

SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN DUKUNGAN KELUARGA
PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK JIWA RSUD SINJAI
KABUPATEN SINJAI**

*Skripsi Ini Dibuat dan Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Untuk
Mendapatkan Gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)*



OLEH :

IFNAOKTAMILIA

R011191085

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN DUKUNGAN KELUARGA
PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK JIWA RSUD SINJAI
KABUPATEN SINJAI**

Oleh :

IFNAOKTAMILIA

R011191085

Disetujui Untuk di Seminarkan Oleh:

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



(Hapsah, S. Kp., M. Kep)
NIP. 19830507 2010012 2 002

(Framitha Rahman, S.Kep., Ns., M. Sc)
NIP. 19900721 201903 2 022

HALAMAN PENGESAHAN

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN DUKUNGAN
KELUARGA PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK JIWA
RSUD SINJAI KABUPATEN SINJAI**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

Hari : Jumat, 9 Juli 2021

Pukul : 13.00-15.00 Wita

Tempat : *Via Online*

Disusun Oleh :

IFNAOKTAMILIA

R011191085

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

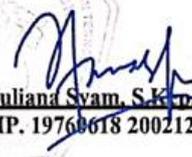
Pembimbing II


Hapsah, S. Kep. Ns. M. Kep
NIP. 19830507 201012 2 002


Framitha Rahman, S.Kep., Ns., M. Sc
NIP. 19900721 201903 2 022

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin


Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., Msi
NIP. 19760618 200212 2-002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Ifnaoktamilia

Nim : R011191085

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali

Makassar, 02 Juli 2021

Yang membuat pernyataan,

A 10000 Indonesian postage stamp with a signature over it. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text '10000', 'METERAL TEMPEL', and '9811AJX28098037'.

Ifnaoktamilia

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “ Gambaran Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Dukungan Keluarga pada Pasien Skizofrenia di Poliklinik Jiwa RSUD Sinjai Kabupaten Sinjai”.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak yang telah memberi arahan dan masukan yang membangun, demi terselesaikannya penulisan skripsi ini. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada :

1. **Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes**, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar Sulawesi Selatan.
2. **Ibu Dr. Yuliana Syam, S. Kep., Ns., M. Kes**, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar Sulawesi Selatan.
3. **Ibu Hapsah, S. Kep., Ns., M. Kep**, selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.
4. **Ibu Framitha Rahman, S. Kep., Ns., M. Sc**, selaku Pembimbing II dan Pembimbing Akademik, yang juga telah meluangkan waktu dan pikiran dalam memberikan bimbingan dan saran kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

5. Bapak dan Ibu staf pengajar Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar Sulawesi Selatan.
6. Pihak RSUD Sinjai Kabupaten Sinjai, atas bantuan dan kerjasamanya dalam penelitian ini.
7. Kepada keluarga tercinta, **Alm. Ayah Zainal Abidin dan Alm. Ibu Nisba, suami Irfan, anak-anakku Alfiyah Maliihah Irfan, Alyanizza Dhafitha Irfan, kedua kakakku Subhan Zainal, Sri Hadriana**. Terima kasih atas segala doa, dukungan, kepedulian dan perhatian sehingga saya mampu menyelesaikan skripsi ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa Kelas Kerjasama Angkatan 2019 yang telah banyak memberi masukan dan semangat dalam menyelesaikan penulisan skripsi ini.
9. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis ucapkan satu persatu.

Semoga segala bantuan, bimbingan dan pengajaran yang telah diberikan kepada saya mendapatkan imbalan dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya, sehingga penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, April 2021

Penulis

Ifnaoktamilia

ABSTRAK

Ifnaoktamilia. R011191085. **GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN DUKUNGAN KELUARGA PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK JIWA RSUD SINJAI KABUPATEN SINJAI**, dibimbing oleh Hapsah, Framitha Rahman.

Latar Belakang : Gangguan jiwa merupakan psikologi, pola perilaku yang ditunjukkan oleh individu yang menyebabkan distress. Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah penginderaan terhadap suatu objek. Sikap ialah respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Dukungan keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien dengan skizofrenia. Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia dipoliklinik jiwa RSUD Sinjai Kabupaten Sinjai.

Metode : Desain penelitian survey deskriptif kuantitatif dengan tehnik *nonprobability: purposive sampling*, sampel penelitian berjumlah 115 responden yang memiliki keluarga dengan skizofrenia.

Hasil : Pada penelitian ini didapatkan sebagian besar keluarga memiliki pengetahuan yang baik, sebagian besar memiliki sikap negatif, dan sebagian dukungan keluarga dalam kategori baik.

Kesimpulan dan saran : Dapat disimpulkan bahwa pengetahuan keluarga baik, sikap keluarga negatif dan dukungan keluarga baik. Berdasarkan hasil tersebut diharapkan keluarga dan masyarakat dapat berperan serta dalam membangun dukungan lingkungan yang baik dalam proses pengobatan pasien. Diharapkan tenaga kesehatan secara berkelanjutan memberikan pendidikan kesehatan serta pengetahuan dan informasi tentang skizofrenia pada keluarga dan masyarakat agar pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga lebih baik lagi.

Keywords : skizofrenia, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga

Sumber Literature : kepustakaan (2007-2020)

Abstract

Ifnaoktamilia. R011191085. **DESCRIPTION OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND FAMILY SUPPORT OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN THE PHYSICAL POLYCLINIC OF SINJAI Hospital, SINJAI REGENCY**, supervised by Hapsah, Framitha Rahman.

Background : Mental disorders are psychology, behavioral patterns shown by individuals that cause distress. Knowledge is the result of knowing and occurs after sensing an object. Attitude is a response that is still closed from a person to a stimulus or object. Family support is the main support system that provides direct care for every condition (healthy-ill) of clients with schizophrenia. Objective: This study aims to describe the level of knowledge, attitudes and family support in schizophrenia patients at the mental clinic of the Sinjai Hospital, Sinjai Regency.

Methods: The research design is a quantitative descriptive survey with a non-probability technique: purposive sampling, the research sample is 115 respondents who have families with schizophrenia.

Results: In this study, it was found that most families have good knowledge, most have negative attitudes, and some family support is in good category.

Conclusions and suggestions: It can be concluded that family knowledge is good, family attitudes are negative and family support is good. Based on these results, it is expected that families and communities can participate in building good environmental support in the patient's treatment process. It is hoped that health workers will continuously provide health education as well as knowledge and information about schizophrenia to families and communities so that knowledge, attitudes and family support are even better.

Keywords: schizophrenia, knowledge, attitude, family support

Literature Source: literature (2007-2020)

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	iii
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR BAGAN	1
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang masalah	1
B. Rumusan masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
1. Tujuan umum	6
2. Tujuan Khusus	7
D. Manfaat Penelitian	7
1. Bagi responden	7
2. Bagi institusi	7
3. Bagi Peneliti	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Skizofrenia	8
1. Definisi Skizofrenia	8
2. Penyebab Skizofrenia	8
3. Tanda dan Gejala Skizofrenia	11
4. Tipe Skizofrenia	12
5. Riwayat Klinis Skizofrenia	14
6. Pengobatan Skizofrenia	15

7. Dampak Penderita Skizofrenia bagi Keluarga	18
B. Konsep Pengetahuan	20
1. Definisi Pengetahuan	20
2. Tingkat Pengetahuan	21
3. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	22
4. Pengukuran Pengetahuan	24
5. Pengetahuan Keluarga pada Pasien Skizofrenia	25
C. Konsep Sikap	26
1. Definisi Sikap	26
2. Ciri-Ciri Sikap	27
3. Komponen Sikap	27
4. Tingkatan Sikap	28
5. Sikap Keluarga pada Pasien Skizofrenia	29
D. Konsep Dukungan Keluarga	30
1. Definisi Dukungan dan Keluarga	30
2. Fungsi Keluarga	31
3. Tugas Keluarga diBidang Kesehatan	34
4. Sumber-Sumber Dukungan Keluarga	35
5. Bentuk Dukungan Keluarga	36
6. Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga	38
7. Dukungan Keluarga bagi Pasien Skizofrenia	41
BAB III KERANGKA KONSEP	42
A. Kerangka konsep	42
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	43
A. Rancangan Penelitian	43

B. Tempat dan Waktu Penelitian	43
C. Populasi dan Sampel	43
1. Populasi	43
2. Sampel	44
D. Alur penelitian	46
E. Variabel penelitian	47
1. Identifikasi variable	47
2. Definisi operasional dan Kriteria Error! Bookmark not defined.	
F. Instrumen penelitian	49
G. Pengolahan dan analisa data	51
1. Pengolahan data	51
2. Analisa data	52
H. Prinsip etik penelitian	52
1. 51	
2. 52	
3. Kerahasiaan	53
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	54
A. Hasil Penelitian	54
B. Pembahasan	57
C. Keterbatasan Penilaian	64
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	66
A. Kesimpulan	66
B. Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	68
Lampiran	74

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional	47
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden	56
Tabel 5.2 Kategori Pengetahuan Keluarga	56
Tabel 5.3 Kategori Sikap Keluarga	56
Tabel 5.4 Kategori Dukungan Keluarga	57

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konsep	43
Bagan 4.1 Alur Penelitian	46

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan jiwa adalah kondisi sehat emosional psikologis, konsep diri yang positif, kestabilan emosional, sosial yang terlihat dari hubungan perilaku yang afektif dan hubungan interpersonal yang memuaskan (Videbeck, 2008). Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan secara global, termasuk di Indonesia (Kemenkes, 2016). Salah satunya adalah gangguan jiwa yang merupakan keadaan-keadaan yang abnormal baik berhubungan dengan fisik atau mental. Keabnormalan tersebut terbagi dalam dua golongan yaitu gangguan jiwa (neurisa) dan sakit jiwa (psikosa) (Yosep, 2019).

Gangguan jiwa skizofrenia adalah suatu jenis gangguan jiwa yang ditandai dengan perpecahan yang terjadi dalam pikiran, perilaku dan perasaan (Pravitasari. & Sari, 2015). Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III mengklasifikasikan tipe skizofrenia menjadi 7 tipe. Gejala skizofrenia terbagi atas 2 kategori yaitu, kategori gejala positif atau gejala nyata yang terdiri atas waham, halusinasi, dan disorganisasi pikiran, bicara, dan perilaku yang tidak teratur, sedangkan kategori gejala negatif atau gejala samar terdiri atas afek datar, tidak memiliki kemauan dan menarik diri dari masyarakat atau memiliki rasa tidak nyaman (Yosep & Sutini, 2014).

Data statistik yang disebutkan oleh World Health Organization (WHO) tahun 2020 secara global diperkirakan 379 juta orang terkena gangguan jiwa, 20 juta diantaranya menderita skizofrenia. WHO juga menyebutkan bahwa

skizofrenia menempati urutan ketujuh penyebab YLD (*Years Lived With Disability*) atau 2,8% dari total YLD. Selain itu menurut WHO, penderita skizofrenia lebih rentan 2-3 kali lipat meninggal lebih dini dibandingkan dengan populasi penderita penyakit kardiovaskuler, penyakit metabolik dan infeksi karena adanya pencegahan dini pada penyakit fisik tersebut (WHO, 2020).

Data hasil Riset Kesehatan Dasar (2018) prevalensi gangguan jiwa pada penduduk Indonesia mengalami kenaikan yang signifikan jika dibandingkan pasien gangguan jiwa pada tahun 2013 yang naik dari 1,75% menjadi 7% dari jumlah penduduk pada tahun 2018. Berdasarkan data prevalensi skizofrenia tertinggi di Bali mencapai 11% permil dan terendah di Maluku yaitu 3% permil (Kemenkes, 2018). Provinsi Sulawesi Selatan masuk dalam 5 besar penderita skizofrenia yaitu sekitar 8,8% permil (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019). Data jumlah kunjungan Poli Jiwa RSUD Sinjai pada tahun 2020 yaitu sebanyak 2.256 kunjungan meningkat signifikan dari tahun 2019 yaitu 1.562 kunjungan. Jumlah Orang Dengan Gangguan Jiwa sebanyak 473 pada tahun 2019 dan meningkat menjadi 627 pada tahun 2020. Diantaranya adalah kasus skizofrenia pada tahun 2020 mencapai 253 orang, meningkat dari tahun 2019 yaitu 200 orang.

Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan, yang merupakan pusat pelayanan kesehatan rujukan jiwa di Provinsi Sulawesi Selatan mencatat bahwa jumlah penderita gangguan jiwa yang dirawat inap dalam lima (5) tahun terakhir cenderung meningkat dari 92,56% pada tahun 2010 menjadi 96,93% pada tahun 2014. Meningkatnya jumlah pasien yang dirawat inap

di RSKD Dadi berdasarkan data tersebut antara lain karena tingginya klien (pasien) kambuh. Rata-rata jumlah klien yang kambuh tercatat pada RSKD Dadi, meningkat mulai 34,64% tahun 2010 menjadi 68,39% tahun 2014 (RSKD Dadi Makassar, 2015)

Hampir 80% pasien gangguan jiwa mengalami relaps berulang kali (Amelia & Anwar, 2013). Pada gangguan jiwa yang kronis diperkirakan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama dan 70% pada tahun kedua (Yosep, 2019). Kekambuhan pada pasien skizofrenia merugikan dan membahayakan pasien, keluarga dan masyarakat. Ketika tanda-tanda kekambuhan muncul, bisa saja pasien berperilaku menyimpang seperti mengamuk, bertindak kekerasan dengan menghancurkan barang-barang atau melukai bahkan membunuh orang lain atau dirinya sendiri (Aini, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh (Rasmun et al., 2013) bahwa penyebab utama kekambuhan pada pasien skizofrenia adalah regimen terapeutik tidak efektif (62,7%), sikap keluarga kurang baik terhadap pasien skizofrenia (54,9%) dan perilaku keluarga kurang baik terhadap pasien skizofrenia (60.8%). Penelitian lain yang dilakukan (Aini, 2015) menyebutkan bahwa kekambuhan pasien skizofrenia disebabkan oleh (1) tekanan hidup penderita, (2) kurangnya peran keluarga karena kurangnya pengetahuan, (3) ketidakpatuhan dan ketidakteraturan minum obat dan (4) keterbatasan obat dan pendampingan tenaga kesehatan. Hal tersebut juga sejalan dengan penelitian (Kurnia et al., 2017) yang mengungkapkan bahwa kekambuhan pasien skizofrenia dipengaruhi oleh faktor utama yaitu kepatuhan minum obat. Sehingga dapat disimpulkan beberapa faktor penyebab

kekambuhan juga dipengaruhi oleh faktor keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian (Amelia & Anwar, 2013), bahwa selain faktor usia, jenis kelamin, dan pekerjaan, penyebab subyek mengalami kekambuhan disebabkan oleh faktor keluarga, faktor tersebut paling dominan sehingga subyek mengalami kekambuhan setelah dirawat di rumah sakit.

Keluarga merupakan unit paling dekat dengan penderita, dan merupakan perawat utama bagi penderita. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau perawatan yang diperlukan penderita di rumah. Keberhasilan perawatan di rumah sakit akan sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian mengakibatkan penderita harus di rawat kembali (kambuh). Peran serta keluarga sejak awal perawatan di rumah sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat penderita sehingga kemungkinan kambuh dapat dicegah (Hayati et al., 2012)

Keluarga dapat bersikap positif dan mendukung penderita berdasarkan pengetahuan yang dimiliki, kepercayaan yang dianut, sikap, panutan, sumber daya dan budaya. Dengan demikian, ada keluarga yang bisa menerima, sehingga menjadikan mantan klien merasa *'welcome'* dan *'at home'*, tetapi ada juga keluarga yang tidak peduli bahkan menolak, sehingga menjadikan mantan klien sebagai orang asing (*a stranger*) yang akibatnya menimbulkan perasaan terisolasi (*an isolated person*). Perasaan terisolasi inilah yang menjadikan mantan klien ini gelisah bahkan mengamuk sehingga dibawa kembali ke rumah sakit (kambuh) (Oruh & Agustang, 2019).

Salah satu penyebab dalam keluarga karena rendahnya pendidikan serta pengetahuan masyarakat dan keluarga tentang kesehatan jiwa. Masyarakat perlu memiliki pengetahuan, sikap dan dukungan dalam meningkatkan kepedulian serta respon yang baik pada pasien skizofrenia sehingga diharapkan mengurangi tingginya angka kekambuhan pasien (N. D. P. Sari, 2018).

Untuk mengurangi keadaan tersebut, sangat dibutuhkan psikoedukasi untuk keluarga. Psikoedukasi dapat meningkatkan pengetahuan dan dukungan keluarga, serta sikap yang positif yang digunakan dalam menghadapi masalah dan mengurangi beban dan stress yang disebabkan oleh pasien skizofrenia. Dengan demikian, pemulihan tidak hanya berfokus pada pasien, tetapi juga pada keluarga dengan cara meningkatkan pengetahuan dan mengembangkan kemampuan keluarga sehingga skizofrenia yang dialami oleh salah satu anggota keluarga dapat teratasi (Christy & Westa, 2019).

Dari uraian tersebut, peneliti sangat tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui “ Gambaran Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Dukungan Keluarga pada pasien Skizofrenia di Poliklinik Jiwa RSUD Sinjai Kabupaten Sinjai”.

B. Rumusan Masalah

Prevalensi peningkatan kasus skizofrenia terus meningkat. Beberapa data mengungkapkan bahwa tingginya angka skizofrenia karena semakin meningkatnya kekambuhan pasien setelah dirawat dirumah sakit. Berbagai penelitian menyebutkan bahwa faktor keluarga juga menjadi salah satu faktor yang menyebabkan angka kekambuhan pasien. Pengetahuan, sikap dan dukungan

keluarga yang masih rendah disebabkan oleh minimnya edukasi kepada masyarakat tentang kesehatan jiwa juga menjadi faktor yang menyebabkan kekambuhan pasien skizofrenia. Dengan demikian masalah penelitian ini adalah gambaran tingkat pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia di poliklinik jiwa RSUD Sinjai Kabupaten Sinjai.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diperolehnya informasi mengenai gambaran tingkat pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia di Poliklinik Jiwa RSUD Sinjai Kabupaten Sinjai

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya tingkat pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di poliklinik Jiwa RSUD Sinjai Kabupaten Sinjai.
- b. Diketuainya sikap keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di poliklinik Jiwa RSUD Sinjai Kabupaten Sinjai.
- c. Diketuainya dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Poliklinik Jiwa RSUD Sinjai Kabupaten Sinjai.
- d. Diketuainya hubungan karakteristik responden terhadap pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia di poliklinik Jiwa RSUD Sinjai Kabupaten Sinjai.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Responden

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan terutama bagi keluarga yang merawat anggota keluarga dengan skizofrenia.

2. Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan terutama ilmu Keperawatan Jiwa.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai sumber referensi bagi peneliti selanjutnya sekaligus sebagai pengembangan ilmu pengetahuan bagi pembaca dan masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan jiwa/gangguan otak kronis yang mempengaruhi individu sepanjang kehidupannya yang ditandai dengan penurunan kemampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak dan mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas sehari-hari (Keliat, 2014).

2. Penyebab Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu sindrom dengan banyak variasi dan banyak penyebab. Luana (2007) dikutip dari (Prabowo, 2014) menjelaskan penyebab skizofrenia dalam model diatesis-stress, bahwa skizofrenia timbul akibat faktor psikososial dan lingkungan.

a) Faktor Biologis

1. Komplikasi kelahiran

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

2. Infeksi

Perubahan anatomi pada susunan saraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia. Penelitian mengatakan bahwa terpapar infeksi virus pada trimester kedua kehamilan akan meningkatkan risiko seseorang menderita skizofrenia.

3. Hipotesis Dopamin

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

4. Hipotesis Serotonin

Serotonin berperan pada skizofrenia karena obat antipsikotik atipika clozapine yang mempunyai afinitas terhadap reseptor serotonin yang lebih tinggi daripada reseptor dopamin.

5. Struktur Otak

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah system limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat

melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan atau penurunan aktifitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditentukannya sel gila, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

b) Faktor genetika

Fakta bahwa skizofrenia diturunkan secara genetic yaitu 1% dari populasi umum, tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki ataupun perempuan dengan skizofrenia. Masyarakat yang mempunyai hubungan derajat kedua seperti paman, bibi, kakek/nenek dan sepupu dikatakan lebih sering dibandingkan populasi umum. Kembar identic 40%-60% berpeluang menderita skizofrenia sedangkan kembar dizigotik 12%. Dapat disimpulkan bahwa factor keturunan mempunyai pengaruh yang mempercepat menjadikan manifestasi/ factor pencetus seperti penyakit badaniah/stress psikologis.

c) Faktor Psikologi

Faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan pikiran, keyakinan, opini yang salah, ketidakmampuan membina, mempertahankan hubungan social, adanya delusi dan halusinasi yang abnormal dan gangguan afektif.

d) Faktor lingkungan

Seseorang yang diasuh dengan keluarga yang menderita skizofrenia, adopsi keluarga skizofrenia, tuntutan hidup yang tinggi akan meningkatkan kerentanan penyakit skizofrenia.

3. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Secara umum menurut (Yosep & Sutini, 2014) gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Gejala Positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespon pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada suara-suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasa menyejukkan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya, pada penderita skizofrenia, lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah

menjadi seorang paranoid. Mereka selalu merasa diamati, diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah pada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu mengatur dan memproses pikirannya. Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan anatar kenyataan dan logika. Karena klien tidak mampu mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa diterima oleh logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan kegagalan dalam mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memperdulikan sekelilingnya.

b. Gejala Negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizofrenia menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seolah-olah dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa klien skizofrenia tidak bisa merasakan perasaan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

4. Tipe dan Klasifikasi Skizofrenia

Pembagian tipe atau klasifikasi skizofrenia menurut (Maramis & Maramis, 2009) antara lain:

a. Skizofrenia simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas, gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses piker, waham dan halusinasi jarang ditemukan.

b. Skizofrenia hebfrenik

Gejala awal sub akut dan sering timbul pada masa remaja antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi/*double personality*. Gangguan psikomotor seperti mannerism/perilaku kekanak-kanakan, waham dan halusinasi banyak ditemmukan.

c. Skizofrenia katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut. Sering didahului oleh stress emosional, mungkin terjadi gaduh gelisah/stupor katatonik.

d. Stupor katatonik

Pada stupor katatonik, penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya, emosi sangat dangkal dan banyak disertai gejala psikomotor.

e. Gaduh gelisah katatonik

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

f. Jenis paranoid

Jenis paranoid ini agak berbeda dengan jenis-jenis skizofrenia lain, hebefrenik dan katatonik dan lama kelamaan menunjukkan gejala skizofrenia simplex atau gejala hebefreniik dan katatonik campuran. Tidak demikian dengan jenis paranoid yang agak lambat. Gejala paling menyolok ialah waham, halusinasi dan skizofrenia residual.

g. Jenis skizo aktif

Disamping gejala-gejala skizofrenia yang muncul secara bersamaan juga gejala depresi. Jenis ini cenderung menjadi sembuh tanpa efek, tapi kemungkinan timbulnya serangan juga dapat terjadi.

5. Riwayat Klinis Skizofrenia

Linda Carman (2007) dalam (Prabowo, 2014) menyebutkan bahwa riwayat klinis skizofrenia sering kali rumit dan cenderung terjadi dalam tiga fase, yaitu :

a. Fase prodomal

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

b. Fase aktif

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

c. Fase residual

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

6. Pengobatan Skizofrenia

Menurut Luana (2007) dalam (Prabowo, 2014) pengobatan skizofrenia terdiri dari dua macam, yaitu ;

a. Psikofarmaka

Obat antipsikotik yang beredar dipasaran dikelompokkan menjadi 2 bagian yaitu:

1) Antipsikotik Generasi Pertama (APG I)

APG I bekerja dengan memblok reseptor D2 dimesolimbik, mesokortikal, nigrostriatal dan tuberoinfundibular sehingga cepat menurunkan gejala positif tetapi pemakaian jangka Panjang pada APG I ini juga dapat memberikan efek samping : gangguan ekstrapiramidal, peningkatan kadar prolactin yang akan menyebabkan disfungsi seksual atau peningkatan berat badan dan mempercepat gejala negative maupun kognitif. Selain itu APG I menimbulkan efek samping antikolinergik seperti mulut kering, pandangan kabur, gangguan miksi, gangguan defekasi dan hipotensi. Obat-obatan APG I dibagi menjadi 2 yaitu :

- a) Potensi tinggi dan dosis yang digunakan kurang atau sama dengan 10 mg seperti : *Trifluoperazine*, *Fluphenazine*, *Haloperidol* dan *Pimozide*. Obat-obatan ini digunakan untuk mengatasi sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, menarik diri, hipoaktif, waham dan halusinasi.
- b) Potensi rendah dan dosis yang digunakan atau sama dengan 50 mg seperti : *Chlorpromazine* dan *Thiondanize* digunakan pada penderita dengan gejala dominan gaduh gelisah, hiperkatif dan sulit tidur.

2) Antipsikotik Generasi Kedua (APG II)

APG II sering disebut dengan Seotonin Dopamin Antagonis (SDA) atau antipsikotik atipikal. Bekerja melalui interaksi

serotonin dan dopamine pada ke empat jalur dopamine di otak yang menyebabkan rendahnya efek samping extrapyramidal dan sangat efektif mengatasi gejala negative. Obat yang tersedia untuk golongan ini adalah *Clozapine*, *Olanzapine*, *Quetiapine* dan *Risperidon*. Pengaturan dosis, dalam pengaturan dosis perlu mempertimbangkan :

- a) Onset efek primer (efek klinis) : 2-4 minggu
- b) Onset efek sekunder (efek samping) : 2-6 minggu
- c) Waktu parah : 12-24 jam (pemberian 1-2x/hari). Dosis pagi dan malam dapat berbeda (pagi kecil, malam besar) sehingga tidak mengganggu kualitas hidup penderita.
- d) Obat antipsikosis long acting : Fluphenazine deconate 25mg/cc atau haloperidol deconous 50mg/cc, IM untuk 2-4 minggu. Berguna untuk pasien yang tidak atau sulit minum obat untuk terapi pemeliharaan.

b. Terapi psikososial

Ada beberapa metode yang dapat dilakukan antara lain :

- 1) Psikoterapi individual
 - a) Terapi suportif
 - b) Sosial skill training
 - c) Terapi okupasi
 - d) Terapi kognitif dan perilaku (CBT)

2) Psikoterapi kelompok

3) Psikoterapi keluarga

7. Dampak Penderita Skizofrenia bagi Keluarga

Menurut Wahyu (2012) dampak bagi keluarga dengan anggota keluarga yang menderita skizofrenia yaitu:

a. Penolakan

Sering terjadi dan timbul ketika ada keluarga yang menderita skizofrenia, pihak keluarga lain menolak penderita tersebut dan meyakini penyakit berkelanjutan. Selama episode akut anggota keluarga akan khawatir dengan apa yang terjadi pada mereka. Pada proses awal, keluarga akan melindungi orang yang sakit dari orang lain dan menyalahkan dan merendahkan orang yang sakit untuk perilaku yang tidak dapat diterima dan kurangnya prestasi. Sikap ini mengarah pada ketegangan dalam keluarga dan isolasi serta kehilangan hubungan yang bermakna dengan keluarga yang tidak mendukung orang yang sakit. Tanpa informasi yang membantu keluarga belajar untuk mengatasi penyakit mental, keluarga dapat menjadi sangat pesimis tentang masa depan. Sangat penting keluarga dapat menemukan sumber informasi yang membantu mereka untuk memahami bagaimana penyakit itu mempengaruhi orang tersebut. Mereka perlu tahu tentang pengobatan, psikoterapi atau kombinasi keduanya.

b. Stigma

Tidak semua anggota keluarga dapat memahami informasi dan pengetahuan tentang skizofrenia. Keluarga menganggap pasien skizofrenia tidak dapat berkomunikasi layaknya orang normal lainnya dan menyebabkan beberapa keluarga merasa tidak nyaman untuk membawa pasien skizofrenia dalam kegiatan-kegiatan tertentu.

c. Frustrasi, tidak berdaya dan kecemasan

Sulit bagi siapa saja untuk menangani pemikiran aneh, tingkah laku yang aneh dan tidak terduga. Hal ini membingungkan, menakutkan dan melelahkan. Keluarga dapat menjadi marah, cemas dan frustrasi karena berjuang untuk memulihkan pasien ke kondisi sebelum sakit.

d. Kelelahan dan Burn out

Seringkali keluarga menjadi putus asa berhadapan dengan anggota keluarga yang memiliki penyakit mental. Mereka akan mulai merasa tidak mampu mengatasi hidup dengan orang yang harus terus menerus dirawat. Seringkali mereka akan merasa terjebak dan lelah oleh tekanan dari perjuangan sehari-hari dalam merawat pasien. Hal ini terjadi karena pasien skizofrenia terkadang tidak memiliki batas yang dapat ditetapkan pada tingkah lakunya. Keluarga dalam hal ini perlu diingatkan kembali bahwa dalam merawat pasien tidak boleh merasa letih, karena dukungan keluarga tidak boleh berhenti untuk kesembuhan pasien.

e. Duka

Penyakit skizofrenia ini mengganggu kemampuan seseorang untuk berfungsi dan berpartisipasi dalam kegiatan normal sehari-hari, dan penurunan kemampuan terjadi secara terus menerus. Keluarga berduka ketika orang dicintai sulit untuk disembuhkan dan melihat melihat potensi pasien yang semakin berkurang.

f. Kebutuhan pribadi

Keluarga harus diingatkan untuk tetap menjaga diri secara fisik, mental dan spiritual untuk tetap mendukung pasien.

B. Konsep Pengetahuan

1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah pemahaman teoritis dan praktis (*know-how*) yang dimiliki oleh manusia. Pengetahuan yang dimiliki seseorang sangat penting bagi intelegensia orang tersebut. Pengetahuan dapat disimpan dalam buku, teknologi, praktik, dan tradisi. pengetahuan yang disimpan tersebut dapat mengalami transformasi jika digunakan sebagaimana mestinya. Pengetahuan berperan penting terhadap kehidupan dan perkembangan individu, masyarakat, atau organisasi (Basuki et al., 2017)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra pengelihatn, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba dengan sendiri. Sebagian besar pengetahuan

manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007).

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut Efendi & Makhfudli (2009), pengetahuan tercakup dalam enam tingkatan yaitu sebagai berikut:

a. Tahu (*Know*)

Tahu adalah proses meningkatkan kembali (*recall*) akan suatu materi yang telah di pelajari. Tahu merupakan pengetahuan yang tingkatannya paling rendah dan alat ukur yang di pakai yaitu kata kerja seperti menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan secara tepat dan benar tentang suatu objek yang telah di ketahui dan dapat menginterpretasikan materi dengan menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang telah di pelajari.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada situasi atau suatu kondisi yang nyata.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi di dalam satu struktur

organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lainnya yang dapat di nilai dan di ukur dengan penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (*syntesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah suatu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek yang didasari pada suatu kriteria yang telah di tentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

3. Faktor-Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Astuti (2013), adapun beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

1. Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola fikir seseorang, semakin bertambahnya usia maka semakin berkembang pula daya tangkap dan pola fikir seseorang. Setelah melewati usia madya (40-60 tahun), daya tangkap dan pola fikir seseorang akan menurun.

2. Pendidikan

Tingkat pendidikan dapat menentukan tingkat kemampuan seseorang dalam memahami dan menyerap pengetahuan yang telah di peroleh. Umumnya, pendidikan mempengaruhi suatu proses pembelajaran, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik tingkat pengetahuannya.

3. Informasi

Jika seseorang memiliki tingkat pendidikan yang rendah, namun mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain, maka hal tersebut dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

4. Sosial budaya dan ekonomi

Tradisi atau kebiasaan yang sering dilakukan oleh masyarakat dapat meningkatkan pengetahuannya selain itu, status ekonomi juga dapat mempengaruhi pengetahuan dengan tersediannya suatu fasilitas yang di butuhkan oleh seseorang.

5. Lingkungan

Lingkungan sangat berpengaruh dalam proses penyerapan pengetahuan yang berada dalam suatu lingkungan. Hal ini terjadi karena adanya interaksi yang akan di respon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

4. Pengukuran pengetahuan

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

a. Pertanyaan Subjektif

Penggunaan pertanyaan subjektif dengan jenis pernyataan esay digunakan dengan penilaian yang melibatkan faktor subjektif dari penilai, sehingga hasil nilai akan berbeda dari setiap penilai dari waktu ke waktu.

b. Pertanyaan objektif

Jenis pertanyaan objektif seperti pilihan ganda (*multiple choice*), betul salah dan pertanyaan menjodohkan dapat di nilai secara pas oleh penilai.

Menurut Arikunto (2010), pengukuran tingkat pengetahuan dapat dikategorikan menjadi 3 yaitu sebagai berikut:

- 1) Pengetahuan baik bila responden dapat menjawab 76-100% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
- 2) Pengetahuan cukup bila responden dapat menjawab 56-75% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
- 3) Pengetahuan kurang bila responden dapat menjawab <56% dari total

jawaban pertanyaan.

5. Pengetahuan Keluarga Pada Pasien Skizofrenia

Pengetahuan keluarga terhadap gangguan jiwa merupakan faktor yang paling penting untuk menentukan sikap dan tindakan keluarga dalam membantu proses penyembuhannya. Diawali dari pandangan keluarga tentang pengertian, gejala dan tanda-tanda gangguan jiwa yang dialami oleh salah satu anggota keluarga, sehingga akan menentukan tindakan preventif dari keluarga tentang pengambilan keputusan dalam pengobatannya (eva, 2015). Pratiwi (2018) mengemukakan pengetahuan pada keluarga pasien skizofrenia menurut faktor yang mempengaruhi, yaitu:

a. Pendidikan

Penelitian mengenai pengaruh pendidikan terhadap perkembangan kepribadian bahwa pada umumnya pendidikan itu meningkatkan taraf intelegensi keluarga dalam merawat pasien skizofrenia agar pasien mampu kembali ke keluarga dan beradaptasi dengan lingkungannya

b. Persepsi

Persepsi keluarga tentang skizofrenia merupakan salah satu factor yang mempengaruhi kesembuhan pasien skizofrenia. Masih ada keluarga yang menganggap skizofrenia merupakan penyakit yang memalukan dan membawa aib bagi keluarga dan hal ini juga berpengaruh besar pada kesembuhan pasien.

c. Motivasi

Motivasi keluarga dalam mencari informasi tentang skizofrenia mempengaruhi cara keluarga melakukan perawatan pada pasien. Tingginya motivasi keluarga untuk mendapatkan informasi menunjang tingginya pengetahuan dan informasi yang diperoleh keluarga mengenai perawatan pasien skizofrenia.

d. Pengalaman

Kecenderungan perawatan berulang pada pasien skizofrenia merupakan pengalaman keluarga dalam merawat pasien. Pengalaman tersebut merupakan proses pembelajaran kepada keluarga tentang bagaimana cara yang tepat merawat pasien skizofrenia.

C. Konsep Sikap

1. Definisi Sikap

Sikap merupakan keteraturan perasaan, pemikiran dan perilaku seseorang dalam berinteraksi dalam lingkungan social. Para peneliti psikologi social menempatkan sikap sebagai hal yang penting dalam interaksi social, karena sikap dapat mempengaruhi banyak hal tentang perilaku dan sebagai isu sentral dalam mempengaruhi perilaku seseorang (Elisa, 2017)

2. Ciri-ciri Sikap

Menurut Sunaryo (2004) ciri-ciri sikap adalah sebagai berikut:

- a. Sikap tidak dibawa sejak lahir, tetapi dipelajari (*learnability*) dan dibentuk berdasarkan pengalaman dan Latihan sepanjang pengalaman

dan Latihan sepanjang perkembangan individu dalam hubungan dengan objek.

- b. Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat untuk itu sehingga dapat dipelajari.
- c. Sikap tidak berdiri sendiri, selalu berhubungan dengan objek sikap.
- d. Sikap dapat tertuju pada suatu objek ataupun dapat tertuju pada sekumpulan objek/banyak objek.
- e. Sikap mengandung factor perasaan atau motivasi sehingga membedakan dengan pengetahuan.

3. Komponen Sikap

Menurut Azwar (2011), sikap mempunyai 3 komponen pokok yang saling menunjang yaitu sebagai berikut:

a. Komponen kognitif

Merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap. Komponen kognitif berisi kepercayaan stereotipe yang dimiliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan dengan penanganan (opini) terutama dalam menyangkut masalah isu atau yang kontroversial.

b. Komponen afektif

Komponen afektif (emosional) berisi tentang perasaan yang melibatkan emosi, bisa perasaan bahagia, sedih, dan perasaan terkejut. Komponen ini bersifat subyektif terbentuknya komponen emosional ini banyak dipengaruhi oleh persepsi diri.

c. Komponen konatif

Merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai sikap yang dimiliki oleh seseorang. Aspek ini berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak atau beraksi terhadap sesuai dengan cara-cara tertentu.

4. Tingkatan Sikap

Menurut Notoatmodjo (2007), sikap mempunyai tingkatan berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut :

- a. Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan objek.
- b. Menanggapi (*responding*), diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.
- c. Menghargai (*valuing*), diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus.
- d. Bertanggung jawab, merupakan sikap yang paling tinggi tingkatnya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, harus berani mengambil risiko bila ada orang lain mencemooh atau adanya risiko lainnya.

5. Sikap keluarga pada anggota keluarga yang mengalami skizofrenia

Ketika pasien skizofrenia dipandang sebagai suatu beban tersendiri bagi keluarga yang merawat, maka hal itu dapat dibedakan menjadi bersifat obyektif dan subyektif. Dikatakan obyektif, berupa tingkah laku pasien, peran pasien, bantuan untuk memenuhi kebutuhan pasien, masalah

keuangan dan lain-lain. Sedangkan yang bersifat subyektif berupa perasaan pasien karena menjadi beban bagi keluarga. Kategori respon keluarga terhadap anggota keluarga dengan skizofrenia menurut Susana (2007) :

a. Berduka

Berduka adalah respon wajar yang paling umum terjadi sehubungan dengan adanya proses kehilangan seseorang yang awalnya dikenal sebelum sakit, untuk kemudian hilangnya harapan keluarga pada pasien. Berapa dalam dan lama respon berduka yang dialami oleh keluarga seawall mungkin dapat diidentifikasi, sehingga keluarga maupun pasien dapat pulih dengan segera.

b. Marah

Respon marah merupakan hal yang wajar dan biasanya membawa keluarga dalam penderitaan yang justru semakin parah.

c. Merasa tidak berdaya dan takut

Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia merupakan suatu beban tersendiri. Keluarga berupaya untuk mengobati atau menyembuhkan pasien. Pada kenyataannya patologi skizofrenia itu sendiri semakin sulit disembuhkan dan menyebabkan keluarga menjadi tidak berdaya dan takut. Perasaan keluarga tersebut juga biasanya ditambah dengan faktor ekonomi yang pas-pasan bahkan kekurangan, sehingga wajar ketika mereka yang mengalami skizofrenia menjadi gelandangan dan keluyuran

D. Konsep Dukungan Keluarga

1. Definisi Dukungan dan Keluarga

Dukungan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah sesuatu yang didukung, sokongan bantuan. Dukungan juga dapat diartikan sebagai memberi dorongan/motivasi atau semangat dan nasihat kepada orang lain dalam situasi pembuat keputusan (Chaplin & Kartono, 2011). Dari 2 definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa dukungan adalah segala sesuatu yang diberikan kepada seseorang, baik itu berupa motivasi, dorongan, dan nasehat agar ia bisa bertahan dalam menghadapi sesuatu yang sedang di hadapi atau dijalani.

Keluarga adalah dua atau lebih dua individu yang tergabung karena adanya hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu dengan yang lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan dan mempertahankan kebudayaan (Friedman et al., 2010).

Dukungan keluarga menurut Friedman et al., (2010) adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah satu bentuk sokongan atau bantuan dari anggota keluarga kepada anggota keluarga yang lain meliputi sikap, tindakan, dan penerimaan anggota keluarga lainnya, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan

2. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman et al., (2010), fungsi keluarga yaitu sebagai berikut:

1. Fungsi Afektif

Fungsi internal keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga, seperti saling mengasuh, cinta kasih, kasih sayang, saling mendukung antar anggota keluarga. Fungsi afektif keluarga yang utama adalah untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dan berinteraksi dengan orang lain. Fungsi afektif juga dimanfaatkan untuk mempertahankan kepribadian dengan memfasilitasi kepribadian orang dewasa, memenuhi keutuhan psikologis anggota keluarga, peran keluarga dilaksanakan dengan baik dngan penuh kasih sayang (Friedman et al., 2010).

Untuk mencapai kemandirian pada klien gangguan jiwa, fungsi afektif dipenuhi dengan cara menghindari paksaan, membantu dengan penuh kasih sayang, mendampingi saat anggota keluarga menjalani pengobatan dan memberikan penghargaan pada pasien akan upaya kemandirian (Samudra, 2018).

2. Fungsi Sosialisasi

Fungsi yang bertujuan mengembangkan dan melatih anggota keluarga untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah. Tujuan dari fungsi sosial yaitu agar anggota keluarga mejadi lebih produktif dan

memberikan status pada anggota keluarga, keluarga tempat melakukan sosialisasi dan interaksi antar anggota keluarga satu dengan yang lain (Friedman et al., 2010).

Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa diharapkan dapat membantu pasien agar mampu melakukan hubungan sosial baik dalam lingkungan keluarga dan dalam lingkungan luar rumah seperti berinteraksi dengan tetangga sekitar, berbelanja, memanfaatkan transportasi umum ataupun melakukan interaksi dalam kelompok yang ada didaerah lingkungan sekitarnya. Perilaku pasien gangguan jiwa membuat pola komunikasi dalam keluarga menjadi terganggu, hal ini menjadi tantangan bagi keluarga untuk mengendalikan hubungan dan bagaimana menata lingkungan sekitar atau masyarakat untuk menerima perubahan pola hubungan sosial pasien (Samudra, 2018).

3. Fungsi Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga yaitu memberikan perawatan keluarga untuk semua anggota keluarga. Tanggung jawab utama keluarga pada fungsi ini adalah memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh petugas/tenaga kesehatan (Friedman et al., 2010).

Perawatan yang berkesinambungan melalui berobat secara teratur, keterlibatan pasien dalam aktifitas sehari-hari serta peran masing-

masing anggota keluarga akan membantu mengurangi tingkat kekambuhan pasien gangguan jiwa dirumah (Samudra, 2018)

4. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi meliputi ketersediaan sumber-sumber keluarga secara ekonomi, dan pengalokasian sumber finansial dengan sesuai, melalui proses pengambilan keputusan. Kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber untuk memebuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan perawatan kesehatan yang memadai merupakan suatu perspektif tentang sistem nilai keluarga itu sendiri (Friedman et al., 2010).

Salah satu beban yang dialami oleh keluarga dengan pasien gangguan jiwa adalah beban ekonomi yang harus dikeluarkan untuk pengobatannya. Kemampuan keluarga juga harus mendukung anggota keluarga untuk memanfaatkan sumber finansian yang tersedia agar pengobatan pasien tetap berkelanjutan (Samudra, 2018).

3. Tugas Keluarga dibidang Kesehatan

Menurut Friedman et al., (2010) menyatakan bahwa fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga mempunyai tugas yang perlu dipahami dan dilakukan antara lain :

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh terabaikan karena kesehatan segala hal menjadi tidak berarti.

Kesehatan merupakan sumber daya dalam keluarga. Orang tua perlu mengenak keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh setiap anggota keluarga.

2. Memutuskan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya oleh keluarga yang utama untuk mencari dan mendapatkan pertolongan yang tepat sesuai dengan masalah kesehatan keluarga. Termasuk memurtuskan untuk menentukan tindakan keluarga, tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga sehingga masalah kesehatan keluarga dapat berkurang atau teratasi.

3. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Keluarga memiliki keterbatasan dalam mengambil tindakan yang tepat dan benar dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga. Jika ada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan makan tindakan kesehatan pertama kali dilakukan oleh keluarga agar masalah tersebut tidak menjadi lebih parah.

4. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

4. Sumber-Sumber Dukungan Keluarga

Menurut Setiadi (2008), sumber dukungan keluarga dibagi menjadi dua yaitu :

1. Dukungan keluarga internal

Dukungan yang berasal dari suami atau istri, atau dari saudara kandung, atau dukungan dari anak-anak.

2. Dukungan keluarga eksternal

Merupakan dukungan yang berasal dari luar keluarga seperti teman, sahabat, tetangga, sekolah, kelompok sosial, kelompok rekreasi, tempat ibadah dan praktisi kesehatan.

5. Bentuk Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010), keluarga memiliki bentuk dukungan yang dibagi atas 4 dukungan, yaitu:

1. Dukungan Penilaian

Dukungan penilaian ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian pasien gangguan jiwa dan strategi pelaksanaan yang dapat digunakan pada pasien dengan gangguan jiwa (Friedman et al., 2010). Keluarga bertindak sebagai pemberi umpan balik untuk membimbing dan menengahi pemecahan masalah, seperti memberikan support, penghargaan dan perhatian. Menurut Friedman, dukungan penilaian keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap anggota keluarga yang dapat meningkatkan status kesehatannya. Dengan adanya dukungan ini maka anggota keluarga akan mendapatkan pengakuan atas kemampuan dari usaha yang telah dilakukannya (Suwardiman et al., 2011).

2. Dukungan Informasi

Dukungan ini meliputi komunikasi antar anggota keluarga termasuk didalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasihat, pengarahan, saran atau umpan balik tentang apa yang dilakukan (Friedman et al., 2010). Dukungan informasi yang dapat diberikan pada anggota keluarga dengan gangguan jiwa yaitu ketika ia dapat mengerti mengenai gangguan yang tengah ia alami dan ia dapat mengikuti aturan dalam mengkonsumsi obat-obat yang ia perlukan dengan tepat. Selain itu dapat pula diinformasikan akan tugas-tugas sosialnya, paling tidak sampai ia mampu untuk mengurus kebutuhan dirinya sendiri, seperti mandi, makan dan lain-lain (Suwardiman et al., 2011)

3. Dukungan Instrumen

(Friedman et al., 2010) menjelaskan dukungan instrumen keluarga merupakan suatu bentuk dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk bantuan tenaga, dana, maupun waktu luang untuk membantu dan melayani serta mendengarkan anggota keluarga dalam menyampaikan pesannya. Dukungan instrumen keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit (Suwardiman et al., 2011).

4. Dukungan Emosi

Dukungan ini yaitu memberikan rasa nyaman pada pasien, merasa dicintai saat mengalami kekambuhan atau proses penyembuhan, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga pasien merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga memberikan fasilitas berupa tempat istirahat untuk individu dan memberikan semangat dalam proses penyembuhan atau mencegah terjadinya kekambuhan (Friedman et al., 2010).

6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Setiadi (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah :

a. Faktor Internal

1). Tahap Perkembangan

Artinya dukungan dapat ditemukan oleh faktor usia, dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia memiliki respon dan pemahaman terhadap kesehatan yang berbeda-beda.

2). Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan, dan pengalaman dimasa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berpikir seseorang termasuk kemampuan memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan

menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya sehingga lebih kooperatif dalam memberikan dukungan. Dukungan yang diberikan pada pasien tergantung dari tingkat pengetahuan. Keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi akan memberikan dukungan informasional kepada pasien gangguan jiwa untuk teratur berobat dan kontrol.

b. Faktor Emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stres dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda adanya penyakit, mungkin dilkakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut bisa saja mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

c. Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga dan teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

1. Faktor Eksternal

a. Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi pasien dalam menjalankan pengobatannya. Misalnya pasien kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal yang sama.

b. Faktor Sosial Ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup ; stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya. Hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya. Serta sebaliknya semakin rendah tingkat ekonomi seseorang maka ia akan kurang tanggap terhadap gejala penyakit yang mungkin saja dirasakan.

c. Latar belakang budaya

Budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara

pelaksanaan kesehatan pribadi. Keyakinan keluarga dan masyarakat selama ini akan berpengaruh pada rendahnya dukungan keluarga yang diberikan.

7. Dukungan Keluarga bagi Pasien Skizofrenia

Dukungan keluarga terjadi dalam semua tahap siklus kehidupan. Dengan adanya keluarga, keluarga mampu berfungsi dengan berbagai keilmuan dan akal untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga dalam kehidupan (Friedman et al., 2010). Sehingga dukungan keluarga sangat berpengaruh besar dalam proses penyembuhan. Apabila tidak ada dukungan keluarga maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan pasien gangguan jiwa juga berkurang. Dengan demikian dukungan keluarga berkaitan dengan kekambuhan pasien gangguan jiwa sehingga tidak dapat diabaikan dalam penatalaksanaan pasien gangguan jiwa (Samudra, 2018).