

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stigma Keluarga

2.1.1 Definisi Stigma

Stigma berasal dari bahasa Yunani yang artinya “tanda” atau bercak. Istilah ini diberikan pada orang-orang dengan kekurangan baik fisik, mental, ataupun moral yang dalam lingkup sosial harus dihindari, terlebih ditempat umum. Goffman (1963) menjelaskan stigma merupakan tanda untuk membedakan seseorang yang mendiskreditkan, misalnya orang dengan warna kulit berbeda (etnis), fisiologi (gender), ukuran tubuh (obesitas), dan pakaian (kemiskinan) mengalami stigma oleh masyarakat umum, dimana individu direndahkan dimata individu yang lain, bukan hanya isyarat publik saja tetapi juga kognitif (stereotip), emosional (prasangka), dan perilaku (diskriminasi).

Stigma yang didefinisikan sebagai prasangka dan diskriminasi yang dialami oleh individu melalui asosiasi dengan keluarga mereka (Corrigan & Larson, 2008:87). Stigma yang berkembang dimasyarakat khususnya pada individu dengan gangguan mental atau skizofrenia biasanya dikarenakan masyarakat beranggapan bahwa gangguan jiwa tidak dapat disembuhkan, membahayakan, dan tidak dapat berkomunikasi dengan baik, bahkan dianggap tidak dapat melakukan hal-hal dalam kehidupan sehari-hari setelah sembuh dari sakit yang dialaminya. Individu yang mengalami stigmatisasi memiliki perasaan tidak yakin terhadap

individu lainnya yang normal yaitu apakah individu yang normal dapat mengetahui keadaan ketidaknormalannya serta dapat menerimanya (Goffman,1963: 13).

Berdasarkan definisi-definisi diatas penulis menyimpulkan bahwa stigma adalah persepsi negatif yang ditunjukan seseorang kepada pelaku atau individu tertentu yang memiliki perbedaan atau ketidaksempurnaan baik fisik maupun psikologi yang tujuannya untuk merendahkan individu tersebut dan menjauhkannya dari kehidupan sosial.

2.1.2 Definisi Family Stigma

Family stigma atau stigma keluarga berisi stereotip menyalahkan, rasa malu, dan kontaminasi. Sikap masyarakat yang menyalahkan keluarga untuk ketidakmampuan yang menimbulkan kekambuhan penyakit mental atau skizofrenia pada anggota keluarga. Biasanya, menyalahkan keterampilan orangtua miskin yang menyebabkan penyakit *child's mental*. Namun, masyarakat umum masih mencap orangtua miskin sebagai penyebab penyakit mental, dan kemudian keluarga bisa saja mengalami perasaan malu karena memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit mental (Larson & Corrigan, 2008).

Lefley (1989: 557), menjelaskan bahwa stigma keluarga merupakan stigma yang tidak hanya dikenakan pada penderita saja, namun anggota keluarga yang merawatpun ikut terkena stigma. Menurut Phelan dan Evelyn (1998: 117), stigma keluarga atau *family stigma* adalah hubungan antar anggota keluarga dengan penderita, dimana stigma yang dikenakan pada penderita juga dikenakan pada keluarga. Corrigan (1999:

767) menjelaskan Pada intinya *family stigma* dirasakan juga oleh anggota keluarga yang secara langsung berhubungan dengan individu yang terkena stigma. Corrigan (2008: 88) proses stigma keluarga karena dampak negatif individu dalam berbagai cara, seperti anggota keluarga mungkin menghindari situasi sosial, menghabiskan energi dan sumber daya, menyembunyikan rahasia dan pengalaman diskriminasi dalam pekerjaan dan atau situasi perumahan.

Berdasarkan penjelasan diatas mengenai stigma keluarga penulis menyimpulkan bahwa stigma keluarga yaitu persepsi negatif yang dikenakan pada keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita penyakit mental yang dianggap membawa pengaruh buruk pada keluarga.

2.1.3 Faktor-Faktor Penyebab Terbentuknya Stigma Keluarga

Ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya stigma menurut (Scheffer, 2003; Varamitha, Sukmawati, dkk, 2014), diantaranya:

1. Gangguan Perilaku Terkait

Individu dengan gangguan jiwa mendapat stigma karena gangguan perilaku yang terkait seperti kecemasan dan ketegangan, serta defisit keterampilan sosial misalnya kontak mata yang buruk, kesulitan memfokuskan pada suatu topik. Label tanpa adanya perilaku penyimpang, dapat berkontribusi lebih pada stigma.

2. Status Sosial-Ekonomi

Yaitu semakin rendah status sosial dan ekonomi seseorang, semakin besar kemungkinan mereka dijauhi oleh masyarakat atau orang lain.

3. Teori Demonologi

Gangguan jiwa didasarkan oleh budaya atau kepercayaan akan adanya unsur mistis, gaib, dan setan-setan yang menyebabkan timbulnya tingkah laku aneh atau abnormal dan gangguan jiwa (Kartono, 1981; Varamitha, Sukmawati, dkk, 2014).

4. Keterampilan mengasuh

Perasaan subjektif stigma semata-mata disebabkan oleh hubungan dengan individu stigmatis lain. Misalnya asumsi umum yang tersebar luas bahwa keterampilan mengasuh anak yang buruk memicu penyakit mental. Selain itu, model genetik menekankan kerentanan biologis dan warisan serta yang tak kalah penting adalah fakta bahwa anggota keluarga sering disalahkan karena ketidakpatuhan dan karena kekambuhan pasien (Chatthoor, Kristen et all, 2015).

2.1.4 Dimensi Stigma Keluarga

Menurut Larson dan Corrigan (2008:88), menyebutkan terdapat tiga dimensi yang berhubungan dengan *family stigma* diantaranya penyalahan (*blame*), malu (*shame*), dan kontaminasi (*contamination*). *Blame* diartikan menyalahkan anggota keluarga yang dianggap tidak mampu dalam mengasuh, *shame* yaitu menghindarkan atau menyembunyikan anggota keluarga dalam hubungan dengan tetangga ataupun teman-temannya, dan *contamination* yakni bagaimana kedekatan hubungan individu dengan seseorang yang terkena stigma sehingga memungkinkan terkena dampak dari stigma tersebut.

Berbeda dengan Larson dan Corrigan, menurut Park dan Kyung (2014: 167), membagi tiga dimensi yang dapat mengidentifikasi family stigma, dimensi pertama yaitu persepsi negatif, sikap, emosi, dan perilaku menghindari orang lain terhadap keluarga ataupun anggota keluarga karena situasi dan kondisi yang kurang baik. Dimensi kedua yaitu keyakinan orang lain dengan ketidakhiasaan dari keluarga yang merusak, membahayakan, berpengaruh negatif, berbeda dengan norma pada umumnya. Dan dimensi yang ketiga atau yang terakhir yaitu keyakinan anggota keluarga baik secara langsung ataupun tidak, telah tercemar masalah keluarga sampai dianggap merusak, berbahaya, tidak sehat, dan memiliki efek negatif pada orang lain atau berbeda norma-norma sosial.

2.1.5 Mekanisme Stigma Keluarga

Stigma menunjukkan “tanda” yaitu tanda yang diberikan dalam bentuk cap oleh masyarakat terhadap seseorang, orang yang terstigmatisasi menjadi berperilaku seolah-olah mereka dalam kenyataan yang memalukan atau namanya tercemar (Dayakisni, 2003). Efek dari stigmatisasi dapat membuat orang lain untuk merubah persepsi mereka terhadap individu yang dikenai stigma, dan biasanya menyebabkan orang yang terkena stigma merasa sebagai orang yang menyimpang dan berusaha merubah persepsi tentang dirinya.

2.1.6 Pengukuran Stigma

Pengukuran stigma dilakukan dengan koesioner ISMI (*internalized stigma of mental illness scale*), yang berisi 29 item dengan rancangan

untuk mengukur pengalaman subyektif dari stigma. Untuk setiap pertanyaan, tandai apakah anda sangat tidak setuju (1), tidak setuju (2), setuju (3), atau sangat setuju (4). Setiap skor dihitung dengan menambah skor item bersama-sama dan kemudian membaginya dengan jumlah total item yang dijawab. Skala ISMI terdiri dari 5 sub item yaitu dukungan (*alienation*) pada pernyataan nomer (1, 5, 7, 16, 17, 21), *stereotype* pada pernyataan nomer (2, 6, 10, 18, 19, 23, 19, 23, 29), pengalaman diskriminasi pada pernyataan nomer (3, 15, 22, 25, 28), penarikan sosial pada pernyataan nomer (4, 8, 11, 12, 13, 20), dan resisten stigma (7, 14, 24, 26, 27).

Total Skor (29 item)

Tambahkan semua item yang dijawab dan dibagi dengan jumlah total item yang dijawab. (jika orang itu menjawab setiap pernyataan, bagi dengan 29). Pastikan untuk menggunakan item resisten stigma bertanda terbalik.

Total Skor tanpa Resistan Stigma (24 item)

Sama seperti diatas, tetapi tidak termasuk item resisten stigma (Lysaker et al., 2007).

Interpretasi Skor

Metode 2 kategori (mengikuti metode yang digunakan oleh Ritsher & Phelan, 2004)

1.00-2.50 : tidak melaporkan stigma internal yang tinggi

2,51-4,00 : melaporkan stigma internal yang tinggi

2.1.7 Strategi Menghilangkan Stigma Keluarga

Para peneliti dan pendukung telah bersama-sama mengembangkan intervensi yang efektif dalam mengurangi stigma yang dialami oleh orang-orang dengan penyakit mental atau dengan anggota keluarga. Strategi ini juga mungkin berguna untuk membimbing peserta kejiwaan jauh dari stigma dan lebih kearah pemberdayaan. Strategi dapat melibatkan anggota keluarga guna mengembangkan kesadaran tentang stigma, mengidentifikasi coping teknik, menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung untuk mengeksplorasi pengalaman stigma, berpartisipasi dalam program antistigma, mengembangkan kesadaran akan dampak stigma, dan memberikan kesempatan untuk berlatih keterampilan untuk mengatasinya. Intervensi ini ditinjau dari segi *public versus self-stigma* (Larson & Corrigan, 2008: 89).

1. Mengubah *public stigma*

Intervensi ini memiliki tiga pendekatan untuk menghapuskan stigma publik diantaranya protes, pendidikan, dan kontak. Protes adalah seruan moral bagi orang untuk berhenti stigma, orang harus menekan stereotip tentang penyakit mental. Intervensi protes telah menunjukkan bahwa bagaimanapun bentuk penindasan pikiran yang dilakukan benar-benar akan menyebabkan efek *rebound*. Secara khusus bentuk penindasan yang dilakukan seperti memberitahu orang-orang untuk menghindari pemikiran negatif tentang orang dengan penyakit mental. Yang kedua ada pendidikan, dimana pendidikan dapat menyebabkan perbaikan jangka panjang dalam prasangka, tetapi perbaikan ini

biasanya akan kembali seperti semula, setelah program pendidikan usai. Selain itu, partisipasi dalam program pendidikan belum terbukti untuk mempengaruhi perilaku diskriminasi. Yang terakhir yakni kontak, dimana melibatkan interaksi antara seseorang dengan penyakit mental dan masyarakat. Hubungan yang sukses ketika seseorang dengan penyakit mental dan masyarakat dapat berinteraksi dengan baik dalam satu lingkungan. Penelitian telah membuktikan bahwa intervensi ini terdapat perubahan prasangka dan mengurangi diskriminasi.

2. Mengubah *self-stigma*

Beberapa pendekatan dapat dilakukan untuk meningkatkan berkurangnya harga diri rendah dan *self-efficacy* yang dihasilkan dari stigma diri. Beberapa penelitian telah dibuat stigma diri sebagai pernyataan diri yang menyebabkan depresi, kecemasan, atau kemarahan, akibatnya, mereka telah mengusulkan restrukturisasi kognitif sebagai cara untuk mengontrol aspek kognitif stigma diri. *Self-esteemcan* menggantikan stigma diri melalui sistem *self-talk*. Pengungkapam tidak terbatas, seseorang dapat memutuskan jalan keluarnya untuk mengungkapkan kepada rekan kerja, individu, tetangga, untuk berfikir terbuka tentang isu-isu umum yang berkaitan dengan masalah kesehatan atau spesifik mengenai kesehatan mental.

2.2 Stress Keluarga

2.2.1. Definisi Stress

Stress merupakan hal yang mejadi bagian dari kehidupan manusia. Stress psikologis dan fisik merupakan ketegangan yang disebabkan oleh fisik, emosi, sosial, ekonomi, pekerjaan atau keadaan, peristiwa, atau pengalaman yang sulit untuk mengelola atau bertahan (Andrew M. Colman, 2001; Nasir, Abdul dan Muhith, A, 2011).

Stress merupakan suatu keadaan tertekan, baik secara fisik maupun psikologis (Purwati, 2012). Stress yaitu ketegangan atau tekanan dalam diri seseorang atau sistem sosial (individu, keluarga, dll). Stress yang terjadi pada keluarga akan menuntut seseorang untuk mampu beradaptasi. Adaptasi bisa positif ataupun negatif, yang dapat menyebabkan peningkatan dan penurunan keadaan kesehatan keluarga (Burgess, 1978; Andarmoyo, 2012).

Stress menurut (Lazarus, 1976 dalam Nasir, Abdul dan Muhith, A, 2011), menjelaskan bahwa stress merupakan mekanisme yang bersifat individual. Stress bagi seseorang belum tentu stress bagi orang lain, karena setiap orang memiliki persepsi dan toleransi yang berbeda-beda tentang hal yang menjadi hambatan atau tuntutan yang mungkin menimbulkan stress.

2.2.2. Teori Stres Keluarga

Teori stres keluarga dari Hill (1949)

Berdasarkan riset dari Hill tentang perpisahan akibat perang dan reuni, ia mengembangkan sebuah teori stres keluarga, yang disebut ABCX.

Secara teoritis digambarkan suatu penyesuaian diri “roller coastes” pascakritis yang dialami keluarga. Kerangka kerja ini memiliki dua bagian. Pertama proporsi yang berkaitan dengan determinan-determinan krisis keluarga.

A (kejadian dan kesulita-kesulitan) berinteraksi dengan B (krisis keluarga memenuhi sumber-sumber) berinteraksi dengan C(definisi tentang kejadian yang dibuat oleh keluarga) menghasilkan X (krisis) (Hill,1965, hal.36)

Bagian kedua merupakan sebuah pernyataan yang lebih berorientasi pada proses mengingat jalannya penyesuaian masalah krisis. Hill (1965) memaparkan bahwa jalannya penyesuaian keluarga setelah sebuah krisis, yaitu (1) periode disorganisasi, (2) sudut pemulihan, (3) reorganisasi dan sebuah tingkat organisasi baru dalam kaitannya dengan berfungsinya keluarga.

Hill menjabarkan ada 3 faktor utama yang terlibat. Pertama, keadaan stressor atau kejadian aktual (faktor A). Faktor kedua mempengaruhi hasil krisis dan non krisis dalam menghadapi stressor yaitu sumber-sumber keluarga yang penggunaan mekanisme koping (faktor B). Ketiga dan merupakan faktor utama yang paling penting yaitu persepsi keluarga dan interpretasi terhadap stressor atau stressor kejadian (faktor C).

2.2.3. Stressor

Stressor ialah stimulasi yang mengawali atau mencetuskan perubahan. Stressor secara umum dapat diklasifikasikan sebagai stressor internal atau eksternal. Stressor dapat mempengaruhi semua bagian

kehidupan seseorang yang dapat menyebabkan stres mental, perubahan perilaku, masalah-masalah dalam interaksi dengan orang lain dan keluhan-keluhan fisik lain. Stressor merujuk pada agen-agen penyebab yang mengaktifkan proses stres (Chrisman dan Fowler, 1980).

Agen-agen pencetus atau penyebab stres pada keluarga adalah kejadian-kejadian dalam kehidupan yang cukup serius sehingga mengakibatkan munculnya perubahan-perubahan dalam sistem keluarga (Hill, 1949). Stresor-stresor pada keluarga dapat berupa kejadian maupun pengalaman antar pribadi (dari dalam maupun luar keluarga), lingkungan, ekonomi, ataupun sosial budaya. Stresor-stresor tersebut yang membuat seseorang atau keluarga menjadi stress.

Faktor pemicu stress (stressor) dapat berasal dari berbagai sumber yang dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

2.2.3.1. Stressor fisik-biologis

Faktor pemicu stress berasal dari kondisi fisik-biologis yang tidak sesuai dengan keinginan dan harapan individu (Nasir & Muhith, 2011).

1. Genetika. Banyak ahli mengungkapkan kehamilan dikaitkan dengan kerentanan stress pada anak yang akan dilahirkan, kondisi tersebut terjadi pada ibu hamil yang perokok, alkoholik dan peengguna obat terlarang pada masa kehamilannya .
2. *Case history*. Riwayat penyakit masa lalu bisa saja berefek pada kondisi psikologi masa depan, dapat berupa penyakit yang pernah diderita ataupun kejadian yang membuat trauma hingga mempengaruhi kesehatan sekarang.

3. Pengalaman hidup. Termasuk juga dalam *case history* dan pengalaman hidup lainnya, sebagai contoh seorang anak mengalami keterlambatan pertumbuhan yang menyangkut kematangan organ seksualnya dibanding teman sebaya lainnya, sehingga ada rasa minder dan mendapat ejekan-ejekan dari teman-temannya.
4. Tidur. Istirahat yang kurang akan berdampak pada energi yang kurang juga pada kegiatan yang sedang dilakukan, dan juga mempengaruhi konsentrasi serta semangat terhadap kegiatan yang dijalankannya.
5. Postur tubuh. Postur tubuh berperan sebagai stressor misalnya, individu yang mempunyai kelainan bentuk tubuh, cacat bawaan dan penggunaan steroid juga dapat menimbulkan stress pada individu.
6. Penyakit. Beberapa penyakit bisa saja menjadi stressor munculnya stress misalnya saja, tuberkulosis (TBC), kanker, impotensi dan lain sebagainya.

2.2.3.2. Stressor psikologis

Faktor penyebab stress yang berasal dari kondisi kejiwaan (psikologi) yang tidak mampu menyesuaikan diri dan atau tidak dapat menerima kenyataan (Nasir & Muhith, 2011).

1. Persepsi. Tingkat stress dalam peristiwa tertentu bergantung pada bagaimana individu merespon stress tersebut. Ini juga bagaimana individu berpersepsi terhadap stresor yang muncul, yang

bergantung pada hal-hal seperti control terhadap stress, stress yang diprediksi, kemampuan melawan batas.

2. Emosi. Kemampuan yang berbeda dalam mengenal tiap perasaan emosi yang mempengaruhi stress yang dialaminya. Stress dan emosi memiliki keterkaitan yang saling mempengaruhi diantara keduanya, misalnya kecemasan, rasa bersalah, khawatir, ekspresi marah, dan rasa takut.
3. Situasi psikologi. Berpengaruh pada konsep berfikir (kognitif), dan menilai suatu situasi yang mempengaruhinya. Situasi ini dapat berupa konflik, frustrasi, serta kondisi atau situasi tertentu yang mempengaruhi penilaian serta memberikan ancaman bagi individu.
4. Pengalaman hidup. Suatu kejadian dalam hidup yang mempengaruhi dampak psikologi terhadap individu. Beberapa kejadian seperti, perubahan hidup, masa transisi, dan krisis kehidupan.

2.2.3.3. Stressor sosial

Stressor sosial dapat berasal dari kondisi lingkungan dan atau interaksi sosial (Rismalinda, 2017).

- a. Iklim kehidupan keluarga; hubungan anggota keluarga yang tidak harmonis, perceraian, suami atau istri selingkuh, suami atau istri meninggal, anak yang nakal, sikap dan perlakuan orang tua keras, salah satu anggota keluarga menderita gangguan jiwa, dan kesulitan ekonomi keluarga.

- b. Faktor pekerjaan; kesulitan mencari pekerjaan, pengangguran, terkena PHK, jenis pekerjaan yang tidak sesuai dengan minat dan kemampuan, serta penghasilan tidak sesuai dengan tuntutan kebutuhan sehari-hari.
- c. Iklim lingkungan; maraknya kriminalitas, udara yang sangat panas atau dingin, suara bising, kemacetan lalu lintas, bertempat tinggal di daerah banjir atau rentan tanah longsor, serta situasi kehidupan politik dan ekonomi yang tidak stabil.

2.2.4 Reaksi Psikologis terhadap Stress

1. Kecemasan

Lazarus (1991) menyatakan bahwa kecemasan adalah reaksi individu terhadap hal yang akan dihadapi. Kecemasan merupakan suatu perasaan yang menyakitkan, seperti kegelisahan, kebingungan dan sebagainya, yang berhubungan dengan aspek subjektif emosi.

2. Kemarahan dan agresi

Kemarahan adalah respon terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai suatu ancaman, khususnya ketika seseorang menerima suatu keadaan sebagai keadaan yang membahayakan. Sedangkan agresi merupakan kemarahan yang meluap-luap dan seseorang melakukan serangan kasar dengan cara yang tidak wajar.

3. Depresi

Yaitu keadaan yang ditandai dengan hilangnya gairah dan semangat terkadang disertai rasa sedih.

2.2.5 Dampak dan Respon Stress

Setiap hari keluarga diserang oleh rangsang yang menghasilkan ketegangan, beberapa diantaranya cukup menimbulkan iritasi ringan dan hampir tidak kelihatan, seperti keributan/kebisingan lalu lintas dan perubahan yang buruk/memprihatinkan, yang beberapa diantaranya sesungguhnya atau secara potensial dapat menghancurkan keluarga, seperti rusaknya perkawinan, atau kematian seorang anak (Pearlin dan Turner, 1987; Andarmoyo, 2012).

Taylor (1991), dalam Videbeck (2008), menyatakan bahwa stress dapat menghasilkan berbagai respon. Respon stress dapat dilihat dalam berbagai aspek sebagai berikut:

1. Respon fisiologi. Dapat ditandai dengan meningkatnya tekanan darah, detak jantung, nadi, dan sistem pernafasan.
2. respon kognitif. Dapat terlihat melalui terganggunya proses kognitif individu, seperti pikiran menjadi kacau, menurunnya daya konsentrasi, pikiran berulang, dan pikiran tidak wajar.
3. Respon emosi. Dapat muncul sangat luas, menyangkut emosi yang mungkin dialami individu, seperti takut, cemas, malu, marah, dan sebagainya.
4. Respon tingkah laku. Dapat dibedakan menjadi *fight*, yaitu melawan situasi yang menekan dan *flight* yaitu menghindari situasi yang menekan.

2.2.6 Tahap Penilaian Stress

Menurut Lazarus (1985), menjelaskan dalam melakukakn penilaian terdapat dua tahap yang harus dilalui diantaranya:

1. *Primery Appraisal* (Penilaian Primer)

Primery appraisal yaitu proses yang menentukan arti dari suatu peristiwa yang dialami oleh individu. Peristiwa tersebut dapat dipersepsikan netral, positif, maupun negatif oleh individu. Peristiwa negatif yang kemungkinan dicari yaitu adanya *harm*, *threat*, atau *challenge*. *Harm* yaitu penilaian tentang bahaya yang diperoleh dari peristiwa yang terjadi. *Threat* yaitu penilaian tentang kemungkinan buruk atau ancaman yang diperoleh dari peristiwa yang terjadi. *Challenge* yaitu tantangan atas kesanggupan untuk mengatasi serta mendapat keuntungan dari peristiwa yang terjadi (Lazarus; Taylor, 1991). *Primery appraisal* memiliki tiga komponen diantaranya:

- a. *Goal relevance*: penilaian yang mengarah pada tujuan seseorang, dan juga hubungan peristiwa yang terjadi dengan tujuan personal.
- b. *Goal congruence or incongruence*: penilaian yang mengarah pada hubungan antara peristiwa di lingkungan dan individu tersebut konsisten dengan keinginan individu atau tidak, seta apakah peristiwa tersebut menghalangi atau memfasilitasi tujuan personal. Jika menghalanginya artinya goal incongruence, sebaliknya jika memfasilitasi artinya goal congruence.
- c. *Typo of ego involvement*: penilaian yang mengarah pada berbagai macam aspek dari identitas ego maupun komitmen individu.

2. *Secondary Appraisal* (Penilaian Sekunder)

Secondary appraisal yaitu penilaian tentang kemampuan individu dalam mengendalikan koping dengan sumber daya yang dimilikinya.

Secondary appraisal memiliki tiga komponen diantaranya:

- a. *Blame and credit*: penilaian tentang siapa yang bertanggung jawab terhadap situasi menekan yang terjadi dari diri individu.
- b. *Coping-potential*: penilaian tentang bagaimana individu mampu mengatasi menekan maupun mengaktualisasi komitmen pribadi.
- c. *Future expectancy*: penilaian tentang apakah untuk alasan tertentu individu berubah secara psikologi untuk menjadi lebih baik atau lebih buruk.

Pengalaman subjektif terhadap stress adalah keseimbangan antara *primery* dan *secondary appraisal*. Ketika *harm*, dan *threat* cukup besar, sedangkan kemampuan untuk melakukan koping tidak memadai, stress yang berat akan dirasakan oleh individu. Sebaliknya, jika kemampuan koping memadai, stress dapat diminimalkan dan dapat dihindari.

2.2.7 Pengukuran Tingkat Stress

Stress keluarga diukur dengan menggunakan kuesioner DASS (*Depression Anxiety Stress Scale*) oleh Lovibond dan Lovibond (1995), DASS adalah seperangkat skala subjektif yang dibuat untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan, dan stress. DASS adalah koesioner yang terdiri dari 42 item yang mencakup tiga laporan diri, skala dirancang untuk mengukur keadaan emosional negatif dari depresi, kecemasan, dan stress. Masing-masing skala berisi 14 item. Skala stress

item yang sensitif terhadap tingkat kronis non-spesifik gairah, ini menilai kesulitan santai, gairah saraf, dan yang mudah marah atau gelisah, mudah tersinggung (*over-reaktion*) dan tidak sabar.

Tabel 2.2 Kuisisioner DASS Sub-Skala Stress

No	Indikator	Pernyataan
1.	Sulit untuk santai (<i>Difficulty relaxing</i>)	No : 8. Saya merasa sulit untuk bersantai. 22. Saya merasa sulit untuk beristirahat. 29. Saya merasa sulit untuk tenang setelah sesuatu membuat saya kesal.
2.	Memunculkan kegugupan (<i>Nervous arousal</i>)	No : 12. Saya merasa telah meghabiskan banyak energi untuk merasa cemas. 33. Saya sedang merasa gelisah
3.	Mudah marah / gelisah (<i>Easily upset / agitated</i>)	No: 1. Saya merasa bahwa diri saya menjadi marah karena hal-hal sepele. 11. Saya menemukan diri saya mudah kesal. 39. Saya mnemukan diri saya mudah gelisah.
4.	lebih reaktif (<i>Irritable/ over-reactive</i>)	No : 6. Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap suatu situasi. 18. Saya merasa bahwa saya mudah tersinggung. 27. Saya merasa bahwa saya sangat mudah marah.
5.	Tidak sabar (<i>Impatient</i>)	No :14. Saya menemukan diri saya menjadi tidak sabar ketika mengalami penundaan (misalnya : kemacetan lalu litas menunggu sesuatu). 32. Saya sulit untuk sabar dalam menghadapi gangguan terhadap hal yang sedang saya lakukan. 35. Saya tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi saya untuk menyelesaikan hal yang sedang saya lakukan.

Terdapat empat pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pernyataan

yaitu:

0 : tidak sesuai dengan saya sama sekali, atau tidak pernah

1 : sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu, kadang-kadang

2 : sesuai dengan saya sampai batas yang dapat dipertimbangkan, atau lumayan sering

3 : sangat sesuai dengan saya, selalu

Skor untuk masing-masing responden dimasing-masing sub-skala, kemudian dievaluasi sesuai dengan keparahan rating indeks dibawah ini:

1) Normal : 0-14

2) Stress ringan : 15-18

3) Stress sedang : 19-25

4) Stress berat : 26-33

5) Stress sangat berat : 34

2.2.8 Mekanisme Koping Stress Keluarga

Menurut Lazarus dan Folkman (1984) dalam Nasir, A dan Muhith (2011), dalam melakukan koping ada dua strategi yang bisa dilakukan:

1. Koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*)

Usaha mengatasi stress dengan cara mengatur atau mengubah masalah yang dihadapi dan lingkungan sekitarnya yang mengakibatkan terjadinya tekanan. Strategi yang dipakai dalam *problem focused coping* antara lain sebagai berikut:

a. *Confrontative coping*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan resiko.

b. *Seeking social support*: usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain.

- c. *Planful problem solving*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap dan analitis.

2. *Emotion focused coping*

Usaha untuk mengatasi stress dengan cara mengatur respon emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang dianggap penuh tekanan. Strategi yang digunakan dalam emotional focused coping antara lain:

- a. *Self control*: usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.
- b. *Distancing*: usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindar dari masalah seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif, seperti menganggap masalah seperti lelucon.
- c. *Positive reappraisal*: usaha untuk mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius.
- d. *Accepting responsibility*: usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi lebih baik.
- e. *Escape/avoidance*: usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindarinya dengan beralih pada

hal seperti makan, minum, merokok atau menggunakan obat-obatan.

2.3 Keluarga

2.3.1 Definisi Keluarga

family Service America (1984) mendefinisikan keluarga dalam suatu cara yang komprehensif yaitu sebagai “dua orang atau lebih yang disatukan dalam hubungan kebersamaan dan keintiman”. Dalam analisa konsep tentang keluarga sebagai unit yang memerlukan perawatan, Wall (1986) mendefinisikan keluarga sebagai “kelompok yang mengidentifikasi diri” dengan anggotanya terdiri atas dua individu atau lebih yang asosiasinya dicirikan oleh istilah khusus, yang bisa jadi tidak terikat oleh hubungan darah atau hukum, tetapi yang berfungsi berbagai macam sehingga mereka menganggap diri mereka sebagai sebuah keluarga.

Dalam sebuah unit keluarga, disfungsi apapun (penyakit, cedera, perpisahan) yang mempengaruhi satu atau lebih anggota keluarga, dan dalam kondisi tertentu, seringkali mempengaruhi anggota keluarga yang lain dan unit keluarga secara keseluruhan (Friedman, 2010).

2.3.2 Tujuan Dasar Keluarga

Tujuan dasar pembentukan keluarga adalah: 1) keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu, 2) keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat, 3) keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga dengan

menstabilka kebutuhan kasih sayang, sosio-ekonomi, dan kebutuhan seksual, 4) keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri (Andarmoyo, 2012).

2.3.3 Fungsi Dan Peran Keluarga

2.3.3.1 Teori Fungsional Keluarga

Menurut WHO (1978 dalam Andarmoyo, 2012) membagi fungsi keluarga menjadi 5 yaitu:

1. Fungsi Biologis

Yaitu fungsi untuk memenuhi kebutuhan seperti reproduksi, pemelihara, dan membesarkan anak, memberi makan, mempertahankan kesehatan, dan rekreasi. Dengan syarat yang harus dipenuhi adalah pengetahuan dan pemahaman tentang manajemen fertilitas, kesehatan genetik, perawatan selama hamil, perilaku konsumsi yang sehat, serta melakukan perawatan anak.

2. Fungsi Ekonomi

Merupakan fungsi untuk memenuhi sumber penghasilan, menjamin keamanan finansial anggota keluarga, dan menentukan alokasi sumber yang diperlukan. Syarat untuk memenuhi fungsi ini yaitu keluarga yang mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang sesuai serta bertanggung jawab.

3. Fungsi Psikologis

Yaitu fungsi yang menyediakan lingkungan yang dapat meningkat kan perkembangan kepribadian secara alami, guna memberikan

perlindungan psikologis yang optimum. Syarat yang harus terpenuhi yaitu emosi yang stabil, perasaan antar anggota keluarga baik, kemampuan untuk mengatasi stress dan krisis untuk tercapainya fungsi ini.

4. Fungsi Edukasi

Fungsi ini untuk mengajarkan keterampilan, sikap dan pengetahuan. Syarat yang harus dipenuhi yaitu anggota keluarga harus mempunyai tingkat intelegensi, yang meliputi pengetahuan, keterampilan, serta pengalaman yang sesuai agar berjalannya fungsi ini dengan baik.

5. Fungsi Sosio Kultural

Merupakan fungsi untuk melaksanakan transfer nilai-nilai yang berhubungan dengan perilaku, tradisi atau adat dan bahasa. Syarat yang harus terpenuhi untuk berjalannya fungsi ini yaitu keluarga harus mengetahui standar nilai yang dibutuhkan, memberi contoh norma-norma perilaku serta dapat mempertahankannya.

2.3.3.2 Peranan Keluarga Dalam Pembentukan Kepribadian Skizofrenia

Kepribadian individu terbentuk didalam matriks keluarga. Proses mikroskopis yang terjadi dalam dunia intrapsikis (internal) individu sesungguhnya berlangsung dalam suatu konteks makro, yaitu dunia interpersonal (eksternal) yang berlangsung dalam keluarga. Dalam terminologi *object relations theory* dapat dikatakan sebagai berikut: “*internal object relations* (kepribadian/dunia intrapsikis) seperti apa yang terbentuk tergantung pada *external object relations* (dunia interpersonal) macam apa yang berlangsung dalam keluarga”. Setelah *internal object*

relations terbentuk menjadi suatu kemantapan (self), akan ada suatu dialog antara *internal object relations* tersebut, dengan berbagai *external object relations*, baik yang berlangsung dalam keluarga maupun dalam kehidupan sosial individu (Arif, Iman S, 2006).

2.3.4 Gangguan Matriks Keluarga sebagai Prakondisi Munculnya Skizofrenia

Stern (1985) dalam Arif, Iman (2006) membuat uraian tentang beberapa *sense of self* yang sangat penting untuk interaksi sosial sehari-hari. Bilaman pembentukan *self* mengalami gangguan, maka beberapa *sense of self* ini juga akan terganggu. Gangguan tersebut akan mengakibatkan gangguan pada fungsi sosial yang normal dan mengarah pada kondisi psikotik atau paling tidak suatu defisit sosial yang besar.

Tabel 2.3.4 Beberapa Sense Of Self Yang Terbentuk Di Awal Kehidupan Dan Menjadi Sangat Penting Untuk Interaksi Sosial Sehari-Hari

<i>Sense of self</i>	Gangguan
<i>The sense of agency</i>	Tanpanya dapat muncul paralysis (kelumpuhan, rasa tidak memiliki tindakan yang dilakukan, pengalaman kehilangan kendali atas agen eksternal).
<i>The sense of physucal cohesion</i>	Tanpanya, ada fragmentasi pengalaman kebutuhan, depersonalisasi, pengalaman keluar tubuh, derealization.
<i>The sense of continuity</i>	Tanpanya, akan ada disosiasi sementara, fugue state, amnesia, not “going on being”.
<i>The sense of affectivity</i>	Tanpanya, akan muncul anhedonia, dissociated states.
<i>The sense of a subjective self that can achieve intersubjectivity with another</i>	Tanpanya, akan ada cosmic loneliness, atau bahkan psychis transparency.
<i>The sense of creating organization</i>	Tanpanya, akan ada psychic chaos.
<i>The sense of transmitting meaning</i>	Tanpanya, akan ada keterpisahan dari budaya, kurang sosialisasi atau tiada validasi atas pengalaman pribadi.

2.3.5 Peran Keluarga Dalam Penatalaksanaan Skizofrenia

Pasien yang terus-menerus meragukan diri dan penuh pertanyaan membuat keluarga hidup dengan ketakutan yang menetap bahwa gejala-gejala akan muncul lagi. Beberapa studi tentang masalah-masalah yang ditimbulkan pasien skizofrenia pada keluarganya yang sering muncul menurut (Torrey, 1988 dalam Arif, 2006) antara lain:

1. Ketidakmampuan untuk merawat diri.
2. Ketidakmampuan menangani hutang.
3. *Social withdrawal.*
4. Kebiasaan-kebiasaan pribadi yang aneh.
5. Ancaman bunuh diri.
6. Gangguan pada kehidupan keluarga, misalnya pekerjaan, sekolah, jadwal sosial dan lain-lain.
7. Ketakutan atas keselamatan, baik pasien maupun anggota keluarga.
8. *Blame and shame.*

Tentunya tidak sedikit upaya yang dibutuhkan keluarga dalam upaya menyesuaikan diri dengan kehadiran skizofrenia dalam sistem mereka.

Berikut ini beberapa hal yang dapat membantu penyesuaian diri keluarga:

1. Informasi atau Psikoedukasi

Merupakan sebagian informasi vital yang sangat dibutuhkan keluarga.

Informasi yang tepat akan menghilangkan saling menyalahkan satu sama lain, memberikan pegangan untuk dapat berharap secara realistis, dan membantu keluarga mengarahkan sumber daya yang mereka miliki pada

usaha-usaha yang produktif. Pemberian informasi yang tepat dapat dilakukan dengan suatu program psikoedukasi untuk keluarga.

2. Sikap yang tepat: SAFE

Menurut Torrey (1998), keluarga perlu memiliki sikap yang tepat tentang skizofrenia, disingkatnya sikap-sikap itu dengan SAFE (*Sense of humor, Accepting the Illnes, Family balance, Expectations which are realistic*).

Psikoedukasi bagi keluarga dapat turut menyertakan upaya menumbuhkan sikap yang tepat ini.

3. *Support Group*

Bilamana keluarga menghadapi skizofrenia dalam keluarga mereka seorang diri, beban itu akan terasa sangat berat, namun bila keluarga-keluarga yang sama-sama memiliki anggota keluarga skizofrenia bergabung bersama, beban itu akan terasa lebih ringan. Mereka saling menguatkan, berbagi informasi yang mutakhir, bahkan mungkin menggalang dana bersama bagi keluarga yang kurang mampu.

4. *Family Therapy*

Family therapy dapat menjadi bagian dari rangkaian upaya membantu keluarga, agar sebagai suatu sistem meningkat kohesivitasnya dan lebih mampu melakukan penyesuaian diri. Salah satu bentuk *family therapy*, yaitu *object relations family therapy*.

2.4 Skizofrenia

2.4.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu

bersifat kronis atau “*deteriorating*”) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan 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*) or tumpul (*blunted*). Kesadaran yang jernih (*clear consciousness*) dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Rusdi Maslim, 2013:46). Skizofrenia termasuk salah satu gangguan mental yang disebut psikosis. Pasien psikotik tidak dapat mengenali atau tidak memiliki kontak dengan realitas (Arif, Imam S, 2006:17).

Skizofrenia adalah gangguan mental berat, yang ditandai dengan gejala positif seperti pembicaraan yang kacau, delusi, halusinasi, dan gangguan kognitif serta persepsi; gejala negatif seperti *avolition* (menurunnya minat dan dorongan), berkurangnya keinginan bicara dan miskinnya isi pembicaraan, afek yang datar, serta terganggunya relasi personal (Arif, 2006 : 3).

Pandangan yang paling populer tentang penyebab skizofrenia dan usaha mengatasinya adalah dari perspektif biologis, yang mengatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh faktor genetik, abnormalitas otak dan ketidakseimbangan neurotransmitter (Neale, Davison & Haaga, 1996 ; Arif, 2006). Studi genetik telah mendemonstrasikan bahwa skizofrenia adalah gangguan mental dengan dasar biologis yang kuat (Gabbard, 1994; Arif,2006).

Berdasarkan definisi-definisi yang dijelaskan penulis menyimpulkan bahwa skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang terjadi pada seseorang dengan keadaan psikologi tertentu, yang ditandai dengan halusinasi, delusi, perilaku yang tidak tepat, dan pola pikir yang tidak teratur serta tidak sesuai dengan realitas.

2.4.2 Etiologi Skizofrenia

Sebagian besar ilmuan meyakini bahwa skizofrenia adalah penyakit biologis yang disebabkan oleh faktor genetik, ketidakseimbangan kimiawi otak, abnormalitas struktur otak, atau abnormalitas dalam lingkungan prenatal. Berbagai peristiwa stress dalam hidup dapat memberikan kontribusi pada perkembangan skizofrenia pada mereka yang telah memiliki predisposisi pada penyakit skizofrenia ini (Neale, Davison, & Haaga, 1996 dalam Arif, 2006).

1. Faktor-faktor genetik (keturunan)

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa gen yang diwarisi seseorang, sangat kuat mempengaruhi resiko seseorang untuk terkena skizofrenia. Studi keluarga menunjukkan bahwa semakin dekat relasi seseorang dengan pasien skizofrenia, semakin besar resiko untuk mengalami penyakit tersebut.

2. *Biochemistry* (ketidakseimbangan kimia otak)

Beberapa bukti menunjukkan bahwa skizofrenia mungkin berasal dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang disebut *neurotransmitter*. Beberapa ahli mengatakan bahwa skizofrenia berasal dari aktivitas *neurotransmitter dopamine* yang berlebihan di bagian-bagian tertentu

otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap *dopamine*. Obat antipsikotik menghambat reseptor *dopamine*, cenderung menunjukkan bahwa skizofrenia disebabkan oleh masalah dalam sistem *dopamine*.

3. Neuroanatomy (abnormalitas struktur otak)

Berbagai teknik pemeriksaan seperti MRI dan PET telah membantu para ilmuwan untuk menemukan abnormalitas struktural spesifik pada otak pasien skizofrenia. Misalnya, pasien skizofrenia kronis cenderung memiliki ventrikel otak yang lebih besar. Mereka juga memiliki volume jaringan otak yang lebih sedikit daripada orang normal. Pasien skizofrenia menunjukkan aktivitas yang sangat rendah pada lobus frontalis otak. ada kemungkinan abnormalitas di bagian-bagian lain otak seperti di *lobus temporalis*, *basal ganglia*, *thalamus*, *hippocampus* dan *superior temporal gyrus*.

Penelitian Agung Wahyudi dan Arulita Ika Fibriana (2016) menyebutkan bahwa faktor resiko terjadinya skizofrenia terdapat 9 faktor yaitu jenis kelamin, daerah tempat tinggal, tipe kepribadian, status perkawinan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status sosio-ekonomi, faktor keturunan atau genetik, dan faktor pencetus, dimana dari 9 faktor resiko yang diteliti didapatkan hasil yang berhubungan dengan terjadinya skizofrenia diantaranya jenis kelamin, daerah tempat tinggal, tipe kepribadian, status perkawinan, status pekerjaan, status sosio-ekonomi, dan faktor pencetus. Sedangkan faktor yang tidak

berhubungan adalah tingkat pendidikan dan faktor keturunan atau genetik.

2.4.3 Gejala Psikotik Skizofrenia

Gejala skizofrenia menurut Bleuler dalam aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan Nanda Nic-Noc (2015)

1. Gejala primer

(a) Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi.

(b) Gangguan afek emosi

- 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
- 2) Paramimi dan paratimi (incongruity of affect / inadkuat)
- 3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan
- 4) Emosi berlebihan
- 5) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik

(c) Gangguan kemampuan

- 1) Terjadi kelemahan kemauan
- 2) Perilaku negativisme atas permintaan
- 3) Otomatisme : merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain

(d) Gejala psikomotor

- 1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologis
- 2) Stereotip

- 3) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
 - 4) Echolalia dan Echopraxi Autismel
2. Gejala sekunder
- Waham, halusinasi.

2.4.4 Tipe – Tipe Skizofrenia

Dalam buku saku diagnosis gangguan jiwa (Maslim, Rudi, 2013), ada beberapa tipe skizofrenia, masing-masing memiliki kekhasan tersendiri dalam gejala-gejala yang diperlihatkan dan tampaknya memiliki perjalanan penyakit yang berbeda-beda.

1. Skizofrenia Paranoid

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afek yang relatif masih terjaga. Contoh halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi peluit (*whistling*), mendengung (*humming*), atau bunyi tawa (*laughing*) ; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual; waham dapat berupa hampir setiap jenis , tetapi waham dikendalikan (*delusion of control*), dipengaruhi (*delusion of influence*), atau “passivity” yang beraneka ragam, adalah yang paling khas.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Untuk menentukan diagnosis hebefrenia dibutuhkan waktu pengamatan kontinu selama 2 atau 3 bulan, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas benar bertahan, gambaran yang biasanya muncul

seperti; (1) perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, serta manerisme ada kecenderungan untuk selalu menyendiri (*solitary*), dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan, (2) afek pasien dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*inappropriate*), sering disertai oleh cekikikan (*ginggling*) atau perasaan puas diri (*self-satisfied*), senyum sendiri (*self-absorbed smiling*), atau oleh sikap tinggi hati (*lofty manner*), tertawa menyeringai (*grimaces*), mannerisme, mengibuli secara bersendau gurau (*pranks*), keluhan hipokondriakal, dan ungkapan kata yang diulang-ulang (*reiterated phrases*), (3) proses pikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan tak menentu (*rambling*) serta inkoheren.

3. Skizofrenia Katatonik

Perilaku yang harus mendominasi gambaran klinisnya seperti strupor atau mutisme, gaduh gelisah, menampilkan posisi tubuh tertentu, negativisme (tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan, atau pergerakan kearah yang berlawanan), rigiditas (mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya), fleksibilitas cerea, dan gejala lain seperti “command automatism” (kepatuhan secara otomatis terhadap perintah).

4. Skizofrenia Tak Terinci (*Undifferentiated*)

Sejenis skizofrenia dimana gejala-gejala yang muncul sulit untuk digolongkan pada tipe skizofrenia tertentu. Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik, dan

tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.

5. Depresi Pasca-Skizofrenia

Untuk menentukan diagnosis skizofrenia tipe ini adalah pasien telah menderita skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini, beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada, dan gejala-gejala depresif menonjol dan mengganggu memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu.

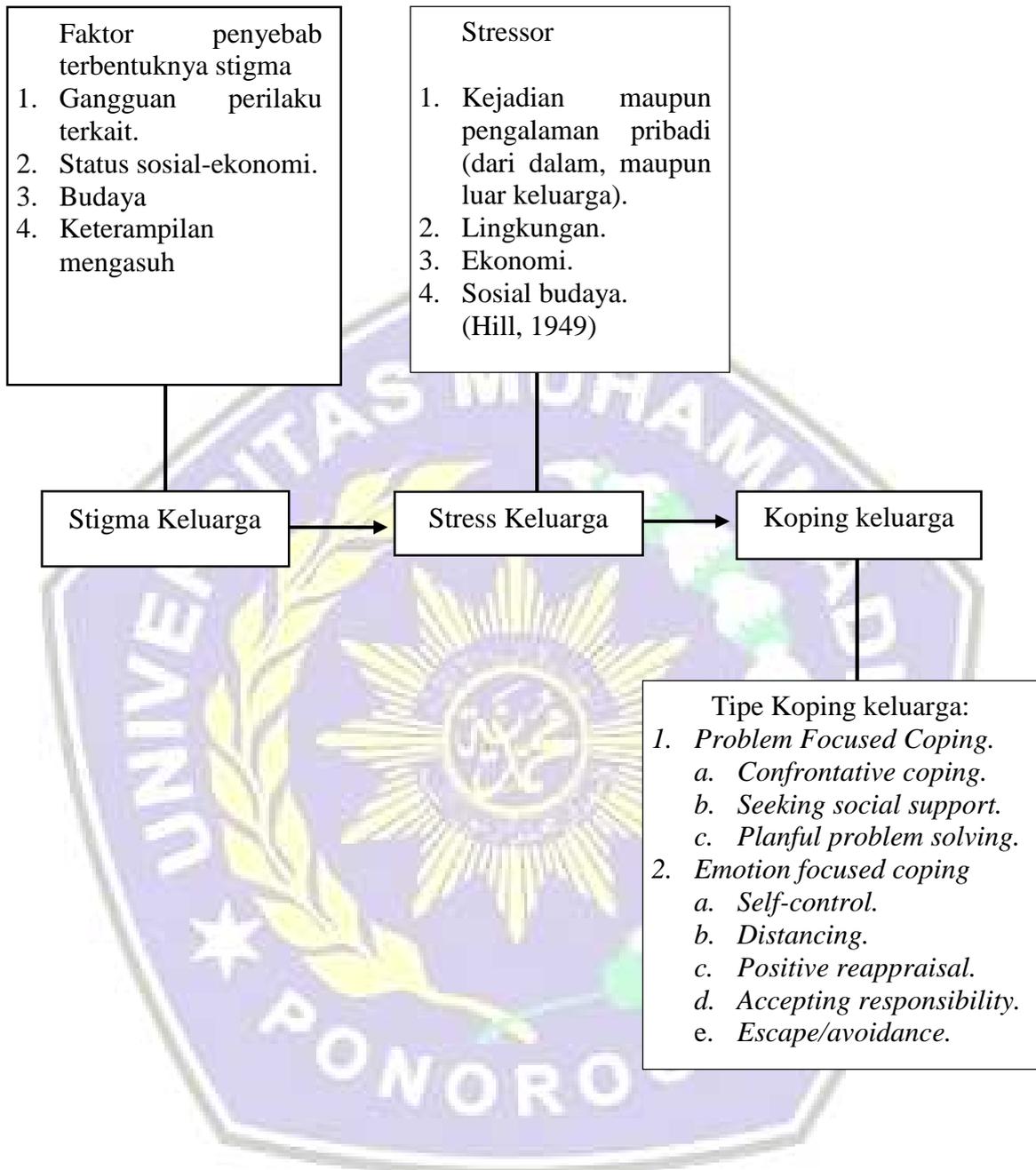
6. Skizofrenia Residual

Untuk menentukan skizofrenia tipe ini bilamana pernah ada paling tidak satu kali episode skizofrenia, tetapi gambaran klinis saat ini tanpa simtom positif yang menonjol. Terdapat bukti bahwa gangguan masih ada sebagaimana ditandai oleh adanya negatif simtom atau simtom positif yang lebih halus.

7. Skizofrenia Tipe Disorganized

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah bicara kacau, tingkah laku kacau, afek yang datar atau *inappropriate*. Pembicaraan kacau dapat disertai kekonyolan dan tertawa yang tidak erat berkaitan dengan isi pembicaraan. Disorganisasi tingkah laku (misalnya: kurangnya orientasi pada tujuan) dapat membawa pada gangguan yang serius pada berbagai aktivitas hidup sehari-hari.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Teori

Pengaruh Stigma Keluarga Terhadap Stress Keluarga Pada Keluarga Penderita Skizofrenia