

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) dan mengalami kesukaran aktifitas sehari-hari (Keliat, 2006). Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area individu, termasuk fungsi berpikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional.

Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, afek, dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Sadock & Sadock, 2003). Skizofrenia adalah suatu sindroma klinis yang bervariasi, dan sangat mengganggu. Manifestasi yang terlibat bervariasi pada setiap individu dan berlangsung sepanjang waktu. Pengaruh dari penyakit skizofrenia ini selalu berat dan biasanya dalam jangka panjang (Durand & Barlow, 2007).

2. Penyebab Skizofrenia

Menurut Maramis & Maramis (2009) penyebab pasti skizofrenia sampai saat ini belum diketahui. Teori tentang penyebab skizofrenia yang saat ini banyak dianut adalah sebagai berikut :

a. Genetik

Skizofrenia melibatkan lebih dari satu gen, sebuah fenomena yang disebut *quantitative trait loci*. Skizofrenia yang paling sering kita lihat

mungkin disebabkan oleh beberapa gen yang berlokasi di tempat-tempat yang berbeda di seluruh kromosom. Ini juga mengklarifikasikan mengapa ada gradasi tingkat keparahan pada orang-orang yang mengalami gangguan ini (dari ringan sampai berat) dan mengapa risiko untuk mengalami skizofrenia semakin tinggi dengan semakin banyaknya jumlah anggota keluarga yang memiliki penyakit ini (Durand & Barlow, 2007). Dapat dipastikan bahwa ada faktor genetik yang turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9 – 1,8 %; bagi saudara kandung 7 – 15 %; bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 7 – 16 %; bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40 – 68 %; bagi kembar dua telur (heterozigot) 2 – 15 %; bagi kembar satu telur (monozigot) 61 – 86 % (Maramis & Maramis, 2009).

b. Neurokimia

Skizofrenia mungkin berasal dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang disebut neurotransmitter, yaitu kimiawi otak yang memungkinkan neuron-neuron berkomunikasi satu sama lain. Beberapa ahli mengatakan bahwa skizofrenia berasal dari aktivitas *neurotransmitter dopamine* yang berlebihan di bagian-bagian tertentu otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap *dopamine*. Banyak ahli yang berpendapat bahwa aktivitas *dopamine* yang berlebihan saja tidak cukup untuk skizofrenia. Beberapa *neurotransmitter* lain seperti *serotonin* dan *norepinephrine* tampaknya juga memainkan peranan (Durand & Barlow, 2007). Hipotesis dopamin menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh overaktivitas pada jaras dopamin mesolimbik. Hal ini didukung oleh temuan bahwa amfetamin, yang kerjanya meningkatkan pelepasan dopamin, dapat menginduksi psikosis yang mirip skizofrenia; dan obat antipsikotik (terutama antipsikotik generasi pertama atau antipsikotik tipikal/klasik)

bekerja dengan mengeblok reseptor dopamin, terutama reseptor D₂. Keterlibatan neurotransmitter lain seperti serotonin, noradrenalin, GABA dan glutamat, serta neuropeptida lain masih diteliti oleh para ahli (Maramis & Maramis, 2009).

c. Hipotesis perkembangan saraf (*Neurodevelopmental hypothesis*)

Studi autopsi dan studi pencitraan otak memperlihatkan abnormalitas struktur dan morfologi otak penderita skizofrenia, antara lain berupa berat otak yang rata-rata lebih kecil 6 % dari pada otak normal dan ukuran anterior-posterior yang rata-rata 4 % lebih pendek; pembesaran ventrikel otak yang nonspesifik; gangguan metabolisme di daerah frontal dan temporal; dan kelainan susunan seluler pada struktur saraf di beberapa daerah korteks dan subkorteks tanpa adanya gliosis yang menandakan kelainan tersebut terjadi pada saat perkembangan. Studi neuropsikologis mengungkapkan defisit dibidang atensi, pemilahan konseptual, fungsi eksekutif dan memori pada penderita skizofrenia. Semua bukti tersebut melahirkan hipotesis perkembangan saraf yang menyatakan bahwa perubahan patologis gangguan ini terjadi pada awal kehidupan, mungkin sekali akibat pengaruh genetik, dan kemudian dimodifikasi oleh faktor maturasi dan lingkungan (Maramis & Maramis, 2009).

3. Gejala-gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia secara garis besar dapat di bagi dalam dua kelompok, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif berupa delusi, halusinasi, kekacauan pikiran, gaduh gelisah dan perilaku aneh atau bermusuhan. Gejala negatif adalah alam perasaan (afek) tumpul atau mendatar, menarik diri atau isolasi diri dari pergaulan, “miskin” kontak emosional (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis atau acuh tak acuh, sulit berpikir abstrak dan kehilangan dorongan kehendak atau inisiatif (Buchanan & Carpenter, 2005).

Penelitian memperlihatkan adanya gejala negatif yang berkontribusi pada kualitas hidup yang buruk, keterbatasan fungsi, dan beban bagi orang lain dibandingkan dengan gejala positif (Velligan & Alphas, 2008). Pada penderita dengan gejala negatif yang menonjol seringkali memiliki sejarah untuk kurang

mampu menyesuaikan diri sebelum penyakit muncul, dan respons terhadap pengobatan biasanya terbatas (Smith *et al.*, 2010).

4. Jenis-jenis Skizofrenia

Maramis & Maramis (2009) membagi skizofrenia menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi batas-batas golongan-golongan ini tidak jelas, gejala-gejala dapat berganti-ganti atau mungkin seorang penderita tidak dapat digolongkan ke dalam salah satu jenis (Maramis & Maramis, 2009). Pembagiannya adalah sebagai berikut :

a. Skizofrenia paranoid

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga. Waham biasanya adalah waham kejar atau waham kebesaran, atau keduanya, tetapi waham dengan tema lain (misalnya waham kecemburuan, keagamaan, atau somatisas) mungkin juga muncul. Ciri-ciri lainnya meliputi ansietas, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi, dan agresif (DSM-IV-TR, 2000). Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah umur 30 tahun. Permulaannya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan skizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain (Maramis & Maramis, 2009).

b. Skizofrenia hebefrenik

Gejala utamanya adalah gangguan proses pikir, gangguan kemauan, dan depersonalisasi. Pada skizofrenia ini ditemukan banyak terdapat waham dan halusinasi (Direja, 2011). Gangguan psikomotor seperti *mannerism*, *neologisme* atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15 – 25 tahun (Maramis & Maramis, 2009).

c. Skizofrenia katatonik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik (*waxy flexibility*). Aktivitas motor yang berlebihan, negativism yang ekstrim, sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi (*mutism*), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain (*echolalia*) atau mengikuti tingkah laku orang lain (*echopraxia*) (DSM-IV-TR, 2000). Timbulnya pertama kali antara umur 15 – 30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului stres emosional. Mungkin terjadi gelisah-gelisah katatonik atau stupor katatonik (Maramis & Maramis, 2009).

d. Skizofrenia simplex

Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan (Direja, 2011). Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali dan sering timbul pertama kali pada masa pubertas (Maramis & Maramis, 2009).

e. Skizofrenia residual

Tipe ini merupakan kategori yang dianggap telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual atau sisa, seperti keyakinan-keyakinan negatif, atau mungkin masih memiliki ide-ide tidak wajar yang tidak sepenuhnya delusional. Gejala-gejala residual itu dapat meliputi menarik diri secara sosial, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan afek datar (DSM-IV-TR, 2000). Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial (Maramis & Maramis, 2009).

f. Skizofrenia Tak Terinci (*Undifferentiated*)

Pedoman diagnostik untuk skizofrenia ini antara lain : memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia; tidak memenuhi untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik; tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia (Maslim, 2001).

5. Pengobatan Skizofrenia

Pasien dengan skizofrenia memerlukan pengobatan dan perawatan untuk kesembuhannya. Penatalaksanaan pada pasien skizofrenia dapat berupa terapi biologis, terapi psikososial.

a. Terapi biologis

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi elektrokonvulsif, dan pembedahan bagian otak. Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-gejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat tersebut termasuk kelompok obat phenothiazines, reserpine (serpasil), dan haloperidol (haldol). Obat ini disebut obat penenang utama. Obat tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini cukup tepat bagi penderita skizofrenia yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan (Durand & Barlow, 2007). Terapi Elektrokonvulsif juga dikenal sebagai terapi electroshock pada penatalaksanaan terapi biologis. Pada akhir 1930-an, *electroconvulsive therapy* (ECT) diperkenalkan sebagai penanganan untuk skizofrenia. Tetapi terapi ini telah menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan masyarakat karena beberapa alasan. ECT ini digunakan di berbagai rumah sakit jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk skizofrenia. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman yang sangat menakutkan pasien. Pasien seringkali tidak bangun lagi setelah

aliran listrik dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta seringkali menderita kerancuan pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu. Adakalanya, intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik (Durand & Barlow, 2007). Maramis & Maramis (2009) menyebutkan bahwa terapi pembedahan bagian otak atau *lobotomy prefrontal* dapat dilakukan bila terapi lain yang diberikan secara intensif selama kira-kira 5 tahun tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya.

b. Terapi psikososial

Gejala-gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah diberikan pada pasien skizofrenia, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durand & Barlow, 2007). Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberikan *feedback* tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi (Sadock & Sadock, 2003). Pada terapi keluarga merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga berusaha untuk menghindari ungkapan-ungkapan emosi yang bisa mengakibatkan penyakit penderita kambuh kembali. Dalam hal ini, keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negatif secara konstruktif dan jelas, dan untuk memecahkan setiap persoalan secara

bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya (Sadock & Sadock, 2003).

6. Perawatan Kembali

Perjalanan penyakit skizofrenia dipengaruhi berbagai faktor, diantaranya adalah pengobatan dan faktor psikososial berupa dukungan keluarga serta lingkungan sosial sehari-harinya. Banyak faktor risiko yang berhubungan dengan kekambuhan skizofrenia yang memperburuk prognosis penyakit tersebut, yaitu meliputi faktor individu, faktor terapi dan faktor lingkungan. Faktor risiko yang berhubungan dengan terapi adalah kepatuhan pengobatan dan salah satu faktor lingkungan adalah lingkungan keluarga, pandangan negatif atau stigma yang diberikan pada anggota keluarga dapat menyebabkan kekambuhan (Prayitno, 2008). Pemahaman keluarga dan lingkungan pada pasien skizofrenia akan sangat mempengaruhi bagaimana mereka berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari. Stigma yang dialami keluarga pasien skizofrenia dapat menimbulkan reaksi yang beragam mulai dari ekspresi emosi yang tinggi yang dapat mengakibatkan kekambuhan dan usaha untuk mengembalikan pasien skizofrenia ke Rumah Sakit. Kekambuhan pasien skizofrenia adalah istilah yang secara relatif merefleksikan perburukan gejala atau perilaku yang membahayakan pasien dan atau lingkungannya. Tingkat kekambuhan sering diukur dengan menilai waktu antara lepas rawat dari perawatan terakhir sampai perawatan berikutnya dan jumlah rawat inap pada periode tertentu (Pratt *et al.*, 2006). Perawatan pasien skizofrenia cenderung berulang (*recurrent*), apapun bentuk subtipenya. Hampir separuh pasien skizofrenia yang diobati dengan pelayanan standar akan kambuh dan membutuhkan perawatan kembali dalam dua tahun pertama. Tingkat kekambuhan lebih tinggi pada pasien skizofrenia yang hidup bersama anggota keluarga yang penuh ketegangan, permusuhan dan keluarga yang memperlihatkan kecemasan yang berlebihan. Tingkat kekambuhan dipengaruhi juga oleh stress dalam kehidupan, seperti hal yang berkaitan dengan keuangan dan pekerjaan. Keluarga merupakan bagian yang penting dalam proses pengobatan pasien dengan skizofrenia (Lauriello *et al.*, 2005).

B. Stigma

1. Definisi Stigma

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (1997), stigma adalah ciri negatif yang melekat pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya. Stigma dapat pula diartikan sebagai keyakinan atau kepercayaan yang salah yang lebih sering merupakan kabar angin yang dihembuskan berdasarkan reaksi emosi untuk mengucilkan dan menghukum mereka yang sebenarnya memerlukan pertolongan (Gunawan, 2007).

Menurut Sarwono (2009), stigma adalah tidak diterimanya seseorang pada suatu kelompok karena kepercayaan bahwa orang tersebut melawan norma yang ada. Konsep stigma terbagi kedalam empat komponen yang berbeda, yaitu yang pertama: *labeling* (melabel seseorang karena suatu kondisi); kedua: *stereotip*; ketiga: pemisah (*separation*) yakni menciptakan suatu pemisahan antara kelompok “kita” yang superior dan kelompok “mereka” yang didevaluasi; keempat: diskriminasi dan kehilangan status (*loss status*). Keempat komponen ini memiliki keterkaitan satu sama lain dalam suatu pengalaman stigma seseorang (Keliat, 2011).

Stigma adalah label dari masyarakat yang memandang negatif pasien dengan skizofrenia karena dianggap sebagai penyakit yang memalukan dan membawa aib. Bagi masyarakat, penderita dengan skizofrenia dirasakan sebagai ancaman dan sering membuat resah karena dianggap sering berperilaku yang membahayakan. Hal ini membuat penderita skizofrenia dan juga keluarga sering dikucilkan, mengalami isolasi sosial dan diskriminasi dari masyarakat sekitarnya (Fenton, 2005). Stigma dapat dialami oleh siapa saja salah satunya oleh keluarga, stigma yang diberikan kepada anggota keluarga dapat menghambat proses penyembuhan anggota keluarganya (Hawari, 2007).

2. Penyebab Stigma

Menurut Thornicroft *et al.*, (2007), stigma dapat muncul karena tiga unsur masalah yang ada, yaitu : pengetahuan, sikap, dan perilaku.

a. Pengetahuan

Pengetahuan yang kurang atau ketidaktahuan seseorang terhadap sesuatu dapat menimbulkan informasi atau keterangan yang salah terhadap pasien dengan skizofrenia yang akan berdampak negatif pada keadaan pasien.

b. Sikap

Setiap orang memiliki sikap yang berbeda-beda, seseorang yang memiliki stigma akan menganggap pasien dengan skizofrenia sebagai salah satu hal yang negatif yang ditandai dengan perubahan sikap. Sikap seseorang itu timbul karena adanya suatu prasangka atau anggapan. Apabila orang tersebut berprasangka atau beranggapan negatif terhadap pasien maka sikap orang tersebut akan berubah kearah negatif.

c. Perilaku

Pasien dengan gangguan jiwa memiliki perilaku yang berbeda dari perilaku seseorang yang normal. Perilaku yang dilakukan oleh pasien dengan skizofrenia dapat menimbulkan stigma orang lain. Perilaku menjadi salah satu unsur yang dapat menimbulkan stigma. Stigma yang muncul dari seseorang akan mengakibatkan perubahan perilaku terhadap pasien.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Stigma

a. Pendidikan

Pendidikan yang didapat seseorang merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi stigma. Seseorang yang mendapatkan dan merasakan bangku pendidikan akan mendapatkan wawasan dan pengetahuan luas. Hal-hal yang belum diketahui, belum dipahami, dan belum dimengerti oleh seseorang akan berubah melalui pendidikan (Rusch *et al.*, 2005).

b. Jenis kelamin

Menurut Marini (2008), karakter kaum perempuan yang mengedepankan emosional dari pada rasional dibandingkan dengan kaum laki-laki juga berperan penting dalam pembentukan stigma terhadap anggota keluarganya yang menderita skizofrenia.

c. Usia

Menurut Herek (2002), secara alamiah usia memiliki pengaruh terhadap sikap, pola pikir, dan perilaku seseorang. Semakin dewasa usia seseorang maka sikap, pola pikir, dan perilaku seseorang diharapkan akan semakin bijaksana. Sebab, seiring dengan bertambahnya usia seseorang, maka segala ucapan, sikap, dan tindakan yang dilakukannya mempunyai sebuah konsekuensi yang harus dipertanggungjawabkan. Dalam konteks stigma keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia, diharapkan seiring dengan bertambahnya usia seseorang maka orang tersebut tidak akan dengan mudah memberikan stigmatisasi terhadap anggota keluarganya yang menderita skizofrenia (Lili *et al.*, 2007).

d. Suku bangsa (*ethnic*)

Stigma yang muncul dari individu dapat dipengaruhi oleh suku bangsa. Suku bangsa *African American* yang berkulit hitam cenderung lebih merasa prihatin terhadap adanya stigma dibandingkan dengan suku bangsa berkulit putih. Suku bangsa *African American* lebih terbuka terhadap perawatan kesehatan jiwa dibandingkan dengan bangsa kulit putih (Corrigan & Watson, 2007). Sikap keluarga dan masyarakat dengan latar belakang suku bangsa yang tinggal di wilayah pedalaman yang masih memegang teguh nilai-nilai tradisional menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarganya menderita skizofrenia, hal ini merupakan aib bagi keluarga dan masyarakatnya. Akibatnya, pasien disembunyikan dan tidak dibawa berobat karena malu dan bahkan pasien seringkali mendapatkan perlakuan tidak manusiawi misalnya perlakuan kekerasan dan dipasung. Sebagian orang juga menganggap bahwa pasien dengan gangguan jiwa skizofrenia merupakan gangguan yang disebabkan oleh hal-hal yang tidak rasional atau supranatural, misalnya karena guna-guna atau diteluh, kemasukan setan, melanggar larangan dan lain-lain (Primadila, 2012).

4. Dampak Stigma

Syahria (2008) mengatakan stigma dapat menyebabkan orang lain enggan untuk hidup bersama, bersosialisasi, bekerja sama atau memperkerjakan orang dengan gangguan jiwa, khususnya orang dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia. Bagi seseorang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia, di dalam beberapa kasus konsekuensi terhadap stigma dapat menjadi faktor yang merusak bahkan jauh lebih buruk dari penyakit yang dideritanya. Stigma yang ditimbulkan oleh gangguan jiwa skizofrenia ditunjukkan dengan meningkatnya kemungkinan timbulnya kembali kelainan pada penderita yang sudah pernah disembuhkan (*relapse*).

Menurut Durand & Barlow (2007), adanya stigma terhadap penyakit skizofrenia menimbulkan dampak yang berupa beban subjektif maupun beban objektif bagi penderita dan keluarganya.

a. Dampak bagi penderita

Bagi penderita, hal tersebut menjadikan halangan baginya untuk mendapat perlakuan yang layak, kesulitan dalam mencari pekerjaan, dan sebagainya. Sebuah penelitian di Singapura memperlihatkan, terdapat 73 % responden yang mengalami kesulitan dalam pekerjaan, 52 % mengalami rendah diri dan 51 % dimusuhi akibat menderita skizofrenia (Irmansyah, 2001).

b. Dampak bagi keluarga

Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia mengalami berbagai hal dan berdampak pada psiko-sosial anggota keluarga. Berbagai hal dialami oleh anggota keluarga, baik secara mental maupun dengan lingkungan sekitar. Dampak sosial yang dirasakan oleh anggota keluarga antara lain berbagai relasi yang terganggu baik itu dengan masyarakat sekitar, maupun dengan anggota keluarga yang lain dan juga berbagai jadwal dan pekerjaan yang terganggu dan juga kondisi keuangan keluarga yang terganggu dikarenakan biaya kehidupan penderita skizofrenia menjadi tanggung jawab anggota keluarga yang lain (Surilena, 2005). Bagi keluarga penderita skizofrenia, memiliki anggota keluarga

yang menderita skizofrenia menimbulkan aib bagi keluarga dan membuat mereka mengalami isolasi sosial. Karenanya, penderita skizofrenia sering kali disembunyikan dan dikucilkan agar tidak diketahui oleh masyarakat. Hal ini justru akan memberatkan gangguan yang dialami sehingga tentunya juga akan memberatkan bagi keluarga yang merawatnya (Durand & Barlow, 2007).

5. Strategi Mengatasi Stigma

Stigma yang muncul dari individu dapat berkurang secara perlahan-lahan bahkan dapat hilang dari individu tersebut. Menurut Rusch *et al.*, (2005), terdapat tiga strategi yang dapat digunakan untuk mengatasi stigma, yaitu :

a. Protes

Protes sering diterapkan untuk melawan pernyataan publik atau pernyataan dari masyarakat umum, pemberitaan media, dan iklan yang berkaitan dengan gangguan jiwa. Protes dapat menghilangkan pandangan negatif publik terhadap gangguan jiwa skizofrenia (Rusch *et al.*, 2005).

b. Pendidikan (*education*)

Upaya untuk mengurangi stigma dilakukan oleh Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia, komunitas ini berusaha memerangi stigma masyarakat dengan memberikan pemahaman yang benar kepada masyarakat mengenai penyakit kejiwaan dengan kegiatan *work shop*, seminar edukasi, informasi online, serta dukungan pasien dan keluarga (Asih, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Patten *et al.*, (2012) menunjukkan bahwa kelompok yang mendapatkan pendidikan tentang gangguan jiwa memiliki persepsi yang baik terhadap gangguan jiwa.

c. Kontak (*contact*)

Salah satu upaya yang dilakukan KPSI meningkatkan kepercayaan diri penderita dalam bersosialisasi di masyarakat ditunjukkan dengan ikut serta penderita skizofrenia dalam pameran lukisan Jakarta Binale 2011 di Taman Ismail Marzuki yang bertajuk "*Hospital Without Wall*" (Asih, 2013). Pendidikan dan kontak secara langsung terhadap pasien dengan

gangguan jiwa merupakan strategi yang efektif untuk menurunkan stigma seseorang terhadap gangguan jiwa (*Rusch et al.*, 2005).

C. Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah suatu sistem sosial kecil yang terdiri atas suatu rangkaian bagian yang sangat saling bergantung dan dipengaruhi baik oleh struktur internal maupun lingkungan eksternal (Friedman, 2010). Lingkungan eksternal dapat mempengaruhi sistem di dalam keluarga, norma-norma akan berkembang sesuai dengan keunikan atau pengalaman masing-masing keluarga dalam menerima pengaruh lingkungan (Rasmun, 2009). Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI dalam Setiadi, 2008).

2. Tipe/bentuk Keluarga

Tipe keluarga digolongkan menjadi dua tipe, yaitu tipe keluarga tradisional dan tipe keluarga non tradisional (Padila, 2012) :

a. Tipe keluarga tradisional

- 1) Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, istri dan anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orangtua campuran atau orangtua tiri.
- 2) Pasangan istri, terdiri dari suami dan istri saja tanpa anak, atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka. Biasanya keluarga dengan karier tunggal atau karier keduanya.
- 3) Keluarga dengan orangtua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian.
- 4) Bujangan dewasa sendirian.
- 5) Keluarga besar, terdiri keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan.

- 6) Pasangan usia lanjut, keluarga inti dimana suami dan istri sudah tua anak-anaknya sudah berpisah.
- b. Tipe keluarga non tradisional
 - 1) Keluarga dengan orangtua beranak tanpa menikah, biasanya ibu dan anak.
 - 2) Pasangan yang memiliki anak tetapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu.
 - 3) Pasangan kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah.
 - 4) Keluarga gay atau lesbian, orang-orang berjenis kelamin sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
 - 5) Keluarga komuni, keluarga yang terdiri dari lebih dari satu pasangan *monogamy* dengan anak-anak secara bersama menggunakan fasilitas, sumber yang sama.

3. Fungsi Keluarga

Menurut Setiadi (2008), secara umum fungsi keluarga adalah :

- a. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
- b. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.
- c. Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan, adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

4. Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan (Friedman, 2010), yaitu:

- a. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarganya.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga
- c. Memberikan keperawatan anggota keluarganya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat dan usianya yang terlalu muda.
- d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

5. Peran Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa

Menurut Koernia (2014), keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita penyakit skizofrenia harus mengetahui tentang penyakit ini, banyak keluarga yang memasung, merantai atau mengurung penderita di rumah sehingga hak dan kebebasannya dicabut. Ada juga keluarga yang letih mengurus dan membiarkan penderita skizofrenia untuk keluar dari rumah dan menjadi masalah sosial di jalanan/lingkungan masyarakat. Permasalahan ini sebenarnya bisa diatasi apabila pihak keluarga lebih memahami tentang penyakit skizofrenia dan lebih memperdulikan anggota keluarganya, cara yang perlu dilakukan oleh pihak keluarga antara lain (Koernia, 2014) :

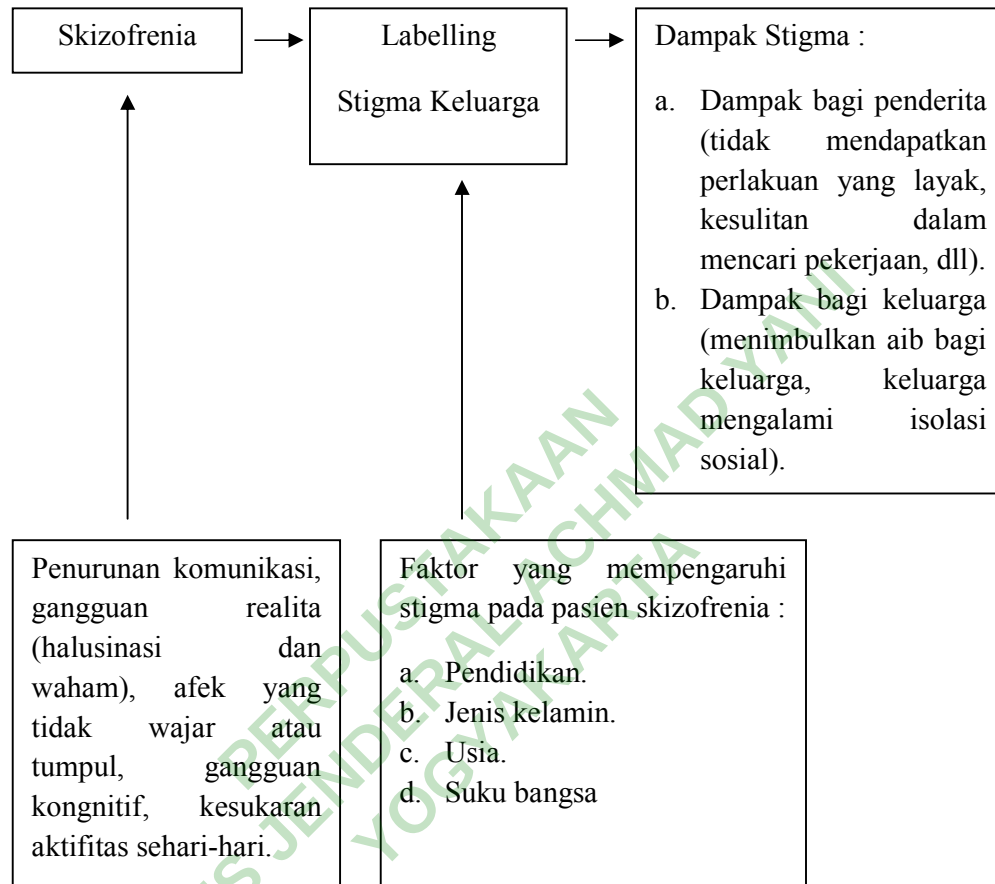
- a. Memeriksa anggota keluarga yang menderita skizofrenia ke dokter ahli jiwa.
- b. Bimbing dan awasi terus pasien meminum obat dari dokter secara rutin.
- c. Ajak penderita untuk bersosialisasi serta menjalani aktivitas seperti biasa.
- d. Jangan batasi pergaulan penderita dengan alasan takut penyakitnya kambuh.

Menurut Pitoyo (2012) yang mengutip pendapat Marsh *et al.*, (2012) peran keluarga dalam menangani atau merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa adalah sebagai berikut :

- a. Pendamping pengobatan.
- b. Fahami dan normalkan pengalaman penderita.
- c. Pusatkan pada kelebihan-kelebihan penderita.
- d. Pelajari tentang sakit jiwa dan sumber-sumber yang berkaitan.
- e. Ciptakan lingkungan yang mendukung penderita.
- f. Tingkatkan kemampuan memecahkan masalah.
- g. Bantu memulihkan perasaan sedih dan kehilangan penderita.
- h. Kembangkan harapan yang realistis.

PERPUSTAKAAN
JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

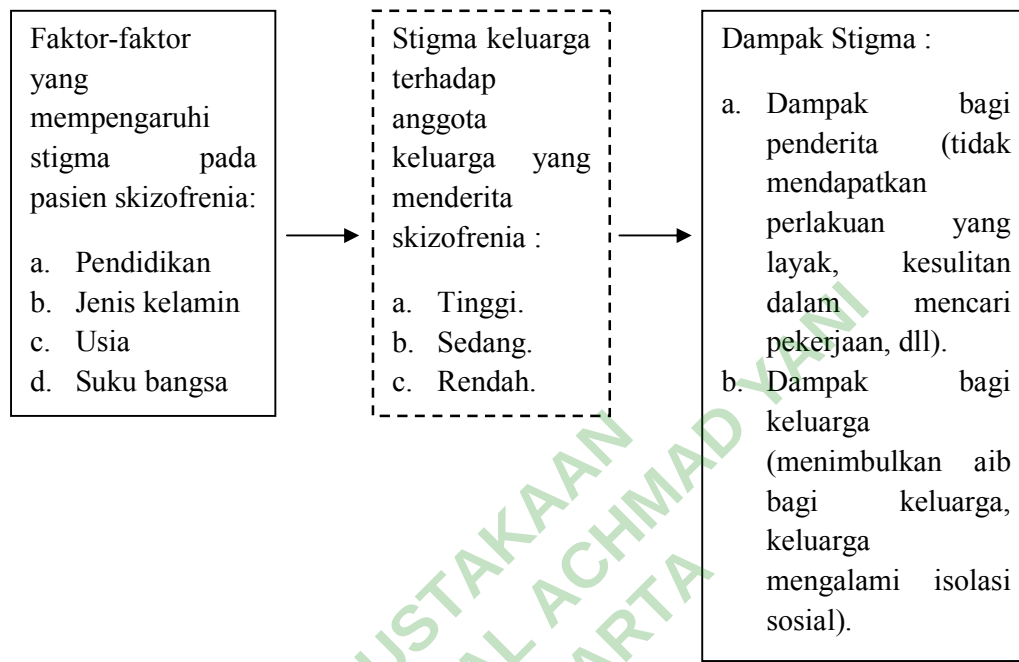
D. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

Sumber : Keliat (2006), Thorniccoft *et al.*, (2007), Gunawan (2007), Durand (2007)

E. Kerangka Konsep



Keterangan :

: Tidak diteliti

: Diteliti

Gambar 2. Kerangka Konsep

F. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah stigma keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta berdasarkan pendidikan?
2. Bagaimanakah stigma keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta berdasarkan jenis kelamin?
3. Bagaimanakah stigma keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta berdasarkan usia?
4. Bagaimanakah stigma keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta berdasarkan suku bangsa?