

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Skizofrenia**

##### **2.1.1 Pengertian Skizofrenia**

Istilah “Skizofrenia” berasal dari bahasa Inggris yaitu “*Schizophrenia*” yang memiliki arti “pikiran terbagi atau terpecah” di mana hal itu mengacu pada terganggunya keseimbangan emosi dan pikiran (Irianto, 2014). Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan berkomunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar, gangguan kognitif serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, et.al, 2011).

Menurut *Mayo Clinic* dan *WebMD* (2013, dalam Irianto, 2014), skizofrenia juga diartikan sebagai sekelompok gangguan berat pada otak di mana orang akan menafsirkan realitas dengan abnormal, tidak seperti orang pada umumnya. Skizofrenia merupakan penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Direja, 2011).

Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat pada otak sehingga mempengaruhi persepsi pasien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya.

##### **2.1.2 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 Baradero, dkk. (2016) faktor penyebab yang dikaitkan dengan Skizofrenia yaitu:

- a. Faktor genetik

Fokus penelitian ini adalah anggota keluarga terdekat seperti ayah, ibu, anak-anak, dan saudara kandung. Penelitian terhadap kembar identik menunjukkan 50% risiko mereka mengalami Skizofrenia, sedangkan *fraternal twins* 15%, sehingga ada indikasi Skizofrenia sebagian diperoleh melalui genetik.

- b. Faktor neuro-anatomik dan neuro kimia

Dengan perkembangan pemeriksaan non-invasif seperti *CT Scan*, *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), dan *Positron Emission Tomography* (PET), para ilmuwan mempelajari struktur otak (neuro-anatomi) serta kegiatan otak (neuro-kimia) dari individu Skizofrenia. Penelitian ini memperlihatkan bahwa individu Skizofrenia secara relatif mempunyai jaringan otak yang lebih kecil, dan cairan serebrospinal yang lebih sedikit dibandingkan dengan yang tidak menderita Skizofrenia. Hal ini dapat terjadi karena gangguan perkembangan jaringan otak atau matinya jaringan otak. *CT Scan* menunjukkan pembesaran dari ventrikel

otak dan atrofi kortikal. Pemeriksaan PET memperlihatkan berkurangnya struktur kortikal frontal otak.

Semua penelitian ini menunjukkan berkurangnya volume otak (mengecil) dan fungsi yang abnormal dari otak bagian frontal dan temporal. Kelainan (patologi) ini mempunyai korelasi dengan gejala positif Skizofrenia seperti, psikosis (lobus frontal), dan gejala negatif seperti tidak ada motivasi, kemauan dan anhedonia (tidak menikmati kebahagiaan atas keberhasilan). Belum dapat dipastikan bahwa perubahan pada otak disebabkan oleh virus, trauma, atau respon imun.

Penelitian neuro-kimia secara konsisten menunjukkan adanya gangguan pada sistem neurotransmitter dari individu Skizofrenia. Teori neuro-kimia sekarang yang menonjol berkaitan dengan neurotransmitter dopamin. Satu teori mengatakan bahwa kelebihan dopamin dapat menimbulkan Skizofrenia. Teori ini didasarkan pada observasi terhadap obat-obat seperti amfetamin dan levodopa yang dapat meningkatkan aktivitas dopamin yang menimbulkan reaksi paranoid yang nampak pada Skizofrenia. Mereka juga memperlihatkan bahwa obat-obat yang menghambat dopamin dapat mengurangi tanda psikotik. Neuro-kimia lain yang juga dipelajari adalah serotonin. Teori mengatakan bahwa serotonin dapat mengatur kelebihan dopamin.

#### c. Faktor imuno-virologik

Teori ini mengatakan bahwa kontak dengan virus atau respon imun terhadap virus dapat mengubah fungsi otak. Sitokin adalah neurotransmitter di antara sel-sel imun yang menangani peradangan akibat respon imun. Ada juga sitokin spesifik yang

berperan memberi isyarat pada otak untuk melakukan perubahan tingkah laku dan mengeluarkan neuro-kimia yang diperlukan dalam menghadapi stres agar keadaan homeostatis dipertahankan. Juga ada asumsi bahwa sitokin mempunyai peranan dalam pengembangan gangguan mental termasuk Skizofrenia.

### 2.1.3 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 dua 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*

Pasien 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 realitas
  - 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) Gejala Negatif:
- a. Alogia  
Cenderung bicara sangat sedikit, pembicaraan tidak berarti atau tidak berisi
  - b. Anhedonia  
Tidak merasakan kegembiraan atau kesenangan dalam hidupnya, dengan relasinya maupun dengan kegiatannya
  - c. Apatis  
Tidak peduli pada orang lain, kejadian atau kegiatannya
  - d. Katatonia  
Imobilitas yang ditimbulkan secara psikologis ketika klien tidak bergerak, kaku seperti dalam keadaan setengah sadar (*trance*)
  - e. Afek datar  
Tidak ada ekspresi wajah yang dapat menunjukkan emosi, perasaan, atau moodnya
  - f. Keengganan  
Tidak ada kemauan, atau ambisi, atau dorongan untuk menyelesaikan atau melakukan sesuatu

Gejala yang lazim terdapat pada gejala positif adalah delusi, halusinasi, kekacauan yang mencolok dalam berpikir, berbicara dan tingkah laku, sedangkan yang lazim pada gejala negatif adalah afek datar (emosi atau mood tidak nampak pada wajah), tidak nyaman dengan orang-orang lain dan menarik diri, tidak ada kemauan atau ambisi, atau dorongan untuk menyelesaikan pekerjaan.

Gejala positif dapat dikendalikan dengan obat-obatan, tetapi gejala negatif bertahan terus sekalipun gejala positif sudah berkurang. Gejala ini yang bertahan terus, merupakan penghalang dalam penyembuhan dan kemampuan maksimal untuk melaksanakan fungsinya sehari-hari.

#### **2.1.4 Fase Skizofrenia**

Berdasarkan Keliat, et.al (2011) Skizofrenia dibagi menjadi dua fase yaitu:

- a. Fase akut: fase mulai munculnya gejala sampai dengan sebelum 6 bulan, ditandai dengan gejala positif dan negatif.
- b. Fase kronik: diagnosis Skizofrenia kronik ditandai dengan gejala akut, sudah berlangsung 6 bulan atau lebih, disertai
  - 1) Tidak memerhatikan kebersihan diri
  - 2) Gangguan motorik atau pergerakan

#### **2.1.5 Kriteria Diagnostik Skizofrenia**

Menurut Hawari (2014) secara klinis untuk mengatakan apakah seseorang itu menderita Skizofrenia atau tidak maka diperlukan kriteria diagnostik sebagai berikut:

- a. Paling sedikit terdapat 1 dari 6 kriteria di bawah ini selama suatu fase penyakit:
  1. Delusi atau waham yang aneh (isinya jelas tak masuk akal), dan tidak berdasarkan kenyataan.

2. Delusi atau waham somatik (fisik), kebesaran, keagamaan, nihilistik atau waham lainnya yang bukan waham kejar atau cemburu
3. Delusi atau waham kejar atau cemburu dan waham tuduhan yang disertai halusinasi dalam bentuk apapun (halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan).
4. Halusinasi pendengaran yang dapat berupa suara yang selalu memberi komentar tentang tingkah laku atau pikirannya, atau dua atau lebih suara yang saling bercakap-cakapan (“dialog”).
5. Halusinasi pendengaran yang terjadi beberapa kali yang berisi lebih dari satu atau dua kata dan tidak ada hubungannya dengan kesedihan (depresi) atau kegembiraan (euforia).
6. Inkoherensi, yaitu kelonggaran asosiasi (hubungan) pikiran yang jelas, jalan pikiran yang tidak masuk akal, isi pikiran atau pembicaraan yang disertai oleh paling sedikit satu dari yang disebut di bawah ini:
  - a. Afek (alam perasaan) yang tumpul, mendatar atau tidak serasi (*inappropriate*)
  - b. Berbagai waham atau halusinasi
  - c. Kakatonia (kekakuan) atau tingkah laku lain yang sangat kacau (*disorganized*)
- b. *Deteriorasi* (kemunduran/kemerosotan) dari taraf fungsi penyesuaian (adaptasi) dalam bidang pekerjaan, hubungan sosial dan perawatan dirinya.
- c. Jangka waktu: gejala penyakit itu berlangsung secara terus menerus selama paling sedikit 6 bulan dalam suatu periode di dalam kehidupan seseorang, disertai dengan terdapatnya beberapa gejala penyakit pada saat diperiksa sekarang. Masa 6

bulan itu harus mencakup fase aktif dimana terdapat gejala pada kriteria (A), dengan atau tanpa fase *prodromal* (gejala awal) atau *residual* (gejala sisa)

### 2.1.6 Tipe-tipe Skizofrenia

Menurut hasil penelitian Idris dan Nurwasilah (2016) terdapat beberapa tipe dari Skizofrenia, antara lain:

a. Tipe *Undifferentiated*

Tipe *Undifferentiated* merupakan tipe Skizofrenia yang menampilkan perubahan pola simtom-simtom yang cepat menyangkut semua indikator Skizofrenia. Misalnya, indikasi yang sangat ruwet, kebingungan (*confusion*), emosi yang tidak dapat dipegang karena berubah-ubah (*emotional turmoil*), adanya delusi, referensi yang berubah-ubah atau salah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autisme seperti mimpi, depresi dan sewaktu-waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan.

b. Tipe Paranoid

Awitan Skizofrenia paranoid terjadi pada tahap perkembangan lanjut, dan prognosinya lebih baik dibanding subtipe lain. Klien biasanya tetap mandiri dan beberapa diantara mereka mampu pergi kerja. Pada fase akut, waham dan halusinasi dapat menonjol.

c. Tipe Katatonik

Tipe ini ditandai oleh adanya penarikan diri (*withdrawl*) dari lingkungan yang bersifat ekstrim, sehingga dia tidak kenal lagi lingkungan dunianya. Diagnosis untuk *Catatonic Schizophrenia* mensyaratkan dua dari simtom-simtom berikut ini:

- 1) *Catatonic stupor*, tidak bergerak untuk periode waktu yang lama)

- 2) *Catatonic excitement* atau kegembiraan, kegemparan aktivitas motorik yang berlebihan (eksesif) dan tidak memiliki tujuan atau kegunaan (*purposeless*)
  - 3) Menjaga atau memelihara postur yang kaku atau secara lengkap diam untuk periode waktu yang lama
  - 4) Perangai atau lagak yang ganjil, seperti gemeringsing atau bertepuk-tepuk tangan
  - 5) *Echolalia*, mengulang-ulang (*repetition*) kata-kata yang diucapkan oleh orang lain atau meniru berulang-ulang gerakan-gerakan dari orang lain (*echopraxia*)
- d. Tipe Disorganisasi
- Gangguan Skizofrenia tipe ini biasanya muncul pada usia muda dan lebih awal jika dibandingkan dengan gangguan-gangguan Skizofrenia lainnya, tampilannya pun berupa disintegrasi kepribadian yang lebih parah. Tipe ini sebelum DSM III disebut tipe Skizofrenia hebefrenik.
- e. Tipe Residual
- Gangguan Skizofrenia ini berindikasikan gejala-gejala skizofrenia yang ringan yang ditampilkan individu mengikuti proses Skizofrenik.

### 2.1.7 Perawatan Skizofrenia

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

Menurut Nanda-I (2012), jenis perawatan diri terdiri dari:

- a. Defisit perawatan diri: mandi  
Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/beraktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.
- b. Defisit perawatan diri : berpakaian  
Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berias untuk diri sendiri.
- c. Defisit perawatan diri: makan  
Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sendiri
- d. Defisit perawatan diri: eliminasi  
Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri.

Permatasari, et.al (2012) menyatakan bahwa peran perawat dibutuhkan untuk memberikan pendidikan, informasi dan dukungan kepada penderita serta keluarga mengenai apa yang dibutuhkannya dalam pemenuhan perawatan diri sehingga pasien mampu melaksanakan perawatan mandiri.

Adapun intervensi yang perawat lakukan terhadap pasien menurut Damaiyanti dan Iskandar (2014) yaitu:

- a. Mendiskusikan pentingnya kebersihan diri dengan cara menjelaskan pengertian dan tanda-tanda bersih.
- b. Mendorong pasien menyebutkan tanda kebersihan diri.
- c. Mendiskusikan fungsi kebersihan diri untuk kesehatan dan menggali pengetahuan pasien.
- d. Membantu pasien mengungkapkan arti dan tujuan memelihara kebersihan diri.
- e. Mengingatkan pasien memelihara kebersihan diri seperti makan 2 kali (pagi dan sore), sikat gigi minimal 2 kali

sehari, keramas, menyisir rambut, serta menggunting kuku jika panjang.

- f. Memotivasi pasien untuk mandi
  - 1) Mengingatnkan caranya, mengevaluasi hasilnya dan memberi umpan balik
  - 2) Membimbing pasien dengan bantuan minimal
  - 3) Jika hasilnya kurang, kaji hambatan yang ada
- g. Membimbing pasien untuk mandi
  - 1) Mengingatnkan dan menganjurkan pasien mandi 2 kali sehari menggunakan sabun
  - 2) Menganjurkan pasien untuk meningkatkan cara mandi yang benar.
- h. Menganjurkan pasien mengganti baju setiap hari
  - 1) Menganjurkan untuk mempertahankan dan meningkatkan penampilan diri setiap hari
  - 2) Mendorong pasien mencuci pakaiannya sendiri
  - 3) Mendemonstrasikan cara mencuci pakaian yang benar dengan sabun dan dibilas.
- i. Mengkaji keinginan pasien memotong kuku dan merapikan rambut
- j. Memonitor pasien dalam melaksanakan kebersihan diri secara teratur.

Damaiyanti dan Iskandar (2014) menyebutkan bahwa intervensi yang dapat keluarga lakukan dalam perawatan pasien Skizofrenia yaitu:

- a. Keluarga menyiapkan sarana dalam kebersihan diri
- b. Keluarga membantu dan membimbing pasien dalam menjaga kebersihan diri seperti mengingatkan waktu mandi, sikat gigi, keramas, ganti baju, makan, serta eliminasi,

- c. Membantu pasien apabila mengalami hambatan dan memberi pujian atas keberhasilan pasien
- d. Membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*)

## **2.2 Tingkat Ketergantungan**

### **2.2.1 Pengertian Ketergantungan**

Kamus Besar Bahasa Indonesia atau KBBI (2016) mendefinisikan ketergantungan sebagai hubungan sosial seseorang yang tergantung kepada orang lain atau masyarakat. Keadaan seseorang yang belum dapat memikul tanggung jawabnya sendiri.

Dari definisi dapat disimpulkan bahwa ketergantungan adalah hubungan sosial seseorang yang tergantung kepada orang lain serta belum mampu memikul tanggung jawab sendiri.

### **2.2.2 Tanda dan Gejala Ketergantungan**

Menurut Depkes (dalam Lubis, 2014) tanda dan gejala ketergantungan pasien gangguan jiwa adalah sebagai berikut:

- a. Dilihat dari fisik badan pasien bau
- b. Pakaian kotor
- c. Penampilan tidak rapi
- d. Rambut dan kulit kotor
- e. Gigi kotor
- f. Malas (tidak ada inisiatif)
- g. Menarik diri (isolasi sosial)
- h. Merasa tidak berdaya dan rendah diri
- i. Interaksi kurang
- j. Kegiatan kurang
- k. Tidak mampu berperilaku sesuai norma yang ada

- I. Cara makan tidak teratur, Buang Air Kecil (BAK) dan Buang Air Besar (BAB) sembarangan, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri

### 2.2.3 Klasifikasi Ketergantungan

Penerapan sistem klasifikasi pasien menurut Nursalam (2011) terdiri dalam tiga kategori yaitu sebagai berikut:

- a. Kategori I : perawatan mandiri

Kriteria pasien pada klasifikasi ini adalah pasien masih dapat melakukan sendiri kebersihan diri, mandi, ganti pakaian, makan, minum, penempilan secara umum baik, tidak ada reaksi emosional. Pasien perlu diawasi ketika melakukan ambulasi atau gerakan. Pasien perlu dilakukan observasi, pengobatan minimal, dan persiapan prosedur memerlukan pengobatan.

- b. Kategori II: perawatan intermediate

Kriteria pasien pada klasifikasi ini adalah memerlukan bantuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari seperti makan, mengatur posisi waktu makan, memberi dorongan agar makan, bantuan dalam eliminasi dan kebersihan diri, tindakan perawatan untuk memonitor tanda-tanda vital, memeriksa produksi urine, fungsi fisiologis, status emosional, kelancaran drainase (infus), bantuan dalam pendidikan kesehatan serta persiapan pengobatan memerlukan prosedur.

- c. Kategori III: perawatan total

Kriteria pasien pada klasifikasi ini adalah tidak dapat melakukan sendiri kebutuhannya sehari-harinya, semua kebutuhan dibantu oleh perawat, penampilan pasien sakit berat, pasien memerlukan observasi tanda vital setiap dua jam, menggunakan selang nasogastrik (NGT), menggunakan terapi intervena, pemakaian alat penghisap (*suction*) dan kadang pasien dalam kondisi gelisah/disorientasi.

Lee Gurel dan John E. Davis 1967 (dalam Andayani 2012) melakukan penelitian dengan judul *Survey of Self-Care Dependency in Psychiatric Patient* untuk melihat tingkatan ketergantungan perawatan diri biasanya membutuhkan bantuan untuk memenuhi lima aktifitas perawatan diri: makan, berpakaian, mandi, eliminasi, dan aktifitas sehari-hari. Paling tidak satu dalam empat hari yang berbeda dalam satu minggu kalender terdapat tiga dari lima aktivitas perawatan diri.

Kemampuan pasien dalam memenuhi perawatan diri digambarkan berdasarkan skala ketergantungan menurut NANDA dalam Wilkinson (2011) sebagai berikut:

- a. Tingkat 0 merupakan tingkatan tertinggi yang ditandai dengan kemandirian penuh dalam kegiatan sehari-hari
- b. Tingkat 1 ditandai dengan penggunaan alat-alat bantu meskipun dilakukan secara mandiri
- c. Tingkat 2 ditandai dengan diperlukannya bantuan orang lain untuk pengawasan
- d. Tingkat 3 ditandai dengan diperlukannya alat-alat bantu serta pengawasan dari orang lain
- e. Tingkat 4 adalah tingkatan terendah dimana pasien sepenuhnya tergantung pada bantuan orang lain.

Penjelasan tentang ketergantungan perawatan diri dapat dilihat dalam tabel 2.1.

Tabel 2.1 Tingkat Ketergantungan Pasien dalam Perawatan Diri

Faktor	(0)	(+1)	Semi Mandiri (+2)	Ketergantungan Sebagian (+3)	Ketergantungan Total (+4)
	Mandiri total	Perlu menggunakan	Perlu bantuan dari orang lain	Perlu bantuan dari orang lain	Perlu bantuan orang lain, tidak

		alat bantu	untuk membantu, mengawasi, atau mengajarkan	dan alat bantu	berpartisipasi dalam aktivitas
Mandi			Keluarga memberikan seluruh peralatan, mengatur posisi pasien di tempat tidur/kamar mandi. Pasien dapat mandi sendiri, kecuali untuk bagian punggung dan kaki	Keluarga menyediakan seluruh peralatan, mengatur posisi pasien, membersihkan punggung, tungkai, perineum, dan semua bagian tubuh lain sesuai keperluan.	Pasien membutuhkan mandi lengkap, tidak dapat membantu sama sekali.
Berpakaian			Keluarga mempersiapkan pakaian, dapat mengancingkan, merisleting, atau mengikat pakaian. Pasien dapat mengenakan pakaian sendiri	Keluarga menyisir rambut pasien, membantu mengenakan pakaian, mengancingkan, merisleting pakaian dan mengikat sepatu.	Pasien perlu dikenakan pakaian dan tidak dapat membantu. Keluarga menyisir rambut pasien.
Makan			Keluarga mengatur posisi pasien mengambil makanan, memantau makan.	Perawat memotong makanan, membuka wadah, mengatur posisi, mendorong dan memantau	Pasien perlu dibantu untuk makan secara total.

				makan	
Eliminasi			Pasien dapat berjalan ke kamar mandi dengan bantuan. Keluarga membantu mengenakan atau melepas pakaian	Keluarga menyediakan, menempatkan, atau mengambil pispot.	Pasien inkontinensia. Keluarga menempatkan pasien pada pispot atau <i>commode</i> .

#### 2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Ketergantungan

Jalil (2015) mengemukakan faktor yang mempengaruhi ketergantungan pasien gangguan jiwa yaitu:

a. Umur

Beberapa penelitian menunjukkan hubungan yang tidak konsisten antara faktor usia dan kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri

b. Jenis kelamin

c. Tingkat perkembangan

Secara umum, hubungan antara faktor tahap perkembangan dan ketergantungan akan perawatan diri pada individu dengan Skizofrenia dapat dijelaskan melalui pemahaman masing-masing usia. Contohnya, individu dengan Skizofrenia yang berusia lanjut lebih tergantung kepada keluarganya karena kondisi fisik dan psikologis lansia tersebut. Pendidikan kesehatan dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan imej diri klien sehingga termotivasi dalam perawatan diri.

d. Sistem keluarga

Terdapat hubungan tidak langsung antara posisi individu dengan pasien Skizofrenia dengan kemampuan individu tersebut dalam perawatan diri. Bentuk hubungan keluarga berupa keterlibatan pasien melakukan tugas rumah tangga,

melatih kemampuan aktifitas sehari-hari, menyediakan dukungan finansial dan emosional untuk meningkatkan kemandirian.

e. Tersedianya sumber-sumber fasilitas

Idealnya sumber dukungan tersedia dalam berbagai bentuk di komunitas, seperti perawatan berbasis komunitas, dukungan vokasional dan edukasi, atau kelompok terapi.

### **2.2.5 Faktor Penyebab Ketergantungan**

Menurut Depkes (2000), faktor penyebab ketergantungan pasien gangguan jiwa meliputi:

a. Faktor Predisposisi

1. Perkembangan

Keluarga terlalu melindungi atau memanjakan pasien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

2. Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri.

3. Kemampuan realitas turun

Pasien gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

4. Sosial

Kurang dukungan dan latihan kemampuan dalam aktifitas sehari-hari.

b. Faktor Presipitasi

Penurunan motivasi, cemas, lelah atau lemah yang dialami individu.

### **2.2.6 Cara Mengukur Tingkat Ketergantungan**

Untuk mengukur tingkat ketergantungan menggunakan kuesioner item dari *Activity Daily Living (ADL)* yang meliputi kebersihan diri, berpakaian atau berhias, makan, dan eliminasi. Pilihan jawaban yang digunakan yaitu mandiri, tergantung, dan total (seluruh kegiatan dibantu keluarga).

## **2.3 Konsep Lama Gangguan Jiwa**

### **2.3.1 Pengertian Lama Gangguan Jiwa**

Kamus Besar Bahasa Indonesia atau KBBI (2016) mendefinisikan lama sebagai waktu, panjangnya waktu atau rentang waktu.

Seseorang mengalami gangguan jiwa apabila ditemukan adanya gangguan fungsi mental, meliputi mental, pikiran, perilaku, perasaan, motivasi, kemauan, keinginan, dan persepsi sehingga dapat mengganggu dalam proses hidup di masyarakat. (Kuspratiwi et. al 2017).

Dari dua pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa lama gangguan jiwa merupakan waktu atau panjangnya waktu seseorang mengalami gangguan fungsi mental sehingga dapat mengganggu proses hidup di masyarakat.

### **2.3.2 Klasifikasi Lama Gangguan Jiwa**

Berdasarkan Keliat, et.al (2011) lama seseorang mengalami gangguan jiwa dibagi menjadi 2 kategori yaitu:

- a. Akut  
Kurang dari 6 bulan mengalami gangguan jiwa
- b. Kronis  
Sudah berlangsung 6 bulan lebih mengalami gangguan jiwa

### **2.3.3 Faktor Penyebab Lama Gangguan Jiwa**

Penyebab pasien lama mengalami gangguan jiwa menurut Purwanto (2010) yaitu sebagai berikut:

a. Pasien tidak minum obat

Minum obat dengan teratur dapat mengurangi kekambuhan sehingga pasien juga akan cepat sembuh

b. Pasien tidak kontrol ke dokter secara teratur

c. Kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat

Dukungan keluarga merupakan salah satu sumber penanganan stress yang penting dan mempunyai pengaruh terhadap kondisi seseorang. Penderita gangguan jiwa sering mendapatkan stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat disekitarnya dibandingkan individu yang menderita penyakit medis lainnya.

d. Adanya masalah kehidupan yang berat sehingga memicu stress

### **2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Lama Gangguan Jiwa**

Beberapa gangguan kejiwaan yang bersifat kronik dan mudah kambuh. Beberapa yang paling sering adalah Skizofrenia, Bipolar dan Depresi. Skizofrenia pada episode pertama kali mengalami gangguan jiwa biasanya memerlukan pengobatan minimal satu tahun. Hal ini untuk mencegah keberulangan kembali penyakit ini. Sayangnya kebanyakan pasien Skizofrenia tidak langsung mendapatkan pengobatan yang sesuai saat pertama kali mengalami sakit ini. Banyak pasien yang sebelumnya melakukan terapi alternatif terlebih dahulu. Lamanya mendapatkan pertolongan pada pasien Skizofrenia berhubungan dengan baik dan buruknya harapan kesembuhan pada pasien ini. Pada beberapa kasus pasien dengan gangguan Skizofrenia sering kali kambuh karena sering menghentikan pengobatan. Hal ini disebabkan karena pasien sering merasa tidak sakit dan akhirnya tidak mau berobat. Inilah salah

satu kendala terbesar berhadapan dengan pasien Skizofrenia, ketiadaan kesadaran bahwa dirinya sakit akan membuat terkadang pengobatan menjadi sangat sulit dilakukan. Peran keluarga terkadang sangat diperlukan agar pasien patuh makan obat sesuai aturan.

Pada beberapa kasus Skizofrenia yang sudah kambuhan, pengobatan seumur hidup adalah pilihan yang paling disarankan. Hal ini tentunya dengan dasar pemikiran semakin sering kambuh, pasien akan semakin kurang baik kondisinya dan harapan mencapai kualitas hidup yang baik akan semakin berkurang. Pilihan pengobatan seumur hidup tentunya dengan memperhatikan kondisi pasien. Banyak pasien yang bisa kembali mencapai kualitas hidupnya yang baik dengan meminum obat.

Beberapa kasus gangguan kejiwaan seperti depresi dan gangguan kecemasan harapan sembuhnya tinggi. Walaupun pada depresi keberulangan sakitnya cukup besar yaitu sekitar 50%, tapi kondisi optimal pasien dapat diraih dalam waktu pengobatan yang terencana baik. Kebanyakan mengatakan minimal setidaknya pasien depresi makan obat antidepresan selama 12 bulan sampai 18 bulan. Hal ini untuk mencegah terjadinya keberulangan.

Pada prakteknya pasien gangguan depresi dan cemas dapat mencapai perbaikan dalam bulan-bulan awal pengobatan. Namun ada baiknya untuk mencapai suatu kondisi yang stabil dan mencegah keberulangan ada baiknya walaupun kondisi sudah jauh lebih baik maka obat diteruskan sampai 6 bulan. Walaupun keputusan memakai obat dalam jangka waktu tertentu ada di tangan psikiater dengan melihat kondisi pasien yang tentunya masing-masing berbeda satu sama lainnya.

### **2.3.5 Cara Mengukur Lama Gangguan Jiwa**

Mengukur lama gangguan jiwa menggunakan pertanyaan terbuka (*open questions*) dimana keluarga mengisi jawaban tentang berapa lama pasien mengalami gangguan jiwa saat mulai tanda gejala muncul sampai penelitian dilakukan. Jawaban dari pertanyaan bisa berupa bulan maupun tahun. Penilaiannya yaitu jika akut kurang dari 6 bulan, sedangkan jika kronis lebih dari 6 bulan.

## **2.4 Keluarga**

### **2.4.1 Pengertian Keluarga**

Mubarak et.al (2009) mendefinisikan keluarga sebagai perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain.

Sedangkan menurut Duvall (dalam Mubarak et.al, 2009) menyatakan bahwa 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 dari tiap anggota.

Dari dua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan kumpulan dua individu atau lebih yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan saling berinteraksi satu sama lain.

### **2.4.2 Ciri Struktur Keluarga**

Ciri struktur keluarga menurut Mubarak et.al (2009) meliputi:

- a. Terorganisasi, yaitu saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga
- b. Ada keterbatasan, di mana setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing
- c. Ada perbedaan dan kekhususan, yaitu setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing

### 2.4.3 Struktur Keluarga

Mubarak et.al (2009) membagi struktur keluarga terdiri dari:

a. *Patrilineal*

*Patrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri atas sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan ini disusun melalui jalur garis ayah.

b. *Matrilineal*

*Matrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri atas sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu

c. Matrilokal

Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri

d. Patrilokal

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami

e. Keluarga kawinan

Hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri

#### 2.4.4 Bentuk Keluarga

Mubarak et.al, (2009) mengemukakan bentuk dari keluarga yaitu:

a. *Tradisional Nuclear*

Keluarga yang inti yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.

b. *Extended Family*

Keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.

c. *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan suatu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru. Satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

d. *Middle Age/Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah/kedua-duannya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier.

e. *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak, keduanya/salah satu bekerja di luar rumah.

f. *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian/kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah/di luar rumah.

g. *Dual Carrier*

Suami istri atau keduanya berkarier dan tanpa anak

h. *Commuter Married*

Suami istri/keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

i. *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.

j. *Three Generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah

k. *Institutional*

Anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.

l. *Comunal*

Satu rumah terdiri atas dua/lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

m. *Group Marriage*

Suatu perumahan yang terdiri atas orang tua dengan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah menikah dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

n. *Unmarried Parent and Child*

Ibu dan anak di mana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

o. *Cohibing Couple*

Dua orang/satu pasangan yang tinggal bersama tanpa pernikahan.

### 2.4.5 Peran Keluarga

Mubarak et.al (2009) membagi peran keluarga sebagai berikut:

#### a. Peran Formal

Semua posisi formal dalam keluarga adalah peran-peran yang terkait, yaitu sejumlah perilaku yang kurang lebih bersifat homogen. Peran formal yang standar terdapat dalam keluarga (pencari nafkah, ibu rumah tangga, tukang perbaiki rumah, sopir, pengasuh anak, manajer keuangan, dan tukang masak). Jika dalam keluarga hanya terdapat sedikit orang yang memenuhi peran ini, maka akan lebih banyak tuntutan dan kesempatan bagi anggota keluarga dalam memerankan beberapa peran dalam waktu yang berbeda.

Peran dasar yang membentuk posisi sosial sebagai suami-ayah dan istri-ibu antara lain sebagai berikut.

- 1) Peran sebagai *provider* atau penyedia
- 2) Sebagai pengatur rumah tangga
- 3) Perawatan anak, baik yang sehat maupun yang sakit
- 4) Sosialisasi anak
- 5) Rekreasi
- 6) Persaudaraan (*kinship*), memelihara hubungan keluarga paternal dan maternal.
- 7) Peran terapeutik (memenuhi kebutuhan afektif dari pasangan)
- 8) Peran seksual

#### b. Peran Informal

Peran-peran informal bersifat implisit, biasanya tidak nampak, dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional individu dan/atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga. Peran informal mempunyai tuntutan yang berbeda, tidak terlalu didasarkan pada usia, ataupun jenis

kelamin, melainkan lebih didasarkan pada atribut-atribut personalitas atau kepribadian anggota keluarga individual. Beberapa contoh peran informal yang bersifat adaptif dan merusak kesejahteraan keluarga di antaranya sebagai berikut.

1) Pendorong

Dalam keluarga terjadi kegiatan mendorong, memuji, setuju dengan, dan menerima kontribusi dari orang lain. Akibatnya ia dapat merangkul orang lain dan membuat mereka merasa bahwa pemikiran mereka penting dan bernilai untuk didengarkan.

2) Pengharmonis

Berperan menengahi perbedaan yang terdapat di antara para anggota, penghibur, dan menyatukan kembali perbedaan pendapat.

3) Inisator-kontributor

Mengemukakan dan mengajukan ide-ide baru atau cara-cara mengingat masalah-masalah atau tujuan-tujuan kelompok

4) Pendamai

Jika terjadi konflik dalam keluarga maka konflik dapat diselesaikan dengan jalan musyawarah atau damai.

5) Pencari nafkah

Dijalankan oleh orang tua dalam memenuhi kebutuhan, baik material maupun nonmaterial anggota keluarganya.

6) Perawatan keluarga

Perawatan keluarga yaitu peran yang dijalankan terkait merawat anggota keluarga jika ada yang sakit.

7) Penghubung keluarga

Perantara keluarga adalah penghubung, biasanya ibu mengirim dan memonitor komunikasi dalam keluarga.

8) Pionir keluarga

Pionir keluarga yaitu membawa keluarga pindah ke suatu wilayah asing dan mendapatkan pengalaman baru

9) Sahabat, penghibur, dan koordinator

Koordinator keluarga berarti mengorganisasi dan merencanakan kegiatan-kegiatan keluarga yang berfungsi mengangkat keakraban dan memerangi kepedihan.

10) Pengikut dan saksi

Saksi sama dengan pengikut, kecuali dalam beberapa hal, saksi lebih pasif. Saksi hanya mengamati dan tidak melibatkan dirinya.

#### **2.4.6 Fungsi Keluarga**

Terdapat lima fungsi dasar keluarga menurut Friedman (1988, dalam Mubarak et.al, 2009) yaitu:

a. Fungsi Afektif

Berkaitan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang gembira dan bahagia. Anggota keluarga mengembangkan gambaran diri yang positif, perasaan yang dimiliki, perasaan yang berarti, dan merupakan sumber kasih sayang. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Adanya perceraian, kenakalan anak, atau masalah lain yang sering timbul dalam keluarga dikarenakan fungsi afektif yang tidak terpenuhi.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi merujuk pada proses perkembangan atau perubahan yang dialami oleh seorang individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran-peran sosial. Pada setiap tahap perkembangan keluarga dan individu (anggota keluarga) dicapai melalui interaksi atau hubungan yang diwujudkan

dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, serta perilaku melalui hubungan dan interaksi dalam keluarga, sehingga individu mampu berperan di masyarakat.

c. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini sedikit terkontrol. Di sisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau di luar ikatan perkawinan, sehingga lahirlah keluarga baru dengan satu orang tua.

d. Fungsi Ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti makanan, pakaian, dan perumahan, maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sulit dipenuhi keluarga yang berada di bawah garis kemiskinan. Perawat bertanggung jawab untuk mencari sumber-sumber di masyarakat yang dapat digunakan oleh keluarga dalam meningkatkan status kesehatan.

e. Fungsi Perawatan Keluarga/Pemeliharaan Kesehatan

Guna menempatkan dalam sebuah persektif, fungsi ini merupakan salah satu fungsi keluarga yang memerlukan penyediaan kebutuhan-kebutuhan fisik, seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, dan perawatan kesehatan. Jika dilihat dari perspektif masyarakat, keluarga merupakan sistem dasar, di mana perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan, dan diamankan.

#### **2.4.7 Tugas Kesehatan Keluarga**

Menurut Mubarak et.al (2009) tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut:

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apa pun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggalnya.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasa mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah

apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

d. Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga. Sehingga anggota keluarga akan memiliki waktu lebih banyak berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal. Oleh karena itu, kondisi rumah haruslah dapat menjadikan lambang ketenangan, keindahan, ketentraman, dan dapat menunjang derajat kesehatan anggota keluarga.

e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di sekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit.

#### **2.4.8 Perawatan Pasien Skizofrenia Berbasis Keluarga**

Peran keluarga dapat memenuhi kebutuhan asah, asih, asuh pada pasien Skizofrenia, hal ini menunjukkan bahwa keluarga melakukan apa yang diketahui dan apa yang bisa dilakukan misalnya keluarga mengajak kontrol ke rumah sakit jiwa dan mengajari atau memberi bekal pengetahuan tentang keagamaan, akan tetapi yang diperlukan pasien Skizofrenia bukanlah itu saja melainkan dengan melibatkan pasien dalam mengambil keputusan, memberikan keterampilan, pendidikan atau melanjutkan sekolah, memberikan aktivitas untuk mengisi waktu luang sehingga pasien tidak hanya diam termenung. Hal tersebut memungkinkan pasien

bisa beradaptasi kembali ke masyarakat dengan kehidupan sosialnya.

Jika keluarga berperan hanya menggantungkan apa yang hanya diketahui dan apa yang keluarga bisa lakukan, maka pasien juga akan melakukan apa yang pasien ketahui dan telah dipelajari dari keluarga yang juga tidak maksimal karena kurangnya peran keluarga yang juga tidak maksimal. Cara meningkatkan produktivitas pasien, keluarga disarankan melatih pasien dalam melakukan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri dan komunikasi interpersonal. Latihan keterampilan ini melibatkan penggunaan kaset video orang lain dan pasien, permainan simulasi (*role playing*) dalam terapi, dan pekerjaan rumah tentang keterampilan yang telah dilakukan (Kaplan&Sadock, 2010).

Melakukan kontinuitas perawatan merupakan hal yang penting yaitu dengan program berbasis komunitas tingkat perawatan bergantung pada keparahan dan kesediaan dukungan dari keluarga dan sosial. Program berbasis komunitas ini memberikan layanan komprehensif kepada pasien dan keluarga yaitu dengan program *day treatment* yang meliputi terapi kelompok, pelatihan keterampilan sosial, pengobatan, sosialisasi dan rekreasi, tetapi pendukung melibatkan sejumlah ahli terapi untuk pasien dan keluarga, program psikoedukasi bagi pasien, keluarga dan kelompok masyarakat (Isaacs, 2008).

## **2.5 Beban Keluarga**

### **2.5.1 Pengertian Beban Keluarga**

Beban keluarga adalah tingkat pengalaman yang tidak menyenangkan dalam keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya (Fontaine, 2009).

McDonell dkk (dalam Nuraenah, 2012) menemukan bahwa beban keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan Skizofrenia berhubungan dengan perawatan, termasuk biaya pengobatan, tanggung jawab untuk mengawasi kondisi mental pasien Skizofrenia, stigma sehubungan dengan mental pasien Skizofrenia yang muncul dari interaksi dengan masyarakat serta distress emosional akibat dari simtom Skizofrenia.

Schwartz dan Gidron (dalam Nainggolan dan Hidajat, 2013) mengatakan bahwa keluarga pasien Skizofrenia merasakan beban (*burden*) yang berbeda dengan keluarga lain pada umumnya. Menurut Fausiah (dalam Nainggolan dan Hidajat, 2013), *burden* itu sendiri merupakan beban fisik dan mental yang dialami oleh keluarga.

Dari berbagai definisi di atas dapat disimpulkan bahwa beban keluarga adalah tingkat pengalaman yang tidak menyenangkan sebagai efek dari kondisi anggota keluarga yang menderita Skizofrenia, yang mengakibatkan beban fisik, mental, ekonomi, perawatan serta stigma dari masyarakat.

### **2.5.2 Karakteristik Beban Keluarga**

Power, et.al (2015) mengatakan bahwa merawat anggota keluarga dengan Skizofrenia dapat menimbulkan rasa bingung dalam menghadapi situasi di masyarakat. Keluarga menjadi enggan

terbuka perihal masalah yang dialami. Hal ini menimbulkan kesulitan tersendiri bagi keluarga. Reaksi yang dilakukan diantaranya kehilangan harapan, menarik diri, dan mengisolasi diri dari lingkungan sosial sehingga keluarga harus siap dan mampu untuk melakukan adaptasi (Widiastutik, 2016).

### **2.5.3 Jenis-jenis Beban Keluarga**

Jenis beban keluarga ada tiga menurut Fontaine (2009) :

- a. Beban objektif merupakan beban dan hambatan yang dijumpai dalam kehidupan suatu keluarga yang berhubungan dengan pelaksanaan merawat salah satu anggota keluarga yang menderita. Beban objektif termasuk beban biaya finansial untuk merawat dan pengobatan, tempat tinggal, makan, dan transportasi.
- b. Beban subjektif merupakan beban yang berupa distress emosional yang dialami anggota keluarga yang berkaitan dengan tugas merawat anggota keluarga yang menderita. Yang termasuk kedalam beban subjektif adalah ansietas akan masa depan, sedih, frustrasi, merasa bersalah, kesal, dan bosan.
- 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

### **2.5.4 Faktor Penyebab Beban Keluarga**

Menurut Anneke & Enderwati (2013) penyebab beban pada keluarga terdiri dari 3 faktor yaitu faktor dalam kehidupan pribadi dan sosial, beban psikologis, dan perasaan bersalah. Keluarga harus memberikan waktu, energi, dan uang. Tugas ini sering dirasakan tidak menyenangkan, menyebabkan stres psikologis dan

melelahkan secara fisik. Faktor terakhir berhubungan dengan perasaan bersalah seperti seharusnya dapat melakukan lebih banyak, dan tidak merawat dengan baik.

### **2.5.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Beban Keluarga**

Faktor yang mempengaruhi beban keluarga menurut Fontaine (2009) yaitu:

a. Perjalanan penyakit

Penderita Skizofrenia mengalami ketidakmampuan seperti merawat diri, berinteraksi sosial, hingga bergantung pada keluarga. Gejala positif dan negatif pasien Skizofrenia berperan dalam beratnya beban *caregiver*, semakin tinggi sindrom positif dan negatif maka semakin berat beban yang dirasakan.

b. Stigma

Skizofrenia masih dianggap penyakit yang memalukan dan merupakan aib bagi keluarga, dan sering dianggap sebagai ancaman yang mengganggu sekitarnya. Keadaan ini membuat keluarga dikucilkan dan isolasi sosial dari masyarakat. Hal ini menjadi beban keluarga baik beban subjektif maupun objektif.

c. Pelayanan Kesehatan

Keluarga mudah untuk membawa pasien pada pelayanan kesehatan mengurangi beban keluarga dalam merawat. Begitu juga sebaliknya jika tidak ada pelayanan kesehatan khususnya mental sulit dijangkau menyebabkan pasien lebih buruk yang menjadi beban bagi keluarga tersebut yang merawat.

d. Pengetahuan terhadap Penyakit

Keluarga yang memiliki pengetahuan yang baik akan meringankan beban keluarga dalam merawat pasien.

e. Ekonomi

Perawatan pasien Skizofrenia membutuhkan waktu yang lama sehingga membutuhkan biaya yang banyak. Oleh karena itu,

apabila keluarga tidak memiliki sumber dana yang cukup untuk jaminan kesehatan, maka hal ini menjadi beban yang berat bagi keluarga.

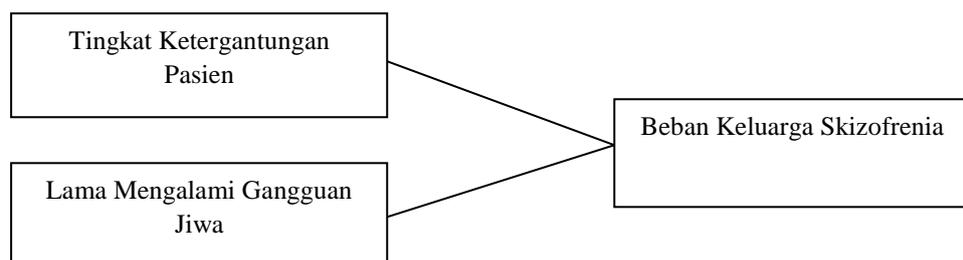
### 2.5.6 Cara Mengukur Beban Keluarga

Beban keluarga diukur menggunakan kuesioner yang terdiri dari beberapa pernyataan yang meliputi beban objektif, beban subjektif dan beban iatrogenik (Fontaine, 2009). Keluarga diminta untuk memilih jawaban sesuai dengan apa yang dirasakan saat merawat pasien dengan pilihan jawaban sering, kadang-kadang, pernah, dan tidak pernah.

## 2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah.

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian



## 2.7 Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan atau dugaan yang bersifat sementara terhadap suatu masalah penelitian yang kebenarannya masih lemah sehingga harus diuji secara empiris (Misbahudin dan Hasan, 2013). Tujuan perumusan hipotesis adalah sebagai langkah untuk memfokuskan masalah,

mengidentifikasi data-data yang relevan untuk dikumpulkan, menunjukkan bentuk desain penelitian, termasuk teknik analisis yang akan digunakan, menjelaskan gejala sosial, mendapatkan kerangka penyimpulan, dan merancang penelitian lebih lanjut.

Adapun hipotesis penelitian ini adalah:

- a. Ada hubungan tingkat ketergantungan pasien dengan beban keluarga klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum
- b. Ada hubungan lama mengalami gangguan jiwa pasien dengan beban keluarga pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum

## **2.8 Keterkaitan Tingkat Ketergantungan Klien dengan Beban Keluarga**

Ketergantungan yang dialami pasien Skizofrenia menimbulkan defisit perawatan diri yang signifikan, pasien menjadi sangat preokupasi (terpaku atau terpusat) sehingga gagal dalam melakukan aktivitas sehari-hari meliputi mandi, berpakaian atau berhias, makan, dan eliminasi (Sefrina & Latipun, 2016). Ketergantungan pasien Skizofrenia dapat menimbulkan masalah yang berat bagi keluarga. Hal ini dikarenakan perawatan memerlukan waktu yang lama dan biaya yang cukup besar.

Menurut Fontaine (2009) beban yang dialami keluarga termasuk biaya, perawatan atau pengobatan, tempat tinggal, makanan, transportasi, cemas, kesal, frustrasi, maupun bosan dalam merawat pasien, dan tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan. Oleh karena itu ketergantungan pasien akan perawatan diri akan berpengaruh banyak terhadap keluarga yang peduli terhadap pasien sebagai pemberi layanan perawatan dan kebutuhan sosial pasien (Fitrikasari dkk, 2012).

## **2.9 Keterkaitan Lama Mengalami Gangguan Jiwa dengan Beban Keluarga**

Merawat pasien Skizofrenia dibutuhkan kesabaran dan waktu yang lama akibat kekronisan penyakit ini. Lama perawatan merupakan salah satu unsur yang digunakan untuk melihat dan mengukur lama seseorang mengalami gangguan jiwa. Menurut WHO (2009) lama rawat pasien Skizofrenia terdiri dari 14% kurang lebih 1 tahun, 12% selama 1 sampai 4 tahun, 25% selama 5 sampai 10 tahun, dan 49% selama lebih dari 10 tahun.

Semakin lama seseorang mengalami gangguan jiwa maka perawatan dan pengobatan juga akan semakin lama, sehingga keluarga akan terbebani dalam hal biaya, perawatan atau pengobatan, tempat tinggal, makanan, dan transportasi, cemas, kesal, frustrasi, maupun bosan dalam merawat pasien, dan tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan (Fontaine, 2009).