaha untuk mengubah topik

2.5.4. Tipe dan Klasifikasi Skizofrenia

Tipe dan klasifikasi skizofrenia menurut Prabowo (2014) yaitu :

a. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas, gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi

dan kemunduran kemauan, gangguan proses berpikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang sekali terdapat.

b. Skizofrenia Bebefrenik

Permulannya perlahan-lahan atau sub akut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 12-25 tahun gejala yang menyolok ialah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti mannerism atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada bebefrenik, waham dan halusinasi banyak sekali.

c. Skizofrenia Katatonik

skizofrenia katatonik ditandai dengan penurunan dramatis dalam aktivitas, hingga akhirnya benar-benar berhenti. Penderita skizofrenia katatonik cenderung enggan bergerak dan tidak responsif terhadap dunia sekitar mereka. Postur tubuh atau mimik wajah mereka sering menjadi kaku dan tak lazim. Orang-orang ini mungkin juga menunjukkan peningkatan gerak berlebihan tanpa tujuan. Pasien skizofrenia katatonik sering pula mengulang-ulang gerakan dan menirucapan orang lain. Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering di dahului oleh stres emosional, mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

d. Stupor Katatonik

Pada stupor katatonik penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya.

Emosinya sangat dangkal, gejala yang paling penting ialah gejala psikomotor seperti:

- 1) Mutisme, kadang-kadang dengan mata tertutup
- 2) Muka tanpa mimik seperti topeng
- 3) Stupor, penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang sampai beberapa bulan.
- 4) Bila diganti posisinya, penderita menentang-negativisme
- 5) Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga meleleh dan keluar, air seni dan feces ditahan
- 6) Terdapat grimas dan katalepsi

e. Gaduh-gelisah Katatonik

Terdapat hiperaktivitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar. Penderita terus berbicara atau bergerak saja, menunjukkan stereotopi, menerisme, grimas, dan neologisme, tidak dapat tidur, tidak makan dan minum sehingga mungkin terjadi dehidrasi atau kolaps dan kadang-kadang kematian.

f. Jenis Paranoid

Skizofrenia paranoid merupakan bentuk paling umum dari skizofrenia. Dalam subtype ini, pasien percaya bahwa ada seseorang atau sekelompok orang yang berkomplot melawan mereka atau anggota keluarga mereka. Kebanyakan individu dengan skizofrenia paranoid mengalami delusi pendengaran, seperti mendengar suara-suara. Beberapa di antara pasien ini bahkan mungkin memiliki delusi suara lebih kuat daripada yang sebenarnya. Individu ini juga mungkin memiliki keasyikan tidak sehat dengan berbagai cara untuk melindungi diri mereka sendiri. Meski demikian, individu dengan skizofrenia paranoid pada umumnya

mampu melakukan aktivitas biasa lebih baik dibanding individu dengan subtype skizofrenia lainnya.

Skizofrenia paranoid agak berlainan dari jenis-jenis yang lain dalam jalanya penyakit, bebefrenik dan katatonik sering lama-kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, atau gejala-gejala bebefrenik dan katatonik percampuran tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan.

Gejala-gejala yang paling menyolok adalah:

Waham primer, disertai dengan pemeriksaan yang ternyata adanya gangguan proses berfikir, gangguan efek, emosi dan kemauan. Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah umur 30 tahun, permulannya mungkin sub akut, tetapi mungkin juga akut, kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan skizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri agak congkak, dan kurang percaya diri pada orang lain.

Episode skizofrenia akut, gejala skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut, dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya (aneiroid). Prognosanya baik, dalam waktu beberapa minggu atau biasanya kurang dari 6 bulan penderita sesudah baik.

Skizofrenia residual ialah keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya bleuler, tetapi tidak jelas

adanya gejala-gejala sekunder, keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

g. Jenis Skizo-aktif (Skizofrenia Skizo Afektif)

Disamping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizo-depresi) atau gejala-gejala (skizo-manik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan.

2.5.5. Gejala

Menurut Prabowo (2014) gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu:

a. Gejala Primer

1) Gangguan proses pikiran (bentuk, langkah dan isi pikiran)

Pada skizofrenia inti gangguan memang terdapat pada proses pikiran yang terganggu terutama ialah asosiasi, kadang-kadang satu idea belum selesai diutarakan, sudah timbul idea lain. Seseorang dengan skizofrenia juga mempunyai kecenderungan untuk menyamakan hal-hal, kadang-kadang pikiran seakan-akan berhenti, tidak timbul idea lagi. Keadaan ini dinamakan “Blocking” biasanya berlangsung beberapa detik saja, tetapi kadang-kadang sampai beberapa hari.

2) Gangguan efek dan emosi

Gangguan ini pada skizofrenia berupa:

a. Kedangkalan efek dan emosi (*emotional blunting*).

- b. Parahimi: apa yang seharusnya menimbulkan ras senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih atau marah.
- c. Paramimi: penderita merasa senang dan gembira, akan tetapi menangis. Kadang-kadang emosi dan efek serta ekspresinya tidak mempunyai kesatuan, misalnya sesudah membunuh anaknya penderita menangis sehari-hari tetapi mulutnya tertawa.
- d. Emosi yang berlebihan, sehingga kelihatan seperti dibuat-buat seperti sedang bermain sandiwara. Yang penting juga pada skizofrenia adalah hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik (*emotional rapport*). Karena terpecah belahnya kepribadian, maka dua hal yang berlawanan mungkin terdapat bersama-sama, umpamanya mencintai dan membenci satu orang yang sama atau menangis dan tertawa tentang satu hal yang sama ini dinamakan ambivalensi pada efek.

3) Gangguan kemauan

Banyak penderita dengan skizofrenia mempunyai kelemahan kemauan mereka tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan. Mereka selalu memberikan alasan, meskipun alasan itu tidak jelas atau tepat atau mereka menganggap hal itu biasa saja dan tidak perlu diterangkan.

4) Gangguan psikomotorik

Gejala ini juga dinamakan gejala-gejala katatonik atau gangguan perbuatan kelompok gejala ini oleh Prabowo (2014) dimasukkan kedalam kelompok gejala skizofrenia yang sekunder sebab didapati juga pada penyakit lain.

e. Gejala Sekunder

1) Waham

Pada skizofrenia waham sering tidak logis sama sekali dan sangat bizar Mayer-gross membagi waham dalam 2 kelompok:

Waham primer timbul secara tidak logis sama sekali, tanpa penyebab apa-apa dari luar. Waham sekunder biasanya logis kedengarannya, dapat diikuti dan merupakan cara bagi penderita untuk menerangkan gejala-gejala skizofrenia lain.

2) Halusinasi

Pada skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain. Paling sering pada skizofrenia adalah halusinasi pendengaran (aditif atau akustik). Kadang-kadang terdapat halusinasi penciuman (olfaktoris), halusinasi cita rasa (gustatorik) atau halusinasi singungan (taktik). Halusinasi penglihatan agak jarang pada skizofrenia, lebih sering pada psikosa akut yang berhubungan dengan sindroma otak organik.

2.5.6. Riwayat Klinis Skizofrenia

Linda carman menyebutkan (2007) menyebutkan bahwa riwayat klinis skizofrenia sering kali rumit dan cenderung terjadi dalam tiga fase, yaitu:

a. Fase Prodomal

- 1) Kemuduran dalam waktu lama (6 sampai 12 bulan) dalam tingkat fungsi perawatan diri, sosial, waktu luang, pekerjaan, atau akademik.
- 2) Timbul gejala positif dan negative.
- 3) Periode kebingungan pada klien dan keluarga.

b. Fase Aktif

- 1) Permulaan intervensi asuhan kesehatan, khususnya hospitalisasi.
- 2) Pengenalan pemberian obat dan modalitas terapeutik lainnya.
- 3) Perawatan difokuskan pada rehabilitasi psikiatrik saat klien belajar untuk hidup dengan penyakit yang mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku.

c. Fase Residual

- 1) Pengalaman sehari-hari dengan penanganan gejala.
- 2) Pengurangan dan penguatan gejala.
- 3) Adaptasi.

2.5.7. Kriteria Diagnostik Skizofrenia

Prabowo (2014) mengatakan bahwa secara klinis untuk mengatakan apakah seseorang itu menderita skizofrenia atau tidak maka diperlukan kriteria diagnostik sebagai berikut:

- a. Delusi atau waham yang aneh (isinya jelas tidak masuk akal) dan tidak berdasarkan kenyataan, sebagai contoh:

- 1) Waham dikendalikan oleh suatu kekuatan luar (*delusions of being controlled*).
 - 2) Waham penyiaran pikiran (*thought broadcasting*).
 - 3) Waham penyisipan pikiran (*thought insertion*).
 - 4) Waham penyedotan pikiran (*thought withdrawal*).
- b. Delusi atau waham somatik (fisik) kebesaran, keagamaan, nihilistik atau waham lainnya yang bukan waham kejar atau cemburu.
- c. Delusi atau waham kerja atau cemburu (*delusions of persecution of jealousy*) dan waham tuduhan (*delusion of suspicion*) yang disertai halusinasi dalam bentuk apapun (halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, dan perabaan).
- d. Halusinasi pendengaran yang dapat berupa suara yang selalu memberi komentar tentang tingkah laku atau pikirannya, atau dua atau lebih suara yang saling bercakap-cakap (dialog).
- e. Halusinasi pendengaran yang terjadi beberapa kali yang berisi lebih dari satu atau dua kata dan tidak ada hubungan dengan kesedihan (depresi) atau kegembiraan (euforia).
- f. Inkoherensi, yaitu kelonggaran asosiasi (hubungan) pikiran yang jelas, jalan pikiran yang tidak masuk akal, isi pikiran atau pembicaraan yang kaku, atau kemiskinan pembicaraan yang disertai oleh paling sedikit satu dari yang disebut:
- 1) Afek (alam perasaan) yang tumpul, mendatar atau tidak serasi (*inappropriate*)
 - 2) Berbagai waham atau halusinasi
 - 3) Katatonik (kekakuan) atau tingkah laku lain yang sangat kacau (*disorganised*)

- 4) Deferiorasi (kemunduran atau kemerosotan) dari taraf fungsi penyesuaian (adaptasi) dalam bidang pekerjaan, hubungan sosial dan perawatan dirinya.
- 5) Jangka waktu gejala penyakit itu berlangsung secara terus menerus selama paling sedikit 6 bulan dalam suatu periode didalam kehidupan seseorang, disertai dengan terdapatnya beberapa gejala penyakit pada saat diperiksa sekarang.

2.5.8. Diagnosis Banding

Diagnosa banding dari skizofrenia menurut DSM IV-TR (2008):

- a. Kesulitan psikologis pada adolesenn normal bisa sangat sulit pada murid pemalu, sensitif, dan sangat cerdas.
- b. Skizofrenia suntomatik, dalam beberapa keadaan, terutama psikologis yang berhubungan dengan epilepsi lobus temporatis dan adeksi efetamin, gejala mungkin tidak bisa dibedakan dari skizofrenis.
- c. Psikosis Afektif
- d. Psikosis paranoid yang ditimbulkan alkoholisme atau gejala awal suatu demensia organik mungkin meniru skizofrenia.

2.5.9. Prognosa Arif (2006)

Secara umum pada pasien gangguan yang kronik, sekitar 20% hanya mengalami episode tunggal skizofrenia selama hidup tanpa adanya kambuhan. Namun demikian lebih dari 50% klien memiliki pragnosis buruk dengan episode psikotik yang berulang sehingga harus keluar masuk rumah sakit, mengalami depresi dan melakukan percobaan bunuh diri, sedangkan 10% klien lainnya meninggal akibat bunuh diri.

Prabowo (2014) untuk menegakkan prognosa harus mempertimbangkan faktor dibawah ini:

- a. Kepribadian psikotik, bila skizoid dan hubungan antara manusia memang kurang memuaskan, maka prognosa lebih jelek.
- b. Bila skizofrenia timbul secara akut, maka prognosa lebih baik daripada bila penyakit itu mulai secara pelan-pelan.
- c. Jenis: prognosa jenis katatonik yang paling baik dari semua jenis Hebefrenia dan Skizofrenia simplex mempunyai prognosa yang sama jelek. Biasanya penderita dengan jenis skizofrenia ini menuju ke arah kemunduran mental.
- d. Umur: makin muda umur permulannya, makin jelek prognosa.
- e. Pengobatan: makin lekas diberi pengobatan, makin baik prognosanya.
- f. Dikatakan bahwa bila terdapat faktor pencetus seperti penyakit badaniah atau stres psikologik, maka prognosa lebih baik.
- g. Faktor keturunan: prognosa menjadi lebih berat bila di dalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita skizofrenia.

2.5.10. Pengobatan dan Terapi

Pengobatan harus secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan lebih besar pasien menuju ke kemunduran mental. Walaupun pasien mungkin tidak sembuh sempurna, tetapi dengan pengobatan dan bimbingan yang baik, pasien dapat ditolong untuk dapat berfungsi terus, bekerja sederhana di

rumah ataupun di luar serta dapat membesarkan dan menyekolahkan anaknya (Maramis, 2009). jenis pengobatan pada pasien skizofrenia (Maramis, (2009), sebagai berikut:

a. Farmakoterapi

Indikasi pemberian obat psikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik (yang baru dialami atau yang kambuh) yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan disini adalah mengurangi gejala psikotik yang parah.

Pengataturan Dosis

Dalam pengaturan dosis perlu mempertimbangkan:

- 1) Onset efek primer (efek klinis): 2-4 minggu
- 2) Onset efek sekunder (efek samping): 2-6 minggu
- 3) Waktu paruh: 12-24 jam (pemberiaan 1-2 x/hr) Dosis pagi dan malam dapat berbeda (pagi kecil, malam besar) sehingga tidak mengganggu kualitas hidup penderita
- 4) Obat antipsikosis long acting: fluphenazine decanoate 25 mg/cc atau haloperidol decanoas 50 mg/cc, IM untuk 2-4 minggu.

b. Terapi Psikososial

Ada beberapa macam metode yang dapat dilakukan antara lain:

- 1) Psikoterapi individual
 - a) Terapi suportif

- b) Sosial skill training
 - c) Terapi okupasi
 - d) Terapi kognitif dan perilaku (CBT)
- 1) Psikoterapi kelompok
 - 2) Psikoterapi keluarga
- c) Strategi Komunikasi Perawat

Menurut Linda Carman (2007) perawat perlu memiliki strategi komunikasi dalam menghadapi klien dengan skizofrenia, antara lain:

- 1) Jangan menghakimi, membantah, atau menggunakan logika untuk menunjukkan kekeliruan.
- 2) Bersikap netral ketika klien menolak kontrak.
- 3) Pada awalnya, gunakan metode nonverbal, seperti kontak mata, senyum, atau menggunakan ekspresi positif. Setelah hubungan terbina, perawat diperbolehkan menyentuh klien dengan syarat klien siap menerima kehadiran perawat. Bicara singkat, dengan kalimat sederhana selama interaksi yang singkat dan sering.
- 4) Beri pertanyaan terbuka ketika memandu klien melalui suatu pengalaman. Beri pertanyaan langsung jika menginginkan informasi.
- 5) Catat dan beri komentar kepada klien tentang perubahan yang halus akan ekspresi perasaan.
- 6) Berfokus pada apa yang sedang terjadi disaat ini, dan bicarakan tentang aktivitas yang didasarkan pada kenyataan.
- 7) Minta klarifikasi jika klien berbicara secara umum tentang “mereka”. Jika perlu, sampaikan

penerimaan terhadap klien meskipun beberapa pikiran dan persepsi klien tidak dipahami oleh orang lain

2.5.11. Perawatan skizofrenia

Menurut hasil penelitian Jalil (2015) klien dengan skizofrenia sulit melaksanakan perawatan diri secara mandiri karena adanya gangguan fungsi kognitif yang ditandai dengan buruknya orientasi realitas mengakibatkan menurunnya tingkat kesadaran klien dalam melakukan perawatan diri seperti makan, mandi, berpakaian, istirahat dan upaya lain untuk keselamatan diri.

2.7. **Keterkaitan Variabel Penelitian**

2.7.1. Keterkaitan Pengetahuan dengan Beban Keluarga Merawat Pasien Skizofrenia

stigma terhadap gangguan jiwa menimbulkan beban, berupa beban subyektif maupun obyektif bagi pasien dan keluarga . Bagi pasien hal tersebut menjadikan halangan baginya untuk mendapatkan pekerjaan yang layak. Sedangkan keluarga yang berpengetahuan tinggi mereka tidak terbebani akan adanya pasien Skizofrenia dirumah karena mereka mengetahui tentang Skizofrenia dan mereka merawat pasien Skizofrenia dengan baik. Keluarga yang berpengetahuan rendah merasa terbebani karena mereka kurang mengetahui tentang Skizofrenia seperti pengobatan, perawatan, tanda dan gejala, penyebabnya dan mereka membiarkan anggota keluarga pasien Skizofrenia dirumah mereka tidak mau membawa pasien kerumah sakit untuk berobat karena mereka kurang mengetahui gangguan jiwa Skizofrenia.

2.7.2. Keterkaitan penghasilan dengan beban keluarga merawat klien Skizofrenia

Faktor ekonomi juga merupakan faktor yang penting dalam penilaian beban keluarga dalam merawat pasien skizofrenia. penetalaksanaan pasien skizofrenia membutuhkan waktu yang lama dan biaya yang tidak sedikit. Selain itu apabila keluarga tidak memiliki sumber dana yang cukup untuk perawatan pasien, maka beban yang dirasakan akan semakin berat. Beban ekonomi juga bertambah berat dikarenakan tidak adanya pihak asuransi yang mau menanggung biaya untuk pasien skizofrenia. Anggota keluarga pasien Skizofrenia yang berpenghasilan tinggi atau di atas UMP mereka tidak merasa terbebani karena adanya anggota pasien Skizofrenia dirumah, anggota keluarga sangat rutin membawa pasien kerumah sakit untuk kontrol dan lainnya seperti kebutuhannya merawat pasien Sizofrenia dirumah. Sedangkan anggota keluarga pasien Skizofrenia yang berpenghasilan rendah mereka terbebani akan adanya pasien skizofrenia dirumah bahkan mereka membiarkan anggota keluarga pasien Skizofrenia melakukan apa saja tanpa memperdulikannya.

Ketersediaan pelayanan kesehatan, khususnya kesehatan jiwa, mnerupakan hal yang penting bagi keluarga dalam melakukan perawatan terhadap klien dengan skizofrenia, kemudahan akses ke pelayanan kesehatan jiwa.

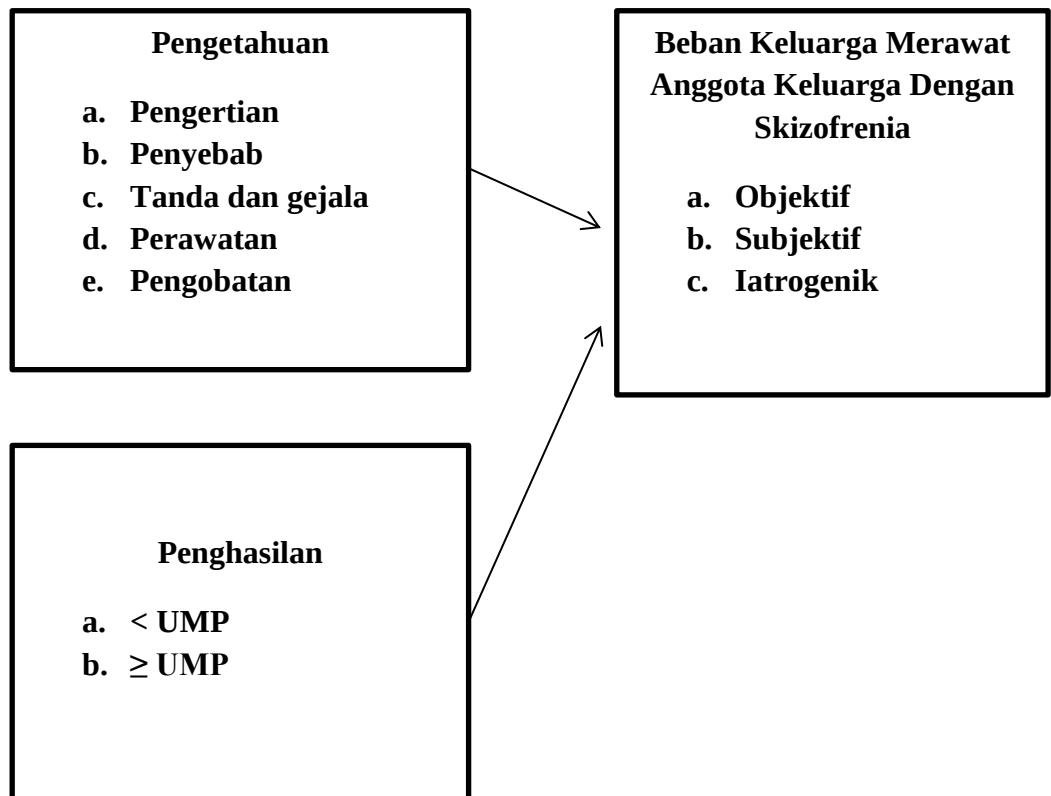
Beban keluarga dengan pengetahuan dan penghasilan keluarga dalam beban keluarga merarawat skizofrenia adalah keluarga yang mengalami skizofrenia merasa beban keluarga tinggi memiliki pengetahuan penghasilan yang rendah

Menurut Hawari (2009) stigma merupakan sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarga menderita skizofrenia merupakan aib bagi anggota keluarganya. Selama bertahun-tahun banyak diskriminasi di dalam masyarakat. Penyakit mental masih dianggap kesalah pahaman, prasangka, kebingungan, ketakutan di tengah-tengah masyarakat

2.7 Kerangka Konsep

Variabel Independen (bebas)

Variabel Dependen (terikat)



Gambar 2.1 Skema Kerangka Konsep Penelitian

2.8 Hipotesis

Menurut Erwan Agus Purwanto dan Dyah Ratih Sulistyastuti (2007:137), Hipotesis adalah pernyataan atau tuduhan bahwa sementara masalah penelitian yang kebenarannya masih lemah (belum tentu benar) sehingga harus diuji secara empiris.

adapun hipotesis penelitian ini adalah:

- a.** Ada hubungan pengetahuan dengan beban keluarga dalam merawat klien skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan 2017.
- b.** Ada hubungan penghasilan keluarga dengan beban keluarga dalam merawat klien skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan 2017.