

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Kepatuhan**

##### **2.1.1 Pengertian**

Kepatuhan merupakan suatu tingkat perilaku pasien yang tertuju pada instruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, seperti diet, latihan, pengobatan, maupun menepati janji pertemuan dengan dokter (Stanley, 2007).

Sedangkan menurut Nursalam dan Kurniawati (2007) kepatuhan yaitu istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu perilaku pasien dalam minum obat secara benar tentang dosis frekuensi, efek samping maupun waktunya.

Kepatuhan menurut (Niven, 2012) memiliki arti sejauh mana pasien sesuai dengan ketepatan yang di berikan oleh suatu profesional kesehatan. Tingkat kepatuhan merupakan pengukuran pelaksanaan suatu kegiatan, yang sesuai dengan langkah-langkah yang sudah ditetapkan. Perhitungan tingkat kepatuhan bisa dikontrol bila suatu pelaksanaan program telah sesuai dengan standart (Notoadmodjo, 2017).

##### **2.1.2 Pengukuran perilaku kepatuhan**

Kepatuhan pasien pada aturan pengobatan terhadap prakteknya sulit dianalisa karena kepatuhan juga sulit di identifikasikan, sulit diukur dengan teliti dan tergantung banyak faktor yang memengaruhinya. Pengkajian yang akurat pada individu yang

tidak patuh adalah suatu tugas yang sangat sulit. Metode yang digunakan untuk mengukur sejauh mana individu dalam mematuhi nasehat dari tenaga kesehatan yang meliputi laporan dari data orang tersebut, laporan tenaga kesehatan, perhitungan jumlah pil dan botol, tes darah dan urine, alat-alat mekanis, observasi secara langsung dari hasil pengobatan (Niven, 2001).

### 2.1.3 Faktor yang mendukung kepatuhan

Terdapat beberapa faktor yang mendukung sikap patuh, diantaranya yaitu menurut (Notoadmodo, 2003) :

#### 1. Pendidikan

Adalah suatu bentuk kegiatan, usaha manusia untuk meningkatkan suatu kepribadian atau merupakan proses perubahan perilaku menuju dewasa dan penyempurnaan kehidupan manusia dengan jalan membina dan mengembangkan potensi kepribadiannya, seperti rohani (cipta, rasa, dan karsa) dan jasmani. Domain pendidikan bisa diukur dari :

- a. Pengetahuan terhadap pendidikan yang telah diberikan (*attitude*).
- b. Praktik atau tindakan yang sehubungan dengan materi pendidik yang sudah diberikan.

#### 2. Akomodasi

Suatu usaha yang harus dilakukan guna untuk memahami ciri kepribadian pasien yang bisa mempengaruhi kepatuhan. Pasien

yang mandiri harus dilibatkan secara aktif dalam suatu program kegiatan.

### 3. Memodifikasi faktor lingkungan dan sosial

Membangun dukungan sosial serta keluarga dan teman-teman itu sangatlah penting. Kelompok pendukung dapat dibentuk guna membantu memahami kepatuhan terhadap suatu program pengobatan.

### 4. Perubahan model terapi

Suatu program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan suatu program tersebut.

### 5. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien.

### 6. Merupakan suatu hal yang penting untuk memberikan umpan balik terhadap pasien setelah mendapatkan informasi diagnosa.

## 2.1.4 Tingkat kepatuhan

Derajat kepatuhan sangat bervariasi sesuai dengan apakah pengobatan tersebut kuratif atau preventif, jangka waktu yang panjang atau pendek. Derajat ketidakpatuhan ditentukan dari beberapa faktor diantaranya :

1. Kompleksitas prosedur pengobatan.
2. Derajat gaya hidup yang diperlukan.
3. Lamanya waktu dimana pasien tersebut harus mematuhi nasehat yang ada.

4. Apakah penyakit tersebut merupakan penyakit yang benar-benar menyakitkan.
5. Apakah pengobatan tersebut terlihat berpotensi menyelamatkan hidup.
6. Keparahan penyakit yang dipersepsikan sendiri oleh pasien dan ukan merupakan profesional kesehatan. (Niven, 2000). Kepatuhan/ketaatan sangat sulit dianalisa karena sulit untuk didefinisikan dan sulit untuk diukur. Kebanyakan studi yang berkaitan dengan ketidakpatuhan minum obat sebagai cara pengobatan, contohnya seperti tidak minum obat cukup, minum obat yang terlalu banyak, dan sebagainya.

### **2.1.5 Faktor yang mempengaruhi kepatuhan**

Pendapat Carpenito (2000), bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan yaitu segala sesuatu yang bisa berdampak positif sehingga penderita tidak mampu lagi untuk mempertahankan terhadap kepatuhannya, sampai menjadi kurang patuh dan tidak patuh. Berikut beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan antaralain :

#### **1. Pemahaman tentang instruksi**

Tidak ada individu yang mematuhi instruksi jika dirinya salah paham terhadap apa yang telah di instruksikan pada dirinya. Ley dan Spelman(1967) menemukan bahwa lebih dari 60% responden yang diwawancarai setelah bertemu dengan seorang dokter salah mengerti tentang instruksi yang telah diberikan kepada mereka.

Bahkan kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kleslahan dalam memberikan informasi lengkap, penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak sekali instruksi yang haus di ingat oleh sang penderita.

## 2. Tingkat pendidikan

Tingakt pendidikan pasien dapat meningkatkan suatu kepatuhan, sepanjang bahwa suatu pendidikan tersebut yaitu pendidikan yang aktif dan diperoleh secara mandiri, dengan lewat tahapan-tahapan tertentu. Gunarso 1990, (dalam Suparyanto, 2010) mengemukakan bahwa semakin tua umur seseorang maka proses perkembangan mentalnya akan bertambah baik, akan tetapi pada umur-umur tertentu bertambahnya suatu proses perkembangan mental tidak secepat ketika berusia belasan tahun, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa faktor umur dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan individu yang akan mengalami puncaknya pada umur-umur tertentu dan akan menurun kemampuan penerimaan atau mengingat sesuatu seiring dengan usia yang semakin lanjut.

## 3. Kesakitan dan pengobatan

Perilaku kepatuhan yang lebih rendah untuk penyakit kronis ( karena tidak ada akibat buruk yang segera dirasakan atau resiko yang sangat jelas). Saran yang mengenai gaya hidup dan kebiasaan yang lama, pengobatan yang yang sangat kompleks,

pengobatan dengan efek samping, serta perilaku yang tidak pantas sering terabaikan.

#### 4. Keyakinan, sikap dan kepribadian

Suatu kepribadian antara orang yang patuh dan dengan orang yang tidak patuh sangat berbeda. Orang yang tidak patuh merupakan orang yang mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan memiliki kehidupan sosial yang lebih, memuaskan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lebih akan ditandai dengan kurangnya penguasaan terhadap lingkungannya. Variabel-variabel demografis juga digunakan untuk meramalkan suatu kepatuhan.

#### 5. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga bisa menjadi faktor yang dapat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan seseorang serta menentukan program pengobatan yang akan mereka terima. Keluarga juga akan memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai suatu perawatan dengan anggota keluarga yang sakit. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial, secara negatif sangat berpengaruh dengan kepatuhan.

#### 6. Tingkat ekonomi

Tingkat ekonomi merupakan suatu kemampuan finansial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup, tetapi ada kalanya seorang

yang sudah pensiun dan tidak bekerja biasanya ada sumber keuangan lain yang bisa digunakan untuk membiayai semua program pengobatan dan perawatan. Sehingga belum tentu tingkan ekonomi menengah ke bawah akan mengalami ketidakpatuhan dan tingkat ekonomi ke atas tidak terjadi ketidakpatuhan

#### 7. Dukungan sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga, teman, waktu, serta uang merupakan faktor yang penting. Kelaurga dan teman dapat membantu untuk mengurangi ansietas yang dapat disebabkan oleh penyakit tertentu. Mereka dapat menghilangkan suatu godaan pada ketidakpatuhan dan mereka sering kali bisa menjadi kelompok pendukung untuk mencapai suatu kepatuhan. Dukungan sosial ternyata efektif dinegara seperti indonesia yang memiliki status.

#### **2.1.6 Upaya untuk mengurangi ketidakpatuhan**

Niven (2009) mengatakan, terdapat 5 ca untuk mengurangi ketidakpatuhan, antara lain sebagai berikut :

##### 1. Mengembangkan tujuan kepatuhan

Individu akan mematuhi nasehat apabila mereka dengan senang hati mengungkapkan tujuan dari suatu tindakan.

##### 2. Perilaku yang baik sangat dipengaruhi oleh kebiasaan

Sangat perlu dikembangkan suatu cara yang bukan hanya suatu cara untuk mengubah perilaku, akan tetapi juga untuk sebagai

mempertahankan perubahan tersebut menjadi sebagai sebuah kebiasaan.

### 3. Konntrol perilaku

Pengontrolan dalam perilaku serig tidak cukup untuk mengubah perilaku seseorang. Maka dari itu diperlukan bimbingan, penekanan, serta keteladanan.

### 4. Dukungan

Dukungan yang dimaksud merupakan dukunan berupa dana, waktu, serta sosial tempat tinggal yang dapat menumbuhkan kepatuhan terhadap pelaksanaan auran yang sudah di terapkan.

Dalam mewujudkan perilaku patuh atau tidak patuh dimulai dari kesadaran individu tentang stimulus, kemudian memunculkan tanggapan berupa pendapatan sikap yang akan menimbulkan perilaku sesuai dengan apa yang dipersepsikan, sehingga pada akhirnya akan muncul perilaku patuh ataupun tidak patuh.

#### **2.1.7 Alat ukur kepatuhan**

*Medication Adherence Rating Scale* (MARS) merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien skizofrenia yang dihitung berdasarkan 5 pertanyaan dari kuesioner MARS (Thompson et al, 2000).

Dengan keterangan :

Pertanyaan positif		pertanyaan negatif :	
Selalu	: 4	Selalu	: 0
Sering	: 3	Sering	: 1



Kadang-kadang	: 2	Kadang-kadang	: 2
Jarang	: 1	Jarang	: 3
Tidak pernah	: 0	Tidak pernah	: 4
Skor :			
Kepatuhan tinggi	: skor $\geq$ 21	-	40
Kepatuhan Rendah	: skor $\leq$ 0	-	20

Tabel 2.1.7 Kuesioner *Medication Adherence Rating Scale*

No.	Pertanyaan
1.	Apakah anda pernah lupa minum obat anda?
2.	Apakah anda pernah ceroboh saat mengamil obat anda ?
3.	Ketika anda merasa lebih baik, apakah anda kadang-kadang berheti minum obat anda ?
4.	Kadang-kadang jika anda merasa lebih buruk, ketika anda mengambil obat apakah anda berhenti minum obat ?
5.	Saya meminum obat saya ketika saya sakit
6.	Hal ini wajar untuk pikiran dan tubuh saya untuk di kendalikan oleh obat
7.	Pikiran saya adalah jelas pada oba-obatan
8.	Dengan tetap pengobatan saya bisa mencegah sakit
9.	Aku measa aneh seperti “zombi” di obat
10.	Obat membuat saya merasa lelah dan lesu

## 2.2 Konsep Skizofrenia

### 2.2.1 Pengertian

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu, *schizein* yang memiliki arti terpisah/batu pecah dan *phren* yang berarti jiwa.

secara umum skizofrenia bisa diartikan sebagai pecahnya/ketidakteraturan antara efek, kognitif, dan perilaku. Skizofrenia merupakan suatu psikosis fungsional dengan gangguan utama pada proses pola dan pikir serta disharmoni antara proses pikir, afek atau emosi. Kemauan dan psikomotor disertai distorsi, kenyataan terutama karena waham dan halusiasi, asosiasi terbagi-bagi, sehingga muncul inkoherensi, afek dan emosi adekuat, serta psikomotor yang menunjukkan penarikan diri, ambivalensi dan perilaku bizar. Pada skizofrenia, kesadaran dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpehara, walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang di kemudian hari.

Menurut Faisal (2008), penyakit skizofrenia atau *Schizophrenia* adalah kepribadian yang terpecah, antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Dalam artian apa yang dilakukan tidak sesuai dengan apa yang ada dalam pikiran dan perasaannya. Secara spesifik skizofrenia merupakan orang yang mengalami gangguan emosi, pikiran, dan perilaku.

### **2.2.2 Penyebab**

Luana (2007) menjelaskan penyebab dari skizofrenia dalam model diatesis-stres, bahwa skizofrenia timbul akibat faktor psikososial dan lingkungan. Berikut ini pengelompokan penyebab skizofrenia, yaitu :

#### **a. Faktor Biologi**

##### **1) Komplikasi Kelahiran**

Bayi laki-laki yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia, perinatal dan akan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia.

## 2) Infeksi

Perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia. Ada penelitian yang mengatakan bahwa terpapar infeksi virus pada trimester kedua kehamilan akan meningkatkan seseorang menjadi skizofrenia.

## 3) Hipotesis Dopamin

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Hampir semua obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal menyekat reseptor dopamin D<sub>2</sub>, dengan terhalangnya transmisi sinyal di sistem dopamigenik maka gejala psikotik diredakan. Dari pengamatan diatas di kemukakan bahwa gejala-gejala skizofrenia di sebabkan oleh hiperaktivitas sistem dopamigenik.

## 4) Hipotesis Serotonin

Gaddum, Wooley, dan Show tahun 1954 mengobservasi efek *lysergic acid diethylamide* (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agons/antagonis reseptor 5-HT. Ternyata zat ini menyebabkan keadaan psikosis berat pada orang normal. Kemungkinan serotonin berperan pada skizofrenia kembali mengemuka karena penelitian obat antipsikotik atipikal

clozapine yang ternyata mempunyai afinitas terhadap reseptor serotonin 5-HT lebih tinggi dibandingkan dengan reseptor dopamin D2.

#### 5) Struktur Otak

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian merupakan sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktifitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan terdapat sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel gila, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

##### b. Faktor genetika

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% dari populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki ataupun perempuan dengan skizofrenia. Masyarakat yang mempunyai hubungan derajat kedua seperti paman, bibi, kakek / nenek serta sepupu dikatakan lebih sering dibandingkan dengan populasi umum. Kembar identik 40% sampai 65% berpeluang besar menderita skizofrenia sedangkan kembar dizigotik 12%. Anak dan

kedua orang tua yang skizofrenia berpeluang 40%, satu orang tua 12%.

### 2.2.3 Tipe dan klasifikasi skizofrenia

Beberapa pembagian skizofrenia yang dikutip dari Maramis (2005) adalah sebagai berikut :

a. Skizofrenia simplex

Sering timbul pertama kali pada saat masa pubertas, gejala utamanya pada jenis simplek yaitu kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses untuk berpikir yang sukar ditemukan, waham serta halusinasi jarang sekali terdapat.

b. Skizofrenia bebefrenik

Awalnya perlahan-lahan/ sub akut dan sering timbul pada masa remaja berkisar umur 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan, serta adanya depersonalisasi/ double personality. Gangguan psikomotor seperti mannerism/ perilaku kekanak-kanakan yang sering terdapat pada bebefrenik, waham serta halusinasi sangat banyak sekali.

c. Skizofrenia katatonik

Timbul pertama kali sejak umur 15-30 tahun dan biasanya akut, serta sering didahului dengan stres emosional, dan mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik/ stupor katatonik.

d. Stupor katatonik

Pada stupor katatonik penderita tidak menunjukkan pusat perhatiannya sama sekali terhadap lingkungannya. Emosinya sangat

dangkal, gejala yang paling penting adalah gejala psikomotor seperti berikut :

1. Mutisme, kadang-kadang dengan mata yang tertutup.
2. Muka tanpa mimik gerak-gerak seperti topeng.
3. Stupor, penderita tidak bergerak sama sekali dengan jangka waktu yang lama, beberapa hari, bahkan sampai kadang-kadang hingga beberapa bulan lamanya.
4. Bila diganti posisinya, penderita akan menentang-negativisme.
5. Makanan akan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga akan meleleh dan keluar, air seni dan feses ditahan.
6. Terdapat grimas dan katalepsi.

e. Gaduh gelisah katatonik

Terdapat hiperaktifitas motorik, akan tetapi tidak disertai dengan adanya emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh suatu rangsangan dari luar. Penderita terus berbicara atau bergerak saja, dia menunjukkan stereotopi, menerisme, grimas, dan neulogisme, dia juga tidak dapat tidur, tidak makan dan minum sehingga mungkin terjadi dehidrasi/ kolaps bahkan menuju kematian.

f. Jenis paranoid

Skizofrenia tipe paranoid agak berlebihan dari jenis-jenis yang lain dalam jalannya suatu penyakit, bebefronik dan katatonik yang lama-kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, atau geja-gejala bebefrenik dan katatonik percampuran tidak

demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan.

Gejala-gejala yang menonjol adalah :

Waham primer, disertai dengan jenis waham-waham sekunder dan halusinasi baru dengan pemeriksaan yang ternyata terdapat gangguan proses berpikir, gangguan efek, emosi, serta kemauan. Jenis skizofrenia ini sering mulai setelah umur 30 tahun, awalnya mungkin sub akut, akan tetapi mungkin juga bisa akut, kepribadian penderita sebelum sakit sering kali digolongkan dengan skizoid. Mereka mudah sekali tersinggung, suka menyendiri, agak congak, bahkan kurang percaya diri dengan orang lain.

g. Jenis skizo-aktif (skizofrenia skizo afektif)

Disamping dari gejala-gejala skizofrenia juga terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizo-depresif) atau gejala-gejala (skizo-manik), jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa ada efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan.

#### **2.2.4 Gejala skizofrenia**

Sementara menurut Bleuler yang dikutip dari Maramis (2005), gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi 2 kelompok yaitu sebagai berikut :

a. Gejala primer

1. Gangguan proses pikiran (bentuk, langkah dan isi pikiran)

Pada skizofrenia inti gangguan memang terdapat pada suatu proses pikiran yang sudah terganggu terutama adalah asosiasi,

kadang-kadang satu idea pun belum selesai di utarakan, sudah timbul idea yang lain. Individu dengan skizofrenia juga mempunyai kecenderungan untuk menyamakan hal-hal kadang-kadang pikiran yang seakan-akan berhenti, tidak timbul idea lagi. Dan keadaan ini di namakan “Blocking” dan biasanya berlangsung beberapa detik saja, akan tetapi kadang-kadang sampai beberapa hari juga.

## 2. Gangguan efek dan emosi

Gangguan pada skizofrenia ini mungkin berupa, seperti berikut :

- a. Kedangkalan efek dan emosi (emotional blunting)
- b. Parathimi: apa yang sudah seharusnya menimbulkan rasa yang senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih bahkan marah.
- c. Paramimi: penderita merasa senang dan gembira, tetapi menangis. Kadang-kadang juga emosi dan efek serta ekspresinya tidak memiliki kesatuan, misalnya sesudah membunuh anaknya penderita menangis berhari-hari tetapi multnya tetawa.
- d. Emosi yang berlebihan, sehingga nampak seperti dibuat-buat seperti sedang bermain sandiwara.

## 3. Gangguan kemauan

Banyak sekali penderita dengan skizofrenia memiliki kelemahan kemauan. Mereka tidak bisa mengambil suatu keputusan, tidak dapat bertindak dala suatu keadaan. Bahkan mereka selalu



memberikan alasan, meskipun alasan yang diberikan tidak jelas atau tepat atau mereka menganggap hal itu biasa saja dan tidak perlu untuk diragukan.

#### 4. Gejala psikomotor

Gejala ini dinamakan sebagai gejala-gejala katatonik atau gangguan perbuatan kelompok. Gejala ini oleh Bleuler dimasukkan kedalam kelompok gejala skizofrenia yang sekunder karena didapatkan juga ada penyakit lain.

##### b. Gejala sekunder

###### 1. Waham

Pada skizofrenia waham sering tidak logis sama sekali bahkan sangat bizar. Mayer-gross membagi waham menjadi 2 kelompok yaitu :

- a) Waham primer, timbul secara tidak logis karena sama sekali tanpa adanya penyebab apapun dari luar.
- b) Waham sekunder, biasanya logis kedengarannya, serta dapat diikuti dan merupakan cara bagi penderita untuk menerangkan gejala-gejala skizofrenia yang lain.

###### 2. Halusinasi

Pada skizofrenia, halusinasi timbul tanpa adanya penurunan kesadaran. Dan hal ini merupakan suatu gejala yang bahkan hampir tidak ditemui pada keadaan lain. Paling sering pada skizofrenia adalah halusinasi pendengaran (audatif atau akustik). Kadang juga terdapat

halusinasi penciuman (olfaktorik), halusinasi cita rasa (gustatorik) serta halusinasi singgungan (taktik). Halusinasi penglihatan jarang terdapat pada skizofrenia. Lebih sering pada psikosa akut yang berhubungan dengan sindroma otak organik.

### **2.2.5 Riwayat klinis skizofrenia**

Linda Carman (2007), mengatakan bahwa riwayat klinis skizofrenia sering kali rumit dan cenderung terjadi dalam 3 fase, yaitu sebagai berikut :

#### **a. Fase Prodromal**

1. Kemunduran dalam waktu yang cukup lama (6 sampai 12 bulan) dalam tingkat fungsi perawatan diri, sosial, waktu luang, pekerjaan, atau akademik.
2. Timbul gejala positif dan negatif.
3. Periode kebingungan pada klien dan keluarga.

#### **b. Fase aktif**

1. Awal mula intervensi asuhan kesehatan, khususnya pada hospitalisasi.
2. Pengenalan pemberian obat dan modalitas terapeutik lainnya.
3. Untuk perawatan difokuskan pada rehabilitasi psikiatrik saat klien belajar untuk hidup dengan penyakit yang bisa mempengaruhi pikiran, perasaan, serta perilaku.

#### **c. Fase residual**

1. Pengalaman sehari-hari dengan penanganan suatu gejala.

2. Pengurangan serta penguatan gejala.

3. Adaptasi

### 2.2.6 Kriteria dignostik skizofrenia

Menurut Dadang Hawari (2001) mengatakan bahwa secara klinis untuk mengatakan apakah individu tersebut menderita skizofrenia/ tidak maka diperlukan adanya kriteria dianostik sebagai berikut :

- a. Delusi atau waham yang aneh (isinya jelas tidak masuk akal) serta tidak berdasarkan kenyataan. Contohnya sebagai berikut :
  1. Waham dikendalikan oleh suatu kekuatan luar (*delusions of being confrolled*).
  2. Waham penyiaran pikiran (*Thought broadcasting*).
  3. Waham penyisian pikiran (*Thought Insertions*).
  4. Waham penyedotan pikiran (*Thought withdrawal*).
- b. Delusi atau waham somatik (fisik) seperti kebesaran, keagamaan, nihilistik atau waham lainnya yang bukan waham kejar atau cemburu.
- c. Delusi atau waham kerja atau juga waham cemburu (*delusions of persections of jeolousy*) serta waham tuduhan (*delusion of suspicion*) yang mana disertai dengan halusinasi dalam bentuk apapun (halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan serta perabaan).
- d. Halusinasi pendengaran yang bisa saja berupa suara yang selalu memberi komentar tentang tingkah laku atau pikirannya, atau dua atau lebih suara yang saling bercakap-cakap (dialog).

- e. Halusinasi pendengaran yang terjadi beberapa kali yang berisi lebih dari satu bahkan dua kata dan tidak ada hubungan dengan kesedihan (depresi) atau suatu kegembiraan (*euforia*).
- f. Inkoherensi, merupakan kelonggaran asosiasi (hubungan) pikiran yang jelas, jalan pikiran yang tidak masuk akal, isi pikiran atau pembicaraan yang kaku, atau kemiskinan pembicaraan yang disertai dengan paling sedikit satu dari yang disebut :
1. Afek (alam perasaan) yang tumpul, mendatar atau tidak cocok (*innappropriate*).
  2. berbagai waham ataupun halusinasi.
  3. katatonia (kekakuan) atau tingkah laku lain yang sangat kacau sekali (*disorganised*).
  4. Deferiorasi (kemunduran/ kemerosotan) dari taraf fungsi penyesuaian atau adaptasi dalam suatu bidang pekerjaan, hubungan sosial, serta perawatan dirinya sendiri.
  5. Jangka waktu gejala penyakit tersebut berlangsung secara terus menerus selama hampir paling sedikit 6 bulan dalam suatu periode didalam kehidupan individu, disertai dengan terdapatnya beberapa gejala suatu penyakit pada saat diperiksa dari sekarang.

### **2.2.7 Pengobatan skizofrenia**

Launa (2007), mengatakan pengobatan skizofrenia terdiri dari dua macam yaitu sebagai berikut :

a. Psikofarmaka

Obat antipsikotik saat ini yang beredar dipasaran dapat dikelompokkan menjadi dua bagian yaitu antipsikotik generasi pertama (APG I) serta antipsikotik generasi kedua (APG II). APG I bekerja sebagai memblok reseptor D2 dimesolimbik, mesokortikal, nigostriatal, dan tuberoinfundibular sehingga dengan sangat cepat untuk menurunkan gejala positif akan tetapi pemakaian yang lama bisa memberikan efek samping berupa : gangguan ekstrapiramidal, peningkatan kadar prolaktin yang bisa menyebabkan disfungsi seksual ataupun peningkatan berat badan dan memperberat gejala negatif maupun kognitif. Selain itu juga APG I dapat menimbulkan efek samping antikolinergik seperti mulut kering, panangan kabur, gangguan miksi, defekasi serta hipotensi. APG I dibagi lagi menjadi potensi tinggi apabila dosis yang digunakan kurang atau sama dengan 10 mg diantaranya yaitu triluoperazine, fluphenazine, aloperidol dan pimozide. Obat ini digunakan untuk mengatasi sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, menarik diri, hipoaktif, waham, serta halusinasi. Kemudian APG II sering disebut sebagai serotonin doamin antagonis (SDA) atau antipsikotik atipikal. Bekerja melalui interaksi serotonin dan dopamin pada keempat jalur dopamin di otak yang bisa menyebabkan rendahnya efek samping xtrapiramidal dan sangat efektif mengatasi gejala-gejala negatif. Obat yang tersedia untuk golongan ini yaitu clozapine, olanzapine, quetiapine serta rispendon.

b. Terapi psikososia

Terdapat beberapa macam metode yang bisa dilakukan antara lain sebagai berikut :

1. Psikoterap individual
  - a. Terapi suportif
  - b. Sosial skill training
  - c. Terapi okupasi
  - d. Terapi kognitif dan periaku (CBT)
2. Psikoterapi kelompok
3. Psikoterapi keluarga
  - c. Strategi komunikasi perawat

Menurut Linda Carman (2007), sebagai perawat perlu memiliki strategi komunikasi untuk menghadapi pasien dengan skizofrenia, antara lain sebagai berikut :

1. Jangan menghakimi, membantah, atau menggunakan logika guna untuk menunjukkan kekeliruan.
2. Bersikap netral ketika klien menolak kontrak yang telah disepakati.
3. Pada awalnya gunakan metode onverval, seperti mempertahankan kontak mata, senyum, atau menggunakan ekspresi yang positif. Setelah hubungan terbina maka perawat diperbolehkan untuk menyentuh klien dengan syarat klien siap menerima kehadiran seorang perawat.

4. Bicara singkat, dengan kalimat sederhana selama interaksi yang singkat dan sering.
5. Berikan pertanyaan terbuka ketika akan memandu klien melalui suatu pengalaman. Beri pertanyaan langsung jika menginginkan suatu informasi.
6. Catat serta beri komentar kepada klien tentang perubahan yang halus dalam ekspresi satu perasaan.
7. Berfokus pada apa yang sedang terjadi di sini pada saat ini., dan bicarakan tentang aktivitas yang didasarkan pada kenyataan.
8. Meminta klarifikasi jika klien berbicara secara umum tentang “mereka”
9. Jika perlu, identifikasi yang tidak dipahami perawat tanpa menyangkal klien.
10. Jika perlu, sampaikan penerimaan terhadap klien meskipun beberapa pikiran dan persepsi klien tersebut tidak dipahami oleh orang lain.

## **2.3 Konsep Keluarga**

### **2.3.1 Pengertian**

Nama istilah keluarga didefinisikan berbeda-beda, tergantung dari orientasi teoritis yang akan digunakan. Beberapa definisi keluarga sering menggunakan teori interaksi, sistem ataupun tradisional. Secara tradisional keluarga di artikan sebagai berikut :

**Burges dkk. (1963)**

Definisi keluarga yang berorientasi pada tradisi dimana :

1. keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh suatu ikatan perkawinan, darah, serta ikatan adopsi.
2. Para anggota keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah tangga, atapun jika mereka hidup secara terpisah, tetapi mereka tetap menganggap rumah tangga mereka tersebut sebagai rumah mereka.
3. Anggota keluarga yang berinteraksi dan berkomunikasi dengan satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami dan istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan anak perempuan, serta saudara saudari.
4. Keluarga yang bersama-sama menggunakan kultur yang sama, yaitu dengan kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

**WHO (1969)**

Keluarga merupakan sekumpulan anggota rumah tangga yang saling berhubungan dengan melalui pertalian darah, adopsi ataupun perkawinan.

**Depkes RI (1988)**

Keluarga merupakan bagian terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala dan beberapa orang yang terkumpul serta tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dan dalam keadaan yang saling ketergantungan.

**2.3.2 Karakteristik Keluarga**

1. terdiri dari dua atau lebih dari individu yang di ikat oleh suatu hubungan darah, perkawinan, ataupun adopsi.
2. anggota keluarga yang biasanya hidup bersama, atau jika terpisah mereka akan tetap memerhatikan satu sama lain.



3. anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing memiliki peran sosial : yaitu sebagai suami, istri, anak, kakak, serta adik.
4. memiliki tujuan untuk menciptakan dan memepertahankan budaya serta untuk meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial para anggotanya.

### **2.3.3 Tujuan dasar keluarga**

Tujuan dasar dari pembentukan keluarga yaitu sebagai berikut :

1. keluarga adalah unit dasar yang mempunyai pengaruh kuat terhadap perkembangan individu.
2. Keluarga merupakan perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntutan dari masyarakat.
3. Keluarga berfungsi sebagai memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosio-ekonomi serta kebutuhan seksual.
4. Keluargamempunyai pengaruh yang sangat penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri.

### **2.3.4 Tipe keluarga**

1. *Nuclear family*. Merupakan keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah yang di tetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

2. Ekstended Family. Merupakan keluarga inti yang ditambah dengan sanak saudara, seperti nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan lain sebagainya.
3. Reconstituted Nuclear. Suatu pembentukan baru dari keluarga inti yang melalui perkawinan kembali oleh suami/ istri, yang tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun baru.
4. Middle Age/ Aging Couple. Yaitu suami sebagai pencari uang, istri dirumah/ kedua-duanya bekerja dirumah, dan anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/ perkawinan/ meniti karier.
5. Dyaidic Nuclear. Seorang suami istri yang sudah berumur dan tidak memiliki seorang anak, dan keduanya atau salah satunya bekerja di rumah.
6. Single Parent. Yaitu satu orang tua sebagai akibat perceraian/ kematian dari pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal dirumah/ diluar rumah.

### **2.3.5 Fungsi Keluarga**

Dalam suatu keluarga ada beberapa fungsi dan tugas keluarga yang bisa dijalankan . fungsi keluarga yaitu sebagai berikut :

1. fungsi biologis, adalah fungsi untuk meneruskan keturunan, memelihara serta membesarkan anak, dan memenuhi kebutuhan gizi keluarga.

2. fungsi psikologis, adalah memberikan kasih sayang dan rasa aman bagi keluarga, memberikan perhatian diantara keluarga, memberikan kedewasaan kepribadian anggota keluarga, dan memberikan identitas kepada keluarga.

3. fungsi sosialisasi pada anak, yaitu membentuk norma-norma tingkah laku yang sesuai dengan tingkat perkembangan masing-masing serta meneruskan nilai-nilai budaya.

4. fungsi ekonomi. Adalah mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga saat ini dan menabung guna untuk memenuhi suatu kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang.

5. fungsi pendidikan, yaitu menyekolahkan anak guna untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan, membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang di milikinya, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang untuk memenuhi perannya sebagai orang dewasa, dan mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya.

### **2.3.6 Tugas Keluarga**

Dalam sebuah keluarga terdapat beberapa tugas dasar yang didalamnya terdapat delapan tugas pokok, yaitu sebagai berikut :

1. Memelihara kesehatan fisik keluarga serta poara anggotanya
2. berupaya untuk memelihara sumber-sumber daya yang terdapat pada keluarga

3. mengatur tugas masing-masing anggota keluarga sesuai dengan kedudukannya
4. melakukan sebuah sosialisasi antar anggota keluarga supaya timbul keakraban dan kehangatan para anggota keluarga
5. melakukan sebuah pengaturan jumlah anggota keluarga yang diinginkan
6. memelihara ketertiban anggota keluarganya
7. penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas
8. membangkitkan sebuah dorongan dan semangat para anggota keluarga.

## **2.4 Konsep Stres**

### **2.4.1 Pengertian Stres**

Menurut Lazarus dan Folkman (1984), stres merupakan keadaan atau situasi yang rumit, yang di nilai sebagai keadaan yang menekan dan membahayakan individu setelah melampaui sumber daya yang dimiliki individu untuk mengatasinya. Menurut Haber dan Runyon (1984), stres merupakan konflik yang berupa tekanan eksternal dan internal serta permasalahan lainnya dalam sebuah kehidupan.

Menurut Lazarus dan Cohen (Gatchel, Baun, & Krantz, 1998), sumber stres dapat digolongkan menjadi 3 yaitu sebagai berikut :

1. perubahan yang menyeluruh (*cataclymic stresor*). Kejadian yang dapat menimbulkan stres yang terjadi secara tiba-tiba, dirasakan oleh banyak orang secara bersamaan seperti bencana alam.

2. Sumber stres dari pribadi (*personal stressor*). Perubahan terjadi pada kehidupan seseorang turut menimbulkan stres, misalnya : pernikahan, kematian pasangan, perceraian, mencari atau kehilangan pekerjaan.
3. Sumber stres dari lingkungan fisik. Kejadian atau sebuah kenyataan yang membuat ketidaknyamanan dalam keseharian seseorang. Kejadian ini merupakan gangguan kecil tetapi berlangsung terus-menerus sehingga menjadi masalah yang mengganggu dan menekan emosional, misalnya : lingkungan rumah/ kerja yang bising, pencahayaan yang kurang terang.

#### **2.4.2 Cara Mengukur Tingkat Stres**

Stres keluarga dapat diukur dengan menggunakan kuesioner DASS (*Depression Anxiety Stress Scale*), *Psychometric Properties of The Depression anxiety Stress Scale 42* (DASS) terdiri dari 42 item dan *Depression Anxiety Stress Scale*. DASS yaitu seperangkat skala subjektif yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stres. DASS 42 dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk pemahaman, pengertian, serta pengukuran yang berlaku di manapun dari dari status emosional. Secara signifikan biasanya digambarkan sebagai stress. DASS bisa digunakan baik itu oleh kelompok atau individu untuk tujuan penelitian.

DASS merupakan kuesioner 42 item yang mencakup tiga laporan diri skala dirancang guna untuk mengukur keadaan emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stress. Masing-masing tiga skala berisi 14 item, dibagi menjadi sub-skala dari 2-5 item dengan penilaian yang setara konten. Skala depresi menilai dysphoria, putus asa, devaluasi hidup, sikap meremehkan diri, kurangnya minat/ keterlibatan, dan inersia. Skala kecemasan menilai gairah otonom, efek otot rangka, kecemasan situasional, dan subjektif pengalaman mempengaruhi cemas. Skala stres (item) yang sensitif terhadap tingkat kronis non-spesifik gairah, ini menilai kesulitan santai, gairah saraf, dan yang mudah marah/gelisah, mudah tersinggung.

DASS sub-stres :

Tabel 2.4.2 Kuesioner DASS sub-skala stress (Lovibond, SH, 1995).

No.	Indikator	Pertanyaan
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 menghabiskan banyak energi untuk merasa cemas. 33. Saya sedang merasa gelisah.
3	Mudah marah / gelisah	No: 1. Saya merasa bahwa diri saya menjadi

	<i>(Easily upset / agitated)</i>	<p>marah karena hal-hal sepele.</p> <p>11. Saya menemukan diri saya mudah kesal.</p> <p>39. aya mnemukan diri saya mudah gelisah.</p>
4	Mengganggu/ lebih reaktif <i>(Irritable/ over-reactive)</i>	<p>No : 6. Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap suatu situasi.</p> <p>18. Saya merasa bahwa saya mudah tersinggung.</p> <p>27. Saya merasa bahwa saya sangat mudah marah.</p>
5	Tidak sabar <i>(Imppatient)</i>	<p>No :14. Saya menemukan diri saya menjadi tidak sabar ketika mengalami penundaan (misalnya : kemacetan lalu lintas menunggu sesuatu).</p> <p>32. Saya suit untuk sabar dalam menghadapi gangguan terhadap hal yang sedang saya lakukan.</p> <p>35. Saya tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi saya untuk menyelesaikan hal yang sedang saya lakukan.</p>

Skor untuk masing-masing responden selama masing-masing sub-skala, kemudian di evaluasi sesuai dengan keparahan-rating indeks di bawah ini :

1. Normal : 0-14
2. Stres Ringan : 15-18
3. Sres Sedang : 19-25
4. Stres Berat : 26-33
5. Stress Sangat Berat:  $\geq 34$

Peneliti menggunakan sebagian kuesioner tepatnya mengambil sub stres dengan perubahan skor sebagai berikut :

1. Normal : 0-11
2. Ringan : 12-22
3. Sedang : 23-32
4. Berat : 33-42

#### **2.4.3 Teori Stres Keluarga**

Salah satu tugas utama dari seorang perawat keluarga yaitu mendeteksi ketika sebuah keluarga berada dalam suatu krisis (meskipun dalam kenyataan keluarga yang bergerak dari keadaan dan berfungsi baik berubah menjadi berfungsi buruk, bukan dari perlahan-lahan jatuh dalam krisis atau kategori non krisis). Dan dalam mengkaji sebuah keluarga yang ada dalam kesulitan, penting sekali untuk menentukan :



1. Apakah masalah keluarga di urus secara memadai oleh anggota keluarga atau tidak.
2. Jika terdapat keadaan krisis,
3. Apakah masalah yang terjadi merupakan bagian keluarga dari ketidakmampuan kronis dalam memecahkan masalah.

#### **A. Teori stres keluarga dari Hill**

Teori stres klasik menurut Hill (1949) yaitu model yang sangat paling mengesankan dan paling hemat yang melukiskan bahwa faktor-faktor yang akan menghasilkan krisis atau nonkrisis dalam suatu keluarga.

Secara teoritis, ia juga menggambarkan penyesuaian diri “roller coastes” pasca kritis yang dialami oleh keluarga. Kedua bagian kerangka kerja teoritis ini pada intinya masih belum berubah selama 40 tahun terakhir. Teori ini sudah menjadi dasar untuk banyak riset dibidang stres keluarga dan coping keluarga. Teori ini juga menjadi dasar bagi keluarga Caplan (1964) dan ahli klinik lain dalam melahirkan teori praktik serta prinsip dalam intervensi krisis. Dalam kerangka kerja ini, terdapat dua bagian, yang pertama yaitu proporsi yang berkaitan dengan determinan-determinan krisis keluarga: A (kejadian dan kesulitan-kesulitan) berinteraksi dengan B (krisis keluarga yang memenuhi sumber-sumber) berinteraksi dengan C (definisi tentang kejadian yang dibuat oleh keluarga) menghasilkan X (krisis) (Hill, 1965, hal: 36). pada bagian kedua yaitu sebuah pernyataan yang berorientasi

terhadap proses, mengingat jalannya penyesuaian keluarga setelah sebuah krisis, Hill (1965) menjelaskan bahwa jalannya suatu penyesuaian keluarga setelah sebuah krisis meliputi :

1. Periode disorganisasi.
2. Sudut pemulihan.
3. Reorganisasi dan sebuah tingkat organisasi baru dalam kaitannya dengan berfungsinya suatu keluarga.

### **B. Model stres keluarga berdasarkan konteks dari boss**

Boss (1988) meneliti keluarga dan telah mengembangkan teori (stres) menurut Hill yang bertujuan untuk menerangkan pengaruh dari konteks keluarga. Keluarga tidak hidup dalam isolasi. Mereka merupakan bagian dari konteks yang lebih besar yang mempengaruhi variabel-variabel dari teorinya Hill. Dua konteks yang berbeda yaitu konteks internal dan eksternal adalah media bagi stres keluarga. Konteks eksternal yaitu konteks yang tidak dikontrol oleh keluarga, seperti lingkungan dimana keluarga itu berada, terdiri atas batas-batas genetik dan perkembangan, konteks “tempat dan waktu” (sejarah, kebudayaan, ilmu, ekonomi). Dan terdapat tiga elemen dalam konteks internal yang dikontrol keluarga dan dapat diubah, ada elemen psikologis, filosofis, dan struktural.

### **C. Stresor Dan Stress**

Stresor adalah kejadian dalam hidup yang menimbulkan stres internal dan membutuhkan respons-respons koping. Stresor-

stresor hidup, sebagaimana yang dinyatakan oleh banyak bukti, berdasarkan penyebabnya berhubungan dengan sakit mental dan fisik (Kessler, 1982). Sumber stres, tahap-tahap waktu dari stres, dan pengaruh-pengaruh stresor terhadap keluarga yang dikemukakan dalam bagian ini.

#### **D. Sumber Dasar Stres Keluarga**

Terdapat banyak sekali perubahan dan stresor yang dihadapi oleh keluarga dari waktu ke waktu, sebagaimana menurut Munchin (1974) melihatnya ini berasal dari empat sumber utama yaitu :

- 1. Kontak penuh stres dari seorang anggota keluarga dengan kekuatan di luar keluarga.** Pada saat anggota keluarga di buat stres oleh stres-stresor (seperti kehilangan pekerjaan, masalah sekolah, masalah hukum) anggota keluarga yang lain merasa perlu menyesuaikan situasi yang berubah. Mereka melakukan hal macam ini dengan mendukung cara fungsional atau dengan menyerang individual dan mode fungsional. Mereka menjaga masalah tetap berada pada suatu subsistem, meskipun stresor diluar keluarga tetap ada dan sangat penting, efek-efeknya “merembes” atau “muncul” ke dalam subsistem yang lain, sehingga mempengaruhi seluruh keluarga.
- 2. Kontak penuh stres seluruh keluarga dengan kekuatan di luar keluarga.** Kesulitan-kesulitan ekonomi seperti kemiskinan serta diskriminasi adalah dua kekuatan yang

mengancam dan menegangkan. Mekanisme koping keluarga menjadi sangat terpaksa ketika sumber-sumber keluarga sudah habis. Keluarga pindah rumah yang lain, lingkungan yang lain, atau ke daerah lain juga yang memunculkan stres.

- 3. Stresor tradisional.** Masalah transisi yang terjadi dalam beberapa situasi yang paling sering terjadi yaitu perubahan perkembangan keluarga dan anggota keluarga alami serta perubahan normatif yang terjadi dalam komposisi keluarga. Ada enam transisi yang paling sering terjadi dimana seorang perawat keluarga terlibat yaitu : 1) kedatangan seorang bayi dalam keluarga, 2) seorang anak yang tumbuh menjadi remaja, 3) bergabungnya keluarga lewat sebuah perkawinan orangtua tunggal, 4) masuknya kakek/ nenek dalam keluarga karena adanya kelemahan atau alasan finansial, 5) keluarnya seorang anak dewasa muda dari keluarga, 6) hilangnya seorang pasangan selama berlangsungnya siklus hidup pada keluarga.
- 4. Stresor situasional.** Tipe stresor ini berkaitan dengan masalah-masalah yang sangat unik, non-normatif, dan idiosinkratik yang dialami oleh suatu keluarga, seperti masalah-masalah penularan dan merawat salah satu orang tua yang ada dirumah sakit, dan itu berakibat pada seluruh keluarga. Stresor ini tidak transtisipasi dan mungkin akan memaksa kapasitas koping.. contohnya, suatu tuntutan terhadap sumber-sumber koping bisa saja terjadi bila sakit yang serius berlangsung lama,

karena ini menggambarkan suatu kekuatan negatif yang berkesinambungan dan menciptakan perlunya suatu perubahan yang sangat penting (redistribusi peran-peran serta fungsi-fungsi).

### **E. Tahap Waktu Stres Dan Tugas Koping**

Pada saat perawat bekerja dengan sebuah keluarga, mereka harus memiliki kesadaran tentang ketepatan waktu dari stres dan tujuan koping yang mungkin akan digunakan oleh anggota keluarga selama mengalami setiap periode stres dari tiga periode.

**1. Periode Antestres.** Dalam masa sebelum melakukan konfrontasi yang sebenarnya dengan stresor (misalnya: memasukkan seorang kerumah sakit) antisipasi juga memungkinkan, dan menyadari adanya bahaya yang akan datang atau ancaman terhadap situasi yang bisa terasa. Apabila keluarga dan orang yang menolong dalam mengidentifikasi stresor di masa depan, bimbingan antisipasi dan taktik yang lain untuk melemahkan dan mengurangi pengaruh stresor yang dapat dicari atau telah disediakan. Dalam beberapa situasi, gerakan-gerakan dapat dilembagakan untuk menyingkirkan ancaman stresor.

**2. Periode Stres Aktual.** Strategi adaptif selama masa stres biasanya mempunyai intensitas dan beberapa jenis taktik yang akan digunakan sebelum terjadinya stresor dan stres

yang berbeda-beda. Mungkin terdapat taktik yang bersifat defensif dan kelangsungan hidup yang sangat mendasar, yang digunakan selama periode ini jika stres dalam keluarga benar-benar sangat ekstrem. Dengan menghabiskan energi yang cukup luar biasa dalam menghadapi stresor, banyak fungsi keluarga (yang beberapa diantaranya sangat penting bagi kesehatan keluarga), sering dikesampingkan untuk sementara waktu atau dilakukan dengan tidak adekuat hingga sampai keluarga memiliki sumber-sumber untuk menghadapinya lagi. Respon koping yang dapat membantu dalam masa-masa penuh stres biasanya respon-respon yang datangnya dari dalam dari dalam keluarga. (Friedman, 1985; Pravikoff, 1985).

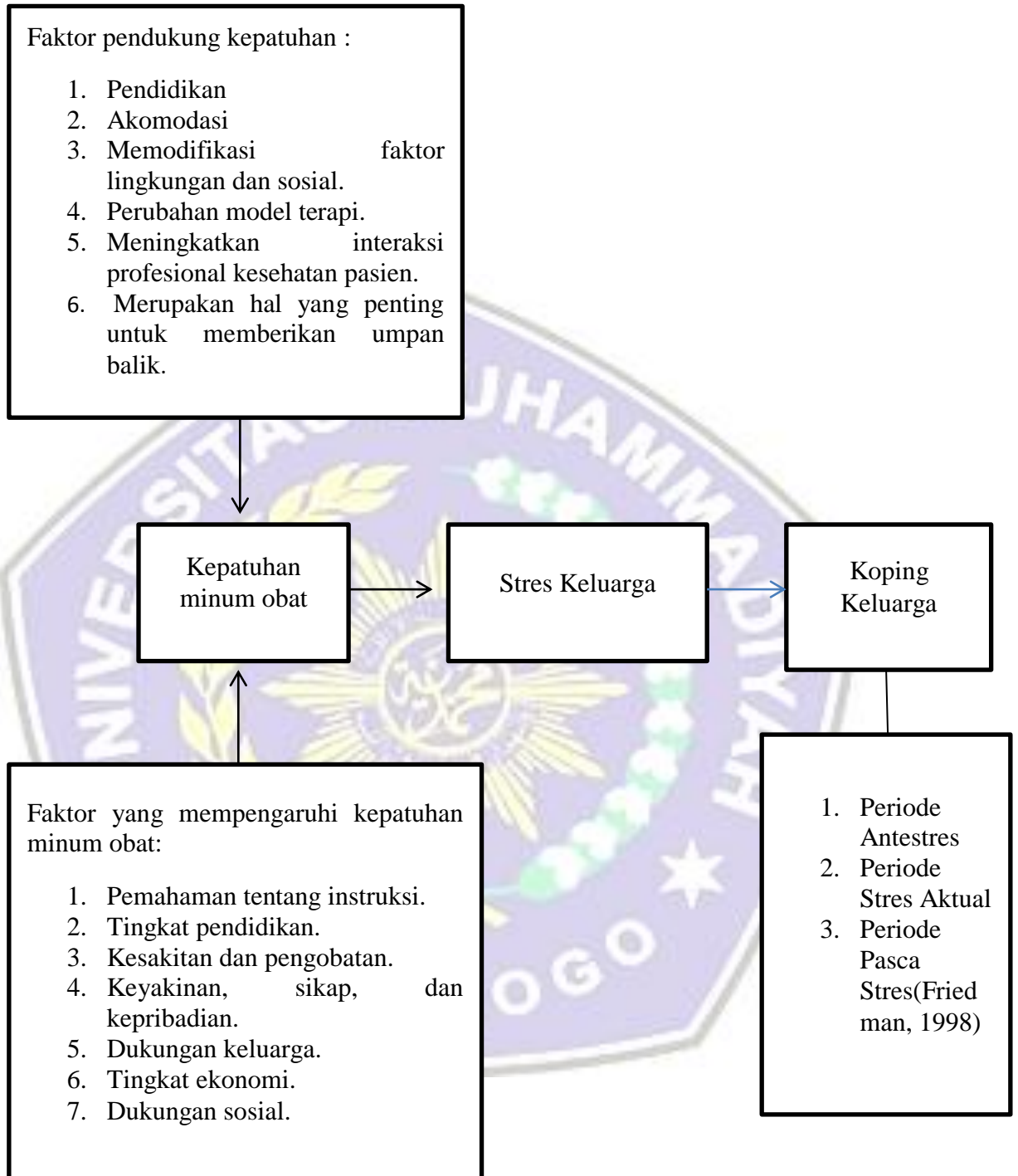
**3. Periode Pascastres.** Taktik koping yang digunakan setelah adanya periode stres, yang diistilahkan fase pascatrauma, yang terdiri dari strategi untuk mengembalikan keluarga pada keadaan homeostatis dan seimbang. Dalam periode ini, untuk meningkatkan suatu kesejahteraan, keluarga harus bersatu, mengungkapkan perasaan satu sama lain, dan memecahkan masalah mereka (Burgess, 1976) atau mencari serta menggunakan dukungan keluarga untuk memecahkan situasi stres mereka. Pada tingkat kesejahteraan yang lebih rendah, keluarga bisa mengalami periode penuh stres dan berhenti berfungsi, sehingga mereka membutuhkan bantuan

profesional untuk membantu mereka guna meningkatkan urutan strategi coping yang efektif.

#### **F. Dampak Stresor**

Setiap harinya keluarga menerima serangan oleh rangsangan yang menghasilkan suatu ketegangan, beberapa diantaranya menimbulkan iritasi ringan dan hampir tidak kelihatan, seperti keributan atau kebisingan, lalu lintas dan lingkungan yang buruk, dan beberapa diantaranya secara potensial dapat menghancurkan sebuah keluarga, seperti rusaknya perkawinan, bahkan kematian seorang anak (Pearlin dan Turner, 1987). Holmes dkk. (Holmes dan Rahe, 1967) pada setiap individu mempunyai kualitas dan kuantitas stresor masing-masing. Banyak dari kejadian hidup yang paling banyak menimbulkan stres dan yang tidak bisa diubah, dampaknya akan mengalami pelemahan dengan cara menyiapkan keluarga untuk menghadapi realita (konsling antisipasi), orientasi saat ini, konseling jangka pendek misalnya intervensi krisis selama waktu terjadinya stresor berlebihan yang sedang di alami (Nickolis, 1975).

## 2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.5.1 Kerangka teori pengaruh kepatuhan minum obat penderita skizofrenia terhadap stres keluarga pada keluarga penderita skizofrenia.