

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Pengertian

Skizofrenia terdiri dari dua kata yang berasal dari bahasa Yunani yakni *schizein* yang berarti terpisah dan *phren* yang berarti jiwa. Penderita skizofrenia mengalami ketidakserasian antara afek, kognitif, dan perilaku sehingga tidak dapat membedakan alam nyata dan alam khayal (Hawari, 2013). Skizofrenia merupakan gangguan psikotik khas ditandai dengan terganggunya kemampuan penilaian realitas dengan pembentukan delusi/waham, halusinasi, ketidakharmonisan emosional, dan perilaku regresif (NCBI, 2012).

Skizofrenia adalah sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tidak selalu bersifat kronis) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Pasien dengan skizofrenia umumnya ditandai dengan penyimpangan yang fundamental dan karakteristik pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar atau tumpul. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Maslim, 2013).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan psikotik kronis yang ditandai dengan gangguan afek, perilaku, kognitif dan kemampuan penilaian realita.

b. Penyebab

Menurut Kaplan *et al* (2010), Skizofrenia dapat disebabkan oleh faktor-faktor yang saling berkombinasi, seperti yang diterangkan oleh teori Diathesis-Stress Model untuk menjelaskan penyebab skizofrenia.

Teori Diathesis-Stress Model dijelaskan dalam dua model, yaitu:

- 1) Diathesis Model, yang menyatakan bahwa penyebab skizofrenia adalah faktor genetik sebagai predisposisi biologis, seperti : kerusakan struktur otak, ketidakmampuan menerima dan mengorganisasikan informasi yang kompleks, dan kekacauan sistem regulasi neurotransmitter.
- 2) Stress Model, berhubungan dengan kemampuan individu untuk menyelesaikan permasalahan dengan solusi yang tepat. Stressor diklasifikasikan menjadi dua yakni stressor yang bersifat fisik dan psikologis.

Teori Diathesis-Stress Model menggabungkan antara faktor psikologis, biologis, dan lingkungan (ketiga faktor tersebut saling berpengaruh secara dinamis) yang mempengaruhi seseorang sehingga dapat menyebabkan berkembangnya gejala skizofrenia.

c. Gambaran Klinis

Menurut Nantingkaseh (2007), perjalanan klinis skizofrenia dibagi dalam tiga fase yakni:

- 1) Fase *prodromal* : timbul gejala non spesifik yang lamanya bervariasi sebelum onset psikotik menjadi jelas. Gejala tersebut meliputi hendaya/ gangguan/ penurunan fungsi pekerjaan, sosial, penggunaan waktu luang dan perawatan diri.
- 2) Fase aktif : gejala psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Biasanya penderita datang berobat pada fase ini.
- 3) Fase *residual* : gejala yang terjadi pada fase ini sama dengan gejala fase prodromal dengan gejala psikotik yang jelas berkurang

d. Tanda dan Gejala

Menurut Kaplan *et al* (2010), berikut adalah gejala pada pasien skizofrenia:

1) Gejala Primer

a) Gangguan proses pikir

Gangguan proses pikir dapat berupa gangguan bentuk, arus, atau isi pikir. Gangguan bentuk pikir seperti terjadinya asosiasi longgar di mana ide berpindah dari satu subjek ke subjek lain yang tidak memiliki kaitan. Gangguan arus pikir seperti terjadinya *blocking thought* atau macet pikir. Sedangkan gangguan isi pikir berupa waham pada penderita.

b) Gangguan afek dan emosi

Gangguan ini berupa kedangkalan pada afek dan emosi, hilangnya kemampuan untuk mengekspresikan emosi dengan baik.

c) Gangguan kemauan

Pasien mempunyai kelemahan kemauan, tidak dapat mengambil keputusan, atau otomatisme yaitu pasien merasa dipengaruhi oleh orang lain atau tenaga dari luar dalam memutuskan kemauannya sehingga pasien melakukan sesuatu secara otomatis.

d) Gejala psikomotor

Gangguan psikomotor ini dapat berupa gejala katatonik, *stupor* (tidak menunjukkan pergerakan sama sekali), atau *hiperkinesis* dimana penderita terus bergerak saja dan sangat gelisah.

2) Gejala Sekunder

a) Waham

Kriteria waham sebagai berikut:

- (1) Penderita percaya 100% bahwa isi pikirannya benar.
- (2) Bersifat egosentris.
- (3) Tidak sesuai dengan logika.
- (4) Tidak dapat dikoreksi.
- (5) Penderita hidup atau berperilaku menurut wahamnya.

b) Halusinasi

Halusinasi timbul tanpa adanya penurunan kesadaran. Halusinasi yang sering muncul pada skizofrenia adalah halusinasi pendengaran,

penciuman, cita rasa, dan taktil.

Gejala skizofrenia dapat pula dibedakan menjadi gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif disebut positif karena perilaku dan pikir yang seharusnya tidak ada menjadi ada dalam diri seseorang ketika berinteraksi. Gejala ini meliputi waham, halusinasi, kekacauan alam pikiran, gaduh gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, semangat dan gembira berlebihan. Gejala negatif ialah kebalikan gejala positif, dimana perilaku dan pikir yang seharusnya ada menjadi hilang. Gejalanya berupa afek tumpul dan datar, menarik diri, tidak mau bergaul dengan orang lain, kontak emosional sangat sedikit, sukar diajak bicara dan pendiam, pasif, apatis, sulit berpikir nyata, tidak mampu untuk berinisiatif dan mengikuti jalannya kegiatan, dan tidak punya ketertarikan dalam hidup (Maslim, 2013).

e. Diagnosis

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (Maslim, 2013), diagnosis skizofrenia ditegakkan apabila terdapat sedikitnya satu gejala jelas atau lebih dari gangguan pengendalian pikiran, delusi/waham, halusinasi auditorik, atau waham menetap. Atau paling sedikit dua gejala berikut yang harus selalu ada secara jelas yaitu halusinasi, gangguan arus pikir, perilaku katatonik, atau gejala-gejala negatif. Gejala khas tersebut telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih dan harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari perilaku pribadi.

f. Pengobatan

Menurut Kaplan *et al* (2010) pengobatan skizofrenia meliputi :

- 1) Psikofarmaka dan Pengaturan dosis obat
- 2) Terapi Psikososial
 - a) Terapi Individual
 - (1) Terapi suportif
 - (2) Sosial skill training
 - (3) Terapi okupasi
 - (4) Terapi kognitif dan perilaku
 - b) Terapi Kelompok
 - c) Terapi Keluarga

g. Jenis Skizofrenia

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (Maslim, 2013) skizofrenia terbagi atas beberapa jenis, yaitu:

1) Skizofrenia Paranoid

Jenis skizofrenia dengan halusinasi dan waham menonjol. Halusinasi auditorik berupa ancaman atau perintah atau tanpa kata verbal. Waham dapat berupa waham dikendalikan, dipengaruhi, passivity, atau waham kejar.

2) Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia dengan klinis dominan stupor (amat berkurangnya reaktivitas dan aktivitas spontan serta *mutisme*/tidak berbicara), gaduh-gelisah (aktivitas motorik tanpa tujuan dan tanpa stimulant eksternal),

mempertahankan diri pada posisi aneh tertentu, *negativisme* (perlawanan terhadap semua perintah), *rigiditas* (mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya), *fleksibilitas cerea* (mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar), atau *command automatism* (kepatuhan otomatis terhadap perintah).

3) Skizofrenia Residual

Jenis skizofrenia dengan gejala negatif skizofrenia, dengan sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik di masa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia, dan onset psikotik sangat berkurang paling sedikit selama satu tahun.

4) Skizofrenia Tak Terinci

Skizofrenia ini memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia namun tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia paranoid, hebefrenik, katatonik, atau skizofrenia residual.

5) Depresi Pasca Skizofrenia

Penegakan diagnosis adalah jika pasien telah menderita skizofrenia selama dua belas bulan terakhir. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap terlihat. Gejala-gejala depresi menonjol minimal muncul selama dua minggu.

6) Skizofrenia Simpleks

Skizofrenia yang berjalan perlahan dan progresif dari gejala negatif yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat

halusinasi waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik disertai dengan perubahan perilaku bermakna. Gejala psikotik kurang jelas dibanding tipe skizofrenia lainnya.

7) Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia dengan gambaran khas perilaku yang tidak bertanggung jawab. Afek penderita dangkal, tidak wajar, dan sering disertai *giggling* (cekikikan). Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir yang biasanya menonjol dengan halusinasi dan waham biasanya ada tetapi tidak menonjol).

h. Prognosis

Menurut Nantingkaseh (2007) penderita skizofrenia kebanyakan memiliki gejala sisa dengan keparahan bervariasi walaupun remisi penuh atau sembuh pada skizofrenia itu ada. Secara umum 25% individu sembuh sempurna, 40% mengalami kekambuhan dan 35% mengalami perburukan.

2. Kekambuhan Skizofrenia

a. Pengertian

Menurut Free Dictionary (2016) dalam Tlhowe, *et al* (2016) kambuh didefinisikan sebagai berulangnya atau kembuhnya gejala penyakit status mental serupa dengan apa yang telah dialami sebelumnya. Menurut Amelia dan Azwar (2013) kekambuhan diartikan sebagai suatu keadaan dimana apabila seorang pasien skizofrenia yang telah menjalani rawat inap di rumah sakit jiwa dan diperbolehkan pulang kemudian kembali

menunjukkan gejala-gejala sebelum dirawat inap. Setiap *relaps* yang terjadi berpotensi membahayakan bagi pasien dan keluarganya, maka apabila *relaps* terjadi maka pasien harus kembali melakukan perawatan inap di rumah sakit jiwa (*rehospitalisasi*) untuk ditangani oleh pihak yang berwenang.

Menurut Andri (2008) dalam Yosep (2016) kekambuhan merupakan keadaan pasien di mana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali. Keadaan sekitar atau lingkungan yang penuh stres dapat memicu pada orang-orang yang mudah terkena serangan skizofrenia, di mana dapat ditemukan bahwa orang-orang yang mengalami kekambuhan lebih besar kemungkinannya daripada orang-orang yang tidak mengalami kejadian-kejadian buruk dalam kehidupan mereka.

Kekambuhan sering terjadi selama tahun-tahun pertama dan mungkin terkait dengan kemunduran klinis dan biasanya terjadi penghentian terapi obat (Waret dan Mukherjee, 2014). Tingkat kekambuhan dinyatakan tinggi bila pasien dalam satu tahun mengalami kekambuhan sebanyak lebih dari atau sama dengan 3, sedang bila kurang dari atau sama dengan 2 kali dalam setahun, rendah bila dalam setahun tidak mengalami kekambuhan. Pasien yang telah terdiagnosis skizofrenia, diperkirakan memiliki potensi kambuh atau *relaps* 21% pada tahun pertama, 33% pada tahun kedua, 40% pada tahun ketiga, hingga 70%-82% pada tahun kelima setelah keluar dari rumah sakit (Amelia dan Anwar,

2013).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa kekambuhan pasien skizofrenia adalah keadaan dimana pasien yang sudah dinyatakan pulang dari rumah sakit dan harus dirawat kembali dan mengalami gejala yang sama seperti sebelum rawat inap.

b. Gejala

1) Menurut Yosep (2016) beberapa gejala kambuh yang perlu diidentifikasi pasien dan keluarga yaitu menjadi ragu-ragu, tidak ada nafsu makan, sukar konsentrasi, depresi, menarik diri, sulit tidur, tidak ada minat dan ganggaun dalam perawatan diri.

2) Menurut Keliat (1996) dalam Ratnawati (2016) tanda-tanda pasien kambuh :

a) Secara fisik

(1) Makan dan minum kurang atau berlebihan

(2) Tidur kurang atau terganggu

(3) Penampilan dan Perawatan diri kurang (badan bau dan kotor, kulit kotor, rambut panjang dan kotor, kuku panjang dan kotor)

b) Secara emosi

(1) Bicara tidak jelas, merengek, menangis, seperti anak kecil, bicara dan tertawa sendiri

(2) Merasa malu atau bersalah, ketakutan, gelisah

(3) Mudah panik, tiba-tiba marah tanpa sebab, menyerang,

bermusuhan, curiga.

c) Secara sosial

(1) Duduk menyendiri, melamun, menunduk, tidak peduli dengan sekitar

(2) Menghindari dari orang lain, interaksi dan kegiatan kurang

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kekambuhan Skizofrenia

Menurut Yosep (2016) mengidentifikasi faktor penyebab kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit jiwa, yaitu :

1) Klien

Pasien yang minum obat tidak teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Pasien kronis sukar mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan penilaian realitas. Perawat di rumah sakit bertugas untuk memantau pasien minum obat sedangkan di rumah digantikan oleh keluarga.

2) Dokter (pemberi resep)

Pemakaian obat neuroleptik lama dapat menimbulkan efek samping *tardive dyskinesia* yang dapat menyebabkan gangguan saat melakukan hubungan sosial seperti gerakan tidak terkontrol sehingga perlu dosis terapeutik yang dapat mencegah kambuh serta efek sampingnya.

3) Penanggung jawab klien

Setelah pasien pulang ke rumah, perawat puskesmas bertanggung jawab atas program adaptasi pasien di rumah.

Penanggung jawab pasien mempunyai kesempatan lebih banyak untuk bertemu dengan klien sehingga penanggung jawab klien dapat mengidentifikasi gejala dini dan segera mengambil tindakan.

4) Keluarga

Dukungan keluarga sangat diperlukan untuk menghindarkan pasien dari kekambuhan. Keluarga mempunyai tanggung jawab yang penting dalam proses perawatan agar adaptasi klien berjalan dengan baik. Dukungan keluarga akan membantu proses pemulihan kesehatan klien sehingga status kesehatan klien meningkat.

d. Tahap Munculnya Kekambuhan

Menurut Stuart (2016) beberapa tahap munculnya kekambuhan, yakni:

1) *Overextension*

Pada tahap ini, penderita akan menunjukkan ketegangan dan merasa perasaannya terbebani. Gejala cemas semakin intensif.

2) *Restricted Consciousness*

Kesadaran mulai terbatas dan perkembangan kecemasan berubah menjadi depresi.

3) *Disinhibition*

Mulai timbul gangguan mood swing (perubahan perasaan secara tiba-tiba). Dan timbul waham kebesaran, kepercayaan diri berlebihan dan *euphoria* berlebihan.

4) *Psychotic Disorganization*

Pada tahap ini penderita mulai kehilangan identitas, ingatan

tentang lingkungan atau keluarga mulai hilang, penderita mulai kehilangan kemampuan untuk membedakan realita, dan yang terakhir sering terjadi di rumah sakit, penderita diberi obat sekaligus perawatan dan masih mengalami psikosis tetapi gejala berhenti atau diam.

3. Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Menurut Setyowati (2008) dalam Ratnawati (2016) keluarga adalah sekumpulan manusia yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, ada hubungan darah atau tidak misal melalui adopsi atau pengambilan anak angkat yang tinggal dan hidup bersama dalam satu rumah dan bertujuan untuk meningkatkan perkembangan fisik, sosial, mental dan emosional dari tiap anggota. Menurut Friedman (2013) keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan.

Sedangkan menurut Ali (2010), keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya dan bertujuan untuk meningkatkan perkembangan fisik, sosial, mental dan emosional dari tiap anggotanya.

b. Fungsi Pokok Keluarga

Menurut Friedman (2013) fungsi pokok keluarga :

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif terkait dengan fungsi internal keluarga yang merupakan dasar kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk memenuhi kebutuhan psikososial terutama bagi pasien gangguan jiwa. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif.

Komponen yang perlu dipenuhi keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah:

- a) Saling asuh dan saling dukung antara keluarga dengan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa sehingga tercipta hubungan yang hangat dan harmonis.
- b) Saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak masing- masing anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim yang positif.

c) Ikatan kekeluargaan yang kuat dikembangkan melalui proses identifikasi dan penyesuaian pada berbagai aspek kehidupan anggota keluarga terutama pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang sangat membutuhkan perhatian dan dukungan. Keluarga harus mengembangkan proses identifikasi yang positif sehingga anggota keluarga dapat meniru tingkah laku positif tersebut.

2) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui setiap anggota keluarga, yang menghasilkan interaksi sosial. Keluarga merupakan tempat setiap anggota keluarga untuk belajar bersosialisasi. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa keluarga dibimbing untuk mau bersosialisasi dengan anggota keluarga yang lain dan lingkungan sekitar.

3) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga. Bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, fungsi ini penting untuk dapat tersedianya dana untuk pengobatan dan perawatan selama dirawat di rumah sakit jiwa dan perlengkapan yang dibutuhkan.

4) Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan jiwa/ kekambuhan atau merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan.

4. Dukungan Keluarga

a. Pengertian

Kane dalam Friedman (2013) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan yang terjadi dalam semua tahap kehidupan. Dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi. Pasien skizofrenia harus diterima dengan baik oleh pihak keluarga. Karena pasien skizofrenia sebenarnya tidak dapat menerima emosi yang berlebihan dari orang lain. Dukungan keluarga menurut Francis dalam Ratnawati (2016) merupakan bantuan/sokongan yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat di dalam sebuah keluarga.

Dukungan keluarga menurut Stolte (2004) dalam Prabowo (2014) merupakan suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal yang meliputi perhatian, emosional dan penilaian.

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan dukungan keluarga adalah merupakan suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan

individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal yang meliputi perhatian, emosional dan penilaian. Saling memberi bantuan/sokongan yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat di dalam sebuah keluarga.

b. Komponen Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2013), komponen-komponen dukungan keluarga terdiri dari:

1) Dukungan Informasi

Dukungan informasi meliputi pemberian pengetahuan penyakitnya, solusi masalah (bagaimana cara minum obat), dan saran terapi dan tindakan spesifik bagi pasien dalam melawan stressor (penyebab stres) atau meningkatkan strategi koping pasien (bagaimana cara mengurangi ketegangan dan cara komunikasi yang benar). Keluarga bertindak sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

2) Dukungan Emosional/Afeksional

Dukungan afeksional yang diberikan membuat pasien merasa tidak menanggung beban sendiri tetapi ada orang lain yang peduli, memperhatikan, mendengar keluh-kesahnya, berempati, dan membantu memecahkan masalah. Dukungan afeksional dapat berupa dukungan simpati, empati, cinta, dukungan, kepercayaan, perhatian dan penghargaan. Keluarga berfungsi pula sebagai tempat aman dan damai untuk pemulihan dan penguasaan terhadap emosi.

3) Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dengan menyediakan dana untuk biaya pengobatan, dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support/ material support*), suatu kondisi di mana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah kritis, termasuk di dalamnya bantuan langsung seperti saat seseorang membantu pekerjaan sehari-hari, menyediakan informasi dan fasilitas, menjaga dan merawat saat sakit, serta dapat membantu menyelesaikan masalah. Pada dukungan nyata, keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis. Meskipun sebenarnya, setiap orang dengan sumber-sumber yang tercukupi dapat memberi dukungan dalam bentuk uang atau perhatian yang bertujuan untuk proses pengobatan.

Akan tetapi, dukungan nyata akan lebih efektif bila dihargai oleh penerima dengan tepat. Pemberian dukungan nyata akan berakibat pada perasaan ketidakadekuatan dan perasaan berhutang, malah akan menambah stres individu. Dukungan fasilitas meliputi waktu, tenaga, dan akomodasi. Keluarga meluangkan waktu untuk pasien di rumah, menyediakan waktu dan tenaga untuk mendampingi pasien kontrol ke fasilitas kesehatan, serta menyediakan akomodasi bagi pasien berupa kendaraan untuk berobat.

4) Dukungan Penilaian

Dukungan penilaian merupakan dukungan dorongan dan motivasi yang diberikan keluarga kepada pasien. Dukungan ini merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Pasien mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi penghargaan positif kepada pasien, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan pasien.

Dukungan keluarga ini dapat membantu meningkatkan strategi koping pasien dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek positif. Dalam dukungan pengharapan, kelompok dukungan dapat mempengaruhi persepsi pasien akan ancaman. Dukungan keluarga dapat membantu pasien mengatasi masalah dan mengidentifikasikan kembali situasi tersebut sebagai ancaman kecil dan keluarga bertindak sebagai pembimbing dengan memberikan umpan balik dan mampu membangun harga diri pasien.

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Prabowo (2014) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

1) Faktor Internal

a) Tahap Perkembangan

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian

setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

b) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh kemampuan intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

c) Faktor Emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melakukannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seseorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin.

d) Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang

menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti hidup.

2) Faktor eksternal

a) Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya, klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.

b) Faktor sosio-ekonomi

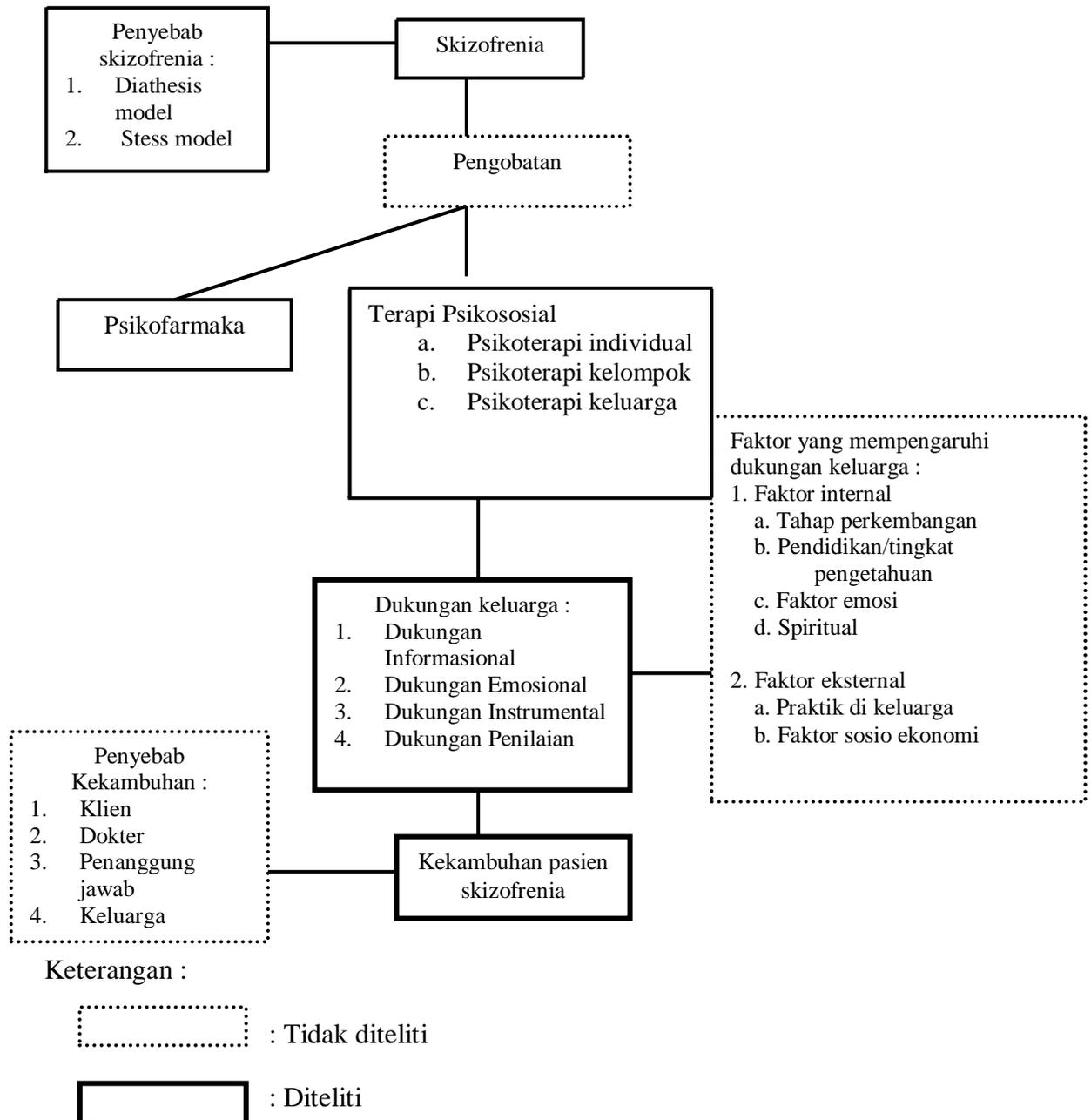
Faktor sosio dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

c) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk

cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

(Kaplan *et al*, 2010), (Friedman, 2013), (Yosep , 2016)

