

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gangguan Jiwa

2.1.1 Definisi gangguan jiwa

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola 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 adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar atau tumpul (Maslim, 2002).

2.1.2 Sumber penyebab gangguan jiwa

Pada umumnya orang awam beranggapan bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh santet atau diguna – guna atau kekuatan supra natural. Akan tetapi sesungguhnya gangguan jiwa disebabkan oleh banyak faktor yang berinteraksi satu sama lain. Seperti dapat kita lihat pada bagan dibawah ini.

1. Pengalaman traumatis sebelumnya

Sebuah survey yang dilakukan oleh (Whitfield, C., Dubeb, S., Felitti, V. & Anda, 2005) di San Diego, Amerika Serikat selama 4 tahun terhadap 50,000

pasien *psychosis* menemukan sebanyak 64% dari responden pernah mengalami trauma waktu mereka kecil (*sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, and substance abuse*). Penelitian lain yang dilakukan oleh Hardy *et al.*, (2005) di UK terhadap 75 pasien *psychosis* menemukan bahwa ada hubungan antara kejadian halusinasi dengan pengalaman trauma. 30,6% mereka yang mengalami halusinasi pernah mengalami trauma waktu masa kecil mereka.

2. Faktor biologik

1) Genetik

Hingga saat ini belum ditemukan adanya gen tertentu yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa. Akan tetapi telah ditemukan adanya variasi dari *multiple* gen yang telah berkontribusi pada terganggunya fungsi otak (Mohr, 2003). Sebuah penelitian yang dilakukan oleh National Institute of Health di Amerika Serikat telah menemukan adanya variasi genetik pada 33000 pasien dengan diagnosa skizofrenia, Autis, ADHD, *bipolar disorder* dan *mayor depressive disorder* (National Institute of health, 2013). Penelitian tersebut menemukan bahwa Variasi CACNA1C dan CACNB2 diketahui telah mempengaruhi *circuitry* yang meliputi memori, perhatian, cara berpikir dan emosi (National Institute of health, 2013). Disamping itu juga telah ditemukan bahwa dari orang tua dan anak dapat menurunkan sebesar 10%. Dari keponakan atau cucu sebesar 2–4 % dan saudara kembar identik sebesar 48 %.

2) Gangguan struktur dan fungsi otak

Menurut (Frisch and Frisch, 2011), Hipoaktifitas lobus frontal telah menyebabkan afek menjadi tumpul, isolasi sosial dan apati. Sedangkan

gangguan pada lobus temporal telah ditemukan terkait dengan munculnya waham, halusinasi dan ketidakmampuan mengenal objek atau wajah.

Gangguan prefrontal pada pasien skizofrenia berhubungan dengan terjadinya gejala negatif seperti apatis, afek tumpul serta miskin nya ide dan pembicaraan. Sedangkan pada bipolar disorder, gangguan profrontal telah menyebabkan munculnya episode depresi, perasaan tidak bertenaga dan sedih serta menurunnya kemampuan kognitif dan konsentrasi. Dsifungsi sistim limbik berkaitan erat dengan terjadinya waham, halusinasi, serta gangguan emosi dan perilaku. Penelitian terbaru menemukan penyebab AH adanya perubahan struktur dalam sirkuit syaraf yaitu adanya kerusakan dalam auditory spatial perception (Hunter *et al.*, 2010).

3) Neurotransmitter

Menurut (Frisch and Frisch, 2011), Neurotransmitter adalah senyawa organik endogenus membawa sinyal di antara neuron. Neurotransmitter terdiri dari:

- a. Dopamin: berfungsi membantu otak mengatasi depresi, meningkatkan ingatan dan meningkatkan kewaspadaan mental.
- b. Serotonin: pengaturan tidur, persepsi nyeri, mengatur status mood dan temperatur tubuh serta berperan dalam perilaku agresi atau marah dan libido
- c. Norepinefrin: Fungsi Utama adalah mengatur fungsi kesiagaan, pusat perhatian dan orientasi; mengatur “*fight-flight*” dan proses pembelajaran dan memori.

d. Asetilkolin: mempengaruhi kesiagaan, kewaspadaan, dan pemusatan perhatian.

e. Glutamat: pengaturan kemampuan memori dan memelihara fungsi *automatic*

3. Faktor psikoedukasi

Faktor ini juga tidak kalah pentingnya dalam kontribusinya terhadap terjadinya gangguan jiwa. Sebuah penelitian di Jawa yang dilakukan oleh (Pebrianti, L., Mubin, F. & Hidayati, T. N., 2012) menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tipe pola asuh keluarga dengan kejadian Skizofrenia. Sekitar 69 % dari responden (penderita skizofrenia) diasuh dengan pola otoriter, dan sekitar 16,7 % diasuh dengan pola *permissive*.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Erlina, Soewadi dan Pramono, (2010) di Sumatra Barat tentang determinan faktor timbulnya skizofrenia menemukan bahwa pola asuh keluarga patogenik mempunyai risiko 4,5 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan dengan pola asuh keluarga tidak patogenik. Adapun yang mereka maksud dengan pola asuh patogenik tersebut antara lain:

1. Melindungi anak secara berlebihan karena memanjakannya
2. Melindungi anak secara berlebihan karena sikap “berkuasa” dan “harus tunduk saja”
3. Sikap penolakan terhadap kehadiran si anak (*rejected child*)
4. Menentukan norma-norma etika dan moral yang terlalu tinggi
5. Penanaman disiplin yang terlalu keras
6. Penetapan aturan yang tidak teratur atau yang bertentangan

7. Adanya perselisihan dan pertengkaran antara kedua orang tua
8. Perceraian
9. Persaingan dengan sibling yang tidak sehat
10. Nilai-nilai yang buruk (yang tidak bermoral)
11. Perfeksionisme dan ambisi (cita-cita yang terlalu tinggi bagi si anak)
12. Ayah dan atau ibu mengalami gangguan jiwa (psikotik atau non-psikotik)

Berkaitan dengan penelantaran anak, sebuah penelitian yang telah dilakukan oleh Schafer et al (2007) pada 30 pasien wanita dengan skizofrenia, menemukan adanya korelasi yang bermakna antara anak-anak yang ditelantarkan baik secara fisik maupun mental dengan gangguan jiwa. Pada analisis multivariabel, Schafer menemukan bahwa mereka yang mempunyai status ekonomi rendah berisiko 7,4 kali untuk menderita gangguan jiwa skizofrenia dibanding dengan mereka yang mempunyai status ekonomi tinggi. Artinya mereka dari kelompok ekonomi rendah kemungkinan mempunyai risiko 7,4 kali lebih besar mengalami kejadian skizofrenia dibandingkan mereka yang dari kelompok ekonomi tinggi.

4. Faktor koping

Menurut Lazarus (2006), Ketika individu mengalami masalah, secara umum ada dua strategi koping yang biasanya digunakan oleh individu tersebut, yaitu:

- a. *Problem-solving focused coping*, dimana individu secara aktif mencari penyelesaian dari masalah untuk menghilangkan kondisi atau situasi yang menimbulkan stres.
- b. *Emotion-focused coping*, dimana individu melibatkan usaha-usaha untuk mengatur emosinya dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan timbul akibat suatu kondisi atau situasi yang penuh tekanan. Individu

yang menggunakan *problem –solving focused coping* cenderung berorientasi pada pemecahan masalah yang dialaminya sehingga bisa terhindar dari stres yang berkepanjangan sebaliknya individu yang senantiasa menggunakan *emotion-focused coping* cenderung berfokus pada ego mereka sehingga masalah yang dihadapi tidak pernah ada pemecahannya yang membuat mereka mengalami stres yang berkepanjangan bahkan akhirnya bisa jatuh ke keadaan gangguan jiwa berat.

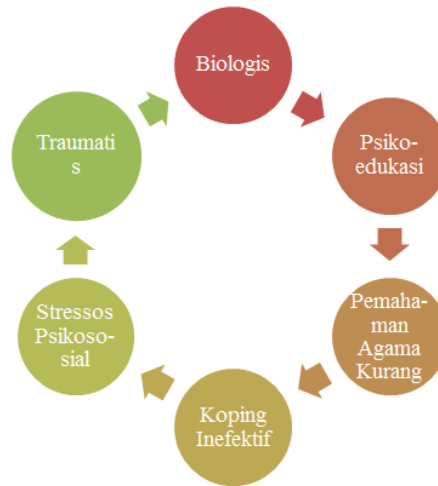
5. Stressor psikososial

Faktor stressor psikososial juga turut berkontribusi terhadap terjadinya gangguan jiwa. Seberapa berat stressor yang dialami seseorang sangat mempengaruhi respon dan coping mereka. Seseorang mengalami stressor yang berat seperti kehilangan suami tentunya berbeda dengan seseorang yang hanya mengalami stressor ringan seperti terkena macet di jalan. Banyaknya stressor dan seringnya mengalami sebuah stressor juga mempengaruhi respon dan coping. Seseorang yang mengalami banyak masalah tentu berbeda dengan seseorang yang tidak punya banyak masalah.

6. Pemahaman dan keyakinan agama

Pemahaman dan keyakinan agama ternyata juga berkontribusi terhadap kejadian gangguan jiwa. Beberapa penelitian telah membuktikan adanya hubungan ini. Sebuah penelitian etnografi yang dilakukan oleh Saptandari (2001) di Jawa tengah melaporkan bahwa lemahnya iman dan kurangnya ibadah dalam kehidupan sehari – hari berhubungan dengan kejadian gangguan jiwa. Penelitian yang dilakukan Suryani di tahun 2011 juga telah menemukan adanya hubungan antara kekuatan iman dengan kejadian gangguan jiwa. Pada pasien yang mengalami

halusinasi pendengaran, halusinasinya tidak muncul jika kondisi keimanan mereka kuat (Suryani, 2015).



Gambar 2. 1 Sumber penyebab gangguan Jiwa (Suryani, 2011)

2.1.3 Klasifikasi gangguan jiwa

Sistem klasifikasi pada ICD dan DSM menggunakan sistem kategori. ICD menggunakan sistem aksis tunggal (*uniaksis*), yang mencoba menstandarkan diagnosis menggunakan definisi deskriptif dari berbagai sindroma, serta memberikan pertimbangan untuk diagnosis banding. Kriteria diagnosis pada DSM menggunakan sistem multiaksis, yang menggambarkan berbagai gejala yang harus ada agar diagnosis dapat ditegakkan (Katona, C., Cooper C., 2012). Multiaksis tersebut meliputi hal sebagai berikut.

1. Aksis 1 : sindroma klinis dan kondisi lain yang mungkin menjadi fokus perhatian klinis.
2. Aksis 2 : gangguan kepribadian dan retardasi mental.
3. Aksis 3 : kondisi medis secara umum.
4. Aksis 4 : masalah lingkungan dan psikososial.

5. Aksis 5 : penilaian fungsi secara global.

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.

1. F00 – F09 : gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simtomatik).

Gangguan mental organik adalah gangguan mental yang berkaitan dengan penyakit/gangguan sistemik atau otak. Gangguan mental simtomatik adalah pengaruh terhadap otak merupakan akibat sekunder penyaki/gangguan sistemik di luar otak.

2. F10 – F19 : gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.

Berisi kelainan akibat penggunaan zat psikoaktif, baik melalui resep dokter ataupun tidak.

3. F20 – F29 : skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham.

Skizofrenia ditandai dengan penyimpangan fundamental dan karakteristik daripikiran dan presepsi, serta oleh efek ang tidak wajar atau tumpul. Kesadaran jernih dan kemampuan intelektual tetap, walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang kemudian.

4. F30 – F39 : gangguan suasana perasaan (mood/afektif).

Kelainan fundamental perubahan suasana perasaan (mood) atau afek, biasanya kearah depresi (dengan atau tanpa ansietas), atau kearah elasi (suasanan perasaan yang meningkat). Perubahan afek biasanya disertai perubahan keseluruhan tingkat aktivitas dan kebanyakan gejala lain adalah sekunder terhadap perubahan itu.

5. F40 – F48 : gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stres.

Gangguan kecemasan muncul terhadap situasi yang jelas dan tidak berbahaya. Kekhawatiran bias berupa gejala berdebar-debar atau rasa ingin jath dan sering diikuti oleh khawatir terhadap kematian, kehilangan control, atau gila.

6. F50 – F59 : sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik.

7. F60 – F69 : gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa.

Kondisi klinis bermakna dan pola perilaku cenderung menetap, dan merupakan ekspresi pola hidup yang khas dari seseorang dan cara berhubungan dengan diri sendiri maupun orang lain. Beberapa kondisi dan pola perilaku tersebut berkembang sejak dini dari masa pertumbuhan dan perkembangan dirinya sebagai hasil interaksi faktor konstitusi dan pengalaman hidup, sedangkan lainnya didapat pada masa kehidupan selanjutnya.

8. F70 – F79 : retardasi mental.

Keadaan perkembangan jiwa yang berhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya ketrampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh. Dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lain sehingga perilaku adaptif selalu ada.

9. F80 – F89 : gangguan perkembangan psikologis.

Pada sebagian besar kasus, fungsi yang dipengaruhi termasuk Bahasa, keterampilan visuo-spasial, koordinasi motorik. Khas dengan hendaya yang berkurang secara progresif dengan bertambahnya usia.

Gambaran umum :

- Onset bervariasi selama masa bayi atau kanak-kanak
 - Adanya hendaya atau keterlambatan perkembangan fungsi yang berhubungan erat dengan kematangan biologis susunan saraf pusat
 - Berlangsung terusmenerus tanpa remisi dan kekambuhan yang khas bagi banyak gangguan jiwa.
10. F90 – F98 : gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja.

Onset dini (biasanya balita), kurangnya usaha aktifitas kognitif, suka berganti aktifitas tanpa penyelesaian, dan aktifitas tidak teratur dan berlebihan. Terdapat kegagalan fungsi kognitif umum, keterlambatan perkembangan motoric, dan Bahasa.

2.2 Konsep Stigma

2.2.1 Definisi stigma

Stigma dapat diartikan sebagai persepsi negatif dari sebuah prasangka (*prejudice*) berdasarkan pengalaman yang didapat dari kejadian lampau ataupun dari pengalaman orang lain tanpa melalui suatu proses induksi atau pertimbangan yang cermat dalam menilai atau mengambil keputusan secara tergesa-gesa yang melibatkan unsur emosional (suka-tidak suka) (Rudito, 1999 : 59). Suatu pernyataan lain yang dikemukakan oleh Gofman (dalam Tarigan, 2013) tentang definisi stigma:

“Stigma merupakan predikat negatif yang melekat, pembedaan (sosial dan fisik) yang tidak diinginkan yang merendahkan dan mendiskreditkan seseorang untuk diterima sepenuhnya di dalam masyarakat”

Menurut Erving Goffman (1963) stigma merupakan penamaan yang sangat negatif kepada seseorang atau kelompok sehingga mampu mengubah konsep diri dan identitas sosial mereka. Stigma akan membuat seseorang atau kelompok dianggap negatif dan diabaikan, sehingga mereka disisihkan secara sosial (Aziz, et al., 2012).

2.2.2 Penyebab stigma

(Butt, 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.

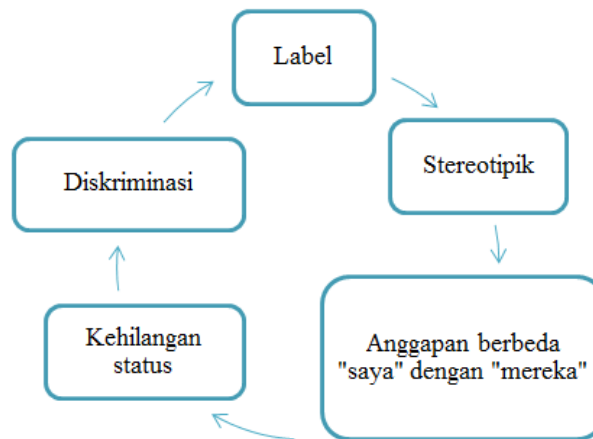
2.2.3 Proses stigma

Stigma dibentuk oleh struktur kognitif dan perilaku, yaitu stereotipik (*stereotypes*), prasangka (*prejudice*) dan diskriminasi (*discrimination*) (Major, B. & O'Brien, L., 2005). Stereotipik merupakan kepercayaan tentang kelompok tertentu. Prasangka merupakan evaluasi negatif atau positif terhadap seseorang atau kelompok tertentu. Diskriminasi merupakan perilaku yang diarahkan kepada seseorang atau sekelompok orang berdasarkan sebab tertentu, diskriminasi menyebabkan pengasingan, sulit mencari pekerjaan, kesempatan pendidikan yang terbatas dan kemampuan ekonomi yang menurun. Stereotipik tidak hanya

memberikan diskriminasi yang nyata tetapi juga menyebabkan seseorang kelompok yang mengalami stereotipik berperilaku mencerminkan stereotipik tersebut, misalnya klien gangguan jiwa telah mendapatkan label atau stereotipik sebagai penyakit menjijikkan, membuat klien merasa bahwa dirinya menjijikkan bagi orang lain (Feldman, 2012).

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. Proses terjadinya stigma pada penderita gangguan jiwa berawal dari labeling bahwa si penderita gangguan jiwa itu “berbahaya” bagi sesamanya, sebab gangguan jiwa bisa menular, diturunkan kepada anak-anak, dan lebih celaka lagi penyakit gangguan jiwa dianggap “akibat kutukan Tuhan”. Seiring perputaran waktu, label tersebut melekat kuat pada diri penderita gangguan jiwa sehingga semakin sulit dilepaskan dan menjadi stereotipik. Stereotipik yang terjadi pada penderita gangguan jiwa yaitu penderita gangguan jiwa dipandang jijik karena manifestasi klinis yang tampak dari tipe penyakit gangguan jiwa yang diderita dan kecacatan yang dialami. Stereotipik dapat mendorong prasangka pada seseorang atau sekelompok orang. Prasangka atau anggapan masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa menyebabkan penderita gangguan jiwa terasingkan, masyarakat bahkan keluarganya mengurangi interaksi dan membatasi diri dari penderita gangguan jiwa, sehingga hidupnya hari demi hari tidak bermakna (kehilangan status). Stigma menunjukkan kejadian yang sebenarnya diskriminasi terhadap penderita gangguan jiwa misalnya perceraian,

menolak akses seseorang untuk naik angkutan umum atau perilaku negatif misalnya bergosip. 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. 2 Proses stigma (ILEP, 2011)

2.2.4 Jenis stigma

Klasifikasi stigma yang dikemukakan oleh (Luka, E., 2008) yaitu:

1. *Enacted stigma/experienced*: merupakan jenis stigma dimana seseorang telah mengalami diskriminasi. Penderita gangguan jiwa dapat ditolak pekerjaan atau kehilangan pekerjaan mereka karena penyakit mereka, dan terkait komplikasi dengan konsekuen beban keuangan brutal. Ditetapkan stigma menunjukkan kejadian diskriminasi yang sebenarnya (misalnya perceraian, menolak akses seseorang untuk angkutan umum) atau perilaku negatif (misalnya bergosip).
2. *Perceived stigma/anticipated stigma/felt stigma*: stigma yang dirasakan/ dipersepsikan sendiri oleh penderita gangguan jiwa. *Felt stigma* mengacu penderita gangguan jiwa yang merasa dirinya tidak berharga. Hal ini biasanya disebabkan

berkurangnya harga diri (“Saya tidak baik”, “tidak ada yang akan mau menikah dengan orang yang pernah mengalami gangguan jiwa seperti saya sendiri”), merasa putus asa (“Aku tidak lagi bisa melakukan apa-apa”) dan perasaan bersalah (“ini mungkin kesalahan saya sendiri bahwa saya telah mengembangkan gangguan jiwa”).

3. *Self stigma/internalized stigma*: merupakan ketakutan akan diskriminasi.

Self stigma/internalized stigma merupakan sikap internal dari individu yang mengalami stigma (Kanter, *et al.*, 2008). *Self stigma* dapat dicirikan sebagai perasaan negatif tentang dirinya, perilaku maladaptif, transformasi identitas, persepsi atau reaksi sosial yang negatif berdasarkan kondisi kesehatan atau penyakit yang diderita (Livingston & Boyd, 2010). Klien gangguan jiwa yang mengalami *self stigma* akan kehilangan harga dirinya dan malu, membuat mereka akan merasa takut, putus asa dan menarik diri (Adhikari, *et al.*, 2013).

2.2.5 Dampak stigma pada klien gangguan jiwa

Penderita gangguan jiwa sering kali mendapatkan stigma dan diskriminasi oleh lingkungan dan masyarakat sekitarnya. Bila dibandingkan dengan pengidap penyakit lainnya, penderita gangguan jiwa memiliki tekanan yang luar biasa besarnya. Di kucilkan dari masyarakat, tidak diajak berinteraksi, dikeluarkan dari sekolah atau pekerjaan, hingga ditelantarkan oleh pasangan bahkan keluarganya. Keluarga sebagai sarana terdekat juga mendapat perlakuan yang sama, mendapatkan perilaku yang tidak menyenangkan bahkan mengganggu afektif dan psikologinya.

Diskriminasi merupakan tindak lanjut dari adanya stigma sosial. Stigma sosial yang lebih berada pada ranah kognisi dan persepsi, sedangkan diskriminasi lebih cenderung mengarah pada perbedaan perlakuan. Sasaran dari adanya

pembedaan sikap dan perlakuan ini adalah mereka yang dianggap minoritas dan dianggap rendah kedudukannya dan terpinggirkan (Aziz, et al., 2012).

Stigma dan diskriminasi, aspek tersebut sangat sulit terhapus dari lingkaran kehidupan masyarakat karena menyangkut permasalahan *mindset* dan kognisi serta dikonstruksi oleh masyarakat. Stigma merupakan bentuk muara dari adanya *labelling* bahwa penderita gangguan jiwa dianggap “berbahaya” dimana setiap langkah dari penderita gangguan jiwa dianggap akan mengganggu bahkan melukai orang-orang disekitar, terlebih adanya pemikiran yang konservatif terkait “akibat kutukan Tuhan”, terkena “ilmu hitam atau guna-guna” (Tarigan, 2013). Stigma yang melekat kuat pada masyarakat mempengaruhi kehidupan penderita gangguan jiwa yang semakin terpinggirkan secara sosial, psikis dan mental. Stigma tersebut pada akhirnya membuat penderita gangguan jiwa menarik diri dan mengelompokkan dirinya sehingga akan membuat permasalahan semakin banyak dan menumpuk. Indonesia sendiri masih bisa dikatakan lamban dalam mengembangkan hal tersebut apalagi dari segi konstitusi belum benar-benar ada ratifikasi dan memiliki konsekuensi dalam menerapkan azas-azas hak asasi manusia bagi penyandang disabilitas, seperti halnya UU disabilitas di Internasional yang dinamakan CRPD (Bakri, et al., 2013).

2.3 Konsep Teori *Self Efficacy*

2.3.1 Teori *self efficacy*

Teori *self efficacy* menurut Bandura adalah harapan penguasaan pribadi (*Self efficacy*) dan kesuksesan (*Expectacy outcomes*) yang menentukan individu terlibat dalam perilaku tertentu (Lenz, E. R. & Baggett, 2002). *Expectacy outcomes* adalah keyakinan individu tentang hasil dari perilaku yang ditampilkan. Hasil ini

dapat berupa bentuk, efek evaluasi diri dan sosial. *Self efficacy* yang berfokus kepada kepercayaan diri akan menghasilkan kemampuan untuk menghasilkan perilaku tertentu yang mereka yakin akan mencapai hasil yang diinginkan, sehingga *self efficacy* memprediksi penampilan perilaku lebih baik dibandingkan *expectancy outcomes* (Lenz, E. R. & Baggett, 2002).

2.3.2 Fungsi *self efficacy*

Bandura menyatakan bahwa *self efficacy* akan berkombinasi dengan lingkungan yang responsif dan tidak responsif untuk dapat menghasilkan empat variabel yang paling dapat diprediksi yaitu: 1) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu tinggi dan lingkungan responsif, maka hasil yang dapat diperkirakan adalah kesuksesan, 2) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu rendah dan lingkungan responsif, maka individu tersebut dapat menjadi depresi saat mereka mengamati orang lain, yang berhasil menyelesaikan tugas yang menurutnya sulit, 3) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu tinggi dan situasi lingkungan yang tidak responsif, maka individu tersebut biasanya akan berusaha keras mengubah lingkungan, 4) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu rendah berkombinasi dengan lingkungan yang tidak responsif, maka individu tersebut akan merasa apatis, mudah menyerah dan merasa tidak berdaya (Feist, J. & Feist, 2008).

Bandura juga menjelaskan bahwa *self efficacy* yang tinggi, akan mendorong individu untuk giat dan gigih melakukan upaya atau beraktivitas. Sebaliknya individu dengan *self efficacy* yang rendah, akan diliputi perasaan keragu-raguan akan kemampuannya. Jika individu tersebut dihadapkan pada kesulitan, maka akan memperlambat dan melonggarkan upayanya, bahkan dapat menyerah (Pajares &

Urdan, 2006).

2.3.3 Dimensi *self efficacy*

Bandura menyatakan bahwa ada 3 (tiga) dimensi *self efficacy* yaitu *magnitude*, *strength* dan *generality* (Lenz, E. R. & Baggett, 2002) Pajares & Urdan, 2006

Magnitude, yakni dimensi berkaitan dengan tingkat kesulitan seseorang dalam menghadapi masalah dengan usaha yang dilakukan. *Magnitude* berhubungan dengan bagaimana kesulitan seseorang untuk beradaptasi dengan perilaku spesifik tertentu. Dimensi ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih berdasarkan harapan akan keberhasilannya. Individu akan melakukan tindakan yang dirasakan mampu untuk dilaksanakannya dan akan meninggalkan persoalan yang diperkirakan di luar batas kemampuan yang dimilikinya.

Strength, dimensi ini berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu akan kemampuan yang dimiliki. Bandura mengatakan bahwa *strenght* merefleksikan seberapa yakin seseorang mampu melakukan tugas tertentu. *Self efficacy* tinggi akan tetap bertahan menghadapi hambatan dan masalah. Sedangkan individu dengan *strength self efficacy* rendah akan lebih mudah frustasi ketika menghadapi hambatan atau masalah dalam menyelesaikan tugasnya.

Generality, yakni berkaitan dengan seberapa besar atau luas cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan. Bandura menyebutkan bahwa *generality* merupakan derajat yang mana kepercayaan terhadap *self efficacy* yang mengacu pada tingkat kesempurnaan *self efficacy* dalam situasi tertentu. Beberapa individu mampu beradaptasi dengan berbagai kondisi. Ada juga individu yang

percaya bahwa mereka hanya mampu menghasilkan beberapa perilaku tertentu dalam keadaan tertentu saja (Lenz, E. R. & Baggett, 2002).

2.3.4 Sumber *self efficacy*

Sumber *self efficacy* Bandura menyatakan ada empat sumber penting yang mempengaruhi *self efficacy*. Sumber-sumber tersebut yaitu: pencapaian kinerja (*performance accomplishment*), pengalaman tak terduga (*vicarious experiences*), bujukan verbal (*verbal persuasion*) dan keadaan fisik dan emosioanl (*Physiological information*) (Lenz, E. R. & Baggett, 2002).

Performance accomplishment (pencapaian kinerja) terdiri atas berlatih dan pengalaman sebelumnya. Berlatih adalah sumber yang paling penting, karena didasarkan kepada pengalaman individu itu sendiri. Satu kali seseorang memiliki *self efficacy* yang kuat, maka satu kesalahan tidak akan begitu berpengaruh. Pengalaman dengan perilaku dan atribusi kesuksesan dan kesalahan merupakan sumber yang sangat penting dalam pengembangan *self efficacy* (Lenz, E. R. & Baggett, 2002).

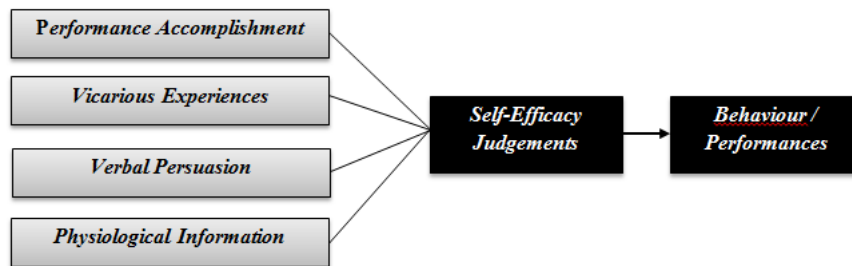
Vicarious experiences (pengalaman tak terduga) dalam hal ini yaitu observasi terhadap orang lain. Melihat orang lain mencapai kesuksesan juga penting sebagai sumber *self efficacy*. Orang lain dapat menjadi *role models* dan memberikan informasi tentang kesulitan dalam perilaku tertentu. Seseorang akan menggunakan indikator observasi, yang dapat mengukur kemampuan sendiri dan memperkirakan kesuksesan mereka. Observasi terhadap orang lain merupakan sumber yang lebih membangunkan *self efficacy* dibandingkan dengan pengalaman langsung (Lenz, E. R. & Baggett, 2002)

Verbal persuasion (bujukan verbal) sering digunakan sebagai sumber *self*

efficacy, namun ini tidak mudah digunakan. Pemberian instruksi, nasehat dan saran, mencoba untuk meyakinkan seseorang bahwa mereka dapat sukses dalam tugas yang sulit. Hal penting dalam ini adalah kredibilitas, keahlian, dan kepercayaan dari seseorang yang melakukan bujukan. Upaya-upaya secara verbal dalam meyakinkan seseorang bahwa mereka memiliki kemampuan untuk menampilkan perilaku tertentu adalah lebih membangun. Jika seseorang yakin akan kemampuan mereka sendiri, maka mereka akan lebih cenderung bertahan dan tidak akan mudah menyerah (Lenz, E. R. & Baggett, 2002).

Physiological information (keadaan fisik dan emosional) merupakan evaluasi diri terhadap status fisiologis dan emosional. Kondisi tubuh dapat mempengaruhi perkiraan seseorang terhadap kemampuan untuk menampilkan perilaku tertentu. Adanya pengalaman tekanan, cemas, dan depresi adalah tanda-tanda defisiensi atau berkurangnya ketahanan seseorang. Aktivitas yang membutuhkan kekuatan dan pertahanan, membuat mereka mengalami kelemahan, nyeri, gangguan pencernaan yang merupakan indikator *physical efficacy* yang rendah. Seseorang akan mencapai kesuksesan ketika mereka tidak dalam keadaan stress. Stress memberikan pengaruh yang negatif terhadap *self efficacy*. *Self efficacy* dari berbagai sumber butuh diproses secara kognitif. Banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman kognitif, misalnya kepribadian, situasi, sosial dan faktor waktu (Lenz, E. R. & Baggett, 2002). Ada hirarki tertentu dari keempat sumber *self efficacy*. Sumber yang pertama adalah sumber yang paling kuat karena berdasarkan kepada informasi langsung yaitu pengalaman sukses atau gagal. Sedangkan ketiga sumber lainnya adalah berdasarkan informasi yang tidak langsung. Melihat orang lain dengan memperlihatkan perilaku yang diinginkan dapat

menawarkan sumber *self efficacy* yang penting, tetapi tidak berdasarkan kepada pengalaman diri seseorang. Bujukan merupakan sumber yang membangunkan, digunakan untuk mendukung sumber lain. Sumber yang terakhir merupakan sebagai kekuatan diri seseorang dengan mengandalkan status fisik dan emosi mereka untuk meyakinkan kemampuan mereka (Lenz, E. R. & Baggett, 2002).



Gambar 2. 3 Sumber *self efficacy* (Bandura, 1997)

2.4 Konsep Keluarga

2.4.1 Definisi keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang tergabung dari seorang suami, istri dan anak menjadi satu kesatuan. Fitzpatrick, 2004, mengemukakan definisinya tentang keluarga setidaknya dapat di tinjau berdasarkan tiga sudut pandang, yaitu definisi struktural, definisi fungsional, dan definisi interaksional.

1. Definisi struktural

Keluarga didefinisikan berdasar ketidakhadiran anggota keluarga, seperti orang tua, anak, dan kerabat lainnya. Definisi ini memfokuskan pada siapa yang dapat muncul menjadi bagian dari keluarga sebagai asal-usul (*families of origin*), keluarga sebagai wahana melahirkan keturunan (*families of procretaion*), dan keluarga batih (*extended family*).

2. Definisi fungsional

Keluarga didefinisikan dengan penekanan pada terpenuhinya tugas-tugas dan fungsi-fungsi psikososial. Fungsi tersebut mencakup peraawatan, sosialisasi pada anak, dukungan emosi dan materi, dan pemenuhan peran-peran tertentu. Definisi ini fokus terhadap tugas yang dilakukan oleh keluarga.

3. Definisi interaksional

Keluarga didefinisikan sebagai kelompok yang mengembangkan keintiman melalui perilaku-perilaku yang memunculkan rasa identitas sebagai keluarga (*family identity*). Berupa ikatan emosi, pengalaman historis, maupun cita-cita masa depan. Definisi ini memfokuskan pada bagaimana keluarga melaksanakan fungsinya.

Pada umumnya, fungsi yang dijalankan oleh keluarga seperti melahirkan dan merawat anak, menyelesaikan masalah, dan saling peduli antar anggotanya tidak berubah substansinya dari masa ke masa (Day, 2010). Namun, bagaimana keluarga melakukannya dan siapa saja yang terlibat dalam proses tersebut dapat berubah dari masa ke masa dan bervariasi diantara berbagai budaya.

Banyak ahli menguraikan pengertian tentang keluarga sesuai dengan perkembangan sosial yang terjadi di masyarakat. Beberapa ahli tersebut di antaranya sebagai berikut.

Marilyn M. Friedman (1986) menyatakan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga.

Duval dan Logan (1986) menguraikan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga.

Salvico G. Bailon dan Aracelis Maglaya (1978) menjelaskan bahwa keluarga adalah dua individu atau lebih yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing, serta menciptakan dan mempertahankan suatu budaya.

Dari beberapa keterangan diatas, dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan suatu sistem. Sebagai suatu sistem, keluarga mempunyai anggota, yaitu ayah, ibu dan anak, serta semua anggota keluarga lainnya. Anggota keluarga tersebut saling berinteraksi, inerelasi, dan interpendensi, untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga merupakan sistem yang terbuka sehingga dapat dipengaruhi oleh berbagai macam stigma yang ada di lingkungannya.

2.4.2 Peran dan fungsi keluarga

Menurut Friedman (1998), terdapat lima fungsi keluarga, yaitu:

1. Fungsi afektif (*the Affective Function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
2. Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui

individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

3. Fungsi reproduksi (*the reproduction function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi (*the economic function*) yaitu 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 health care function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan.

2.5 Keaslian Penelitian

Tabel 2. 1 Keaslian penelitian Gambaran *Self Efficacy* Anggota Keluarga yang Mengalami Stigma Selama Merawat Penderita Gangguan Jiwa di Kecamatan Buduran, Sidoarjo.

No	Judul	Metode	Hasil
1.	Public Stigma Terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa di Kabupaten Kebumen (Asti <i>et al.</i> , 2016)	D: Deskripsi Analitik, Kuantitatif S: Penderita mental disorder yang pilih secara acak di Desa Rogodono, Buayan, Kebumen sebanyak 207 orang V: Stigma publik I: Kuesioner A: Deskriptif Univariat	Hasil penelitian menunjukkan: - sebagian besar responden perempuan (59,4%), rentang usia 41-50 tahun (32,4%), pendidikan dasar (49,3%), bekerja sebagai buruh (47,8%) - 87,43% memberikan <i>public stigma</i> prasangka, 12,07%

			memberikan <i>public</i> stigma diskriminasi, 0,48% memberikan <i>public</i> stigma pelabelan.
			- stigma yang diciptakan oleh masyarakat terhadap orang dengan gangguan jiwa secara tidak langsung menyebabkan keluarga atau masyarakat disekitar penderita gangguan jiwa enggan untuk memberikan penanganan yang tepat terhadap ODGJ, sehingga tidak tertangani dengan semestinya.
2.	Kemampuan Keluarga dalam Merawat Orang dengan Gangguan Jiwa di Sragi, Lampung Selatan (Sulastri, 2018)	D: <i>Cross Sectional</i> , Kuantitatif S: 40 orang di Puskesmas Sragi, Lampung Selatan. V: Kemampuan Keluarga I: Kuesioner A: Distribusi Frekuensi	Hasil penelitian menunjukkan: - tanggungjawab merawat pasien gangguan jiwa di keluarga dilakukan oleh usia produktif, rata-rata 44 tahun keatas. - rerata kemampuan keluarga 32,6 dengan nilai min 24 dan maks 46, standar deviasi 6,34 menunjukkan keluarga mampu. - distribusi frekuensi kemampuan sebesar 57,5% masih kurang memadai. - kemampuan keluarga merawat pasien gangguan jiwa masih <i>relative</i> rendah dengan sebagian

		kepala keluarga yang melakukan dan tingkat pendidikan dasar maupun menengah.
3.	<p>Stigma dan Dukungan Keluarga dalam Merawat Orang dengan Gangguan Jiwa di desa Nembangrejo, Sukorejo, Ponorogo (Nasriati, 2017)</p> <p>D: <i>Cross sectional</i>, Kuantitatif</p> <p>S: seluruh keluarga yang merawat orang dengan gangguan jiwa sebanyak 25 responden, di Desa Nabangrejo.</p> <p>V: Stigma dan Dukungan Keluarga</p> <p>I: Kuesioner</p> <p>A: Uji Statistik Fisher Exact</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 68% responden laki-laki, 28% usia rerata 41-50 tahun, 72% tingkat Pendidikan dasar, 68% pekerjaan petani - Sebagian besar (52%) keluarga penderita gangguan jiwa mengalami stigma tinggi. - 60% responden memberikan dukungan buruk pada penderita gangguan jiwa. - <i>Crosstabulation</i> stigma dengan dukungan keluarga penderita gangguan jiwa (76,9%) mengalami stigma tinggi dan dukungan buruk, (23,1%) mengalami stigma tinggi dan dukungan buruk - Uji statistik dengan Fisher Exact didapatkan ada hubungan antara stigma dengan dukungan keluarga dalam merawat orang dengan gangguan jiwa dengan (p value=0,0082).

4.	Gambaran Stigma Masyarakat Terhadap Klien Gangguan Jiwa di RW 9 Desa Cileles Sumedang (Purnama, Yani and Sutini, 2016)	D: <i>Cross sectional</i> , Kuantitatif S: 253 Kepala Keluarga dan Sampel 155 responden di Desa Cileles Sumedang V: Stigma Masyarakat I: Kuesioner A: Distribusi Frekuensi dan kor Median	Hasil penelitian menunjukkan: - 38,7% responden berusia 36-45 tahun, 95,5% bersuku sunda, 45% Pendidikan tingkat dasar - nilai median otoriterisme 34 dengan IQR2, nilai median pembatasan sosial sebesar 27 dengan IQR7, serta nilai stigma 128 dengan IQR7. - Hal tersebut dapat berarti, bersama dengan stigma yang muncul, lebih banyak responden yang menganggap bahwa klien gangguan jiwa harus diperlakukan dengan kasar.
5.	Masalah Psikososial Keluarga dan Peranan Psioedukasi dalam Peningkatan Kualitas Hidup Bekas Pesakit Mental (Yusuf, 2017)	D: Kualitatif S: Bekas penderita gangguan jiwa V: Masalah Psikososial, peranan psikoedukasi, Kualitas hidup I: Observasi, wawancara mendalam A: <i>Object Relations</i>	Hasil penelitian menunjukkan: - gangguan mental psikotik termasuk dalam kategori gangguan mental yang berat. - gangguan mental ini dianggap sebagai gangguan yang paling merusak, tidak hanya bagi orang yang terkena tetapi juga pada keluarganya. - keluarga yang memiliki anggota penderita psikotik menghadapi masalah stigma sosial yang berkaitan dengan

			penderita psikotik, seperti diskriminasi dan penyisihan sosial.
6.	Stigma dan Keinginan Mencari Bantuan Psikologis di Layanan Profesional: Meta Analisis (Fathiyah, 2016)	D: Meta Analisis S: 21 studi dengan 5846 orang V: Stigma dan Keinginan mencari bantuan I: Pengumpulan Data penelusuran Jurnal Elektronik A: Meta Analisis	Hasil meta analisis menunjukkan: - nilai korelasi yang sesungguhnya setelah dikoreksi dengan kesalahan pengambilan sampel sebesar -0.2412. Adapun dampak kesalahan pengambilan sampel sebesar 5,6 % yang berarti bahwa kesalahan korelasi populasi disebabkan pengambilan sampel sebesar 5,6 %. - hasil ini semakin memperkuat penelitian terdahulu yang membuktikan adanya pengaruh negatif stigma dengan keinginan mencari bantuan di layanan bantuan psikologis profesional. - semakin tinggi stigma tentang gangguan mental, semakin rendah keinginan seseorang untuk mencari bantuan psikologis di layanan profesional.
7	Stigma Terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa di Bali (Herdiyanto, Tobing and Vembrianti, 2017)	D: Kualitatif- <i>grounded theory</i> S: Keluarga, penderita, masyarakat total	Hasil penelitian menunjukkan: - dinamika stigma pada ODGJ dan keluarga, berasal dari

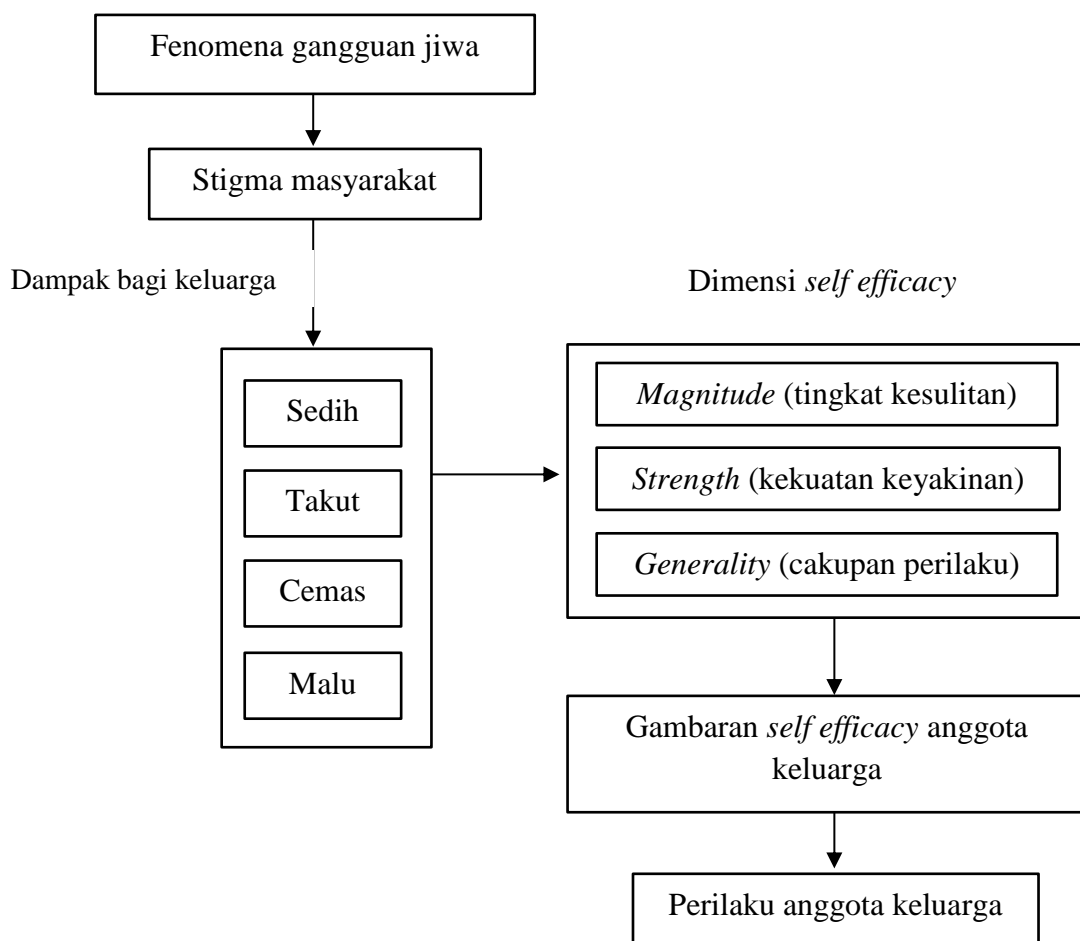
	<p>sebanyak 67 responden di Bali</p> <p>V: Stigma</p> <p>I : in-depth interview semi terstruktur, observasi non-partisipan</p> <p>A : <i>Theoretical coding</i></p>	<p>kepercayaan, pengetahuan, informasi keliru, dan minimnya pengalaman berhubungan dengan ODGJ.</p> <ul style="list-style-type: none"> - bentuk stigma pada ODGJ berupa persepsi berbahaya, tidak bisa sembuh, tidak bisa bekerja, kesulitan hubungan sosial, sedangkan pada anggota keluarga berupa rasa malu, terbebani serta adanya faktor magis. - dinamika hubungan stigma dengan proses pengobatan ODGJ terkait dengan proses mencari bantuan yang dipengaruhi oleh informasi, kedekatan hubungan, dan sumber daya yang dimiliki oleh keluarga - relasi antara pengetahuan dengan stigma dalam memprediksi jangka waktu kedatangan keluarga ODGJ ke ketenaga profesional kesehatan jiwa.
8	<p>Pengetahuan sebagai Faktor Dominan Efikasi Diri Kader dalam Melakukan Deteksi Dini Gangguan Jiwa (Rosdiana <i>et al.</i>, 2018)</p> <p>D: <i>Cross Sectional</i></p> <p>S: 138 warga di Puskesmas Bantur Kabupaten Malang.</p> <p>V: Pengetahuan, ikasi Diri</p> <p>I: Kuesioner</p> <p>A: <i>Analisis multivariat</i></p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - responden 52,5% pada usia produktif, 52,5% berpendidikan menengah, dan 68,8% bekerja sebagai IRT

				<ul style="list-style-type: none"> - sebagian besar yaitu sebanyak 73 orang (52,9%) mempunyai pengalaman yang baik, dukungan sosial tinggi (68,8%). - 88,4% kader memiliki pengetahuan dan 62,3% memiliki efikasi diri yang tinggi - Uji multivariat menunjukkan bahwa faktor pengetahuan, pengalaman dan dukungan sosial menjadi faktor dominan yang berhubungan dengan efikasi diri dalam melakukan deteksi dini gangguan jiwa.
9	Stigma Masyarakat Terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa di Kecamatan Kuta Malaka Kabupaten Aceh Besar (Putriyani and Sari, 2014)	D: <i>Cross Sectional</i> S: 68 warga di Desa Tumbo Baro, Desa Lam Ara Tunong dan Desa Reuleng Geulumpang Kecamatan Kuta Malaka Kabupaten Aceh Besar V: Stigma masyarakat I: wawancara terpimpin, kuesioner A: analisis non parametrik <i>Wilcoxon</i>	Hasil penelitian menunjukkan:	<ul style="list-style-type: none"> - 39,7% responden berada di usia dewasa awal 26-35 tahun. 91,1% perempuan, 39,7% Pendidikan tingkat menengah atas, dan 52,9% sebagai IRT. - 69,1% sebagian besar stereotip masyarakat terhadap orang dengan gangguan jiwa termasuk dalam kategori tinggi. 52,9% masyarakat berprasangka tinggi, 47,1% masyarakat mendiskriminasi dalam kategori rendah.

					- secara umum stigma masyarakat terhadap orang dengan gangguan jiwa masih terkategori rendah dengan frekuensi 35 (51,5%).
10	Melantas Batas Diri: Studi Kasus Resosialisasi Eks-Pasien Skizofrenia Paranoid Pasca Rawat Inap Mengguakkan Pendekatan Thematic Analysis (Muharram and Kahija, 2018)	D: Analisis Tematik, Kualitatif Studi Kasus S: Partisipan penelitian terdiri dari satu orang eks-pasien sebagai subjek kasus, serta tiga orang informan dari <i>caregiver</i> , tetangga, dan tokoh masyarakat. V: Resosialisasi I: Wawancara, observasi, catatan lapangan A: Analisa Tematik	Hasil penelitian menunjukkan:		<ul style="list-style-type: none"> - ditemukan bahwa resosialisasi pada eks-pasien skizofrenia paranoid dipengaruhi oleh proses pengobatan yang dilakukan, dukungan dari <i>caregiver</i>, serta perlakuan masyarakat kepada eks-pasien - ekspasien dapat meng- optimalkan fungsi sosialnya kembali dengan berusaha untuk tidak terpapar stigma dan melepaskan diri dari simtom melalui pendekatan spiritual. - Dukungan dan dorongan dari <i>caregiver</i>, serta penerimaan masyarakat juga berpengaruh besar terhadap kemampuan eks-pasien untuk membangun motivasi diri, menjalani realitas, dan menekan terjadinya relaps.

2.6 Kerangka Pikir

Penelitian dilakukan dengan menggunakan pendekatan fenomenologis, akan menguraikan gambaran *self efficacy* pada anggota keluarga yang memiliki saudara/i, ayah ataupun ibu penderita gangguan jiwa. Stigma yang berkembang dalam masyarakat menjadi salah satu pemicu adanya perbedaan perlakuan masyarakat pada pengidap gangguan jiwa maupun keluarga. Hasil dari stigmatisasi masyarakat, membuat keluarga merasakan rasa sedih, takut, cemas, dan malu. Berdasarkan adanya stigma tersebut, penelitian ini diasumsikan bahwa stigma dapat mempengaruhi gambaran tingkat *self efficacy* anggota keluarga yang merawat penderita gangguan jiwa di Kecamatan Buduran, Sidoarjo.



Gambar 2. 4 Kerangka pikir penelitian gambaran *self efficacy* anggota keluarga yang mengalami stigma selama merawat penderita gangguan jiwa di Kecamatan Buduran, Sidoarjo