

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Pengertian

Menurut Videbeck (2012), Skizofrenia adalah suatu penyakit gangguan mental yang disebut psikosis yang mempengaruhi isi pikiran, persepsi, pembicaraan, emosi, dan perilaku dari orang yang mengalaminya sehingga terjadi penyimpangan realitas/tidak bisa mengenali realitas, penarikan diri dari interaksi sosial, serta disorganisasi persepsi, pikiran dan kognitif. Faktor-faktor yang menyebabkan serangan skizofrenia meliputi perubahan struktur fisik otak, struktur kimia otak dan faktor genetik. Gejala psikotik yang utama delusi (waham), halusinasi, pembicaraan kacau (disorganized speech), tingkah laku kacau (disorganized behaviour), dan simtom-simtom negatif. Kondisi itulah yang mengakibatkan sebagian besar orang dengan skizofrenia terisolasi dari lingkungannya.

Menurut Maslim (2013), Skizofrenia dideskripsikan sindrom dengan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan

persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar (inappropriate) atau tumpul (blunted).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan psikotik dengan serangkaian simptom meliputi gangguan konteks berpikir, bentuk pemikiran, persepsi, afek, rasa terhadap diri (sense of self), motivasi, emosi, perilaku, dan fungsi interpersonal. Gajalanya meliputi delusi (waham), halusinasi, pembicaraan kacau (disorganized speech), tingkah laku kacau (disorganized behaviour), dan simptom-simptom negatif.

b. Faktor Penyebab Skizofrenia

Menurut Hawari (2013) Skizofrenia bukan merupakan penyakit melainkan sebuah syndrom sehingga faktor resiko skizofrenia hingga sekarang belum jelas. Teori tentang faktor resiko skizofrenia dianut oleh faktor organobiologik (genetika, virus, dan malnutrisi janin), psikoreligius, dan psikososial termasuk diantaranya adalah psikologis, sosio-demografi, sosio-ekonomi, sosio-budaya, migrasi penduduk, dan kepadatan penduduk di lingkungan pedesaan dan perkotaan.

Menurut Maramis (2013), faktor-faktor yang berisiko untuk terjadinya Skizofrenia adalah sebagai berikut :

- 1) Keturunan. Dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga penderita skizofrenia terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9–1,8%, bagi saudara kandung 7–15%, bagi anak dengan salah satu anggota keluarga

yang menderita Skizofrenia 7–16%, bila kedua orang tua menderita Skizofrenia 40–68%, bagi kembar dua telur (heterozigot) 2–15%, bagi kembar satu telur (monozigot) 61–86%.

- 2) Endokrin. Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium.
- 3) Metabolisme. Penderita skizofrenia tampak pucat dan tidak sehat.
- 4) Susunan saraf pusat. Penyebab skizofrenia ke arah kelainan susunan saraf pusat, yaitu pada diensefalon atau korteks otak.
- 5) Teori Adolf Meyer. Skizofrenia disebabkan oleh suatu maladaptasi. Oleh karena itu timbul suatu disorganisasi kepribadian dan lama-kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).
- 6) Teori Sigmund Freud. Terjadi kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik. Superego tidak bertenaga lagi dan Id regresi ke fase narsisisme.
- 7) Eugen Bleuler. Skizofrenia, yaitu jiwa yang terpecah-belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan.

c. Etiologi

Menurut Sadock & Sadock (2010), penyebab skizofrenia meliputi beberapa faktor, diantaranya :

- 1) Diathesis-Stress Model. Penyebab skizofrenia adalah faktor genetik sebagai predisposisi biologis, seperti : kerusakan struktur otak, ketidakmampuan menerima dan mengorganisasikan informasi yang kompleks, serta kekacauan sistem regulasi neuro transmitter. Stress Model berhubungan dengan kemampuan seorang individu untuk menyelesaikan permasalahan dengan jalan keluar yang tepat (Maslim, 2013). Seseorang memiliki kerentanan kondisi tubuh spesifik (diatesis), jika dikenai oleh suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stres memungkinkan terjadinya perkembangan gejala skizofrenia (Sadock & Sadock, 2010).
- 2) Faktor Biologis. Menurut Sadock & Sadock (2010), otak yang terlibat dalam gangguan skizofrenia yaitu sistem limbik dan ganglia basalis. Sistem limbik dihipotesiskan terlibat dalam dasar neuropatologi skizofrenia karena perannya dalam pengendalian emosi, sedangkan ganglia basalis menjadi pusat perhatian teoritis skizofrenia karena ganglia basalis terlibat dalam pengendalian gerakan, yang dilihat dari banyaknya pasien skizofrenia yang menunjukkan gerakan aneh seperti seringai wajah, berjalan yang ganjil, dan stereotipi. Teori dopamin mengemukakan bahwa aktivitas dopamin yang tinggi menyebabkan aktivitas neurologis yang tinggi di dalam otak dan rangsangan itu mengganggu fungsi kognitif, sehingga menyebabkan seperti halusinasi dan delusi.

- 3) Faktor Genetik. Seseorang memiliki kecenderungan menderita skizofrenia bila terdapat anggota keluarga yang mengidap gangguan tersebut. Semakin dekat hubungan seseorang dengan penderita skizofrenia maka semakin besar resikonya untuk menderita gangguan tersebut (Sadock & Sadock, 2010). Faktor genetik ini akan muncul secara nyata dalam manifestasi perilaku apabila dipengaruhi oleh faktor lingkungan.
- 4) Faktor Psikososial. Menurut Freud dalam Sadock & Sadock (2010) apabila neurosis melibatkan suatu konflik antara ego dan id, psikosis dapat dipandang sebagai suatu konflik antara ego dan dunia luar (lingkungan). Kehilangan orang terdekat juga dapat memicu terjadinya skizofrenia.

d. Klasifikasi

Menurut Videbeck (2012), Skizofrenia dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III). Adapun pengklasifikasian skizofrenia sebagai berikut :

- 1) Skizofrenia paranoid. Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik relatif tidak ada ditandai dengan waham kejar (rasa menjadi korban atau dimata-matai) atau waham kebesaran, halusinasi, waham agama, atau perilaku agresif dan bermusuhan.

- 2) Skizofrenia hebefrenik. Gejala bertahan sampai 2-3 minggu, afek dangkal dan tidak wajar, senyum sendiri, dan mengungkapkan sesuatu dengan di ulang-ulang.
- 3) Skizofrenia katatonik. Stupor (reaktifitas rendah dan tidak mau bicara), gaduh gelisah (tampak aktifitas motorik yang tidak bertujuan untuk stimuli eksternal), rigiditas (kaku tubuh), gangguan psikomotor yang nyata, baik dalam bentuk tanpa gerakan atau aktivitas motorik yang berlebihan, negativisme yang ekstrem, mutisme, gerakan volunter yang aneh, ekolalia, atau ekopraksia. Imobilitas motorik dapat terlihat berupa katalepsi (*flexibilitas cerea*) atau stupor. Aktivitas motorik yang berlebihan terlihat tanpa tujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal.
- 4) Skizofrenia tak terinci, ditandai dengan afek datar atau afek yang tidak sesuai secara nyata, inkoherensi, asosiasi longgar, dan diorganisasi perilaku yang ekstern.
- 5) Skizofrenia pasca skizofrenia. Klien menderita skizofrenia 12 bulan terakhir. Gejala skizofrenia masih tetap ada namun tidak mendominasi. Gejala depresif menonjol dan mengganggu.
- 6) Skizofrenia simpleks. Gejala negatif yang khas tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik, disertai dengan perubahan perilaku pribadi yang bermakna.

- 7) Skizofrenia tak spesifik. Skizofrenia tak spesifik tidak dapat diklasifikasikan ke dalam tipe yang telah disebutkan, ditandai dengan gejala-gejala skizofrenia campuran (atau tipe lain) disertai gangguan pikiran, afek, dan perilaku.
- 8) Skizofrenia residual, ditandai dengan setidaknya satu episode skizofrenia sebelumnya, tetapi saat ini tidak psikotik, menarik diri dari masyarakat, afek datar, serta asosiasi longgar.

e. Manifesta klinis

Menurut Hawari (2010) dan Videbeck (2012), gejala klinis skizofrenia meliputi :

1) Gejala Positif

- a) Delusi/waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (masuk akal) dan pasien tetap meyakini kebenarannya. Keyakinan yang salah dan dipertahankan yang tidak memiliki dasar dalam realitas.
- b) Kekacauan dalam alam pikir yang dapat terlihat dari pembicaraan pasien. Pasien sering berbicara kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pembicaraannya.
- c) Disorganisasi perilaku yang meliputi aktivitas motorik yang tidak biasa dilakukan orang normal, misalnya gaduh gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, dan agresif serta terkadang gembira berlebihan. Pasien merasa dirinya serba mampu dan melebihi dari manusia biasa.

- d) Disorganisasi pikiran dan pembicaraan yang meliputi tidak runtutnya pola pembicaraan dan penggunaan bahasa yang tidak lazim pada orang dengan skizofrenia. Pikirannya penuh dengan kecurigaan dan sering merasa ada orang yang sedang mengancam dirinya.
- e) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan. Persepsi sensori yang palsu yang terjadi tanpa stimulus eksternal. Penderita skizofrenia merasa melihat, mendengar, mencium, meraba atau menyentuh sesuatu yang tidak ada.
- f) *Flight of ideas*: Aliran verbalisasi yang terus-menerus saat individu melompat dari suatu topik ke topik lain dengan cepat.
- g) Perseverasi: Terus menerus membicarakan satu topik atau gagasan; pengulangan kalimat, kata, atau frasa secara verbal, dan menolak untuk mengubah topik tersebut.
- h) Asosiasi longgar: Pikiran atau gagasan yang terpecah-pecah atau buruk.
- i) Gagasan rujukan: Kesan yang salah bahwa peristiwa eksternal memiliki makna khusus bagi individu.
- j) Ambivalensi: Mempertahankan keyakinan atau perasaan kontradiktif tentang individu, peristiwa, situasi yang sama.
- k) Ekopraksia: Peniruan gerakan dan gestur orang lain yang diamati klien.

2) Gejala Negatif

a) *Affective flattening* adalah suatu gejala dimana seseorang hanya menampakkan sedikit reaksi emosi terhadap stimulus, sedikitnya bahasa tubuh dan sangat sedikit melakukan kontak mata. Dalam hal ini, bukan berarti orang dengan skizofrenia tidak mempunyai emosi. Orang dengan skizofrenia mempunyai dan merasakan emosi pada dirinya namun tidak mampu mengekspresikannya. Afek tumpul (Rentang keadaan perasaan emosional atau *mood* yang terbatas) atau datar (Tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi atau *mood*).

b) *Alogia* adalah kurangnya kata pada individu sehingga dianggap tidak responsif dalam suatu pembicaraan. Orang dengan skizofrenia seringkali tidak mempunyai inisiatif untuk berbicara kepada orang lain bahkan merasa takut berinteraksi dengan orang lain sehingga sering menarik diri dari lingkungan sosial. Menarik diri, tidak mau bergaul ataupun bersosialisasi dengan yang lain. Pasien cenderung diam dan sukar diajak bicara. Menarik diri dari pergaulan sosial, pasien apatis dan pasif.

c) *Avolition* adalah kurangnya inisiatif seseorang orang tersebut kehilangan energi untuk melakukan sesuatu. Sulit dalam berfikir abstrak. Pola pikir stereotipi. Kebersihan diri kurang.

3) Gejala kognitif. Gejala kognitif yang muncul melibatkan masalah memori dan perhatian. Gejala kognitif akan mempengaruhi dalam

melakukan aktivitas sehari-hari seperti memahami informasi, kesulitan menentukan pilihan, konsentrasi, dan mengingat (Maramis, 2014).

Menurut Maramis (2014), gejala psikotik ditandai oleh abnormalitas dalam bentuk dan isi pikiran, persepsi, dan emosi serta perilaku. Berikut beberapa gejala pada penderita skizofrenia:

- 1) Penampilan dan perilaku umum. Pasien tidak memperhatikan penampilan, kerapian, hygiene, dan menarik diri dari lingkungan sosial.
- 2) Gangguan pembicaraan. Gangguan proses pikir terutama adalah asosiasi. Asosiasi longgar berarti tidak adanya hubungan antar ide. Kalimatnya tidak saling berhubungan atau inkoherensi. Tidak jarang pasien menggunakan arti simbolik, atau terdapat asosiasi bunyi (*clang association*) karena pikiran sering tidak mempunyai tujuan tertentu. Jalan pikiran pada skizofrenia sukar atau tidak dapat diikuti dan dimengerti. Neologisme adalah membentuk kata baru untuk menyatakan arti yang hanya dipahami oleh dirinya sendiri. Mutisme sering tampak pada pasien dengan skizofrenia katatonik. Pikiran seakan terhenti, tidak timbul ide lagi, keadaan ini disebut *blocking*, biasanya berlangsung beberapa detik saja tapi kadang-kadang sampai beberapa hari.
- 3) Gangguan perilaku. Gejala katatonik yang dapat berupa stupor atau gaduh gelisah. Stupor katatonik juga bisa didapati

fleksibilitas area dan katalepsi. Gejala katalepsi adalah bila suatu posisi badan dipertahankan untuk waktu yang lama. Fleksibilitas area yaitu bila anggota badan dibengkokkan terasasuatu tahanan seperti pada lilin atau malam dan posisi itu dipertahankan agak lama. Gangguan perilaku lain adalah stereotipi dan manerisme. Berulang-ulang melakukan suatu gerakan atau mengambil sikap badan tertentu disebut stereotipi. Stereotipi pembicaraan dinamakan verbigerasi. Manerisme adalah stereotipi tertentu pada skizofrenia, yang dapat dilihat dalam bentuk grimas pada mukanya atau keanehan berjalan dangaya berjalan. Negativisme yaitu menentang atau justru melakukan yangberlawanan dengan apa yang disuruh. Ekholali (penderita meniru kata-kata yang diucapkan orang lain) dan ekhopraksi (penderita meniru perbuatan atau gerakan orang lain) termasuk dalam gangguan ini.

- 4) Gangguan afek. Respon emosi (*emotional blunting*), misalnya penderita menjadi acuh tak acuh. Anhedonia sering didapati. Parathimi adalah apa yang menimbulkan rasa senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih atau marah. Paramimi adalah penderita merasa senang dan gembira, akan tetapi ia menangis. Parathimi dan paramimi dinamakan *incongruity of affect* atau *inadequat*. Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik (*emotional rapport*). Terpecahnya kepribadian maka dua hal yang berlawanan mungkin akan timbul

bersama-sama. Ini dinamakan ambivalensi afektif. Sensitivitas emosi yaitu penderita hipersensitivitas terhadap penolakan, bahkan sebelum menderita sakit dan menimbulkan isolasi sosial untuk menghindari penolakan.

- 5) Gangguan persepsi. Halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran. Paling sering pada skizofrenia adalah halusinasi pendengaran, halusinasi penciuman, halusinasi pengecapan atau halusinasi rabaan dan halusinasi penglihatan.
- 6) Gangguan pikiran. Skizofrenia terdapat waham yang sering tidak logis sama sekali dan sangat bizar. Penderita tidak menginsafi hal ini dan baginya wahamnya merupakan fakta yang tidak dapat dirubah oleh siapapun. Waham dinamakan menurut isinya yaitu waham kebesaran atau *expansif*, waham nihilistik, waham kejar, waham sindiran, waham dosa, dan sebagainya.

f. Penanganan

Menurut Sadock & Sadock (2010), penanganan atau pengobatan gangguan skizofrenia yaitu :

- 1) Farmakoterapi. Terapi ini bertujuan untuk mengatasi gejala-gejala dengan penggunaan obat antipsikotik sehingga tidak bisa menyembuhkan gangguan skizofrenia. Penggunaan obat antipsikotik digunakan dalam jangka waktu yang lama dikarenakan obat antipsikotik berfungsi untuk terapi pemeliharaan, pencegah kekambuhan, dan mengurangi gejala yang timbul pada orang

dengan skizofrenia (Prabowo, 2014). Obat anti psikotik dibagi menjadi dua kelas utama menurut Maramis (2014), yaitu :

a) Antipsikotik Tipikal (antagonis reseptor dopamine). Obat golongan ini mempunyai aksi mengeblok reseptor dopamine, efektif dalam penanganan gejala positif seperti waham pada orang skizofrenia. Contoh obat antagonis reseptor dopamin adalah klorpromazin dan haloperidol. Namun efek samping yang ditimbulkan dari obat ini adalah gejala rigiditas dan tremor seperti pada parkinson (sindrom ekstrapiramidal).

b) Antipsikotik Atipikal (antagonis serotonin dopamine). Obat golongan mempunyai aksi mengeblok reseptor dopamin yang rendah, efektifnya dalam penanganan gejala positif dan negatif skizofrenia. Efek samping yang ditimbulkan minimal, sehingga antagonis serotonin dopamine atau disebut dengan obat antipsikotik atipikal menggeser antagonis reseptor dopamin dalam penanganan pertama skizofrenia. Contoh obat antagonis serotonin dopamine adalah klopazin, risperidon, olanzapin, sertindol, kuetiapin, dan ziprasidon.

2) Terapi Non Farmakologi. Terapi non farmakologi yang diberikan pada pasien skizofrenia antara lain :

a) Terapi Psikososial. Memberikan dukungan emosional kepada klien sehingga klien mampu meningkatkan fungsi sosial dan pekerjaannya dengan maksimal, keterampilan praktis, dan

komunikasi interpersonal sehingga pasien skizofrenia dapat hidup mandiri. Terapi ini bisa dilakukan di rumah sakit, rumah, klinik rawat jalan, pusat kesehatan jiwa dan kelompok sosial. Terapi ini dilakukan dengan pelatihan keterampilan sosial, terapi keluarga, terapi kelompok, terapi perilaku kognitif, dan psikoterapi individual. Menurut Prabowo (2014), pendekatan psikososial dapat diberikan pada klien skizofrenia berupa :

- i. Psikoterapi suportif, bertujuan memberikan semangat dan motivasi agar penderita skizofrenia tidak merasa putus asa dan mempunyai semangat juang dalam menghadapi hidup (Prabowo, 2014). Pada klien skizofrenia perlu adanya dorongan berjuang untuk pulih dan mampu mencegah adanya kekambuhan.
- ii. Psikoterapi re-edukatif, terapi dengan memberikan pendidikan ulang untuk merubah pola pendidikan lama dengan yang baru sehingga penderita skizofrenia lebih adaptif terhadap dunia luar (Prabowo, 2014).
- iii. Psikoterapi rekonstruksi bertujuan memperbaiki kembali kepribadian yang mengalami perubahan disebabkan adanya stresor yang klien tidak mampu menghadapinya (Ikawati, 2011).
- iv. Psikoterapi kognitif adalah terapi pemulihan fungsi kognitif sehingga penderita skizofrenia mampu membedakan nilai-

nilai sosial etika.

Menurut Ikawati (2011), pengobatan dan pemulihan skizofrenia terdiri dari beberapa tahap pengobatan dan pemulihan, yaitu :

- 1) Terapi fase akut. Menunjukkan gejala psikotik yang jelas ditandai gejala positif dan negatif. Bertujuan mengendalikan gejala psikotik yang muncul. Pemberian obat dalam waktu enam minggu.
- 3) Terapi fase stabilisasi. Klien mengalami gejala psikotik dengan intensitas ringan. Kemungkinan besar untuk kambuh sehingga dibutuhkan pengobatan rutin menuju tahap pemulihan.
- 2) Terapi fase pemeliharaan. Bertujuan mempertahankan kesembuhan klien, mengontrol gejala, mengurangi resiko kekambuhan, mengurangi durasi rawat inap, dan mengajarkan keterampilan untuk hidup mandiri. Terapi berupa pemberian obat antipsikotik, konseling keluarga, dan rehabilitasi.

2. Dukungan Keluarga

a. Pengertian Dukungan Keluarga

Menurut Nurtanti (2020), dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek stres yang buruk. Menurut Friedman (2010) dalam Safitri & Yuniawati (2016) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, penilaian, instrumental dan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah bentuk

interaksi hubungan interpersonal meliputi sikap, tindakan, penerimaan terhadap anggota keluarga, hubungan yang saling memberi dan menerima bantuan yang bersifat nyata dilakukan oleh keluarga, bentuk dukungan berupa informasi, tingkah laku tertentu atau materi sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikannya. Jadi dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukkungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga yang selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Erdiana, 2015).

b. Sumber Dukungan Keluarga

Menurut Caplan (1974) dalam Friedman (2017) ada tiga sumber dukungan sosial yaitu jaringan informal yang spontan, dukungan terorganisasi yang tidak diarahkan oleh petugas kesehatan profesional dan upaya terorganisasi oleh profesional kesehatan. Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal.

c. Tujuan Dukungan Keluarga

Dukungan sosial dapat mengurangi efek serta meningkatkan kesehatan mental individu atau keluarga secara langsung. Dukungan sosial berfungsi sebagai strategi pencegahan untuk mengurangi stress. Sistem dukungan keluarga ini membantu berorientasi tugas pada

keluarga, teman dan tetangga. Bantuan dari keluarga dilakukan dalam bentuk bantuan langsung, termasuk bantuan financial yang terus-menerus dan intermiten, merawat anak, perawatan fisik, melakukan tugas rumah tangga, dan bantuan praktis selama masa krisis (Friedman, 2017).

d. Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2017), terdapat empat dimensi dari dukungan keluarga yaitu :

- 1) Dukungan emosional berfungsi pemulihan serta membantu penguasaan emosional serta meningkatkan moral keluarga (Friedman, 2010). Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional. Dengan semua tingkah laku yang mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati, dan dicintai, dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian (Sarafino, 2011). Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin diperdulikan dan dicintai oleh keluarga. Dukungan emosional meliputi ungkapan

rasa empati, kepedulian/simpati, cinta, perhatian dan penghargaan terhadap individu. Dukungan ini diperoleh dari pasangan atau keluarga, seperti memberikan pengetahuan terhadap masalah yang sedang dihadapi atau mendengarkan keluhannya.

- 2) Dukungan informasi, keluarga berfungsi sebagai kolektor dan disseminator (penyebar) informasi (Friedman, 2010). Dukungan informasi diberikan oleh keluarga dalam bentuk nasehat, saran, sugesti, informasi dan diskusi tentang bagaimana cara mengungkapkan dan mengatasi masalah yang ada. Manfaat dukungan ini dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi (Sarafino, 2011).
- 3) Dukungan instrumental, keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit (Friedman, 2010). Dukungan instrumental merupakan dukungan yang diberikan oleh keluarga secara langsung meliputi bantuan material seperti memberikan tempat tinggal, uang, bantuan dalam mengerjakan tugas rumah sehari-hari, makanan, permainan, istirahat atau bantuan yang lain yang memberikan kenyamanan serta kedekatan pada pasien (Sarafino, 2011).

4) Dukungan penghargaan/penilaian, keluarga bertindak (keluarga bertindak sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan pemecahan masalah dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, dan perhatian (Friedman, 2010). Dukungan penghargaan terjadi melalui ekspresi penghargaan yang positif melibatkan pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa orang lain yang berbanding positif antara individu dengan orang lain (Sarafino, 2011). Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, saran atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan mudah.

e. Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Dukungan sosial keluarga dapat meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2017). Wills (1985) dalam Friedman (2017), menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan.

f. Faktor - faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Prabowo (2018), faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah :

- 1) Faktor internal
 - a) Tahap perkembangan. Dukungan keluarga dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon yang berbeda.
 - b) Pendidikan atau tingkat pengetahuan. Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.
 - c) Faktor emosional. Mempengaruhi keyakinan dukungan dan cara melakukannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya berespon terhadap tanda sakit, dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya.
 - d) Spiritual. Terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang

dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

2) Eksternal

- a) Keluarga. Memberikan dukungan dan mempengaruhi pasien melaksanakan kesehatan. Misalnya, pasien kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama (Setiadi, 2008).
- b) Faktor sosio-ekonomi. Faktor sosial dan psikososial termasuk tingkat Pendidikan dan pekerjaan dapat meningkatkan pemahaman dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap anggota keluarganya yang sakit (Friedman, 2017). Tingkat ekonomi keluarga mempunyai pengaruh yang besar. Keluarga yang penghasilannya berkecukupan akan memenuhi kebutuhan hidupnya yang berpengaruh terhadap perilaku individu tersebut. Sebaliknya, keluarga yang penghasilan rendah, mereka mengalami kesulitan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Begitupun semakin tinggi tingkat pendidikan kemungkinan semakin tinggi dukungan yang diberikan pada keluarga yang sakit (Triana, 2015).
- c) Latar belakang budaya. Mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk kebutuhan pendidikan anggota keluarganya (Setiadi, 2008).

3. Rawat Inap Berulang / *Readmission*

a. Pengertian Rawat Inap Berulang

Rawat inap merupakan kejadian pasien dirawat di rumah sakit selama beberapa hari oleh pasien yang sama. Sedangkan rawat inap ulang atau readmission merupakan suatu keadaan dimana pasien yang sebelumnya di rawat inap, kembali diberikan perawatan secara terencana ataupun tidak dalam 30 sampai 90 hari setelah perawatan sebelumnya (Sawhney et al., 2017). Rawat inap ulang pada pasien skizofrenia diartikan sebagai kejadian pasien dirawat kembali di rumah sakit yang terjadi lebih dari satu kali dalam jangka waktu tertentu (Hamidah, 2019).

Rawat inap ulang didefinisikan sebagai kembalinya pasien yang telah dipulangkan, yang sebelumnya pernah mendapatkan perawatan di rumah sakit, tidak direncanakan atau karena kekambuhan dalam 30 hari setelah pulang pasien dari rumah sakit. Hospital Readmission adalah periode pasien dirawat kembali setelah menerima perawatan sebelumnya di rumah sakit dalam kurung waktu tertentu (Fingar et al., 2017). Medicare mendefinisikan, periode readmission sebagai 30 hari yaitu masuk rumah sakit kembali pada rumah sakit yang sama dan termasuk readmission rumah sakit ke rumah sakit yang berbeda.

b. Penyebab dan Faktor yang Mempengaruhi Rawat Inap Berulang

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Retrum et al., (2015), penyebab terjadinya rawat ulang yaitu gejala yang memburuk (factor

klinis), konteks psikososial (dukungan adekuat dari keluarga, teman atau caregiver, perilaku, transportasi untuk melakukan follow-up, beban finansial), kepatuhan terhadap rekomendasi self-care, penyakit pasien dan faktor layanan kesehatan (penyedia layanan dan sistem rumah sakit). Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya read mission seperti pengetahuan, kepatuhan minum obat, dan keyakinan pengobatan.

c. Indikator Rawat Inap Berulang

Pengukuran rawat ulang kembali diukur dengan memfollow-up responden dalam 30 hari setelah pulang dari rumah sakit dan menanyakan apakah mereka kembali masuk rumah sakit yang tidak direncanakan. Selain itu menggunakan rekam medis untuk mengidentifikasi penyebab utama dari rawat inap ulang tersebut.

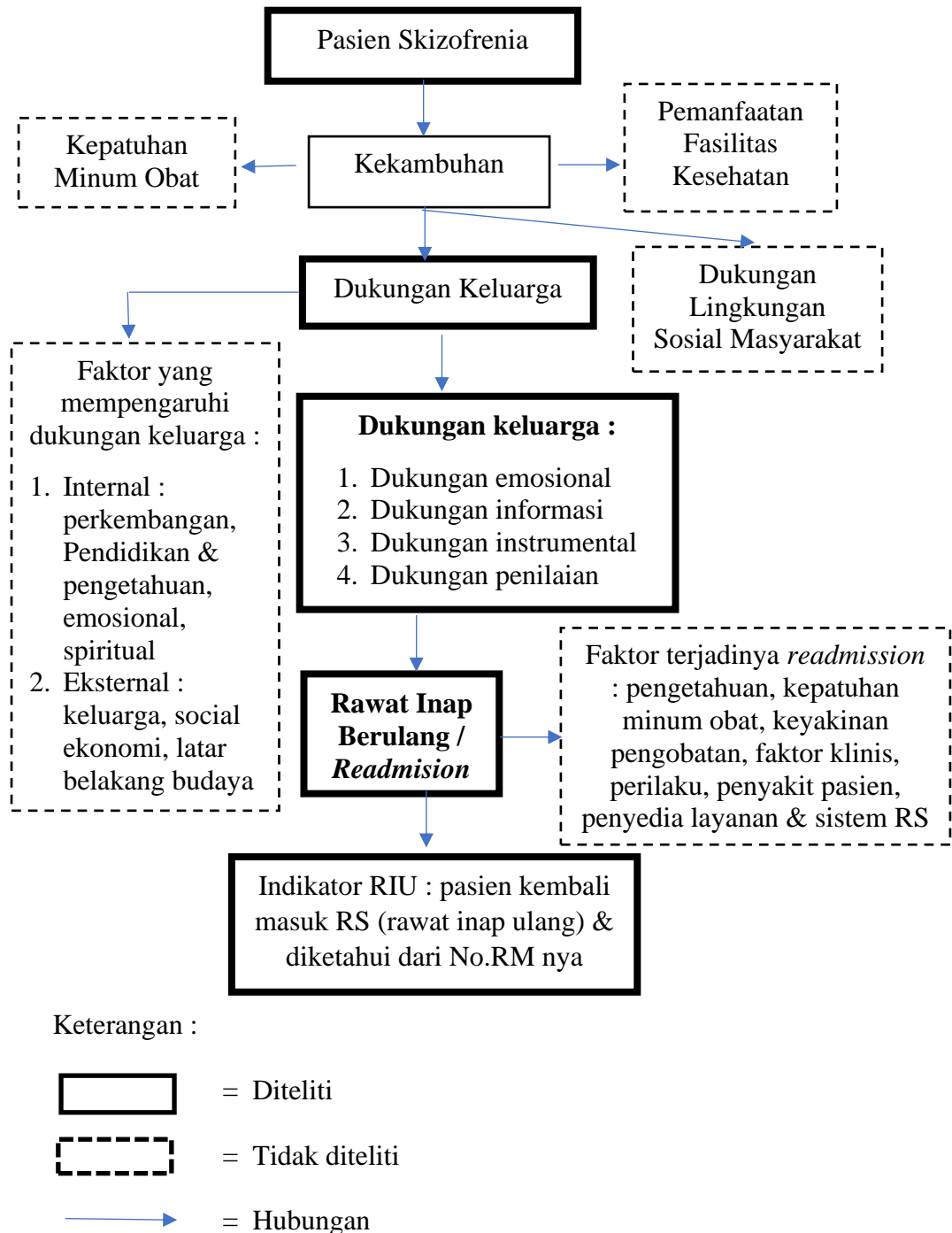
d. Strategi Meminimalkan Rawat Inap Berulang

Untuk meminimalisir kejadian rawat ulang salah satu cara yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah memprediksi rawat ulang sebagai langkah awal mengidentifikasi pasien yang beresiko. Selain itu, pedoman terapi medis berbasis bukti juga dapat diterapkan untuk meningkatkan hasil dan mengurangi beban rawat inap. Intervensi yang dapat diberikan untuk mengurangi rawat ulang contohnya dengan memberikan edukasi kepada pasien, perencanaan pemulangan (discharge planning), rekonsiliasi obat, penjadwalan follow-up sebelum pemulangan, komunikasi dengan outpatient

providers, dan follow-up melalui panggilan telepon. Dalam masyarakat, rumah sakit dapat bermitra dengan dokter atau tenaga kesehatan komunitas untuk mengurangi tingkat rawat ulang (Ziaieian & Fonarow, 2016).

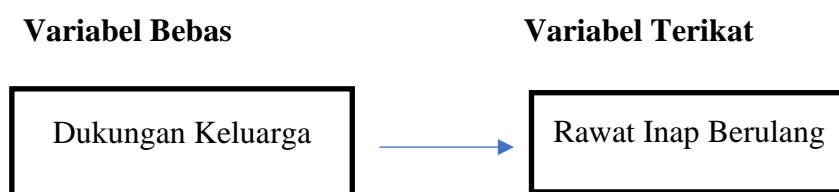
Kualitas hidup yang rendah dan gangguan psikologi pada pasien mengakibatkan proses penyembuhan dan pemulihan menjadi terhambat, sehingga dapat semakin memburuk prognosinya yang pada akhirnya meningkatkan angka rawat inap ulang dan angka kematian (Rachmat & Kariasa, 2021; Meng et al., 2020). Ketidaktahuan dan ketidakmampuan pasien dan keluarga mengenai cara perawatan di rumah berdampak pada masalah kesehatan atau ketidaksiapan pasien menghadapi pemulangan setelah pasien dirawat di rumah sakit. Hal tersebut menyebabkan komplikasi dan berakibat kepada hospitalisasi ulang (Febtrina & Nurhayati, 2018). Salah satu contoh dari ketidaktahuan dan ketidakmampuan pasien dan keluarga mengenai cara perawatan di rumah adalah saat di rumah pasien dan keluarga tidak mengetahui tanda gejala kekambuhan pasien serta cara penanganan kekambuhan (Widagdo et al., 2014).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Maslim (2013), Sarafino (2011), Friedman (2017), Safitri & Yuniawati (2016) & Hamidah (2019)

C. Kerangka Konsep

Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Ada Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Rawat Inap Berulang Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.