

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Pengertian Skizofrenia menurut PPDGJ III, skizofrenia merupakan suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada penimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya. Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar atau tumpul. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Maslim, Rusdi 2001).

Skizofrenia merupakan gangguan kognitif, afektif, perilaku dan motifasi sehingga menyebabkan gangguan adaptasi klien terhadap lingkungan. Mulai penyakit ini tergolong dini yaitu sekitar masa remaja akhir dan dewasa muda, sering menyebabkan kegagalan individu dalam mencapai keterampilan yang diperlukan untuk hidup dan menyebabkan klien menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Skizofrenia juga seringkali menetap atau kronis, kambuh-kambuh sehingga perlu terapi jangka lama (Hawari, 2003).

Kaplan & Sadock (2010) mengatakan bahwa reaksi psikologik pada penderita Skizofrenia berbeda dengan penderita cacat mental atau psikologis karena kerusakan

dari jiwanya, dengan banyak tendensi-tendensi yang kontradiktif sehingga kepribadiannya seolah-olah terbelah (*skizos* = pecah belah atau bercabang, *phrein* = jiwa).

Skizofrenia sering dijelaskan dalam hal *positif* dan *negatif* (atau defisit) gejala. *Gejala-gejala positif* merujuk pada gejala yang sebagian besar individu biasanya tidak pengalamanan. Mereka termasuk delusi, halusinasi pendengaran, dan gangguan berpikir, dan biasanya dianggap sebagai manifestasi psikosis. Gejala negatif dinamakan demikian karena mereka dianggap sebagai kerugian atau tidak adanya sifat normal atau kemampuan, dan termasuk fitur seperti mempengaruhi datar atau tumpul dan emosi, kemiskinan berbicara (*alogia*), ketidakmampuan untuk mengalami kesenangan (*anhedonia*), kurangnya keinginan untuk membentuk hubungan (*asociality*), dan kurangnya motivasi (*avolition*). Penelitian menunjukkan bahwa gejala negatif memberikan kontribusi lebih terhadap kualitas hidup yang buruk, cacat fungsional, dan beban pada orang lain daripada gejala positif.

Menurut PPDGJ III Skizofrenia sendiri dikategorikan pada kode F20 dan termasuk dalam kelompok psikosis fungsional. Psikosis fungsional merupakan penyakit mental secara fungsional yang non organis sifatnya, hingga terjadi kepecahan kepribadian yang ditandai oleh desintegrasi kepribadian dan *maladjustment* sosial yang berat, tidak mampu mengadakan hubungan sosial dengan dunia luar, bahkan sering terputus sama sekali dengan realitas hidup lalu menjadi ketidakmampuan secara sosial. Hilanglah rasa tanggungjawabnya dan terdapat

abnormal dan irrasional, sehingga dianggap bisa membahayakan atau mengancam keselamatan orang lain dan dirinya sendiri, yang secara hukum disebut gila.

Tatalaksana yang dinilai efektif dalam penanganan adalah tatalaksana yang saat ini adalah meliputi berbagai aspek mulai dari pemberian obat antipsikotik sampai terapi psikososial. Terapi psikososial yang cukup efektif adalah psikoedukasi keluarga. Psikoedukasi keluarga dapat mengurangi terjadinya relaps pada pasien skizofrenia.

2. Epidemiologi

Kaplan & Sadock (2010) menyebutkan, di Amerika Serikat, prevalensi seumur hidup Skizofrenia sekitar 1 persen, yang berarti bahwa kurang lebih 1 dari 100 orang akan mengalami Skizofrenia selama masa hidupnya. Studi *epidemiologic Catchment Area (ECA)* yang disponsori *National Institute of Mental Health (NIMH)* melaporkan prevalensi seumur hidup sebesar 0,6 sampai 1,6 persen. Menurut DSM – IV-TR, insidensi tahunan Skizofrenia berkisar antara 0,5 sampai 5,0 per 10.000 dengan beberapa variasi geografik (contohnya adalah insidens lebih tinggi pada orang yang lahir di daerah perkotaan di negara maju). Skizofrenia ditemukan pada semua masyarakat dan area geografis dan angka insidens serta prevalensi secara kasar merata di seluruh dunia.

3. Etiologi

Kaplan & Sadock (2010) menyebutkan bahwa walaupun Skizofrenia

termasuk berbagai gangguan yang tampak dengan gejala perilaku yang agak mirip.

Etiologi yang mendasari diantaranya :

a. Genetika

Berbagai macam penelitian telah dengan kuat menyatakan suatu komponen genetika, terhadap diturunkannya skizofrenia. Bahwa seseorang kemungkinan menderita skizofrenia jika anggota keluarga lainnya juga menderita Skizofrenia dan kemungkinan seseorang menderita dengan dekatnya hubungan persaudaraan itu, kembar monozigotik memiliki angka kesesuaian yang tertinggi.

b. Faktor Psikososial

Jika Skizofrenia merupakan penyakit otak, maka penyakit ini mungkin sejalan dengan penyakit organ lain (contohnya, infark miokardium dan diabetes) yang perjalanan penyakitnya dipengaruhi stres psikososial. Seperti halnya penyakit kronik lainnya (misalnya, penyakit paru kongestif kronik), terapi obat jarang memadai untuk memperoleh perbaikan klinis maksimal. Oleh karena itu, klinis sebaiknya mempertimbangkan faktor psikososial yang mempengaruhi Skizofrenia.

c. Faktor Biologis

Penyebab Skizofrenia tidak diketahui, tetapi dalam dekade yang lalu semakin banyak penelitian telah melibatkan peranan patofisiologis untuk daerah tertentu di otak, termasuk sistem limbik, korteks frontalis, dan ganglia basalis. Sistem limbik sebagai suatu tempat potensial untuk patologi primer pada sekurangnya satu bagian,

Dasar biologis untuk suatu diatesis dibentuk lebih lanjut oleh pengaruh epigenetik seperti penyalahgunaan zat, stres, psikologis dan trauma. Model ini untuk integrasi faktor biologis dan faktor psikososial serta lingkungan. Bahwa seseorang mungkin memiliki suatu ketentraman spesifik (diatesis), yang dikenai oleh suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stres, memungkinkan perkembangan gejala Skizofrenia. Pada model ini paling umum diatesis atau stress dapat biologis atau lingkungan atau keduanya. Komponen lingkungan dapat biologis, (contohnya infeksi) atau psikologis, (sebagai contoh, situasi keluarga yang penuh ketegangan atau kematian teman terdekat).

4. Kriteria Diagnostik

Kriteria diagnostik DSM-IV-TR menyatakan bahwa pasien didiagnosis gangguan skizofrenia apabila setidaknya salah satu hal berikut ada, diantaranya adalah:

- a. Gema pikiran (*thought echo*), *inserti* atau penarikan pikiran.
- b. Waham kendali, pengaruh, atau pasivitas.
- c. Suara halusinasi yang terus menerus mengomentari perilaku pasien atau saling mendiskusikan pasien, atau suara halusinasi yang berasal dari anggota tubuh tertentu.
- d. Waham persisten jenis lain yang secara budaya tidak sesuai dan sangat tidak masuk akal (contohnya yaitu merasa mampu berkomunikasi dengan makhluk dari dunia lain dan mampu mengendalikan cuaca).

- a. Halusinasi persisten dalam modalitas apapun, bila terjadi setiap hari selama sekurangnya 1 bulan, atau apabila disertai waham (yang mungkin mengambang atau separuhnya terbentuk).
- b. Neologisme, jeda atau interpolasi dalam arus pikir yang mengakibatkan inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan.
- c. Perilaku katatonik, seperti eksitasi, negativisme, stupor dan mutisme.
- d. Gejala negatif seperti apati yang nyata, miskin isi pembicaraan dan respon emosional tumpul serta ganjil.

Subtipe skizofrenia menurut Kriteria Diagnostik DSM-IV-TR :

a. Tipe Paranoid

Tipe skizofrenia yang memenuhi kriteria berikut:

- 1. Preokupasi terhadap satu atau lebih waham atau halusinasi auditorik yang sering.
- 2. Tidak ada hal berikut ini yang dominan: bicara kacau, perilaku kacau atau katatonik, atau afek datar atau tidak sesuai.

b. Tipe Hebefrenik

Tipe skizofrenia yang memenuhi kriteria berikut :

- 1. Semua hal ini adalah dominan yaitu bicara kacau, perilaku kacau, dan afek datar atau tidak sesuai.
- 2. Tidak memenuhi kriteria tipe katatonik

c. Tipe Katatonik

1. Tidak memiliki kontak dengan dunia luar, tidak berbicara dan sering katatonik atau stupor

2. Aktivitas motorik yang berlebihan (yaitu yang tampaknya tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi stimulus eksternal).
3. Keanehan gerakan volunter sebagaimana diperlihatkan oleh pembentukan postur (bizar), gerakan stereotipi, manerisme prominen.
4. Ekolalia

d. Tipe tak Terdiferensiasi

Tipe Skizofrenia yang gejalanya memenuhi Kriteria A, namun tak memenuhi kriteria tipe paranoid, hebefrenik, atau katatonik.

e. Tipe Residual

f. Tipe Skizofrenia yang memenuhi kriteria berikut:

1. Tidak ada waham, halusinasi, bicara kacau yang prominen, serta perilaku yang sangat kacau atau katatonik.
2. Terdapat bukti kontinu adanya gangguan, sebagaimana diindikasikan oleh adanya gejala negatif atau dua atau lebih gejala yang tercantum pada kriteria untuk skizofrenia.

4. Gambaran klinis

Perjalanan penyakit skizofrenia dapat dibagi menjadi 3 fase yaitu *fase prodromal*, *fase aktif* dan *fase residual*.

Pada *fase prodromal* biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa minggu, bulan ataupun lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Gejala tersebut meliputi : hendaya fungsi pekerjaan, fungsi sosial, fungsi

mengganggu individu serta membuat resah keluarga dan teman, mereka akan mengatakan “orang ini tidak seperti yang dulu”. Semakin lama fase prodromal semakin buruk prognosisnya.

Pada *fase aktif* gejala positif/psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherenasi, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Hampir semua individu datang berobat pada fase ini, bila tidak mendapat pengobatan gejala-gejala tersebut dapat hilang spontan suatu saat mengalami eksaserbasi atau terus bertahan.

Fase aktif akan diikuti oleh *fase residual* di mana gejala-gejalanya sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif/psikotiknya sudah berkurang. Di samping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase di atas, penderita skizofrenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa, kewaspadaan dan eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial), (Luana, 2007).

B. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan asal tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan menggunakan panca indera manusia yaitu pengelihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan yang diperoleh manusia melalui mata dan telinga. Pengetahuan dan kognitif merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng

Apabila penerimaan perilaku baru didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya bila tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran tidak akan berlangsung lama. Menurut pendapat yang lain pengetahuan merupakan hasil penginderaan yang berupa fakta-fakta dan informasi baru yang mampu menarik atau mempengaruhi individu tersebut (Potter & Perry, 1997).

Pemberian pengetahuan merupakan salah satu bentuk psikoedukasi. Psikoedukasi merupakan salah satu tatalaksana untuk keluarga terhadap penderita Skizofrenia. Hal ini menjadi salah satu bentuk dari intervensi keluarga yang merupakan bagian dari terapi psikososial. Pada psikoedukasi keluarga terdapat kolaborasi dari klinisi dengan anggota keluarga pasien yang menderita gangguan jiwa berat. Tujuan dari program psikoedukasi adalah menambah pengetahuan tentang gangguan jiwa anggota keluarga sehingga diharapkan dapat menurunkan angka kambuh, dan meningkatkan fungsi keluarga (Stuart & Laraia, 1998). Tujuan ini akan dicapai melalui serangkaian kegiatan edukasi tentang penyakit, cara mengatasi gejala, dan kemampuan yang dimiliki keluarga.

2. Faktor Resiko Pengetahuan

Menurut Azwar (1997), faktor-faktor yang mempengaruhi adalah :

a. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan upaya yang memberikan pengetahuan

Seseorang yang mempunyai sumber informasi lebih banyak akan memberikan pengetahuan yang lebih jelas.

c. Budaya

Tingkah laku manusia atau kelompok dalam memenuhi kebutuhan yang memiliki sikap dan kepercayaan.

d. Pengalaman

Sesuatu yang dialami seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat non formal.

e. Sosial ekonomi

Tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup seseorang yang mempunyai sumber informasi yang lebih banyak akan memberikan pengetahuan yang lebih jelas.

3. Pengetahuan dalam Domain Kognitif

Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tahapan menurut Notoatmodjo, 2003 yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk dalam tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari. Oleh sebab itu tahap ini disebut dengan tingkat pengetahuan yang lebih rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*application*)

Diartikan sebagai kemampuan menggunakan tingkat pengetahuan yang dipahami pada keadaan yang nyata.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu komponen untuk menjabarkan suatu materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Menunjuk suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Pengetahuan keluarga tentang skizofrenia sangat penting bagi keluarga itu sendiri. Terapi dan pengobatan yang lama bagi pasien skizofrenia merupakan suatu kendala tersendiri apabila didasari oleh pengetahuan keluarga yang minim sehingga keluarga

C. Tingkat Depresi

1. Definisi tingkat depresi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunuh diri (Kaplan, 2010). Hal ini didukung juga oleh pernyataan dari Maslim yang menyatakan bahwa depresi adalah suatu kondisi yang dapat disebabkan oleh defisiensi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter (noradrenalin, serotonin, dopamin) pada sinaps neuron di SSP (terutama pada sistem limbik) (Maslim, 2003).

Menurut Kaplan, depresi merupakan salah satu gangguan *mood* yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. *Mood* adalah keadaan emosional internal yang meresap dari seseorang, dan bukan afek, yaitu ekspresi dari isi emosional saat itu (Kaplan, 2010).

Dalam penelitian ini hal yang ingin saya teliti adalah depresi pada keluarga penderita Skizofrenia. Timbulnya depresi tergantung beberapa faktor yang saling mempengaruhi antara lain faktor stresor termasuk lama stresor dan dukungan sosial lingkungan sekitar. Keluarga pasien skizofrenia mempunyai beban yang menimbulkan masalah emosional. Masalah emosional yang dapat timbul adalah depresi oleh karena depresi sering dihubungkan dengan peristiwa-peristiwa hidup

2. Etiologi

Kaplan menyatakan bahwa faktor penyebab depresi dapat secara buatan dibagi menjadi faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial.

a. Faktor biologi

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik, seperti: 5 HIAA (5-Hidroksi indol asetic acid), HVA (Homovanilic acid), MPGH (5 methoxy-0-hidroksi phenil glikol), di dalam darah, urin dan cairan serebrospinal pada pasien gangguan *mood*. Neurotransmitter yang terkait dengan patologi depresi adalah serotonin dan epineprin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi, dan pada pasien bunuh diri, beberapa pasien memiliki serotonin yang rendah.

Pada terapi despiran mendukung teori bahwa norepineprin berperan dalam patofisiologi depresi (Kaplan, 2010). Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti Resperin, dan penyakit dimana konsentrasi dopamin menurun seperti parkinson, adalah disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin, seperti tyrosin, amphetamine, dan bupropion, menurunkan gejala depresi (Kaplan, 2010).

b. Faktor Genetik

Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka resiko di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat

keselarasan sekitar 11% pada kembar dizigot dan 40% pada kembar monozigot (Davies, 1999).

Oleh Lesler (2001), Pengaruh genetik terhadap depresi tidak disebutkan secara khusus, hanya disebutkan bahwa terdapat penurunan dalam ketahanan dan kemampuan dalam menanggapi stres. Proses menua bersifat individual, sehingga dipikirkan kepekaan seseorang terhadap penyakit adalah genetik.

c. Faktor Psikososial

Menurut Freud dalam teori psikodinamikanya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai (Kaplan, 2010). Ada sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada lanjut usia yang pada umumnya berhubungan dengan kehilangan. Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial, dan penurunan fungsi kognitif (Kaplan, 2010). Sedangkan menurut Kane, faktor psikososial meliputi penurunan percaya diri, kemampuan untuk mengadakan hubungan intim, penurunan jaringan sosial, kesepian, perpisahan, kemiskinan dan penyakit fisik (Kane, 1999).

Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi: peristiwa kehidupan dan stressor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial (Kaplan, 2010).

3. Derajat Depresi dan Penegakan Diagnosis

Gangguan depresi pada usia lanjut ditegakkan berpedoman pada PPDGJ III

(Dokter Spesialis Psikiatri) yang merujuk pada ICD 10

(*International Classification Diagnostic 10*). Gangguan depresi dibedakan dalam depresi berat, sedang, dan ringan sesuai dengan banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang (Maslim, 2000).

Gejala-gejala lain dari depresi dalam buku PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) adalah :

a. Gejala Utama :

1. Perasaan depresif
2. Hilangnya minat dan semangat
3. Mudah lelah dan tenaga hilang

b. Gejala Lain :

1. Konsentrasi dan perhatian menurun
2. Harga diri dan kepercayaan diri menurun
3. Perasaan bersalah dan tidak berguna
4. Pesimis terhadap masa depan
5. Gecasan membahayakan diri atau bunuh diri

Tabel 2. Penggolongan Depresi Menurut ICD-10 (Soejono dkk, 2007)

Tingkat Depresi	Gejala Utama	Gejala lain	Fungsi	Keterangan
Ringan	2	2	Baik	-
Sedang	2	3-4	Terganggu	menderita
Berat	3	>4	Sangat Terganggu	Sangat Menderita

D. Keluarga

1. Definisi keluarga

Status sehat atau sakit anggota keluarga dan keluarga saling mempengaruhi satu sama lain. Oleh karena itu, Masalah-masalah kesehatan yang ada dalam keluarga dapat ditanggulangi jika keluarga dapat menjalankan tugasnya dalam bidang kesehatan, seperti mengenal gangguan perkembangan dan gangguan kesehatan setiap anggotanya. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, memberikan perawatan pada yang sakit, cacat atau usia yang terlalu muda. Mempertahankan suasana yang harmonis dan menguntungkan untuk perkembangan kepribadian anggota keluarga, serta memanfaatkan dan mempertahankan hubungan yang baik dengan unit pelayanan kesehatan yang ada (Suriyanto, 2008).

Kepedulian masyarakat akan kesehatan khususnya kesehatan jiwa akan meningkatkan peran serta mereka untuk bertanggung jawab terhadap program

tersedia di masyarakat dapat memberdayakan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sehingga kesehatan jiwa menjadi tanggung jawab masyarakat. Peran serta masyarakat sangat penting karena perawatan di rumah sakit jauh lebih mahal, misalnya biaya perawatan pasien skizofrenia di USA sebesar 65.2 juta dolar per tahun (Genduso, 1996). Biaya perawatan pasien skizofrenia di rumah oleh keluarga akan menghemat sebesar 25 juta pounds per tahun. Keberhasilan pelayanan pada pasien skizofrenia tergantung dari kerjasama tim kesehatan jiwa di masyarakat (dokter, perawat, pekerja sosial) dengan pasien dan keluarganya (Falloun, 1990). Anggota keluarga diperlukan memberikan perawatan di rumah khususnya pencegahan tersier pada skizofrenia (Tomaras, 2000).

Pengertian keluarga berkembang sesuai dengan kondisi yang ada. Pada mulanya keluarga diartikan sebagai kumpulan individu yang diikat oleh perkawinan, hubungan darah atau adopsi yang tinggal bersama dalam satu keluarga (Friedman, 1998). Pada tahap selanjutnya pengertian keluarga berkembang menjadi dua atau lebih individu yang bersama-sama diikat oleh kedekatan emosi dan kepedulian sesama dan tidak terbatas pada anggota keluarga yang ada hubungan perkawinan, hubungan darah atau adopsi (Friedman, 1998).

Keluarga merupakan sistem yang paling dekat dengan individu dan merupakan tempat individu belajar, mengembangkan nilai, keyakinan, sikap dan perilaku (Keliat, 1995). Agar keluarga memberikan dampak terhadap individu yang menjadi anggota keluarga tersebut, maka diharapkan anggota keluarga dapat berfungsi dan berperan secara kondusif

2. Fungsi Keluarga

Friedman (1998) mengidentifikasi 5 fungsi keluarga:

a. Fungsi afektif

berhubungan erat dengan pemenuhan aspek psikososial yang ditandai dengan keluarga yang gembira, bahagia, akrab, merasa dimiliki, gambaran diri yang positif, yang semua didapatkan melalui interaksi didalam keluarga. Setiap anggota keluarga saling mengasihi, menghargai, dan mendukung. Kepedulian dan pengertian antar anggota keluarga merupakan pemenuhan kebutuhan psikologis dalam keluarga (Hunt & Zurek, 1997). Perceraian, kenakalan anak, masalah psikososial dan gangguan jiwa sering dijumpai pada keluarga yang fungsi afektifnya tidak terpenuhi. Pasien perilaku kekerasan mungkin berasal dari keluarga yang kurang saling menghargai, adanya permusuhan, kegagalan yang dipandang negatif. Kondisi afektif keluarga yang dapat menimbulkan kekambuhan adalah ekspresi emosi yang tinggi seperti kritik negatif, usil, permusuhan, atau terlalu mengatur (Pharoah, 2000). Penelitian yang dilakukan di rumah sakit jiwa Bogor (Maryatini, 1998) menunjukkan bahwa sikap menerima, toleransi dan mengkritik dari keluarga berhubungan dengan periode kekambuhan pasien.

b. Fungsi sosialisasi

adalah proses interaksi dengan lingkungan sosial yang dimulai sejak lahir dan berakhir setelah meninggal. Anggota keluarga belajar disiplin, budaya, norma melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di masyarakat.

Keluarga bersosialisasi dalam keluarga, terutama jika norma dan perilaku yang

dipelajari berbeda dengan yang ada di masyarakat dapat menimbulkan kegagalan bersosialisasi di masyarakat. Pasien dengan perilaku kekerasan, mungkin mendapat penguatan yang didapat dari anggota keluarga. Peristiwa kekerasan dalam keluarga juga merupakan faktor risiko lain bagi perilaku kekerasan pasien.

c. Fungsi perawatan kesehatan

adalah praktek merawat anggota keluarga, termasuk kemampuan keluarga meningkatkan dan memelihara kesehatan. Keluarga menentukan apa yang harus dilakukan jika sakit, kapan meminta pertolongan dan kepada siapa minta pertolongan. Penelitian yang dilakukan di rumah sakit jiwa Lawang dan Menur (Widodo, 2000) menunjukkan bahwa 119 orang (68 %) pasien pernah berobat ke dukun, orang pintar, kiai, atau peramal sebelum dirawat di rumah sakit. Hal ini terjadi karena kurangnya pengetahuan keluarga tentang cara merawat pasien. Keluarga umumnya membawa pasien ke rumah sakit jiwa karena perilaku kekerasan. Oleh karena itu selama dirawat di rumah sakit, keluarga perlu diberikan pendidikan kesehatan agar dapat merawat pasien setelah pulang dari rumah sakit. Tomczyk (1999) mengatakan ada dua terapi yang perlu dilakukan pada keluarga yaitu psikoedukasi dan terapi sistemik keluarga agar keluarga mampu merawat pasien. Keduanya bertujuan memberdayakan keluarga.

d. Fungsi reproduksi

adalah fungsi keluarga untuk meneruskan kelangsungan keturunan. Belum ada

penelitian tentang faktor perilaku kekerasan yang terkait dengan jumlah saudara

kandung.

e. Fungsi ekonomi

adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Asumsi krisis ekonomi meningkatkan perilaku kekerasan secara kasat mata dapat dibuktikan. Demikian pula jika keluarga mempunyai kemampuan merawat pasien di rumah akan mengurangi biaya perawatan di rumah sakit. Penghasilan keluarga akan berkurang dengan adanya anggota keluarga yang sakit (tidak produktif) ditambah anggota keluarga yang harus menemani atau merawat pasien (tidak produktif). Seluruh fungsi keluarga ini akan difasilitasi dalam mendukung perawatan pasien di rumah sakit dan setelah pulang ke rumah. Perlu dikaji siapa yang utama akan memberikan perawatan kepada pasien setelah pasien pulang dari rumah sakit. Pada penelitian di rumah sakit jiwa Lawang dan Menur (Widodo, 2000) ditemukan bahwa anggota keluarga yang paling banyak merawat pasien adalah saudara kandung 62 orang (44,9 %) dan orang tua 28 orang (20,2 %).

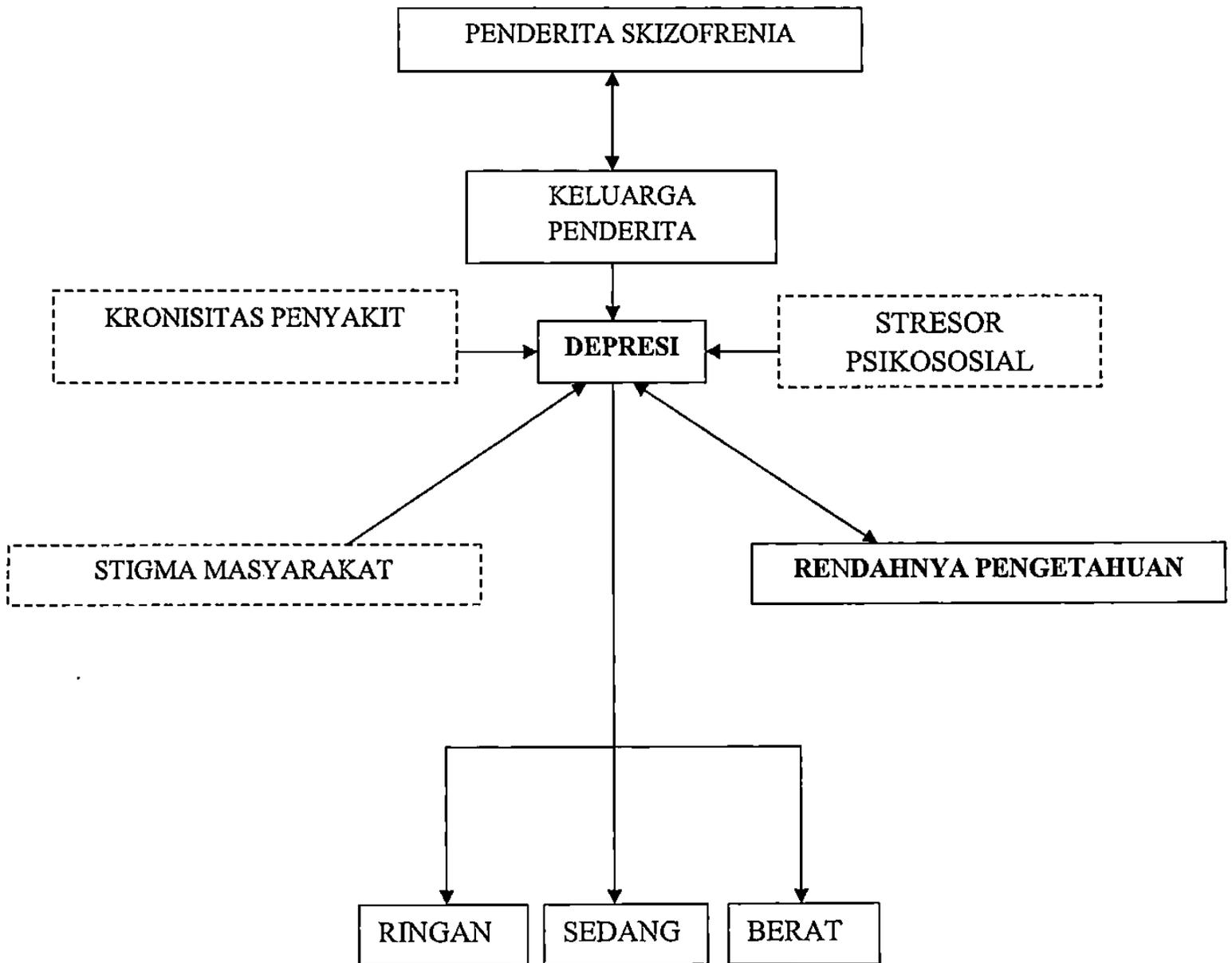
3. Tugas Keluarga

Tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan menurut *friedman* adalah

- a. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya,
- b. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat,
- c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit,
- d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kebibadian anggota keluarganya,

Mengenal kebutuhan kesehatan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan

E. Kerangka Konsep



F. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tinjauan pustaka dan dasar teori diatas, hipotesis kami adalah

1. Terdapat perbedaan tingkat keparahan antara Skizofrenia dengan tingkat depresi