

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stigma

2.1.1 Pengertian stigma

Kata stigma berasal dari bahasa Inggris yang artinya noda atau cacat. Menurut *The American Heritage Dictionary* (2012), stigma adalah "sebuah aib atau ketidaksetujuan masyarakat dengan sesuatu, seperti tindakan atau kondisi". Hal ini berasal dari stigma latin atau *stigmat-*, yang berarti "tanda tato" atau "menunjukkan budak atau status kriminal". Menurut Thesaurus, sinonim dari stigma yang *brand*, tanda, dan noda. Kata *brand* didefinisikan sebagai nama yang diberikan untuk produk atau layanan, tanda adalah yang membedakan simbol, sedangkan noda didefinisikan sebagai simbol aib keburukan (Thesaurus, 2006).

Jones (1984 dalam Koesomo, 2009) menyatakan bahwa stigma adalah penilaian masyarakat terhadap perilaku atau karakter yang tidak sewajarnya. Stigma adalah fenomena sangat kuat yang terjadi di masyarakat, dan terkait erat dengan nilai yang ditempatkan pada beragam identitas sosial (Heatherton, *et al*, 2003). Menurut Chaplin (2004), stigma adalah suatu cacatan atau cela pada karakter seseorang. Sedangkan, Goffman (1963) menyatakan "*stigma as a sign or a mark that designates the bearer as "spoiled" and therefore as valued less than normal people*". Stigma adalah tanda atau ciri yang menandakan pemiliknya membawa sesuatu yang buruk dan oleh karena itu dinilai lebih rendah dibandingkan dengan orang normal (Heatherton, *et al*, 2003).

Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Goffman menghasilkan suatu simpulan bahwa seseorang yang dikenai stigma tidak diperlakukan sama dengan orang lain. Hal ini merupakan bentuk diskriminasi yang membuat orang yang dikenai stigma kehilangan beberapa kesempatan penting dalam hidup sehingga pada akhirnya tidak leluasa untuk berkembang (Hinshaw, 2007).

Stigma merupakan hambatan yang dapat mencegah pasien gangguan jiwa untuk mendapatkan perawatan dan kepedulian yang tepat (Cooper, Corrigan, & Watson, 2003). Menurut Hawari (2001) dalam kaitannya dengan gangguan jiwa skizofrenia, stigma adalah sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa jika ada salah satu anggota keluarga yang menjadi penderita skizofrenia, hal itu merupakan aib bagi keluarga.

2.1.2 Penyebab stigma

Butt, *et al* (2010), menekankan bagaimana stigma terjadi pada berbagai tingkat. Terdapat 4 tingkat utama terjadinya stigma :

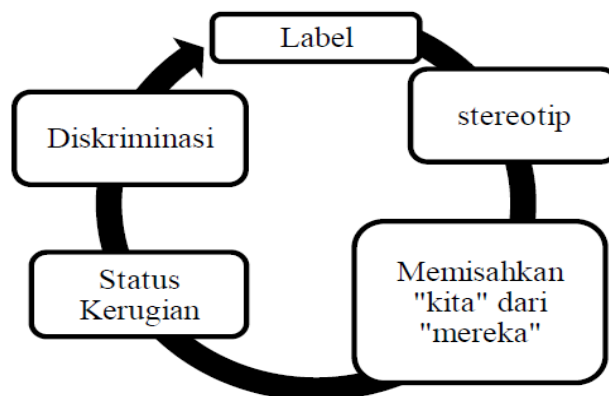
1. Diri: berbagai mekanisme internal yang dibuat diri sendiri, yang kita sebut stigmatisasi diri
2. Masyarakat: gosip, pelanggaran, dan pengasingan di tingkat budaya dan masyarakat
3. Lembaga: perlakuan preferensial atau diskriminasi dalam lembaga-lembaga
4. Struktur: lembaga-lembaga yang lebih luas seperti kemiskinan, rasisme, serta kolonialisme yang terus menerus mendiskriminasi suatu kelompok tertentu.

2.1.3 Proses stigma

Menurut Pfuhl (dalam Simanjutak: 2005) proses pemberian stigma yang dilakukan masyarakat terjadi melalui tiga tahapan, yaitu:

1. Proses interpretasi, pelanggaran norma yang terjadi dalam masyarakat tidak semuanya mendapatkan stigma dari masyarakat, tetapi hanya pelanggaran norma yang diinterpretasikan oleh masyarakat sebagai suatu penyimpangan perilaku yang dapat menimbulkan stigma
2. Proses pendefinisian orang yang dianggap berperilaku menyimpang, setelah pada tahap pertama dilakukan dimana terjadinya interpretasi terhadap perilaku yang menyimpang, maka tahap selanjutnya adalah proses pendefinisian orang yang dianggap berperilaku menyimpang oleh masyarakat
3. Perilaku diskriminasi, tahap selanjutnya setelah proses kedua dilakukan, maka masyarakat memberikan perlakuan yang bersifat membedakan (diskriminasi)

Proses stigma menurut *International Federation–Anti Leprocy Association* (ILEP, 2011): Orang-orang yang dianggap berbeda sering diberi label, masyarakat cenderung berprasangka dengan pandangan tertentu dengan apa yang orang alami seperti sangat menular, mengutuk, berdosa, berbahaya, tidak dapat diandalkan dan tidak mampu mengambil keputusan dalam kasus mental. Masyarakat tidak lagi melihat penderita yang sebenarnya tetapi hanya melihat label saja, kemudian memisahkan diri dengan penderita dengan menggunakan istilah “kita” dan “mereka” sehingga menyebabkan penderita terstigmatisasi dan mengalami diskriminasi.



Gambar 2.1 Skema Proses Stigma (ILEP, 2011)

2.1.4 Komponen stigma

Menurut Link dan Phelan (dalam Scheid & Brown, 2010) stigma mengacu pada pemikiran Goffman, komponen-komponen dari stigma sebagai berikut:

1. *Labelling*

Labelling adalah pembedaan dan memberikan label atau penamaan berdasarkan perbedaan-perbedaan yang dimiliki anggota masyarakat tersebut (Link & Phelan dalam Scheid & Brown, 2010). Sebagian besar perbedaan individu tidak dianggap relevan secara sosial, namun beberapa perbedaan yang diberikan dapat menonjol secara sosial. Pemilihan karakteristik yang menonjol dan penciptaan label bagi individu atau kelompok merupakan sebuah prestasi sosial yang perlu dipahami sebagai komponen penting dari stigma. Berdasarkan pemaparan di atas, *labelling* adalah penamaan berdasarkan perbedaan yang dimiliki kelompok tertentu.

2. *Stereotype*

Stereotype adalah kerangka berpikir atau aspek kognitif yang terdiri dari pengetahuan dan keyakinan tentang kelompok sosial tertentu (Judd, Ryan &

Parke dalam Baron & Byrne, 2003). Menurut Rahman (2013) stereotip merupakan keyakinan mengenai karakteristik tertentu dari anggota kelompok tertentu. *Stereotype* adalah komponen kognitif yang merupakan keyakinan tentang atribut personal yang dimiliki oleh orang-orang dalam suatu kelompok tertentu atau kategori sosial tertentu (Taylor, Peplau, & Sears, 2009).

3. *Separation*

Separation adalah pemisahan “kita” (sebagai pihak yang tidak memiliki stigma atau pemberi stigma) dengan “mereka” (kelompok yang mendapatkan stigma). Hubungan label dengan atribut negatif akan menjadi suatu pembenaran ketika individu yang dilabel percaya bahwa dirinya memang berbeda sehingga hal tersebut dapat dikatakan bahwa proses pemberian stereotip berhasil (Link & Phelan dalam Scheid & Brown, 2010). Berdasarkan pemaparan diatas, *separation* artinya pemisahan yang dilakukan antara kelompok yang mendapatkan stigma dengan kelompok yang tidak mendapatkan stigma.

4. Diskriminasi

Diskriminasi adalah perilaku yang merendahkan orang lain karena keanggotaannya dalam suatu kelompok (Rahman, 2013). Menurut Taylor, Peplau, dan Sears (2009) diskriminasi adalah komponen *behavioral* yang merupakan perilaku negatif terhadap individu karena individu tersebut adalah anggota dari kelompok tertentu.

2.1.5 Jenis stigma

Larson & Corrigan; Werner, Goldstein, & Heinik (2011) menjelaskan tentang tiga jenis stigma:

1. Stigma struktural

Stigma struktural mengacu pada ketidakseimbangan dan ketidakadilan jika dilihat dari lembaga sosial. Misalnya, merujuk ke kualitas rendah perawatan yang diberikan oleh profesional kesehatan menjadi stigma individu atau kelompok.

2. Stigma masyarakat

Stigma masyarakat menggambarkan reaksi atau penilaian negatif dari masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa.

3. Stigma oleh asosiasi

Stigma oleh asosiasi didefinisikan sebagai diskriminasi karena memiliki hubungan dengan seorang individu yang terstigma

2.1.6 Aspek-aspek stigma

Menurut Heatherton, *et al* (2003) aspek stigma adalah sebagai berikut:

1. Perspektif

Perspektif merupakan pandangan orang dalam menilai orang lain. Misalnya, seseorang yang memberikan stigma pada orang lain. Perspektif yang dimaksudkan dalam stigma berhubungan dengan pemberi stigma (*perceiver*) dan penerima stigma (*target*). Seseorang yang memberikan stigma pada orang lain termasuk dalam golongan *nonstigmatized* atau dalam bahasa sehari-hari disebut dengan orang normal. Seseorang yang memberikan stigma ini melibatkan aktivitas persepsi, ingatan atau pengalaman, interpretasi, dan pemberian atribut (Heatherton, *et al*, 2003). Proses perilaku ini dapat menegaskan dan memperburuk seseorang yang dikenai stigma.

2. Identitas

Aspek stigma yang berikutnya adalah identitas. Identitas ini terdiri dari dua hal, yakni identitas pribadi dan identitas kelompok. Stigma dapat diberikan pada orang yang memiliki ciri-ciri pribadi. Misalnya perbedaan warna kulit, cacat fisik, dan hal lain yang menimbulkan kenegatifan. Hal yang lain adalah identitas kelompok. Seseorang dapat diberi stigma karena dia berada di dalam kelompok yang memiliki ciri khusus dan berbeda dengan kelompok kebanyakan.

3. Reaksi

Aspek reaksi terdiri dari 3 sub aspek yang prosesnya berjalan bersamaan. Aspek tersebut yakni aspek kognitif, afektif, dan *behavior*. Aspek kognitif prosesnya lebih lambat dikarenakan ada pertimbangan dan tujuan yang jelas. Aspek kognitif ini meliputi pengetahuan mengenai tanda-tanda orang yang dikenai stigma. Misalnya, pada orang dengan skizofrenia cenderung dipersepsikan membahayakan, merugikan, sehingga dalam kognisi orang yang memberi stigma penderita skizofrenia harus dihindari.

Aspek berikutnya adalah aspek afektif. Sifat dari aspek afektif yakni *primitive*, spontan, mendasar dan tidak dipelajari. Aspek afektif pada orang yang memberikan stigma ini misalnya adalah perasaan-perasaan tidak suka, merasa terancam, dan jijik. Sehingga pada prakteknya dimungkinkan seseorang yang merasa demikian akan menunjukkan perilaku menghindar.

Hasil akhir dari kedua proses tersebut adalah aspek *behavior*. Aspek *behavior* didasarkan oleh kognitif dan afektif. Pada kenyataannya seseorang yang memiliki pikiran buruk dan perasaan terancam pada orang yang terkena

stigma akan menunjukkan perilaku penghindaran dan tidak bersedia berinteraksi.

2.1.7 Mekanisme stigma

Mekanisme stigma dikemukakan oleh Major & O'Brien (2004), yakni meliputi:

1. Perilaku *stereotype* dan diskriminasi

Seseorang yang dikenai stigma pada mulanya mendapatkan perlakuan yang negatif dari lingkungannya. Kemudian berlanjut pada adanya diskriminasi. Diskriminasi ini secara terus menerus dapat menimbulkan stigma.

2. Proses pemenuhan harapan

Menjadi orang yang di *stereotype* menyebabkan orang tersebut distigma. Sebaiknya tidak terlalu terpengaruh dengan perilaku seterotip atau prasangka yang ditujukan apabila ingin mengembangkan diri.

3. Perilaku *stereotype* muncul otomatis

Stigma muncul karena ada budaya atau *stereotype* yang berkembang di dalam masyarakat. Pada umumnya masyarakat mengetahui bahwa objek yang dikenai stigma memiliki hal yang membuat masyarakat enggan untuk menjalin interaksi. Stigma dapat mempengaruhi kelompok lain untuk memberikan stigma.

4. Stigma sebagai ancaman terhadap identitas

Perspektif ini berasumsi bahwa stigma membuat seseorang terancam identitas sosialnya. Orang yang menjadi objek stigma meyakini bahwa prasangka dan *stereotype* terhadap dirinya itu benar dan merupakan identitas pribadi.

2.1.8 Respon stigma

Respon adalah reaksi, tanggapan atau jawaban atas stimulus yang ada (Purwodarminto, 2006). Respon stigma dapat didefinisikan sebagai reaksi, tanggapan seseorang terhadap stigma yang dialami sebagai stimulus. Stigma yang diartikan sebagai stimulus dapat memberikan respon berbagai macam termasuk respon kehilangan. Respon kehilangan menurut Kuble-Ross terdiri dari menyangkal, marah, menawar, depresi dan menerima.

2.1.9 Dampak stigma

Hasil Penelitian Phulf (dalam Simanjutak; 2005) menemukan ada beberapa dampak atau akibat dari stigma, yaitu:

1. Stigma sulit mencari bantuan
2. Stigma membuat semakin sulit memulihkan kehidupan karena stigma dapat menyebabkan erosinya *self-confidence* sehingga menarik diri dari masyarakat
3. Stigma menyebabkan diskriminasi sehingga sulit mendapatkan akomodasi dan pekerjaan
4. Masyarakat bisa lebih kasar dan kurang manusiawi
5. Keluarganya menjadi lebih terhina dan terganggu.

Dampak stigma terhadap penderita gangguan jiwa tidak saja pada individu, namun juga bisa berdampak pada keluarga dan masyarakat:

1. Dampak pada individu

Pada individu, stigma berdampak pada individu, seperti: harga diri rendah, penilaian negatif pada diri sendiri (*self-stigma*), ketakutan, diasingkan, kehilangan kesempatan kerja karena diskriminasi, menambah depresi, dan

meningkatnya kekambuhan (Goffmand, 2004). Stigma juga menyebabkan seseorang atau grup tersebut merasa terkucilkan, tidak berguna, terisolasi dari masyarakat luas (Jones *et. al*, 1984).

2. Dampak stigma pada keluarga

Stigmatisasi juga berdampak terhadap keluarga dalam memberikan asuhan pada klien. Pemberian asuhan dari keluarga umumnya berbentuk dukungan fisik, emosional, finansial dan bantuan yang paling rendah dalam aktifitas sehari-hari. Dampak stigma dapat berupa beban finansial, kekerasan dalam rumah tangga, penurunan kesehatan fisik dan mental pada keluarga pengasuh, aktifitas rutin keluarga terganggu, kekhawatiran menghadapi masa depan, stress, dan merasa tidak dapat menanggulangi masalah (Carol, *et al*, 2004). Menurut Mohr & Regan (2000), keluarga akan mengalami pengalaman yang penuh stress dengan perasaan berduka dan trauma sehingga membutuhkan perhatian dan dukungan dari tenaga kesehatan yang profesional.

Dampak lain dari stigma pada anggota keluarga adalah harus menyesuaikan kebiasaan klien seperti menurunnya motivasi, kesulitan menyelesaikan tugas, menarik diri dari orang lain, ketidakmampuan mengatur keuangan, defisit perawatan diri, makan dan kebiasaan tidur yang kesemuanya dapat menguras konsentrasi dari keluarga (Lee, 2003). Dengan demikian stigma bagi keluarga adalah hal yang menakutkan, merugikan, menurunkan harga diri keluarga, memalukan, sesuatu yang perlu dirahasiakan, tidak rasional, kemarahan, sesuatu yang kotor, keputusasaan dan keadaan tidak berdaya (Gullekson, 1992).

3. Dampak stigma pada masyarakat

Ketika masyarakat meyakini benar terhadap stigma dan itu berlangsung lama, maka akan mempengaruhi konsep diri dalam kelompok atau masyarakat. Masyarakat akan menampilkan perilaku frustrasi dan tidak nyaman di masyarakat akibat stigma (Herman & Smith, 1989).

2.2 Stigma Keluarga

Stigma keluarga merupakan sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarga menderita skizofrenia merupakan aib bagi anggota keluarganya (Hawari, 2009). Sedangkan menurut Larson & Corrigan (2008) stigma keluarga adalah sebuah kasus stigma khusus yang dialami oleh individu sebagai konsekuensi akibat kaitannya dengan anggota keluarga yang mengalami stigma. Menurut Park & Park (2014) stigma keluarga dibentuk dari orang lain atau masyarakat memiliki persepsi negatif, sikap, emosi dan penghindaran dari masyarakat ke keluarga akibat ketidakbiasaan keluarga (memiliki anggota keluarga yang sakit) sehingga menimbulkan konsekuensi emosional, sosial, dan interpersonal yang dapat menurunkan kualitas hidup keluarga

Stigma keluarga yang terkait dengan gangguan jiwa digambarkan oleh Larson & Corrigan (2008):

1. *Stereotype Blame* (Menyalahkan)

Keluarga dengan anggota yang memiliki gangguan jiwa bisa mengalami malu karena orang lain mungkin menyalahkan mereka entah bagaimana bertanggung jawab atas gangguan tersebut.

2. *Shame* (Malu)

Pada gilirannya, anggota keluarga mengalami rasa malu untuk disalahkan untuk penyakit gangguan jiwa. Malu ini dapat menyebabkan anggota keluarga menghindari kontak dengan tetangga dan teman-teman.

3. *Contamination* (Kontaminasi)

Kontaminasi menjelaskan seberapa dekat hubungan dengan orang terkena stigma mungkin menyebabkan berkurangnya dengan mengurangi nilai stigma tersebut. Stigma keluarga berdampak negatif terhadap individu dalam berbagai cara. Anggota keluarga dapat menghindari situasi sosial, dan dapat menghabiskan energi dengan menyembunyikan rahasia, dan mengalami diskriminasi dalam pekerjaan atau dalam situasi rumah tangga (Larson & Corrigan, 2008).

Dalam stigma keluarga terdapat tiga konsep diantaranya menurut Park & Park, 2014:

1. *Antecedents*

Walker & Avant (2005), mendefinisikan *antecedents* adalah faktor peristiwa-peristiwa atau insiden yang harus terjadi sebelum terjadinya konsep. Dalam hal stigma keluarga, beberapa *antecedents* dapat ditampilkan yang mengarah ke terjadinya fenomena tersebut:

a. *The overall unusualness of the family*

Salah satu contoh fenomena ini adalah terjadinya kejadian negatif dalam keluarga. Secara khusus, ini mengacu pada terjadinya riwayat atau situasi negatif, peristiwa, kejadian, masalah, atau penyakit dalam satu keluarga, yang mempengaruhi baik seluruh keluarga atau satu anggota. Hal ini dapat termasuk yang terlibat dalam tindakan kejahatan atau memiliki anggota keluarga yang

sakit. Jika penyakit memerlukan beban pengasuh tinggi, hal ini dapat terjadi dengan tak terduga, masalah perilaku kronis atau konflik dengan tetangga, maka yg bisa kuat dan akan lebih mungkin menyebabkan keluarga yang mendapatkan stigma (Lefley, 1989).

b. Kebiasaan tidak wajar yang memiliki karakteristik atau terstruktur dalam keluarga

Salah satu yang nyata berbeda dari norma masyarakat pada umumnya. Keluarga dengan orang tua yang homoseksual, keluarga orang tua tunggal, keluarga minoritas, atau keluarga yang tergabung dalam *pseudo-religions* adalah contoh dari unit keluarga *unordinary*.

c. Tersebar luasnya informasi tentang keluarga

Dengan kata lain, orang-orang di lingkungan sekitar atau kota mengetahui aspek negatif keluarga, seperti kejadian negatif yang mereka masuk di dalamnya, penyakit dari anggota keluarga, atau karakteristik dari biasa atau struktur keluarga.

2. *Attributes*

Tiga atribut kunci definisi stigma keluarga yang diidentifikasi:

a. Orang lain memiliki persepsi negatif, sikap, emosi, dan menghindari sikap ke keluarga (dan setiap anggota keluarga), karena *unusualness family*, termasuk situasi negatif, kejadian, perilaku, masalah atau penyakit terkait dengan keluarga, atau karena tidak biasa dalam karakteristik atau struktur keluarga (Corrigan et al., 2006; Larson & Corrigan, 2008; Phelan, Bromet, & Link, 1998; van Dam, 2004; . Werner et al, 2011);

- b. Orang lain percaya bahwa *unusualness family* dapat merugikan, membahayakan, tidak sehat, mampu mempengaruhi pandangan negatif ke mereka, atau berbeda dari norma-norma sosial pada umumnya (Brickley *et al*, 2009; Hinshaw, 2005; Pirutinsky, Rosen, Shapiro Safran, & Rosmarin, 2010); dan
- c. Orang lain percaya bahwa anggota keluarga secara langsung atau tidak langsung terkontaminasi oleh anggota keluarga yang bermasalah, sehingga setiap anggota keluarga juga dianggap merugikan, berbahaya, tidak sehat, mampu mempengaruhi efek negatif pada orang lain, atau berbeda dari norma-norma sosial pada umumnya (Corrigan, *et al.*; Larson & Corrigan; Van Dam; Waller, 2010).

3. *Consequences*

Walker dan Avant (2005) mendefinisikan konsekuensi dari konsep sebagai hasil dari terjadinya konsep. Konsekuensi emosional dari keluarga yang mengalami stigma biasanya memiliki perasaan mengabaikan dan tidak hormat. Terkait hal itu, merasa malu, ketakutan, kecemasan, rasa putus asa, rasa bersalah, khawatir, dan perhatian yang berlebihan (Brickley *et al*, 2009;. Dalky, 2012; Larson & Corrigan, 2008; Mwinituo & Mill, 2006; van Dam, 2004; Werner *et al*, 2010.; Wong *et al.*, 2009). Selain itu, secara sosial, keluarga bisa merasakan diskriminasi, seperti kehilangan pekerjaan atau tempat tinggal, memiliki reputasi yang buruk, beban keluarga dan sebagainya (Larson & Corrigan; Lefley, 1989; Pirutinsky *et al*, 2010.; van Dam). Karena itu, keluarga mungkin menghindari hubungan sosial, menghabiskan energi untuk menyembunyikan rahasia keluarga, atau pindah ke daerah lain, dan bisa menyebabkan isolasi sosial pada keluarga

(Corrigan *et al*, 2006;. Mwinituo & Mill, 2006). Akhirnya, keluarga tidak mendapatkan bantuan yang konsisten atau dukungan, dan dengan demikian, kualitas hidup mereka akan menurun.

2.3 Keluarga

2.3.1 Pengertian keluarga

Menurut Departemen Kesehatan RI (2004), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggota (Sudiharto, 2007).

2.3.2 Struktur keluarga

Menurut Murwani (2007), struktur keluarga terdiri atas:

1. Pola dan proses komunikasi

Pola interaksi keluarga yang berfungsi: bersifat terbuka dan jujur, (selalu menyelesaikan konflik keluarga, berpikiran positif, dan tidak mengulang-ulang isu dan pendapat sendiri.

Karakteristik komunikasi keluarga berfungsi untuk:

- a) Karakteristik pengirim: yakin dalam mengemukakan sesuatu atau pendapat, apa yang disampaikan jelas dan berkualitas, selalu meminta dan menerima umpan balik.

- b) Karakteristik penerima: siap mendengarkan, memberi umpan balik, melakukan validasi

2. Struktur Peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat misalnya sebagai suami, istri, anak, dan sebagainya.

3. Nilai-nilai keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan. Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga. Budaya adalah kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah (Murwani, 2007).

2.3.3 Tipe-tipe keluarga

Menurut Sudiharto (2007), bentuk tipe-tipe keluarga antara lain :

1. Keluarga Inti (*Nuclear Family*), Keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri suami, istri, dan anak-anak baik karena kelahiran (natural) maupun adopsi.
2. Keluarga besar (*Extended Family*), Keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu termasuk keluarga modern, seperti orang tua tunggal, keluarga tanpa anak, serta keluarga pasangan sejenis (*guy/lesbian families*).

3. Keluarga Campuran (*Blended Family*), keluarga yang terdiri dari suami, istri, anak-anak kandung dan anak-anak tiri.
4. Keluarga menurut hukum umum (*Common Law Family*) Anak-anak yang tinggal bersama.
5. Keluarga orang tua tinggal, keluarga yang terdiri dari pria atau wanita, mungkin karena telah bercerai, berpisah, ditinggal mati atau mungkin tidak pernah menikah, serta anak-anak mereka yang tinggal bersama.
6. Keluarga Hidup Bersama (*Commune Family*), keluarga yang terdiri dari pria, wanita dan anak-anak yang tinggal bersama berbagi hak dan tanggungjawab, serta memiliki kepercayaan bersama.
7. Keluarga Serial (*Serial Family*), keluarga yang terdiri dari pria dan wanita yang telah menikah dan mungkin telah punya anak, tetapi kemudian bercerai dan masing-masing menikah lagi serta memiliki anak-anak dengan pasangannya masing-masing, tetapi semuanya menganggap sebagai satu keluarga.
8. Keluarga Gabungan (*Composite Family*), keluarga yang terdiri dari suami dengan beberapa istri dan anak-anaknya (poligami) atau istri dengan beberapa suami dan anak-anaknya (poliandri).
9. Hidup bersama dan tinggal bersama (*Cohabitation Family*), keluarga yang terdiri dari pria dan wanita yang hidup bersama tanpa ada ikatan perkawinan yang sah

2.3.4 Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) dalam Sudiharto, (2007), antara adalah sebagai berikut:

1. Fungsi Afektif (*The affective function*), fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain, fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial keluarga.
2. Fungsi Sosialisasi dan penempatan sosial (*socialization and social placement function*), fungsi pengembangan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
3. Fungsi Reproduksi (*reproductive function*), untuk mempertahankan generasi menjadi kelangsungan keluarga
4. Fungsi Ekonomi (*the economic function*), keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi Perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*the healthy care function*), fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan.

2.3.5 Peran keluarga

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem (Mubarak, dkk. 2009). Peran merujuk kepada beberapa perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normatif dari seseorang peran dalam situasi sosial tertentu (Mubarak, dkk. 2009). Peran keluarga

adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi, peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat (Setiadi, 2008).

Menurut Mubarak, dkk (2009) terdapat dua peran yang mempengaruhi keluarga yaitu

1. Peran Formal

Peran formal keluarga adalah peran-peran keluarga terkait sejumlah perilaku yang kurang lebih bersifat homogen. Keluarga membagi peran secara merata kepada para anggotanya seperti cara masyarakat membagi peran-perannya menurut pentingnya pelaksanaan peran bagi berfungsinya suatu sistem. Peran dasar yang membentuk posisi sosial sebagai suami-ayah dan istri-ibu antara lain sebagai provider atau penyedia, pengatur rumah tangga perawat anak baik sehat maupun sakit, sosialisasi anak, rekreasi, memelihara hubungan keluarga paternal dan maternal, peran terpeutik (memenuhi kebutuhan afektif dari pasangan), dan peran sosial.

2. Peran Informal Keluarga

Peran-peran informal bersifat implisit, biasanya tidak tampak, hanya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional individu atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga.

Peran keluarga dalam perawatan di rumah adalah (Ngadiran, 2010):

1. Menciptakan lingkungan rumah yang sehat dan menyenangkan sehingga membantu memulihkan kesehatan fisik, psikologis, dan sosial yang memuaskan
2. Mengatasi dan ikut bertanggung jawab atas terlaksananya pengobatan lanjutan di fasilitas kesehatan yang ada dan pengawasan dalam pemberian obat di rumah
3. Membantu pelaksanaan kegiatan sebelum dan setelah perawatan klien dan bertanggung jawab atas kemandirian klien
4. Menjalankan kerjasama yang baik dengan petugas kesehatan dalam rangka partisipasi dalam proses pengobatan dan pemulihan di rumah
5. Menciptakan hubungan yang baik dengan lingkungan keluarga dan tetangga dalam rangka pemberian pengertian kepada masyarakat terkait tentang keadaan, perilaku dan penyakit klien sehingga bersifat positif, suportif, dan membantu menentramkan apabila klien memperlihatkan perilaku negatif
6. Membantu mencari tempat kerja di masyarakat sehingga kondisi klien yang baik tetap dapat dipertahankan dan dikembangkan
7. Berpartisipasi secara aktif dan konstruktif dalam proses terapi keluarga

2.3.6 Tahap dan tugas perkembangan keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Friedman (1998) adalah:

1. Tahap 1 (Keluarga Pemula)

Keluarga pemula perkawinan dari sepasang insan menandai bermulanya sebuah keluarga baru, keluarga yang menikah atau prokreasi dan perpindahan dari keluarga asal atau status lajang ke hubungan baru yang intim.

Tugas perkembangan keluarga yaitu membangun perkawinan yang saling memuaskan, menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orangtua).

2. Tahap II (Keluarga yang sedang mengasuh anak)

Keluarga yang sedang mengasuh anak Tahap kedua dimulai dengan kelahiran anak pertama hingga bayi berumur 30 bulan. Biasanya orang tua bergetar hatinya dengan kelahiran anak pertama mereka, tapi agak takut juga. Kekhawatiran terhadap bayi biasanya berkurang setelah beberapa hari, karena ibu dan bayi tersebut mulai mengenal. Ibu dan ayah tiba-tiba berselisih dengan semua peran-peran mengasyikkan yang telah dipercaya kepada mereka. Peran tersebut pada mulanya sulit karena perasaan ketidakadekuatan menjadi orang tua baru.

Tugas perkembangan keluarga ini adalah membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru kedalam keluarga), rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orangtua dan kakek-nenek.

3. Tahap III (Keluarga dengan anak usia pra sekolah)

Keluarga yang anak usia prasekolah Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun. Sekarang, keluarga mungkin terdiri tiga hingga lima orang, dengan posisi suami - ayah, istri – ibu, anak laki-laki – saudara, anak perempuan – saudari. Keluarga menjadi lebih majemuk dan berbeda.

Tugas perkembangan keluarga ini adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, keamanan, mensosialisasikan anak. Mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak-anak yang lain. Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua dan anak) dan diluar keluarga (keluarga besar dan komunitas)

4. Tahap IV (Keluarga dengan anak usia sekolah)

Keluarga dengan anak usia sekolah. Tahap ini dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota maksimum, dan hubungan keluarga di akhir tahap ini.

Tugas perkembangan keluarga ini adalah membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan, mempertahankan hubungan perkawinan bahagia, memenuhi kebutuhan dan biaya hidup yang semakin meningkat, meningkatkan komunikasi terbuka.

5. Tahap V (Keluarga dengan anak remaja)

Keluarga dengan anak remaja. Ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, tahap kelima dari siklus kehidupan keluarga dimulai. Tahap ini berlangsung selama 6 hingga 7 tahun, meskipun tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal dirumah hingga brumur 19 atau 20 tahun.

Tugas perkembangan keluarga ini adalah menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri,

memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak.

6. Tahap VI (Keluarga dengan melepaskan anak usia dewasa muda)

Keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda. Permulaan dari fase kehidupan keluarga ini ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah orang tua dan berakhir dengan rumah kosong, ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tahap ini dapat singkat atau agak panjang, tergantung pada berapa banyak anak yang ada dalam rumah atau berapa banyak anak yang belum menikah yang masih tinggal di rumah.

Tugas perkembangan keluarga ini adalah memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, mempertahankan keintiman pasangan, membantu orang tua suami/isteri yang sedang sakit dan memasuki masa tua, membantu anak untuk mandiri di masyarakat, penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.

7. Tahap VII (Orangtua usia pertengahan)

Orang tua pertengahan. Tahap ketujuh dari siklus kehidupan keluarga, tahap usia pertengahan dari bagi orangtua, dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini biasanya dimulai ketika orangtua memasuki usia 45-55 tahun dan berakhir pada saat seorang pasangan pensiun, biasanya 16-8 tahun kemudian.

Tugas perkembangan keluarga ini adalah mempertahankan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak, meningkatkan keakraban pasangan.

8. Tahap VIII (Keluarga dengan masa pensiun dan lansia)

Keluarga dalam masa pensiun dan lansia Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun, terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal, dan berakhir dengan pasangan lain meninggal.

Tugas perkembangan keluarga ini adalah mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan, adaptasi dengan perubahan, kehilangan pasangan, teman, dll, mempertahankan keakraban suami-isteri dan saling merawat, mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat, melakukan *Life Review*.

2.3.7 Tugas kesehatan keluarga

Keluarga dipandang sebagai suatu sistem, maka gangguan yang terjadi pada salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi seluruh sistem. Keluarga juga sebagai suatu kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompok. Untuk itu, keluarga mempunyai beberapa tugas kesehatan yang harus dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan anggota keluarga, yaitu (Bailon & Maglaya, 1998 dalam Efendi & Makhfudli, 2009):

1. Mengenal gangguan kesehatan setiap anggota keluarga

Keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga. Apabila menyadari

perubahan keluarga perlu dicatat kapan terjadi, perubahan apa yang terjadi, dan berapa besar perubahan yang ditimbulkan.

2. Mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat

Keluarga terlebih dahulu harus mengetahui mengenai sifat dan luas masalah, dapat merasakan masalah kesehatan, mampu menghadapi masalah yang dialami, memiliki sifat positif terhadap masalah kesehatan, mampu menjangkau fasilitas kesehatan, percaya kepada tenaga kesehatan dan mendapatkan informasi yang benar tentang tindakan dalam mengatasi masalah sehingga keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang sedang dialami anggota keluarga.

3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga ketika sakit

Keluarga mengetahui keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis, dan perawatan), perawatan yang dibutuhkan oleh yang sakit, keberadaan fasilitas kesehatan untuk perawatan, manfaat pemeliharaan lingkungan, sumber yang ada dalam keluarga (finansial, fasilitas fisik, psikososial), serta seberapa penting sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

4. Memodifikasi lingkungan sekitar untuk kesehatan

Keluarga harus mengetahui fasilitas dalam keluarga yang dimiliki, manfaat dari pemeliharaan lingkungan, arti penting *hygiene* sanitasi serta sikap keluarga terhadap *hygiene* dan sanitasi, pencegahan penyakit, dan kekompakan antar anggota keluarga.

5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada

Keluarga harus mengetahui keberadaan fasilitas yang memberikan pelayanan perawatan dan keterjangkauan bagi keluarga, manfaat yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, kepercayaan keluarga terhadap fasilitas dan tenaga kesehatan, pengalaman sebelum ini terhadap petugas kesehatan.

2.4 Gangguan Jiwa

2.4.1 Pengertian gangguan jiwa

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Maslim, 2002; Maramis, 2010). Gangguan jiwa merupakan deskripsi sindrom dengan variasi penyebab. Banyak yang belum diketahui dengan pasti dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis. Pada umumnya ditandai dengan adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar atau tumpul (Maslim, 2002).

2.4.2 Sumber penyebab gangguan jiwa

Manusia bereaksi secara keseluruhan somato-psiko-sosial. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, unsur ini harus diperhatikan. Gejala gangguan jiwa yang menonjol adalah unsur psikisnya, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia seutuhnya (Maramis, 2010).

1. Faktor somatik (somatogenik)

Yakni akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.

2. Faktor psikologik (psikogenik)

Terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antar saudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri dan pola adaptasi juga akan mempengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. Apabila keadaan ini kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan.

3. Faktor sosial budaya

Meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.

2.4.3 Klasifikasi gangguan jiwa

1. Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)

Menurut UU RI No. 18 tahun 2014, Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia. Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah pasien pengidap gangguan jiwa yang sudah

terdeteksi penyakitnya oleh dokter. Dengan kata lain orang tersebut sudah berobat dan mendapat diagnosis dan penanganan untuk penyakitnya. ODGJ dibagi menjadi dua yaitu psikosis berupa bisikan dan persasaan paranoid serta neurosis yaitu depresi, bipolar, kecemasan dan insomnia (Wijayanti).

2. Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK)

Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa (UU RI No. 18 tahun 2014). Sedangkan, menurut Wijayanti ODMK adalah orang dengan masalah kejiwaan dan berpotensi mengalami gangguan jiwa, namun belum terdiagnosis oleh dokter sebagai penyakit. ODMK mempunyai potensi untuk mengidap gangguan kejiwaan dan masalah fisik.

Secara umum, klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 dibagi menjadi dua bagian, yaitu (1) gangguan jiwa berat/kelompok psikosa dan (2) gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan, dan sebagainya.

Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia (PPDGJ) pada awalnya disusun berdasarkan berbagai klasifikasi pada DSM, tetapi pada PPDGJ III ini disusun berdasarkan ICD X. Secara singkat, klasifikasi PPDGJ III, meliputi hal berikut (Yusuf, 2015):

1. F00 – F09: gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simptomatik)
2. F10 – F19: gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif

3. F20 – F29: skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham
4. F30 – F39: gangguan suasana perasaan (mood/afektif)
5. F40 – F48: gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress
6. F50 – F59: sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik
7. F60 – F69: gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa
8. F70 – F79: retardasi mental
9. F80 – F89: gangguan perkembangan psikologis
10. F90 – F98: gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja

2.5 Skizofrenia

2.5.1 Pengertian skizofrenia

Ada beberapa macam gangguan jiwa salah satunya yang banyak diderita oleh masyarakat adalah skizofrenia. Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa yang ditandai oleh adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar (Parawisata, 2006). Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang paling banyak terjadi, gejalanya ditandai dengan adanya distorsi realita, disorganisasi kepribadian yang parah, serta ketidakmampuan individu berinteraksi dengan kehidupan sehari-hari (Elvira & Hadisukanto, 2010). Skizofrenia disebabkan oleh ketidakseimbangan *dopamine* (zat kimia yang mengatur kesenangan dan

kepuasan) pada sel otak yang membuat penafsiran abnormal terhadap suatu hal (Maramis, 2005).

Skizofrenia sifatnya adalah gangguan yang lebih kronis dan melemahkan dibandingkan dengan gangguan mental yang lain. Pasien skizofrenia yang pernah dirawat di rumah Sakit akan kambuh 50 - 80%, harapan hidup pasien skizofrenia 10 tahun lebih pendek dari pada non pasien skizofrenia (Puspitasari, 2009).

2.5.2 Sejarah skizofrenia

Istilah skizofrenia pertama kali dicetuskan oleh psikiater berkewarganegaraan Swiss yakni Eugen Bleuler pada tahun 1911. Istilah skizofrenia digunakan untuk mengganti istilah sebelumnya yang dicetuskan Emil Kraepelin yakni *dementia praecox*. Skizofrenia sendiri berasal dari kata Yunani *schitos* yang berarti terpotong atau terpecah dan *phren* yang berarti otak (Nevid, *et al*, 2005).

2.5.3 Etiologi skizofrenia

Teori tentang penyebab skizofrenia, yaitu :

1. Diatesis-stres model

Teori ini menggabungkan antara faktor biologis, psikososial, dan lingkungan yang secara khusus mempengaruhi diri seseorang sehingga dapat menyebabkan berkembangnya gejala skizofrenia. Dimana ketiga faktor tersebut saling berpengaruh secara dinamis (Kaplan & Sadock, 2004).

2. Faktor biologis

Dari faktor biologis dikenal suatu hipotesis dopamin yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas dopaminergik yang berlebihan di

bagian kortikal otak, dan berkaitan dengan gejala positif dari skizofrenia (Kaplan & Sadock, 2004).

3. Genetika

Faktor genetika telah dibuktikan secara meyakinkan. Resiko masyarakat umum 1% pada orang tua resiko 5% pada saudara kandung 8% dan pada anak 12% apabila salah satu orang tua menderita skizofrenia, walaupun anak telah dipisahkan dari orang tua sejak lahir, anak dari kedua orang tua skizofrenia 40%. Pada kembar monozigot 47%, sedangkan untuk kembar dizigot sebesar 12% (Kaplan & Sadock, 2004).

4. Faktor psikososial

a) Teori perkembangan

Ahli teori Sullivan dan Erikson mengemukakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas dan menarik diri dari hubungan sosial pada penderita skizofrenia (Sirait, 2008).

b) Teori belajar

Menurut ahli teori belajar (*learning theory*), anak-anak yang menderita skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir irasional orang tua yang mungkin memiliki emosional yang bermakna (Sirait, 2008).

c) Teori keluarga

Tidak ada teori yang terkait dengan peran keluarga dalam menimbulkan skizofrenia. Namun beberapa penderita skizofrenia berasal dari keluarga yang disfungsi (Sirait, 2008).

2.5.4 Tipe-tipe skizofrenia

Berdasarkan definisi dan kriteria diagnostik tersebut, skizofrenia di dalam DSM-IV dapat dikelompokkan menjadi beberapa subtipe, yaitu (Kaplan & Sadock, 2004) :

1. Skizofrenia paranoid

Tipe skizofrenia yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a) Preokupasi dengan satu atau lebih delusi atau halusinasi dengar yang menonjol secara berulang-ulang
- b) Tidak ada yang menonjol dari berbagai keadaan berikut ini : pembicaraan yang tidak terorganisasi, perilaku yang tidak terorganisasi atau katatonik, atau efek yang datar atau tidak sesuai.

2. Skizofrenia terdisorganisasi

Tipe skizofrenia yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a) Di bawah ini semuanya menonjol :
 - 1) Pembicaraan yang tidak terorganisasi
 - 2) Perilaku yang tidak terorganisasi
 - 3) Afek yang datar atau tidak sesuai
- b) Tidak memenuhi kriteria untuk tipe katatonik

3. Skizofrenia katatonik

Tipe skizofrenia dengan gambaran klinis yang didominasi oleh sekurang-kurangnya dua hal berikut ini :

- a) Imobilitas motorik, seperti ditunjukkan adanya katalepsi atau stupor
- b) Aktivitas motorik yang berlebihan (tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal)

- c) Negativisme yang berlebihan (sebuah resistensi yang tampak tidak adanya motivasi terhadap semua bentuk perintah atau mempertahankan postur yang kaku dan menentang semua usaha untuk menggerakkannya) atau mutism
- d) Gerakan-gerakan sadar yang aneh, seperti yang ditunjukkan oleh posturing (mengambil postur yang tidak lazim atau aneh secara disengaja), gerakan stereotipik yang berulang-ulang, manerism yang menonjol, atau bermuka menyeringai secara menonjol
- e) Ekolalia atau ekopraksia (pembicaraan yang tidak bermakna)

4. Skizofrenia tidak tergolongkan

Tipe skizofrenia yang memenuhi kriteria A, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk tipe paranoid, terdisorganisasi, dan katatonik.

5. Skizofrenia residual

Tipe skizofrenia yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a) Tidak adanya delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terorganisasi, dan perilaku yang tidak terorganisasi atau katatonik yang menonjol
- b) Terdapat terus tanda-tanda gangguan, seperti adanya gejala negatif atau dua atau lebih gejala yang terdapat dalam kriteria A, walaupun ditemukan dalam bentuk lemah (misalnya, keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim)

2.5.5 Gejala dan gambaran klinis

Berdasarkan DSM-IV, ciri yang terpenting dari skizofrenia adalah adanya campuran dari dua karakteristik (baik gejala positif maupun gejala negatif) (APA,

2000). Secara umum, karakteristik gejala skizofrenia (kriteria A), dapat digolongkan dalam tiga kelompok :

1. Gejala positif, yaitu tanda yang biasanya pada orang kebanyakan tidak ada, namun pada pasien skizofrenia justru muncul. Gejala positif adalah gejala yang bersifat aneh, antara lain berupa delusi, halusinasi, ketidakteraturan pembicaraan, dan perubahan perilaku (Kaplan & Sadock, 2004).
2. Gejala negatif, yaitu menurunnya atau tidak adanya perilaku tertentu, seperti perasaan yang datar, tidak adanya perasaan yang bahagia dan gembira, menarik diri, ketiadaan pembicaraan yang berisi, mengalami gangguan sosial, serta kurangnya motivasi untuk beraktivitas (Kaplan & Sadock, 2004).
3. Gejala lainnya (disorganisasi), perilaku yang aneh dan disorganisasi pembicaraan. Perilaku yang aneh ini, misalnya katatonia, dimana pasien menampilkan perilaku tertentu berulang-ulang, menampilkan pose tubuh yang aneh; atau *waxy flexibility*, yaitu orang lain dapat memutar atau membentuk posisi tertentu dari anggota badan pasien, yang akan dipertahankan dalam waktu yang lama. Sedangkan disorganisasi pembicaraan adalah masalah dalam mengorganisasikan ide dan pembicaraan, sehingga orang lain mengerti, dikenal dengan gangguan berpikir formal (Prabowo, 2007).

2.5.6 Fase skizofrenia

Terdapat tiga fase utama dalam berkembangnya perjalanan skizofrenia, diantaranya (Prabowo, 2007):

1. Fase prodromal

ditandai dengan deteriorasi yang jelas dalam fungsi kehidupan, sebelum fase aktif gejala gangguan, dan tidak disebabkan oleh gangguan afek atau akibat gangguan penggunaan zat. Awal munculnya skizofrenia dapat terjadi setelah melewati periode yang sangat panjang, yaitu ketika seorang individu mulai menarik diri secara sosial dari lingkungannya. Fase prodromal ini berlangsung selama beberapa minggu hingga bertahun-tahun.

2. Fase aktif gejala

ditandai dengan munculnya gejala-gejala skizofrenia secara jelas. Sebagian besar penderita gangguan skizofrenia memiliki kelainan pada kemampuannya untuk melihat realitas dan kesulitan dalam mencapai insight. Sebagai akibatnya episode psikis dapat ditandai oleh adanya kesenjangan yang semakin besar antara individu dengan lingkungan sosialnya.

3. Fase Residual

terjadi setelah fase aktif, tidak disebabkan oleh gangguan afek atau gangguan penggunaan zat. Dalam perjalanan gangguannya, beberapa pasien skizofrenia mengalami kekambuhan hingga lebih dari lima kali.

2.5.7 Terapi skizofrenia

1. Terapi Farmakologi

Pada pendekatan farmakologis, penderita skizofrenia biasanya diberikan obat antipsikotik. Antipsikotik juga dikenal sebagai penenang mayor atau neuroleptik (Nevid, *et al* 2005). Pengobatan antipsikotik membantu mengendalikan perilaku skizofrenia yang mencolok dan mengurangi kebutuhan untuk perawatan rumah sakit jangka panjang apabila dikonsumsi pada saat

pemeliharaan atau secara teratur setelah episode akut (Kane, 1996; Sheitman, 1998 dalam Nevid, *et al* 2005).

Pemberian terapi farmakologi dengan memberikan obat-obatan saja tidak cukup untuk membantu penderita skizofrenia untuk memenuhi sisi kebutuhan hidupnya. Terapi farmakologi juga harus ditunjang dengan pemberian terapi lain yang bersifat membantu penderita agar dapat kembali ke lingkungan sosial melalui psikoedukasi dan pelatihan-pelatihan keterampilan sosial.

2. Terapi psikososial

Salah satu dampak yang terjadi pada penderita skizofrenia adalah menjalin hubungan sosial yang sulit. Hal ini dikarenakan skizofrenia merusak fungsi sosial penderitanya. Untuk mengatasi hal tersebut, penderita diberikan terapi psikososial yang bertujuan agar dapat kembali beradaptasi dengan lingkungan sosialnya, mampu merawat diri sendiri, tidak bergantung pada orang lain (Hawari, 2001).

3. Rehabilitasi

Program rehabilitasi biasanya diberikan di bagian lain rumah sakit jiwa yang dikhususkan untuk rehabilitasi. Terdapat banyak kegiatan, diantaranya terapi okupasional yang meliputi kegiatan membuat kerajinan tangan, melukis, menyanyi, dan lain-lain. Pada umumnya program rehabilitasi ini berlangsung 3-6 bulan (Hawari, 2001).

4. Program intervensi keluarga

Intervensi keluarga memiliki banyak variasi, namun pada umumnya intervensi yang dilakukan difokuskan pada aspek praktis dari kehidupan sehari-hari, mendidik anggota keluarga tentang skizofrenia, mengajarkan bagaimana cara

berhubungan dengan cara yang tidak terlalu frontal terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia, meningkatkan komunikasi dalam keluarga, dan memacu pemecahan masalah dan keterampilan coping yang baik (Nevid, *et al*, 2005).

2.6 Keaslian Penulisan

Tabel 2.1 Keaslian penulisan stigma keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa: skizofrenia

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1.	<i>Experiences of Stigma and Discrimination among Caregivers of Persons with Schizophrenia in China: a Field Survey</i> (Yin, <i>et al</i> 2014)	D : <i>cross sectional study</i> S : anggota keluarga dengan anggota keluarga skizofrenia I: MCESQ (<i>Modified Consumer Experiences of Stigma Questionnaire</i>) A: <i>socio-demographic characteristics, deskriptive anayses of stigma and discrimination, bivariate correlation, regression analyses</i>	Caregiver yang merawat penderita skizofrenia mengalami stigma, yang mana sangat berkaitan dengan dukungan sosial, kekerabatan, tingkat pendidikan penderita, dan faktor di lingkup keluarga. Diskriminasi lebih jarang dilaporkan oleh caregiver.
2.	<i>The Stigma of Families with Mental Illness</i> (Larson & Corrigan, 2008)	Deskriptif	Peneliti menjelaskan stigma keluarga berkaitan dengan penyakit mental yang dialami oleh anggota keluarga serta jenis stigma negatif yang berdampak pada anggota keluarga dan kerabat dengan penyakit mental. Stigma keluarga termasuk prasangka dan diskriminasi yang dialami oleh individu dengan kerabat dengan penyakit

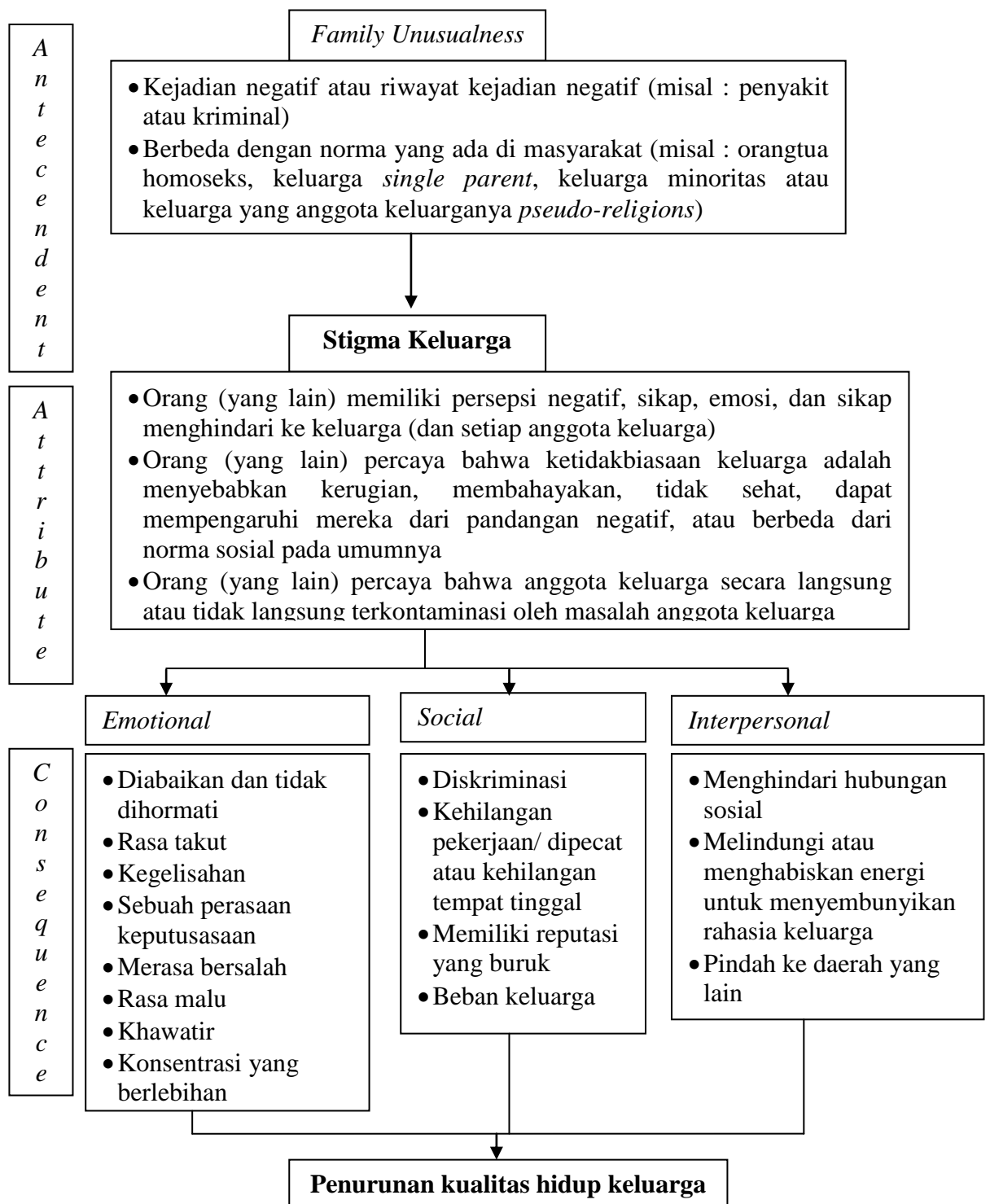
			<p>mental. Keluarga mengambil peran utama dalam mendukung kerabat dengan penyakit mental. Layanan terencana bahwa stigma dapat dimanfaatkan dengan dilaksanakan program pendidikan berfokus pada dukungan anggota keluarga yang menghadapi stigma keluarga; program pendidikan untuk mengurangi stigma dalam kesehatan jiwa profesional; program siaran radio untuk mengurangi stigma masyarakat melalui forum interaktif dengan menceritakan pengalaman pribadi.</p>
3.	<p>Stigma dan Penanganan Penderita Gangguan Jiwa yang Dipasung (Lestari & Wardhani, 2014)</p>	D : Studi Literatur	<p>Menunjukkan penderita yang diduga menderita gangguan jiwa yang dipasung lebih banyak dilakukan oleh keluarga sebagai alternatif terakhir untuk penanganan gangguan jiwa, setelah segala upaya pengobatan medis dilakukan keluarga. Namun ketidaktahuan keluarga dan masyarakat sekitar atas deteksi dini dan penanganan paska pengobatan di Rumah Sakit Jiwa menyebabkan penderita tidak tertangani dengan baik. Selain itu penderita gangguan jiwa seringkali mendapat stigma dari lingkungan sekitarnya. Stigma karena menderita gangguan jiwa melekat pada penderita</p>

			sendiri maupun keluarganya. Stigma menimbulkan konsekuensi kesehatan dan sosial-budaya pada penderita gangguan jiwa, seperti penanganan yang tidak maksimal, dropout dari pengobatan, pemasungan dan pemahaman yang berbeda terkait penderita gangguan jiwa.
4.	Stigma Masyarakat terhadap Skizofrenia (Ariananda, 2015)	D : <i>Mix-method</i> (kualitatif dan kuantitatif deskriptif) S : 390 orang I : Kuisisioner terbuka	Bentuk-bentuk stigma yang ditunjukkan oleh masyarakat terhadap penderita skizofrenia. Bentuk stigma masyarakat terhadap penderita skizofrenia yakni, masyarakat menggambarkan penderita skizofrenia sebagai orang dengan gangguan jiwa, masyarakat merasa takut saat bertemu dengan penderita skizofrenia, berbicara sendiri, masyarakat menunjukkan perilaku menghindar saat bertemu dengan penderita skizofrenia.
5.	Pengalaman <i>Family Caregiver</i> Orang dengan Skizofrenia (Gitasari & Savira, 2015)	D : Penelitian Kualitatif dengan Pendekatan Fenomenologi. S : Partisipan penelitian berjumlah 6 orang. I : peneliti dengan wawancara semi terstruktur A : Analisis Fenomenologis Interpretatif	Penelitian ini menghasilkan tiga tema besar. Tema besar pertama adalah masalah yang dihadapi <i>caregiver</i> selama merawat, yang terdiri dari empat sub tema yakni mendapat perlakuan dan sikap negatif, dampak merawat ODS (Orang Dengan Skizofrenia) pada <i>caregiver</i> , beban finansial, serta kerugian akibat merawat ODS. Tema besar kedua adalah usaha yang dilakukan <i>caregiver</i> untuk mengatasi masalah selama

			merawat, yang terdiri dari dua sub tema yakni mencoba beberapa pengobatan agar keadaan ODS lebih baik, serta mencoba berbagai cara untuk mengurangi beban merawat. Tema besar ketiga adalah faktor-faktor yang membuat <i>caregiver</i> tetap mau merawat, yang terdiri dari empat sub tema yakni ikatan keluarga, dukungan orang-orang di sekitar, kepasrahan pada Tuhan, serta hikmah.
6.	<i>Family Stigma: A Concept Analysis</i> (Park & Park, 2014)	Analisis konsep	<p>Terdapat tiga kata kunci tanda yang diidentifikasi:</p> <p>a)Orang lain memiliki persepsi negatif, sikap, emosi, dan memilih sikap menghindari ke keluarga, karena ketidakbiasaan keluarga termasuk situasi negatif, kejadian, sikap, masalah atau penyakit yang mengasosiasi dari keluarga, atau karena karakter yang tidak asli atau struktur dari keluarga,</p> <p>b) Orang lain percaya bahwa ketidakbiasaan keluarga menjadi hal yang merugikan, membahayakan, tidak sehat, dapat mempengaruhi negatif, atau berbeda dari norma sosial pada umumnya,</p> <p>c)Orang lain percaya bahwa anggota keluarga secara langsung atau tidak langsung terkontaminasi oleh masalah dalam anggota keluarga, sehingga setiap anggota keluarga juga menganggap sebagai hal yang merugikan, membahayakan, tidak sehat, dapat</p>

			mempengaruhi efek negatif kepada yang lain, atau berbeda dari norma sosial pada umumnya.
--	--	--	--

2.7 Kerangka Pikir Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Pikir Stigma Keluarga yang Memiliki Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa: Skizofrenia dengan Model Konsep Stigma Keluarga (Park & Park, 2014)

Stigma keluarga disebabkan oleh tingkat kebiasaan yang tidak wajar oleh keluarga (*family unusualness*) dalam kesatuan keluarga. Kebiasaan tersebut dapat terjadi karena budaya dari masyarakat setempat, seperti kejadian negatif, penyakit, atau kejadian yang lain dengan keluarga tunggal (*single family*). Atau dengan keluarga yang berbeda pada umumnya dalam struktur dan karakteristik. Terdapat tiga atribut dalam stigma keluarga yaitu (1) Orang lain yang memiliki persepsi negatif, sikap, emosi, dan sikap menghindari ke keluarga (dan setiap anggota keluarga); (2) Orang lain yang percaya bahwa ketidakbiasaan keluarga adalah menyebabkan kerugian, membahayakan, tidak sehat, dapat mempengaruhi mereka dari pandangan negatif, atau berbeda dari norma sosial pada umumnya; (3) Orang lain percaya bahwa anggota keluarga secara langsung atau tidak langsung terkontaminasi oleh masalah anggota keluarga.

Konsekuensi pada stigma keluarga yaitu konsekuensi emosional, yang terdiri dari diabaikan dan tidak dihormati, rasa takut, kegelisahan, sebuah perasaan keputusasaan, merasa bersalah, rasa malu, khawatir, konsentrasi yang berlebihan. Sedangkan pada konsekuensi sosial yaitu diskriminasi, kehilangan pekerjaan atau dipecat atau kehilangan tempat tinggal, memiliki reputasi yang buruk, beban keluarga. Selanjutnya, konsekuensi interpersonal yang terdiri dari menghindari hubungan sosial, melindungi atau menghabiskan energi untuk menyembunyikan rahasia keluarga, pindah ke daerah yang lain, dan isolasi sosial. Dari ketiga konsekuensi stigma keluarga tersebut dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup oleh keluarga.