

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari kata Yunani yang bermakna *schizo* artinya terbagi atau terpecah dan *phrenia* yang berarti pikiran. *Skizofrenia* merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya ikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008 dalam nuraenah, 2012). Perihal tersebut senada yang telah diungkapkan Hawari (2007) bahwa skizofrenia adalah sebagai gangguan jiwa yang tidak mampu menilai *Realita Testing Ability (RTA)* dengan baik dan pemahaman diri (*self insight*) buruk. Dari pengertian di atas maka dapat ditarik kesimpulan bahwa skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa dengan ciri ketidaksesuaian antara pikiran perkataan dan perilaku

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses fikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi, afek dan emosi perilaku bizar (Akbar, Azizah, dan Zainuri; 2016)

2.1.2 Etiologi dan Penularan

a. Etiologi

Menurut Stuart and Sundenn (2008), penyebab skizofrenia adalah

1. Biologis

Penelitian pencitraan otak menunjukkan bahwa pada penderita skizofrenia terdapat lesi pada area frontral, temporal dan limbik yang paling berhubungan dengan perilaku psikotik. Beberapa kimia otak yang berkaitan adalah peningkatan dopamin di neurotransmitter yang berlebihan dan ketidakseimbangan antara dopamin dengan neurotransmitter. Interaksi gen yang abnormal dengan infeksi virus selama kehamilan yang dapat mengganggu perkembangan otak dan janin selamakehamilan

1. Psikososial

Skizofrenia muncul akibat terjadinya konflik internal pada seseorang yang tidak dapat beradaptasi dengan dunia luar baik pada lingkungan keluarga maupun interpersonal. Individu mempunyai tiga unsur psikologis yaitu idego dan superego. Dengan ego yang lemah maka seseorang dapat beresiko menderita psikosa.

2. Sosial Budaya

Faktor sosial budaya merupakan keadaan yang menyebabkan perubahan dalam perubahan yang terjadi. Jika seseorang tidak mampu mengendalikan diri dalam beradaptasi maka akan dapat menimbulkan gangguan jiwa

2.1.3 Klasifikasi

Skizofrenia menurut kraepelin diklasifikasikan menjadi beberapa jenis. Pasien digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi batas golongan-golongan ini tidak jelas, gejala-gejala dapat diganti-ganti atau mungkin seorang penderita tidak dapat digolongkan ke dalam salah satu jenis. Pembagian ialah sebagai berikut.

1. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kalinya pada usia pubertas. Gejala utama pada jenis simplex ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir suka ditemukan. Waham dan halusinasi jarang didapat jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya dan mulai menarik diri dan pergaulan. Makin lama ia makin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi penganggur dan bila tidak ada orang yang menolongnya ia mungkin akan menjadi pengemis, pelacur atau penjahat.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat, waham dan halusinasi banyak sekali.

3. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang menonjol adalah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Dengan pemeriksaan yang teliti ternyata adanya gangguan proses berfikir, gangguan efek emosi dan kemauan. Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah umur 30 tahun. Permulaannya mungkin sub-akut tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit dapat digolongkan skizod. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

4. Episoda Skizofrenia Akut

Gejala skizofrenia timbul mendadak sekali pada pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut, dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya (disebut keadaan oneiroid). Prognosisnya baik, dalam waktu beberapa minggu atau biasanya kurang dari enam bulan penderita sudah baik. Kadang-kadang bila kesadarannya berkabut tadi hilang, maka timbul gejala-gejala salah satu jenis skizofrenia khas.

5. Skizofrenia Residual

Keadaan skizofrenia dengan gejala primernya bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Bleuler dalam Maramis, W. F., (2011), gejala-gejala skizofrenia dibagi menjadi 2 kelompok :

1. Gejala-gejala sekunder
 - A. Waham
 - B. Halusinasi
 - C. Gejala katatonik atau gangguan psikomotorik
2. Gejala-gejala primer
 - A. Gangguan proses pikiran
 - B. Gangguan emosi
 - C. Gangguan kemauan
 - D. Autisme

2.1.5 Penatalaksanaan

Menurut W. F. Maramis (2011), pengobatan penderita skizofrenia sebagai berikut:

1. Farmakologi

Indikasi pemberian obat antipsikotik pada skizofrenia adalah pertama untuk mengendalikan gejala aktif dan kedua untuk mencegah kekambuhan. Pemilihan obat lebih banyak berdasarkan profil efek samping dan respon pasien pada pengobatan sebelumnya. Ada beberapa kondisi khusus yang perlu di perhatikan, misalnya pada wanita hamil lebih dianjurkan haloperidol, karena obat ini memiliki data keamanan yang paling baik. Untuk pasien yang baru pertama mengalami episode skizofrenia, pemberian obat harus diupayakan agar tidak terlalu memberikan efek samping, karena pengalaman yang buruk terhadap pengobatan akan mengurangi ketaatberobat (compliance) atau

kesetiaberobat (adherence). Dianjurkan untuk menggunakan antipsikotik atipik atau tipikal, tetapi dengan dosis yang rendah.

2. Terapi Elektro Konvulsi (TEK)

Seperti juga terapi konvulsi lainnya, cara kerja elektrokonvulsi belum diketahui dengan jelas. Dapat dikatakan bahwa terapi konvulsi dapat memperpendek gejala skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita.

3. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisis tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita dengan skizofrenia karena justru dapat menambah isolasi dan autisme. Yang dapat membantu penderita adalah psikoterapi suportif individual atau kelompok serta bimbingan yang praktis dengan maksud mengembalikan penderita kelingkungan masyarakat

Perlu juga diperhatikan lingkungan penderita. Bila mungkin, diatur sedemikian rupa sehingga ia tidak mengalami stres terlalu banyak. Bila mungkin, sebaiknya ia dikembalikan ke pekerjaan sebelum ia sakit dan tergantung pada tingkat kesembuhan apakah tanggung jawab dalam pekerjaannya itu akan penuh atau tidak.

4. Lobotomi Prefrontal

Dapat dilakukan bila terapi lain secara intensif tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya.

2.1.6 Sumber Koping

Sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Orang tua secara aktif mendidik anak-

anak tentang keterampilan koping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Sumber keluarga merupakan dapat berupa pengetahuan tentang penyakit, finansial yang cukup ketersediaan waktu dan tenaga dan kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan (Stuart, G. W.,2012).

2.2 Kepatuhan

2.2.1 Definisi kepatuhan

Kepatuhan atau ketaatan (*compliance adherence*) adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau orang lain (Smet, 1994)

Kepatuhan adalah derajat dimana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya (Caplan, 1997). Menurut Hynes (1997) kepatuhan adalah secara sederhana sebagai perilaku individu yang berhubungan dengan minum obat, mengikuti diet dan merubah gaya hidup yang sesuai dengan petunjuk medis. Kepatuhan pasien sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Niven,2002).

Penderita yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan sampai 9 bulan. Penderita dikatakan lalai jika tidak datang lebih dari 3 hari sampai 2 bulan dari tanggal perjanjian dan dikatakan Droup Out jika lebih 2 bulan berturut turut tidak datang berobat setelah dikunjungi petugas kesehatan (Depkes RI,2000).

Menurut Cuneo dan Snider (1999) pengobatan yang memerlukan jangka waktu yang panjang akan memberikan pengaruh-pengaruh pada penderita seperti

1. Merupakan suatu tekanan psikologis bagi seorang penderita tanpa keluhan atau gejala penyakit saat dinyatakan sakit dan harus menjalani pengobatan sekian lama.
2. Bagi penderita dengan keluhan atau gejala penyakit setelah menjalani pengobatan 1-2 bulan atau lebih, keluhan akan segera berkurang atau hilang sama sekali penderita akan merasa sembuh dan malas untuk meneruskan pengobatan kembali.
3. Datang ke tempat pengobatan selain waktu yang tersisa juga menurunkan motivasi yang akan semakin menurun dengan lamanya waktu pengobatan
4. Pengobatan yang lama merupakan beban dilihat dari segi biaya yang harus dikeluarkan
5. Efek samping obat walaupun ringan tetap akan memberikan rasa tidak nyaman terhadap penderita
6. Suka untuk menyadarkan penderita untuk terus minum obat selama jangka waktu yang ditentukan

Karena jangka waktu yang ditetapkan lama maka terdapat beberapa kemungkinan pola kepatuhan penderita yaitu penderita berobat teratur dan memakai obat secara teratur, penderita tidak berobat secara teratur (*Defaulting*) atau penderita sama sekali tidak patuh dalam pengobatan yaitu putus berobat atau *Droup Out* (Depkes

RI, 2006) oleh karna itu menurut Cramer (2001) kepatuhan dibedakan menjadi 2 yaitu:

1. Kepatuhan penuh (*total Compliance*)

Pada keadaan ini penderita tidak hanya berobat secara teratur sesuai batas waktu yang ditetapkan melainkan juga patuh memakai obat secara teratur sesuai petunjuk.

2. Penderita yang sama sekali tidak patuh (*Non Compliance*)

Yaitu penderita yang putus berobat atau tidak menggunakan obat sama sekali.

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan

Menurut skiner dalam Notoatmodjo (2005) bahwa kepatuhan penderita Skizofrenia minum obat secara teratur adalah merupakan tindakan yang nyata dalam bentuk kegiatan yang dapat dipengaruhi oleh faktor dalam diri penderita (faktor internal) maupun dari luar (eksternal). Faktor internal yaitu umur, jenis kelamin, peran petugas, lama minum obat, efek samping obat, tersedianya obat serta jarak tempat tinggal yang jauh.

Adapun faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dan berkaitan dengan penyakit, yaitu : durasi penyakit, penyakit dengan durasi lama atau penyakit kronis yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan rendah. Kepatuhan terdapat pengobatan akan menurun seiring dengan durasi terapi yang semakin bertambah.

Berdasarkan sebuah penelitian ada beberapa faktor yang menjadi faktor penentu kepatuhan dan ketidakpatuhan minum obat pasien, yaitu.:

1. Faktor pasien

Pada pasien dengan gejala waham kebesaran atau yang mengalami gejala ilusi dan halusinasi yang sudah parah atau keduanya. Insight yang menurun, atau semakin pasien tidak sadar bahwa dirinya sakit, admisi involuntary akan semakin mempermudah kejadian tidak patuh.

2. Faktor obat

Pengobatan skizofrenia bersifat atagonis terhadap dopamin sehingga akan menurunkan kesepekan resptor terhadap dopamin ataupun langsung menurunkan jumlah dopamin sehingga efek pemakaian jangka panjangnya adalah timbulnya mood disforia.

3. Faktor lingkungan

Pasien skizofrenia yang dirawat dirumah oleh keluarga yang tidak begitu peduli terhadap pengobatan, atau keluarga jauh akan lebih sering mengalami kekambuhan. Oleh karena itu, faktor perilaku positif akan cenderung meningkat kepatuhan.

4. Cara pemberian obat

Cara pemberian obat pada pasien gangguan skizofrenia dapat dibedakan menjadi pemberian oral, injeksi atau oral dan injeksi.

2.3 Keluarga

2.3.1 Definisi keluarga

Pengertian keluarga sangat variatif sesuai dengan orientasi teori yang menjadi dasar pendefisiannya. Keluarga berasal dari bahasa sansekerta (*kulo* dan *warga*) *kulowarga* yang berarti anggota kelompok

kerabat.banyak ahli mengurai pengertian keluarga yang sesuai dengan perkembangan sosial masyarakat. Pendapat yang menganut teori interaksional, memandang keluarga sebagai suatu area yang berlangsungnya interaksi kepribadian, sedangkan mereka yang berorientasi pada perspektif sistem sosial memandang keluarga sebagai bagian terkecil yang terdiri dari seperangkat komponen yang sangat tergantung dan dipengaruhi oleh struktur internal dan sistem-sistem lain (Padila 2012).

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peranan masing-masing, dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Balion dan maglaya, 1978). Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan.

2.3.2 Tipe Keluarga

Menurut Setyowatidan Murwani (2007), keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya, agar dapat mengupayakan kemampuan keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga. Berikut ini disampaikan berbagai tipe keluarga:

1. Tipe keluarga tradisional

- a. Keluarga inti, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri suami, istri, dan anak (kandung atau anak angkat)
- b. Keluarga besar, yaitu keluarga inti ditambah keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, keponakan, paman, bibi.
- c. Keluarga *Dyad* yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.
- d. *Single parent* yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat).

Kondisi ini dapat diakibatkan oleh perceraian atau kematian.

- e. *Single Adult* yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri seorang dewasa (seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah).

2. Tipe keluarga non tradisional

- a. *Commune family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama: sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.

b. *Cohabitang couple*

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

c. *Group marriage family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah,berbagai suatu termasuk *sexual* dan membesarkan anaknya .

d. *The unmarried teenage mather*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak diri hubungan tanpa nikah.

e. *The stepparent family*

Keluarga dengan orang tua tiri.

f. *Foster family*

keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara didalam waktu sementara,pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatuhkan kembali keluarga yang aslinya.

g. *Homesless family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak memepunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

h. *Gang*

Sebuah bentuk keluarga yang destruktur dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal.

2.3.3 Fungsi keluarga

Menurut Friedman (1998) fungsi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan pasien skizofrenia seperti *affection, security and acceptance, identity and satisfaction, affiliation and companionship, socialization and controls*, hal tersebut merupakan medan kontrol yang memberikan dan berkontribusi terhadap derajat sehat atau sakitnya anggota keluarga yang lain terhadap persoalan fisik, praktis, sosial atau spiritual yang dihadapi, terlebih ketika dia menghadapi persoalan gangguan kejiwaan yang bersifat patologis (Padila, 2012).

Friedman (2010) mendefinisikan fungsi dasar keluarga adalah untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarganya dan masyarakat yang lebih luas, meliputi :

1. Fungsi afektif adalah fungsi mempertahankan kepribadian dengan memfasilitasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga, peran keluarga dilaksanakan dengan baik dengan penuh kasih sayang.
2. Fungsi sosial adalah memfasilitasi sosialisasi primer anggota keluarga yang bertujuan untuk menjadikan anggota keluarga yang produktif dan

memberikan status pada anggota keluarga, keluarga tempat melaksanakan sosialisasi dan interaksi dengan anggotanya.

3. Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjadi kelangsungan hidup keluarga, dan menambah sumberdaya manusia.
4. Fungsi ekonomi adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan mengembangkan untuk meningkatkan penghasilan dalam memenuhi kebutuhan keluarga.

2.3.4 Tugas Keluarga Dalam Kesehatan

Keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan (Friedman, 2010) yang meliputi:

1. Mengetahui kemampuan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan keluarga klien dengan perilaku agresif, keluarga perlu mengetahui penyebab tanda-tanda klien kambuh dan perilaku *maladaftifnya* meliputi keluarga perlu mengetahui pengertian perilaku agresif, tanda dan gejalanya, cara mengontrol perilaku agresif nya dengan cara minum obat dan cara spiritual.
2. mengetahui kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi anggota keluarga dengan perilaku agresif, menanyakan kepada orang yang lebih tahu, misalnya membawa ke pelayanan kesehatan atau membawa untuk dirawat ke rumah sakit jiwa.
3. mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku agresif yang perlu diuji

pengetahuan tentang akibat lanjut perilaku agresif yang dilakukan, pemahaman keluarga tentang cara merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku agresif yang perlu dilakukan oleh keluarga, pengetahuan keluarga tentang alat-alat yang membahayakan bagi anggota keluarga dengan riwayat perilaku agresif, pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku agresif, bagaimana keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku agresif yang membutuhkan bantuan.

2.4 Dukungan Keluarga

2.4.1 Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan bantuan yang dapat diberikan kepada keluarga lain berupa barang, jasa, informasi dan nasehat, yang mana membuat penerima dukungan keluarga akan merasa disayangi, dihargai, dan tenang (Taylor, 2006). Dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam menentukan kepatuhan pengobatan, jika dukungan keluarga diberikan pada pasien Skizofrenia maka akan memotivasi pasien tersebut untuk patuh dalam pengobatannya dan minum obat yang telah diberikan oleh petugas kesehatan. Sejumlah orang lain yang potensial memberikan dukungan tersebut disebut sebagai *signifcant other*, misalnya sebagai seorang istri *signifcant other* nya adalah suami, anak, orang tua, dan saudara-saudara.

Friedman (1998), berpendapat orang yang hidup dalam lingkungan yang bersifat suportif, kondisinya jauh lebih baik dari pada mereka yang tidak

memiliki lingkungan suportif. Dalam hal ini, penting sekali bagi pasien skizofrenia untuk berada dalam lingkungan keluarga yang mendukung kesehatannya, sehingga pasien skizofrenia akan selalu terpantau kesehatannya. Dukungan keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai suatu yang dapat diakses/diadakann untuk keluarga (dukungan bisa digunakan atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jiwa diperlukan).

2.4.2 Sumber Dukungan

Sumber dukungan keluarga dapat berupa:

- a) dukungan keluarga internal : seperti dukungan dari suami (memberikan kepedulian , cinta dan memberikan kenyamanan), orang tua, mertua dan dukungan dari keluarga kandung.
- b) Dukungan keluarga eksternal : yaitu dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti (dalam jaringan kerja sosial keluarga)

2.4.3 jenis Dukungan

Menurut Friedman (1998), dan Bomar (2004), menjelaskan 4 jenis dukungan keluarga yaitu :

1. Dukungan emosional : yaitu mengkomunikasikan cinta, peduli, percaya pada anggota keluarganya (pasien skizofrenia). Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Jenis dukungan ini dilakukan

melibatkan ekspresi rasa empati, peduli terhadap seseorang sehingga memberikan perasaan nyaman, membuat individu merasa lebih baik.

2. Dukungan instrumental : yaitu membantu orang secara langsung mencakup memberi uang dan tugas rumah. Dukungan instrumental ini mengacu pada penyediaan barang, atau jasa yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah-masalah praktis.
3. Dukungan informasi : aspek-aspek dalam dukungan ini adalah memberikan nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebab) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Keluarga menceritakan cara menolong agar dapat mendefinisikan suatu informasi untuk mengetahui hal-hal untuk orang lain. Diantaranya : memberikan nasehat terkait pentingnya pengobatan yang dijalani dan akibat dari tidak patuh dalam minum obat.
4. Dukungan penghargaan : jenis dukungan ini terjadi lewat ungkapan penghargaan yang positif untuk individu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu lain. Membantu orang belajar tentang dirinya sendiri dan menjadi seseorang pada situasi yang sama atau pengalaman yang serupa, mirip dalam berbagai cara penting atau membuat perasaan dirinya didukung oleh karena berbagai gagasan dan perasaan.

2.4.4 Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit (Ryan dan Austin dalam Friedman, 1998)

2.4.5 Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan

Sarafino (2006), menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi apakah seorang akan menerima dukungan atau tidak.

Faktor-faktor tersebut diantaranya adalah :

1. Faktor dari penerima dukungan (recipient)

Seseorang tidak akan menerima dukungan keluarga dari orang lain jika tidak suka bersosialisasi, tidak suka menolong orang lain, dan tidak ingin orang lain tahu bahwa dia membutuhkan bantuan. Beberapa orang terkadang tidak cukup asertif untuk memahami bahwa dia sebenarnya membutuhkan bantuan orang lain, atau merasa bahwa dia seharusnya mandiri dan tidak mengganggu orang lain, atau merasa tidak nyaman saat

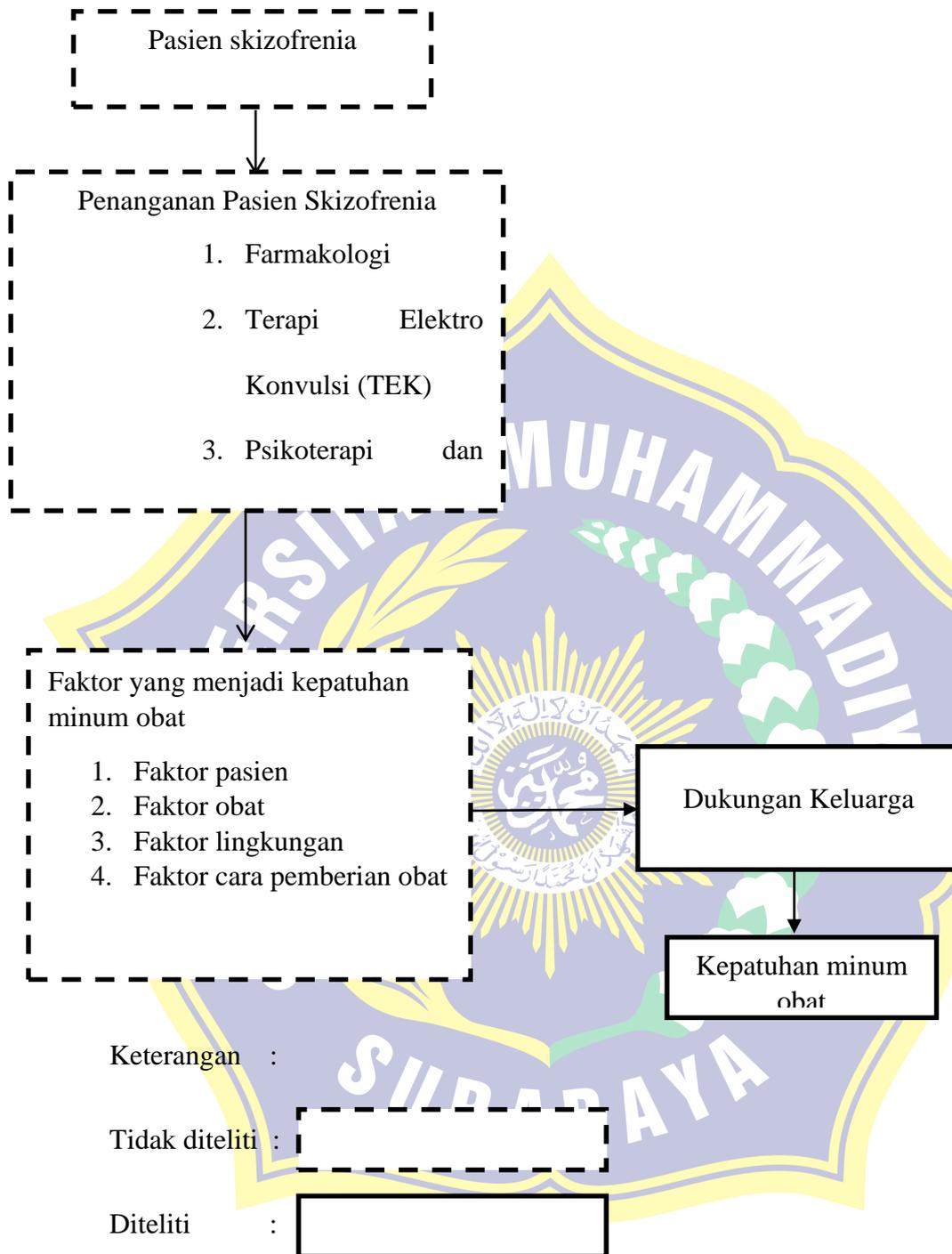
orang lain menolongnya dan tidak tahu kepada siapa dia harus meminta pertolongan.

2. Faktor dari pemberian dukungan (providers)

Seseorang terkadang tidak memberikan dukungan kepada orang lain ketika ia sendiri tidak memiliki sumberdaya untuk menolong orang lain, atau tengah menghadapi stress, harus menolong dirinya sendiri, atau kurang sensitif terhadap sekitarnya sehingga tidak menyadari bahwa orang lain membutuhkan dukungannya darinya.



2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.4 kerangka konsep gambaran dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia