BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Keluarga

a. Definisi keluarga

Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkainan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain (Mubarak dkk, 2009). Menurut Notoatmojo (2007), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan, adanya ikatan perkawinan atau pertalian darah, berinteraksi diantara sesama anggota keluarga, memiliki perannya masing-masing. Definisi tentang keluarga tersebut menegaskan bahwa hakikat dari keluarga adalah merupakan relasi yang terjalin antar individu-individu, yang merupakan komponen-komponennya, dan setiap anggota keluarga terhubungkan satu sama lain dalam satu matriks relasi yang kompleks (Arif 2006).

b. Karakteristik keluarga

Karakteristik keluarga menurut Mubarak dkk (2009), adalah:

 Terdiri atas dua atau lebih individu yang di ikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.

- Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memerhatikan satu sama lain.
- Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial sebagai suami, istri, kakak, dan adik.
- Mempunyai tujuan menciptakan, membudayakan, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial.

c. Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998), adalah :

1) Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga yang berbasis pada kekuatan keluarga. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, saling mengasuh, dan menerima, cinta kasih, mendukung, menghargai sehingga kebutuhan psikososial keluarga terpenuhi.

2) Fungsi sosial

Keluarga merupakan tempat sosialisasi dimana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, dan prilaku melalui hubungan interaksi.

3) Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi berguna untuk menjaga kelangsungan keturunan, dan menambah sumber daya manusia.

4) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan keluarga (sandang, pangan, papan), dan cara mendapatkan sumber-sumber untuk meningkatkan status kesehatan keluarga.

5) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan meliputi tanggung jawab merawat anggota dengan penuh kasih sayang, identifikasi masalah kesehatan keluarga penggunaan sumber daya yang ada di masyarakat untuk mengatasi kesehatan keluarga.

d. Tipe keluarga

Menurut Mubarak dkk (2009), tipe atau bentuk keluarga adalah:

- Tradisional Nuclear adalah keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah dalam suatu ikatan perkawinan.
- Exstended Family adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misal nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.
- 3) Reconstituted Nuclear adalah pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami atau istri yang tinggal satu rumah dengan anak-anaknya baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru.

- 4) Middle Age/Aging Couple adalah suami sebagai pencari uang dan istri di rumah atau kedua-duanya bekerja di rumah, dan anakanak sudah meninggalkan rumah karena sekolah, perkawinan atau meniti karier.
- Dyanic Nuclear adalah suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak.
- 6) Singel Parent adalah keluarga yang terdiri dari satu orang tua akibat perceraian atau kematian pasangannya, dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.
- Dual Carrier adalah keluarga yang suami istri atau keduanya berkarier tanpa anak.
- Commuter Married adalah keluarga yang suami istri/keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu.
- Singel Adult adalah wanita, dan pria dewasa yang tingal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.
- 10) Three Generation adalah keluarga yang terdiri dari tiga generasi atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.
- 11) Institusional adalah anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam panti-panti.
- 12) Comunal adalah kelaurga yang terdiri atas dua/lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya.

- 13) Group Marriage adalah keluarga yang dalam satu perumahan terdiri atas orang tua dan keturunannya dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu menikah satu sama lain.
- 14) Unmaried Parent and Child adalah keluarga yang ibu dan anak di mana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.
- 15) Cohibing Cauple adalah dua/satu pasangan yang tinggal bersama tanpa pernikahan.
- e. Tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan

Effendy (1998), membagi 5 tugas kesehatan yang harus dilakukan keluarga dalam rangka pemeliharaan kesehatan anggotanya:

- 1) Mengenal gangguan perkembangan kesehatan anggota keluarga.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
- 3) Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit dan tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda dan terlalu tua.
- Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga, dan lembaga kesehatan yang ada dengan baik.

2. Dukungan keluarga

a. Definisi dukungan keluarga

Menurut Friedman (1998), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Keluarga juga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya dan anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersikap mendukung selalu siap memberikan pertolongan, dan bantuan jika dibutuhkan.

Jenis-jenis dukungan keluarga

Friedman (1998), menyatakan bahwa dukungan keluarga mempunyai jenis-jenis sebagai berikut:

Dukungan informasional

Dukungan informasional keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk memberikan saran atau masukan, nasehat atau arahan, dan memberikan informasi-informasi penting yang sangat di butuhkan pasien gangguan jiwa dalam upaya meningkatkan status kesehatannya (Bomar, 2004). Menurut Friedman (1998), dukungan informasi yang diberikan keluarga terhadap pasien, merupakan salah satu bentuk fungsi keperawatan kesehatan yang telah diterapkan keluarga terhadap pasien. Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga agar tetap

memiliki produktifitas yang tinggi. Pasien gangguan jiwa diketahui sering atau cenderung mengalami masalah kemunduran kognitif sampai kepada percobaan bunuh diri.

Keadaan tersebut dapat mengakibatkan munculnya rasa persimis, putus asa, bahkan pasrah terhasap masalah kesehatan yang terjadi pada dirinya. Bantuan informasi (saran, nesehat, dan pemberian informasi penting) menjadi sangat penting dan dibutuhkan bagi pasien gangguan jiwa agar dapat selalu meningkatkan status kesehatannya optimal.

Dukungan penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan salah satu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada pasien gangguan jiwa dengan terhadap menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide atau perasaan seseorang (Bomar, 2004). Menurut Friedman (1998), dukungan penghargaan merupakan dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial pada anggota keluarga. Pasien gangguan jiwa akan mendapatkan pengakuan atas ketidakmampuan, dan keahliannya dengan di berikannya dukungan penghargaan dari keluarga (Kuntjoro, 2002).

Dukungan penghargaan keluarga terhadap pasien gangguan jiwa penting dilakukan dalam upaya peningkatan status psikososial pasien gangguan jiwa, semangat motivasi, dan peningkatan harga diri pasien gangguian jiwa dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Dukungan penghargaan yang di berikan keluarga kepada pasien gangguan jiwa dapat menjadikan hidup pasien gangguan jiwa lebih berharga dan berarti, serta bermakna atau bermanfaat bagi keluarganya, sehingga pasien gangguan jiwa yang akan merasakan bahwa dirinya masih dibutuhkan oleh orang lain khususnya oleh keluarga dimana pasien gangguan jiwa tersebut tinggal setelah kembali ke lingkungan keluarga (Friedman, 1998).

3) Dukungan instrumental

1

Dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu melayani, dan mendengarkan pasien gangguan jiwa dalam menyampaikan perasaannya (Bomar, 2004). Menurut Friedman (1998), dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang di terapkan keluarga terhadap anggota keluarga.

4) Dukungan emosional

Dukungan emosional keluarga merupakan bentuk atau jenis dukungan yang di berikan keluarga dalam bentuk memberikan perhatian, kasih sayang, dan empati (Bomar, 2004). Menurut Friedman (1998), dukungan emosional merupakan fungsi efektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga termasuk pasien gangguan jiwa. Fungsi efektif merupakan fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, dan saling mendukung dan mengahargai antar anggota keluarga.

Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih, membangkitkan semangat, mengurangi putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dan ketidakmampuan fisik (penurunan kesehatan), dan keterbatasan yang dialaminya (Nugroho, 2000). Dukungan emosional dari keluarga yang sangat dibutuhkan pasien gangguan jiwa dan dapat mempengaruhi status psikososial pasien gangguan jiwa khususnya pasien gangguan jiwa dengan gangguan yang sudah kronik yang ditunjukan dengan perubahan prilaku yang diharapkan dan meningkatkan status kesehatannya.

c. Manfaat dukungan keluarga

1

Kaplan mengatakan bahwa ada semacam hubungan yang kuat antara keluarga dengan status kesehatan anggotanya. Dukungan keluarga juga secara signifikan dan positif dihubungakan dengan kualitas hidup termasuk kepuasan hidup, konsep diri, kesehatan, dan fungsional (Fredman, 1998).

Menurut Pender dkk, keluarga merupakan sistem pendukung sosial utama bagi anggota keluarga, khususnya bagi paien gangguan jiwa, karena keluarga dapat memberikan dukungan yang penuh, sensitif terhadap kebutuhan anggota keluarga, mempertahankan komunikasi yang efektif, respek terhadap kebutuhan yang unik dari anggota, selalu berupaya membantu meningkatkan harapan hidup bagi anggota keluarga yang sakit (Hindrawati, 2008).

3. Skizofrenia

a. Definisi skizofrenia

Skizofrenia adalah penyakit dimana kepribadian mengalami keretakan, alam pikir, perasaan dan perbuatan individu terganggu. Pada orang normal, alam pikiran, perasaan, dan perbuatan ada kaitannya atau searah, tetapi pada pasien skizofrenia ketiga alam tersebut terputus, baik satu ataupun semuanya, dengan ciri-ciri pemunduran diri dari kehidupan sosial, gangguan emosional, dan

afektif yang kadang kala disertai halusinasi dan *delusi* serta tingkah laku yang negatif atau merusak (Simanjuntak, 2008).

Menurut Durand & Barlow (2007), skizofrenia merupakan sebuah sindroma kompleks yang menimbulkan efek merusak pada kehidupan penderita maupun anggota-anggota keluarganya. Gangguan ini dapat mengganggu persepsi, pikiran, pembicataan, dan gerakan seseorang, dan nyaris semua aspek fungsi sehari-harinya terganggu. Wiramihardia (2005), mengatakan bahwa gangguan skizofrenia berkembang pelan dan tidak nampak dengan jelas. Dalam kasus tertentu, gambaran klinis didominasi oleh seclusiveness (perasaan kurang hangat), minat makin lama makin lemah terhadap dunia dan lingkungannya, dan melamun yang berlebihan serta blunting of affect (tidak adanya responsivitas emosional), yang akhirnya respon-respon yang tidak selaras atau yang ringan saja yang terhadap properti terlihat, misalnya tidak begitu perduli sosial/barang-barang umum milik masyarakat. Senada yang diungkapkan Videbeck dkk (2008), bahwa efek skizofrenia pada klien sangat besar yang mencakup semua aspek kehidupan klien, seperti interaksi sosial, kesehatan emosional, kemampuan bekerja, dan melalukan fungsi di dalam masyarakat.

Ikawati (2011) mengatakan, bahwa kemampuan orang dengan skizofrenia untuk berfungsi normal dan merawat diri mereka sendiri cenderung menurun dari waktu ke waktu. Penyakit ini merupakan kondisi kronis yang memerlukan pengobatan seumur hidup. Di dunia ini, terdapat sangat banyak penderita skizofrenia (Simanjuntak, 2008). Prevalensi skizofrenia di indonesia diperkirakan satu per mil, namun angka yang pasti belum diketahui karena penelitian skizofrenia secara khusus jarang dilakukan (Susanto dkk 2006).

Skizofrenia adalah salah satu gangguan kejiwaan yang cukup berat dan menunjukkan adanya disorganisasi/kemunduran fungsi kepribadian, sehingga menyebabkan disability/ketidakmampuan (Susanto dkk 2006). Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa yang sering di jumpai di mana-mana sejak dulu kala. Meskipun demikian pengetahuan kita tentang sebab-musabab dan patogenesanya sangat kurang (Maramis, 2004).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang menjadi masalah besar dan menggangu, karena bersifat kambuh dan berulang. Ditandai dengan adanya delusi/halusinasi, waham, gangguan proses pikiran, adanya prilaku menarik diri dari interaksi sosial, emosi yang tidak sesuai dengan keadaan yang sedang dialaminya, hidup dalam dunianya sendiri, dan amuk yang dapat terjadi tanpa sebab yang jelas.

b. Etiologi

Hingga sekarang belum ditemukan penyebab (etiologi) yang pasti mengapa seseorang menderita skizofrenia, padahal orang lain tidak (Yosep 2009). Menurut teori yang dikemukakan oleh McGuffin yang membahas tentang penyebab skizofrenia secara umum terkumpul pada dua kategori yaitu biologis, dan psikologis (Halgin & Whitbourne, 2010).

Kendler & Gruenberg cit Davison dkk (2006), dalam penelitiannya mengatakan bahwa predisposisi skizofrenia diturunkan secara genetik. Malaspina dkk, mengatakan bahwa para pasien yang memiliki riwayat skizofrneia dalam keluarga mengalami lebih banyak simtom negatif dibanding pasien yang tidak memiliki riwayat skizofrenia dalam di dalam keluarganya. Hal tersebut dikarenakan simtom-simtom negatif mengandung komponen genetik yang lebih kuat (Halgin & Whitbourne, 2010).

Simanjuntak (2008), berpendapat bahwa skizofrenia disebabkan oleh adanya infeksi virus pada otak yang bisa bersifat inheritan atau keturunan. Beberapa teori lain yang dikemukakan oleh Brown dkk, bahwa seorang ibu yang terjangkit influenza pada masa kehamilan trimester pertama berpeluang meningkatkan resiko skizorenia (Halgin & Whitbourne, 2010). Yosep (2009) mengatakan, bahwa infeksi antara abnormal gen dengan virus atau infeksi lain dapat

menggangu perkembangan otak janin, menurunnya auto imun yang mungkin disebabkan infeksi selama kehamilan, komplikasi kandungan, dan kekurangan gizi yang cukup berat terutama pada trimester kehamilan.

1

Teori lain menganggap skizofrenia sebagai suatu sindroma yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam sebab, antara lain, pendidikan yang salah, maladaptasi, penyakit badaniah seperti luwes otak (Maramis, 2004), lingkungan keluarga dan tekanan jiwa yang menyebabkan stres (Simanjuntak, 2008), dan penyakit yang lain yang belum diketahui (Maramis, 2004). Umumnya para ahli percaya skizofrenia dipengaruhi oleh faktor kerentanan otak (baik yang diwarisi atau diperoleh) dari peristiwa kehidupan (Ikawati, 2011) dan di disebabkan oleh kombinasi dari beberapa faktor diatas (Simanjuntak, 2008).

Skizofrenia tidak hanya menimbulkan penderitaan bagi individu penderitanya, tapi juga bagi orang-orang yang terdekat kepadanya. Biasanya keluargalah yang paling terkena dampak dari hadirnya skizofrenia di keluarga mereka. Darmadi dari Klinik Jiwa Dharma Mulia Surabaya mengatakan, bahwa pasien membutuhkan perhatian masyarakat terutama dari keluarganya. Selain biaya perawatan tinggi, hampir 70% penderita adalah pasien RSJ secara

menahun. Akibatnya, kehadiran penderita cenderung dirasakan sebagai beban keluarganya (Arif, 2006).

c. Epidemiologi

Sosrosumihardjo mengemukakan, prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah 0,3 - 1%, dan biasanya timbul pada usia sekitar 18 - 45 tahun, namun ada juga yang beru berusia 11 - 12 tahun sudah menderita skizofrenia (Arif 2006). Senada yang diungkapkan oleh Hafner dkk, bahwa onset terjadinya skizofrenia biasanya pada masa remaja awal dewasa, jarang terjadi pada sebelum remaja atau atau setelah pada umur 40 tahun. Angka kejadian wanita sama dengan pria, tetapi onset pada pria umumnya lebih awal (pria: 15 - 24 tahun; wanita: 25 - 35 tahun) dengan implikasi lebih banyaknya gangguan kognitif dan *outcome* yang lebih jelek pada pria dari pada wanita (Ikawati, 2011).

Menurut Kestenbaum, lebih dari 80% dari pasien skizofrenia memiliki orang tua yang memiliki orang tua yang tidak memiliki gangguan, namun resiko skizofrenia lebih besar pada orang yang orang tuanya memiliki gangguan. Resiko skizofrenia seumur hidup adalah sebesar 13 % untuk anak dengan satu orang tua dengan skizofrenia dan 35 % - 40 % untuk anak yang kedua orang tuanya menderita skizofrenia (Ikawati, 2011).

Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa, maka diperkirakan 2 juta jiwa menderita skizofrenia. Skizofrenia adalah gangguna mental yang cukup luas dialami di Indonesia, dimana sekitar 99% pasien di RS Jiwa Indonesia adalah penderita skizofrenia (Arif, 2006).

d. Tanda dan gejala skizofrenia

Gambaran klinis skizofrenia sangat bervariasi antar individu, dan bahkan pada satu individu dari waktu ke waktu, tidak ada stereotipe yang pasti. Pada fase normal, pasien berada dalam kontrol yang baik terhadap pikiran, perasaan, dan tindakannya. Episode psikotik yang pertama kali mungkin terjadi secara tiba-tiba, atau biasanya diawali dengan kelakuan yang menarik diri, pencuriga, dan aneh (Ikawati, 2011).

Pada episode akut, pasien kehilangan kontak dengan realitas, dalam hal ini otaknya menciptakan realitas palsu. Pasien dinyatakan mengalami skizofrenia jika mengalami tanda-tanda dan gejala karakteristik selama dalam jangka waktu yang signifikan selama priode 1 bulan, dengan beberapa tanda-tanda, dan gangguan yang bertahan selama minimal 6 bulan (Ikawati, 2011).

Duran & Barlow (2007), membagi gejala-gejala skizofrenia sebagai berikut:

1) Gejala-gejala positif

a) Delusi

Gejala psikotik yang melibatkan gangguan isi pikiran dan adanya keyakinan yang kuat, yang merupakan misrepresentasi dari kenyataan.

b) Halusinasi

Gejala-gejala psikotik dari gangguan perseptual dimana berbagai hal dilihat, di dengar, atau diindra, meskipun hal-hal itu tidak riil atau benar-benar ada.

2) Gejala-gejala negatif

a) Avolisi

Apati, atau ketidakmampuan untuk memulai atau mempertahankan kegiatan-kegiatan penting.

b) Alogia

Defisiensi dalam jumlah atau isi pembicaraan, gangguan yang sering terlihat pada penderita skizofrenia.

c) Anhedonia

Ketidakmampuan untuk mengalami kesenangan, yang terkait dengan beberapa gangguan suasana perasaan, dan gangguan skizofrenik.

d) Afek datar

Tingkah laku yang tampak tanpa emosi (termasuk cara berbicara tanpa nada dan tatapan mata kosong) saat mestinya ia bereaksi.

3) Gejala-gejala disorganisasi

a) Disorganized speech (diorganisasi dalam pembicaraan).
Gaya berbicara yang sering terlihat pada penderita skizofrenia, termasuk inkoherensi, dan ketiadaan pola yang wajar.

b) Inappropriate affect (afek yang tidak pas)

Ekspresi emosional yang tidak sesuai dengan situasinya, misalnya tertawa atau menangis pada saat yang tidak tepat, katatonia.

e. Tipe skizofrenia

Menurut DSM-IV TR (2000), tipe skizofrenia sebagai berikut :

1. Tipe paranoid

Kriteria diagnosis

- a. Preokupasi dengan satu atau lebih waham atau halisinasi dengar yang berulang.
- Tidak ada yang menonjol seperti bicara kacau atau katatonik, atau afek datar.

2. Tipe disorganisasi

Kriteria diagnosis

- a. Bicara kacau, prilaku kacau, dan afek datar atau tidak sesuai.
- b. Tidak memenuhi kriteria katatonik.

Tipe katatonik

Kriteria diagnosis

- a. Imobilitas motorik katapleksi (termasuk fleksibilitas lilin) atau stupor.
- Aktivitas motorik yang berlebihan (tanpa tujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal).

4. Tipe tidak tergolongkan

Kriteria diagnosis

Tipe skizofrenia dimana gejala yang terjadi memenuhi kriteria A, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk tipe paranoid, disorganisasi, atau katatoriik.

5. Tipe residual

Kriteria diagnosis

- a. Tidak ditemukan waham, halusinasi, bicara kacau yang menonjol, atau perilaku kacau atau katatonik yang nyata.
- Adanya gejala negatif atau dua atau lebih gejala yang tercantum pada kriteria A yang timbul dalam bentuk yang

kurang jelas (keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim.

f. Diagnosis skizofrenia

Pasien didiagnosa skizofrenia jika memenuhi kriteria diagnosa menurut DSM-IV TR (2000):

- Gejala karakteristik : Dua atau lebih gejala berikut yang muncul masing-masing ditemukan pada bagian waktu yang bermakna selama priode 1 bulan, yaitu :
 - a) Waham
 - b) Halusinasi
 - c) Bicara kacau, misalnya sering menyimpang atau inkoheren
 - d) Perilaku kacau atau katatonik yang nyata.
 - e) Gejala negatif, yaitu pendataran afek, alogia, avolisi.

Catatan:

Dibutuhkan hanya satu kriteria 1 jika waham bizarre atau halusinasi terdiri dari suara yang terus-menerus mengomentari perilaku atau pikiran, atau ada dua atau lebih suara yang berbincang satu dengan yang lainnya.

2) Fungsi sosial atau pekerjaan : untuk bagian waktu yang bermakna sejak onset gangguan, satu atau lebih fungsi bidang utama seperti pekerjaan, hubungan interpesonal, atau perawatan diri. Durasi: Tanda gangguan terjadi secara terus-menerus menetap paling kurang 6 bulan. Priode 6 bulan ini harus termasuk paling kurang 1 bulan (kurang jika bisa diobati) gejala yang memenuhi kriteria 1 dan dapat termasuk priode gejala prodmoral atau residual. Selama priode prodmoral atau residual ini, tanda dari gangguan mungkin dimanifestasikan oleh hanya gejala negatif atau dua atau lebih gejala yang tercantum pada kriteria poin 1 yang timbul dalam bentuk yang kurang jelas (misalnya keyakinan aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim).

g. Proses perjalanan penyakit

Menurut Yosep (2009), gejala mulai timbul biasanya pada masa remaja awal atau dewasa awal sampai dengan unur pertengahan dengan melalui beberapa fase :

1) Fese prodromal

Fase ini berlangsung antara 6 bulam sampai 1 tahun. Gangguan dapat berupa self care, gangguan dalam akademik, gangguan dalam pekerjaan, gangguan fungsi sosial, gangguan pikiran, dan persepsi.

2) Fase aktif

Fase ini berlangsung kurang lebi 1 bulan. Gangguan dapat berupa gejala psikotik; seperti halusinasi, delusi, disorganisasi proses berfikir, gangguan bicara, gangguan perilaku, disertai dengan kelainan neurokimiawi.

Fase residual

Pada fase ini mengalami minimal 2 gejala; seperti gangguan afek dan gangguan peran, serangan biasanya berulang.

h. Prognosis skizofrenia

Simanjuntak (2008), mengemukakan bahwa prognosis adalah ramalan tentang kemungkinan membaiknya penyakit. Peluang kesembuhan penyakit skizofrenia sangat tergatung pada cepat atau lambatnya (awal) penyakit itu dideteksi. Semakin dini deteksinya, kemungkinannya untuk sembuh juga besar. Kalau terlambat, kesembuhan akan memerlukan waktu lama. Di samping deteksi lebih awal, kesembuhan juga ditentukan oleh disiplin dalam menjalani perawatan yang dibutuhkan sesuai saran, dan nasehat dokter ahli jiwa, disiplin menjalani psikoterapi serta mendapat lingkungan yang baik.

Melalui prognosis, keluarga pasien ditolong untuk mengantisipasi keadaan pasien dan lebih cekatan untuk merawat pasien di rumah. Prognosis menolong untuk mengetahui pasien mana yang akan mengalami resiko penyesuain diri yang tinggi dalam masyarakat dan mana yang rendah. Untuk menentukan prognosis peran keluarga sangat penting, dengan cara memberikan latar belakang hidup pasien yang sesungguhnya. Jika keluarga pasien dapat

menerima penderita sebagaimana adanya, menciptakan suasana yang menyenangkan dan sesedikit mungkin konflik, prognosis cenderung baik (Arif, 2006).

Menurut Arif (2006), ada beberapa faktor penting yang mempengaruhi buruk tidaknya prognosis ini ;

- Bila saat pertama kali mengalami usia seseorang sudah termasuk tua, prognosis lebih baik, sebaliknya akan lebih buruk.
- Jika keadaan sosialnya (pekerjaan dan kehidupan seks) sebelum terkena penyakit ini baik, prognosis akan lebih baik.
- Status menikah akan lebih baik prognosisnya dari pada yang tidak menikah atau status janda atau duda.
- 4) Keadaan ekonomi yang buruk cendrung prognosisnya buruk.

Arif (2006), mengatakan bahwa mortalitas pasien skizofrenia lebih tinggi secara signifikan dari pada populasi umum. Sering terjadi bunuh diri, gangguan diabetes, penyakit yang ditularkan secara seksual.

4. Kekambuhan skizofrenia

a. Definisi kekambuhan

Kekambuhan adalah kembalinya suatu penyakit setelah nampaknya mereda. Kekambuhan menunjukkan kembalinya gejalagejala penyakit sebelumnya cukup parah dan menggangu aktifitas sehari-hari dan memerlukan rawat inap dan rawat jalan yang tidak

terjadwal (Dorlan dkk, 2006). Senada yang diungkapkan oleh Sutantri dkk (1995), bahwa kekambuhan ditunjukkan dengan penderita yang telah mengalami penyembuhan atau perbaikan dari gangguan atau penyakit yang kemudian secara berturutan mengalami gejala-gejala gangguan atau penyakit tersebut kembali.

Menurut Dewi & Machira (2009), kekambuhan didefinisikan sebagai terjadinya peningkatan gejala sehingga menyebabkan pasien rawat inap ulang dalam kurun waktu satu tahun. Nurdiana dkk (2007), menjelaskan bahwa tingkat kekambuhan tinggi bila klien dalam satu tahun kambuh lebih dari atau sama dengan tiga, dan rendah bila kurang dari 2 kali atau sama dengan 2 pertahun. Kazadi cit Pangestuti (2011), mengatakan bahwa tidak ada kriteria umum untuk kekambuhan.

Menurut Hertz Oit Stuart & Sunden *cit* Wardana (2009), kekambuhan dibagi menjadi 5 tahap, yaitu :

1) Overextension

Tahap ini menunjukkan keteganggan yang berlebihan. Pasien mengeluh perasaannya terbebani. Gejala dari cemas intensif dan energi yang besar digunakan untuk mengatasi hal ini.

2) Restricted consciousnes

Tahap ini menunjukkan pada kesadaran yang terbatas. Gejala yang sebelumnya cemas, digantikan oleh depresi.

3) Disinhibition

Penampilan pertama pada tahap ini adalah adanya hipomania, dan biasanya meliputi munculnya halusinasi dan delusi, dimana pasien tidak lagi mengontrol defense mekanisme sebelumnya telah gagal disini. Hipomania awal ditandai dengan mood yang tinggi, kegembiraan, optimisme dan rasa percaya diri. Gejala lain dari hipomania ini adalah rasa percaya diri yang berlebihan, waham kebesaran, mudah marah, senang bersukaria, dan menghamburkan uang, euforia.

4) Psikotik disorganization

Pada saat ini gejala psikotik sangat jelas dilihat. Tahap ini diuraikan sebagai berikut:

- a) Pasien tidak lagi mengenal lingkungan atau orang yang familiar dan mungkin menuduh anggota keluarga menjadi penipu. Agitasi yang ekstrim mungkin terjadi, fase ini dikenal dengan penghancuran dari dunia luar.
- b) Pasien kehilangan identitas personal dan mungkin elihat dirinya sendiri sebagai orang ke-3. Fase ini menunjukkan kehancuran pada diri.

c) Total fragmentation adalah kehilangan kemampuan untuk membedakan realitas dari psikosis, dan kemungkinan dikenal sebagai loudly psychotik.

5) Psychotic resolution

Tahap ini biasanya terjadi di rumah sakit. Pasien diobati dan masih mengalami psikosis tetapi gejalanya berhenti, dan diam.

b. Etiologi kekambuhan

Skizofrenia merupakan suatu *stressor* yang sangat besar bagi keluarga dan membuat keluarga harus mengerahkan segala sumberdaya yang dimiliki untuk mengatasinya. Suhu emosi dalam keluarga akan meningkat, dan penanganan pasien dalam jangka waktu yang lama tidak jarang menguras ketahanan keluarga itu sendiri (Arif, 2006).

Kekambuhan biasanya terjadi karena keluarga tidak siap, dan kurang memiliki informasi yang memadai, untuk melakukan penyesuaian-penyesuaian yang cukup besar dengan kehadiran anggota keluarga yang mengalami skizofrenia. Penyesuaian-penyesuaian ini perlu dilakukan, agar keluarga, dan pasien dapat hidup bersama dengan damai, dan hal tersebut sama sekali tidak mudah. Jalinan relasi dalam keluarga menjadi terganggu (Firdaus dkk, 2005).

Konflik-konflik sulit untuk dihindari dan sebagai akibatnya suasana di rumah sering kali menjadi sangat tidak nyaman bagi semua anggota keluarga, khususnya bagi pesien skizofrenia tersebut. Kondisi ini sering kali berulang, yaitu berkurangnya gejala-gejala pasien sepulangnya dari rumah sakit jiwa, pulang ke keluarga menjadi kambuh lagi dan kembali lagi ke Rumah Sakit Jiwa (Arif, 2006).

1

Kavanagh dkk dalam penelitian mengatakan, bahwa kekambuhan tampaknya dipicu oleh lingkungan keluarga yang bersikap bermusuhan dan kritis yang yang ditandai oleh expressed emotion yang tingggi kemugkinan 3,7 kali lebih tinggi untuk kambuh lagi dibanding dengan tinggal dalam keluarga yang expressed emotion rendah (Durand & Barlow, 2007).

Firdaus dkk (2005), berpendapat bahwa kekambuhan dapat terjadi karena beberapa sebab dan juga oleh beberapa hal yang belum diketahui. Kadang-kadang penderita berhenti mengkonsunsi obat dalam priode waktu yang cukup panjang sehingga gejala-gejela akut muncul kembali. Mungkin penderita kecewa karena tidak mendapat dukungan yang cukup baik dari keluarga ataupun dari masyarakat, mengalami tekanan mental matinya cinta, hilangnya pekerjaan atau harus pindah ke tempat baru untuk memulai kehidupan yang baru.

Biasanya, kekambuhan terjadi tiga sampai lima tahun setelah seseorang didiagnosa menderita skizofrenia (Firdaus dkk, 2005). Menurut Keliat (1996), klien skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua, dan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit. Dalam waktu tersebut si penderita merasa muak oleh penyakitnya dan memutuskan untuk menanganinya menurut caranya sendiri. Penderita mulai berhenti minum obat-obatan dengan resep dokter, mulai bergabung dengan sebuah aliran kepercayaan, mengusir kekuatan jahat penyakit itu dari tubuhnya (Firdaus dkk, 2005).

c. Tanda dan gejala kekambuhan kembali

Menurut Guiterrez dkk cit Simanjuntak (2008), bahwa tidak ada kriteria umum yang dapat dianggap sebagai kriteria relaps. Secara umum, istilah relaps ditunjukan untuk gejala perburukan atau rekuresi gejala positif dari pada gejala negatif. Meskipun demikian, batasan istilah kekambuhan skizofrenia belum begitu jelas. Pada kenyataannya, relaps merupakan suatu istilah relatif dan harus meliputi beberapa faktor berikut : kondisi pasien sebelum onset penyakit terakhir (sebelumnya); tingkat keberfungsian sebelum episode terbaru; keparahan dari relaps dalam terminologi keparahan simtom, durasi dan pengaruhnya terhadap fungsi personal dan gambaran bentuk simtom atau perilaku yang baru.

Menurut Johnstone cit Halgin (2010), relaps didefinisikan sebagai pemunculan kembali simtom-simtom skizofrenia pada pasien yang sudah mengalami bebas gejala selama episode sebelumnya (tipe I) dan eksaserbasi simtom positif secara persisten (tipe II). Tipe-tipe tersebut tidak selalu mudah untuk dibedakan (Guiterrez dkk cit Simanjuntak, 2008). Crow berpendapat bahwa, tipe I berhubungan dengan gejala positif seperti halusinasi, delusi, respon yang baik terhadap pengobatan, prognosis yang optimis, dan ketiadaan hendaya intelektual. Sedangkan tipe II meliputi gejala-gejala negatif berupa afek datar, miskin bicara serta memperlihatkan respon yang buruk terhadap pengobatan, prognosis pesimistik, dan ada hendaya intelektual (Duran & Barlow, 2007).

Keluarga-keluarga kontributor memperingatkan tentang perilaku-perilaku yang mengindikasikan kekambuhan biasanya sama dengan prilaku-prilaku yang ditunjukkan penderita di awal episode krisis/episode psikotik dengan memperlihatkan beberapa atau seluruh dari gejala-gejala seperti halusinasi, delusi, kekacauan berfikir dan gangguan dalam perilaku dan emosi (Firdaus dkk, 2005).

Sebagian prilaku umum yang terjadi seperti kurang tidur, meningkatnya kecenderungan penarikan diri dari kehidupan sosial, memburuknya sikap hidup sehat pribadi, kekacuan berfikir serta berbicara, dan halusinasi penglihatan, dan pendengaran (Firdaus dkk 2005), menjadi ragu-ragu, dan serba takut, tidak nafsu makan, sukar konsentrasi, depresi, tidak ada minat serta menarik diri, sulit tidur (Yosep 2009), malam lebih banyak terjaga, mondar mandir dan mengerjakan sesuatu yang tidak jelas, emosi berubah, mudah marah, ketakutan dan gelisah, susah untuk konsentrasi, mudah lupa, perasaan takut kepada orang lain, barang dan tempat yang biasanya serta curiga yang terlalu berlebihan, merasakan orang lain membicarakan dan menertawakan dirinya (Viora cit Samsara 2010).

 Hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi kekambuhan pada pasien skizofrenia.

Tidak sedikit yang dibutuhkan oleh keluarga dalam upaya menyesuaikan diri dengan kehadiran penderita skizofrenia dalam sistem mereka. Berikut merupakan beberapa hal penting yang dapat membantu penyesuaian diri keluarga (Arif 2006):

Informasi (psikoedukasi)

Informasi-informasi yang akurat tentang skizofrenia, gejalagejalanya, kemungkinan perjalanan penyakitnya, berbagai gangguan medis dan psikologis yang dapat meringankan gejala skizofrenia merupakan sebagian informasi vital yang sangat dibutuhkan keluarga. Informasi yang tepat akan menghilangkan saling menyalahkan satu sama lain, dan membantu keluarga mengarahkan sumberdaya yang mereka miliki pada usaha-usaha produktif. Pemberian informasi yang tepat dapat dilakukan dengan suatu program psikoedukasi untuk keluarga.

2) Sikap yang tepat (SAFE)

Menurut Torrey keluarga perlu memiliki sikap yang tepat tentang skizofrenia yakni SAFE: Sense of humor, Accepting the illness, Family balance, Expectations which are realistic. Psikoedukasi bagi keluarga dapat turut menyertakan upaya menumbuhkan sikap yang tepat.

3) Support group

Bila keluarga mengahadapi skizofrenia dalam keluarga mereka seorang diri, beban itu akan sangat berat, namun bila keluarga bergabung bersama, beban itu akan terasa lebih ringan. Mereka dapat saling menguatkan, berbagi informasi, bahkan mungkin menggalang dana bersama bagi keluarga yang kurang mampu. Upaya peredaan keteganggan emosional secara kelompok juga akan lebih efektif dan lebih murah.

4) Family therapy

Family therapy dapat menjadi bagian dari rangkaian upaya membantu keluarga, agar sebagai suatu sistem meningkat kohesivitasnya dan lebih mampu melakukan penyesuaian diri.

Ikawati (2011) mengatakan, bahwa anggota keluarga pasien harus dilibatkan dan terlibat dalam perlakuan proses kolaboratif sejauh mungkin. Anggota keluarga umumnya berkontribusi untuk perawatan pasien dan memerlukan pendidikan, bimbingan, dan dukungan, serta pelatihan membantu mereka mengoptimalkan peran mereka.

Beberapa hal yang perlu dilakukan untuk membantu mengatasi berbagai permasalahan pada masa awal penderita kembali ke rumah (Firdaus dkk, 2005):

- Berbicara dengan pelan dan tekanan suara yang rendah. Gunakan kalimat yang singkat, dan sederhana untuk menghindari kebingungan. Jika perlu, ulangi pertanyaan dan pertanyaanpertanyaan anda dengan menggunakan kata-kata sama yang digunakan sebelumnya.
- Terangkan dengan jelas apa yang sedang anda, dan apa alasan anda melakukannya.
- 3) Pertahankan rutinitas sehari-hari yang teratur, dan terstruktur secara konsisten dan terjadwal. Jangan mengatakan sesuatu yang akan anda lakukan tapi kemudian tidak jadi anda lakukan.
- 4) Berikan pujian secara terus menerus.
- Hindari stimulasi yang berlebihan. Kurangi tekanan, dan ketegangan.

6) Bujuklah, jangan pernah memaksa kerabat anda untuk mengkonsumsi obat, dan menghadiri seluruh pertemuan medisnya.

Ikawati (2011) berpendapat, bahwa ada tiga tahap pengobatan dan pemulihan skizofrenia :

- 1) Terapi fase akut dilakukan pada saat terjadi episode akut dari skizofrenia yang melibatkan gejala psikotik intens seperti halusinasi, delusi, paranoid, gangguan berfikir. Tujuan pengobatan pada fase akut adalah untuk mengendalikan gejala psikotik dengan menggunakan obat sebagai terapi pada fase ini. Rawat inap mungkin diperlukan pada fase ini. Penggunaan obat antipsikotik dapat mengurangi gejala pasikotik dalam waktu enam minggu.
- 2) Terapi fase stabilisasi dilakukan setelah gejala psikotik akut telah dapat dikendalikan. Selama fase ini pasien rentan terhadap kekambuhan. Tujuan pengobatan dalam fase stabilisasi adalah untuk mencegah kekambuhan, mengurangi gejala, dan mengarahkan pasien ke dalam tahap pemulihan yang lebih stabil.
- Terapi pemeliharaan, yaitu terapi pemulihan jangka panjang skizofrenia. Terapi fase pemeliharaan bertujuan untuk mempertahankan kesembuhan, dan mengontrol gejala,

mengurangi resiko kekambuhan dan rawat inap dan mengajarkan keterampilan untuk hidup sehari-hari.

Fausiah & Widury (2006), tidak lebih dari 10% pasien skizofenia yang dapat berfungsi secara baik dengan pendekatan yang hanya menekankan pada obat antipsikotik dan perawatan rumah sakit singkat. Sedangkan 90% sisanya membutuhkan berbagai pendekatan dinamis termasuk:

1) Terapi individual

Dapat dilakukan dengan menggunakan terapi psikodimamik, atau Cognitive-Behaviour Therapy (CBT). Turner dkk mengatakan bahwa beberapa studi menunjukkan bahwa terapi perilaku kognitif ini memiliki efikasi dalam mengurangi frekuensi dan keparahan gejala positif, dan durasi efeknya cukup bertahan lama (Ikawati, 2011).

2) Terapi keluarga

Terapi keluarga ini dapat dilakukan dalam bebrapa hal (Davison dkk, 2006) :

- a) Memberikan pendidikan tentang skizofrenia, termasuk simtom, dan tanda-tanda kekambuhan.
- b) Memberikan informasi tentang dan memonitor efek pengobatan dengan antipsikotik.
- Menghindari saling menyalahkan dalam keluarga.

- d) Meningkatkan komunikasi, dan keterampilan pemecahan masalah dalam keluarga.
- e) Meningkatkan harapan bahwa segala sesuatu akan membaik, dan pasien mungkin tidak harus kembali ke rumah sakit.

3) Terapi kelompok

Melalui terapi kelompok pasien skizofrenia diberikan pelatihan kamampuan sosial bagaimana cara memecahkan masalah sosial.

4) Pelatihan keterampilan sosial (social skills training)

Liberman mengatakan, bahwa pelatihan keterampilan sosial didefinisikan sebagai penggunaan teknik perilaku atau kegiatan pembelajaran yang memungkinkan pasien untuk memperoleh keterampilan yang diperlukan untuk memenuhi tuntutan interpesonal, perawatan diri, dan menghadapi kehidupan masyarakat (Ikawati, 2011).

Menurut Kolb *cit* Ambarini (2007), keterampilan sosial diartikan menjadi dua hal, yaitu :

a) Kemampuan untuk mejalin relasi dengan orang lain, termasuk keterampilan untuk menjalin hubungan, dan persahabatan dengan orang lain. Keterampilan yang diperlukan untuk menjalin hubungan dengan sukses adalah empati, kemampuan untuk memahami keinginan atau motif orang lain, keterampilan berkomunikasi.

b) Self determination, termasuk kemampuan penyelesaian masalah, pengambilan keputusan, kemampuan untuk mengurus atau mengatur diri sendiri.

Menurut Ambarini (2007), terdapat beberapa tahapan dalam mengajarkan keterampilan sosial pada seseorang yaitu:

- a) Mendiskusikan pentingnya keterampilan sosial, diperlukan pemahaman akan keterampilan sosial yang akan diajarkan.
- b) Memilih keterampilan sosial yang akan diajarkan, lebih bila fokus pada satu keterampilan tertentu untuk waktu tertentu. Pilih hanya satu keterampilan sebagai fokus, usahakan mengajarkan keterampilan yang berbeda untuk tiap minggu.
- c) Mengajarkan keterampilan.
- d) Mempraktekkan keterampilan, cara yang baik adalah melalui tahap yang terstruktur.
- Hubungan antara dukungan keluarga dengan kekambuhan penderita skizofrenia

Penderita skizofrenia membutuhkan perhatian karena skizofrenia merupakan penyakit yang mudah kambuh dengan masa sakit selama enam bulan serta berdampak pada penderita sendiri, keluarga, dan lingkungan sekitarnya (Susanto dkk, 2006). Peranan keluarga terhadap kekambuhan

pada pasien skizofrenia di kemukakan juga oleh Stuart & Sundeen (1998), salah satu faktor penyebab kekambuhan penderita skizofrenia adalah lingkungan, dan keluarga.

Barrowclough & Tarrier, dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa pasien skizofrenia pasca perawatan yang tinggal bersama keluarga dengan expressed emotion yang tinggi menunjukkan keberfungsian sosial yang rendah. Sebaliknya, pasien skizofrenia pasca perawatan tinggal bersama keluarga dengan expressed emotion yang rendah menunjukkan keberfungsian sosial yang tinggi (Ambari, 2010).

Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh tokoh diatas menunjukkan bahwa untuk meningkatkan dan mengembalikan keberfungsian sosial pasien skizofrenia pasca perawatan diperlukan sikap keluarga yang turut terlibat langsung dalam penangan, menjauhi tindakan bermusuhan, expressed emotion (EE) yang rendah, kehangatan dan sedikit memberikan kritik. Penelitian-penelitian tersebut menggambarkan bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan keberfungsian sosial pasien skizofrenia pasca perawatan di rumah sakit adalah dengan dukungan keluarga (Ambari, 2010).

Butzlaff & Hooley cit Davison dkk (2006), mengatakan bahwa faktor lain penyebab kekambuhan pasien adalah expressed emotion (EE) yang tinggi, dari hasil penelitian yang dilakukannya 58 % dari pasien yang kembali ke keluarga dengan expressed emotion (EE) yang tinggi kembali

dirawat di rumah sakit/kambuh. Pendapat tersebut diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Marchira dkk (2008), bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara ekspresi emosi keluarga pasien dan tingkat kekambuhan skizofrenia, dengan koefisien korelasi 0.492; p=0.002, sedangkan nilai koefisien determinasi sebesar 0,242 atau 24,2 %, artinya besarnya pengarh veriabel ekspresi emosi keluarga terhadap tingkat kekambuhan pasien adalah 24.2 %.

Menurut Ventura dkk, dalam penelitiannya menemukan bahwa 50 % dari orang yang mengalami kekambuhan adalah mereka yang mengalami beberapa kejadian-kejadian buruk yang penuh stres dalam kehidupan sebelum mereka kambuh. Ventura dkk, juga menemukan bahwa orang-orang yang mengalami kekambuhan psikosis lebih besar kemungkinannya dari pada orang-orang yang tidak mengalami kejadian-kejadian buruk dala kehidupan mereka (negative live event) dalam bulan-bulan sebelum mereka (Wiramihardja, 2005).

Pendapat diatas tersebut diperkuat oleh Brown dkk, bahwa kekambuhan terjadi bila kejadian hidup yang *stressful* meningkat selama bulan sebelumnya (Durand & Barlow, 2007). Pendapat tersebut dipertegas lagi oleh Myin dkk, bahwa stres juga memicu peningkatan yang lebih besar dalam *mood* negatif (Davison dkk, 2006).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Bebbington dkk, menunjukkan bahwa kejadian hidup yang menimbulkan stres dapat meningkatkan depresi di kalangan penderita skizofrenia, yang pada gilirannya mungkin memberikan kontribusi terhadap terjadinya kekambuhan. Jadi mestinya ada factor - faktor lain yang menjadi penyebab timbul kembalinya gejala skizofrenia (Durand & Barlow, 2007).

Setyodarmoko dalam penelitiannya menemukan, bahwa stigma sosial dan sosial ekonomi memegang peranan yang menonjol dalam hubungan dengan frekuensi kambuh dari penderita skizofrenia (Pramesti dkk, 1990). Firdaus dkk (2005) mengatakan bahwa, stigma tentang skizofrenia adalah merupakan sebuah halangan bagi mereka yang berusaha menyembuhkan diri mereka, dan merupakan penyakit yang tidak mudah untuk dipahami dan sangat menakutkan.

Puspitasari (2009) mengatakan, bahwa penderita gangguan jiwa sering mendapatkan stigma, dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat disekitarnya dibandingkan individu yang menderita penyakit medis lainnya. Mohamad (2011), mengatakan stigmatisasi juga terjadi dalam keluarga si sakit itu sendiri yang mengakibatkan mereka malu untuk mengakui kalau ada anggota keluarganya dinyatakan menderita gangguan kesehatan jiwa. Atau malu untuk berkonsultasi dengan psikolog atau psikiater ketika mengalami gangguan kesehatan jiwa.

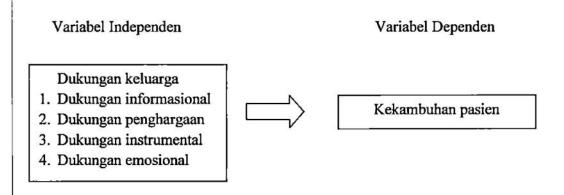
Hal ini tampak lebih jelas dialami oleh penderita skizofrenia, mereka sering mendapatkan perlakuan yang tidak manusiawi, misalnya perlakuan kekerasan, diasingkan, diisolasi atau dipasung. Mereka sering sekali disebut sebagai orang gila (insanity atau madness). Perlakuan ini disebabkan karena ketidaktahuan atau pengertian yang salah dari keluarga atau anggota masyarakat mengenai skizofrenia (Puspitasari, 2009), dan masyarakat juga belum bersedia menerima kembali seorang penderita gangguan kesehatan jiwa yang sudah dapat dipulangkan (Mohamad, 2011).

Hal itu menyebabkan penderita skizofrenia yang sudah sehat memiliki kecenderungan untuk mengalami kekambuhan lagi sehingga membutuhkan penanganan medis dan perlu perawatan di Rumah Sakit Jiwa lagi. Oleh karena itu, mereka yang menderita skizofrenia menaruh perhatian yang besar terhadap banyak pemahaman yang salah tentang penyakit ini (Firdaus dkk, 2005).

Menurut Ashwin, faktor lain yang bisa memicu kekambuhan adalah pasien yang tidak patuh dalam pengobatan dalam pengobatan akan memiliki resiko kekambuhan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang patuh pada pengobatan. Ketidakpatuhan berobat ini yang merupakan alasan pasien kembali dirawat di rumah sakit (Bekti, 2009).

Dhamayanti dkk (2005), keikutsertaan keluarga dalam membantu penderita skizofrenia agar mampu bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya untuk mencegah kekambuhan sangat diperlukan. Clark cit Dhamayanti dkk (2005) juga mengemukakan, bahwa dukungan langsung dari keluarga sangat membantu penderita untuk mengatasi kekambuhan pada penderita skizofrenia sehingga dapat menekan biaya yang dikeluarkan untuk perawatan.

B. KERANGKA KONSEP



Gambar I : Kerangka Konsep Penelitian

Variabel yang diteliti : _____

C. HIPOTESIS

Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia di Puskesmas Kasihan 1 Kabupaten Bantul DIY.