

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN POLA ASUH DENGAN DUKUNGAN  
KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA  
KELUARGA DENGAN SKIZOFRENIA**

*LITERATURE REVIEW*



**Oleh:**

**NIA RAHMAWATI ARIF**

**NIM. 1710069**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA**

**2021**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN POLA ASUH DENGAN DUKUNGAN  
KELUARGA DALAM MERAWat ANGGOTA  
KELUARGA DENGAN SKIZOFRENIA**

***LITERATURE REVIEW***

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**Oleh:  
NIA RAHMAWATI ARIF  
NIM. 1710069**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2021**

## HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nia Rahmawati Arif  
NIM : 1710069  
Tanggal Lahir : Ambon, 15 Agustus 1999  
Program Studi : S1 Keperawatan

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Pola Asuh Dengan Dukungan Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 14 Juli 2021



Nia Rahmawati Arif  
NIM. 171.0069

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, kami selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Nia Rahmawati Arif

NIM : 171.0069

Program Studi : S1 Keperawatan

Judul : Hubungan Pola Asuh Dengan Dukungan Keluarga Dalam  
Merawat Anggota Keluarga Dengan *Skizofrenia*

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

### SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

**Pembimbing**



**Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes**  
**NIP. 03007**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Juli 2021

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari :  
Nama : Nia Rahmawati Arif  
NIM : 171.0069  
Program Studi : S1 Keperawatan  
Judul : Hubungan Pola Asuh Dengan Dukungan Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan *Skizofrenia*

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Skripsi di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S-1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Hidayatus S., S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 03009



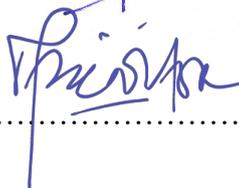
.....

Penguji II : **Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes.**  
NIP. 03007



.....

Penguji III : **Dhian Satva R., S.Kep., Ns., M.Kep.**  
NIP. 03008



.....

**Mengetahui,  
KA PRODI S1 KEPERAWATAN  
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**PUJI HASTUTI, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 03010

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Juli 2021

## ABSTRAK

Keluarga adalah sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung kepada pasien skizofrenia. Keluarga yang cenderung salah pola asuh membuat gejala skizofrenia dapat muncul pada anggota keluarga terutama anak-anak. Hal ini disebabkan oleh beberapa keadaan, seperti hubungan ibu dan anak yang tidak baik, pola komunikasi keluarga yang tidak sesuai, dan pola asuh yang tidak tepat dimana anak tidak mendapatkan perhatian dan kasih sayang yang cukup. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi adanya hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia.

Jenis penelitian yang digunakan adalah *Literature Review* dengan menggunakan diagram flow prisma. Pencarian jurnal diperoleh melalui *database* yaitu *ProQuest*, *Google Scholar* dan *Pubmed*. Kata kunci yang digunakan adalah “*Family functioning*”, “*parenting*”, “*families support*”, “*emotional support*”, dan “*schizophrenia*”

Hasil dari penelitian diperoleh 10 artikel dari seluruh jurnal yang sesuai dengan tema dan kriteria inklusi kemudian dilakukan *Literature Review* sesuai dengan hasil *Critical Appraisal* yang telah dilakukan didapatkan 8 jurnal nasional dan 2 jurnal internasional. Dari 10 jurnal didapatkan bahwa tidak ada yang membahas tentang hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga akan tetapi merupakan faktor pendukung terjadinya skizofrenia. Selain itu, memiliki ketertarikan dengan ekspresi emosi, kemampuan social, pemulihan fungsional, mekanisme adaptasi dan tingkat kekambuhan.

Berdasarkan hasil penelitian pada pasien skizofrenia yang tidak mengalami kekambuhan berulang harus memperhatikan pola asuh dan dukungan yang baik dalam merawat anggota keluarga.

**Kata kunci : Pola Asuh, Dukungan Keluarga, Skizofrenia**

## **ABSTRACT**

*The family is the primary support system that provides direct care to schizophrenic patients. Families that tend to have the wrong parenting pattern make schizophrenia symptoms appear in family members, especially children. This is caused by several circumstances, such as poor mother-daughter relationships, inappropriate family communication patterns, and inappropriate parenting patterns where children do not get enough attention and affection. This study aims to identify the relationship between parenting and family support in caring for family members with schizophrenia.*

*The type of research used is Literature Review using prism flow diagrams. Journal searches were obtained through databases, namely ProQuest, Google Scholar and Pubmed. The key words are "Family functioning", "parenting", "support families", "emotional support" and "schizophrenia"*

*Results of the study showed 10 articles from all journals that match the theme and the inclusion criteria then performed Literature The review according to the results of the Critical Appraisal that has been carried out has obtained 8 national journals and 2 international journals. From 10 journals, it was found that none of them discussed the relationship between parenting and family support, but it was a supporting factor for the occurrence of schizophrenia. In addition, they have an interest in emotional expression, social skills, functional recovery, adaptation mechanisms and relapse rates.*

*Based on the results of research on schizophrenic patients who do not experience repeated relapses, they should pay attention to good parenting and support in caring for family members.*

**Keywords: Parenting, Family Support, Schizophrenia**

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan dan hidayah-Nya sehingga saya dapat menyusun skripsi yang berjudul “Hubungan Pola Asuh Dengan Dukungan Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia” dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

Skripsi ini diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bimbingan dari pembimbing serta semua pihak, sehingga skripsi dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua STIKES Kesehatan Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 Keperawatan.
3. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Kepala Program Studi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi fasilitas

kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 Keperawatan.

4. Ibu Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep. Selaku Penguji Ketua terima kasih atas arahan, kritikan serta saran dalam pembuatan dan penyelesaian skripsi ini.
5. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan bimbingan, pengajaran, kritik serta saran demi kelancaran dan kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Penguji 2 terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan skripsi ini.
7. Seluruh dosen, staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing dan membantu kelancaran proses belajar selama menuntut ilmu di Program Studi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.
8. Kedua orang tua saya beserta seluruh keluarga yang telah memberikan doa, motivasi maupun materi kepada penulis dalam menuntut ilmu di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pengasih. Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 14 Juli 2021

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN COVER</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xiv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat Praktis .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
2.1 Konsep Skizofrenia .....	7
2.1.1 Definisi Skizofrenia.....	7
2.1.2 Epidemologi Skizofrenia .....	8
2.1.3 Etiologi .....	8
2.1.4 Klasifikasi .....	13
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	18
2.1.6 Patofisiologi .....	21
2.1.7 Penatalaksanaan .....	22
2.2 Konsep Pola Asuh .....	25
2.2.1 Definisi Pola Asuh.....	25
2.2.2 Jenis-Jenis Pola Asuh .....	26
2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pola Asuh.....	27
2.3 Konsep Dukungan Keluarga .....	28
2.3.1 Definisi Keluarga .....	28
2.3.2 Fungsi Keluarga .....	28
2.3.3 Tugas Keluarga .....	30
2.3.4 Definisi Dukungan Keluarga .....	31
2.3.5 Bentuk-Bentuk Dukungan Keluarga .....	32
2.3.6 Sumber Dukungan Keluarga.....	34
2.3.7 Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga.....	35
2.4 Model Konsep Keperawatan <i>Family Centered Nursing</i> .....	36
2.5 Hubungan Antar Konsep .....	39
2.6 Konsep Literature Review .....	41

<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>	<b>44</b>
3.1 Kerangka Konseptual .....	44
<b>BAB 4 METODE .....</b>	<b>45</b>
4.1 Strategi Pencarian <i>Literature</i> .....	45
4.1.1 Protokol dan Registrasi.....	45
4.1.2 <i>Database</i> Pencarian.....	45
4.1.3 Kata Kunci .....	45
4.2 Kriteria Inklusi dan Ekslusi .....	46
4.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas .....	47
4.3.1 Hasil Pencarian dan Seleksi Studi.....	47
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>48</b>
5.1 Karakteristik Hasil.....	48
5.2 Hasil Pencarian Literature Review.....	49
5.3 Pembahasan .....	61
5.3.1 Pola Asuh.....	61
5.3.2 Dukungan Keluarga.....	64
5.3.3 Hubungan Pola Asuh dan Dukungan Keluarga .....	67
5.4 Implikasi Keperawatan.....	70
5.4.1 Implikasi Teoritis .....	70
5.4.2 Implikasi Praktik .....	70
<b>BAB 6 PENUTUP .....</b>	<b>71</b>
6.1 Kesimpulan .....	71
6.2 Saran.....	71
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>72</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>75</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Kata Kunci Sesuai <i>Medical Subject Heading</i> .....	46
Tabel 4.2	Strategi PICO <i>framework</i> .....	46
Tabel 4.3	Analisis Jurnal .....	49

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model <i>family-centered nursing</i> Friedman, 2003 .....	29
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Pola Asuh dengan Dukungan Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia.	44
Gambar 4.1 Hasil Seleksi Artikel Studi Dalam Diagram Flow .....	47

## DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 Curriculum Vitae .....	75
LAMPIRAN 2 Motto dan Persembahan .....	76
LAMPIRAN 3 Surat Pengesahan Judul.....	77

## DAFTAR SINGKATAN

PICO	: <i>Population, Intervention, Comparators, Outcomes</i>
WHO	: <i>World Healthcare Organization</i>
APA	: <i>American Psychiatric Association</i>
RS	: Rumah Sakit
ECT	: <i>ElectroConvulsive Therapy</i>

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Skizofrenia merupakan penyakit yang menyerang otak sehingga menimbulkan gangguan persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang ditandai dengan halusinasi, pikiran kacau, gangguan bicara, dan perubahan perilaku (Widiyawati et al., 2020). Keluarga adalah sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung kepada orang sehat, serta pasien skizofrenia. Pada kondisi keluarga yang cenderung salah pola asuh, gejala skizofrenia dapat muncul pada anggota keluarga terutama anak-anak. Kondisi patologis ini disebabkan oleh beberapa keadaan, seperti hubungan ibu dan anak yang tidak baik, pola komunikasi keluarga yang tidak sesuai, dan pola asuh yang tidak tepat dimana anak tidak mendapatkan perhatian dan kasih sayang yang cukup sehingga ada kecenderungan anak mengalami skizofrenia. Berdasarkan hasil observasi di tempat tinggal peneliti didapatkan keluarga dengan skizofrenia dapat sembuh maupun kambuh kembali disebabkan karena penerapan pola pengasuhan dan pemberian dukungan yang tidak sesuai dengan penderita. keluarga dengan skizofrenia seringkali memberikan pengasuhan yang membatasi penderita melakukan kegiatan dan sering memarahi maupun menindas serta kurangnya dukungan sehingga memperparah keadaan. Sejauh ini penelitian tentang hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia belum pernah diteliti.

Menurut WHO sekitar 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan kesehatan mental, yaitu sekitar 1 dari setiap 4 individu. Skizofrenia khususnya menduduki peringkat ke-4 dari 10 besar penyakit berdasarkan laporan terdapat sekitar 25.000.000 penderita. Prevalensi di Asia sekitar 2-10 orang dari setiap 1.000 penduduk yang menderita skizofrenia dan 10% diantaranya perlu dirawat secara intensif karena sudah mencapai tingkat yang sangat mengkhawatirkan. Menurut data Riskesdas pada tahun 2018 menunjukkan adanya peningkatan kejadian jumlah pasien skizofrenia sebesar 7/mil. Penyakit ini dimanifestasikan oleh 0,46% penduduk Indonesia, selain gangguan psikotik berat, menurut data kesehatan jiwa dari PUSLITBANG Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat termasuk skizofrenia adalah 1,7%. atau 400.000 orang. Studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur, Surabaya, pada 17 Januari 2017 dalam tiga bulan terakhir, menunjukkan bahwa ada 5.816 pasien yang terdaftar menjalani rawat jalan, dan 337 pasien rawat inap, 135 di antaranya mengalami halusinasi, berdasarkan asuhan keperawatan diagnostik (Widiyawati et al., 2020).

Pola asuh yang tidak efektif dapat membuat anak menjadi tidak kreatif atau selalu bergantung pada orang lain. Sehingga perlu kehati-hatian dalam menerapkan pola asuh. Pola asuh orang tua sangat menentukan tumbuh kembang anak, baik potensi sosial, psikomotorik, maupun kemampuan efektifnya. Penelitian yang dilakukan oleh Baumrind membagi pola asuh menjadi tiga, yaitu otoriter, permisif, dan demokratis. Penelitian yang telah dikaji menunjukkan bahwa pola asuh permisif (anak bebas bertindak dan berperilaku) sebagai faktor predisposisi skizofrenia (Arianti et al., 2017a). Selain itu, ahli teori interpersonal

berpendapat bahwa skizofrenia berawal dari hubungan disfungsional pada awal kehidupan dan masa remaja. Salah satu teori yang terkenal mengatakan bahwa skizofrenia terjadi karena ibu yang cemas berlebihan terlalu protektif, atau tidak perhatian secara emosional atau ayah yang jauh dan suka mengontrol (Putrianti, 2017). Pada pasien skizofrenia yang sudah dinyatakan sembuh dan dikembalikan ke keluarganya, sering kambuh karena stigma yang berkembang di masyarakat bahwa mereka tidak dapat sembuh, dikucilkan, tidak diberi peran, dukungan sosial dan cemoohan. Kekambuhan skizofrenia rata-rata ditandai dengan klien yang sudah sembuh dan dipulangkan ke lingkungan keluarga umumnya beberapa hari, minggu, atau bulan di rumah kembali dirawat dengan alasan perilaku pasien tidak diterima oleh keluarganya, klien selalu diawasi, dilarang keluar, selalu dicurigai, klien cenderung diasingkan dari pergaulannya dan cenderung menutup diri (Arianti et al., 2017a).

Tempat terbaik bagi pasien skizofrenia adalah di tengah-tengah keluarganya dengan orang-orang yang dicintainya. Kebutuhan mereka adalah perhatian, pengertian, dukungan, cinta dan kasih sayang. Perhatian dan kasih sayang yang tulus dari keluarga dan orang-orang terdekatnya akan sangat membantu proses penyembuhan kondisi mentalnya (Tarjum, 2004 dalam (Minarni & Sudagijono, 2015)). Keluarga sangat penting bagi penderita skizofrenia, dimana salah satu peran dan fungsi keluarga adalah memberikan fungsi afektif untuk memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dalam memberikan kasih sayang. Salah satu bentuk fungsi ini dengan memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Fungsi dasar keluarga diwujudkan dalam bentuk interaksi antara orang tua (pengasuh) dan anak (yang diasuh). Kedekatan anak

dengan orang tuanya merupakan salah satu intervensi keluarga dalam upaya memberikan rangkaian terapi untuk mengurangi kekambuhan suatu penyakit (Handayani & Nurwidawati, 2013). Dukungan keluarga terjadi pada setiap tahapan siklus kehidupan yang mampu berfungsi dengan berbagai kecerdasan dan indera untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga dalam kehidupan (Friedman, 2010 dalam (Badarudin, 2018)). Dampak positif dari dukungan keluarga adalah meningkatkan penyesuaian diri seseorang terhadap peristiwa-peristiwa dalam kehidupan. Keluarga perlu memberikan dukungan kepada pasien untuk meningkatkan motivasi dan tanggung jawab dalam melaksanakan asuhan mandiri, dukungan yang diberikan berupa dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan penghargaan. Keluarga perlu memiliki sikap menerima pasien, memberikan respon positif kepada pasien, menghargai pasien sebagai anggota keluarga, dan menumbuhkan sikap tanggung jawab terhadap pasien (Marissa, 2017). Bentuk pemberian dukungan bagi anggota keluarga yang mengalami masalah yaitu memberikan pemeliharaan, dukungan emosional untuk mencapai kesejahteraan anggota keluarga dan memenuhi kebutuhan psikososial. Dalam hal ini merawat pasien skizofrenia membutuhkan kesabaran dan waktu yang lama sehingga membutuhkan keterampilan praktis dengan kondisi dan keadaan tertentu untuk mencapai kehidupan yang mandiri dan menyenangkan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Skizofrenia?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan dari studi ini adalah melakukan *literature review* untuk mengetahui hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Skizofrenia.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi pola asuh dalam merawat keluarga dengan skizofrenia
2. Mengidentifikasi dukungan keluarga dalam merawat keluarga dengan skizofrenia
3. Mengidentifikasi hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat keluarga dengan skizofrenia

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Studi ini diharapkan dapat menjadi tambahan referensi dan pengembangan wawasan ilmu keperawatan tentang pentingnya pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Skizofrenia.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan kepada keluarga dalam upaya merawat pasien Skizofrenia dan diharapkan agar keluarga

selalu memberikan dukungan dan kasih sayang dalam merawat pasien Skizofrenia.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan yang berkaitan dengan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat pasien Skizofrenia dan menambah variabel yang belum banyak diteliti oleh peneliti

3. Bagi profesi keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi praktisi keperawatan tentang penerapan pola asuh dengan dukungan keluarga yang baik dalam suatu keluarga untuk mencegah timbulnya kejadian Skizofrenia

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas landasan teoritis yang mendasari masalah yang akan diteliti, meliputi: 1) Konsep Skizofrenia, 2) Konsep Pola Asuh, 3) Konsep Dukungan Keluarga, 4) Model Teori Keperawatan, 5) Hubungan Antar Konsep.

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1 Definisi Skizofrenia**

Skizofrenia adalah suatu sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak sesuai dan gangguan fungsi psikososial (Yunita, 2020). Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan penyimpangan dan perbedaan pikiran yang sangat mendasar, disertai dengan ekspresi emosi yang tidak sesuai. Skizofrenia sering dijumpai pada semua lapisan masyarakat dan dapat dialami oleh setiap manusia (Triyani & Warsito, 2019).

Gangguan ini memiliki gejala yang khas terkait dengan kemampuan kognitif, perilaku dan disfungsi emosional, sehingga individu mengalami gangguan dalam fungsi sosialnya. Individu dengan skizofrenia juga menunjukkan ketidaksesuaian dalam afeksi, misalnya menertawakan rangsangan yang tidak sesuai dan sebagainya. Hal inilah yang menyebabkan skizofrenia termasuk dalam gangguan jiwa berat (Sesca & Hamidah, 2018).

### **2.1.2 Epidemiologi Skizofrenia**

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) tahun 2016 ditemukan sebanyak 21 juta orang di dunia menderita skizofrenia. Sedangkan menurut data Riskesdas (2018) menunjukkan adanya peningkatan kejadian jumlah penderita skizofrenia sebesar 7 per mil. Sementara itu, angka prevalensi penderita skizofrenia di wilayah Jawa Timur adalah 6 per mil. Gangguan jiwa di Jawa Timur pada tahun 2016 bisa mencapai 2.369 jiwa (Yunita, 2020).

### **2.1.3 Etiologi**

Penyebab pasti skizofrenia tidak diketahui. Berbagai faktor seperti faktor genetik, ketahanan mental, kepribadian dan faktor lingkungan diduga berperan dalam memperparah jumlah penderita skizofrenia di dunia. Faktor genetik seperti peran neurotransmitter dopamine yang terlalu aktif dapat mengganggu kerja otak sehingga menyebabkan munculnya obat antipsikotik/sedatif sebagai salah satu cara pengobatan skizofrenia (Sari, 2019).

Prabowo, 2014 dalam (Fatmawati, 2016), menjelaskan penyebab skizofrenia, yaitu:

#### **a. Faktor Biologis**

##### **1) Komplikasi kelahiran**

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

## 2) Infeksi

Perubahan anatomi pada sistem saraf pusat akibat infeksi virus telah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia. Penelitian mengatakan bahwa terkena infeksi virus pada trimester kedua kehamilan meningkatkan kemungkinan seseorang terkena skizofrenia.

## 3) Hipotesis dopamin

Dopamin adalah neurotransmitter pertama yang berkontribusi pada gejala skizofrenia. Hampir semua obat antipsikotik, baik tipikal maupun atipikal menyekat protein, dengan memblokir transmisi sinyal dalam sistem dopaminergic, gejala psikotik berkurang.

## 4) Hipotesis Serotonin

Efek *lysergic acid diethylamide* adalah zat yang merupakan campuran dari agonis/antagonis reseptor serotonin. Ternyata zat tersebut menyebabkan keadaan psikosis berat pada orang normal.

## 5) Struktur Otak

Area otak yang paling banyak mendapatkan perhatian adalah system limbic dan ganglia basalis. Otak pada pasien skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, massa abu-abu berkurang dan terdapat area peningkatan atau penurunan aktifitas metabolisme. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak adanya sel gila, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

b. Faktor Genetik

Para ilmuwan telah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% dari populasi umum tetapi 10% orang yang memiliki hubungan tingkat pertama seperti orang tua, saudara laki-laki atau perempuan dengan skizofrenia. Orang yang memiliki hubungan derajat kedua seperti paman, bibi, kakek-nenek, dan sepupu dikatakan lebih sering daripada populasi umum. Kembar identik memiliki kemungkinan 40% hingga 65% untuk menderita skizofrenia, sedangkan kembar dizigotik adalah 12%. Anak dan kedua orang tuanya yang skizofrenia memiliki peluang 40%, salah satu orang tua 12%.

Gangguan jiwa skizofrenia tidak terjadi dengan sendirinya. Banyak faktor yang berperan dalam kejadian skizofrenia. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian skizofrenia antara lain genetik, biologis, biokimiawi, psikososial, status sosial ekonomi, stres, dan penyalahgunaan obat. Menurut (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016) bahwa faktor-faktor yang berkontribusi terhadap timbulnya skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a) Umur: umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun.
- b) Jenis kelamin: Proporsi penderita skiofrenia tertinggi adalah laki-laki (72%) dengan kemungkinan laki-laki memiliki risiko 2,37 kali lebih besar mengalami kejadian skizofrenia dibandingkan perempuan. Laki-laki lebih rentan mengalami gangguan jiwa karena laki-laki merupakan penopang utama rumah tangga sehingga mengalami tekanan hidup yang lebih besar, sedangkan perempuan lebih sedikit berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan laki-laki karena perempuan lebih menerima situasi

kehidupan dibandingkan laki-laki. Meskipun beberapa sumber lain mengatakan bahwa wanita lebih berisiko menderita stres psikologis dan juga wanita relatif lebih rentan saat terkena trauma. Sedangkan prevalensi skizofrenia antara pria dan wanita adalah sama.

- c) Pekerjaan: Pada kelompok skizofrenia, jumlah mereka yang tidak bekerja adalah 85,3% sehingga orang yang tidak bekerja memiliki risiko 6,2 kali lebih besar untuk menderita skizofrenia dibandingkan mereka yang bekerja. Orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stres yang berhubungan dengan tingginya kadar hormon stres (katekolamin) dan mengakibatkan ketidakberdayaan, karena orang yang bekerja memiliki rasa optimisme tentang masa depan dan memiliki semangat hidup yang lebih besar dibandingkan dengan mereka yang bekerja. tidak bekerja.
- d) Status perkawinan: Seseorang yang tidak menikah mungkin berisiko terkena skizofrenia dibandingkan dengan mereka yang menikah karena status perkawinan diperlukan untuk pertukaran ego ideal dan identifikasi perilaku antara suami dan istri untuk mencapai perdamaian. Perhatian dan kasih sayang adalah dasar untuk mencapai kehidupan yang bermakna dan memuaskan.
- e) Konflik keluarga: kemungkinan berisiko 1,13 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan tidak ada konflik keluarga.

- f) Status ekonomi rendah memiliki risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan skizofrenia dibandingkan dengan status ekonomi tinggi. Status ekonomi yang rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang. Beberapa ahli tidak menganggap kemiskinan (status ekonomi rendah) sebagai faktor risiko, tetapi faktor-faktor yang menyertainya bertanggung jawab atas munculnya masalah kesehatan. Gejala ekonomi memicu masyarakat menjadi rentan dan berbagai peristiwa terjadi yang menyebabkan gangguan jiwa. Jadi, penyebab gangguan jiwa bukan hanya stressor psikososial tetapi juga stressor ekonomi. Kedua stresor ini saling terkait, membuat masalah yang sudah kompleks menjadi lebih kompleks.
- g) Faktor psikososial meliputi interaksi pasien dengan keluarga dan masyarakat. Timbulnya tekanan dalam interaksi pasien dengan keluarga, misalnya pola asuh yang terlalu menekan pasien, kurangnya dukungan keluarga dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi pasien, kurangnya perhatian pasien dari keluarga ditambah dengan ketidakmampuan pasien untuk berinteraksi dengan baik di masyarakat, merupakan faktor stressor yang menekan kehidupan pasien. Tekanan yang berlangsung lama hingga mencapai tingkat tertentu akan menyebabkan gangguan pada keseimbangan mental pasien dan salah satunya adalah munculnya gejala skizofrenia.

#### 2.1.4 Klasifikasi

##### 1. Skizofrenia Paranoid

- a) Halusinasi dan/waham harus menonjol; suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi pendengaran tanpa bentuk verbal berupa siulan atau tawa; halusinasi penciuman atau rasa, atau yang bersifat seksual, atau perasaan tubuh lainnya, halusinasi visual mungkin ada, tetapi jarang menonjol; Delusi bisa dari hampir semua jenis, tetapi berbagai jenis waham yang dikendalikan, dipengaruhi, dan dikejar adalah yang paling khas
- b) Gangguan afektif, impuls kemauan dan ucapan, serta gejala katatonik yang relatif halus atau menonjol. Selain itu, ada diagnosis banding seperti epilepsi dan psikosis yang diinduksi obat, keadaan paranoid involusional dan paranoid. Skizofrenia jenis ini sering ditemukan di negara manapun. Gejala utama adalah adanya waham dikejar atau kebesaran dimana individu merasa dikejar. Hal ini terjadi karena segala sesuatu yang ditanggapi secara sensitif dan egosentris seolah-olah orang lain akan berbuat jahat padanya. Perjalanan penyakit mungkin episodik, dengan remisi parsial atau lengkap, atau kronis. Dalam kasus kronis, gejala yang nyata bertahan selama bertahun-tahun dan cenderung terjadi pada usia yang lebih tua..

Orang dengan skizofrenia paranoid umumnya terlihat lebih waras jika dibandingkan dengan jenis skizofrenia lainnya. Namun pada umumnya penderita sangat memusuhi siapapun, merasa dirinya penting, sangat fanatik dan terkadang memiliki ketakutan yang luar biasa terhadap penyakit yang dideritanya..

## 2. Skizofrenia Katatonik

Tipe ini biasanya muncul tiba-tiba, pada individu ada stupor yang artinya individu diam, tidak mau berkomunikasi, berbicara dengan suara datar, makan dan berpakaian harus dibantu, dan postur tubuhnya tegang/kaku.

Ada 2 subtipe yaitu:

- a. Subtipe stupor, yaitu kehilangan semangat hidup dan suka berdiam diri dalam posisi kaku tertentu sementara bisu dan menatap kosong, terlihat acuh tak acuh, tetapi ketika sadar, pasien ini dapat menceritakan semua yang terjadi di sekitarnya. Ia sangat mudah terpengaruh sehingga akan mengikuti perintah atau meniru tindakan orang lain (echopraxia) umumnya negatif (menolak untuk memperbaiki posisi tubuhnya), menolak makan, membuang air sesuka hati, keluar busa dari mulut dan pikirannya terlihat kosong.
- b. Subtipe aktif, berbicara dan berteriak liar, berjalan mondar-mandir, terlibat dalam aktivitas seksual terbuka, seperti masturbasi, melukai tubuh sendiri, atau menyerang dan mencoba membunuh orang lain.

### 3. Skizofenia Hebefrenik

Diagnosis konklusif hebefrenik umumnya memerlukan observasi terus menerus selama 2 atau 3 bulan, untuk dapat memastikan ciri cirinya, yaitu:

- a. Perilaku dan tingkah laku yang tidak bertanggung jawab dan tidak terduga; ada kecenderungan untuk selalu menyendiri (menyendiri), dan perilaku menunjukkan kosong tujuan dan kosong perasaan
- b. Afek pasien dangkal dan tidak pantas, sering disertai dengan cekikikan atau kepuasan diri, senyum egois, atau dengan cara yang tinggi, tertawa menyeringai (meringis), (lelucon), keluhan hipokondriakal, dan frase berulang
- c. Proses pikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan tak menentu (*rambling*) serta inkoheren.

Gangguan afektif dan kehendak, gangguan proses berpikir umumnya menonjol. Halusinasi dan delusi mungkin ada tetapi biasanya tidak menonjol. Kehendak dan dorongan-dorongan yang bertujuan hilang dan tujuan ditinggalkan, sehingga perilaku menjadi terarah dan tanpa tujuan. Adanya keasyikan yang dangkal dan artifisial dengan agama, filsafat, dan tema abstrak lainnya, membuat orang semakin sulit memahami cara berpikir pasien.

#### 4. Skizofrenia Simpleks

Adalah gangguan yang tidak biasa di mana ada perkembangan lambat tapi progresif dari perilaku aneh, ketidakmampuan untuk memenuhi tuntutan masyarakat dan penurunan kinerja secara umum. Tidak ada delusi dan halusinasi, dan gangguan ini kurang psikotik dibandingkan jenis lainnya. Ciri-ciri "negatif" dari skizofrenia residual (misalnya, afek tumpul, hilangnya dorongan kehendak), muncul tanpa disadari oleh gejala psikotik yang nyata. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan, karena bergantung pada perkembangan yang lambat dan progresif dari gejala "negatif" khas skizofrenia residual tanpa riwayat halusinasi, delusi, atau manifestasi lain dari episodik psikotik sebelumnya, dan disertai oleh perubahan-perubahan signifikan dalam perilaku individu, dimanifestasikan sebagai kehilangan minat, kemalasan, dan penarikan sosial yang nyata. Seiring dengan meningkatnya penurunan sosial, pasien dapat berkembang lebih lanjut menjadi gelandangan (psikotik), pendiam, malas dan tanpa tujuan.

#### 5. Skizofrenia Tak Tergolongkan (*Undifferentiated*)

Orang dengan skizofrenia tidak diklasifikasikan sebagai mengalami delusi, halusinasi, gangguan pikiran dan kebingungan parah, tetapi tidak cocok dengan salah satu tipe paranoid, simpleks, katatonik, hebefrenik, dan residual. Untuk mendiagnosis jenis ini harus memenuhi gejala skizofrenia.

## 6. Skizofrenia Residual

Tahap kronis dalam perkembangan gangguan skizofrenia di mana telah ada perkembangan yang jelas dari tahap awal ke tahap yang lebih lanjut yang ditandai dengan gejala negatif jangka panjang. Persyaratan untuk diagnosis yang meyakinkan harus dipenuhi adalah:

- a) Gejala negatif skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotor, penurunan aktivitas, afek tumpul, pasif dan kurang inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi nonverbal yang buruk seperti ekspresi wajah, kontak mata, modulasi suara dan postur, perawatan diri dan kinerja sosial buruk.
- b) Ada riwayat yang jelas dari episode psikotik masa lalu yang memenuhi kriteria diagnostik untuk skizofrenia.
- c) Sudah lebih dari setahun di mana intensitas dan frekuensi gejala yang terlihat seperti delusi dan halusinasi telah menurun dan gejala negatif skizofrenia telah berkembang.
- d) Tidak terdapat demensia atau penyakit maupun gangguan otak organik lainnya.

## 7. Depresi Pasca Skizofrenia

Pasien dengan depresi pasca-skizofrenia adalah episode depresif yang mungkin berlangsung lama dan terjadi setelah serangan penyakit skizofrenia.

Beberapa gejala skizofrenik harus menetap tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinis. Gejala persisten ini bisa positif atau negatif. Diagnosis hanya akan dibuat jika:

- a. Pasien telah menderita penyakit skizofrenia yang memenuhi kriteria umum selama 12 bulan terakhir.
- b. Beberapa gejala skizofrenia masih bertahap. Gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya kriteria untuk episode depresi dan telah ada sedikitnya dua minggu. Jika pasien tidak lagi memiliki gejala skizofrenia, diagnosis harus berupa episode depresi. Jika gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap menjadi salah satu subtype skizofrenia yang sesuai.

(Marissa, 2017).

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis yang dapat ditemukan:

1. Gangguan berpikir biasanya ditemukan pada kelainan bahasa, perkembangan bicara yang berlanjut, dan keterbatasan isi dan ekspresi bicara.
2. Delusi adalah keyakinan yang salah berdasarkan pengetahuan yang tidak benar tentang realitas yang tidak sesuai dengan latar belakang sosial dan budaya pasien.

3. Halusinasi persepsi sensoris dengan ketiadaan halusinasi pendengaran, terutama suara dan sensasi fisik yang aneh, merupakan halusinasi yang sering ditemukan.
4. Afek abnormal Penurunan intensitas dan variasi emosi sebagai respon yang tidak serasi terhadap komunikasi.
5. Gangguan kepribadian motor adopsi posisi yang aneh dalam waktu lama, pengulangan, posisi yang tidak berubah, aktivitas yang intens dan tidak terorganisir atau penurunan gerakan spontan dengan kewaspadaan terhadap lingkungan.

(Zahnia & Wulan Sumekar, 2016).

Tanda dan gejala menurut Herman dan Direja (2011) dalam (Yunita, 2020) yaitu :

1. Tanda dan gejala primer :
  - a) Gangguan proses berfikir
  - b) Gangguan afek emosi
  - c) Emosi dan pengaruh serta ekspresinya tidak memiliki satu kesatuan
  - d) Emosi yang berlebihan
  - e) Kehilangan kemampuan untuk membuat hubungan emosi yang baik
  - f) Gangguan kemampuan ialah terjadinya kelemahan kamauan, perilaku negativisme atas permintaan, otomatis perasaan bahwa pikiran atau tindakan seseorang dipengaruhi oleh orang lain.
  - g) Gangguan psikomotor ialah stupor atau hiperkinesis, logorea dan neologisme, stereotipi, katelep yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama, autisme

2. Tanda dan gejala sekunder :

- a) Waham
- b) Halusinasi

Menurut Yosep dan Sutini (2014) dalam (Yunita, 2020) manifestasi klinis skizofrenia terbagi mejadi 2 antara lain :

1. Tanda dan gejala positif :

a) Halusinasi (*Auditory Hallucination*)

Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat hal-hal yang sebenarnya tidak ada atau mengalami sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya, gejala yang biasanya muncul adalah klien merasakan adanya suara dari dalam dirinya. Terkadang suara itu terasa menyenangkan, memberi kedamaian, tapi terkadang menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya seperti bunuh diri.

b) Penyesatan pikiran

Kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Beberapa skizofren berubah menjadi seorang paranoid. Mereka selalu merasa sedang diamati, diintai atau hendak diserang.

c) Kegagalan berpikir

Biasanya mengarah pada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Karena klien skizofrenia tidak dapat mengatur pikiran mereka sehingga berbicara sembarangan dan tidak dapat diahami oleh logika. Dampak dariketidakmampuan mengontrol emosi dan perasaan. Akibatnya, terkadang penderita

skizofrenia tertawa dan berbicara keras pada diri sendiri tanpa memperhatikan sekelilingnya. Semua ini membuat penderita skizofrenia tidak dapat memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak dapat memahami apa itu manusia. Dia juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada dan sebagainya.

2. Tanda dan gejala negatif :

- a) Hilangnya motivasi dan apatis berarti hilangnya energi dan minat hidup yang membuat klien menjadi orang yang malang
- b) Tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan
- c) Klien skizofren tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun
- d) Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap
- e) Tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain dan tidak mengenal cinta
- f) Depresi yang berkelanjutan pada penderita skizofrenia dapat menimbulkan klien menarik diri dari lingkungannya
- g) Mereka selalu merasa aman bila sendirian

### **2.1.6 Patofisiologi**

Perjalanan penyakit skizofrenia sangat bervariasi pada setiap individu. Perjalanan klinis skizofrenia lambat, meliputi beberapa fase mulai dari premorbid, prodromal, fase aktif dan keadaan residual. Pola gejala premorbid adalah tanda pertama skizofrenia, meskipun gejalanya hanya dikenali secara retrospektif. Ciri-ciri gejala skizofrenia yang dimulai pada masa remaja akhir atau awal masa dewasa akan diikuti dengan perkembangan gejala prodromal

yang berlangsung dari beberapa hari sampai beberapa bulan. Tanda dan gejala prodromal skizofrenia seperti kecemasan, kegelisahan, teror atau depresi. Penelitian retrospektif terhadap pasien skizofrenia menyatakan bahwa beberapa pasien mengeluhkan gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan serta mengalami masalah pencernaan.

Skizofrenia fase aktif ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis, yaitu gangguan pada pikiran, perasaan dan perilaku. Penilaian pasien skizofrenia terhadap realitas terganggu dan pemahaman diri buruk hingga tidak ada sama sekali. Fase residual ditandai dengan hilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia. Hanya satu atau dua gejala yang tersisa yang tidak signifikan secara klinis, yang dapat berupa penarikan diri dan perilaku aneh (Sadock & Buhanan, 2016).

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan yang dapat diberikan kepada penderita skizofrenia antara lain :

#### 1) Terapi Biologis

Dalam pengelolaan terapi biologis, ada tiga bagian, yaitu terapi menggunakan obat antipsikotik, terapi elektrokonvulsif, dan operasi otak. Pengobatan dengan obat antipsikotik dapat meringankan gejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat tersebut termasuk dalam kelompok obat fenotiazin, reserpin (serpasil) dan haloperidol (haldol). Obat ini disebut master sedative. Obat tersebut dapat menyebabkan kantuk dan kelesuan, tetapi tidak menyebabkan tidur nyenyak, bahkan dalam

dosis yang sangat tinggi (orang tersebut mungkin mudah terbangun). Obat ini cukup tepat untuk penderita skizofrenia yang tampaknya tidak mampu menyaring rangsangan yang tidak relevan. Terapi kejang listrik juga dikenal sebagai terapi kejut listrik dalam pengelolaan terapi biologis. Pada akhir 1930-an, terapi electroconvulsive (ECT) diperkenalkan sebagai pengobatan untuk skizofrenia. Tetapi terapi ini telah menjadi bahan perdebatan dan perhatian publik karena beberapa alasan. ECT digunakan di berbagai rumah sakit jiwa untuk berbagai gangguan mental, termasuk skizofrenia. Antusiasme awal untuk ECT memudar karena metode ini kemudian ditemukan tidak menguntungkan bagi kebanyakan orang dengan skizofrenia, meskipun penggunaan terapi ini masih dilakukan sampai sekarang. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman pasien yang sangat menakutkan. Pasien sering tidak bangun lagi setelah dialiri arus listrik ke tubuh dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, dan sering mengalami kebingungan pikiran dan kehilangan ingatan setelah itu. Kadang-kadang, intensitas kejang otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik. Pada terapi biologis lainnya, seperti pembedahan pada otak (prefrontal *lobotomy*) yaitu suatu proses pembedahan primitif dengan mengeluarkan “batu kegilaan” atau biasa disebut batu gila yang dianggap sebagai penyebab perilaku terganggu. Cara ini cukup berhasil dalam proses penyembuhan yang dilakukannya, terutama pada pasien yang berperilaku kasar. Namun, pada tahun 1950-an cara ini ditinggalkan

karena menyebabkan penderitanya kehilangan kemampuan kognitifnya, otaknya tumpul, kurang semangat, bahkan meninggal.

## 2) Terapi Psikososial

Gejala gangguan skizofrenia kronis menyebabkan situasi perawatan di dalam dan di luar Rumah Sakit Jiwa menjadi monoton dan membosankan. Secara historis, sejumlah pengobatan psikososial telah diberikan kepada pasien skizofrenia, mencerminkan keyakinan bahwa gangguan ini adalah hasil dari masalah beradaptasi dengan dunia karena berbagai pengalaman yang dialami pada usia dini. Dalam terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga. Terapi kelompok adalah salah satu jenis terapi humanistik. Dalam terapi ini, beberapa klien berkumpul dan berkomunikasi satu sama lain dan terapis bertindak sebagai fasilitator dan pemberi arahan di dalamnya. Para peserta terapi saling memberi umpan balik tentang pikiran dan perasaan mereka. Peserta diposisikan dalam situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga memperkaya pengalaman peserta dalam keterampilan komunikasi. Terapi keluarga adalah bentuk khusus dari terapi kelompok. Terapi ini digunakan untuk pasien yang telah keluar dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga berusaha menghindari ekspresi emosi yang dapat menyebabkan penyakit pasien kambuh. Dalam hal ini, keluarga diberikan informasi tentang cara-cara mengungkapkan perasaan, baik positif maupun negatif, secara konstruktif dan jelas untuk menyelesaikan setiap masalah secara bersama-sama. Keluarga diberikan pengetahuan

tentang kondisi pasien dan cara menghadapinya. Dari beberapa penelitian, ternyata intervensi keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau setidaknya mencegah kekambuhan penyakit pasien, dibandingkan dengan terapi individu (Sadock & Buhanan, 2016).

## **2.2 Konsep Pola Asuh**

### **2.2.1 Definisi Pola Asuh**

Pola asuh adalah cara perlakuan orang tua yang diterapkan pada anak dengan gangguan skizofrenia, mengacu pada proses interaksi antara pengasuh dan anak yang diasuh dimana interaksi tersebut meliputi aspek-aspek yang memenuhi kebutuhan anak (Handayani, 2013). Banyak faktor dalam keluarga yang dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang anak. Salah satu faktor dalam keluarga yang memiliki peran penting dalam pembentukan kepribadian anak adalah pengasuhan anak. Dalam membesarkan anak, orang tua dipengaruhi oleh budaya di lingkungannya. Orang tua juga diwarnai oleh sikap-sikap tertentu dalam mengasuh, membimbing, dan mengarahkan anaknya. Sikap ini tercermin dari pola asuh yang berbeda terhadap anaknya, karena orang tua memiliki pola asuh tertentu. Penggunaan gaya pengasuhan khusus ini berkontribusi untuk menyembuhkan skizofrenia.

Pasien skizofrenia tetap harus mendapatkan perawatan yang memadai dari keluarganya, baik secara materi, fisik maupun emosional setelah menjalani perawatan di rumah sakit. Pengasuhan orang tua terhadap pasien skizofrenia ditunjukkan melalui pola asuh yang diterapkan dan ekspresi emosi yang ditunjukkan selama berinteraksi dengan penderita. Pengasuhan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar anak. Cara mendukung klien skizofrenia agar cepat sembuh, keluarga harus memberikan pola asuh yang baik bagi keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Adapun yang harus diperhatikan oleh keluarga dalam memberikan pola asuh pada klien skizofrenia, keluarga harus memiliki pengetahuan yang lebih dalam merawat klien skizofrenia dan memahami kebutuhan klien. Untuk mendukung klien skizofrenia agar lebih baik dalam keterampilan sosialisasi, keluarga harus memberikan pola asuh yang baik (Waloyo, Widodo, & Wahidyanti, 2017).

### **2.2.2 Jenis-jenis Pola Asuh**

Menurut Baumrind dalam (Sari, 2019) terdapat jenis-jenis pola asuh orang tua dalam cara mendidik anak, yaitu:

1. Pola Asuh otoriter adalah pola asuh yang sering membatasi dan menghukum perilaku anak. Dalam pola asuh ini, orang tua memberikan batasan dan arahan yang jelas kepada anak dan mengharapkan kepatuhan terhadap aturan. Pola asuh otoriter memiliki ciri-ciri keluarga menerapkan aturan yang ketat, tidak ada kesempatan bagi klien skizofrenia untuk mengemukakan pendapat, klien harus mematuhi semua peraturan yang dibuat oleh keluarga, berorientasi pada hukuman (fisik dan verbal), dan keluarga jarang memberikan pujian kepada klien.

2. Pola asuh otoritatif atau demokrasi adalah pola asuh yang mengajarkan kemandirian, namun tetap memberikan batasan dan kontrol atas tindakannya. Komunikasi verbal disertai dengan kehangatan dalam berhubungan menjadi orang tua dalam mengasuh anak.
3. Pengasuhan *Neglectful* merupakan pola asuh yang menerapkan kebebasan kepada anak. Peran orang tua jarang terlibat dalam perkembangan anak. Tidak jarang anak-anak dengan orang tua yang lalai merasa bahwa mereka bukan prioritas bagi orang tuanya dan membandingkan diri mereka dengan keluarga lain.
4. Pengasuhan *Indulgent* adalah pola asuh dengan keterlibatan orang tua yang minimal dengan anak. Orang tua masih membatasi perilaku, tetapi juga membiarkan anak-anak mereka melakukan apa yang mereka inginkan.

### **2.2.3 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pola Asuh**

Menurut Mussen dikutip Marcelina dalam (Fitriyah, 2015) ada beberapa faktor yang mempengaruhi pola asuh yaitu:

#### **1. Lingkungan Tempat Tinggal**

Salah satu faktor yang mempengaruhi pola asuh adalah lingkungan tempat tinggal anda. Perbedaan antara keluarga yang tinggal di kota besar dan keluarga yang tinggal di pedesaan memiliki pola asuh yang berbeda. Keluarga yang tinggal di kota besar memiliki kekhawatiran yang besar ketika anak-anaknya keluar rumah, sebaliknya keluarga yang tinggal di desa tidak terlalu khawatir dengan anak yang keluar rumah.

## 2. Sub kultur budaya

Budaya subkultur juga termasuk dalam faktor yang mempengaruhi pola asuh. Dalam setiap budaya, gaya pengasuhan diterapkan secara berbeda, misalnya ketika dalam satu budaya anak-anak diperbolehkan untuk berdebat tentang aturan yang ditetapkan oleh orang tuanya, tetapi ini tidak berlaku untuk semua budaya.

## 3. Status sosial ekonomi

Keluarga yang memiliki status sosial yang berbeda juga menerapkan pola asuh yang berbeda juga.

### **2.3 Konsep Dukungan Keluarga**

#### **2.3.1 Definisi Keluarga**

Menurut Kemenkes RI (2016) dalam (Kholifah & Widagdo, 2016) keluarga adalah suatu lembaga yang merupakan (unit) terkecil dari masyarakat, yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang disebut dengan keluarga inti atau rumah tangga (*the nuclear family*). Keluarga adalah sekelompok orang yang memiliki ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, memelihara budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial setiap anggota keluarga

#### **2.3.1 Fungsi Keluarga**

Menurut Friedman dalam (Kholifah & Widagdo, 2016) fungsi keluarga ada lima antara lain berikut ini :

##### 1. Fungsi afektif

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga terhadap pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Melalui pemenuhan fungsi ini, keluarga

akan mencapai tujuan psikososial utama, membentuk sifat manusiawi dalam anggota keluarga, menstabilkan kepribadian dan perilaku, kemampuan membangun hubungan yang lebih dekat dan harga diri

2. Fungsi sosialisasi dan penempatan social

Sosialisasi dimulai sejak lahir dan hanya berakhir dengan kematian. Sosialisasi adalah proses seumur hidup, karena individu terus-menerus mengubah perilaku mereka sebagai respons terhadap situasi yang berpola sosial secara alami. Sosialisasi adalah suatu proses perkembangan atau perubahan yang dialami oleh seorang individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan mempelajari peran-peran sosial.

3. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia.

4. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan merupakan tempat berkembangnya kemampuan individu untuk meningkatkan pendapatan guna memenuhi kebutuhan keluarga

5. Fungsi perawatan kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik kesehatan (yang mempengaruhi status kesehatan masing-masing anggota keluarga) adalah bagian yang paling relevan dari fungsi perawatan keluarga.

### 2.3.3 Tugas Keluarga

Menurut (Kholifah & Widagdo, 2016) tugas keluarga dibidang kesehatan yang perlu diketahui dan dilaksanakan, antara lain :

1. Mengenal masalah kesehatan yang dihadapi anggota keluarga. Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan seluruh anggota keluarga.
2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk membawa anggota keluarga ke pelayanan kesehatan.
3. Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan. Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
4. Memodifikasi lingkungan yang kondusif. Kemampuan keluarga dalam mengatur lingkungan sehingga mampu mempertahankan dan memelihara pertumbuhan serta perkembangan setiap anggota keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga.

### **2.3.4 Definisi Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap orang sakit. Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor penting dalam upaya meningkatkan motivasi sehingga dapat memberikan efek positif bagi kesehatan psikologis. Menurut WHO, konsep kesehatan psikologis memiliki beberapa faktor, antara lain strategi koping, kemampuan berbahasa, pengalaman masa lalu, konsep diri, dan motivasi (Rasmun, 2001 dalam (Sefrina & Latipun, 2016)). Dukungan keluarga merupakan proses yang terjadi sepanjang hidup, dukungan yang diberikan pada setiap siklus perkembangan kehidupan juga berbeda-beda. Dengan dukungan yang diberikan keluarga, anggota keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kecerdasan dan kecerdasan. Sehingga dapat meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2010 dalam (Sefrina & Latipun, 2016)).

Keluarga perlu menyadari bahwa skizofrenia merupakan gangguan jangka panjang, artinya klien membutuhkan perhatian dan perawatan yang komprehensif dan berkelanjutan dalam jangka panjang. Keluarga perlu memberikan dukungan yang merupakan persepsi bantuan berupa perhatian, penghargaan, informasi, nasehat dan materi yang diterima pasien pasca pengobatan skizofrenia dari anggota keluarga lainnya dalam rangka menjalankan fungsi atau tugas yang terdapat dalam sebuah keluarga.

### 2.3.5 Bentuk-Bentuk Dukungan Keluarga

Menurut Kohen dan MC Kay (1984), dalam (Marissa, 2017) antara lain :

#### 1. Dukungan emosional

Memberikan pasien rasa nyaman, perasaan dicintai walaupun mengalami masalah, bantuan berupa semangat, empati, kepercayaan, perhatian, sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Dalam dukungan emosional ini keluarga memberikan tempat istirahat dan memberikan semangat kepada pasien yang dirawat di rumah atau di rumah sakit jiwa. Jenis dukungan ini bersifat emosional atau mempertahankan keadaan emosi atau ekspresi. Termasuk dalam dukungan emosional ini adalah ekspresi empati, perhatian, dan kepedulian terhadap individu. Memberikan perasaan nyaman pada individu, menjamin rasa memiliki, dan merasa dicintai ketika mengalami masalah, bantuan berupa semangat, kehangatan pribadi, cinta, dan emosi. Jika stres mengurangi perasaan memiliki dan dicintai seseorang, maka dukungan akan menghentikannya sehingga akan mampu memperkuat perasaan dicintai. Jika dibiarkan terus menerus dan tidak terkontrol maka akan mengakibatkan hilangnya harga diri.

#### 2. Dukungan informasional

Dukungan ini mencakup jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk memberikan solusi atas masalah yang dihadapi pasien di rumah atau di rumah sakit jiwa, memberikan nasihat, arahan, nasihat, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan seseorang. Keluarga dapat memberikan informasi dengan menyarankan tempat, dokter, dan terapi yang baik untuk

diri sendiri dan tindakan spesifik bagi individu untuk menghadapi stresor. Untuk mendukung informasi keluarga sebagai pengumpul informasi dan pemberi informasi.

### 3. Dukungan instrumental

Dukungan ini meliputi pemberian dukungan fisik seperti pelayanan, bantuan keuangan dengan menyediakan dana untuk biaya pengobatan, dan materi berupa bantuan nyata (instrumental support/material support), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah kritis, termasuk bantuan langsung seperti ketika seseorang membantu pekerjaan sehari-hari, memberikan informasi dan fasilitas, menjaga dan merawat ketika sakit, dan dapat membantu memecahkan masalah. Dalam dukungan instrumental, keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis. Padahal sebenarnya, siapa pun dengan sumber daya yang cukup dapat memberikan dukungan berupa uang atau perhatian yang ditujukan untuk proses pengobatan.

### 4. Dukungan penghargaan

Adalah dukungan dorongan dan motivasi yang diberikan oleh keluarga kepada pasien. Dukungan ini merupakan dukungan yang terjadi ketika ada ekspresi penilaian positif individu yang memiliki seseorang untuk diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi penghargaan positif kepada pasien, dorongan, persetujuan ide atau perasaan pasien. Dukungan keluarga ini dapat membantu meningkatkan strategi koping pasien dengan alternatif strategi berdasarkan pengalaman yang fokus pada aspek positif. Kelompok pendukung dapat mempengaruhi persepsi pasien terhadap

ancaman. Dukungan keluarga dapat membantu pasien mengatasi masalah dan mengidentifikasi kembali situasi sebagai ancaman kecil dan keluarga bertindak sebagai pemandu dengan memberikan umpan balik dan mampu membangun harga diri pasien.

### **2.3.6 Sumber Dukungan Keluarga**

Root & Dooley (1985) dalam (Siswanto et al., 2015) ada 2 sumber dukungan keluarga yaitu natural dan *artificial*. Dukungan keluarga secara alami diterima dengan penghargaan seseorang melalui interaksi sosial spontan dalam hidupnya dengan orang-orang di sekitarnya, misalnya anggota keluarga (anak, istri, suami, saudara), teman dekat atau kerabat. Dukungan keluarga ini bersifat nonformal, sedangkan dukungan keluarga artifisial adalah dukungan yang dirancang menjadi kebutuhan primer seseorang, misalnya dukungan keluarga akibat bencana alam melalui berbagai donasi sosial. Memberikan dukungan baik emosional maupun dalam bentuk informasi yang diberikan dalam bentuk siap membantu, mau mendengarkan, memperhatikan kebutuhan pasien dan menyediakan lingkungan yang sesuai bagi pasien untuk berbagi pengalaman perawatannya. Selain itu, memberikan dukungan membantu meningkatkan kepercayaan diri pasien untuk melanjutkan aktivitas perawatan. Tempat terbaik bagi pasien skizofrenia adalah berada di tengah-tengah keluarganya, termasuk orang-orang yang dicintainya. Kebutuhan mereka adalah perhatian, pengertian, dukungan, cinta dan kasih sayang. Perhatian dan kasih sayang yang tulus dari keluarga dan orang-orang terdekatnya akan sangat membantu proses penyembuhan kondisi mentalnya (Minarni & Sudagijono, 2015).

### **2.3.7 Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga**

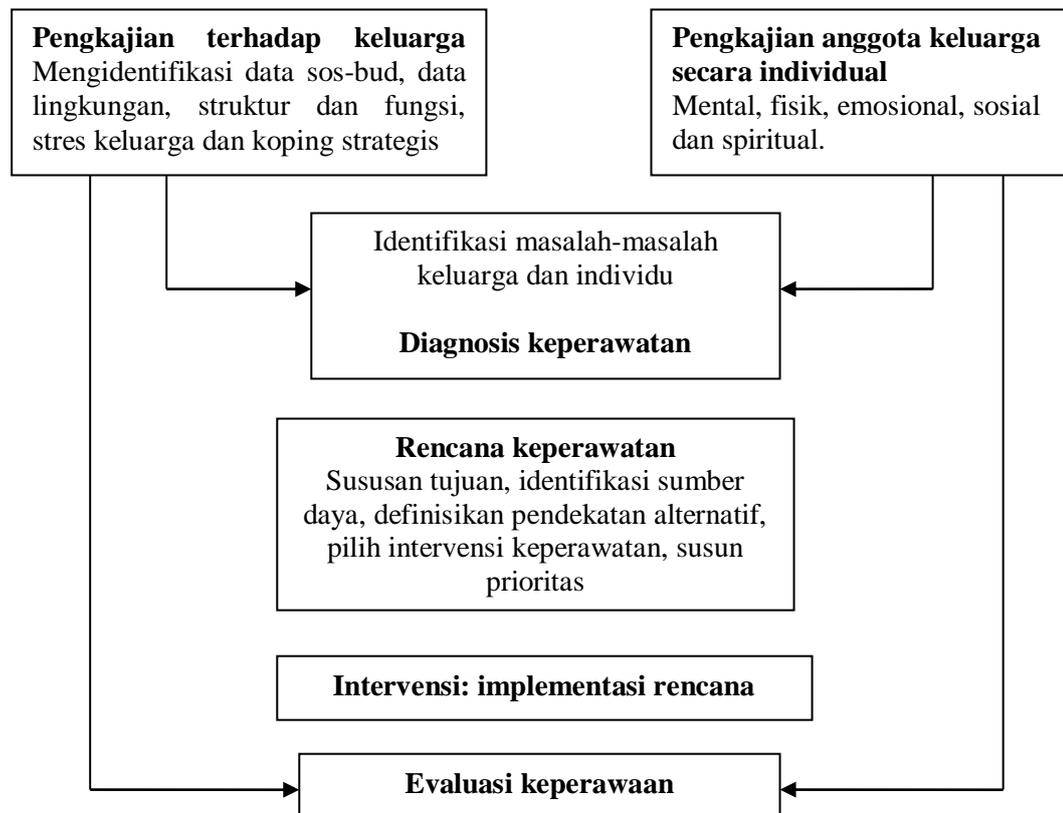
Menurut Friedman (2013) dalam (Cahyanti, 2020) terdapat bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman perkembangan. Anak-anak dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak dari keluarga besar. Selain itu, dukungan keluarga yang diberikan oleh orang tua (terutama ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Ibu muda cenderung kurang bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu yang lebih tua. Friedman (2013) dalam (Cahyanti, 2020) juga menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah kelas sosial ekonomi meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas dan otokrasi. Selain itu orang tua dan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah. Faktor lainnya adalah adalah tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan kemungkinan semakin tinggi dukungan yang diberikan pada keluarga yang sakit.

#### **2.4 Model Konsep Keperawatan *Family Centered Nursing***

Menurut Friedman (2003) dalam (Fabanjo & Loihala, 2017) bahwa *Family Centered Nursing* merupakan kemampuan perawat memberikan asuhan keperawatan keluarga menjadi anggota keluarga mandiri untuk meningkatkan kesehatan seluruh anggota keluarga dan keluarga dapat menyelesaikan masalah kesehatan anggotanya. Menurut (Hitchcock, Schubert, Thomas, 1999 dalam (Nursalam, 2015) Implementasi model *Family Centered Nursing* terutama untuk anak-anak dengan skizofrenia bertujuan untuk melihat kemandirian keluarga dalam penanganan anak dengan skizofrenia, melakukan pendidikan kesehatan untuk keluarga, memberikan pelatihan bagi keluarga sehingga keluarga dapat mengatasi masalah kesehatan terutama tahap pengobatan. Praktik keluarga sebagai pusat keperawatan (*family-centered nursing*) didasarkan pada pandangan bahwa keluarga adalah unit dasar perawatan individu anggota keluarga dan unit yang lebih luas. Penerapan teori ini termasuk mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, politik dan budaya ketika menilai dan merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi pengasuhan anak dan keluarga.

Tujuan asuhan keperawatan keluarga adalah agar keluarga mandiri dalam menjaga kesehatan anggotanya, untuk itu keluarga harus melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga, antara lain: mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, mampu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, mampu menjaga suasana di rumah agar tetap sehat atau memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan anggota keluarga; mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya untuk keluarga. Masalah individu dalam keluarga diselesaikan melalui intervensi keluarga dan diselesaikan melalui

keterlibatan aktif anggota keluarga lainnya. Dengan demikian, melalui intervensi keluarga, percaya pada keluarga yang sehat akan membuat masyarakat atau masyarakat menjadi sehat, karena keluarga adalah subsistem dari masyarakat. Ada beberapa alasan mengapa keluarga merupakan pusat perawatan, yaitu: (1) keluarga sebagai sumber perawatan kesehatan; (2) masalah kesehatan individu akan mempengaruhi anggota keluarga lainnya; (3) keluarga merupakan tempat komunikasi individu sepanjang hayat, sekaligus harapan bagi setiap anggota; (4) penemuan kasus penyakit seringkali dimulai dari keluarga; (5) anggota keluarga lebih mudah menerima informasi, jika informasi tersebut didukung oleh anggota keluarga lainnya, dan (6) keluarga merupakan *support system* bagi individu (Friedman et al, 2003 dalam (Nursalam, 2015)).



**Gambar 2.1** Model *family-centered nursing* Friedman, 2003 (Nursalam, 2015)

Pendekatan yang dilakukan dalam asuhan keperawatan keluarga adalah proses keperawatan, yang terdiri dari pengkajian individu dan keluarga, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana asuhan keperawatan, implementasi dan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.

a. Pengkajian

Merupakan tahap dimana seorang perawat mendapatkan informasi secara berkesinambungan, kepada anggota keluarga yang dibina.

b. Diagnosa keperawatan

Data yang telah terkumpul pada tahap pengkajian, kemudian dianalisis, sehingga dapat dirumuskan diagnosa keperawatan. Ada tiga jenis diagnosis keperawatan keluarga, yaitu diagnosis aktual, risiko, dan potensial. Etiologi dalam diagnosis keperawatan keluarga didasarkan pada pelaksanaan lima tugas kesehatan.

c. Perencanaan

Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari, penetapan tujuan yang meliputi tujuan umum dan tujuan khusus, dilengkapi dengan kriteria dan standar serta rencana tindakan.

d. Implementasi

Mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga dan ditujukan untuk, lima tugas kesehatan keluarga dalam rangka merangsang kesadaran keluarga atau penerimaan masalah kesehatan mereka. Selain itu, merangsang keluarga untuk memutuskan metode pengobatan yang tepat, memberikan kemampuan dan kepercayaan diri kepada keluarga, dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dan membantu keluarga menemukan cara untuk membuat lingkungan

menjadi sehat, serta memotivasi keluarga untuk memanfaatkan kesehatan yang ada. fasilitas.

e. Evaluasi

Untuk mengetahui apakah suatu tindakan keperawatan tidak diperlukan lagi, tingkatkan efektifitas tindakan yang dilakukan dan perlunya tindakan keperawatan lain untuk mengatasi masalah tersebut.

## **2.5 Hubungan Antar Konsep**

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan penyimpangan dan perbedaan pikiran yang sangat mendasar, disertai dengan ekspresi emosi yang tidak sesuai. Merawat pasien skizofrenia membutuhkan pengetahuan, keterampilan dan kesabaran serta membutuhkan waktu yang lama karena kronisitas penyakit ini. Kemampuan merawat pasien skizofrenia merupakan keterampilan yang harus bersifat praktis sehingga membantu keluarga dengan kondisi tertentu dalam mencapai kehidupan yang lebih mandiri dan menyenangkan. Pola asuh yang ditanamkan oleh keluarga dapat menyebabkan skizofrenia, sehingga seringkali sebuah keluarga memberikan pola asuh yang salah dan pada akhirnya mempengaruhi terjadinya skizofrenia. Salah satunya adalah pola asuh otoriter yang memiliki karakteristik keluarga yang menerapkan aturan yang ketat, tidak ada kesempatan bagi klien skizofrenia untuk mengungkapkan pendapat, klien harus mematuhi semua aturan yang dibuat oleh keluarga, berorientasi pada hukuman (fisik dan verbal), dan keluarga jarang memberikan pujian kepada anak. Cara mendukung klien skizofrenia agar cepat sembuh dengan memberikan pola asuh yang baik bagi keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Sehingga pola asuh keluarga yang penuh kasih sayang dan

pendidikan tentang nilai-nilai kehidupan, baik kesehatan sosial maupun keagamaan, merupakan faktor yang kondusif untuk mempersiapkan anak menjadi pribadi dan anggota masyarakat yang sehat.

Menurut Jungbauer, (2004) dalam (Sefrina & Latipun, 2016) menyatakan bahwa banyak pasien cenderung hidup bergantung pada orang tuanya baik secara emosional maupun materil. Adanya dukungan keluarga membuat individu merasa diperdulikan, diperhatikan, merasa percaya diri, tidak mudah putus asa, tidak minder, merasa bersemangat, merasa menerima (ikhlas) dengan kondisi, sehingga merasa lebih tenang dalam menghadapi suatu masalah. Keluarga memiliki peran penting dalam upaya mencegah dan menyembuhkan klien skizofrenia karena keluarga adalah orang yang paling dapat memahami dan dimengerti klien. Berdasarkan teori diatas sesuai dengan penelitian berjudul hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia diperlukan suatu dukungan keluarga dan pola asuh yang tepat untuk merawat keluarga guna mempertahankan kestabilan dan kesehatan dirinya di keluarga dan masyarakat.

## 2.6 Konsep Literature Review

### 2.6.1 Pengertian Literature Review

*Literature review* dapat disebut sebagai tinjauan literatur dimana didalamnya terdapat makalah ilmiah (*scientific paper*) yang menyajikan pengetahuan terbaru, berupa ringkasan komprehensif dari temuan peneliti-peneliti sebelumnya tentang topik tertentu. Penelitian kepustakaan dan studi pustaka/riset pustaka meski bisa dikatakan mirip namun berbeda. Kepustakaan adalah penelitian yang dilakukan hanya berdasarkan atas karya tulis, termasuk hasil penelitian baik yang telah dipublikasikan maupun yang belum dipublikasikan.

Penelitian studi literatur tidak harus turun ke lapangan dan kontak dengan responden. Data yang dibutuhkan dalam penelitian didapatkan dari sumber pustaka atau dokumen. Pada riset pustaka (*library research*) penelusuran pustaka tidak hanya langkah awal menyiapkan kerangka penelitian tetapi juga memanfaatkan sumber-sumber perpustakaan untuk memperoleh data penelitian (Melfianora, 2019). *Literature review* meninjau artikel ilmiah, buku dan sumber-sumber lain yang relevan dengan bidang penelitian tertentu. Tinjauan tersebut harus menyebutkan, menjelaskan, merangkum, mengevaluasi secara objective dan memperjelas penelitian sebelumnya.

Tinjauan literatur mengakui karya para peneliti sebelumnya dan menciptakan *landscape* bagi pembaca, memberikan pemahaman penuh tentang perkembangan dilapangan. *Landscape* ini menginformasikan kepada pembaca bahwa penulis telah mengasimilasi semua (atau sebagian besar) karya-karya penting di lapangan kedalam penelitian/karya ilmiah yang disusun (Oakland, 2015).

### 2.6.2 Langkah Menyusun Literature Review

Langkah-langkah menyusun literatur review sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi dan memilih topik, dalam hal ini adalah pertanyaan penelitian/rumusan masalah. Pada tahap ini penulis dapat mendiskusikan dengan dosen pembimbing dan mencari literatur khususnya jurnal.
2. Memfokuskan pertanyaan. Pada tahap ini dapat digunakan :
  - a. Sumber-sumber informasi primer/wajib untuk menyusun *literature review* berupa jurnal nasional terindeks dan jurnal internasional (bereputasi)
  - b. Sebaiknya terindeks oleh database *Scopus, Elsevier, ProQuest, Google Scholar* atau juga diterbitkan oleh jurnal yang telah terakreditasi.
  - c. Sebaiknya mempertimbangkan level/tingkatan evidence
  - d. Sumber referensi untuk membantu dan mendukung analisis dapat menggunakan jurnal laporan penelitian, buku, ebook, dan lain-lain, kecuali tulisan blog.
3. Penilaian artikel yang di dapat secara kritis (*Critically appraising The Article*). Ketika menemukan studi artikel, baca abstrak, pengantar dan kesimpulan.
4. Menyusun laporan tinjauan literature (*literature review*). Sistematika penulisan sebagai berikut:
  - Bab 1 : Pendahuluan
  - Bab 2 : Tinjauan Pustaka
  - Bab 3 : Kerangka Konseptual
  - Bab 4 : Metode
  - Bab 5 : Hasil dan Pembahasan

## Bab 6 : Simpulan dan Saran

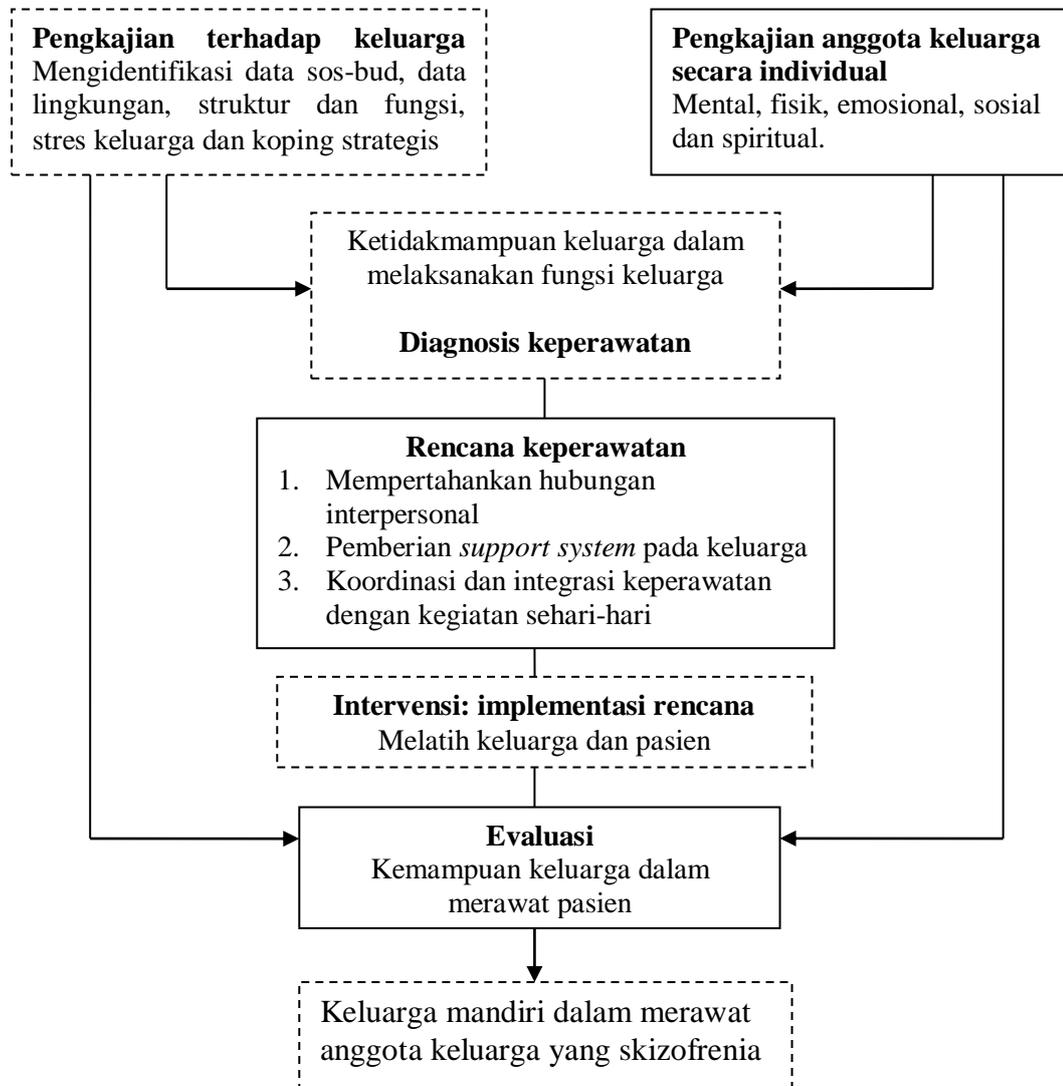
### 2.6.3 Analisis Jurnal Dengan Metode PICO

1. *Populations (patient, population, problem)*. Kata-kata mewakili pasien, populasi dan masalah yang diangkat dalam karya ilmiah yang ditulis.
2. *Intervention (intervension, prognostic factor, exposure)*. Kata ini mewakili intervensi, faktor prognostik atau paparan yang akan diangkat dalam karya ilmiah.
3. *Comparison (comparison)*. Kata ini mewakili perbandingan atau intervensi yang ingin dibandingkan dengan intervensi atau paparan pada karya ilmiah yang akan ditulis.
4. *Outcome (outcome)*. Kata ini mewakili target apa yang ingin dicapai dari suatu penelitian misalnya pengaruh atau perbaikan dari suatu kondisi atau penyakit tertentu

## BAB 3

### KERANGKA KONSEPTUAL

#### 3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :      : tidak diteliti      : Diteliti     $\longrightarrow$  : Hubungan

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Pola Asuh dengan Dukungan

Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Skizofrenia

## **BAB 4**

### **METODE**

#### **4.1 Strategi Pencarian *Literature***

##### **4.1.1 Protokol dan Registrasi**

Rangkuman menyeluruh dalam bentuk *literature review* mengenai hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia. Studi ini akan menggunakan table PICO untuk menentukan penyeleksian studi yang telah ditentukan dan disesuaikan dengan tujuan dari *literature review*.

##### **4.1.2 Database Pencarian**

*Literatur review* yang merupakan rangkuman menyeluruh beberapa studi penelitian yang ditentukan berdasarkan tema tertentu. Pencarian literatur dilakukan pada bulan Februari - Maret 2021. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh bukan dari pengamatan langsung, akan tetapi diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu. Sumber data sekunder yang didapat berupa artikel jurnal bereputasi baik nasional maupun internasional dengan tema yang sudah ditentukan. Pencarian literatur dalam *literature review* ini menggunakan tiga database dengan kriteria kualitas sedang, yaitu *ProQuest*, *Google Scholar* dan *Pubmed*.

##### **4.1.3 Kata Kunci**

Pencarian artikel jurnal menggunakan *keyword* dan *boolean operator* (*AND*, *OR*, *NOT* or *AND NOT*) yang digunakan untuk memperluas atau menspesifikkan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau

jurnal yang digunakan. Kata kunci dalam *literature review* ini disesuaikan dengan *Medical Subject heading (MeSH)* dan terdiri dari sebagai berikut:

**Table. 4.1 Kata Kunci sesuai *Medical Subject heading (MeSH)***

<i>Pola Asuh</i>	<i>Dukungan Keluarga</i>	<i>Fungsi Keluarga</i>	<i>Skizofrenia</i>
<i>Parenting</i>	<i>Families support</i>	<i>Family functioning</i>	<i>Schizophrenia</i>
	<i>OR</i>		
	<i>Emotional support</i>		

#### 4.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Strategi untuk mencari artikel ini menggunakan PICO yang terdiri dari:

**Tabel 4.2 Strategi PICO framework**

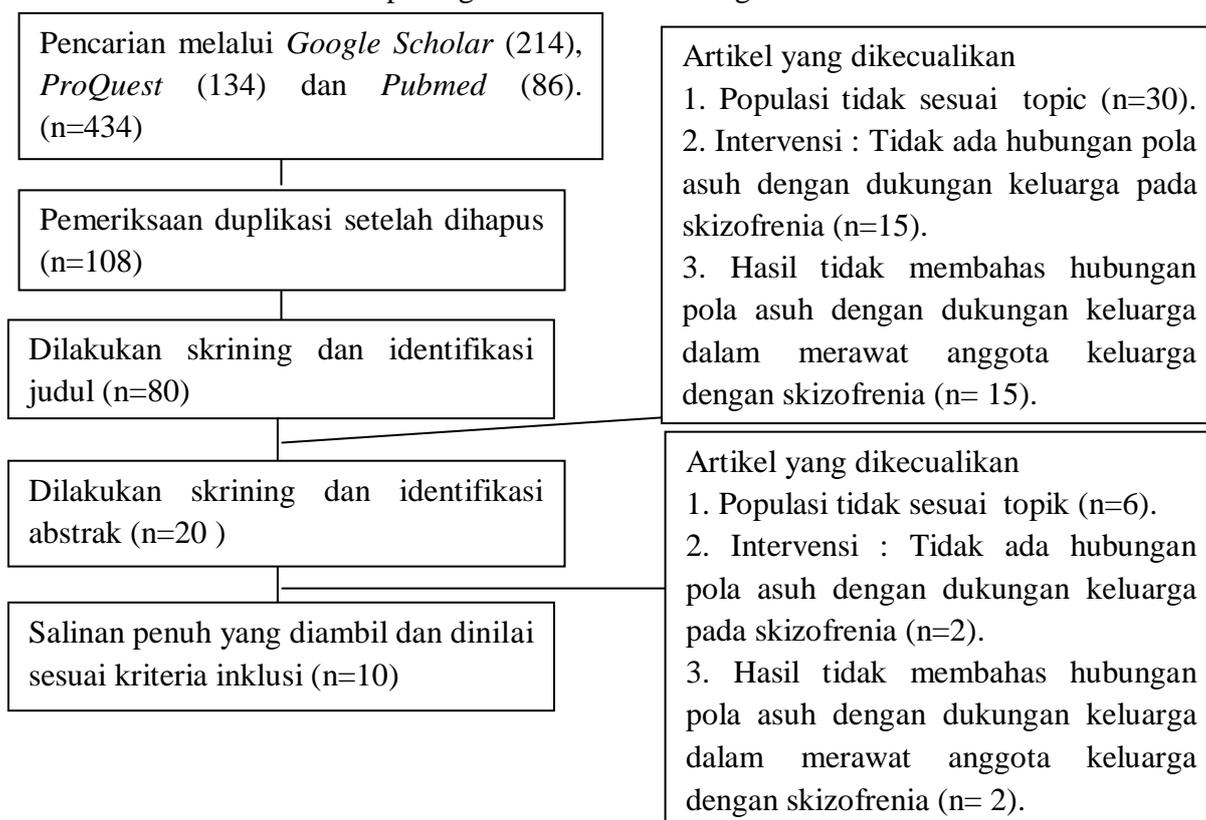
Kriteria	Inklusi	Eksklusi
<i>Population</i>	Jurnal internasional dan nasional yang berhubungan dengan topik penelitian yaitu hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan <i>skizofrenia</i>	Jurnal internasional dan nasional yang tidak berhubungan dengan topik penelitian.
<i>Intervention</i>	tidak ada intervensi	
<i>Comparators</i>	Tidak ada pembandingan	
<i>Outcomes</i>	Analisi hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan <i>skizofrenia</i>	Tidak dijelaskan hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan <i>skizofrenia</i>
<i>Publication Years</i>	Artikel atau jurnal yang terbit setelah tahun 2011	Artikel atau jurnal yang terbit sebelum tahun 2011
<i>Lauguage</i>	Indonesia dan Inggris	Selain Indonesia dan Inggris

### 4.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas

#### 4.3.1 Hasil Pencarian dan Seleksi Studi

Berdasarkan hasil pencarian literatur melalui publikasi di tiga *database* dan menggunakan kata kunci, peneliti mendapatkan 10 artikel yang sesuai dengan kata kunci dan berdasarkan kelayakan terhadap kriteria inklusif, dengan rincian pencarian dari database (*Google Scholar* : 5 artikel ; *ProQuest* : 3 artikel ; *Pubmed* : 2) yang bisa dipergunakan dalam *literature review*. Sepuluh jurnal tersebut kemudian dicermati dan dilakukan *Critical appraisal*. Kemudian dilakukan *Literature Review* sesuai dengan hasil *Critical Appraisal* yang telah dilakukan sebelumnya.

Hasil seleksi artikel studi dapat digambarkan dalam diagram flow berikut ini:



**Gambar 4.1** Hasil Seleksi Artikel Studi Dalam Diagram Flow

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini membahas mengenai hasil dan pembahasan dari analisis Literature Review yang meliputi : 1) Karakteristik Hasil, 2) Hasil Pencarian, 3) Pembahasan

#### 5.1 Karakteristik Hasil

Sepuluh artikel yang memenuhi kriteria inklusi. Artikel yang dianalisis menggunakan berbagai macam metode antara lain : *Cross-sectional*, deskriptif korelasi, analitik observasional. Studi yang sesuai dengan tinjauan sistematis ini rata-rata dilakukan di Indonesia dengan delapan studi diantaranya (Handayani & Nurwidawati, 2013), (Arianti et al., 2017b), (Hariadi et al., 2017), (Widiyawati et al., 2020), (Tiara et al., 2020), (Sefrina & Latipun, 2016), (Waloyo, Widodo, & H., 2017), (Pratama et al., 2015), dan ada pula penelitian yang dilakukan di Iran (Abbaspour et al., 2021), serta penelitian yang dilakukan di Jepang (Ishii et al., 2020). Rata-rata jumlah peserta mulai dari puluhan hingga ratusan, dimana setiap penelitian membahas tentang pola asuh dan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia. Responden merupakan pasien dan keluarga skizofrenia. Hasil pencarian literature ditulis dalam bentuk table yang disusun secara sistematis. Adapun bentuk table dapat bervariasi sebagai berikut :

## 5.2 Hasil Pencarian Literatur Review

**Tabel 4.3** Analisis Jurnal

No	Judul Penulis, Tahun Terbit	Jenis Penelitian (Kualitatif/Kuantitatif/Review)	Metode					Temuan
			Desain	Sampel/Sampling/ Teknik Sampling	Variabel yang Diukur	Instrumen	Analisis/Uji Analisis Data	
1.	Hubungan Pola Asuh dan Ekspresi Emosi Keluarga Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya  Lestari Handayani dan Desi Nurwidawati, 2013	Penelitian kuantitatif	Deskriptif korelasional	65 keluarga dari pasien skizofrenia dengan teknik <i>purposive sampling</i>	5. Pola asuh dan ekspresi emosi keluarga 6. Kekambuhan pasien skizofrenia	Pengumpulan data menggunakan kuesioner dengan Instrumen penelitian menggunakan skala pola asuh yang disusun berdasarkan aspek-aspek menurut Titi (dalam Soetjiningsih, 2004) yang menyatakan bahwa pola asuh harus mencakupi tiga aspek, yaitu asuh, asih, dan asah. Skala	Analisis data dilakukan dengan bantuan SPSS ( <i>Statistical Package for Social Science</i> ) 17.0 for windows dengan menggunakan analisis <i>regresi logistik biner</i>	1. Pola asuh memiliki nilai signifikan sebesar 0,001 dengan nilai Exp(B) yang merupakan nilai <i>Odds Ratio</i> (OR) sebesar 0,885. 2. Ekspresi emosi keluarga memiliki nilai signifikan sebesar 0,002 dengan nilai OR sebesar 16,902, sedangkan nilai konstanta dalam analisis ini memiliki nilai signifikan 0,002 3. ada hubungan antara pola asuh dan ekspresi emosi keluarga dengan

						ekspresi emosi keluarga disusun berdasarkan aspek-aspek menurut Brown dan Rutter (Lieberman dkk, 2006) yang mendefinisikan ekspresi emosi mencakup <i>critical comment</i> , <i>emotional over-involvement</i> dan <i>hostility</i> .		kekambuhan pasien skizofrenia dalam model regresi logistik memiliki nilai signifikan 0,002 dimana kurang dari 0,05 ( $p < 0,05$ )
2.	Hubungan Pola Asuh Keluarga Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Rsj. Hb. Sa'anin Padang  Diana Arianti, Milya Novera, dan Afrida Yani Rosa, 2017	Kuantitatif	Desain <i>cross sectional study</i>	61 orang dengan teknik <i>accidental sampling</i>	1. Pola asuh keluarga 2. Kekambuhan pasien skizofrenia	Menggunakan kuesioner	Pengolahan data melalui analisa data secara univariat dan bivariat yang dianalisis dengan statistic uji <i>squaare</i> .	1. Didapatkan 54.1% pasien mengalami tingkat kekambuhan tinggi. 50,8% pasien mempunyai pola asuh orang tua tidak efektif. 2. Ada hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat kekambuhan penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa HB. Sa'anin Padang

								(p=0.007)
3.	Hubungan Dukungan Keluarga Dan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan  Fauziah Sefrina, Latipun, 2016	Penelitian kuantitatif korelasional	Desain <i>cross sectional</i>	100 responden dengan Teknik <i>purposive sampling</i>	1. Dukungan keluarga 2. Keberfungsian sosial	1. Dukungan keluarga diukur dengan skala dukungan keluarga (SDK) yang disusun oleh Suwardiman (2011) berdasarkan empat aspek menurut definisi Friedman (2010) 2. Keberfungsian sosial diukur dengan skala keberfungsian sosial (SKS) yang disusun berdasarkan tiga indikator menurut definisi Suharto	Menggunakan program perhitungan statistik <i>Statistical Package For Social Science</i> (SPSS) 21 dengan analisis uji korelasi <i>Product moment</i>	1. 100 subjek penelitian terdapat 51 responden (51%) memiliki dukungan keluarga tinggi dan 47 responden (47%) memiliki dukungan keluarga rendah. 2. Keberfungsian sosial dapat diketahui bahwa dari 100 subjek penelitian terdapat 56 responden (56%) memiliki keberfungsian sosial tinggi dan 44 responden (44%) memiliki keberfungsian sosial rendah. 3. Uji korelasi diambil keputusan bahwa ada hubungan positif yang signifikan antara dukungan keluarga

						(2014)		dan keberfungsian sosial ( $r = 0.508$ , $p = 0.000$ ) pada pasien skizofrenia rawat jalan. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin tinggi keberfungsian sosial pasien skizofrenia rawat jalan.
4.	Hubungan Antara Sikap Keluarga Dengan Dukungan Keluarga Terhadap Penderita Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin  Neno Hariadi, Dwi Martha Agustina, dan Murjani, 2017	Penelitian Kuantitatif	Desain <i>cross sectional</i>	48 responden dengan menggunakan metode <i>purposive sampling</i>	1. Sikap keluarga 2. Dukungan keluarga 3. Penderita skizofrenia	Instrument penelitian berupa kuesioner dengan kedua variabel meliputi: dukungan emosional dan penghargaan, dukungan material, dukungan informasi atau pengetahuan, dan dukungan	Analisa data menggunakan analisis deskriptif dan untuk mencari hubungan digunakan analisis uji <i>chi square</i>	1. Sikap keluarga terhadap penderita skizofrenia menunjukkan bahwa 39,1% sikap yang kurang baik. 2. Dukungan keluarga terhadap penderita skizofrenia menunjukkan bahwa (55,1%) Dukungan emosional yang banyak diberikan keluarga. 3. Ada hubungan yang

						penilaian. Selanjutnya, pengukuran sikap keluarga dilakukan dalam bentuk kuesioner dengan menggunakan skala <i>likert</i>		signifikan antara sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita skizofrenia di wilayah kerja puskesmas pekauman Banjarmasin. 4. Hasil uji korelasi chi square pada sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita skizofrenia menunjukkan p value 0,021 dengan tingkat signifikan 0,05.
5.	Hubungan Konsep Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Paiseu Skizofrenia  Cindy Tiara, Woro Pramesti, Upik Pebriyani, Ringgo Alfarisi, 2020	Analitik kuantitatif	Desain penelitian <i>Cross Seccional</i>	38 responden dengan teknik total <i>sampling</i>	1. Konsep dukungan keluarga 2. Tingkat kekambuhan pasien skizofrenia	Intrumen penelitian ini kuesioner	Menggunakan analisis univariat untuk menentukan distribusi frekuensi dan analisis bivariat menggunakan <i>chi-squar</i> dan <i>fisher's test</i>	1. distribusi frekuensi dukungan emosional pada pasien skizofrenia mayoritas mendapatkan dukungan emosi kurang baik sebanyak 52,6%, dukungan informasional pada

								<p>pasien skizofrenia mayoritas mendapatkan dukungan informasi baik sebanyak 63,2%, dukungan nyata pada pasien skizofrenia mayoritas mendapatkan dukungan nyata baik sebanyak 68,4%, dukungan pengharapan pada pasien skizofrenia mayoritas mendapatkan dukungan pengharapan baik sebanyak 73,7%</p> <p>2. terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dilihat dari dukungan emosional, informasi, nyata dan pengharapan dengan kekambuhan pada</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								pasien skizofrenia ( <i>p-value</i> : 0,001 ; 0,020; 0,000 ; 0,004)
6.	Hubungan Pola Asuh Keluarga Dengan Kemampuan Sosialisasi Pada Klien Skizofrenia Di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Di Kabupaten Jombang  Agus Waloyo, Dyah Widodo, Wahidyanti Rahayu H, 2017	Penelitian kuantitatif	Analitik korelasi dengan pendekatan <i>Cross Seccional</i>	35 klien skizofrenia dengan teknik <i>total sampling</i>	1. Pola asuh keluarga 2. Kemampuan sosialisasi	Kuesioner	Metode analisa data yang di gunakan yaitu kolerasi <i>spearman rank</i> dengan menggunakan SPSS	1. Sebagian besar sebanyak 19 (54,3%) keluarga menerapkan pola asuh otoriter dan sebagian kecil sebanyak 6 (17,1%) keluarga menerapkan pola asuh demokrasi 2. Sebagian besar sebanyak 27 (77,1%) klien mengalami kemampuan sosialisasi kurang dan sebagian kecil sebanyak 2 (5,7%) klien mangalami kemampuan sosialisasi baik 3. Ada hubungan pola asuh keluarga dengan kemampuan sosialisasi pada

								<p>klien skizofrenia</p> <p>4. Semakin baik pola asuh yang diberikan keluarga maka beresiko meningkatkan kemampuan sosialisasi klien semakin baik</p>
7.	<p>Hubungan Keluarga Pasien Terhadap Kekambuhan Skizofrenia Di Badan Layanan Umum Daerah (Blud) Rumah Sakit Jiwa Aceh</p> <p>Yudi Pratama, Syahrial dan Saifuddin Ishak, 2015</p>	<p>Penelitian analitik observasional</p>	<p><i>cross-sectional survey</i></p>	<p>40 keluarga pasien dengan teknik <i>Non Probability Sampling</i> dengan metode <i>Accidental Sampling</i></p>	<p>1. Keluarga</p> <p>2. Kekambuhan skizofrenia</p>	<p>Menggunakan kuisisioner dan wawancara</p>	<p>Analisa data menggunakan analisis <i>univariat</i> dan <i>Bivariate</i> dengan uji <i>Chi-Square</i></p>	<p>1. Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan pasien baik itu sehat maupun sakit.</p> <p>2. Uji <i>Chi-Square</i> menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan keluarga (<math>p=0,011</math>), dukungan keluarga (<math>p=0,000</math>), kepatuhan pasien minum obat (<math>p=0,000</math>) dan aktivitas keagamaan pasien (<math>p=0,022</math>),</p>

								dengan kekambuhan pasien skizofrenia.
8.	<p><i>Associations between parental bonding during childhood and functional recovery in patients with schizophrenia</i></p> <p>Junpei IshiiI., Fumitoshi Kodaka, Hisatsugu Miyata, Wataru Yamadera, Hikaru Seto, Keisuke Inamura,, Hidejiro Higuchi, Yoshiaki Tsuruoka, Masahiro Shigeta, 2020</p>	penelitian prospektif	Non-intervensi, multicenter	76 responden	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ikatan orang tua</li> <li>2. Pemulihan fungsional</li> </ol>	Penelitian menggunakan kuesioner dengan PBI-Care, PBI-Overprotection, PANSS dan GAF	Analisis data dilakukan dengan SPSS versi 21.0 dengan analisis kovarians (ANCOVA), uji <i>chi-kuadrat</i> dan uji-t	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sikap overprotective orang tua diidentifikasi sebagai satusatunya variabel yang sangat prediktif tidak sembuh (= 0.30, t = 2.30, p = 0,02)</li> <li>2. Korelasi negatif diamati antara skor untuk PBI-Care dan skor untuk PBI-Overprotection di tidak pulih kelompok (r = - 0,45, p = 0,02), sedangkan, tidak ada korelasi signifikan antara keduanya yang diamati pada pemulihan kelompok (r = - 0,37, p = 0,06)</li> <li>3. Sikap overprotektif</li> </ol>

								orang tua menjadi faktor risiko kekambuhan dan prognosis yang buruk dikaitkan dengan tidak pulih dari skizofrenia
9.	<p><i>Parental bonding styles in schizophrenia, depressive and bipolar patients: a comparative study</i></p> <p>Aidin Abbaspour, Masoud Bahreini, Sherafat Akaberian, dan Kamran Mirzaei, 2021</p>	Studi komparatif	Desain penelitian <i>Cross Secctional</i>	43 pasien dengan skizofrenia, 43 pasien dengan bipolar dan 44 pasien dengan depresi dengan teknik <i>quota sampling</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gaya ikatan orang tua</li> <li>2. Pasien skizofrenia, depresi dan bipolar</li> </ol>	Penelitian ini menggunakan instrumen parental bonding (PBI) yang valid dan reliabel.	Analisis data menggunakan SPSS ver.22 dengan uji <i>Chi-square</i> dan <i>Kruskal Wallis</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gaya ikatan orang tua yang optimal (kontrol rendah, perhatian tinggi) pada gangguan bipolar (43,05%), depresi berat (47,7%), dan skizofrenia (38,5%) adalah gaya ikatan orang tua yang paling umum</li> <li>2. 62,30% dari pasien menderita gaya ikatan ayah yang tidak efisien dan 51,53% dari gaya ikatan ibu yang tidak efisien.</li> <li>3. Pasien dengan gaya ikatan ibu</li> </ol>

								berbeda secara signifikan ( $p = 0,007$ ) sedangkan gaya ikatan ayah mereka tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan ( $p = 0,848$ ).
								4. Gangguan kejiwaan dipengaruhi oleh gaya pengasuhan yang tidak efektif, peran penting orang tua, terutama ibu, tidak boleh diabaikan
10.	<i>Family support and adaptation mechanisms of adults outpatients with schizophrenia</i>  Wiwik Widiyawati, Ah Yusuf, Shrimarti Rukmini Devy, dan Dini	Penelitian kuantitatif	<i>Analytic correlation dengan cross sectional design</i>	101 sampel dengan teknik <i>purposive sampling</i>	1. Dukungan keluarga 2. Mekanisme adaptasi pasien	Penelitian ini menggunakan Kuesioner House dan Kahn digunakan sebagai instrumen untuk mengevaluasi dukungan keluarga,	Analisa data menggunakan SPSS 22.0 dengan uji statistik Spearman's Rho	1. Adanya pengaruh positif dukungan keluarga terhadap daya adaptasi pasien skizofrenia rawat jalan, sehingga perlu adanya dukungan keluarga yang baik, agar dapat memfasilitasi

	Mei Widayanti, 2020					sedangkan kuesioner Nursalam digunakan untuk mengakses keterampilan adaptasi.		adaptasi. 2. Keluarga dianggap sebagai lingkungan yang paling nyaman bagi pasien skizofrenia, berdasarkan kemampuan kolektif untuk meningkatkan antusiasme dan motivasi untuk perilaku adaptif 3. fungsi afektif keluarga sebagai tugas internal yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan psikososial anggota yang terkena dampak, melalui penyediaan perawatan, cinta, dan dukungan timbal balik
--	------------------------	--	--	--	--	---	--	--

## 5.3 Pembahasan

### 5.3.1 Pola Asuh

Skizofrenia tergolong gangguan jiwa berat, sehingga peluang sembuhya relatif kecil. Seseorang dengan skizofrenia dipengaruhi oleh gaya pengasuhan yang tidak efektif. Menurut Fajri (2009) dalam (Arianti et al., 2017b) Pola asuh merupakan segala aspek yang berkaitan dengan pemeliharaan, perawatan, dukungan, dan bantuan sehingga orang tetap berdiri dan menjalani hidupnya secara sehat (Fajri, 2009). Pola asuh yang diberikan dapat berupa pola asuh otoriter, demokratis, permisif atau *laissez faire*. Sebagai hubungan orangtua-anak yang hangat dan positif, dapat memperkuat kemampuan pengaturan diri anak dan menciptakan rasa aman dalam diri mereka.

Berdasarkan 10 artikel terdapat 5 jurnal yang membahas pola asuh keluarga terhadap pasien skizofrenia didapatkan bahwa pada penelitian “Hubungan Pola Asuh Keluarga Dengan Kemampuan Sosialisasi Pada Klien Skizofrenia Di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Di Kabupaten Jombang” oleh (Waloyo, Widodo, & H., 2017) menunjukkan sebanyak 19 (54,3%) keluarga menerapkan pola asuh otoriter, sebanyak 10 (28,6%) keluarga menerapkan pola asuh permisif, sebanyak 6 (17,1%) keluarga menerapkan pola asuh demokratis dan 27 (77,1%) keterampilan sosialisasi klien skizofrenia memiliki perkembangan sosial yang buruk. Keluarga dengan pola asuh otoriter memiliki ciri-ciri menerapkan peraturan yang ketat, tidak ada kesempatan klien untuk mengemukakan pendapat, memberikan hukuman baik fisik maupun mental serta keluarga jarang memberikan pujian terhadap pasien. Dalam pola asuh demokrasi keluarga melatih pasien untuk mengeksplorasi apa yang ada pada diri pasien sehingga terjadi

interaksi yang berkesinambungan. Sedangkan ciri-ciri pola asuh permisif yakni keluarga cenderung memberikan kebebasan penuh pada pasien tanpa ada batasan dan aturan dari keluarga, tidak adanya pujian walaupun memiliki kemampuan sosialisasi yang baik dan tidak adanya hukuman ketika pasien melanggar hukuman. Untuk mendukung pasien dalam bersosialisasi keluarga harus memberikan pola asuh yang baik dan melakukan suatu tindakan yang bermanfaat bagi pasien skizofrenia.

Pada penelitian “Hubungan Pola Asuh Keluarga dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Rsj. Hb. Sa’anin Padang” oleh (Arianti et al., 2017b) menjelaskan bahwa pasien yang mengalami tingkat kekambuhan tinggi lebih banyak terdapat pada pasien yang mempunyai pola asuh orang tua tidak efektif sebanyak 22 orang (71.0%) dibandingkan dengan pola asuh orang tua efektif sebanyak 11 orang (36,7%). Penyebab kekambuhan pasien skizofrenia adalah faktor psikososial yaitu pengaruh lingkungan keluarga maupun sosial. Peneliti berasumsi bahwa pola asuh keluarga akan mempengaruhi tingkat kekambuhan pasien skizofrenia dimana pola asuh tidak efektif dapat membuat tingkat kekambuhan lebih tinggi dibandingkan dengan pola asuh efektif.

Pada penelitian “Hubungan Pola Asuh dan Ekspresi Emosi Keluarga Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya” oleh (Handayani & Nurwidawati, 2013) Berdasarkan nilai OR > 1, variabel yang paling berperan dalam terjadinya kekambuhan adalah ekspresi emosi keluarga, dengan nilai OR sebesar 16,902. Nilai OR artinya kemungkinan pasien skizofrenia dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi tinggi akan mengalami kekambuhan 16,902 kali lebih besar dibandingkan pasien dengan keluarga yang

ekspresi emosinya rendah. Di sisi lain, kemungkinan pasien skizofrenia dengan keluarga dengan ekspresi emosi rendah akan mengalami kekambuhan 0,059 (1/16,902) kali lebih besar dibandingkan pasien skizofrenia dengan keluarga dengan ekspresi emosi tinggi. Pola asuh yang mewujudkan kedekatan anak dengan orang tua dan ekspresi emosi keluarga rendah dianggap sebagai suatu penerimaan dan dukungan bagi pasien skizofrenia.

Pada penelitian "*Parental Bonding Styles in Schizophrenia, Depressive and Bipolar Patients: a Comparative Study*" oleh (Abbaspour et al., 2021) bahwa pola asuh orang tua dapat dianggap sebagai prediktor dan faktor predisposisi gangguan jiwa. Hal ini lebih memperjelas peran penting orang tua dalam mengembangkan kesehatan mental anak dengan menekankan masa kanak-kanak dan remaja. Sebagian besar pasien dengan gangguan kejiwaan dipengaruhi oleh gaya pengasuhan yang tidak efektif, meskipun beberapa faktor bio-psiko-sosial terlibat dalam perkembangan gangguan kejiwaan, peran penting orang tua terutama ibu tidak boleh diabaikan.

Pada penelitian "*Associations between parental bonding during childhood and functional recovery in patients with schizophrenia*" oleh (Ishii et al., 2020) menunjukkan bahwa ikatan orang tua pada masa kanak-kanak dapat mempengaruhi tingkat kejadian skizofrenia. Pada sikap orang tua yang menunjukkan sikap overprotektif dapat dikaitkan dengan tidak pulih dari skizofrenia. Pola asuh yang tidak efektif tentu menyebabkan anak menjadi tidak kreatif atau jadi selalu tergantung pada orang lain. Sehingga perlu berhati-hati dalam menerapkan pola asuh. Keluarga memegang peranan penting dalam pola asuh yang diberikan kepada anak, pola asuh akan menentukan pembentukan perkembangan anak di

masa yang akan datang. Disimpulkan bahwa pasien skizofrenia yang mendapatkan pola asuh yang baik dari orang tua dan anggota keluarga dapat meningkatkan keterampilan sosialisasi dan tidak mengalami kekambuhan berulang. Dimana pola asuhan yang diberikan keluarga kepada pasien skizofrenia berupa sikap, dan perilaku dalam hal kedekatan dengan klien, pemberian makanan, perawatan, menjaga kebersihan, kesabaran dan ketekunan serta kasih sayang yang diberikan oleh keluarga akan memiliki dampak positif bagi kesembuhan pasien.

### **5.3.2 Dukungan Keluarga**

Sebagai unit terkecil, keluarga mampu membantu merawat dan mengembangkan kemampuan anggota keluarganya. Kerjasama antar anggota keluarga sangat diperlukan dalam menyelesaikan suatu pemecahan masalah ketika terjadi krisis, terutama jika terjadi pada anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Sehingga dukungan dari keluarga sangat diharapkan dapat membantu klien untuk dapat cepat beradaptasi dengan lingkungan sehat dan meningkatkan kemungkinan sembuh dan produktif kembali. Dukungan dalam keluarga terbagi menjadi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informasi.

Dari 10 artiket terdapat 5 jurnal yang membahas dukungan keluarga terhadap pasien skizofrenia. Dimana pada penelitian "*Family support and adaptation mechanisms of adults outpatients with schizophrenia*" oleh (Widiyawati et al., 2020) menjelaskan bahwa lebih dari separuh keluarga memberikan dukungan emosional yang tinggi (60%) yang merupakan tujuan coping utama dalam menghadapi adaptasi. Hal ini mungkin diwujudkan dalam

bentuk kasih sayang, kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan, untuk mencapai kepatuhan terhadap kemampuan beradaptasi pasien. Selanjutnya, pendekatan ini juga memperkuat keluarga, yang selanjutnya mengarah pada penghindaran efek psikososial. Pemberian dukungan informasi yang tinggi, terutama dalam bentuk nasehat atau arahan, di samping penyampaian informasi penting yang diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan saat ini membantu meningkatkan antusiasme dan motivasi, yang mengarah pada peningkatan optimal dalam kemampuan beradaptasi pribadi. pemberian dukungan instrumental yang tinggi, ditandai dengan beban pelaksanaan asuhan yang meliputi biaya keuangan, untuk manajemen dan pengobatan, serta penyediaan tempat tinggal, makanan, dan transportasi. Sedangkan dukungan instrumental adalah fungsi ekonomi dan perawatan kesehatan, yang sering diterapkan oleh keluarga, melalui perhatian yang sesuai. Keluarga juga dianggap sebagai lingkungan yang paling nyaman bagi pasien skizofrenia, berdasarkan kemampuan kolektif untuk meningkatkan antusiasme dan motivasi untuk perilaku adaptif. Hal ini dicapai melalui pemberian dukungan keluarga, serta fasilitas perawatan dan pengobatan yang sesuai, yang dirasakan melalui sikap, tindakan, dan penerimaan anggota keluarga.

Pada penelitian “Hubungan Antara Sikap Keluarga dengan Dukungan Keluarga Terhadap Penderita Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin” oleh (Hariadi et al., 2017) merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan metode *cross-sectional* yang dilakukan pada 94 keluarga penderita dan mengambil 48 keluarga yang mengalami skizofrenia. Hasil menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara sikap keluarga dengan dukungan keluarga

terhadap penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin dimana (*p value* 0,021) dengan tingkat signifikan 0,05.

Pada penelitian “Hubungan Konsep Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia” oleh (Tiara et al., 2020) merupakan penelitian analitik kuantitatif dengan pendekatan *cross-sectional* yang dilakukan pada 38 responden. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga (dukungan emosi, informasi, nyata, pengharapan) dengan kekambuhan pasien skizofrenia, dengan nilai (*p value* 0.001; 0.020; 0.000; 0.004).

Pada penelitian “Hubungan Dukungan Keluarga dan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan” oleh (Sefrina & Latipun, 2016) menggunakan penelitian kuantitatif korelasional dengan pendekatan *cross-sectional* yang dilakukan pada 100 pasien skizofrenia rawat jalan. Hasil menunjukkan adanya hubungan positif yang signifikan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial ( $r = 0,508$ ,  $p = 0,000$ ).

Pada penelitian “Hubungan Keluarga Pasien Terhadap Kekambuhan Skizofrenia Di Badan Layanan Umum Daerah (Blud) Rumah Sakit Jiwa Aceh” oleh (Pratama et al., 2015) menggunakan penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross-sectional* yang dilakukan pada 40 responden. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan keluarga ( $p=0,011$ ), dukungan keluarga ( $p=0,000$ ), kepatuhan pasien minum obat ( $p=0,000$ ) dan aktivitas keagamaan pasien ( $p=0,022$ ), dengan kekambuhan pasien skizofrenia.

Hasil dari analisis jurnal diatas didapatkan adanya hubungan yang signifikan bahwa dukungan keluarga sangat berpengaruh pada pasien skizofrenia. Dukungan yang diberikan berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dan dukungan instrumental. Menurut Friedman (2010) dalam (Sefrina & Latipun, 2016), dengan adanya dukungan yang diberikan oleh keluarga membuat anggota keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sehingga dapat meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga. Keluarga juga dianggap sebagai lingkungan yang paling nyaman bagi pasien skizofrenia, berdasarkan kemampuan kolektif untuk meningkatkan antusiasme dan motivasi untuk perilaku adaptif. Dengan demikian peneliti berasumsi bahwa dukungan keluarga khususnya dalam setiap aspek dukungan sangat berguna untuk menekan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia serta meningkatkan kemampuan beradaptasi dan bersosialisasi dengan baik.

### **5.3.3 Hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia**

Pada penelitian “Hubungan Antara Sikap Keluarga dengan Dukungan Keluarga Terhadap Penderita Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin” oleh (Hariadi et al., 2017) dengan jumlah responden 94 keluarga penderita dan mengambil 48 keluarga yang mengalami skizofrenia dan merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan metode *cross-sectional*. Hasil menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin dimana (*p value* 0,021) dengan tingkat signifikan 0,05. Menurut (Marlyn M, 2010) Sikap seseorang dalam memberikan dukungan merupakan

langkah awal dalam memberikan dukungan kepada klien gangguan jiwa atau skizofrenia terutama agar proses penyembuhan berjalan dengan cepat, jika sikap dalam memberikan dukungan kurang baik maka dapat dipastikan motivasi dalam memberikan dukungan untuk penderita skizofrenia rendah, sikap dalam memberikan dukungan juga rendah. Dukungan tersebut, seperti dukungan informasi, dukungan harga diri, dan dukungan praktis, harus dimiliki oleh keluarga agar motivasi memberikan dukungan bagi penderita gangguan jiwa tinggi.

Keluarga memiliki peran yang sangat kompleks, dimana anggota keluarga yang satu dengan yang lainnya memiliki peran dan tanggung jawab masing-masing namun kesemuanya memiliki hubungan yang tidak dapat dipisahkan. Jika salah satu anggota keluarga sakit maka akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain, oleh karena itu anggota keluarga berperan dalam pengambilan keputusan atau dalam memperoleh pengobatan. Adanya tanggung jawab dan saling membutuhkan dalam keluarga menyebabkan saling membutuhkan satu sama lain. Keluarga sangat penting untuk setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga, mulai dari strategi hingga rehabilitasi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Arianti et al., 2017b) “Hubungan Pola Asuh Keluarga dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Rsj. Hb. Sa’anin Padang” dengan jumlah responden 159 orang menggunakan desain *cross sectional study* dan teknik pengambilan sampel *accidental sampling*. Hasil menunjukkan adanya hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat kekambuhan penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa HB. Sa’anin Padang ( $p=0.007$ ). Kekambuhan skizofrenia rata-rata ditandai dengan klien yang sudah

sembuh dan dikirim kembali ke lingkungan keluarga, umumnya hanya beberapa hari, minggu, atau bulan di rumah dirawat kembali dengan alasan perilaku pasien tidak diterima oleh keluarganya, klien selalu diawasi, dilarang keluar, selalu dicurigai, klien cenderung menyendiri dari pergaulannya dan cenderung menutup diri. Pengasuhan dalam keluarga sangat dibutuhkan dalam mengatasi hal tersebut. Pengasuhan keluarga yang penuh kasih sayang dan pendidikan tentang nilai-nilai kehidupan, baik kesehatan sosial maupun keagamaan yang diberikan merupakan faktor yang kondusif untuk mempersiapkan anak menjadi individu dan anggota masyarakat yang sehat.

Penelitian yang telah diteliti menunjukkan bahwa pola asuh permisif (anak bebas bertindak dan berperilaku) sebagai faktor predisposisi skizofrenia. Pada kenyataannya masyarakat awam tidak mengetahui bahwa pola asuh yang ditanamkan oleh keluarga justru dapat memicu terjadinya skizofrenia, sehingga seringkali sebuah keluarga memberikan pola asuh yang salah yang pada akhirnya mengakibatkan terjadinya skizofrenia ini. Keluarga memegang peranan penting dalam pola asuh yang diberikan kepada anak, pola asuh akan menentukan pembentukan perkembangan anak di masa yang akan datang.

Hasil dari penelitian diatas bahwa tidak ada hubungan yang membahas tentang pola asuh dengan dukungan keluarga akan tetapi merupakan faktor pencetus terjadinya skizofrenia. Dalam hal ini perlu adanya tanggung jawab dan perhatian penuh untuk merawat anggota keluarga yang bermasalah maupun mengalami gangguan kejiwaan seperti skizofrenia sehingga penderita dapat sembuh dan berinteraksi dengan lingkungan masyarakat.

## **5.4 Implikasi Dalam Keperawatan**

### **5.4.1 Implikasi Teoritis**

Literatur review ini berimplikasi pada praktik keperawatan dan hasilnya dapat diterapkan dengan mudah, cepat dan tanpa biaya. Penelitian yang telah diulas dalam artikel ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pola asuh dan dukungan keluarga dalam merawat pasien skizofrenia namun merupakan faktor pendukung terjadinya kekambuhan skizofrenia.

### **5.4.2 Implikasi Praktik**

#### **1. Bagi Rumah Sakit**

Perawat mampu memberikan *health education* pada masyarakat terkait penerapan pola asuh dengan dukungan keluarga yang baik dan benar dalam merawat dan mencegah terjadinya skizofrenia pasca dirawat sehingga bisa menekan tingkat kekambuhan pasien.

#### **2. Bagi peneliti selanjutnya**

Peneliti selanjutnya bisa melakukan penelitian lebih lanjut untuk meneliti hubungan antara pola asuh dengan dukungan keluarga.

## **BAB 6**

### **PENUTUP**

#### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan 10 artikel yang telah ditelaah, maka dapat diambil simpulan sebagai berikut :

1. Dari telaah jurnal pola asuh keluarga dalam merawat pasien dengan skizofrenia sebagian besar responden menerapkan pola asuh yang tidak efektif atau negatif contohnya pola asuh otoriter, permisif dan demokrasi.
2. Dari telaah jurnal dukungan keluarga dalam merawat pasien dengan skizofrenia sebagian responden memberikan dukungan keluarga dalam kategori tinggi dengan dukungan instrumental, informasional, penghargaan dan emosional.
3. Dari telaah jurnal hubungan pola asuh dengan dukungan keluarga dalam merawat pasien dengan skizofrenia tidak terdapat hubungan yang signifikan akan tetapi menjadi faktor pendukung terjadinya kekambuhan berulang pada pasien skizofrenia.

#### **6.2 Saran**

1. Keluarga yang memiliki anggota dengan skizofrenia diharapkan dapat menerapkan dan memberikan pengasuhan yang efektif serta dukungan yang baik untuk perkembangan kejiwaan dan pemulihan
2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dalam meneliti hubungan antara pola asuh dengan dukungan keluarga untuk mendapatkan pembuktian dari *literature review*

## DAFTAR PUSTAKA

- Abbaspour, A., Bahreini, M., Akaberian, S., & Mirzaei, K. (2021). Parental bonding styles in schizophrenia, depressive and bipolar patients: a comparative study. *BMC Psychiatry*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03177-3>
- Arianti, D., Novera, M., & yani rosa, A. (2017a). Hubungan Pola Asuh Keluarga Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Rsj. Hb. Sa'Anin Padang Tahun 2017, STIKes Alifah, Padang. *Jik- Jurnal Ilmu Kesehatan*, *1*(1), 55–62. <https://doi.org/10.33757/jik.v1i1.29>
- Badarudin, M. (2018). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Frekuensi Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Rsj Grhasia Yogyakarta, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, Naskah Publikasi.*
- Cahyanti. (2020). *Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.*
- Fabanjo, I. J., & Loihala, M. (2017). Efektivitas Penerapan Model Family Centered Nursing Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Dalam Penanganan Malaria Pada Anak Di Wiliayah Kerja Puskesmas Sanggeng Manokwari. *Nursing Arts*, *11*(1), 1–10. <https://doi.org/10.36741/jna.v11i1.12>
- Fatmawati, I. N. A. (2016). *Faktor-faktor penyebab skizofrenia (studi kasus di rumah sakit jiwa daerah surakarta)*, Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta. Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Fitriyah. (2015). *Teori Kajian Pola Asuh, BAB II. Skripsi*
- Handayani, L., & Nurwidawati, D. (2013). Hubungan Pola Asuh Dan Ekspresi Emosi Keluarga Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. *Jurnal Psikologi Teori Dan Terapan*, *4*(1), 24. <https://doi.org/10.26740/jppt.v4n1.p24-30>
- Hariadi, N., Martha Agustina, D., & Tinggi Ilmu Kesehatan Suaka Insan Banjarmasin, S. (2017). Hubungan Antara Sikap Keluarga Dengan Dukungan Keluarga Terhadap Penderita Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin. In *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI)* (Vol. 2, Issue 1). <https://doi.org/10.51143/JKSI.V2I1.53>
- Ishii, J., Kodaka, F., Miyata, H., Yamadera, W., Seto, H., Inamura, K., Higuchi, H., Tsuruoka, Y., & Shigeta, M. (2020). Associations between parental bonding during childhood and functional recovery in patients with schizophrenia. *PLoS ONE*, *15*(10 October). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240504>

- Kholifah, S. N., & Widagdo, W. (2016). *Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatn.* <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/08/Keperawatan-Keluarga-dan-Komunitas-Komprehensif.pdf>
- Marissa. (2017). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Muhammad Ildrem Medan Tahun 2017 Prof Dr Muhammad Ildrem Medan.* Skripsi.
- Marlyn M, F. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek edisi 3.*
- Melfianora. (2019). *Penulisan Karya Tulis Ilmiah Dengan Studi Literatur* (No. 12761885). OSF. <https://doi.org/None>
- Minarni, L., & Sudagijono, S. J. (2015). Dukungan Keluarga Terhadap Perilaku Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia Yang Sedang Rawat Jalan. In *Experientia : Jurnal Psikologi Indonesia* (Vol. 3, Issue 2). <https://doi.org/10.33508/EXP.V3I2.904>
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis.*
- Oakland, C. (2015). Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide – Third edition Aveyard Helen Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide – Third edition 208pp £19.99 Open University Press 978 0 3352 6307 3 0335263070. *Nursing Standard*, 29(27), 30–30. <https://doi.org/10.7748/ns.29.27.30.s33>
- Pratama, Y., Syahrial, & Ishak, S. (2015). Hubungan Keluarga Pasien Terhadap Kekambuhan Skizofrenia Di Badan Layanan Umum Daerah (Blud) Rumah Sakit Jiwa Aceh. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 15(2), 77–86.
- Putrianti, N. A. (2017). *Program studi s-1 keperawatan sekolah tinggi ilmu kesehatan muhammadiyah ciamis 2017.*
- Riskesdas. (2018). *laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar.* [http://repository.litbang.kemkes.go.id/3514/1/Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf](http://repository.litbang.kemkes.go.id/3514/1/Laporan_Riskesdas_2018_Nasional.pdf)
- Sadock, & Buhanan. (2016). *Gambaran Karakteristik Pasien..., ROSALIA DIAH INDRA LASGITA, Fakultas Ilmu Kesehatan UMP, 2016. 2, 9–22.*
- Sari, P. (2019). Dinamika Psikologi Penderita Skizofrenia Paranoid Yang Sering Mengalami Relapse. *Psikoislamedia : Jurnal Psikologi*, 4(Vol 4, No 2 (2019): Psikoislamedia : Jurnal Psikologi), 124–136. <https://jurnal.ar-raniry.ac.id/index.php/Psikoislam/article/view/5751>
- Sefrina, F., & Latipun. (2016). Hubungan Dukungan Keluarga dan Keberfungsian Sosial pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 04(02), 140–160.

- Sesca, E. M., & Hamidah. (2018). Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental. *Jurnal Psikologi Klinis Dan Kesehatan Mental Tahun*, Vol. 7, 84–96.
- Siswanto, I. P., Yanwirasti, Y., & Usman, E. (2015). Hubungan Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis di Puskesmas Andalas Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(3). <https://doi.org/10.25077/jka.v4i3.354>
- Tiara, C., Pramesti, W., Pebriyani, U., & Alfarisi, R. (2020). Hubungan Konsep Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 522–532. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.339>
- Triyani, F. A., & Warsito, B. E. (2019). Peran Dukungan Keluarga dalam Pencegahan Kekambuhan Pasien Skizofrenia :Literatur Review. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(1), 41–45.
- Waloyo, A., Widodo, D., & H., W. R. (2017). Hubungan Pola Asuh Keluarga dengan Kemampuan Sosialisasi pada Klien Skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa di Kabupaten Jombang. *Nursing News*, 2(3), 448–457. <https://publikasi.unitri.ac.id/index.php/fikes/article/view/450/368>
- Widiyawati, W., Yusuf, A., Devy, S. R., & Widayanti, D. M. (2020). Family support and adaptation mechanisms of adults outpatients with schizophrenia. *Journal of Public Health Research*, 9(2), 219–222. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1848>
- Yunita, R. (2020). *Buku Ajar Psikoterapi Self Help Group Pada Keluarga Pasien Skizofrenia - Rizka Yunita, Iin Aini Isnawati, Widya Addiarto - Google Buku*.
- Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*, 5(5), 160–166. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>

## LAMPIRAN 1

**CURRICULUM VITAE**

NAMA : Nia Rahmawati Arif  
NIM : 1710069  
Program Studi : S1 Keperawatan  
Tempat, Tanggal Lahir : Ambon, 15 Agustus 1999  
Agama : Islam  
Alamat : Taeno Bawah, RumahTiga-Teluk Ambon  
E-mail : niarahmawati150@gmail.com  
Riwayat Pendidikan :

1. SD Inpres 60 Taeno : Tamat tahun 2011
2. SMPN 21 Ambon : Tamat tahun 2014
3. SMKS Kesehatan Ambon : Tamat tahun 2017

## LAMPIRAN 2

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN****MOTTO**

**“Teruslah berbuat baik, karena kita tidak tau kebaikan yang mana yang mengantarkan kita ke Surga”**

**PERSEMBAHAN**

Karya ini ku persembahkan untuk:

1. Kepada Allah SWT, yang telah memberikan kemudahan, kelancaran dalam menyelesaikan skripsi ini dengan selesai.
2. Kedua Orangtua saya (Ibu WaYuhura dan Bapak LaDjuma), Nenek dan Kakek serta keluarga saya yang tanpa henti memberikan do'a dan semangat setiap harinya serta kasih sayang yang besar dan begitu tulus yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun.
3. Sahabat seperjuangan saya (Dwike, Riska, Umie, Erica, Epay, Mba Maya, Yuni, Intan, Wulan) yang selalu memotivasi agar tetap semangat dan sabar menghadapi skripsi. Teman seperjuangan skripsi (devi, aisyah, adinda, bang camal) yang berjuang bersama menyelesaikan skripsi, dan kepada Kak Rada, Kak Nisa serta Kak Novie yang sudah membimbing saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Teman angkatan 23 terutama kelas S1-4A yang selalu memotivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.
5. Terimakasih kepada semua orang di sekeliling saya yang namanya tidak bisa disebut satu persatu. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kalian dimanapun kalian berada. Aamiin Ya Robbal'Alaamin.

## LAMPIRAN 3

**LEMBAR PENGAJUAN JUDUL LITERATURE REVIEW**

LEMBAR PENGAJUAN JUDUL PENELITIAN DAN PENGAJUAN SURAT IJIN  
STUDI PENDAHULUAN/ PENGAMBILAN DATA PENELITIAN \* coret salah satu  
MAHASISWA PRODI S1 KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH SURABAYA  
TA 2020/2021

Berikut dibawah ini saya, mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya  
Surabaya :

Nama : Nia Rahmawati Arif

NIM : 1710069

Mengajukan Judul Penelitian

**Hubungan Pola Asuh Dan Dukungan Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga  
Dengan Skizofrenia. (Literature Review)**

Selanjutnya mohon koreksi bahwa judul yang saya ajukan **BELUM/ PERNAH** \* coret salah satu  
(diisi oleh Ka Perpustakaan) diteliti sebelumnya dan selanjutnya berkenan dikeluarkan surat ijin

pengambilan data :

Kepada : .....

Alamat : .....

Tembusan : 1. ....

2. ....

Waktu/ Tanggal : .....

Demikian permohonan saya.

Surabaya, 09 Maret 2021

Mahasiswa



Nia Rahmawati Arif

NIM. 1710069

Pembimbing 1



Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes

NIP. 03007



Pembimbing 2

.....  
NIP. ....

Ka Prodi S1 Keperawatan



Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03010

## HUBUNGAN POLA ASUH KELUARGA DENGAN KEMAMPUAN SOSIALISASI PADA KLIEN SKIZOFRENIA DI YAYASAN AS-SYIFA REHABILITASI JIWA DI KABUPATEN JOMBANG

---

Agus Waloyo<sup>1)</sup>, Dyah Widodo<sup>2)</sup>, Wahidyanti Rahayu H.<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Tribhuwana Tungadewi Malang

<sup>2)</sup> Dosen Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang

<sup>3)</sup> Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Tribhuwana Tungadewi Malang  
E-mail : [januarpratama.agus@gmail.com](mailto:januarpratama.agus@gmail.com)

### ABSTRAK

Data Riskesdas menyatakan bahwa peningkatan tertinggi gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2013 dengan jumlah penderita gangguan jiwa berat mencapai 2,5 juta orang. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan pola asuh keluarga dengan kemampuan sosialisasi pada klien skizofrenia di yayasan As-syifa panti rehabilitasi jiwa Kabupaten Jombang. Desain penelitian menggunakan desain *analitik korelasi* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 35 klien skizofrenia dan sampel penelitian menggunakan *total sampling* yang berarti jumlah populasi dijadikan sampel. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah kuisioner. Metode analisa data yang di gunakan yaitu kolerasi *spearman rank* dengan menggunakan SPSS. Hasil penelitian membuktikan pola asuh yang diterapkan sebanyak 19 (54,3%) keluarga menerapkan pola asuh otoriter dan kemampuan sosialisasi sebanyak 27 (77,1%) klien skizofrenia memiliki perkembangan sosial yang kurang, sedangkan hasil kolerasi *spearman rank* didapatkan *p-value* = 0,003 atau  $0,003 < 0,050$  sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan pola asuh keluarga dengan kemampuan sosialisasi pada klien skizofrenia di yayasan As-syifa panti rehabilitasi jiwa Kabupaten Jombang. Perlu menerapkan pola asuh yang sesuai dengan kondisi klien. Untuk meningkatkan kemampuan sosialisasipada klien skizofrenia.

**Kata Kunci :** Kemampuan sosialisasi, klien skizofrenia, pola asuh keluarga.

**RELATIONSHIPS PARENTING FAMILY SOCIALIZATION CAPABILITIES IN  
SCHIZOPHRENIA CLIENTS IN AS-SHIFA FOUNDATION FOR MENTAL  
REHABILITATION IN JOMBANG**

**ABSTRACT**

*Data Riskesdas stated that the highest increase in mental disorders in Indonesia in 2013 with the number of people with severe mental disorders reached 2.5 million people. The purpose of this study was to determine the relationship of family upbringing with socialization skills on the client schizophrenia in As-syifa foundation rehab soul Jombang. The study design using correlation analytic design with cross sectional approach. The population in this study were 35 clients schizophrenia and sample using a total sampling, which means the amount of population sampled. Data collection techniques used were questionnaires. Data analysis method used is Spearman rank correlation using SPSS. The research proves parenting applied were 19 (54.3%) families applying authoritarian upbringing and socialization skills as much as 27 (77.1%) clients schizophrenia have less social development, while the Spearman rank correlation results obtained  $p$  value = 0.003 or  $0.003 < 0.050$  so it can be concluded that there is a relationship with the family upbringing socialization skills in clients with schizophrenia in As-syifa foundation rehab soul Jombang. Thus to improve socialization skills in schizophrenia clients then need to apply family upbringing in accordance with the client's condition.*

**Keywords :** *Socialization skills, client schizophrenia, arenting family.*

**PENDAHULUAN**

Gangguan jiwa merupakan suatu ketidakberesan kesehatan dengan manifestasi-manifestasi psikologis atau perilaku terkait dengan penderitaan yang nyata dan kinerja yang buruk, dan disebabkan oleh gangguan biologis, sosial, psikologis, genetik, fisis, atau kimiawi. Gangguan jiwa mewakili suatu keadaan tidak beres yang berhakikatkan

penyimpangan dari suatu konsep normatif. Setiap jenis ketidakberesan kesehatan itu memiliki tanda-tanda dangejala-gejala yang khas (Fatalina. 2012). Salah satu gangguan jiwa Psikosa Fungsional yang terbanyak adalah Skizofrenia. Studi epidemiologi menyebutkan bahwa perkiraan angka prevalensi Skizofrenia secara umum berkisar antara 0,2% hingga 2,0% tergantung di daerah atau negara mana

studi itu dilakukan. Di Indonesia sendiri, kasus klien dengan Skizofrenia 25 tahun yang lalu diperkirakan 1/1000 penduduk dan diperkirakan dalam 25 tahun mendatang akan mencapai 3/1000 penduduk (Syamshudi, 2004).

Data dari *Schizophrenia Information & Treatment Introduction* di Amerika penyakit Skizofrenia menimpa kurang lebih 1% dari jumlah penduduk. Lebih dari 2 juta orang Amerika menderita skizofrenia pada waktu tertentu, dan 100,000-200,000 tahun baru *diagnosed every people are*. Separuh dari pasien gangguan jiwa yang dirawat di RS Jiwa adalah pasien dengan skizofrenia (Asminatalia, 2012). Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2010 sebanyak 237,6 juta. Dengan asumsi angka 1 % tersebut di atas maka jumlah penderita Skizofrenia di Indonesia pada tahun 2012 ini sekitar 2.377.600 orang. Angka yang fantastis dibanding jumlah daya tampung 32 rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia sebanyak 8.047 tempat tidur. Daya tampung tetap, pasien gangguan jiwa meningkat (Fitriana, 2010).

Data Riskesdas (2013), menyatakan bahwa peningkatan tertinggi gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2013 dengan jumlah penderita gangguan jiwa berat mencapai 2,5 juta orang lebih meningkat dari tahun 2012 sebanyak 2,37 juta orang (Depkes RI, 2013).

Menurut Sunarto (2006), sosialisasi merupakan hubungan antar manusia yang saling membutuhkan. Hubungan sosial mulai dari tingkat sederhana dan terbatas,

yang didasari oleh kebutuhan yang sederhana. Semakin dewasa dan bertambah umur, kebutuhan manusia menjadi kompleks dan dengan demikian tingkat hubungan sosial juga berkembang amat kompleks. Keterbatasan kemampuan berhubungan sosial merupakan salah satu bentuk penyebab gangguan jiwa yang terjadi pada klien skizofrenia. Dimana hal tersebut berpengaruh dalam kehidupan sehari-hari penderita skizofrenia. Pola asuhan yang diberikan keluarga kepada klien skizofrenia berupa sikap, dan perilaku dalam hal kedekatannya dengan klien, memberikan makan, merawat, menjaga kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Pola asuh keluarga adalah bagaimana keluarga memperlakukan klien skizofrenia seperti mendidik, membimbing, dan mendisiplinkan klien dalam mencapai proses kesembuhan sehingga mampu meningkatkan sosialisasi pada klien skizofrenia (Yusuf, 2011).

Hasil survey dan wawancara bersama perawat klien skizofrenia di yayasan As-Syifa panti rehabilitasi jiwa di kabupaten Jombang didapatkan bahwa dari sebanyak 20 klien dari umur 15-35 tahun dinyatakan menderita skizofrenia, didapatkan sebanyak 5 (25%) klien mengalami skizofrenia karena tidak disetujui keluarga dalam menjalani status percintaan, didapatkan sebanyak 10 (50%) pasien menderita skizofrenia dikarenakan tuntutan ekonomi dan sebanyak 5 (25%) klien menderita

skizofrenia dikarenakan mengalami pola asuh yang keras oleh keluarga. Berdasarkan data dinyatakan sebanyak 25% klien skizofrenia yang menderita diakibatkan oleh pola asuh yang keras oleh keluarga maka peneliti tertarik untuk mengetahui lebih dalam apakah pola asuh keluarga yang keras beresiko menyebabkan terjadinya skizofrenia.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan pola asuh keluarga dengan kemampuan sosialisasi pada klien skizofrenia di yayasan As-syifa panti rehabilitasi jiwa Kabupaten Jombang.

## METODE PENELITIAN

Desain penelitian menggunakan desain *analitik korelasi* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 35 klien skizofrenia dan sampel penelitian menggunakan *total sampling* yang berarti jumlah populasi dijadikan sampel. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah kuisioner. Metode analisa data yang di gunakan yaitu kolerasi *spearman rank* dengan menggunakan SPSS. Variabel independen adalah pola asuh dan variabel dependen adalah kemampuan sosialisasi.

Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah keluarga inti yang mengunjungi klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Daerah Jombang, pihak keluarga yang tinggal dalam satu rumah dan bersedia menjadi responden. Kriteria Eksklusi penelitian ini adalah pihak

keluarga klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Di Daerah Jombang yang tidak bersedia menjadi responden, dan pihak keluarga yang tidak hadir saat penelitian.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Pola Asuh Keluarga

Pola Asuh	f	(%)
Demokratis	6	17,1
Otoriter	19	54,3
Permisif	10	28,6
Total	35	100

Berdasarkan tabel 1. dapat diketahui bahwa sebagian besar sebanyak 19 (54,3%) keluarga menerapkan pola asuh otoriter dan sebagian kecil sebanyak 6 (17,1%) keluarga menerapkan pola asuh demokrasi pada klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang.

Tabel 2. Kemampuan sosialisasi

Kemampuan Sosialisasi	f	(%)
Baik	2	5,7
Cukup	6	17,1
Kurang	27	77,1
Total	35	100

Berdasarkan tabel 2. dapat diketahui bahwa dari jumlah 35 klien skizofrenia maka sebagian besar sebanyak 27 (77,1%) klien mengalami kemampuan sosialisasi kurang dan

sebagian kecil sebanyak 2 (5,7%) klien mengalami kemampuan sosialisasi baik.

Penelitian ini menggunakan uji kolerasi *spearman rank* untuk menentukan hubungan dua variabel yang keduanya merupakan data ordinal, sedangkan keapsahaan data dilihat dari tingkat signifikasi ( $\alpha$ ) sebesar atau kurang dari 0,05, adapun data disajikan sebagai berikut:

Tabel 3. Uji Kolerasi *Spearman Rank*

Variabel	N	A
Pola Asuh	35	0,003
Perkembangan Sosialisasi		

Berdasarkan Tabel 3. didapatkan bahwa nilai signifikasi dari uji kolerasi *spearman rank* sebesar 0,003 dengan taraf signifikasi 0,050 maka  $H_1$  diterima sehingga dinyatakan ada hubungan pola asuh keluarga dengan kemampuan sosialisasi pada klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang.

#### **Identifikasi pola asuh keluarga pada klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang**

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa sebagian besar sebanyak 19 (54,3%) keluarga menerapkan pola asuh otoriter, sebagian sedang keluarga menerapkan pola asuh permisif sebanyak 10 (28,6%) dan sebagian kecil sebanyak 6 (17,1%) keluarga menerapkan pola asuh demokrasi pada klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang. Dari data

didapatkan juga keluarga yang mengunjungi klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang lebih dominan memiliki tingkat pendidikan SD dengan jumlah responden 14 (40,0%) responden dan sebagian besar keluarga yang mengunjungi klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang adalah saudara kandung sebanyak 15 (42,9%) orang.

Rata-rata sebanyak 19 (54,3%) keluarga menerapkan pola asuh otoriter sehingga menyebabkan klien skizofrenia mengalami kemampuan sosialisasi yang kurang, adapun pola asuh keluarga merupakan gambaran tentang sikap dan perilaku keluarga dalam berinteraksi dengan klien skizofrenia, berkomunikasi selama mengadakan kegiatan pengasuhan. Dalam kegiatan memberikan pengasuhan keluarga akan memberikan perhatian, peraturan, disiplin, hadiah, dan hukuman, serta tanggapan terhadap kegiatan klien skizofrenia. Semakin baik pola asuh yang diberikan keluarga maka beresiko meningkatkan kemampuan sosialisasi klien semakin baik.

Pemberian pola asuh otoriter yang diberikan keluarga pada klien skizofrenia tidak terlepas dari kurangnya pengetahuan ibu tentang cara untuk menyembuhkan klien, hal ini didapatkan pada 14(40,0%) responden yang memiliki pendidikan SD. Adapun pola asuh otoriter memiliki ciri-ciri keluarga menerapkan peraturan yang ketat, tidak adanya kesempatan klien skizofrenia untuk mengemukakan

pendapat, klien harus mematuhi segala peraturan yang dibuat oleh keluarga, berorientasi pada hukuman (fisik maupun verbal), dan keluarga jarang memberikan pujian kepada klien.

Sebagian kecil sebanyak 6 (17,1%) keluarga menerapkan pola asuh demokrasi pada klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang. Pola asuh demokratis merupakan pola asuh keluarga pada klien skizofrenia yang memberi kebebasan pada klien untuk berkreasi dan bereksplorasi berbagai hal yang sesuai dengan kemampuan klien dengan sensor batas dan pengawasan yang baik dari keluarga. Dalam pola asuh demokratis keluarga, melatih klien untuk mengeksplorasi apa yang ada pada diri klien sehingga terjadi interaksi dua arah yang berkesinambungan. Klien yang diasuh dengan pola asuh demokratis akan berdampak mempercepat kemampuan sosialisasi pada klien.

Pemberian pola asuh dalam kondisi tertentu keluarga memang harus bersikap tegas bila berhubungan dengan keselamatan jiwa klien atau orang lain. Misalnya ketika klien bermain kabel yang diatiri listrik. Bila hal ini dibiarkan tentu dapat membahayakan jiwanya. Tentu saja orang tua harus bersikap otoriter. Katakanlah tidak kepada klien bahwa hal itu tidak boleh dilakukannya. Pada klien skizofrenia pola pengasuhan demokratis tidak dapat diterapkan sepenuhnya pertimbangan kesehatan klien menjadi yang utama. Untuk itu keluarga

hendaknya memperhatikan seberapa berat dampak yang bakal ditimbulkan bila tetap menerapkan pola pengasuhan seperti yang biasanya.

Berdasarkan data didapatkan bahwa sebagian sedang keluarga menerapkan pola asuh permisif sebanyak 10 (28,6%). Sedangkan ciri-ciri pola asuh permisif yakni keluarga cenderung memberikan kebebasan penuh pada klien tanpa ada batasan dan aturan dari keluarga, tidak adanya pujian meski klien memiliki kemampuan sosialisasi yang baik, tidak adanya hukuman meski klien melanggar peraturan. Diharapkan keluarga tidak memberikan pola asuh otoriter dan pola asuh permisif pada klien karena bisa memberikan dampak yang tidak baik bagi perkembangan sosialisasi klien skizofrenia.

Cara mendukung klien skizofrenia agar cepat sembuh maka keluarga harus memberikan pola asuh yang baik bagi keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Adapun yang harus diperhatikan keluarga dalam memberikan pola asuh kepada klien skizofrenia yakni keluarga harus memiliki pengetahuan lebih dalam mengasuh klien skizofrenia serta mengerti akan kebutuhan klien. Untuk mendukung klien skizofrenia menjadi lebih baik dalam kemampuan sosialisasi, keluarga harus memberikan pola asuh yang baik. Keluarga memiliki peran yang penting dalam upaya menyembuhkan klien skizofrenia karena keluarga merupakan orang yang paling dapat mengerti dan dimengerti klien. Dalam hal

ini keluarga harus dituntut untuk melakukan sesuatu tindakan yang bermanfaat bagi klien skizofrenia agar klien menjadi lebih maju dalam melakukan kemampuan sosialisasi.

### **Identifikasi kemampuan sosialisasi pada klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Di Kabupaten Jombang**

Berdasarkan Tabel 2 diketahui bahwa sebagian besar sebanyak 27 (77,1%) klien mengalami kemampuan sosialisasi kurang, sebanyak 6 (17,1%) klien mengalami kemampuan sosialisasi cukup dan sebagian kecil sebanyak 2 (5,7%) klien mengalami kemampuan sosialisasi baik. Didapatkan juga usia klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang lebih dominan memiliki umur 15-20 tahun dengan jumlah 16 (46%) dan klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang lebih dominan memiliki jenis kelamin laki-laki dengan jumlah 22 (62,9%) klien.

Rata-rata klien mengalami kemampuan sosialisasi kurang hal ini didapatkan pada 27 (77,1%) klien. Perkembangan sosialisasi bagi klien skizofrenia sangat diperlukan karena klien merupakan manusia yang perlu diperhatikan oleh keluarga. Adapun untuk meningkatkan kemampuan sosialisasi klien skizofrenia dengan cara memberikan pola asuh yang sesuai dengan kebutuhan pasien demi kecepatan dalam proses penyembuhan, apabila

pasien mengalami pemberontakan maka perlu diterapkan pola asuh otoriter, sedangkan apabila klien mengamami perkembangan sosialisasi yang semakin baik maka bisa digunakan pola asuh demokrasi. Gejala-gejala skizofrenia dengan riwayat kemampuan sosial kurang terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi non verbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan data didapatkan klien yang mengalami gangguan jiwa lebih dominan dari umur 15-20 tahun dengan jumlah 16 (46%), hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2010), dimana skizofrenia katatonik timbul pertama kali antara umur 15-35 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Gejala klien katatonik seperti penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya dan emosinya sangat dangkal.

Berdasarkan data didapatkan sebagian kecil sebanyak 2 (5,7%) klien mengalami kemampuan sosialisasi baik, untuk meningkatkan kemampuan sosialisasi pada klien maka peran keluarga sangat diharapkan dimana memberi dukungan kepada klien untuk melakukan interaksi sosial yang cukup dengan keluarga yang melakukan kunjungan dan teman sebayanya yang mengalami skizofrenia. Dalam hal ini perlu kerjasama antara keluarga dan klien

karena kerjasama merupakan salah satu bentuk interaksi sosial yang utama dan sebagai suatu usaha untuk memberikan proses perkembangan sosial yang baik terhadap klien sehingga mampu menyembuhkan klien. Sedangkan yang harus dilakukan klien dalam melakukan sosialisasi dengan klien yakni melakukan kontak langsung dengan klien seperti berbicara, memberikan perhatian dan tidak menutupkan diri dengan klien.

Adapun hambatan dalam meningkatkan kemampuan sosialisasi klien yakni klien sulit berinteraksi dengan orang lain yang baru dikenal. Dari data didapatkan sebanyak 6 (17,1%) klien mengalami kemampuan sosialisasi cukup, sehingga perlu adanya peran keluarga dalam memenuhi kemampuan sosialisasi klien dengan keluarga memberikan pola asuh yang sesuai dengan kondisi klien, apabila klien memberontak maka bisa diterapkan dengan pola asuh otoriter, apabila klien mengalami perkembangan sosialisai yang semakin baik maka bisa diterapkan pola asuh demokrasi.

#### **Hubungan pola asuh keluarga dengan kemampuan sosialisasi pada klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang**

Analisis data menggunakan uji kolerasi *spearman rank* dengan menggunakan bantuan SPSS versi 17, didapat Sig. (2-tailed) = 0,003 <  $\alpha$  (0,050) yang artinya ada hubungan pola asuh keluarga dengan kemampuan sosialisasi

pada klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang. Hasil penelitian diketahui sebagian besar sebanyak 19 (54,3%) keluarga menerapkan pola asuh otoriter, sedangkan sebagian besar sebanyak 27 (77,1%) klien mengalami kemampuan sosialisasi kurang.

Klien skizofrenia akan mengalami kemampuan sosialisasi yang baik apabila ada dukungan kesembuhan dari keluarga melalui pola asuh yang diberikan. Sebagian besar sebanyak 19 (54,3%) keluarga menerapkan pola asuh otoriter. Pola asuh yang diberikan harus sesuai dengan kebutuhan klien dimana keluarga berhak memberikan pola asuh otoriter apabila klien melakukan tindakan berontak dan bertindak melukai orang lain maupun diri klien sendiri. Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal, serta memecahkan masalah (Sunarto, 2006). Suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu disebut sebagai skizofrenia.

Menurut Sullinger (2002), berdasarkan penelitian di Inggris dan Amerika keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik, tidak ramah, banyak menekan dan menyalahkan), hasilnya 57% klien kembali dirawat dari keluarga dengan

ekspresi emosi yang tinggi. Selain itu penderita juga mudah dipengaruhi oleh stres yang menyenangkan (naik pangkat, menikah) maupun yang menyedihkan (kematian/kecelakaan). Pola asuhan yang diberikan keluarga kepada klien skizofrenia berupa sikap, dan perilaku dalam hal kedekatannya dengan klien, memberikan makan, merawat, menjaga kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya.

Pola asuh keluarga berperan penting terhadap peningkatan kemampuan sosialisasi pada klien skizofrenia yang baik, adapun untuk meningkatkan kemampuan sosialisasi pada klien maka pola asuh yang baik sangat dibutuhkan seperti kesabaran orang tua untuk mempercayai bahwa klien akan sembuh. Kesabaran dan ketekunan serta dengan kasih sayang yang diberikan keluarga kepada klien akan berdampak positif bagi kesembuhan dan kemampuan sosialisasi klien.

## **KESIMPULAN**

- 1) Sebagian besar 19 (54,3%) keluarga menerapkan pola asuh otoriter pada klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang.
- 2) Sebagian 27 (77,1%) klien mengalami kemampuan sosialisasi kurang pada klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang.
- 3) Hasil analisis data dengan menggunakan uji kolerasi *spearman rank*, didapatkan Sig. (2-tailed) =  $0,003 < \alpha$  (0,050) yang artinya ada hubungan pola asuh keluarga dengan kemampuan sosialisasi pada klien skizofrenia di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa Kabupaten Jombang.

## **SARAN**

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat berinteraksi satu persatu dengan klien skizofrenia secara langsung bukan dari jauh.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Asminatalia. 2008. Hubungan Status Interaksi Sosial Dengan Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia Di Panti Sosial Tresna Werdha Abiyoso Pakem Yogyakarta. Jurnal: Universitas Admajaya Yogyakarta.
- Depkes RI. 2013. *Profil kesehatan Indonesia 2013 Menuju Indonesia sehat*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Fitriana. 2010. Gambaran Pola Asuh Keluarga Pada Pasien Skizofrenia Paranoid (Studi Retrospektif) Di RSJD Surakarta. Skripsi:

Universitas Muhammadiyah  
Surakarta.

Fatalina. 2012. Efektivitas Pemberian Terapi Kerja Terhadap Peningkatan Motivasi Hidup Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY. Jurnal: Muhamadiyah Semarang.

Notoatmodjo. 2010. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.

Sullinger. 2002. *Buku Saku keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Sunarto, Hartono, A. 2006. *Perkembangan Peserta Didik*. Jakarta: Rineka Cipta.

Syamshudi.2004. *Terapi Psikologi pasien Skizofrenia*. Jakarta: PT. Salemba Medika.

Yusuf, S. 2011. *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Bandung: PT. Remaja Rosada Karya.

## HUBUNGAN POLA ASUH KELUARGA DENGAN KEKAMBUIHAN PASIEN SKIZOFRENIA DI RSJ. HB. SA'ANIN PADANG TAHUN 2017

Diana Arianti<sup>1</sup>, Milya Novera<sup>2</sup>, Afrida Yani Rosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> STIKes Alifah, Padang 25000

Email: [dianaarianti84@gmail.com](mailto:dianaarianti84@gmail.com)

<sup>2</sup> Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Alifah Padang

Email: [stikes\\_alifah@yahoo.com](mailto:stikes_alifah@yahoo.com)

<sup>3</sup> Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Alifah Padang

Email: [stikes\\_alifah@yahoo.com](mailto:stikes_alifah@yahoo.com)

### ABSTRAK

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang paling berat dan kronik (psikotik) di antara sekian banyak gangguan mental yang telah diklasifikasikan. Pola asuh dalam keluarga sangat dibutuhkan dalam mengatasi hal ini. Pola asuh keluarga yang penuh kasih sayang dan pendidikan tentang nilai-nilai kehidupan, baik kesehatan sosial dan agama yang diberikan merupakan faktor yang kondusif untuk mempersiapkan anak menjadi pribadi dan anggota masyarakat yang sehat (Widodo, 2014). Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan Pola Asuh Keluarga dengan Kekambuhan pasien Skizofrenia di RSJ. HB. Sa'anin Padang Tahun 2017".

Jenis penelitian ini analitik menggunakan desain *cross sectional study*. Penelitian dilakukan pada tanggal 03 – 18 Agustus 2017. Sampel keluarga pasien skizofrenia sebanyak 159 orang dengan teknik pengambilan sampel accidental sampling di poliklinik RSJ. Hb Saanin Padang. Hasil penelitian didapatkan 54.1% pasien mengalami tingkat kekambuhan tinggi. 50,8% pasien mempunyai pola asuh orang tua tidak efektif. Ada hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat kekambuhan penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa HB. Sa'anin Padang ( $p=0.007$ ).

Disimpulkan bahwa ada hubungan pola asuh orang tua dengan tingkat kekambuhan penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa HB. Sa'anin Padang Tahun 2017. Peneliti menyarankan kepada petugas kesehatan rumah sakit untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang pola asuh yang baik yang harus diterapkan kepada pasien skizofrenia pasca dirawat sehingga bisa menekan tingkat kekambuhan pasien

**Kata kunci : Pola asuh, Skizofrenia**

### ABSTRACT

*Schizophrenia is the most severe and chronic mental disorder (psychotic) among the many mental disorders that have been classified. Data from 33 mental hospitals (RSJ) that exist throughout Indonesia to say the number of people with severe mental disorders reached 2.5 million peoples. The Objective of study was to know The Relation of Family Foster Pattern with Schizophrenia Recurrence at RSJ. of HB. Sa'anin of Padang in 2017.*

*Type of the research is analytical descriptive with cross-sectional approach. The research has been conducted at RSJ. of HB. Sa'anin of Padang. Data is collected on 03 – 09 August in 2017. The population in this study were the all families who accompany patients in RSJ. of HB. Sa'anin of Padang. Samples taken by accidental sampling of 61 peoples. Data analysis is done univariately and bivariately by using chi-square test..*

*Research findings showed that 54.1% the patient experiences a high recurrence rate. 50,8% the patient has an ineffective parenting pattern. There is a relationship between parenting patterns with recurrence rates of schizophrenics in RSJ. of HB. Sa'anin of Padang ( $p=0.007$ ).*

*It was concluded that there was a correlation between parenting parenting with the recurrence rate of schizophrenia in RSJ. of HB. Sa'anin of Padang in 2017. The researcher suggests to hospital health workers to provide family health education about good parenting that should be applied to post-treated schizophrenic patients so as to reduce the patient's recurrence rate*

**Keyword: Parenting, Schizophrenia.**

## I. PENDAHULUAN

Menurut WHO (2014) menyatakan bahwa kesehatan jiwa adalah keadaan *well-being* dimana setiap individu menyadari potensinya, dapat mengatasi stress yang normal dalam kehidupan sehari-hari, dapat bekerja dengan produktif dan bermanfaat. Masyarakat menganggap gangguan jiwa merupakan aib bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Berbagai upaya dilakukan keluarga untuk menyembunyikan atau mengasingkan orang gangguan jiwa dari pergaulan lingkungan (Jayadi, 2012).

Berdasarkan data dari World Health Organisasi (WHO) dalam Yosep (2014), ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa. Menurut Michard & Chaterina (dalam Yosep, 2014), masalah kesehatan jiwa akan menjadi *The global burden of disease*. Berdasarkan data di Amerika Serikat : (1) Setiap tahun terdapat tiga ratus ribu pasien skizofrenia mengalami episode akut; (2) Prevalensi skizofrenia lebih tinggi dari penyakit Alzheimer, multipel osteoporosis, pasien diabetes yang memakai insulin, dan penyakit otot (*muscular dystrophy*); (3) 20%-50% pasien skizofrenia melakukan percobaan bunuh diri, dan 10% di antaranya berhasil (mati bunuh diri); (4) angka kematian pasien skizofrenia 8 kali lebih tinggi dari angka kematian penduduk pada umumnya (Yosep, 2010).

Menurut Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat (2014), mengatakan jumlah penderita gangguan jiwa di masyarakat sangat tinggi, yakni 1 dari 4 penduduk Indonesia menderita kelainan jiwa dari rasa cemas, depresi, stress, penggunaan obat, kenakalan remaja sampai *schizophrenia*. Salah satu gangguan jiwa terberat adalah *schizophrenia*.

Berdasarkan hasil penelitian dari Rudi Maslim dalam Mubarta (2011) prevalensi masalah kesehatan jiwa di Indonesia sebesar 6,55%. Angka tersebut tergolong sedang dibandingkan dengan negara lainnya. Kasus gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 7,7 % dari seluruh penduduk Indonesia, dengan pembagian gangguan jiwa berat 1,7 % dan gangguan mental emosional sebesar 6 % dengan jumlah seluruh RT yang dianalisis adalah 294.959 terdiri dari 1.027.763 ART yang berasal dari semua umur.

Data dari 33 Rumah Sakit Jiwa (RSJ) yang ada di seluruh Indonesia menyebutkan hingga kini jumlah penderita gangguan jiwa berat mencapai 2,5 juta orang. Penderita gangguan jiwa berat dengan usia di atas 15 tahun di Indonesia mencapai 0,46%. Hal ini berarti terdapat lebih dari 1 juta jiwa di Indonesia yang menderita gangguan jiwa berat. Hasil survei Riset Dasar Kesehatan (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan prevalensi gangguan jiwa di Indonesia mencapai 14,3%, pedesaan 18,2%, perkotaan 10,7%.

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang paling berat dan kronik (psikotik) di antara sekian banyak gangguan mental yang telah diklasifikasikan. Saat ini diperkirakan sebanyak 12 – 12,5% penduduk mengalami gangguan ini (Martaniah, 2006). Dewasa ini, skizofrenia merupakan bahasan yang menarik perhatian pada konferensi tahunan “*The American Psychiatric Association atau APA*” di Miami, Florida, Amerika Serikat, Mei 1995. Angka pasien skizofrenia di Amerika Serikat cukup tinggi (*lifetime prevalence rates*) mencapai satu per seratus penduduk.

Pasien skizofrenia sering kali kurang diperhatikan dalam masyarakat pasien skizofrenia sering dianggap berbahaya padahal mereka juga pasien yang sangat membutuhkan perhatian dari dokter dan keluarga serta masyarakat. Mereka lebih sering disebut masyarakat sebagai orang gila. Stigma yang begitu melekat pada pasien gangguan skizofrenia adalah mereka berbahaya (Achjar, 2012).

Pada pasien skizofrenia yang telah dinyatakan sembuh dan dikembalikan lagi pada keluarga, sering kambuh lagi karena adanya stigma yang berkembang di masyarakat bahwa mereka tidak dapat sembuh, mereka dikucilkan, tidak diberi peran, dukungan sosial dan ejekan (Noorkasiani, 2009). Kekambuhan skizofrenia rata-rata ditandai dengan klien yang sudah sembuh dan dipulangkan ke lingkungan keluarga umumnya beberapa hari saja, minggu, atau bulan di rumah kembali dirawat dengan alasan perilaku pasien tidak diterima oleh keluarganya, klien selalu diawasi, dilarang keluar, selalu dicurigai, klien cenderung terisolasi dari pergaulannya dan cenderung menutup diri (Widodo, 2014).

Pola asuh dalam keluarga sangat dibutuhkan dalam mengatasi hal ini. Pola asuh keluarga yang penuh kasih sayang dan pendidikan tentang nilai-nilai kehidupan, baik kesehatan sosial dan agama yang diberikan merupakan faktor yang kondusif untuk mempersiapkan anak menjadi pribadi dan anggota masyarakat yang sehat (Widodo, 2014).

Penelitian yang telah dilakukan oleh Baumrind dalam Dariyo (2004), membagi pola asuh orang tua menjadi tiga yakni Otoriter, Permisif, dan Demokratis. Penelitian yang sudah diteliti menunjukkan pola asuh permisif (anak bebas dalam berbuat dan bertingkah laku) sebagai faktor predisposisi terjadinya skizofrenia. Dalam kenyataan, orang awam tidak mengetahui bahwa pola asuh yang ditanamkan oleh keluarga itu ternyata dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia, sehingga sering suatu keluarga memberikan pola asuh yang salah hingga akhirnya berdampak terjadinya skizofrenia ini.

Pola asuh yang dilakukan orang tua akan menjadikan anak belajar tentang banyak hal termasuk karakter. Hubungan orang tua-anak yang salah atau interaksi yang patogenik dalam keluarga sering merupakan sumber gangguan penyesuaian diri. Kadang-kadang orang tua berbuat terlalu banyak

untuk anak dan tidak memberi kesempatan anak itu berkembang sendiri. Ada kalanya orang tua berbuat terlalu sedikit dan tidak merangsang anak itu atau tidak memberi bimbingan dan anjuran yang dibutuhkannya. Kadang-kadang mereka malahan mengajarkan anak itu pola-pola yang tidak sesuai, akan tetapi, pengaruh cara asuhan anak tergantung pada keadaan sosial secara keseluruhan dimana hal itu dilakukan. Oleh karena itu sumber penyebab gangguan jiwa salah satunya dari faktor sosio-budaya (sosio-genik), yaitu diantaranya pola mengasuh anak, kestabilan keluarga, tingkat ekonomi, perumahan, pengaruh rasial dan keagamaan, nilai-nilai, dan masalah minoritas (Yosep, 2014).

Masyarakat masih banyak yang tidak paham bagaimana idealnya menangani orang dengan gangguan jiwa. Beban yang ditimbulkan oleh gangguan jiwa ini sangatlah besar. Pasien skizofrenia bagi keluarganya merupakan beban yang sangat berat, namun pada umumnya keluarga tetap menunjukkan rasa tanggung jawab, dukungan, dan kasih sayang yang besar kepada pasien tersebut.

Berdasarkan data yang diperoleh dari RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2016 penderita *schizofrenia* sebanyak 1177 orang yang terdiri dari pasien laki-laki sebanyak 954 dan perempuan sebanyak 223 orang, dan data pada tiga bulan terakhir dari bulan Desember 2016 – Februari 2017 sebanyak 319 orang. Berdasarkan survey awal yang telah peneliti lakukan di RSJ. Prof. HB. SA'anin Padang tahun 2017 didapatkan 6% keluarga mengatakan sudah memberikan pola asuh kepada klien akan tetapi klien masih belum bisa beradaptasi dengan keluarga atau lingkungan 2% keluarga diantaranya tidak memberikan kesempatan untuk berbicara yang diinginkan oleh anak, 4% orang tua tidak memberikan anaknya untuk berpendapat dan 4% keluarga mengatakan tidak memberikan pola asuh yang sesuai karena keluarga masih belum bisa menerima klien sehingga keluarga tidak memperhatikan klien dan keluarga sibuk dengan urusan mereka masing-masing sehingga keluarga melalaikan klien.

Penelitian yang telah dilakukan oleh St. Aisyah (2010), menyatakan bahwa kondisi keluarga yang cenderung tidak sehat dapat memunculkan gejala skizofrenia pada anggota keluarganya, terutama pada anak. Kondisi patologis di sini disebabkan oleh beberapa keadaan, seperti jalinan hubungan antara ibu dengan anak yang tidak baik, pola komunikasi keluarga yang tidak tepat, serta pola pengasuhan orang tua yang tidak sesuai. Berbagai keadaan tersebut akan menyebabkan perkembangan kepribadian anak menjadi tidak sehat.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis melakukan penelitian tentang "Hubungan Pola Asuh Keluarga dengan Kekambuhan pasien Skizofrenia di RSJ. HB. Sa'anin Padang Tahun 2017".

## II. METODA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan desain *cross sectional study*. Penelitian ini telah di lakukan di Poliklinik RSJ HB. Sa'anin Padang. Pengumpulan data di lakukan pada tanggal 03 – 09 Agustus 2017. Populasi penelitian ini para orang tua atau saudara yang mengetahui pola asuh yang diberikan pada pasien. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *accidental sampling* sebanyak 61 orang. Pengumpulan data menggunakan instrumen. Pengolahan data melalui analisa data secara univariat dan bivariat yang dianalisis dengan statistic *uji square*.

## III. HASIL

### a. Analisa Univariat

#### 1. Tingkat Kekambuhan

Distribusi frekuensi tingkat kekambuhan dikategorikan atas dua yaitu tinggi dan rendah dengan hasil sebagai berikut :

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Kekambuhan Penderita Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang**

No	Tingkat Kekambuhan	f	%
1	Tinggi	33	54,1
2	Rendah	28	45,9
<b>Jumlah</b>		<b>61</b>	<b>100,0</b>

Berdasarkan pada tabel 1. dapat dilihat bahwa lebih dari separoh responden mengalami tingkat kekambuhan tinggi yaitu sebanyak 33 orang (54,1%) di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang.

#### 2. Pola Asuh Orang Tua

Distribusi frekuensi pola asuh orang tua dikategorikan atas dua yaitu tidak efektif dan efektif dengan hasil sebagai berikut :

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pola Asuh Orang Tua Penderita Skizofrenia di RSJ Prof. HB. Sa'anin Padang**

No	Pola Asuh Orang Tua	F	%
1	Tidak Efektif	31	50,8
2	Efektif	30	49,2
<b>Jumlah</b>		<b>61</b>	<b>100,0</b>

Berdasarkan pada tabel 2. dapat dilihat bahwa lebih dari separoh responden mempunyai pola asuh orang tua tidak efektif yaitu sebanyak 31 orang (50,8%) di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang.

### b. Analisa Bivariat

Hasil hubungan pola asuh orang tua dengan tingkat kekambuhan pada penderita Skizofrenia dapat dilihat sebagai berikut :

**Tabel 3 Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Tingkat Kekambuhan Pada Penderita Skizofrenia di RSJ Prof. HB. Sa'anin Padang**

No	Pola Asuh Orang Tua	Tingkat Kekambuhan				Jumlah	
		Tinggi		Rendah		f	%
		f	%	f	%		
1	Tidak Efektif	22	71,0	9	29,0	31	100
2	Efektif	11	36,7	19	63,3	30	100
	Jumlah	<b>33</b>	<b>54,1</b>	<b>28</b>	<b>45,9</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Tabel 3. menjelaskan bahwa proporsi responden yang mengalami tingkat kekambuhan tinggi lebih banyak terdapat pada responden yang mempunyai pola asuh orang tua tidak efektif yaitu sebanyak 22 orang (71.0%) dibandingkan dengan pola asuh orang tua efektif yaitu sebanyak 11 orang (36,7%). Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p = 0,007$  ( $p < 0,05$ ) yang berarti ada hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat kekambuhan penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang.

#### IV. PEMBAHASAN

##### A. Analisis Univariat

##### 1. Tingkat Kekambuhan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separoh responden mengalami tingkat kekambuhan tinggi yaitu sebanyak 33 orang (54,1%) di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fauziah (2015) tentang hubungan pengetahuan dan sikap keluarga dengan kekambuhan klien skizofrenia di RSJ Prof. HB Saanin Padang Tahun 2015. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 52,3% pasien mengalami kekambuhan tinggi.

Skizofrenia merupakan gangguan pikiran, emosi menumpuk, dan hubungan dengan dunia luar, lingkungan terganggu. Gangguan pikiran dan menumpuknya emosi sebagai gejala utama dari skizofrenia, dan adanya halusinasi atau delusi (waham) merupakan gejala sekunder atau hambatan (Lumbantobing, 2007).

Kekambuhan adalah suatu keadaan dimana timbulnya kembali suatu penyakit yang sudah sembuh dan disebabkan oleh berbagai macam faktor penyebab. Pencegahan kekambuhan adalah mencegah terjadinya peristiwa timbulnya kembali gejala-gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan (Andri, 2008).

Kekambuhan gangguan jiwa psikotik adalah munculnya kembali gejala-gejala psikotik yang nyata. Angka kekambuhan secara positif hubungan dengan beberapa kali masuk rumah

sakit, lamanya dan perjalanan penyakit. Penderita-penderita yang kambuh biasanya sebelum keluar dari rumah sakit mempunyai karakteristik hiperaktif, tidak mau minum obat dan memiliki sedikit keterampilan sosial. (Porkony dkk, dalam Akbar, 2008)

Berdasarkan penelitian ditemukan cukup banyaknya pasien skizofrenia yang mengalami kekambuhan dengan kategori tinggi di RSJ Prof. HB Saanin Padang Tahun 2015. Hal ini menunjukkan masih kurang baiknya perawatan yang didapatkan klien di rumah. Menurut Agus (2001) penyebab kekambuhan klien skizofrenia adalah faktor psikososial yaitu pengaruh lingkungan keluarga maupun sosial. Menurut Keliat (2007) beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya kekambuhan pada klien gangguan jiwa antara lain faktor klien, faktor dokter, faktor penanggungjawab klien (*case manager*) dan faktor keluarga. Keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi seperti bermusuhan, mengkritik, tidak ramah, banyak menekan dan menyalahkan, menyebabkan 57% klien kembali kambuh dalam waktu 9 bulan.

Masih kurang baiknya perawatan keluarga dapat disebabkan karena faktor karakteristik responden. Dimana berdasarkan umur didapatkan data bahwa paling banyak adalah keluarga berumur dewasa tua sebanyak 72,1 % (44 orang) dan dewasa tua sebanyak 27,9% (17 orang). Dengan umur dewasa muda ini dapat menyebabkan keluarga belum terlalu matang pola berpikir mereka dalam perawatan pasien skizofrenia sehingga dapat menyebabkan terjadinya kekambuhan kembali pada pasien.

Berdasarkan pekerjaan didapatkan bahwa paling banyak adalah keluarga berprofesi IRT sebanyak 50,8 % atau sebanyak 31 orang, selanjutnya adalah petani sebanyak 10 orang (16,4%) dan pekerjaan responden paling sedikit adalah guru sebanyak 2 orang (3,3%). Dengan profesi sebagai IRT ini dapat menunjukkan keluarga menyebabkan kurang informasi tentang perawatan pasien skizofrenia yang baik karena kurangnya informasi yang mereka dapatkan tentang perawatan pasien skizofrenia yang baik sehingga menyebabkan kurang baiknya perawatan keluarga sehingga dapat memicu terjadinya kekambuhan kembali pada pasien.

Berdasarkan pendidikan didapatkan paling banyak keluarga adalah tamatan SLTA yaitu sebanyak 25 orang (41.0%). Dengan pendidikan ini menunjukkan masih rendahnya tingkat pendidikan keluarga sehingga akan mempengaruhi terhadap kurangnya pemahaman keluarga tentang cara merawat pasien skizofrenia secara baik sehingga perawatan keluarga akan kurang baik sehingga

akan menyebabkan tingginya tingkat kekambuhan pasien.

Kondisi harus segera ditanggapi karena jika hal ini dibiarkan maka tingkat pemulihan kembali pada klien akan susah dilakukan. Dalam proses penyembuhan pada klien skizofrenia harus dilakukan secara holistik dan melibatkan anggota keluarga. Keluarga sangat penting untuk ikut berpartisipasi dalam proses penyembuhan karena keluarga merupakan pendukung utama dalam merawat klien (Keliat, 2007).

Keluarga perlu membantu klien bersosialisasi kembali, menciptakan kondisi lingkungan suportif, menghargai klien secara pribadi, membantu pemecahan masalah klien (Gilang, 2001). Keluarga menemani klien melakukan perawatan lanjutan pada puskesmas atau rumah sakit terdekat (Keliat, 2007). Selain itu keluarga juga harus menumbuhkan sikap mandiri dalam diri klien (Handayani, 2008).

Menurut Simanjuntak dan Daulay (2006), mengatakan bahwa kekambuhan pada pasien skizofrenia akan menyebabkan beberapa permasalahan diantaranya stress, kecemasan pada keluarga, sesama keluarga saling menyalahkan, kesulitan pemahaman (kurangnya pengetahuan keluarga) dalam menerima sakit yang diderita oleh anggota keluarganya yang mengalami skizofrenia.

Asumsi peneliti terhadap penelitian ini adalah ditemukan cukup banyaknya klien yang mengalami kekambuhan dengan kategori tingkat tinggi. Hal ini terlihat terjadinya kekambuhan kembali pada pasien kurang dari 1 tahun setelah mereka dirawat. Terjadinya kekambuhan kembali pada pasien ini dapat disebabkan karena kurang baiknya perawatan yang dilakukan keluarga terhadap pasien sehingga pasien merasa tidak diterima dari lingkungan sehingga memacu terjadi stressor pada pasien sehingga memicu terjadinya kekambuhan kembali pada pasien.

## 2. Pola Asuh Orang Tua

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separoh responden mempunyai pola asuh orang tua tidak efektif yaitu sebanyak 31 orang (50,8%) di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang. Sejalan dengan hasil penelitian Lazuardi (2015), menunjukkan bahwa 64,3% responden memiliki pola asuh negatif .

Pola asuh adalah segala aspek yang berkaitan dengan pemeliharaan, perawatan, dukungan, dan bantuan sehingga orang tetap berdiri dan menjalani hidupnya secara sehat (Fajri, 2009). Ditambahkan oleh Yosep (2014) bahwa pola asuh yang dilakukan orang tua akan menjadikan anak belajar tentang banyak hal termasuk karakter.

Terlihat pada penelitian bahwa cukup banyak pasien yang memiliki pola asuh orang tua tidak efektif. Hal ini terlihat dari hasil analisis kuesioner, dimana pada pola asuh otoriter didapatkan data bahwa 93% responden menyatakan bahwa orang tua tidak memberikan kesempatan pada anaknya untuk menjelaskan kesalahan yang telah ia lakukan, 72% responden menyatakan bahwa orang tua memarahi anak bahkan memukul anak adalah hal yang wajar dilakukan orang tua, 69% responden menyatakan bahwa orang tua selalu memaksakan kehendak dirinya, karena mereka lebih mengetahui mana yang terbaik untuk anak tanpa merundingkannya terlebih dahulu dan 51% responden menyatakan bahwa no. 9.

Pada pola asuh demokratis didapatkan data bahwa 54% responden menyatakan bahwa orang tua mengarahkan anak ketempat yang ia inginkan, walau orang tua tidak menyukainya, 21% responden menyatakan bahwa orang tua tidak merundingkan segala hal yang terjadi kepada anak dan keluarga , 18% responden menyatakan bahwa salah satu tugas orangtua adalah memberikan jadwal harian anak untuk belajar dan 11 % responden menyatakan bahwa sebagai orangtua kita tidak selalu harus mengingatkan anak setiap waktu, untuk belajar .

Pada pola asuh permisif didapatkan data bahwa 64% responden menyatakan bahwa orang selalu menuruti kemauan anak meski orang tua tidak menyukainya merupakan salah satu cara orang tua menunjukkan kasih sayang, 61% responden menyatakan bahwa orang tua tidak berhak mengatur anak , 59% responden menyatakan bahwa orang tua membiarkan anak bebas memilih apa yang ia ingin lakukan dan kerjakan, 51% responden menyatakan bahwa sebagai orangtua kita tidak perlu membatasi pergaulan anak dan 51% responden menyatakan bahwa dengan sendirinya anak akan memahami mana yang baik dan yang buruk tanpa harus diberitahu orangtua.

Pada pola asuh *laissez faire* didapatkan data bahwa 14,75 % responden menyatakan bahwa orang tua yang menggunakan gaya *laissez faire* tidak menginginkan seluruh anaknya berpartisipasi tanpa memaksa atau menuntut kewenangan yang dimiliki dan 3,28% responden menyatakan bahwa orang tua tidak selalu memilih terbuka kepada anak dengan sedikit campur tangan orang tua agar kebebasan yang terkendali.

Menurut Syam (2015), pola asuh yang tidak efektif diterapkan orang tua terkadang dampaknya bagi anak **bukannya** baik tapi buruk. Pola asuh yang tidak efektif tentu menyebabkan anak menjadi tidak kreatif atau jadi selalu tergantung pada orang lain. Sehingga perlu berhati-hati dalam menerapkan pola asuh.

Perlu diingat bahwa pola asuh sangat menentukan pertumbuhan anak, baik dalam potensi sosial, psikomotorik, dan kemampuan efektifnya.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan bahwa pola asuh orang tua berpengaruh terhadap kepribadian seseorang. Anak yang diasuh dengan pola asuh permisif dan otoriter memiliki harga diri yang lebih rendah dari pada anak yang diasuh dengan pola asuh demokratis (Laksmlasari, 1994). Anak dengan harga diri rendah dan kondisi mental yang lemah maka akan lebih memiliki resiko terhadap kejadian gangguan jiwa. Pola asuh otoriter juga merupakan faktor resiko terjadinya cemas berpisah. Sedangkan pola asuh demokratis bukan merupakan faktor resiko dari ketiga gangguan tersebut (Rutuvene, 1996).

Asumsi peneliti tentang hasil penelitian adalah ditemukan bahwa cukup banyak pasien skizofrenia banyak memiliki pola asuh orang tua yang tidak efektif. Padahal pola asuh ini sangat dibutuhkan pasien, orang tua banyak yang suka memaksakan kehendak kepada anak mereka, hal ini dapat berdampak tidak baik pada anak. Dalam hal ini perlu adanya program edukasi oleh petugas kesehatan pada orang tua atau keluarga yang menemani pasien tentang pola asuh yang efektif pada pasien sehingga keluarga dapat menerapkan pola asuh yang efektif terhadap pasien

## B. ANALISA BIVARIAT

### 3. Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Tingkat Kekambuhan pada Penderita Skizofrenia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden yang mengalami tingkat kekambuhan tinggi lebih banyak terdapat pada responden yang mempunyai pola asuh orang tua tidak efektif yaitu sebanyak 22 orang (71.0%) dibandingkan dengan pola asuh orang tua efektif yaitu sebanyak 11 orang (36,7%). Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,007$  ( $p < 0,05$ ) yang berarti ada hubungan antara pola asuh keluarga dengan tingkat kekambuhan penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Pebrianti (2009) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pola asuh otoriter dengan kejadian skizofrenia dengan nilai  $\rho = 0,241$  dan  $\rho = 0,047$  ( $p < 0,05$ ). Juga sejalan dengan hasil penelitian Handayani (2013), menemukan adanya hubungan pola asuh dan ekspresi emosi dengan kekambuhan pasien skizofrenia di RSJ Menur Surabaya ( $p=0,020$ ). Hasil penelitian ini juga didukung oleh

penelitian Lazuardi (2015), menyatakan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara pola asuh orangtua dengan kejadian skizofrenia pada keluarga Desa Banaran Galur Kulon Progo.

Terbukti pada penelitian bahwa ada hubungan pola asuh keluarga dengan tingkat kekambuhan penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang. Hal ini dapat disebabkan karena pola asuh yang tidak efektif dapat menyebabkan pasien merasa dikucilkan, tidak diterima dan merasa selalu dicurigai sehingga pasien mengalami kekambuhan. Sesuai dengan pendapat Widodo (2014) bahwa pasien skizofrenia bagi keluarganya merupakan beban yang sangat berat, namun pada umumnya keluarga tetap menunjukkan rasa tanggung jawab, dukungan, dan kasih sayang yang besar kepada pasien tersebut. Kekambuhan skizofrenia rata-rata ditandai dengan klien yang sudah sembuh dan dipulangkan ke lingkungan keluarga umumnya beberapa hari saja, minggu, atau bulan di rumah kembali dirawat dengan alasan perilaku pasien tidak diterima oleh keluarganya, klien selalu diawasi, dilarang keluar, selalu dicurigai, klien cenderung terisolasi dari pergaulannya dan cenderung menutup diri.

Keluarga berperan penting dalam pola asuh yang diberikan kepada anak, pola asuh akan menentukan pembentukan perkembangan anak dimasa yang akan datang. Hal ini sesuai dengan pernyataan Gunarsa (2008), keluarga memiliki fungsi dasar seperti memenuhi kebutuhan fisik, memberi kasih sayang, rasa nyaman, rasa memiliki dan menyiapkan peran dewasa individu kedalam masyarakat. Fungsi dasar keluarga diwujudkan dalam bentuk interaksi orangtua dengan anak. Menurut Schafer (dalam Handayani, 2013) mengungkapkan bahwa anak-anak yang di telantarkan oleh orangtuanya baik secara fisik maupun mental dapat meningkatkan risiko munculnya gangguan jiwa.

Asumsi peneliti terhadap penelitian ini adalah terbukti bahwa pola asuh keluarga akan mempengaruhi tingkat kekambuhan pasien skizofrenia, dimana jika pola asuh keluarga tidak efektif akan menyebabkan tingkat kekambuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat kekambuhan yang efektif. Dimana dengan adanya pola asuh yang efektif maka pasien akan merasa nyaman, aman dan merasa diperhatikan sehingga dapat mengurangi tingkat kekambuhan pada pasien. Dengan demikian untuk mencegah terjadinya tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia maka perlu adanya penerapan pola asuh yang efektif oleh terhadap pasien.

## V. KESIMPULAN

Berdasarkan dari hasil penelitian, analisa dan pembahasan mengenai hubungan pola asuh keluarga dengan kekambuhan skizofrenia di RSJ. HB. Sa'anin Padang tahun 2017, maka dapat disimpulkan sebagai berikut: Lebih dari separoh pasien mengalami tingkat kekambuhan tinggi yaitu sebanyak 33 orang (54,1%), Lebih dari separoh pasien mempunyai pola asuh orang tua tidak efektif yaitu sebanyak 31 orang (50,8%), Ada hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat kekambuhan penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa HB. Sa'anin Padang ( $p=0,007$ ).

Diharapkan kepada petugas kesehatan rumah sakit untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang pola asuh yang baik yang harus diterapkan kepada pasien skizofrenia pasca dirawat sehingga bisa menekan tingkat kekambuhan pasien

#### DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, Komang AH. 2012. *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Agus, D. 2001. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pasien Skizofrenia di RSJP Jakarta dan Sanatorium Dharmawangsa dalam Pemilihan Jalur Pelayanan Kesehatan Pertama Kali dan Keterlambatan Kontak ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa*. Dipublikasikan dalam <http://www.google.php.htm>.
- Ahmad, Abu dan Supriyono, Widodo. 2014. *Psikologi Belajar*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Aisyah, Siti, dkk. 2010. *Perkembangan dan Konsep Dasar Pengembangan Anak Usia Dini*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Akbar. 2008. *Kekambuhan Klien Skizofrenia*. Diakses dalam <http://wir-nursing.blogspot.com/2009/07/kekambuhan.html>
- Alwisol. 2007. *Psikologi Kepribadian*. UMM Press. Malang.
- Andri, 2008. *Kongres Nasional Skizofrenia V Closing The Treatment Gap For Schizophrenia*
- Arif, I. S. 2006. *Skizofrenia: Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: Rafika Aditama.
- Arikunto, S. 2012. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi Revisi VI. Jakarta : Rineka Cipta.
- Boyer, C. D. dan J. C. Shannon. 2013. *Carbohydrates of the Kernel*. Di dalam: White, P. J. dan L. A. Johnson (eds.). Corn: Chemistry and Technology, 2nd edition. American Association of Cereal Chemistry Inc., St. Paul, Minnesota, USA.
- Budiman, A, dkk. 2009. *Penelitian Model Pengembangan Bodily-Kinestetik Intelegece Sebagai Upaya Peningkatan Kompetensi Teknik Gerak Dalam Mata Kuliah Tari Lenyapan*. Hibah Penelitian DIPA UPI.
- Dariyo, Agoes. 2004. *Psikologi Perkembangan Dewasa Muda*. Jakarta: Grasindo.
- Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat. 2014. *Profil Kesehatan Masyarakat Tahun 2013*. Jakarta : Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Djamarah, Syaiful Bahri. 2014. *Pola Asuh Orang Tua dan Komunikasi dalam Keluarga : Upaya Membangun Citra Membentuk Pribadi Anak*. Jakarta, Rineka Cipta
- Fajri dan Senja. 2009. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Difa Publiser: Jakarta.
- Fauziah. 2015. *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dengan Kekambuhan Klien Skizofrenia di RSJ Prof. HB Saanin Padang Tahun 2015*. Skripsi S1 Keperawatan STIKES Amanah padang.
- Gilang, 2001. *Pengendalian Terhadap Kekambuhan Klien Skizofrenia*. Diakses dalam [digilib.unimus.ac.id](http://digilib.unimus.ac.id)
- Handayani, 2008. *Kekambuhan Pada Klien Skizofrenia*. Diakses dalam <http://wir-nursing.blogspot.com/2009/07/kekambuhan.html>
- Jayadi, F. 2012. *Tepis Persepsi Salah Soal Sakit Jiwa*, <http://suaramerdeka.com/v1/index.php/read/cetak/2012/11/13/205337>. Diakses tanggal 23 Januari 2017.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., and Grebb, J.A., 2010. *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jilid Dua. Editor : Dr. I. Made Wiguna S. Jakarta : Bina Rupa Aksara
- Keliat, BA. 2007. *Peran Serta Keluarga Dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. EGC. Jakarta
- Lumbantobing, SM. 2007. *Neurogeriatri*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI. p. 111-122
- Maramis, F.W. 2009. *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press : Surabaya
- Martaniah, SM. 2006. *Psikologi Abnormal dan Psikopatologi*. Yogyakarta. Andi.
- Maslim. R., 2002. *Gejala Depresi, Diagnosa Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III*. Jakarta : Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya, 58-65

- 
- Mubarta, AF, dkk. 2011. Gambaran Distribusi Penderita Gangguan Jiwa di Wilayah Banjarmasin dan Banjarbaru. *Tesis*. <http://ejournal.unlam.ac.id/index.php/bk/article/download/679/635> diunduh pada tanggal 23 Januari 2017.
- Noorkasiani. 2009. *Sosiologi Keperawatan*. EGC : Jakarta
- Notoadmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta : Jakarta
- Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas). 2013. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's. 2015. *Synopsis of Psychiatry. Behavior Sciences/Clinical Psychiatry*. 10th 2. ed. Lippincott Williams & Wilkins, p.527-30.
- Stuart GW, Sundeen SJ. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5 : Jakarta : EGCSugiyono, 2008
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung : Alfabeta
- Tsang, A.H.K., Chung, K.K.K., 2008. Oxidative and nitrosative stress in Parkinson's disease. *Biochimica et Biophysica Acta*. 643-650
- WHO. 2014. Cancer. <http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs297/en/>. Diakses Pada 23 Januari 2017.
- Yosep, Iyus. 2010. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama
- \_\_\_\_\_ dan Titin Sutini. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama
- Yusniyah. 2008. Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Prestasi Belajar Siswa MTS Al-Falah Jakarta Timur, *Skripsi S1 Pendidikan Islam*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta

## HUBUNGAN POLA ASUH DAN EKSPRESI EMOSI KELUARGA DENGAN KEKAMBUIHAN PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA

**Lestari Handayani dan Desi Nurwidawati**  
Program Studi Psikologi Universitas Negeri Surabaya

**Abstract:** *Schizophrenia is classified in severe mental disorders so that the possibility to recover from it is fairly minimal. Based on a study, 80% of schizophrenic patients experienced a relapse from schizophrenia and only about 20% of patients declared recovered on pre-morbid level (Arif, 2006). Many cases of relapse occurred when the patient returned to their family. Some studies suggest that the factor of interaction patterns within the family, such as parenting and emotional expression among the members of family, leads the patients to relapse. This study aims to determine the correlation between parenting and family emotional expression to the relapse of schizophrenic patients of Menur Mental Hospital, Surabaya. This study used a quantitative approach with a correlation method. The samples were 65 families of patients with schizophrenia who were treated at the Menur Mental Hospital, taken by purposive sampling technique. 35 samples are families of hospitalized patients and 30 samples are families of outpatient. Data analysed using binary logistic. The correlation between the variables measured using significant value of  $p < 0.05$  and the Odds Ratio (OR) with 95% Constant Interval (CI). The results shows a significant value of constant is 0.002, a significant value of parenting is 0.001 and significant value of family emotional expression is 0.002. It means that there is a correlation between parenting and family emotional expression with relapse of schizophrenic patients. Family emotional expression was proven as the most variable responsible for the emergence of relapse which affect 16.9 times greater chance of relapse than other variable contribution.*

**Keywords :** *Parenting, family expressed emotion, relapse, schizophrenia.*

**Abstrak:** Skizofrenia digolongkan dalam gangguan mental berat, sehingga kemungkinan untuk sembuh terbilang kecil. Berdasarkan hasil sebuah penelitian, sebanyak 80% pasien skizofrenia mengalami kekambuhan berulang dan hanya sekitar 20% pasien dinyatakan pulih pada tingkat premorbid (Arif, 2006). Banyak kasus kekambuhan terjadi ketika pasien dikembalikan kepada keluarga. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa faktor pola interaksi didalam keluarga menyebabkan kekambuhan, seperti pola asuh dan ekspresi emosi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pola asuh dan ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pasien di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode korelasional. Sampel adalah 65 keluarga dari pasien skizofrenia yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur, diambil dengan teknik purposive sampling. Sebanyak 35 sampel merupakan keluarga dari pasien rawat inap dan 30 sampel merupakan keluarga dari pasien rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Analisis data menggunakan uji regresi logistik biner. Adanya hubungan antara variabel diukur dengan menggunakan nilai signifikan  $p < 0,05$  dan Odds Ratio (OR) dengan interval kepercayaan (CI) 95%. Hasil penelitian diperoleh nilai signifikan konstanta sebesar 0,002, nilai signifikan pola asuh sebesar 0,001 dan nilai signifikan ekspresi emosi keluarga sebesar 0,002. Hal tersebut berarti bahwa ada hubungan pola asuh dan ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia. Ekspresi emosi keluarga merupakan variabel yang paling berperan terhadap munculnya kekambuhan karena memiliki peluang 16,9 kali lebih besar memunculkan kekambuhan dibandingkan dengan variabel yang lain.

**Kata kunci :** Pola asuh, ekspresi emosi keluarga, kekambuhan, skizofrenia.

Skizofrenia adalah kekacauan jiwa yang ditandai dengan kehilangan kontak pada kenyataan (psikosis), waham (keyakinan yang salah), halusinasi dan persepsi abnormal yang dapat mengganggu perilaku dan kinerja dalam fungsi sosial (Departemen Kesehatan RI, 1993). Skizofrenia masih menjadi kasus yang paling sering dijumpai di beberapa rumah sakit jiwa. Berdasarkan survey WHO (2004) prevalensi penderita di dunia menunjukkan 1% dari seluruh penduduk dunia. Insidensi atau kasus yang baru muncul sekitar 0,01% tiap tahunnya. Jumlah penderita skizofrenia memiliki perbandingan yang sama antara laki-laki dan perempuan. *Onset* penyakit pada skizofrenia dimulai pada rentang usia 18-25 tahun untuk laki-laki dan pada rentang usia 26-45 untuk perempuan. Jumlah penderita skizofrenia di Indonesia sendiri sebanyak 0,46% dari keseluruhan jumlah penduduk di Indonesia. Skizofrenia diduga diderita enam sampai sembilan belas orang per seribu penduduk (Permanasari dan Tunggal, 2010).

Gejala skizofrenia dapat menyebabkan penderitanya mengalami penurunan kualitas hidup, sosial, dan pekerjaan. Oleh karena itu, pemberian layanan yang terbatas dan tidak tepat dapat menyebabkan penderita skizofrenia mengalami kecacatan fisik maupun motorik (Lora, dkk, 2011). Kemungkinan pasien skizofrenia untuk sembuh terbilang minim. Menurut Arif (2006), terdapat sebanyak 80% pasien skizofrenia mengalami kekambuhan secara berulang. Sekitar 25% pasien dapat dinyatakan pulih dari episode awal dan dapat menjalani fungsinya pada kondisi sebelum munculnya gangguan. Sekitar 25% pasien tidak menunjukkan perjalanan penyakit yang cukup membaik, akibatnya pasien dinyatakan tidak akan pernah pulih. Sekitar 50% pasien lainnya ditandai dengan kekambuhan periodik dan ketidakmampuan berfungsi dengan efektif dalam jangka waktu yang lama.

Pasien skizofrenia masih harus memperoleh perawatan yang memadai dari keluarga, baik secara materi, fisik maupun emosional setelah menjalani perawatan di rumah sakit (Gunarsa, 2000). Perawatan orang tua kepada penderita pasien skizofrenia ditunjukkan melalui pola asuh yang diterapkan serta ekspresi emosi yang ditunjukkan selama berinteraksi dengan penderita. Pengasuhan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar anak (Wahyuning dkk, 2003). Menurut Titi (dalam Soetjningsih, 2004) pola asuh harus mencukupi tiga aspek, yaitu asuh, asih, dan asah. Asuh merupakan pemenuhan kebutuhan fisik dan biomedis, asah adalah pemenuhan kebutuhan emosi dan kasih sayang serta asuh yang merupakan pemenuhan kebutuhan akan stimulasi mental.

Sikap dan perilaku keluarga terhadap pasien mencerminkan ekspresi emosi keluarga. Konsep ekspresi emosi keluarga dikembangkan oleh Brown dan Rutter (dalam Lieberman dkk, 2006) untuk menjelaskan alasan mengapa beberapa pasien skizofrenia rawat inap yang memiliki respon positif terhadap obat justru mengalami kekambuhan setelah tidak lama dikembalikan kepada keluarga. Sebuah studi oleh Parker, dkk (1990) tentang pola asuh dan ekspresi emosi keluarga yang diukur menggunakan *Parental Bonding Instrument* dan *Family Camberwell Interview* membuktikan bahwa ada kesempatan yang signifikan penderita skizofrenia mengalami kekambuhan. Pada penelitian ini kekambuhan pasien skizofrenia didefinisikan sebagai terulangnya kembali gejala psikotik pada pasien skizofrenia yang menyebabkan rawat inap (Thames, 2008). Pola asuh didefinisikan cara perlakuan orang tua yang diterapkan kepada anak dengan gangguan skizofrenia, merujuk kepada suatu proses interaksi antara pengasuh dengan anak yang diasuh dimana interaksi tersebut mencakup aspek-aspek yang memenuhi

kebutuhan anak. Menurut Brown & Rutter (dalam Lieberman, 2006) ekspresi emosi keluarga adalah indeks keseluruhan sikap, dan perilaku yang diekspresikan oleh anggota keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan skizofrenia.

Penelitian tentang hubungan pola asuh dan ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan masih jarang dilakukan khususnya di Surabaya. Karena itu memahami hubungan pola asuh dan ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia di Surabaya diharapkan dapat memperluas ilmu pengetahuan dan memberikan informasi kepada pihak-pihak yang berkaitan dengan pasien, terutama keluarga untuk merencanakan program perawatan sebagai upaya peningkatan kualitas hidup pasien skizofrenia.

## METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode deskriptif korelasional. Analisis statistik deskriptif digunakan untuk memperoleh gambaran tentang karakteristik subjek penelitian berdasarkan jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan keluarga dengan subjek, dan jumlah anggota keluarga. Sedangkan analisis korelasional digunakan untuk mengetahui hubungan variabel pola asuh dan ekspresi emosi dengan kekambuhan pasien skizofrenia.

### Sampel

Subjek penelitian adalah keluarga dari pasien dengan diagnosis skizofrenia sesuai dengan Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III) dan menjalani rawat inap maupun rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Penentuan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Kriteria subjek penelitian adalah

keluarga pasien skizofrenia yang berdomisili di Surabaya dan berinteraksi setiap hari dengan pasien. Jumlah subjek dalam penelitian adalah 65 keluarga yang terdiri dari 35 sampel merupakan keluarga dari pasien rawat inap dan 30 sampel merupakan keluarga dari pasien rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

### Teknik Pengumpulan data

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui penyebaran kuesioner, dimana sebelumnya responden diberikan lembar *informed consent*. Instrumen penelitian menggunakan skala pola asuh yang disusun berdasarkan aspek-aspek menurut Titi (dalam Soetjningsih, 2004) yang menyatakan bahwa pola asuh harus mencukupi tiga aspek, yaitu asuh, asih, dan asah. Skala ekspresi emosi keluarga disusun berdasarkan aspek-aspek menurut Brown dan Rutter (Lieberman dkk, 2006) yang mendefinisikan ekspresi emosi mencakup *critical comment*, *emotional over-involvement* dan *hostility*. Ekspresi emosi keluarga yang tinggi mengarah pada peluang munculnya kekambuhan. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen adalah sebagai berikut :

**Tabel 1. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen**

Skala	Koefisien Validitas Aitem	Koefisien Reliabilitas
Pola Asuh	0,300 – 0,719	0,932
Ekspresi Emosi Keluarga	0,308 – 0,723	0,943

### Analisis Data

Analisis data menggunakan analisis regresi logistik biner yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pola asuh dan ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia serta dari hubungan tersebut diperoleh probabilitas

munculnya kekambuhan akibat pengaruh pola asuh dan ekspresi emosi keluarga. Analisis data dilakukan dengan bantuan SPSS (*Statistical Package for Social Science*) 17.0 for windows.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Selama pengumpulan data diperoleh subjek penelitian sejumlah 65 keluarga pasien skizofrenia yang menjadi responden, namun hanya 60 orang keluarga pasien skizofrenia kooperatif selama proses penelitian. Sebanyak 30 responden merupakan keluarga yang memiliki anggota keluarga diagnosis skizofrenia yang menjalani rawat inap lebih dari dua kali dan 30 responden lainnya memiliki anggota keluarga diagnosis skizofrenia yang menjalani rawat jalan, dimana pasien belum pernah menjalani rawat inap atau pasien telah menjalani rawat inap kurang dari dua kali. Keseluruhan pasien skizofrenia yang merupakan anggota keluarga dari responden memiliki rentang usia antara 20 sampai 45 tahun. Berikut adalah rincian data status perawatan subjek penelitian yang diperoleh dari data rekam medik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang terlihat pada Tabel 2.

**Tabel 2. Karakteristik Subjek Berdasarkan Status Perawatan**

Frekuensi Rawat Inap	Jumlah Pasien	Status Perawatan
0 - 2	30	Rawat Jalan
3 - 5	6	Rawat Inap
5 - 8	19	Rawat Inap
8 - 10	14	Rawat Inap
>10	9	Rawat Inap
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>-</b>

Subjek penelitian memiliki variasi yang berbeda-beda berdasarkan jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, agama, jumlah anggota keluarga dan status dalam keluarga. Tabel 3. Memaparkan frekuensi variasi subjek penelitian.

Hasil penelitian berdasarkan analisis deskriptif dari dua variabel bebas, yakni pola asuh dan ekspresi emosi keluarga dipaparkan berdasarkan jumlah frekuensi valid (N), nilai rata-rata (mean), nilai tengah (median), nilai yang paling sering muncul (mode), standart deviasi, sebaran nilai minimum dan maksimum serta jumlah total dari data yang diperoleh melalui kuesioner yang disebarkan kepada responden. Hasil analisis deskriptif terlihat pada Tabel 4.

**Tabel 3. Frekuensi Variasi Subjek Penelitian**

Responden	Total
A. Jenis Kelamin: Laki-laki	25 (41,67%)
Perempuan	35 (58,33%)
B. Usia: ≥40 tahun	8 (13,33%)
41-60 tahun	35 (58,33%)
61-80 tahun	17 (28,34%)
C. Pendidikan: Tidak Sekolah	4 (6,67%)
SD	21 (35%)
SMP	14 (23,33%)
SMA	20 (33,33%)
Perguruan Tinggi (PT)	1 (1,67%)
D. Pekerjaan: Tidak bekerja	9 (15%)
Ibu Rumah Tangga	16 (26,67%)
Buruh	16 (26,67%)
Wiraswasta	6 (10%)
Lain-lain	13 (21,66%)
E. Agama: Islam	58 (96,67%)
Kristen	1 (1,67%)
Katolik	1 (1,67%)
F. Jumlah Anggota Keluarga: ≤4	37 (61,67%)
5-6	14 (23,33%)
7-8	9 (15%)
G. Hubungan dengan Pasien:	
Ibu Kandung	21 (35%)
Ayah Kandung	22 (36,67%)
Lain-lain	17 (28,33%)

**Tabel 4. Hasil Analisis Deskriptif**

	Pola Asuh	Ekspresi Emosi
N Valid	60	60
Mean	105.63	88.33
Median	102.50	92.50
Mode	90 <sup>a</sup>	95
Std. Deviation	18.390	17.987
Minimum	72	53
Maximum	139	122
Sum	6338	5300

Data dari skala Ekspresi Emosi Keluarga kemudian dikategorikan ke dalam dua tingkatan, yaitu Ekspresi Emosi Keluarga Tinggi dan Ekspresi Emosi Keluarga Rendah dengan melihat median dari data. Apabila nilai skor lebih besar dari nilai median maka akan dikategorikan tinggi dan diberikan koding 1, sedangkan apabila skor lebih kecil dari nilai median maka akan dikategorikan rendah dan diberikan koding 0, sehingga diperoleh 30 responden memiliki ekspresi emosi keluarga tinggi dan 30 responden yang memiliki ekspresi emosi keluarga rendah.

Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis regresi logistik biner. Analisis regresi logistik biner digunakan sesuai dengan tujuan penelitian, yaitu untuk mengetahui hubungan yang signifikan antara pola asuh dan ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia. Adanya hubungan ditunjukkan dengan menghitung nilai Odds Ratio (OR) dengan interval kepercayaan (CI) 95% dan tingkat kemaknaan (nilai signifikan)  $p < 0,05$ . Hasil uji hipotesis ditunjukkan pada Tabel 5. yang membuktikan bahwa variabel pola asuh memiliki nilai signifikan sebesar 0,001 dengan nilai  $\text{Exp}(B)$  yang merupakan nilai Odds Ratio (OR) sebesar 0,885. Variabel ekspresi emosi keluarga memiliki nilai signifikan sebesar 0,002 dengan nilai OR sebesar 16,902, sedangkan nilai konstanta dalam analisis ini memiliki nilai signifikan 0,002. Akibat kedua

variabel dan konstanta dalam model regresi logistik ini memiliki nilai signifikan kurang dari 0,05 ( $p < 0,05$ ) maka hal ini berarti bahwa ada hubungan antara pola asuh dan ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Helmina (dalam Yanayir, 2012) yang menyimpulkan bahwa ada korelasi antara pola asuh dengan kekambuhan pasien skizofrenia, terutama skizofrenia paranoid. Penelitian lain dilakukan oleh Erlina, Soewadi dan Pramono (2010) juga menyebutkan bahwa pola asuh keluarga patogenik mempunyai resiko 4,5 kali memunculkan gangguan jiwa. Penelitian lain yang sejalan dengan penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Marchira, dkk (2008) tentang ekspresi emosi keluarga pasien dengan kekambuhan penderita skizofrenia di RS. RD. Sardjito Yogyakarta yang menyebutkan adanya korelasi positif antara ekspresi emosi dengan angka kekambuhan pasien skizofrenia. Sejalan pula dengan penelitian Parker, dkk (1990) yang menyatakan bahwa ada kesempatan yang signifikan penderita skizofrenia mengalami kekambuhan diukur dari atribut pengasuhan orang tua dan skor ekspresi emosi keluarga pasien.

Pola asuh yang mewujudkan kedekatan anak dengan orang tua dan ekspresi emosi keluarga rendah dianggap sebagai suatu penerimaan dan dukungan bagi pasien

**Tabel 5. Hasil Regresi Logistik Biner**

		S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.
Step 1 <sup>a</sup>	Pola_Asuh	-.122	.036	11.669	.001	.885	.825 - .949
	EE_Keluarga	2.827	.923	9.383	.002	16.902	2.768 - 103.191
	Constant	11.380	3.667	9.630	.002	87572.187	
<i>-2 Log Likelihood</i>					33.509 <sup>a</sup>		
<i>Cox &amp; Snell R Square</i>					.563		
<i>Nagelkerke R Square</i>					.751		
<i>Overall Percentage</i>					88.3		

skizofrenia. Dukungan merupakan suatu bentuk bantuan yang diberikan kepada individu lain terhadap penderita ketika suatu masalah muncul. Buchanan (dalam Videbeck, 2001) menyebutkan bahwa individu yang sering mendapatkan dukungan emosional dan fungsional terbukti lebih sehat dibandingkan dengan individu yang tidak mendapatkan dukungan. Pola pengasuhan yang mencakup aspek-aspek kebutuhan anak yang diasuh serta ekspresi emosi keluarga yang tidak berlebihan menjadi sebuah respon dari sistem dukungan sosial bagi penderita skizofrenia.

Berdasarkan nilai  $OR > 1$  maka variabel yang paling berperan terhadap timbulnya kekambuhan adalah ekspresi emosi keluarga, yakni dengan nilai  $OR = 16,902$ . Nilai  $OR$  tersebut memiliki arti bahwa kemungkinan pasien skizofrenia dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi tinggi akan mengalami kekambuhan 16,902 kali lebih besar dibandingkan pasien dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi rendah. Sebaliknya, kemungkinan pasien skizofrenia dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi rendah akan mengalami kekambuhan 0,059 ( $1/16,902$ ) kali lebih besar dibandingkan pasien skizofrenia dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi tinggi.

Relevan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Leff dan Vaughn (dalam Brooker, 2008) yang menyebutkan bahwa ekspresi emosi keluarga yang tinggi akan menyebabkan meningkatnya angka kekambuhan. Hal ini berangkat dari alasan Brown dan Rutter (dalam Lieberman dkk, 2006) mengembangkan konsep ekspresi emosi keluarga untuk menjelaskan mengapa beberapa pasien skizofrenia yang dirawat di rumah sakit dan memiliki respon positif atas terapi obat kambuh kembali setelah tidak lama pulang ke rumah.

Nilai  $OR$  variabel pola asuh sebesar 0,885 memiliki arti bahwa Apabila pasien skizofrenia memperoleh pola pengasuhan yang mencakup keseluruhan aspek asah, asih dan asuh maka resiko mengalami kekambuhan sebesar 0,885.

Sebaliknya, apabila pasien skizofrenia memperoleh pola pengasuhan tidak mencakup aspek asah, asih dan asuh, maka resiko mengalami kekambuhan sebesar 1,123 ( $1/0,885$ ).

Menurut Gunarsa (2000) keluarga memiliki fungsi dasar seperti memenuhi kebutuhan fisik, memberi kasih sayang, rasa aman, rasa memiliki dan menyiapkan peran dewasa individu kedalam masyarakat. Fungsi dasar keluarga diwujudkan dalam bentuk interaksi antara orang tua (pengasuh) dengan anak (yang diasuh). Kedekatan anak dengan orang tua merupakan salah satu intervensi keluarga dalam upaya memberikan rangkaian terapi untuk mengurangi kekambuhan suatu penyakit. Schafer et al (dalam Scholten, 2007) mengungkapkan bahwa anak-anak yang ditelantarkan oleh orang tuanya baik secara fisik maupun mental dapat meningkatkan resiko munculnya gangguan jiwa.

Nilai *Negelkerke R Square* sebesar 0,751 atau apabila diubah dalam bentuk prosentase sebesar 75,1%. Hal ini berarti bahwa pola asuh dan ekspresi emosi keluarga merupakan 75,1% faktor yang berperan menimbulkan kekambuhan pasien skizofrenia, namun masih terdapat 34,9% faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian juga turut berperan menimbulkan kekambuhan pasien skizofrenia.

## SIMPULAN

Hasil analisis membuktikan bahwa ada hubungan pola asuh dan ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Ekspresi emosi keluarga merupakan variabel yang paling berperan terhadap kekambuhan, sehingga ekspresi emosi keluarga merupakan faktor yang paling dominan dalam menimbulkan kekambuhan. Ekspresi emosi keluarga tinggi memiliki peluang 16,9 kali lebih besar memunculkan kekambuhan, sedangkan pola asuh yang memenuhi aspek asuh, asih dan asah memiliki

resiko memunculkan kekambuhan sebesar 0,885 kali. Pola asuh dan ekspresi emosi keluarga merupakan faktor yang memiliki 75,1% peran dalam menimbulkan kekambuhan

pasien skizofrenia, sedangkan masih terdapat 34,9% faktor-faktor lain yang turut berperan menimbulkan kekambuhan pasien skizofrenia tidak diteliti dalam penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arif, S. I. (2006). *Skizofrenia: Memahami Dinamika Pasien*. Bandung: PT. Refika Aditama
- Brooker, C. (2008). *Ensiklopedia Keperawatan Churchill Livingstone's Mini Encyclopedia Of Nursing, 1<sup>st</sup> Edition* (Terjemahan). Jakarta : EGC Medical Publisher
- World Health Organization (WHO). (2004). *The World Report 2004 Statistical Annex* (online). [www.who.int/entity/whr/2004/annex/topic/en/annex\\_2\\_en.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2004/annex/topic/en/annex_2_en.pdf). diakses tanggal 12 Noverver 2012.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1993). *Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ)*. Edisi III. Jakarta.
- Erlina, Soewadi, & Pramono, D. (2010). Determinan Terhadap Timbulnya Skizofrenia Pada Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang Sumatera Barat. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 26 (2), 71-80.
- Gunarsa, Y. S. D., & Gunarsa, S. D. (2000). *Psikologi Praktis : Anak, Remaja, dan Keluarga*. Jakarta : PT. BPK Gunung Mulya.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., & Perkins, D. O., (Editor). (2006). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia*. USA : American Psychiatric Publishing, Inc.
- Lora, A., Kohn, R., Levav, I., McBain, R., Morris, J., & Saxena, S. (2011). *Service Availability And Utilization And Treatment Gap Schizophrenic Disorders: A Survey in 50 Low and Middle Income Countries* (Online). [www.who.int/bulletin/volumes/90/1/11-089284/en/](http://www.who.int/bulletin/volumes/90/1/11-089284/en/). Diakses tanggal 13 November 2012.
- Marchira, C. R., Sumarni P., & Lusiana, P.W. (2008). Hubungan Antara Ekspresi Emosi Keluarga Pasien Dengan Kekambuhan Penderita Skizofrenia Di RS DR. Sardjito Yogyakarta. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 24 (4), 172-175.
- Parker, G., Johnston, P., & Hayward, L..(1990). *Prediction of Scizophrenic Relapse Using The Parental Bonding Instrument* (online). <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=3178613&site>. Diakses tanggal 24 Oktober 2012.
- Permanasari & Tunggal. (2010). *Bicara tentang Jiwa Terpecah* (online). <http://health.kompas.com/read/2010/10/05/07092282/Bicara.tentang.Jiwa.Terpecah>. Diakses tanggal 13 November 2012
- Scholten. (2007). *Risk Factor For Schizophrenia*. Manchester : University of Manchester.
- Soetjningsih. (2004). *Tumbuh Kembang Anak dan Permasalahannya*. Jakarta : Sagung Seto
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung : Alfabeta
- Videbeck. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* (Terjemahan). Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Wahyuning, Jash, & Rachmadiana. (2003). *Mengkomunikasikan Moral Kepada Anak*. Jakarta : PT. Elex Media Komputindo.
- Yanayir. (2012). *Karakteristik Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Paringan Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponorogo* (Skripsi). Ponorogo: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

## ARTICLE

# Family support and adaptation mechanisms of adults outpatients with schizophrenia

Wiwik Widiyawati,<sup>1,5</sup> Ah Yusuf,<sup>2</sup> Shrimarti Rukmini Devy,<sup>3</sup> Dini Mei Widayanti<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Doctoral Program of Public Health, Faculty of Public Health; <sup>2</sup>Faculty of Nursing; <sup>3</sup>Departement of Health Promotion, Faculty of Public Health, Universitas Airlangga, Surabaya; <sup>4</sup>STIKES Hangtuah Surabaya; <sup>5</sup>Faculty of Medicine, Universitas Muhammadiyah Gresik, Indonesia

## Abstract

**Background:** The presence of psychotic symptoms in adults' with schizophrenia need an increase in family control and support to prevent the risk of aggressive behavior. However, the issue of whether psychotic symptoms hold any clinical relevance in relatively stable outpatient samples has not been established. The purpose of this study, therefore, was to identify the relationship between family supports and adaptation mechanisms of adults' outpatients with schizophrenia.

**Design and methods:** The study design involves quantitative research and descriptive correlation, attained through purposive sampling approach. 101 samples were obtained from the population of schizophrenia outpatients. The questionnaires of House & Kahn were used as an instrument to evaluate family support, while Nursalam questionnaires were used to access adaptation skills.

**Results:** Findings from Spearman's rho test showed  $P < 0.005$ , indicating the provision of high family support, while patients were highly adaptive to the symptoms of schizophrenia.

**Conclusions:** This study indicates the positive influence of family support on the adaptability of schizophrenia outpatients, hence there is need for relatives to provide good level of support, in order to facilitate adaptability.

## Introduction

Schizophrenia is a disease that affects the brain, leading to perceptions, emotions, movement, and behavioral disturbances.<sup>1</sup> This is characterized by the symptoms of delusions, hallucinations, disorganization of the mind, speech disorder and irregular behavior.<sup>2</sup> The signs and symptoms of hallucinations include frequent laughter, hearing things, disturbed speech, a decline in the ability to solve problems, disorientation with respect to time, place, and people, anxiety, and also changes in sensory function.<sup>3</sup>

According to the WHO, about 450 million people worldwide experience mental health disorders, which is approximately 1 out of every 4 individuals. Schizophrenia in particular is ranked 4th out of the 10 top diseases, based on the report that states the existence of about 25,000,000 sufferers.<sup>1</sup> This illness is manifested by 0.46 % of Indonesian, alongside severe psychotic disorders,

according to the mental health data of PUSLITBANG Ministry of Health, Republic of Indonesia, while the prevalence of severe mental disorders, including schizophrenia is 1.7% or 400,000 people. The preliminary studies conducted at the Menur Mental Hospital, Surabaya, on January 17<sup>th</sup>, 2017, within the last three months, showed the presence of 5,816 registered patients undergoing outpatient treatments, and 337 hospitalized patients, 135 of which experiencing hallucinations, based on the nursing diagnostics. Family is a major support system that provides direct care to healthy people, as well as schizophrenia patients.<sup>4</sup> Previous researches have shown the practice of self-care in about 70% of ten families, which involves making the patient available for treatment, providing supervision while taking medications, and engaging the individual with activities. Specifically, family support includes the provision of emotional, informational, instrumental and research assistance by the client's relatives, in order to maintain a therapeutic regime.<sup>5-7</sup> The delivery of home care by the family members to strengthen and augment health services maintains the independence and dignity of schizophrenia outpatients.<sup>8</sup> Being the closest unit to a patient, families play a role in determining the nature of care, and also to prevent relapse. This participation helps in the initiation of treatment at home, in order to prevent the possibility of relapse.<sup>9</sup> The support provided has been associated with the decline in stress levels, which consequently strengthens the individual and collective mental health. Furthermore, social support is an important coping strategy adopted to protect families from stress, as an affected persons lack the ability to accomplish vary social functions.<sup>10</sup> Further, family support form a stronger and self-respecting individual for achieving a better level of healing and social functioning.<sup>11,12</sup> Therefore, there is a need to structure family interventions in a model of comprehensive care. This background shows the importance of identifying the relationship between family support and adaptation mechanisms of adults' outpatients with schizophrenia.

## Design and methods

This study was approved by research ethics committee from Menur Hospital Surabaya (Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya), and it uses analytic correlation with the cross-sectional design.

### Significance for public health

Family is a major support system, which provides direct care to healthy people, as well as schizophrenia patients. Family can help their relatives with schizophrenia to improve ways to cope and adapt to the symptoms of schizophrenia. This study indicates the positive influence of family support on adaptation mechanisms of adults' outpatients with schizophrenia, hence there is need for relatives to provide support, in order to facilitate adaptability.

The population includes 135 schizophrenia outpatients and their families, living in the Surabaya area. 101 samples were selected and followed for 12 months, and the investigation was conducted with family considered as the independent variable, while adaptability was dependent variable. The measurement of social support required the use of a questionnaire developed by House and Kahn (1085). This consisted of 24 questions, in 4 parts, within the domains of social (1,3,5,7,9,11), information (2,4,6,8,10,12), instrumental (13,15,17,19,21,23) and valuation support (14,16,18,20,22,24). In addition, respondents' adaptation mechanisms were measured by the use of an adaptation response questionnaire ideated by Nursalam, encompassing social, spiritual and psychological responses. SPSS 22.0 was used for data analysis, with  $p < 0.05$  considered as statistically significant. Descriptive statistics was performed to describe the respondents' family support, while Spearman's Rho statistical test was applied to determine the relationship between family support, and adaptation mechanisms of adults' outpatients with schizophrenia.

## Results and discussion

Table 1 shows the respondent's family characteristics, where the highest proportion in age was in the age range 36-55 years (50%), with the majority being women (80%). In addition, the most recently acquired education level was mainly high school (80%), with a higher percentage having a job (70%). The most dominant relationship to the patient was that of mother and child (50%).

On the other hand, Table 2 shows the characteristics of schizophrenia outpatients, where the highest proportion in terms of age was in the age range of 15-35 years (40%) with the male as the most common sex (61%). In addition, high school education was recently acquired by 40%, and most patients were not involved in any form of work (61%).

Table 3 shows the measurements collected from respondents regarding family support, where the majority (61%) testified to have received assistance both socially, information-wise, instrumentally, and also in terms of appraisal support.

Family support has a value of 60% for high support, and 40% for moderate support, respectively. Family support is a very important prerequisite to meet the psychosocial needs of family members, characterized by the provision of care, love, warmth and mutual assistance between relatives.<sup>13,14</sup> More than half of families provide high emotional support (60%), which was the main coping goal in dealing with adaptation. This is possibly realized in the form of affection, trust, attention, listening and being listened to, in order to attain adherence to patient's adaptability. Furthermore, this approach also strengthens the family, subsequently leading to the avoidance of psychosocial effects.<sup>15,16</sup>

There is also a provision of high information support (60%), especially in the form of advice or direction, alongside the delivery of important information required to improve the current health status. Meanwhile, this form of support was assumed as a form of family function in maintaining the health condition of affected relatives, subsequently enhancing productivity. Therefore, this practice is important as it helps increase enthusiasm and motivation, leading to an optimal improvement in personal adaptabilities.<sup>16-19</sup>

This study showed the provision of high instrumental support (60%), characterized by the burden of implementing care which include financial costs, for management and treatment, as well as the provision of shelter, food, and transportation. Meanwhile, instrumental support is an economic and health care function, often applied by families, through the accordance of attention. This is

attained by regularly conveying patients to the mental facility, seeking advice related to the development of patient care, maintaining the adherence to medications, and engaging the patient in

**Table 1. Characteristics of families.**

Category	N=101	Percentage
Age		
15-35 years old	20	20
36-55 years old	51	50
56-75 years old	30	30
Gender		
Man	20	20
Girl	81	80
Educational Level		
Junior High School	20	20
High school	81	80
Working Status		
Working	71	70
Not working	30	30
Relationship with patients		
Mother	50	50
Husband	10	10
Sister	10	10
Daughter	21	20
Son	10	10

**Table 2. Characteristics of adults outpatients with schizophrenia.**

Category	N=110	Percentage
Age		
15-35 years old	41	40
36 - 55 years old	30	30
56 - 75 years	30	30
Gender		
Male	61	61
Female	40	40
Educational level		
Elementary school	20	20
Junior high school	20	20
High school	41	40
University	20	20
Work		
Working	41	41
Not working	60	60

**Table 3. Types of family support.**

Types of family support	N= 101	Percentage
Social support		
High	61	60
Moderate	40	40
Low	0	0
Information support		
High	61	60
Moderate	40	40
Low	0	0
Instrumental support		
High	61	60
Moderate	40	40
Low	0	0
Appraisal support		
High	61	60
Moderate	40	40
Low	0	0

activities. Despite the family burden related to mental health access, especially in the aspect of finances, it is very important to conduct this exercise.<sup>16,20-22</sup> High appraisal support (60%) affects the function of patients, subsequently improving the health status. This practice is also recognized for the impact on minimal and simple abilities in other activities, including the direct positive influence on self-esteem. Therefore, the adaptability of patients are improved by the increase in support.<sup>23,24</sup> Table 4 shows the distribution of respondents' adaptation abilities, where about 70% were able to perform social, psychological, spiritual as well as appraisal response. Better adaptation mechanisms were found in schizophrenia outpatients with high family support (100%), compared to moderate (25%), while maladaptive adaptation was highly expressed in moderate (75%), in contrast with high (0%).

The capacity of adaptation demonstrated social adaptive abilities (70%), as this high level is strongly influenced by social response. This is assumed to capably describes an individuals' tendency to interact properly with the environment, which is subsequently used to assess the patient for adaptive or maladaptive competence.<sup>5,25</sup> The adaptation capacity demonstrated adaptive psychology (70%), which is dependent on an individuals' stress level.<sup>25</sup> The responses for adaptation capacity in relation with family support ratings were 70%, as patients find it difficult dealing with the stigma attributed by the community towards "crazy people", This involves individuals with strange behavior, characterized by a challenging healing process, and the experience of social isolation, therefore exaggerating the feeling of inferiority, and the practice of social contact avoidance. It is very important for families to pay attention to the appraisal responses, in order to facilitate the provision of better support and enhance interactive skills with others.<sup>26,27</sup> The ability to familiarize with spiritual responses in adaptive family support was 70%, as hallucinatory patients tend to easily surrender to God in times of trials. This encompasses the ability to for sufferers to accept the befalling conditions and subsequently submit to God.<sup>28</sup> Furthermore, the rho value of correlation from table 5 obtained from the Rank spearman test was 0.803 (very

strong), with significance ( $P=0.00$ ), where  $H_0$  is declined if  $P<0.05$ . This indicates the existence of a relationship between family support and adaptation mechanisms of schizophrenia outpatients. The results showed a 60% adaptive adaptability for patients provided with family support. This particularly showed the affective function of family, as an internal task, performed in order to meet up with the psychosocial needs of affected members, through the provision of care, love and mutual support.<sup>29,30</sup>

The family is also assumed to be the most comfortable environment for schizophrenia patients, based on the collective ability to boost enthusiasm and motivation for adaptive behavior. This is attained through the provision of family support, as well as appropriate care and treatment facilities, which is perceived through the attitude, action, and acceptance by family members. Also, the affected individuals experience varying nature and types of support, in the form of emotional, information, instrumental and appraisal support, which is important for the attainment of satisfactory healing.<sup>29,30</sup> Family support greatly influences the adaptation level of hallucinatory patients (100%). Therefore, it is necessary to demonstrate the affective internal functions required to meet obtain the numerous psychosocial needs, which includes caring for one another, providing love, and warmth.<sup>13,14</sup>

## Conclusions

This study indicates the positive influence of family support on the adaptability of schizophrenia outpatients, hence there is need for relatives to provide good level of support, in order to facilitate adaptability.

**Table 4. Adaptation of schizophrenia outpatients.**

Category	N=101	Percentage
Social response		
Adaptive	71	70
Maladaptive	30	30
Psychological response		
Adaptive	70	70
Maladaptive	31	30
Appraisal response		
Adaptive	70	70
Maladaptive	31	30
Spiritual response		
Adaptive	71	70
Maladaptive	30	30

**Table 5. The relationship between family support and adaptation of adults outpatients with schizophrenia**

Family support	Adaptation of schizophrenia outpatients			
	Adaptive response N=71		Maladaptive response N=30	
	N	%	N	%
High	61	100	0	0
Moderate	10	25	30	75
Low	0	0	0	0

Spearman's Rho statistical test,  $P=0.000$ .

**Correspondence:** Ah Yusuf, Faculty of Nursing, Universitas Airlangga, Mulyorejo, Surabaya, Indonesia.  
Tel.: +62315913257 - Fax: +62315913257  
E-mail: ah-yusuf@fkp.unair.ac.id.

**Key words:** family support; adaptation mechanisms; schizophrenia

**Contributions:** AY, SRD have been co-facilitator of the study. DMW managed this study.

**Conflict of interest:** The authors declare no potential conflict of interest.

**Funding:** This project was supported by Universitas Muhammadiyah Gresik and Universitas Airlangga.

**Acknowledgments:** The authors are grateful to the teachers of the University for the friendly support provided.

**Clinical trials:** The study does not involve any clinical trials.

**Conference presentation:** Part of this paper was presented at the 4<sup>th</sup> International Symposium of Public Health, 2019 October 31 – November 1, Griffith University, Gold Coast, Australia.

Received for publication: 6 March 2020.

Accepted for publication: 13 June 2020.

©Copyright: the Author(s), 2020

Licensee PAGEPress, Italy

Journal of Public Health Research 2020;9:1848

doi:10.4081/jphr.2020.1848

This work is licensed under a Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

## References

1. Laila NH, Mahkota R, Shivalli S, et al. Factors Associated With Pasung (Physical Restraint And Confinement) Of Schizophrenia Patients In Bogor Regency, West Java Province, Indonesia. *BMC Psychiatry* 2019;19:1–8.
2. Peng M-M, Zhang T-M, Liu K-Z, et al. Perception of social support and psychotic symptoms among persons with schizophrenia: A strategy to lessen caregiver burden. *Int J Soc Psychiatry* 2019;65:548–57.
3. Goghari VM, Harrow M. Twenty year multi-follow-up of different types of hallucinations in schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder, and depression. *Schizophrenia Res* 2016;2:371–7.
4. Sánchez J, Muller V, Chan F, et al. Personal and environmental contextual factors as mediators between functional disability and quality of life in adults with serious mental illness: a cross-sectional analysis. *Qual Life Res* 2019;28:441–50.
5. Velligan D, Brain C, Duvold LB, et al. Caregiver Burdens Associated With Treatment-Resistant Schizophrenia: A Quantitative Caregiver Survey of Experiences, Attitudes, and Perceptions. *Front Psychiatry* 2019;10:584.
6. Peng M, Zhang T, Liu K, et al. Perception of social support and psychotic symptoms among persons with schizophrenia: A strategy to lessen caregiver burden. *Int J Soc Psychiatry* 2019;65:548–57.
7. Kurowska K, Kaczmarek M. The role of support and the sense of coherence in dealing with schizophrenia. *J Psychiatry Clin Psychol* 2013;13:239–49.
8. Chan SW. Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2011;25:339–49.
9. Giron M, Yanez-Fernandez A, Mana-Alvarenga S, et al. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychol Med* 2019;40:73–84.
10. Kate N, Grover S, Kulhara P, et al. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian J Psychiatr* 2013;6:380–8.
11. Ming T, Irene Z, Ling Y, et al. An integrative model of internalized stigma and recovery-related outcomes among people diagnosed with schizophrenia in rural China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019;54:911–8.
12. Hamaideh S, Al-Magaireh D, Abu-Farsakh B, et al. Quality of life, social support, and severity of psychiatric symptoms in Jordanian patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21:455–65.
13. Tello-Rodríguez T, Alarcón RD, Vizcarra-Escobar D. Mental health in older adults: Major neurocognitive, affective, and sleep disorders. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2016;33:342–50.
14. Petch J, Murray J, Bickerdike A, et al. Psychological Distress in Australian Clients Seeking Family and Relationship Counselling and Mediation Services. *Aust Psychol* 2014;49:28–36.
15. Alikhani M, Geravand S, Rashidi A, et al. The relationship between personality traits (self-differentiation and resilience) and the individual characteristics, family functioning and economic status with mental health among women with diabetes II in Kermanshah. *Adv Environ Biol* 2014;8:999–1006.
16. Seng L, Seow E, Vaingankar JA, et al. Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *J Affect Disord* 2016;190:499–507.
17. Ki EJ, Jang JY. Social support and mental health: An analysis of online support forums for Asian immigrant women. *J Asian Pacific Commun* 2018;28:226–50.
18. Sibalija J, Savundranayagam MY, Orange JB, et al. Social support, social participation, & depression among caregivers and non-caregivers in Canada: a population health perspective. *Aging Ment Heal* 2018:1–9.
19. Stewart M, Kushner KE, Dennis CL, et al. Social support needs of Sudanese and Zimbabwean refugee new parents in Canada. *Int J Migr Heal Soc Care* 2017;13:234–52.
20. Sim A, Bowes L, Gardner F. The Promotive Effects of Social Support for Parental Resilience in a Refugee Context: a Cross-Sectional Study with Syrian Mothers in Lebanon. *Prev Sci* 2019;20:674–83.
21. Nguyen T, Tran T, Tran H, et al. The burden of clinically significant symptoms of common and severe mental disorders among adults in Vietnam: a population-based cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2019;19:1–16.
22. Lee GK, Krizova K, Shivers CM. Needs, strain, coping, and mental health among caregivers of individuals with autism spectrum disorder: A moderated mediation analysis. *Autism* 2019;23:1936–47.
23. Wigman JTW, Devlin N, Kelleher I, et al. Psychotic symptoms, functioning and coping in adolescents with mental illness. *BMC Psychiatry* 2014;14:1–9.
24. Vilhauer RP. Stigma and need for care in individuals who hear voices. *Int J Soc Psychiatry* 2017;63:5–13.
25. Hudson PL, Thomas K, Trauer T, et al. Psychological and social profile of family caregivers on commencement of palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2011;41:522–34.
26. Farabee D, Hall E, Zaheer A, et al. The impact of perceived stigma on psychiatric care and outcomes for correctional mental health patients. *Psychiatry Res* 2019;276:191–5.
27. Bruno W, Kitamura A, Najjar S, et al. Assessment of mental health and psycho-social support pilot program's effect on intended stigmatizing behavior at the Saftawi Health Center, Gaza: a cross-sectional study. *J Ment Heal* 2019;28:436–42.
28. Correa R, Parry B. Women's mental health clinic: A naturalistic description of the population attended in the San Diego VA Health Care System during a one year period. *J Affect Disord* 2012;142:31–5.
29. Wickham S, Taylor P, Shevlin M, et al. The impact of social deprivation on paranoia, hallucinations, mania and depression: The role of discrimination social support, stress and trust. *PLoS One* 2014; 9:e105140.
30. McCarthy-Jones S, Waegeli A, Watkins J. Spirituality and hearing voices: Considering the relation. *Psychosis* 2013;5:247–58.

## RESEARCH ARTICLE

# Associations between parental bonding during childhood and functional recovery in patients with schizophrenia

Junpei Ishii<sup>1</sup>, Fumitoshi Kodaka<sup>2\*</sup>, Hisatsugu Miyata<sup>2</sup>, Wataru Yamadera<sup>1</sup>, Hikaru Seto<sup>3</sup>, Keisuke Inamura<sup>2</sup>, Hidejiro Higuchi<sup>3</sup>, Yoshiaki Tsuruoka<sup>4</sup>, Masahiro Shigeta<sup>2</sup>

**1** Department of Psychiatry, Jikei University Katsushika Medical Center, Katsushika-ku, Tokyo, Japan, **2** Department of Psychiatry, Jikei University School of Medicine, Minato-ku, Tokyo, Japan, **3** Department of Psychiatry, Sobu Hospital, Funabashi-shi, Chiba, Japan, **4** Department of Psychiatry, Otaki Hospital, Isumi-gun, Chiba, Japan

\* [kodaka@jikei.ac.jp](mailto:kodaka@jikei.ac.jp)



## Abstract

### Introduction

Schizophrenia is believed to be etiologically associated with environmental factors. Poor parental bonding, especially arising from “low care” and “overprotection,” may contribute to the prognosis in patients with psychosis. In the present study, we investigated the associations between the aforementioned two different parental bonding types and the prognosis, in terms of the functional recovery, of patients with schizophrenia.

### Methods

A total of 89 patients with schizophrenia were recruited, and 79 patients were registered for the study. After the parental bonding types and representative childhood adverse events were assessed, specific items on the PANSS were assessed at 0 and 24 weeks of the study period to define the functional prognosis.

### Results

At the end of the 24-week follow-up period, 36% of the patients were judged as showing recovery from schizophrenia. The score for “overprotective attitude,” but not that for “low care,” was found to be significantly higher in the *non-recovery* (defined below) group. Exploratory logistic regression analysis identified only “overprotective attitude” of the parents as being predictive of *non-recovery*. Moreover, a significant negative correlation was found between “low care” and “overprotective attitude” only in the *non-recovery* group.

### Conclusion

In the present study, we showed that an overprotective attitude of the parents was associated with *non-recovery* in patients with schizophrenia.

## OPEN ACCESS

**Citation:** Ishii J, Kodaka F, Miyata H, Yamadera W, Seto H, Inamura K, et al. (2020) Associations between parental bonding during childhood and functional recovery in patients with schizophrenia. PLoS ONE 15(10): e0240504. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240504>

**Editor:** Geilson Lima Santana, University of Sao Paulo Medical School, BRAZIL

**Received:** January 21, 2020

**Accepted:** September 28, 2020

**Published:** October 15, 2020

**Copyright:** © 2020 Ishii et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Data Availability Statement:** All relevant data are within the manuscript and its Supporting Information file.

**Funding:** The authors received no specific funding for this work.

**Competing interests:** The authors have declared that no competing interests exist.

## Introduction

Schizophrenia is believed to be etiologically associated with both genetic and environmental factors. Among the environmental factors that possibly influence the risk of development of schizophrenia are maternal infections in the first trimester [1], urban upbringing [2], migration [3], paternal age [4], cannabis use [5], and childhood adversities [6–10].

From the 1940s to the 1960s, pathological parenting was regarded as a core element in the pathophysiology of schizophrenia. Several theoretical models such as the schizophrenogenic-mother model [11], the fragmented family communications/imbalance model [12, 13], etc., had been proposed. Although these theoretical models contributed to the development of the modern family therapy, several adoption studies suggest that familial psychopathology did not play a role in the pathophysiology of schizophrenia [14, 15].

On the other hand, childhood adversities, including physical/sexual/emotional abuse, neglect, bullying in school and bereavement, can affect the prognosis of patients with schizophrenia. A previous study suggested that patients with psychosis were 2.72 times more likely to have faced adversities in childhood than healthy controls [16]. Moreover, experience of childhood adversity was also found to be positively correlated with the persistence of psychotic symptoms [17].

It has been reported that poor parental bonding, which can be classified into two distinct types, namely, “low care” and “overprotective attitude,” is associated with an earlier age at initial hospitalization and early re-admission in patients with schizophrenia [18]. A low level of attachment to parents has been reported to be associated with a history of childhood abuse, while attachment to close adults is associated with alleviation of trauma-related symptoms [19]. Although the relationship between parental bonding during childhood and psychotic symptoms has been investigated in previous studies, little is known about the relationship between parental bonding and the longitudinal course in patients with schizophrenia.

The longitudinal course in patients with schizophrenia is defined by a combination of social functioning and severity of psychotic symptoms. A previous study suggested the concept of “recovery” from schizophrenia, which is defined as a high degree of social adaptation, in addition to remission of clinical symptoms [20]. It has been reported that “recovery” is achieved in about 30% of patients with schizophrenia [21, 22].

In the present study, we investigated the relationship between parental bonding during childhood and the longitudinal course, especially “non-recovery,” in patients with schizophrenia. First, the participants were interviewed about their experience of adverse events in childhood. Subsequently, the longitudinal prognosis, in terms of “recovery” or “non-recovery,” was determined after a 24-week follow-up period. Consequently, the associations between “recovery”/“non-recovery” and the two types of parental bonding during childhood (i.e., “low care” and “overprotective attitude”) were examined.

## Materials and methods

### Study design and patients

The present study was performed as part of a non-interventional, multicenter, prospective research (the Predictors of Recovery in Patients with Schizophrenia [PREPS] study). From April 2015 to January 2019, a total of 89 patients with schizophrenia were recruited from the outpatient section of the Department of Psychiatry, the Jikei University Hospital, the Jikei University Katsushika Medical Center, Sobu Hospital, and Otaki Hospital, and 76 of these patients who provided written informed consent were registered in the study. All the patients were diagnosed as suffering from schizophrenia according to the Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision (DSM-IV-TR), by five expert psychiatrists (JI, FK, HM, HS, and WY) with at least 5 years' experience in clinical psychiatry. In our sample size estimation, to examine the influence of parental care and overprotection between the *recovery* and *non-recovery* groups, we referred to a previous study which suggested that 28–36 patients were needed for each group for an alpha of 0.05, beta of 0.2 (i.e., power of 0.8), and an effect size ( $d$ ) of 0.67–0.76 [23]. We also estimated that 20%–40% of the 89 patients (i.e., 18–36) would show recovery from schizophrenia.

The inclusion criteria in the study were: 1) schizophrenia diagnosed according to the DSM-IV-TR, and 2) 20 to 59 years of age. 3) ability to understand the consent process and the questionnaire. The patient's ability to consent was assessed by the psychiatrist. The exclusion criteria were: 1) presence of severe physical illness, 2) comorbid substance use disorder, and 3) inability to understand enough about the study to provide informed consent.

To investigate the association between parental bonding and the longitudinal course in patients with schizophrenia, a prospective two-wave (0 and 24 weeks) survey was conducted. At 0 week, patients who participated in the study answered a questionnaire on the experience of adversity in childhood and parental bonding (Japanese version of Parental Bonding Instrument [PBI]). These patients were then followed up for 24 weeks, and finally the functional prognosis was classified as "*recovery*" or "*non-recovery*" according to assessment by the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and the Global Assessment of Functioning (GAF) scale at 0 and 24 weeks.

As for the validity of the PBI, the criterion-related validity, the stability of the scores over a 20 year-period and the effects of psychiatric symptoms have been confirmed by previous studies. In a study conducted in healthy college students, the scores on the PBI in the students were correlated with those of their mothers [24]. Another study performed in a healthy population and patients with psychiatric disorders, the scores for the PBI showed no significant changes over a 20 year-period [25]. Another study performed in patients with schizophrenia showed a strong correlation between the scores on the PBI in patients who remained in a disturbed state versus those who showed an improvement of the state [26].

The present study was conducted with the approval of the Ethical Committee of the Jikei University School of Medicine (No. 7493), in compliance with the principles laid down in the Helsinki Declaration of Human Rights.

## Clinical assessment

**Assessment of childhood adverse events and parental bonding.** To investigate parental bonding and experience of adverse events during childhood, we conducted an assessment to determine the parental "low care" or "overprotective attitude," any experience of bereavement of first- or higher-degree relatives, and any experience of having been bullied in school (6–12 years old).

Parental bonding during childhood was assessed by the Japanese version of the PBI [27, 28]. The PBI consists of two categories, i.e., "parental care" and "overprotection," and 25 items, including 12 items pertaining to "care" and 13 items pertaining to "overprotection." Examples of items pertaining to "care" are "Spoke to me with a warm and friendly voice," and "Appeared to understand my problems and worries"; examples of items pertaining to "overprotection" are "Did not want me to grow up," and "Tried to control everything I did." The total score on the "care" scale (PBI-Care) ranged from 0 to 36, while that on the "overprotection" scale (PBI-Overprotection) ranged from 0 to 39. These categories were independent of each other [27].

**Assessment of the functional prognosis.** To assess the functional prognosis, we defined "*recovery*" and "*non-recovery*," according to the definitions provided in previous studies [20,

29]. We classified the participants into two groups, namely the “recovery” group and “non-recovery” group according to the scores on the 8 PANSS subscales (delusions (P1), disorganization (P2), hallucinatory behavior (P3), blunted affect (N1), social withdrawal (N4), lack of spontaneity (N6), mannerism (G5), and unusual thought content (G9)) and the GAF score at 24 weeks. The GAF scale measures the degree of mental illness by rating psychological, social and occupational functioning. We classified patients with “mild” or low scores (3 points or lower) in all of P1, P2, P3, N1, N4, N6, G5 and G9, and a GAF score of 81 or more at 0 and 24 weeks into the “recovery” group, and the others into the “non-recovery” group [20, 29].

## Statistical analysis

All data analyses were performed with SPSS version 21.0 (IBM, Chicago, IL). The statistical significance level was set at  $p < 0.05$ .

**Comparison of experience of adverse events and parental bonding during childhood between the recovery and the non-recovery groups.** To examine childhood experience of adverse events and parental bonding in the *recovery* group, we compared the experience of having been bullied, experience of bereavement, and scores on PBI-Care and PBI-Overprotection in the subjects. To adjust for the effects of positive symptoms, we used analysis of covariance (ANCOVA) adjusted for the scores for the positive symptoms on PANSS. For the categorical variables (experience of having been bullied and experience of bereavement), a chi-squared test was performed, while a t-test was performed for comparing continuous variables (PBI-Care and PBI-Overprotection).

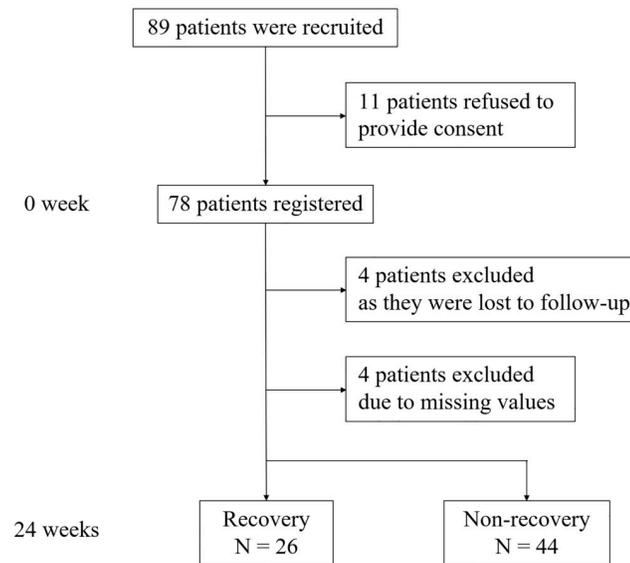
**Associations of different parental bonding types during childhood with the prognosis.** To examine the relationships between different parental bonding types during childhood and the functional prognosis in patients with schizophrenia, exploratory logistic regression analysis was performed using the parental bonding types and representative childhood adverse events. Scores on PBI-Care and PBI-Overprotection, and experience of bullying and bereavement in school age were adopted as the independent variables. The functional prognosis after 24 weeks (i.e., *recovery* and *non-recovery*) was used as the dependent variable.

**Relationship to parental “care” and “overprotection” in the recovery and the non-recovery groups.** To estimate the influence of the parental bonding type during childhood in the *recovery* group and *non-recovery* group, we performed *post-hoc* correlation analysis between the scores on the PBI-Care and PBI-Overprotection for each group. Pearson’s product-moment correlation coefficients ( $r$ ) were used to examine the correlation between PBI-Care and PBI-Overprotection.

## Results

Of the 89 patients recruited for the study, 78 who provided informed consent for participation were enrolled in the study. Finally, the data of 70 patients were analyzed, after eight patients withdrew their consent or there were missing values. After 24 weeks, 26 patients with schizophrenia were categorized into the *recovery* group, while 44 patients were classified into the *non-recovery* group (Fig 1).

The PANSS scores at the baseline, the chlorpromazine-equivalent dose (CED) and the duration of untreated psychosis (DUP) were significantly higher in the *non-recovery* group than in the *recovery* group (Table 1). The PANSS score at the baseline was  $34.7 \pm 3.9$  in the *recovery* group and  $50.9 \pm 12.7$  in the *non-recovery* group. The CED was  $346.0 \pm 292.1$  in the *recovery* group and  $866.0 \pm 600.4$  in the *non-recovery* group. The DUP was  $5.7 \pm 7.3$  in the *recovery* group and  $17.8 \pm 23.5$  in the *non-recovery* group. The GAF score at 24 weeks was  $84.5 \pm 3.3$  in the *recovery* group and  $61.5 \pm 10.2$  in the *non-recovery* group.



**Fig 1. Consort diagram.**

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240504.g001>

In regard to the possible influence of the parental bonding type, only the score for “overprotective attitude” was significantly higher in the *non-recovery* group than in the *recovery* group (Table 2). The scores for PBI-Overprotection in the *non-recovery* and *recovery* group were  $15.4 \pm 7.4$  and  $11.3 \pm 4.6$ , respectively ( $p = 0.01$ ). In contrast, the scores for PBI-Care in the *non-recovery* group was lower than that in the *recovery* group ( $22.1 \pm 7.4$  and  $23.2 \pm 4.2$ , respectively), although the difference was not statistically significant ( $p = 0.44$ ).

There were significant differences in the experience of having been bullied and experience of bereavement between the *non-recovery* and *recovery* groups. The number of patients with the experience of having been bullied in the *non-recovery* group was significantly higher than that in *recovery* group (40.9% vs. 26.9%) ( $p = 0.02$ ). The number of the patients with the experience of bereavement was also significantly higher in the *non-recovery* group as compared to the *recovery* group (25.0% vs. 11.5%) ( $p = 0.01$ ).

**Table 1. Comparison of the demographic data between the *non-recovery* and *recovery* groups.**

	<i>Non-recovery</i> group (N = 44) (mean ± s.d.)	<i>Recovery</i> group (N = 26) (mean ± s.d.)	<i>p</i> -value
Age	40.1 ± 9.4	40.2 ± 8.7	0.97
Gender (% male)	22 (59.3)	12 (46.2)	0.81
PANSS total (week 0)	50.9 ± 12.7	34.7 ± 3.9	<0.01
PANSS 8 (week 0)	16.2 ± 5.3	9.6 ± 1.8	<0.01
PANSS 8 (week 24)	16.4 ± 5.7	9.2 ± 1.2	<0.01
GAF (week 0)	61.3 ± 10.4	82.8 ± 5.6	<0.01
GAF (week 24)	61.5 ± 10.2	84.5 ± 3.3	<0.01
CED (mg)	866.0 ± 600.4	346.0 ± 292.1	<0.01
DUP (months))	17.8 ± 23.5 (N = 33)	5.7 ± 7.3 (N = 24)	0.01
Onset age	24.7 ± 6.5 (N = 40)	26.8 ± 7.9	0.24

s.d., standard deviation; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; GAF, Global Assessment of Functioning scale; CED, chlorpromazine-equivalent dose; DUP, duration of untreated psychosis.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240504.t001>

**Table 2. Comparison of the experience of adverse events and parental bonding type during childhood between the recovery and non-recovery groups.**

	<i>Non-recovery group</i> (N = 44) (mean ± s.d.)	<i>Recovery group</i> (N = 26) (mean ± s.d.)	<i>p-value</i>
Bullying (%)	18 (40.9)	7 (26.9)	0.02*
Bereavement (%)	11 (25.0)	3 (11.5)	<0.01*
PBI-C	22.1 ± 7.4	23.2 ± 4.2	0.44
PBI-O	15.4 ± 7.4	11.3 ± 4.6	0.01*

PBI, Parental Bonding Instrument; PBI-C, care; PBI-O, overprotection

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240504.t002>

Of the independent variables, an overprotective attitude of the parents was identified as the only variable that was strongly predictive of *non-recovery* ( $\beta = 0.30$ ,  $t = 2.30$ ,  $p = 0.02$ ) (Table 3).

A negative correlation was observed between the score for PBI-Care and the score for PBI-Overprotection in the *non-recovery* group ( $r = -0.45$ ,  $p = 0.02$ ), whereas, no significant correlation between the two was observed in the *recovery* group ( $r = -0.37$ ,  $p = 0.06$ ) (Fig 2).

## Discussion

In the present study, we showed that an overprotective attitude of the parents was associated with *non-recovery* from schizophrenia.

### Comparison of the experience of adverse events and parental bonding during childhood between the recovery and non-recovery groups

The score for PBI-Overprotection was significantly higher in the *non-recovery* group than that in the *recovery* group, indicating that an “overprotective attitude” of the parents was more frequently encountered in the patients of the *non-recovery* group. These findings are consistent with previous reports of a strong correlation between the parents’ high expressed emotion (EE) and disease relapse in patients with schizophrenia [30, 31]. Varese et al. reported that emotional abuse was associated with a higher risk of development of psychosis than physical/sexual abuse and neglect [16].

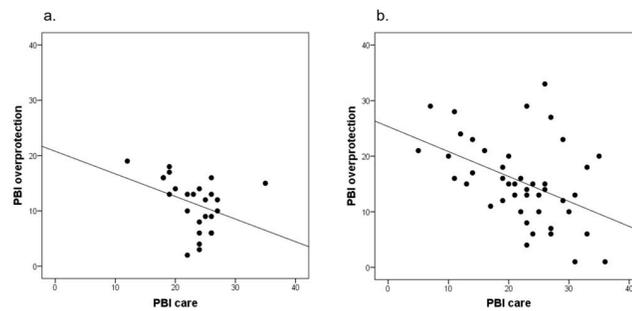
In contrast, the score for PBI-Care in the *non-recovery* group was lower than that in the *recovery* group, even though the difference was not statistically significant. This indicates that the association between a “low care” attitude of the parents and the prognosis of patients with schizophrenia was rather weak. Parker et al. reported that parental “low care” and “overprotection” were associated with a younger age at initial hospitalization and re-admission. Our results differed slightly from those of the previous study, in that the age at

**Table 3. Associations of different parental bonding types during childhood and the prognosis in schizophrenia patients.**

	$\beta$	<i>t-value</i>	<i>p-value</i>
Bullying	0.12	1.01	0.32
Bereavement	0.13	1.12	0.27
PBI-C	0.03	0.21	0.83
PBI-O	0.30	2.31	0.02*

PBI, Parental Bonding Instrument; PBI-C, care; PBI-O, overprotection

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240504.t003>



**Fig 2. Relationships between parental “low care” and “overprotective attitude” during childhood in the *recovery* (a) and *non-recovery* (b) groups.**

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240504.g002>

initial hospitalization did not differ significantly between the *non-recovery* and *recovery* groups.

The combination of “low care” and “overprotective attitude” could be associated with *non-recovery* from schizophrenia. In a previous study, the mean scores for “care” and “overprotection” were 24.9 and 13.3, respectively, in the general population [27]. In our present study, the mean scores for “care” in both groups were lower than those reported in a previous study (23.2 in the *recovery* group, 22.1 in the *non-recovery* group), showing that patients with schizophrenia can often receive “low care” from their parents. On the other hand, the mean score for “overprotection” in the *recovery* group was lower (11.3), while that in the *non-recovery* group was higher (15.4) than the corresponding values reported in a previous study, indicating that an “overprotective attitude” of the parents during childhood could have an important influence on the functional recovery. Parker et al. described “low care” and an “overprotective” parenting style as “affectionless control”. In a previous study, an affectionless control parenting style was demonstrated to be associated with psychotic symptoms and trauma in patients presenting with their first psychotic episode and patients with borderline personality disorders [32].

Significant differences in the experience of having been bullied and experience of bereavement were observed between the groups. Varese et al. report that such experiences were associated with the development of psychosis. These findings indicate that these events may not only be associated with the development of psychosis, but also with the prognosis of patients with schizophrenia.

### **Associations of different parental bonding types during childhood and the prognosis of schizophrenia patients**

Our exploratory logistic regression analysis identified PBI-Overprotection score as being the most strongly predictive of the prognosis in patients with schizophrenia ( $\beta = 0.30$ ,  $t = 2.30$ ,  $p = 0.02$ ), indicating that a high score for PBI-Overprotection could be predictive of *non-recovery from* schizophrenia. Butzlaff et al. estimated that the mean effect size for EE predicting relapse was 0.30 [31]. Although there have been few previous studies on the relation between an overprotective attitude of the parents and the prognosis, an overprotective attitude of the parents during the patient’s childhood appears to be a risk factor for both relapse and a poor prognosis.

### **Relationship between the parental “low care” and “overprotective attitude” during childhood in the *recovery* and *non-recovery* groups**

Our *post-hoc* correlation analysis revealed a significant negative correlation between the score for PBI-Care and the score for PBI-Overprotection in the *non-recovery* group ( $r = -0.45$ ,  $p = 0.02$ ),

but not the *recovery* group ( $r = -0.37, p = 0.62$ ). As Parker et al. suggested that the scores for PBI-Care and PBI-Overprotection were independent of each other [27], the presence of a significant negative correlation between the PBI-Care and PBI-Overprotection scores in the *non-recovery* group alone indicates the specific attitudes of the parents of the patients in the *non-recovery* group.

The specific combination of “low care” and “overprotective attitude” of the parents in the patients of the *non-recovery* group could be derived from the patients’ vulnerability and poor social adjustment during childhood. Bebbington et al. reported that patients with schizophrenia spectrum disorders could be more vulnerable to the impact of adverse events in childhood because of their genetic predisposition [30]. Done et al. reported that children who later developed schizophrenia showed a greater degree of social maladjustment, especially in relation to hyperreactive behaviors, at the age of 7 years than controls [33].

### Study limitations

There were several limitations of the current study. First of all, all the data were obtained from the patients, but not the parents. Therefore, the data could be biased because of potential cognitive dysfunction and/or psychotic symptoms in the patients with schizophrenia. In the statistical analysis conducted by ANCOVA, although we applied the PANSS positive scores as a covariate to examine the difference between the PBI scores in the *recovery* and *non-recovery* groups, it is possible that the results were affected by the presence of psychiatric symptoms such as idea of persecution.

To estimate the sample size for our study, we referred to a previous study on the parent-child relationships between patients with depressive disorders and healthy controls using the PBI [23]. In this study, the effect sizes were 0.67 (maternal care) and 0.76 (overprotection). Therefore, when the alpha was set at under 0.05 and beta at 0.2 (i.e., to obtain a statistical power of 0.8), the estimated sample size was 36 for maternal care and 28 for overprotection. Although we estimated a recovery rate of 20%-40% in our 89 patients with schizophrenia (i.e., 18–36), there were 26 patients in the *recovery* group and 44 patients in the *non-recovery* group. Because the number of participants was rather small, especially to examine the effect of maternal care between the *recovery* and *non-recovery* groups, the alpha error for maternal care could have occurred in the present study.

The study also has the limitation on the representativeness. Although we designed the study as a multicenter research project to allow our results to be generalized, our results could have been affected by selection bias due to the rather small number of institutes located in the biased area.

As for the concept of recovery from schizophrenia, we followed the concept adopted in a previous study [29], in which recovery was defined based on a combination of the scores on the PANSS and GAF, in terms of feasibility. Recovery from schizophrenia as originally proposed by Robert Paul Liberman [20] is defined based on a multi-dimensional concept of low score on the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), 50% of time of employment, independent management of daily activities, and participation in social or recreational activities at least once in a week. In a future study, we plan to adopt this multi-dimensional concept of recovery.

There could be some latent mediators on social isolation that accounted, at least in part, for the relationship between the parental bonding style and likelihood of recovery from schizophrenia observed in our study. A previous study on overparenting conducted in parents and their children who had already grown to become adults suggested that overparenting was associated with ineffective coping skills in the children, such as blaming themselves and distancing [34]. Such ineffective coping skills could lead to the isolation of the children from society.

Development of schizophrenia in socially isolated persons could be associated with a worse prognosis, due to the potentially long DUP [35].

## Conclusion

In the present study, we showed that an overprotective attitude of the parents was associated with *non-recovery* in patients with schizophrenia.

## Supporting information

**S1 Data.**  
(CSV)

## Acknowledgments

We thank Ms. Tomoko Kitazumi for her assisting us with organizing the data at the Department of Psychiatry, Jikei University School of Medicine.

## Author Contributions

**Conceptualization:** Junpei Ishii, Fumitoshi Kodaka, Hisatsugu Miyata.

**Data curation:** Junpei Ishii, Fumitoshi Kodaka.

**Formal analysis:** Junpei Ishii, Fumitoshi Kodaka, Keisuke Inamura.

**Investigation:** Junpei Ishii, Fumitoshi Kodaka, Wataru Yamadera, Hikaru Seto.

**Methodology:** Junpei Ishii, Fumitoshi Kodaka, Hisatsugu Miyata.

**Project administration:** Junpei Ishii, Fumitoshi Kodaka, Hisatsugu Miyata.

**Resources:** Junpei Ishii, Fumitoshi Kodaka, Hisatsugu Miyata, Wataru Yamadera, Hikaru Seto, Keisuke Inamura, Hidejiro Higuchi, Yoshiaki Tsuruoka, Masahiro Shigeta.

**Supervision:** Fumitoshi Kodaka, Hisatsugu Miyata, Masahiro Shigeta.

**Validation:** Junpei Ishii, Fumitoshi Kodaka.

**Visualization:** Junpei Ishii, Fumitoshi Kodaka.

**Writing – original draft:** Junpei Ishii, Fumitoshi Kodaka.

**Writing – review & editing:** Junpei Ishii, Fumitoshi Kodaka.

## References

1. Penner JD, Brown AS. Prenatal infectious and nutritional factors and risk of adult schizophrenia. *Expert Rev Neurother.* 2007 Jul; 7:797–805. <https://doi.org/10.1586/14737175.7.7.797> PMID: 17610387
2. Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry.* 2001 Nov; 58:1039–46. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.11.1039> PMID: 11695950
3. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry.* 2005 Jan; 162:12–24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12> PMID: 15625195
4. Wohl M, Gorwood P. Paternal ages below or above 35 years old are associated with a different risk of schizophrenia in the offspring. *Eur Psychiatry.* 2007 Jan; 22:22–6. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.08.007> PMID: 17142012
5. Ferdinand RF, Sondejker F, Van der Ende J, Selten JP, Huizink A, Verhulst FC. Cannabis use predicts future psychotic symptoms, and vice versa. *Addiction.* 2005 May; 100:612–8. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01070.x> PMID: 15847618

6. Ross CA, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*. 1994 May; 45:489–91. PMID: [8045548](#)
7. Read J, Argyle N. Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatr Serv*. 1999 Nov; 50:1467–72. <https://doi.org/10.1176/ps.50.11.1467> PMID: [10543857](#)
8. Read J, van OS J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand*. 2005 Nov; 112:330–50. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x> PMID: [16223421](#)
9. Furukawa T, Mizukawa R, Hirai T, Fujihara S, Kitamura T, Takahashi K. Childhood parental loss and schizophrenia: evidence against pathogenic but for some pathoplastic effects. *Psychiatry Res*. 1998 Dec 14; 81:353–62. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(98\)00113-9](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(98)00113-9) PMID: [9925186](#)
10. Arseneault L, Cannon M, Fisher HL, Polanczyk G, Moffitt TE, Caspi A. Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*. 2011 Jan; 168:65–72. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040567> PMID: [20952460](#)
11. Fromm-Reichmann F. Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*. 1948; 11:263–273. <https://doi.org/10.1080/00332747.1948.11022688> PMID: [18889231](#)
12. Wynne LC, Ryckoff I, Day J, Hirsch S. Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*. 1958; 21:205–220. <https://doi.org/10.1080/00332747.1958.11023128> PMID: [13567960](#)
13. Lidz T, Cornelison AR, Fleck S, Terry D. The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew. *Am J Psychiatry*. 1957; 114:241. <https://doi.org/10.1176/ajp.114.3.241> PMID: [13458483](#)
14. Rosenthal D, Wender PH, Kety SS, Schulsinger F, Welner J, Ostergaard L. Schizophrenics' offspring reared in adoptive homes. *Journal of Psychiatric Research*. 1968 Nov; 6 Suppl.1: 377–391.
15. Wender PH, Rosenthal D, Kety SS, Schulsinger F, Weiner J. Cross-fostering: A research strategy for clarifying the role of genetic and experiential factors in the etiology of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1974; 30(1):121–128 <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760070097016> PMID: [4808731](#)
16. Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*. 2012 Jun; 38:661–71. PMID: [22461484](#)
17. Trotta A, Murray RM, Fisher HL. The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2015; 45:2481–98. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000574> PMID: [25903153](#)
18. Parker G, Fairley M, Greenwood J, Jurd S, Silove D. Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1982 Dec; 141:573–81. <https://doi.org/10.1192/bjp.141.6.573>
19. Aspelmeier JE, Elliott AN, Smith CH. Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: the moderating role of attachment. *Child Abuse Negl*. 2007 May; 31:549–66. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.002> PMID: [17391758](#)
20. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatr Serv*. 2005 Jun; 56:735–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735> PMID: [15939952](#)
21. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*. 2004 Mar; 161:473–9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.473> PMID: [14992973](#)
22. Bobes J, Ciudad A, Alvarez E, San L, Polavieja P, Gilaberte I. Recovery from schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study of patients in symptomatic remission. *Schizophr Res*. 2009 Nov; 115:58–66. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.07.003> PMID: [19729283](#)
23. Vogel P. A., Stiles T. C., Nordah H. M. Recollections of parent-child relationships in OCD out-patients compared to depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 96:469–474 <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09949.x>
24. Parker G. Parental reports of depressives. *Journal of Affective Disorders*. 1981; 3:131–140. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(81\)90038-0](https://doi.org/10.1016/0165-0327(81)90038-0) PMID: [6454707](#)
25. Wilhelm K, Niven H, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. The Stability of the Parental Bonding Instrument Over a 20-year Period. *Psychol Med*. 2005 Mar; 35(3):387–93. <https://doi.org/10.1017/s0033291704003538> PMID: [15841874](#)
26. Parker G. The measurement of parental style and its relevance to psychiatric disorder. *Soc Psychiatry*. 1984; 19:75–81 <https://doi.org/10.1007/BF00583818>
27. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 1979; 52:1–10.

28. Kitamura T, Suzuki T. A validation study of the Parental Bonding Instrument in a Japanese population. *Jpn J Psychiatry Neurol*. 1993 Mar; 47:29–36. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.1993.tb02026.x> PMID: 8411788
29. Prinkryl R, Kholova M, Kucerova HP, Ceskova E. Prevalence of remission and recovery in schizophrenia in the Czech Republic. *Compr Psychiatry*. 2013 Oct; 54:1111–6. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.006> PMID: 23810077
30. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry*. 2004 Sep; 185:220–6. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.3.220> PMID: 15339826
31. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Jun; 55:547–52. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.6.547> PMID: 9633674
32. Catalan A, Angosto V, Diaz A, et al. Relation between psychotic symptoms, parental care and childhood trauma in severe mental disorders. *Psychiatry Res*. 2017 May; 251:78–84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.017> PMID: 28189941
33. Done DJ, Crow TJ, Johnstone EC, Sacker A. Childhood antecedents of schizophrenia and affective illness: social adjustment at ages 7 and 11. *BMJ*. 1994 Sep 17; 309:699–703. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6956.699> PMID: 7950522
34. Segrin C, Wosidlo A, Givertz M, Montgomery N. Parent and child traits associated with overparenting. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2013; 32: 569–595.
35. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014; 205:88–94. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753> PMID: 25252316

RESEARCH ARTICLE

Open Access



# Parental bonding styles in schizophrenia, depressive and bipolar patients: a comparative study

Aidin Abbaspour<sup>1</sup> , Masoud Bahreini<sup>1\*</sup> , Sherafat Akaberian<sup>2</sup>  and Kamran Mirzaei<sup>3</sup> 

## Abstract

**Background:** Numerous bio-psychosocial factors play a role in the etiology of psychiatric disorders. In this regard, the relationship between parents and their children is significantly involved in developing the offspring mental health. However, there is no clear-cut answer as to which parental bonding style is more strongly associated with psychiatric diseases of patients. This study aimed to compare parental bonding styles in patients with schizophrenia, depression, and bipolar disorder in Bushehr province, Iran in 2018.

**Methods:** In this cross-sectional comparative study, 130 patients with schizophrenia, depression, and bipolar disorder who referred to four outpatients psychiatric centers in Bushehr were selected using quota sampling. The patients were assessed and compared in terms of parental bonding styles. Data were collected using a valid and reliable parental bonding instrument (PBI). Data were analyzed using SPSS software (ver. 22), Chi-square and Kruskal-Wallis tests at a significant level of 0.05.

**Results:** Results showed that the optimal parental bonding style (low control, high care) in bipolar disorder (43.05%), major depression (47.7%), and schizophrenia (38.5%) was the most prevalent style of parental bonding; however, 62.30% of the above patients suffered from inefficient paternal bonding styles and 51.53% from inefficient maternal bonding styles. Furthermore, the patients' maternal bonding styles were significantly different ( $p = 0.007$ ) while their paternal bonding styles did not show any significant differences ( $p = 0.848$ ).

**Conclusions:** Most of the patients with psychiatric disorders were affected by ineffective parenting styles. The results also confirmed that despite the several bio-psycho-social factors involved in the development of psychiatric disorders, the crucial roles of parents, especially mothers, should not be ignored. It was further suggested that parents and parental bonding were important and fundamental factors for mental health promotion.

**Keywords:** Bipolar disorder, Depression, Parental bonding, Schizophrenia

\* Correspondence: [m.bahreini@bpums.ac.ir](mailto:m.bahreini@bpums.ac.ir)

<sup>1</sup>Nursing and Midwifery School, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

## Background

Psychiatric disorders are increasing and significantly affecting the public health all over the world [1]. These disorders usually occur with psychological and behavioral manifestations which lead to significant functional deficiencies. Among the psychiatric disorders, schizophrenia, bipolar disorder, and depression are particularly important with the highest bed occupancy rates in psychiatric wards. Schizophrenia is a severe psychiatric disorder involving delusions and hallucinations. Depression is characterized by feeling sad, anhedonia, guilt, and suicidal thoughts, and bipolar is defined as periods of depression, elevated mood, over activity, reduced need for sleep, and pressured speech [2]. There are 20 million people with schizophrenia, about 45 million cases of bipolar disorder, and 264 million people with major depression around the world [3]. In Iran, demographic studies have reported the prevalence of these three disorders to be 25 to 31% [4].

Such diseases entail serious ramifications for patients and affect their interpersonal relationships and personal and social performance. Feelings of helplessness, hopelessness, worthlessness, stigma, fear, vulnerability, and low quality of life are among such consequences [3]. Various biological, familial, psychosocial, and spiritual factors are involved in the etiology of these disorders. These factors can be considered as predisposing, precipitating, and perpetuating factors [5]. Family, as one the most important factors, could impact the mental health of the members [6]. In Iran, the recent socio-economic changes, advances in technology, fading family traditions, more women's social activities, and employment of both parents outside home have led to the investigation of the role of family, especially parents, in the development of children's mental health.

Over the past decade, some studies have reported that the quality of life is lower in patients with mental disorders than the general public [7]. These investigations have raised questions led to further research on relationships among family members and its effects on children's mental health. Accordingly, the available scientific evidence has hypothesized that family or parents can have critical parts in the occurrence of certain mental disorders. Bowlby's concepts of attachment have been applied to psychopathology and to the psychological understanding of psychiatry disorders. Bowlby related deficient/pathological parenting with lack of care and excessive control/protection dimensions [8]. On this account, family relationships, particularly parents' roles in the family and children's mental development, can be considered and studied as strong variables influencing the children's future mental health [9]. In this regard, the concept of parental bonding has been specifically

taken into consideration by researchers worldwide [10]. According to Bowlby's theory of attachment, parents who are unable to either establish warm, loving, and close relationships with their children or provide the necessary environment for their children's independent development, raise their children in an atmosphere of anxiety, leading to psychological disorders [11]. The concept of parental bonding also focuses on the quality of the relationship between parents and offspring throughout their life. A warm relationship with adequate parental care and control (optimum parental bonding) plays an important role in the development children's mental health. On the contrary, dysfunctional parenting leads to problems in interpersonal relationships and psychiatric disorders caused by the cold relationship between parents and children, inadequate care, and excessive control or rejection of children [12]. As a leading researcher in this field, Parker has introduced the dual styles of parental bonding in a continuum. The first style, "caring parental bonding", reflects a warm, close, and empathetic relationship as opposed to a cold, rejecting, and neglecting relationship. The second style is the "over protection" or "control parental bonding" which involves parents' severe control and protection over their children, leading to the non-completion of independence in the children [13].

Studies focusing on the concept of parental bonding have examined the association between parental bonding in childhood and psychiatric symptoms in adulthood [14, 15]. For instance, a study in Brazil compared the parental bonding styles of parents of schizophrenic and bipolar patients. Based on their results, there were significant differences between parental bonding styles in these two diseases, especially among the maternal bonding styles [16]. In a review article, researchers discussed research concerning the association between parental bonding in childhood and psychiatric symptoms in adulthood. They found that neglectful relationships (low care) and overprotection seem to represent risk factors for the development of psychiatric symptoms in offspring [17]. Another study was conducted to determine the relationship between parental bonding and attitudes toward suicide in medical students in Japan. The researchers concluded that high levels of maternal care ensured reduced suicidal ideation [18]. In Iran, results of a cross-sectional study on university students showed that the students who experienced a less caring parental bonding style, had significantly higher psychological symptoms, particularly depression, anxiety, and paranoia [19]. In this study, researchers investigated the healthy dormitory students of a university in Iran. On the contrary, the results of another study in Iran revealed that depression and lack of self-confidence rates in children

significantly increased in parenting styles in which parents exaggerated in caring for or controlling their children [20].

Health care providers should target both patients and their families, necessitating an accurate evaluation of family performance [21]. A review of the related literature also indicates that relatively few studies have addressed psychiatric patients, and most have mainly focused on samples other than psychiatric patients. This research gap is more evident in Iran. Due to the increasing prevalence of psychiatric disorders and the undeniable role of family in the development of children's mental health, there is an urgent need for more detailed studies in this field.

### Aim and hypotheses

This study aimed to evaluate and compare parental bonding styles in patients with schizophrenia, depression, and bipolar disorders in Bushehr, Iran. Based on the aforementioned studies [16 and 17] and the attachment theory, we have hypothesized that: (1) maternal and paternal care score in patients with schizophrenia would be higher than patients with BD and MDD (mood disorders), (2) maternal and paternal control score in patients with schizophrenia would be lower than patients with BD and MDD and (3) non optimal parental bonding styles would be more common in patients with schizophrenia than patients with BD and MDD.

## Methods

### Design and participants

In this cross-sectional comparative study, conducted in the adult psychiatric clinics in Bushehr, southwestern Iran, the study population consisted of Patients with confirmed diagnosis of schizophrenia, BD and MDD. Diagnostic interviews include psychiatric interview and mental status examination performed by a psychiatrist during outpatient visits as a part of a routine care. The inclusion criteria for patients were as follows: (a) diagnosis of schizophrenia, BD, or MDD in accordance with the criteria of the DSM-5, (b) age  $\geq 18$  years, (c) patients who were not in the acute phase of the disease, (d) Patients who have lived with their parents for the first 16 years of their life (e) patients whose both of their parents have no history of serious mental illnesses, and (f) patients without any known systemic or neurological diseases that may confound cognitive performance. Illiterate patients, psychiatric hospitalization within the past 6 months, patients with intellectual disabilities (diagnosed by DSM-5) and those who refused to give informed consent or to answer the questionnaire were excluded from the study.

We used the quota sampling method for each disease. Based on the score of parental bonding tool in patients

with schizophrenia and bipolar disorder in a study by Gomez et al. [16], using the sample size formula ( $N = z_{1-\alpha/2}^2 \frac{S^2}{d^2}$  (and assuming that  $\alpha = 0.05$  and  $d = 0.3S$ ), we specified the sample size of different disorders as follows; at least 43 patients with schizophrenia and a minimum of 43 patients with bipolar. According to the parental bonding scores of depressed patients in a study by Bahreini et al. [19], the sample size for patients with depression was estimated to be at least 44. In performing the pairwise comparison between the parental bonding styles of patients with schizophrenia, bipolar disorder, and depression, the sample size obtained through sample size formula for pairwise comparison, ( $N = 2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \frac{S_1^2 + S_2^2}{d^2}$ ,  $S^2 = (s_1^2 + s_2^2) / 2$ ,  $d^2 = (\mu_1 - \mu_2)^2$ ), was less than that calculated for each group when  $\alpha = 0.05$  and study power = 80%; therefore, the minimum sample size was assumed to be equal to the minimum sample size of each group.

### Data collection

Data were collected from September 2018 to December 2018. To this end, we visited three public psychiatric clinics and a private psychiatric center in Bushehr and explained the research purpose to patients after making sure of the inclusion criteria. Afterwards, the questionnaires were given to eligible patients who had provided the written informed consent. Each patient was asked to complete the questionnaires within almost 10 to 12 min. The measure was completed for both mothers and fathers separately.

For data collection, we used Parker's parental bonding instrument (PBI). This 25-item instrument is applicable to adolescents who are 16 years or older [22]. The measure is 'retrospective', meaning that adults (over 16 years) complete the measure for how they remember their parents during their first 16 years. Of the 25 items, 12 belong to "care" (score range: 0 to 36) and 13 belong to "control" (overprotection) (score range: 0 to 39). Thirteen items were directly scored while 12 items were inversely scored. Direct scoring was conducted in a way that "very like" received a score of 3, "moderately like" received score 2, "moderately unlike" received score 1, and "very unlike" received score 0. In this questionnaire, care items 1, 5, 6, 11, 12, 17 and control items 8, 9, 10, 13, 19, 20, and 23 were directly scored. Care items 2, 4, 14, 16, 18, 24 and control items 3, 5, 7, 15, 21, 22, and 25 were indirectly scored. For mothers, the cut-off scores were 27 and 13.5 for care and control, respectively; for fathers, these scores were 24 and 12.5. In addition to generating care and protection scores for each scale, parents were effectively assigned based on the individual's responses to one of four quadrants: optimal parenting (low control, high care), affectionless control (low care, high control), affectionate constraint (high

care, high control), and neglectful parenting (low care, low control) [13]. The instrument’s validity has been confirmed in various studies and its content validity index was 0.81. Also, its reliability was reported to be suitable for mothers and fathers with Cronbach’s alpha coefficient of 0.79 to 0.88 [23].

**Ethical considerations**

This study was approved by the Ethics Committee of the Deputy of Research and Information Technology at Bushehr University of Medical Sciences (IR.BPUMS-REC.1396.40). All procedures performed in study involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. All participants and parents/legal guardians gave their written informed consent after having been enlightened the details of the procedure. Confidentiality of information and anonymity were among the other issues that were emphasized.

**Data analysis**

The data were analyzed using SPSS 22 (SPSS, Chicago, IL, USA). Mean, standard deviation, percentages, and frequency were used for data description. Normality of variables was checked using the Shapiro-Wilk test, which showed that they did not follow normal

distribution. For inferential analysis, we employed the Chi-square and Kruskal-Wallis tests at a significant level of 0.05.

**Results**

We assessed 147 patients based on inclusion and exclusion criteria out of which 130 subjects were eligible and therefore provided consent. All the participants answered all the questions and none chose to withdraw from the study. This study included 44 depressed patients with a mean age of  $31.09 \pm 7.7$  years, 43 schizophrenic patients with a mean age of  $31.56 \pm 5.77$  years, and 43 bipolar patients with a mean age of  $30.51 \pm 7.74$  years. Most participants were male ( $n = 73, 56.15\%$ ), single ( $n = 76, 58.46\%$ ) and had a high school education ( $n = 57, 43.84\%$ ) and a history of hospitalization ( $n = 72, 55.38\%$ ) (Table 1).

Based on the findings, the hypothesis 1 was not supported. Accordingly, in all three groups, mean of paternal and maternal care was less than the cut-off point (low care), but there was no significant difference among the patients. However, the means of paternal and maternal control of patients were significantly different ( $p = 0.001$  and  $p = 0.024$ , respectively); as a result, the control scores of both parents of bipolar patients were higher than the depressed and schizophrenic patients (Table 2). These finding supported hypothesis 2. Moreover, in general, 81 patients (62.30%) experienced non optimal

**Table 1** Demographic characteristics of participants

Demographic characteristics		depression	bipolar	schizophrenia	p-value
gender	female	21 (47.7)	20 (46.5)	16 (37.2)	0.559
	male	23 (52.3)	23 (53.5)	27 (62.8)	
Marital status	married	13 (29.5)	15 (34.9)	9 (20.9)	0.082
	divorce	1 (2.3)	7 (16.3)	9 (20.9)	
	single	30 (68.2)	21 (48.8)	25 (58.2)	
Patient Education status	Elementary school	0 (0)	0 (0)	2 (4.7)	0.001
	Under diploma	8 (18.2)	14 (32.5)	27 (62.7)	
	diploma	21 (47.7)	22 (51.2)	14 (32.6)	
	academic	15 (34.1)	7 (16.3)	0 (0)	
Father education status	literate	41 (93.2)	39 (90.7)	35 (81.4)	0.068
	illiterate	2 (6.8)	4 (9.3)	8 (18.6)	
Mother education status	literate	38 (86.4)	32 (74.4)	26 (60.5)	0.023
	illiterate	6 (13.6)	11 (25.6)	17 (39.5)	
Father job	employed	40 (90.9)	38 (88.4)	40 (93)	0.757
	unemployed	4 (9.1)	5 (11.6)	3 (7)	
Mother job	employed	12 (27.3)	15 (34.9)	8 (18.6)	0.235
	unemployed	32 (72.7)	28 (65.1)	35 (81.4)	
History of admission	yes	8 (18.2)	25 (58.1)	39 (90.7)	0.001
	no	36 (81.8)	18 (41.9)	4 (9.3)	

**Table 2** Mean and standard deviation of fundamental parental bonding styles in psychiatric patients

Fundamental parental bonding styles		Depression (M ± SD)	Bipolar (M ± SD)	Schizophrenia (M ± SD)	p-value
Mother	care	23.95 ± 5.72	23.28 ± 6.47	25.23 ± 6.90	0.219
	control	16.18 ± 5.67	19.95 ± 7.97	14.14 ± 6.51	0.001
Father	care	23.68 ± 5.02	22.60 ± 7.30	24.58 ± 6.41	0.447
	control	16.77 ± 5.99	19.28 ± 8.75	14.74 ± 6.81	0.024

paternal styles, and 67 patients (51.54%) experienced non optimal maternal styles. “Neglectful parenting” was also recognized in both fathers and mothers as the most inefficient parenting style (Fig. 1).

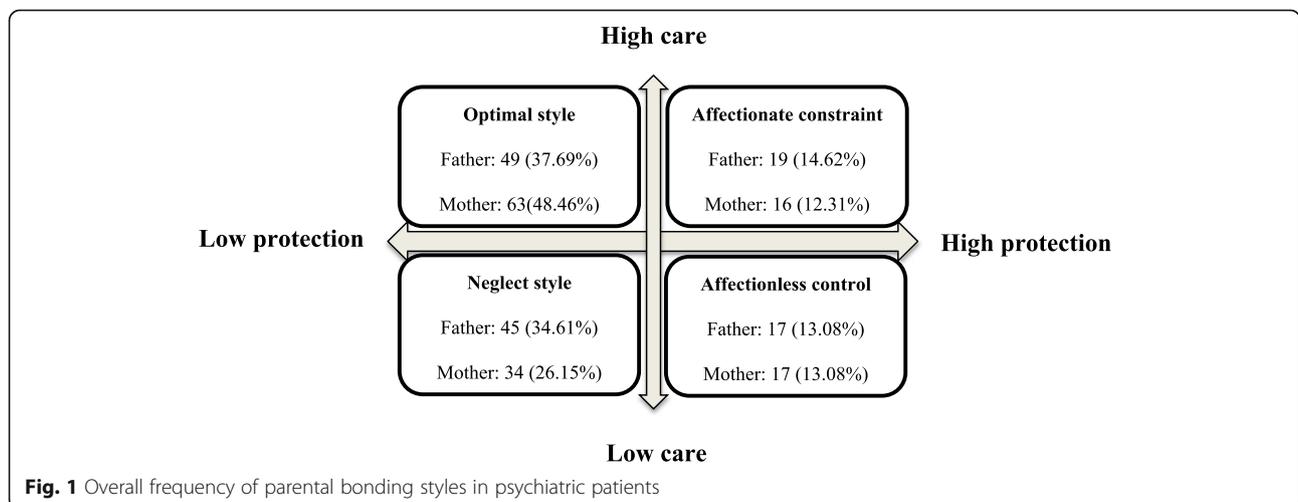
The comparison of paternal bonding styles among schizophrenic, depressed, and bipolar patients revealed that the most frequent paternal bonding styles were “optimal parenting” followed by “neglectful parenting” with a slight difference among the three groups. The paternal bonding styles did not show any significant difference between the fathers of the three groups ( $p = 0.848$ ) (Table 3). Meanwhile, mothers of patients with schizophrenia (60.5%) used non optimal parental styles more than mothers of depressed and bipolar patients. These results revealed a significant difference between the patients’ maternal bonding styles ( $p = 0.007$ ) (Table 3) and supported hypothesis 3. Statistical analysis indicated no association between the demographics’ of participants and their parental bonding styles.

**Discussion**

The present study aimed to determine and compare parental bonding styles in the parents of patients with schizophrenia and mood disorders including depression and bipolar disorders. The results showed that the mean parental care was not significantly different among the patients; on the other hand, their mean parental control was significantly different, and the paternal and maternal control scores were higher in bipolar patients compared

with schizophrenic patients. In other words, parents of bipolar patients are more protective and controlling. This result is consistent with the studies in European and Latin American countries despite the difference in the cultural and social characteristics [12, 16]. In another study carried out in Japan, subjects who experienced “paternal affectionless control” displayed less ability to adapt with anxiety and stress, leading to mental disorders in these individuals [24]. The attachment theory of Bowlby underscores that inefficient parental style such as excessive control can make children more prone to mental disorders [11].

In addition, the results of the present study indicated no significant differences among patients with schizophrenia, depression, and bipolar disorder in terms of paternal bonding styles. However, most of the patients described their paternal styles as inefficient. Among the inefficient styles, the most prevalent one was “neglectful parenting”, observed in almost one third of the three groups. In this style of parenting, characterized by low protection and care, the father does not have enough control over the children’s behavior, nor does he provide enough care. There is compelling scientific evidence which introduces childhood neglect as a risk factor for mental disorders in adulthood [25]. In a study in Italy, a strong relationship was observed between parents’ emotional neglect and children’s mental disorders [26]. Emotional neglect usually stems from a parent’s failure or refusal to satisfy their children’s psychological needs.



**Table 3** Frequency of parental bonding styles in psychiatric patients

Parental bonding styles		Depression Frequency (%)	Bipolar Frequency (%)	Schizophrenia Frequency (%)	$\chi^2_{(6)}$	P-value
Mother	Affectionate constrains	4 (9.1)	1 (2.3)	11 (25.6)	17.66	0.007
	Affectionless control	5 (11.4)	4 (9.3)	8 (18.6)		
	Neglect style	10 (22.7)	17 (39.5)	7 (16.3)		
	Optimal style	25 (56.8)	21 (48.9)	17 (39.5)		
Father	Affectionate constrains	5 (11.4)	5 (11.6)	9 (20.9)	2.67	0.848
	Affectionless control	6 (13.6)	7 (16.3)	4 (9.3)		
	Neglect style	16 (36.4)	15 (34.9)	14 (32.6)		
	Optimal style	17 (38.6)	16 (37.2)	16 (37.2)		

Rejection of the children, refusal to interact with them and failure to express feelings are but examples of such behaviors [27]. As a warm and positive parent-child relationship can strengthen children's self-regulatory abilities [28] and create a sense of security in them [29], a cold and emotionally neglected relationship can preclude positive experiences in children.

The present study also showed a significant difference among the patients in terms of maternal bonding styles; in this regard, the most inefficient style was "affectionate constraint" (high protection, high care) in schizophrenic patients. Some researchers hold that inefficient parental bonding styles contribute to mental disorders by impacting children's cognitive systems and beliefs. They propose that cognitive beliefs and schemas can predict and determine behaviors and emotional responses based on the hypotheses of cognitive models. In some individuals, these behaviors and emotional responses lead to identity crisis, ineffective defense mechanisms, and maladaptive and pathological behaviors [30]. A study on a group of delinquent prisoners assessed the effects of different parental styles on their beliefs and cognitive schemas. According to their results, most of the prisoners' parents used affectionate constraint. In this style, parents exert excessive control and care over their children. The prisoners also reported that excessive control caused negative cognitive schemas, such as social isolation and dependence. In fact, this study considered a process that explained the effects of parental bonding styles on the children's mental health [31].

In terms of parental control, the results of the present study are in line with a study that examined parenting styles in people running high risks of psychosis and a study that investigated schizophrenic patients for parenting styles [32, 33]. Another study in Iran emphasized the relationship between the symptoms of psychiatric disorders and affectionless control parenting (high protection, low care) in parents. Their results also emphasized the relationship between maternal low care styles and psychological symptoms while introducing affectionless control style as a strong predictor of the severity and

frequency of mental illness symptoms, especially depression [19]. These contradictory results imply the need for more studies in this field.

In the present study, neglectful style (low protection, low care) was the most common inefficient parenting style among the mothers of depressed patients. One study, conducted in Italy, examined a number of adolescents with "alexithymia"; they showed the relationship between "parental bonding styles" and alexithymia in adolescents. In particular, the maternal care style was associated with problems concerning the "explanation and expression of emotions" in adolescents. These problems, which are obvious features of alexithymia, were observed in the maternal neglectful style. The foregoing study also revealed that inefficient paternal styles, especially in the low care style, could be strong underlying causes of alexithymia. Furthermore, the studied adolescents were susceptible to mental disorders, such as depression, schizophrenia, and anxiety [34]. Alexithymia is known as a personality trait which prevents individuals from regulating their emotions and causes them to have problems with identifying, describing, and interpreting their own and others' emotions. Some studies have introduced alexithymia as an underlying factor for the development of mental disorders [35, 36]. In addition, some parental bonding styles, low care styles in particular, are positively correlated with alexithymia; therefore, can argue that inefficient parental styles, especially those based on low care, can be considered as underlying factors for the development of mental disorders.

According to our findings, parental bonding in schizophrenic patients has interesting characteristics. These patients perceived their parental bonding as paternal low care/ maternal high care and paternal low control/ maternal high control. In a longitudinal study on groups of patients with anxiety, depression, or both, depressed patients reported that their fathers did not provided adequate levels of "care" during the first 16 years of their lives [37]. In other words, the depressed patients suffered from the lack of a warm, loving, and close relationship with their fathers. A study on a large sample size in the

United States also examined the association between parental styles and 13 common psychiatric illnesses; they observed a strong relationship between parental low care and psychiatric disorders [38].

### Strength and limitations

To the best of our knowledge, the present study was the first in Iran to investigate three important psychiatric disorders in terms of their relationship with parental bonding. Similar to other studies, the present study had some limitations. Firstly, a major limitation of this study is the lack of healthy controls. Because there is no comparison with healthy controls, it is difficult to discuss the impact of the parental bonding on the diagnoses. However, comparing our data to the ones in literature on the general population [17–19], it should be noted that psychiatric patients are more often affected by ineffective parental bonding styles. Secondly, this study only examined the southern part of Iran with specific cultural and social characteristics which could influence the parental styles and the participants' perception of them. Furthermore, the samples were taken through convenience and non-random methods, which would probably affect the generalizability of the results.

### Conclusions

The results of the study emphasized that parenting styles could be considered as predictors and predisposing factors for mental disorders. Moreover, all patients received low maternal care and bipolar patients experienced excessive control from both parents. These results shed more light on the important role of parents in developing the children's mental health by emphasizing childhood and adolescence. Our findings further confirmed that while there are several biological and psychosocial factors involved in the development of mental disorders, the role of parents, especially mothers, should be considered in mental health promotion strategies. Planners and executors of mental health programs should revise family education programs and provide necessary training for families on the importance of parents' appropriate and optimum care and control for their children.

### Abbreviations

PBI: Parental Bonding Instrument; BD: Bipolar Disorder; MDD: Major Depressive Disorder

### Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03177-3>.

**Additional file 1.** Parental Bonding Instrument (PBI).

### Acknowledgements

We would like to express our appreciation to the Clinical Research Development Center of Shohadaye Khalij Fars Hospital in Bushehr city.

### Authors' contributions

Study design: MB, KM, SA; Data collection: AA, SA; Data analysis: KM, AA, MB; Manuscript writing: MB, AA, SA, KM. The author(s) read and approved the final manuscript.

### Funding

This study was funded by Research Deputy of Bushehr University of Medical sciences. The funder had no role in the study implementation, data collection, data analyses or interpretation of study results.

### Availability of data and materials

The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

### Declarations

#### Ethics approval and consent to participate

The implementation of this study was approved by the Committee on Ethics at Bushehr University of Medical Sciences with the code number: (IR.BPUMS.REC.1396.40). All procedures performed in study involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. All participants and parents/legal guardians gave their written informed consent after having been enlightened the details of the procedure. The participation in the study was voluntary and the participants could be excluded at any stage of the study.

#### Consent for publication

Not applicable.

#### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

#### Author details

<sup>1</sup>Nursing and Midwifery School, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran. <sup>2</sup>Nursing and Midwifery School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. <sup>3</sup>Community Medicine, Medical School, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

Received: 4 December 2020 Accepted: 19 March 2021

Published online: 26 March 2021

### References

- Cooper C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–858.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry; 2015.
- James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).
- Mirghaed MT, Gorji HA, Panahi S. Prevalence of psychiatric disorders in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med*. 2020;11(21). [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_510\\_18](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_510_18).
- Stilo SA, Murray RM. Non-genetic factors in schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(10):100. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1091-3>.
- Stapp EK, Mendelson T, Merikangas KR, Wilcox HC. Parental bipolar disorder, family environment, and offspring psychiatric disorders: a systematic review. *J Affect Disord*. 2020;268:69–81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.005>.
- Williams E, Sands N, Elsom S, Prematunga RK. Mental health consumers' perceptions of quality of life and mental health care. *Nurs Health Sci*. 2015; 17(3):299–306. <https://doi.org/10.1111/nhs.12189>.
- Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 2012;11(1):11–5. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>.
- River LM, Borelli JL, Vazquez LC, Smiley PA. Learning helplessness in the family: maternal agency and the intergenerational transmission of

- depressive symptoms. *J Fam Psychol.* 2018;32(8):1109–19. <https://doi.org/10.1037/fam0000479>.
10. Shibata M, Ninomiya T, Anno K, Kawata H, Iwaki R, Sawamoto R, et al. Perceived inadequate care and excessive overprotection during childhood are associated with greater risk of sleep disturbance in adulthood: the Hisayama study. *BMC Psychiatry.* 2016;16(1):215. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0926-2>.
  11. Retheron I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol.* 1992;28(5):759–75. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>.
  12. Marshall M, Shannon C, Meenagh C, Mc Corry N, Mulholland C. The association between childhood trauma, parental bonding and depressive symptoms and interpersonal functioning in depression and bipolar disorder. *Ir J Psychol Med.* 2018;35(1):23–32. <https://doi.org/10.1017/jpm.2016.43>.
  13. Wilhelm K, Niven H, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. The stability of the parental bonding instrument over a 20-year period. *Psychol Med.* 2005;35(3):387–93. <https://doi.org/10.1017/s0033291704003538>.
  14. Eikenaes I, Egeland J, Hummelen B, Wilberg T. Avoidant personality disorder versus social phobia: the significance of childhood neglect. *PLoS One.* 2015; 10(3):e0122846. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122846>.
  15. Schorr MT, Tietbohl-Santos B, de Oliveira LM, Terra L, de Borja Telles LE, Hauck S. Association between different types of childhood trauma and parental bonding with antisocial traits in adulthood: a systematic review. *Child Abuse Negl.* 2020;107:104621. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104621>.
  16. Gomes FG, Passos IC, Krolow AC, Reckziegel R, Vasconcelos-Moreno MP, Spanemberg L, et al. Differences in parental bonding between schizophrenia and bipolar disorder: evidence of prodromal symptoms? *Schizophr Res.* 2015;165(2–3):134–7. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.03.032>.
  17. Lima AR, Mello MF, de Jesus Mari J. The role of early parental bonding in the development of psychiatric symptoms in adulthood. *Curr Opin Psychiatry.* 2010;23(4):383–7. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e32833a51ce>.
  18. Hashimoto K, Sugawara N, Tanaka O, Nakamura K, Yasui-Furukori N. Parental bonding and attitudes toward suicide among medical college students in Japan. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:2015–20. <https://doi.org/10.2147/NDT.S70818>.
  19. Mashrouti P, Dolatshahi B, Mohamadkhani P, Pourshahbaz A, Mohammadi F. Parental traits in the relationship of type and severity of psychopathology in young adults. *Pract Clin Psychol.* 2017;5(4):297–304.
  20. Bahreini M, Akaberian S, Ghodsbin F, Yazdankhah Fard M, Mohammadi BM. The effects of parental bonding on depression and self esteem in adolescence. *J Jahrom Univ Med Sci.* 2012;10(1):6–10.
  21. Honda J, Hohashi N. Discrepancies between couples' perceptions of family functioning in child-rearing Japanese families. *Nurs Health Sci.* 2015;17(1): 57–63. <https://doi.org/10.1111/nhs.12148>.
  22. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *Brit J Med Psychol.* 1979;52(1):1–10, DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>.
  23. Behzadi B, Parker G. A Persian version of the parental bonding instrument: factor structure and psychometric properties. *Psychiatry Res.* 2015;225(3): 580–7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.042>.
  24. Takahashi N, Suzuki A, Matsumoto Y, Shirata T, Otani K. Perceived parental affectionless control is associated with high neuroticism. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017;18(13):1111–4. <https://doi.org/10.2147/NDT.S132511>.
  25. Schimmenti A, Bifulco A. Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child Adolesc Mental Health.* 2015;20(1):41–8. <https://doi.org/10.1111/camh.12051>.
  26. Schimmenti A, Maganuco NR, La Marca L, Di Dio N, Gelsomino E, Gervasi AM. "Why Do I Feel So Bad?" Childhood Experiences of Emotional Neglect, Negative Affectivity, and Adult Psychiatric Symptoms. *Mediterr J Soc Sci.* 2015;6(6 S1):259–65. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n6s1p259>.
  27. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl.* 2002;26(6–7):697–714. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00342-3](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00342-3).
  28. Schore AN. *Affect regulation and the repair of the self* (Norton series on interpersonal neurobiology). New York: WW Norton & Company; 2003.
  29. Bowlby J. *Clinical applications of attachment: a secure base*, vol. 85. London: Routledge; 1988.
  30. Thomas AM. An exploration of the relationship between childhood sexual abuse, caregiver support, and maladaptive cognitive schema among incarcerated women. Ohio: Doctoral dissertation, Ohio, University of AKRON; 2008. Retrieved from <https://etd.ohiolink.edu/>.
  31. Pellerone M, Iacolino C, Mannino G, Formica I, Zabbara SM. The influence of parenting on maladaptive cognitive schema: a cross-sectional research on a group of adults. *Psychol Res Behav Manag.* 2017;10:47–58. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S117371>.
  32. Peh OH, Rapisarda A, Lee J. Quality of parental bonding is associated with symptom severity and functioning among individuals at ultra-high risk for psychosis. *Schizophr Res.* 2020;215:204–10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.029>.
  33. Roca Santos M, Vilaregut i Puigdesens A, Palma Sevillano C, Barón FJ, Campreciós Oriols M, Mercadal SL. Basic family relations, parental bonding, and dyadic adjustment in families with a member with psychosis. *Community Ment Health J.* 2020;56(7):1262–8. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00581-z>.
  34. Mannarini S, Balottin L, Palmieri A, Carotenuto F. Emotion regulation and parental bonding in families of adolescents with internalizing and externalizing symptoms. *Front Psychol.* 2018;9:1493. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01493>.
  35. Mannarini S, Balottin L, Toldo I, Gatta M. Alexithymia and psychosocial problems among Italian preadolescents. A latent class analysis approach. *Scand J Psychol.* 2016;57(5):473–81. <https://doi.org/10.1111/sjop.12300>.
  36. Schimmenti A, Jonason PK, Passanisi A, La Marca L, Di Dio N, Gervasi AM. Exploring the dark side of personality: Emotional awareness, empathy, and the Dark Triad traits in an Italian Sample. *Curr Psychol.* 2019;38(1):100–9. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9588-6>.
  37. Kullberg M-L, Maciejewski D, van Schie CC, Penninx BW, Elzinga BM. Parental bonding: psychometric properties and association with lifetime depression and anxiety disorders. *Psychol Assess.* 2020;32(8):780–95. <https://doi.org/10.1037/pas0000864>.
  38. ENNS MW, COX BJ, Clara I. Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* 2002;32(6): 997–1008. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005937>.

## Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

**Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:**

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

**At BMC, research is always in progress.**

Learn more [biomedcentral.com/submissions](https://biomedcentral.com/submissions)



## HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KEBERFUNGSIAN SOSIAL PADA PASIEN SKIZOFRENIA RAWAT JALAN

Fauziah Sefrina, Latipun  
Fakultas Psikologi, Universitas Muhammadiyah Malang  
[fauziahsefrina@gmail.com](mailto:fauziahsefrina@gmail.com)

Keberfungsian sosial merupakan kemampuan individu melaksanakan tugas dan perannya selama berinteraksi pada situasi sosial tertentu. Kemampuan individu sebagai anggota keluarga dalam berfungsi sosial secara positif dan adaptif dapat mencerminkan bagaimana fungsi keluarga seharusnya. Namun, hal tersebut tidaklah mudah bagi individu dengan gangguan skizofrenia yang memiliki hambatan dalam menjalankan peran sosial, sehingga membutuhkan dukungan keluarga. Sebagai unit terkecil masyarakat dan paling dekat dengan individu, keluarga mampu membantu merawat dan mengembangkan kemampuan anggota keluarganya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia rawat jalan. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif korelasional dengan sampel penelitian sebanyak 100 orang. Metode pengambilan data menggunakan skala dukungan keluarga dan skala keberfungsian sosial yang dianalisis menggunakan korelasi *product moment*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan positif yang signifikan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial ( $r = 0,508$ ,  $p = 0,000$ ).

**Kata kunci:** dukungan keluarga, keberfungsian sosial, skizofrenia

*Social functioning of an individual's is an ability to implement its duties an role during interact in certain social situations. The ability of the individual as a member of the family in social functioning positively and adaptively may reflect how families should function. However, it is not easy for individuals with schizophrenia disorder who have barriers in performing social roles, thus requiring the support of the family. As the smallest unit of society and is closest to the individual, the family was able to help maintain and develop the ability of family members. The purpose of this study was to determine the relationship of family support with social functioning in patients with schizophrenia outpatients. This research is a quantitative correlation with a sample of 100 people. The data collection method using a scale of family support and social functioning scale were analyzed using product moment correlation. The results showed that there was a significant positive relationship between family support with social functioning ( $r = 0,508$ ,  $p = 0.000$ ).*

**Key words:** Family support, Social functioning, Schizophrenia.

Skizofrenia atau dikenal dengan “gila” adalah suatu gangguan mental yang melibatkan hampir seluruh aspek psikologis, merupakan gangguan psikosis fungsional yang tidak memiliki ciri fisik untuk diamati. Karakteristik simtom skizofrenia dapat digolongkan dalam dua kelompok yaitu, simtom positif dan simtom negatif. Simtom positif adalah tanda-tanda yang berlebihan, yang biasanya tidak ada pada kebanyakan orang, namun pada individu dengan skizofrenia justru muncul. Delusi dan halusinasi merupakan bagian dalam simtom positif. Simtom negatif adalah simtom yang defisit, yaitu perilaku yang seharusnya dimiliki orang normal, namun tidak dimunculkan oleh pasien skizofrenia, seperti *avolition* (menurunnya minat dan dorongan), berkurangnya keinginan berbicara, afek datar, juga terganggunya relasi sosial (Hawari, 2011).

Prevalensi penderita gangguan jiwa di Indonesia 0,3-1 % dan biasanya timbul pada usia sekitar 18-45 tahun, namun juga ada yang baru berusia 11-12 tahun sudah menderita skizofrenia. apabila penduduk Indonesia sekitar 100 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 1 juta jiwa menderita skizofrenia (Arif, 2006). Tahun 2013 hasil riset kesehatan dasar, menyatakan bahwa penderita gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai angka 1,7 per mil Riskesdas (2013). Sedangkan pada populasi dunia gangguan skizofrenia memiliki angka prevalensi 1% (rata-rata 0,85%), dengan angka insidens skizofrenia 1 per 10.000 orang per tahun (Sinaga, 2007).

Masyarakat awam sering menyebut skizofrenia dengan sejenis penyakit yang tidak mudah untuk dipahami, menakutkan dan tidak wajar. Hampir sebagian besar persepsi masyarakat tentang skizofrenia merupakan persepsi yang keliru. Tak jarang mereka beranggapan bahwa skizofrenia termasuk dalam ranah gangguan kepribadian seperti kepribadian terbelah (*split personality*) maupun kepribadian ganda (*multiple personality*). Gejala yang sering terlihat pada individu ialah perilaku agresif (berteriak, menendang, memberontak, berbuat nekat, dll) sehingga membuat masyarakat percaya bahwa penderita skizofrenia menyukai kekerasan dan bahaya (Dozz, 2005).

Adanya beragam *stigma* tersebut, cukup memberi dampak terhadap sikap yang diberikan pada pasien. Meskipun dalam lingkup sosial, pasien skizofrenia sebagai individu juga merupakan anggota masyarakat, namun ketika individu mengalami gangguan skizofrenia, maka hal tersebut sering dianggap sebagai aib, dianggap sebagai beban karena individu tidak lagi produktif, sehingga tidak dapat menjalankan peran, tugas, serta tanggung jawab sebagaimana diharapkan oleh masyarakat. Akibatnya seringkali penderita skizofrenia disembunyikan, dikucilkan, bahkan pada beberapa daerah di Indonesia pasien skizofrenia dipasung (Hawari, 2011).

Data riset kesehatan dasar pada tahun 2013 yang dilakukan oleh departemen kesehatan Indonesia, menyatakan bahwa individu skizofrenia yang pernah dipasung dengan kriteria tempat tinggal di pedesaan (18,2%) memiliki prosentase lebih tinggi, selisihnya 7,5% dibandingkan tempat tinggal di perkotaan (10,7%), hal ini akibat dari pengobatan serta akses pada pelayanan kesehatan jiwa yang belum memadai hingga tersebar luas pada lapisan masyarakat (Riskesdas, 2013).

Fenomena lain yang masih banyak beredar di kalangan masyarakat Indonesia yaitu adanya kepercayaan, menganggap bahwa skizofrenia merupakan gangguan atau “penyakit” yang disebabkan oleh hal-hal yang tidak rasional ataupun supranatural. Sebagai contoh misalnya ada beberapa anggapan bahwa skizofrenia atau “orang gila” disebabkan karena guna-guna, kemasukan hal-hal gaib seperti ruh, dan sejenisnya.

Sehingga banyak diantara penderita skizofrenia tidak dibawa ke dokter untuk memperoleh pengobatan yang rasional (medik-psikiatri), melainkan berobat dengan cara-cara yang tidak rasional; misalnya dibawa kedukun, “orang pintar”, paranormal, pemuka agama, dan lain sebagainya. Dengan demikian dapat dimengerti apabila penderita skizofrenia tidak mendapatkan terapi atau pengobatan yang tepat sehingga proses penyembuhan pada penderita skizofrenia sering kali terhambat, dan justru semakin parah (Hawari, 2011)

Untuk mencegah peningkatan kompleksitas gangguan dan membuat gejala yang ada semakin parah, beragam metode penanganan dapat diberikan, diantaranya psikofarmaka atau pemberian obat-obatan sejenis untuk mengurangi hingga menghilangkan gejala yang ada, metode ini menjadi penanganan yang umum diberikan kepada pasien, namun tidak sedikit menimbulkan efek samping. Pemberian psikoterapi atau sebuah terapi kejiwaan dapat diberikan ketika keadaan pasien membaik dalam arti pasien mampu menilai realitas dan *insight*. Metode terapi sosial, terapi sosial dimaksudkan untuk membantu pasien mampu beradaptasi kembali dengan lingkungan sosial, merawat diri dan tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat (Hawari, 2011).

Pasien skizofrenia dapat mengalami defisit perawatan diri yang signifikan, tidak memperhatikan kebutuhan kebersihan diri biasa terjadi selama episode psikotik. Pasien menjadi sangat preokupasi (terpaku/terpusat) dengan ide-ide waham atau halusinasi sehingga gagal melaksanakan aktivitas dasar dalam kehidupan sehari-hari. Pasien juga dapat gagal mengenali sensasi lapar dan haus, akibatnya tidak mendapat asupan makanan ataupun cairan yang cukup (Videbeck, 2008). Pada episode psikotik, perawat ataupun *caregives* banyak berperan aktif (*total care*) dalam pemberian perawatan kepada pasien. Setelah selang tiga hingga lima hari pemberian perawatan secara intensif, biasanya pasien mendapatkan keadaan yang lebih baik walaupun masih ada gejala sisa.

Setelah gejala krisis atau psikotik dapat stabil, seperti pasien mampu membangun hubungan dengan realita, mampu berinteraksi dengan orang lain, serta mampu mengungkapkan pikiran dan perasaannya dengan cara yang aman. Maka pasien dapat disarankan untuk melakukan rawat jalan, fokus selanjutnya pada pengembangan kemampuan pasien untuk hidup mandiri dan berhasil dalam masyarakat. Pada tahap ini biasanya membutuhkan perawatan tindak lanjut yang berkesinambungan dengan partisipasi keluarga juga lingkungan masyarakat (Videbeck, 2008.)

Isolasi sosial sering dialami oleh pasien skizofrenia, Pasien merasa sulit berhubungan dengan orang lain, curiga dan tidak mudah percaya. Harga diri rendah pada pasien juga merupakan salah satu efek, karena tidak memiliki keterampilan sosial atau keterampilan berkomunikasi yang dibutuhkan untuk membangun dan mempertahankan hubungan dengan orang lain. pasien tidak percaya diri dan kemudian merasa asing (berbeda) sehingga pasien menghindari kontak sosial (Videbeck, 2008).

Gangguan keberfungsian sosial selalu dialami oleh pasien skizofrenia dan dapat menyebabkan kesulitan dalam memenuhi tuntutan sosial. Kesulitan berfungsi secara sosial di masyarakat, terutama kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Terganggunya fungsi sosial dapat terjadi dalam berbagai bidang fungsi rutin kehidupan sehari-hari, mengingat bahwa meskipun pasien skizofrenia akan membaik bahkan pulih setelah diberikan penanganan yang tepat di rumah sakit, namun mereka cenderung akan

mengalami berbagai kesulitan ketika kembali pada lingkungan rumah (Wiramihardja, 2005).

Menurut Sofa, terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keberfungsian sosial individu yaitu, adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi, individu mengalami frustrasi dan kekecewaan, keberfungsian sosial juga dapat menurun akibat individu mengalami gangguan kesehatan, rasa duka yang berat, atau penderitaan lain yang disebabkan bencana alam. (Ambari, 2010). Awitan atau lamanya individu sakit (skizofrenia) menjadi salah faktor yang penting berpengaruh terhadap kemampuan pasien dalam melakukan fungsi sosial (Videbeck, 2008).

Keterampilan yang perlu ditingkatkan seperti, pasien bersedia berpartisipasi dalam pelaksanaan program terapi, mampu mempertahankan rutinitas tidur serta asupan makanan dan cairan yang cukup, pasien mampu berkomunikasi secara efektif dengan orang lain di dalam masyarakat untuk memenuhi kebutuhannya, juga mampu memperlihatkan kemandirian dalam melakukan aktivitas perawatan diri dapat membantu pasien memenuhi tuntutan sosial, Meskipun pada kapasitas yang sederhana.

Dengan individu mampu melaksanakan tuntutan sosial, maka diharapkan individu menerima kondisi dan dapat menghargai diri sendiri, berusaha membangun dan mempertahankan hubungan dengan orang lain seperti keluarga dapat membantu pasien untuk berjuang bersama menghadapi setiap masalah yang ada, mengurangi rasa harga diri rendah juga kepercayaan diri rendah, sehingga mampu meningkatkan kesehatan individu secara mental.

Selain kemampuan pasien, taraf kesembuhan juga tergantung dari kondisi dan situasi lingkungan tempat tinggal pasien. Lingkungan yang kondusif membantu mencapai taraf kesembuhan lebih baik dan mengurangi kemungkinan pasien relaps (kambuh). Hasil riset dalam sebuah penelitian yang kutip oleh Amelia (2013), menunjukkan bahwa 80% pasien skizofrenia mengalami relaps berulang kali.

Relaps terjadi pada pasien yang cenderung tidak mendapatkan *support* langsung dari keluarga, dan hanya menyerahkan pasien pada rumah sakit dengan pemberian obat-obatan anti psikotik. Hasil penelitian yang dilakukan Amelia (2013) menunjukkan bahwa penyebab pasien relaps disebabkan oleh faktor keluarga, faktor keluarga menjadi paling dominan sehingga pasien menjadi relaps pasca perawatan rumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Kritzinger, (2011) di Afrika juga mendukung pernyataan tersebut. Hasil penelitiannya menyatakan bahwa dengan adanya dukungan keluarga (terapi keluarga) dapat berdampak positif guna mencegah kekambuhan gejala pada pasien skizofrenia. Kundu, (2013) menyatakan bahwa dengan adanya dukungan sosial yang diberikan baik dari keluarga, lingkungan kerja, masyarakat dalam lingkup sosialnya memiliki hubungan yang negatif dengan munculnya gejala positif pada pasien skizofrenia. Sehingga secara eksplisit dikatakan bahwa adanya dukungan sosial dapat meminimalisir munculnya gejala-gejala sehingga terjadi kekambuhan.

Dalam UU kesehatan nomor 23 tahun 1992 pasal 4 menyebutkan; “setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal”. Selanjutnya dalam pasal 5 dinyatakan bahwa; “setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, dan lingkungan”. Berdasarkan dua pasal tersebut, sebagai anggota keluarga memiliki

kewajiban untuk menciptakan dan memelihara kesehatan dalam upaya meningkatkan taraf yang optimal, sejahterah, lahir dan batin, sehingga dihasilkan generasi sehat dan produktif (Rasmun, 2001).

Kemampuan pasien yang terbatas dalam memenuhi kebutuhan dan menjalankan tugas sosial, menuntut untuk mendapatkan bantuan dari orang lain. Bantuan dari orang lain atau dukungan sosial merupakan suatu bentuk bantuan yang datang baik dari keluarga, teman, tetangga, rekan kerja, tenaga profesional, maupun kenalan. Bantuan yang diberikan dapat berupa sumber daya fisik, materil maupun non materil, pemberian informasi, serta bantuan dukungan secara emosional (Dimatteo, 2002).

Kedatangan pasien skizofrenia kembali ke rumah seringkali justru menimbulkan masalah dan beban baru bagi keluarga, beban yang ditanggung oleh keluarga tidak hanya biaya pengobatan yang memang relatif tinggi, melainkan juga berhubungan dengan kesehatan fisik dan mental dalam memberikan perawatan dan pengawasan untuk waktu yang lama, bahkan 24 jam sehari (Ambarsari, 2012).

Agar pasien skizofrenia dapat diterima dikeluarga dan masyarakat, berbagai upaya penyuluhan dan sosialisasi kesehatan jiwa telah diberikan, suatu program pendidikan kesehatan jiwa yang diberikan kepada keluarga dan masyarakat untuk memberikan pengetahuan tentang hal ikhwal gangguan jiwa Skizofrenia, sehingga diharapkan mampu berperan serta dalam upaya pencegahan, terapi, rahabilitas untuk meningkatkan keberfungsian sosial pada pasien (Hawari, 2011).

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor penting dalam upaya meningkatkan motivasi sehingga dapat berpengaruh positif terhadap kesehatan psikologis. Menurut WHO konsep kesehatan psikologis memiliki beberapa faktor, diantaranya strategi *coping*, kemampuan bahasa, pengalaman masa lalu, konsep diri, dan motivasi (Rasmun, 2001).

Masyarakat terkadang salah mengartikan dalam memberikan dukungan terhadap pasien. dukungan yang semestinya diberikan keluarga adalah dukungan yang dapat membuat pasien menjadi lebih mandiri, disiplin, dan tidak banyak bergantung pada orang lain. Namun tidak semua keluarga demikian, beberapa keluarga justru memberikan dukungan secara berlebih, sehingga membuat pasien menjadi sangat bergantung pada keluarga terutama *caregives*.

Keluarga dipandang sebagai suatu sistem dengan relasi yang berfungsi secara unik Arif (2006), definisi keluarga tersebut menegaskan bahwa hakikat keluarga adalah sebuah relasi yang terjalin antar individu yang menjadi bagian didalamnya. Untuk itu, bagaimanapun keadaan yang terdapat dalam suatu anggota keluarga, tetaplah mereka memiliki relasi dan ada relasi yang terjalin didalamnya. Termasuk pada pasien skizofrenia yang juga merupakan anggota dalam suatu keluarga. Menurut Jungbauer, (2004) dalam temuannya menyatakan bahwa banyak pasien yang cenderung hidup bergantung pada orang tuanya baik secara emosional maupun materil.

Adanya dukungan keluarga membuat individu akan merasa diperdulikan, diperhatikan, merasa tetap percaya diri, tidak mudah putus asa, tidak minder, merasa dirinya bersemangat, merasa menerima (ikhlas) dengan kondisi, sehingga merasa lebih tenang dalam menghadapi suatu masalah. Sarafino (1994), menjelaskan bahwa interaksi

dengan orang lain dapat memodifikasi bahkan mengubah persepsi individu pada suatu kondisi, hasil penelitian oleh Pratama (2012), menjelaskan bahwa ada hubungan negatif yang signifikan antara dukungan keluarga dengan depresi pada penderita HIV/AIDS, yang artinya dengan dukungan keluarga dapat mereduksi adanya gejala penyakit timbul pada diri individu.

Ambari (2010) menyatakan hasil penelitian sebelumnya, bahwa terdapat hubungan yang kuat antara dukungan sosial oleh keluarga dengan keberfungsian sosial pasien skizofrenia pasca perawatan rumah sakit dengan sumbangan efektif 69,9%. Menurut Ambari hasil penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat faktor lain yang dapat mempengaruhi keberfungsian sosial pada pasien Skizofrenia pasca perawatan. Dukungan keluarga bukan satu-satunya faktor yang berperan tunggal dalam menumbuhkan keberfungsian sosial pasien Skizofrenia pasca perawatan. Faktor-faktor yang ikut mempengaruhi keberfungsian sosial pada pasien Skizofrenia pasca perawatan, antara lain : lingkungan, budaya, genetik, pengobatan dan keparahan dari penyakit. Penelitian yang dilakukan dengan 30 subjek pasien skizofrenia di RSJ Menur Surabaya itu, menjadikan hasil penelitiannya belum dapat digeneralisasikan, selain itu pada hasil penelitiannya, tidak disebutkan bagaimana proses perubahan yang konkrit antara dua variabel. Oleh sebab itu, peneliti ingin melakukan penelitian dengan subjek dan metode yang berbeda di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang merupakan rumah sakit jiwa terbesar di Indonesia.

Berdasarkan uraian diatas, dapat dirumuskan masalah yang akan diangkat dalam penelitian ini adalah adakah hubungan dukungan keluarga dan keberfungsian sosial pasien skizofrenia rawat jalan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang? Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan dari dukungan sosial yang diberikan keluarga dan keberfungsian sosial pasien skizofrenia rawat jalan di Poli Jiwa RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, selain itu peneliti juga ingin menguraikan bagaimana proses yang terjadi antar dua variabel juga menguraikan hubungan dengan faktor awitan pada pasien skizofrenia. Manfaat penelitian yaitu mendapatkan data usulan sebagai penunjang pemberian dukungan sosial oleh keluarga pada pasien skizofrenia rawat jalan di Poli Jiwa RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Sehingga pasien menjadi lebih mampu menyesuaikan diri dan dapat mencapai taraf kesembuhan yang lebih baik.

### **Keberfungsian sosial**

Keberfungsian sosial didefinisikan sebagai kemampuan seseorang dalam menjalankan tugas-tugas kehidupan sesuai dengan status sosial. Istilah keberfungsian sosial mengacu pada cara ataupun bentuk usaha yang digunakan individu untuk menjalankan peran sosial tertentu, yang harus dilaksanakan sebagai konsekuensi dari keanggotaannya dalam masyarakat. Menurut Achlis (2011) dalam bukunya *Praktek Pekerjaan Sosial*, keberfungsian sosial merupakan kemampuan individu melaksanakan tugas dan perannya dalam berinteraksi dengan situasi sosial tertentu yang bertujuan mewujudkan nilai diri untuk mencapai kebutuhan hidup.

Suharto (2014) mendefinisikan keberfungsian sosial sebagai kemampuan orang (individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat) dengan sistem sosial dalam memenuhi atau merespon kebutuhan dasar, menjalankan peranan sosial, serta menghadapi tekanan (*shock and stress*). Konsep keberfungsian sosial sebagai kemampuan individu, berarti

bahwa individu dianggap memiliki kemampuan dan potensi yang dapat dikembangkan melalui proses belajar.

Menurut Sofa, terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keberfungsian sosial individu yaitu, adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi, individu mengalami frustrasi dan kekecewaan, keberfungsian sosial juga dapat menurun akibat individu mengalami gangguan kesehatan, rasa duka yang berat, atau penderitaan lain yang disebabkan bencana alam. (Ambari, 2010).

Awitan atau lamanya individu sakit (skizofrenia) menjadi salah faktor yang penting berpengaruh terhadap kemampuan pasien dalam melakukan fungsi sosial. Bagi individu yang menderita skizofrenia pada usia dini memperlihatkan perkembangan hasil akhir lebih buruk daripada individu yang mengalaminya pada usia yang lebih tua. Pada pasien dengan usia lebih muda memperlihatkan penyesuaian premorbid (pra-sakit) yang cenderung lebih buruk, tanda negatif yang lebih nyata, dan gangguan kognitif yang lebih banyak (Videbeck, 2008).

### **Keluarga**

Konsep keluarga dapat diartikan sebagai unit dasar dalam masyarakat, merupakan segala bentuk hubungan kasih sayang antar manusia dengan tinggal bersama dan berinteraksi untuk memenuhi kebutuhan antar individu. 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, memiliki peran masing-masing menciptakan dan mempertahankan suatu nilai (Friedman, 2010).

Fungsi dasar keluarga adalah untuk memenuhi kebutuhan anggota keluar dan masyarakat yang lebih luas. Tujuan terpenting yang perlu dipenuhi keluarga adalah menghasilkan anggota baru (fungsi produksi) dan melatih individu tersebut menjadi bagian dari anggota masyarakat (fungsi sosialisasi) (Friedman, 2010).

Fungsi keluarga akan menjadi suatu perhatian ketika salah sorang anggota keluarga adalah individu dengan gangguan skizofrenia. Adapun fungsi keluarga menurut Friedman, (1998) meliputi:

- a. Fungsi afektif, kebahagiaan keluarga diukur dengan kekuatan saling mengasihi antar anggota keluarga. Keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang anggota keluarganya karena respon kasih sayang yang diberikan antar anggota satu dengan yang lainnya akan memberikan penghargaan terhadap kehidupan dalam suatu keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi, sosialisasi merujuk banyaknya pengalaman belajar yang telah diberikan keluarga pada anggota keluarga untuk mendidik pasien skizofrenia tentang cara menjalankan fungsi sosial yang seharusnya dalam lingkungan masyarakat, sehingga anggota keluarga dengan skizofrenia mampu merasa diterima oleh lingkungan sosial.
- c. Fungsi reproduksi, fungsi reproduksi merupakan salah satu fungsi dasar bagi keluarga untuk menjaga adanya generasi baru dan menyediakan anggota baru bagi masyarakat.
- d. Fungsi ekonomi, fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan kebutuhan yang cukup, seperti mencari sumber-sumber penghasilan untuk

memenuhi kebutuhan sehari-hari dalam keluarga, pengaturan dalam penggunaan pendapatan sebagai pemenuhan kebutuhan, serta menabung untuk persediaan pemenuhan kebutuhan dimasa mendatang.

- e. Fungsi perawatan kesehatan, upaya untuk meningkatkan taraf kesembuhan pada pasien skizofrenia dengan salah satu cara yang diberikan oleh anggota keluarga yaitu dengan menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap munculnya bahaya.

Keluarga yang berhasil adalah keluarga yang dapat berfungsi dengan baik, bahagia dan kuat tidak hanya seimbang dalam memberikan perhatian terhadap anggota keluarga yang lain namun juga menghabiskan waktu bersama-sama, memiliki hubungan komunikasi yang baik, memiliki tingkat orientasi yang tinggi terhadap agama, dan menghadapi suatu permasalahan yang ada dengan pemikiran yang positif. Suatu patologi keluarga dapat muncul akibat dari perkembangan yang disfungsi Abraham, (1997). Kerjasama antar anggota keluarga sangat dibutuhkan dalam pemecahan suatu penyelesaian masalah bila ada krisis utamanya apabila hal tersebut terjadi pada anggota keluarga dengan skizofrenia.

### **Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, dukungan yang diberikan pada setiap siklus perkembangan kehidupan juga berbeda. Dengan adanya dukungan yang diberikan oleh keluarga membuat anggota keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sehingga dapat meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2010).

House dan Kahn dalam Friedman (2010), menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan, diantaranya :

- a. Dukungan emosional, merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga berupa memberikan perhatian, kasih sayang, serta empati. Dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga termasuk individu dengan skizofrenia. Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga dalam memberikan perlindungan dan dukungan psikososial bagi anggota keluarga, keluarga bertindak sebagai sumber utama dari cinta, kasih sayang, dan pengasuhan. Salah satu nilai keluarga yang penting ialah menganggap keluarga sebagai tempat memperoleh kehangatan, dukungan, dan penerimaan. Loveland, Cherry mengutarakan bahwa kasih sayang dikalangan anggota keluarga menghasilkan suasana emosional pengasuhan yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan secara positif (Friedman, 1998).
- b. Dukungan informasi, pemberian dukungan informasi peran keluarga dinilai sebagai pusat informasi, artinya keluarga diharapkan mengetahui segala informasi terkait dengan anggota keluarga dan penyakitnya. Seperti, pemberian saran dan sugesti, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkap suatu permasalahan. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat meminimalisir munculnya tekanan yang ada pada diri individu akibat tuntutan di lingkungan masyarakat, seperti memberikan nasehat, usulan, petunjuk, serta pemberian informasi yang mungkin akan dibutuhkan oleh anggota keluarga yang lain, juga

- diberikan kepada anggota keluarga dengan skizofrenia sebagai upaya meningkatkan status keseimbangannya Friedman (1998). Dukungan informasi yang dapat diberikan pada anggota keluarga dengan skizofrenia seperti memberikan pengertian juga penjelasan mengenai gangguan yang tengah dialami sekarang, ketika ia dapat mengerti maka penting baginya untuk mengikuti aturan dalam mengkonsumsi obat-obat yang ia perlukan dengan tepat waktu sehingga individu dengan skizofrenia mampu memberikan *coping* adaptif pada stimulus. Selain itu dapat pula memberitahukan akan tugas-tugas sosialnya, paling tidak sampai ia mampu untuk mengurus kebutuhan dirinya sendiri, seperti mandi sendiri, makan sendiri, dan lain-lain.
- c. Dukungan instrumental, Friedman menjelaskan dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu melayani dan mendengarkan anggota keluarga dalam menyampaikan pesannya. Dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit (Suwardiman, 2011).
  - d. Dukungan penilaian, keluarga bertindak sebagai pemberi umpan balik untuk membimbing dan menengahi pemecahan masalah, seperti memberikan *support*, penghargaan, dan perhatian. Dukungan penilaian merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada anggota keluarga, menunjukkan respon positif yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide, juga perasaan seseorang. Menurut Friedman dukungan penilaian keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap anggota keluarga yang dapat meningkatkan status kesehatannya. Dengan adanya dukungan ini maka anggota keluarga akan mendapatkan pengakuan atas kemampuan dan usaha yang telah dilakukannya (Suwardiman, 2011).

Pemberian Perhatian, dan juga bimbingan yang bersifat kontinue atau diberikan secara terus-menerus kepada pasien skizofrenia dapat memberikan kontribusi besar terhadap perkembangan fungsi peran sosial pada masyarakat menjadi lebih baik, dari pada mereka yang tidak (Man Bae, 2010).

Pemberian dukungan sosial dalam keluarga menunjukkan bahwa orang-orang yang menerima dukungan memiliki kesehatan yang lebih baik dari pada mereka yang tidak menerima dukungan. Demikian juga individu dengan hubungan sosial yang lebih luas bersama masyarakat memiliki angka harapan hidup lebih tinggi dari pada mereka yang hanya memiliki beberapa hubungan sosial dalam masyarakat (Dimatteo, 2002).

Gerungan (2004), memberikan gagasan bahwa hubungan sosial mampu mendukung kesehatan dan juga kesejahteraan individu. Kesehatan dan kebahagiaan tidak hanya dipengaruhi oleh kesejahteraan sosial. Namun adanya kenikmatan, kedekatan, hubungan yang saling mendukung akan memiliki resiko yang lebih sedikit dari penyakit. Artinya jika suatu hubungan sosial yang baik dapat terjalin dalam masyarakat, maka individu sebagai anggota masyarakat dapat merasakan adanya kenikmatan, kedekatan, saling bergantung, dan saling membutuhkan, serta saling mendukung. Sehingga resiko adanya tekanan (*stress*) dapat berkurang dan meminimalisir timbulnya gejala penyakit dengan taraf kesehatan yang lebih baik.

## Skizofrenia

Skizofrenia merupakan penyakit kronis, kompleks, dan heterogen yang mempengaruhi sebagian besar fungsi dari aspek psikologis, dampak yang berat akibat individu dengan skizofrenia dapat menghancurkan aspek kekeluargaan, peranan dalam lingkup sosial, dan ketergantungannya terhadap obat antipsikotik sebagai faktor utama dalam mencegah terjadinya kekambuhan dan munculnya gejala-gejala yang ada pada pasien (Juruena, 2011).

Skizofrenia merupakan salah satu kelompok dari gangguan psikotik, yang mempunyai karakteristik gejala positif dan negatif. Gejala positif pada individu dengan skizofrenia diantaranya, (1) Delusi atau wawam, suatu keyakinan yang tidak rasional, (2) halusinasi atau pengalaman panca indera tanpa ransangan (stimulus), (3) kekacauan alam pikir, pembicaraan yang tidak dapat diikuti alurnya, (4) gaduh, gelisa, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, berbicara dengan afek berlebih, (5) perasaan curiga berlebih, (6) menyimpan rasa permusuhan. Sedangkan gejala negatif dapat terlihat dari adanya, (1) alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”, (2) menarik diri dari lingkungan sosial atau mengasingkan diri (*withdrawn*), (3) minim kontak emosional dengan orang lain, sukar diajak bicara dan pendiam, (4) pasif dan apatis, (5) tidak memiliki minat dan dorongan (*avolition*) (Hawari, 2011).

Individu dengan skizofrenia sering mengalami kemunduran dalam menjalankan fungsi sehari-hari. Kemampuan yang memburuk dalam bekerja, sekolah, berinteraksi dengan orang lain, dan merawat diri (Sinaga, 2007).

Meyer seorang pendiri psikobiologi, mendefinisikan skizofrenia maupun gangguan mental yang lain merupakan reaksi terhadap tekanan dalam kehidupan, yang dinamakan sindrom suatu reaksi skizofrenik. Sullivan, pendiri bidang psikoanalisis interpersonal, menekankan isolasi sosial sebagai penyebab dan gejala skizofrenia (Kaplan, 2010).

Menurut Dalami, (2009) terdapat beberapa masalah psikososial sehubungan dengan penyakit kronis, diantaranya :

Kehilangan kesehatan atau kesejahteraan, disebabkan karena adanya rasa ketergantungan pada pemberi pelayanan, keluarga, dan alat-alat yang dapat menimbulkan gangguan emosi dan fisik. Kehilangan kemandirian, individu dengan penyakit kronis dalam mempertahankan hidup membutuhkan bantuan dari orang lain maupun bantuan alat, sehingga individu tersebut dapat mencapai fungsi yang optimal. Kehilangan keramahan lingkungan, perasaan ini timbul ketika individu masuk dalam lingkungan baru dan belum mampu untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan tersebut. Kehilangan rasa nyaman, Kehilangan fungsi fisik dan mental, kehilangan konsep diri, hal ini karena adanya perubahan persepsi pada dirinya akibat gejala dan perawatan yang diberikan akan mempengaruhi *bodyimage*. Kehilangan peran sosial, akibat kemampuan individu yang terbatas untuk melakukan aktivitas dan partisipasi dalam kegiatan sosial di lingkungan. Serta kehilangan peran dalam keluarga, akibat penyakit kronis, peran yang biasanya dilakukan dalam keluarga menjadi terganggu atau bahkan tidak dapat dilakukan, seperti ayah sebagai pencari nafkah keluarga, dan ibu berperan menjalankan kegiatan rumah tangga.

## Dukungan Keluarga dan Keberfungsian Sosial pada Pasien Skizofrenia

Berdasarkan kajian teoritis sebelumnya, ada keterkaitan antara dukungan sosial yang diberikan keluarga atau dukungan keluarga terhadap keberfungsian individu dalam menjalankan peran kehidupan sosial. Terdapat sebuah proses yang berlangsung ketika individu mendapatkan dukungan keluarga sebelum akhirnya individu mampu berfungsi secara sosial dimasyarakat.

Pasien skizofrenia yang menjalani rawat jalan pasca perawatan rumah sakit, memiliki kemampuan yang terbatas dalam menjalankan segala aktivitas. Berbagai masalah psikososial seperti yang di ungkapkan Dalami, (2009) menjadi stimulus timbulnya *stressor* pada individu, sehingga sulit untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan.

Jika individu berada pada kondisi stress ia akan menggunakan berbagai cara untuk mengatasinya, individu dapat menggunakan satu atau lebih sumber koping yang ada. Terdapat beberapa sumber koping berdasarkan komponen biopsikososial dari model stress adaptasi, yaitu kemampuan personal, dukungan sosial, aset materi, dan keyakinan positif (Rasmun, 2001).

Dukungan sosial menjadi salah satu sumber yang utama sering pasien rawat jalan, terutama dari keluarga sebagai wali pasien. Menurut Friedman, (2010) dukungan yang diberikan keluarga kepada pasien mencakup 4 aspek yaitu, dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penilaian. Dari empat aspek tersebut dapat saling berkesinambungan dalam praktiknya. Ketika individu mendapatkan dukungan tersebut secara maksimal, maka individu akan belajar menggunakan *coping* yang positif terhadap tekanan yang ada dalam diri individu maupun dari luar.

Menurut Firdaus, Perilaku *coping* yang positif dapat memberikan manfaat agar individu mampu dan dapat melanjutkan kehidupan walaupun ia memiliki masalah, yaitu untuk mempertahankan keseimbangan emosi, mempertahankan citra diri (*self image*) yang positif, mengurangi tekanan lingkungan atau menyesuaikan diri terhadap hal-hal negatif dari hubungan yang mencemaskan terhadap orang lain (Hasan, 2013).

*Coping* berkaitan dengan bentuk-bentuk usaha yang dilakukan individu untuk melindungi dari tekanan-tekanan psikologis yang ditimbulkan oleh pengalaman sosial. *Coping stress* yang efektif menghasilkan sikap penyesuaian diri yang cenderung menetap, menjadikan sikap sebagai kebiasaan baru untuk memperbaiki situasi yang lama (Rasmun, 2001).

Kemampuan *coping* individu dengan gangguan skizofrenia akan sangat membutuhkan input dari luar individu, seperti di lingkungan sosial berupa dukungan sosial. Sumber-sumber dukungan sosial dapat berasal dari keluarga sebagai lingkup terkecil, lingkungan tempat tinggal, rekan kerja/ komunitas, dsb. Sarason, (1998) mengatakan bahwa adanya dukungan sosial akan sangat membantu individu untuk melakukan penyesuaian diri, ditambah dengan perilaku *coping* yang positif serta pengembangan kepribadian, dapat berfungsi sebagai penahan untuk mencegah dampak psikologis yang bersifat gangguan.

Keterampilan yang didapatkan individu dengan adanya strategi *coping*, membentuk individu untuk bersikap mandiri. Sehingga mampu menjalankan fungsi sosial sebagaimana seharusnya.

### **Hipotesis**

Peneliti mengajukan hipotesis yaitu terdapat hubungan positif antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia rawat jalan. Semakin tinggi dukungan yang diberikan keluarga maka semakin tinggi tingkat keberfungsian individu secara sosial.

## **METODE PENELITIAN**

### **Rancangan penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif, merupakan pendekatan dengan data yang dikumpulkan berupa data kuantitatif atau jenis data lain yang dapat dikuantitatifasikan, dan diolah dengan menggunakan teknik statistik.

Proses pengambilan data menggunakan pendekatan *cross sectional*, yaitu suatu pengukuran atau pengambilan data dari variabel bebas dan variabel terikat dilakukan hanya satu kali dalam satu waktu ketika penelitian berlangsung.

Desain penelitian yang digunakan penelitian ini adalah kuantitatif korelasional. Selain bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antar variabel namun juga bertujuan untuk menjelaskan dan memprediksi suatu kejadian yang berhubungan variabel.

### **Subjek Penelitian**

Populasi dari penelitian ini adalah pasien skizofrenia yang tercatat sebagai pasien di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat, Lawang. Berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan, terdiagnosis gangguan jiwa (skizofrenia) dari RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat.

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel berdasarkan karakteristik yang telah ditentukan dan diketahui lebih dahulu berdasarkan ciri dan sifat populasinya (Winarsunu, 2004). Adapun kriteria subjek diantaranya, merupakan pasien skizofrenia rawat jalan di Poli Jiwa RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat, bersikap kooperatif, mampu berkomunikasi, pasien pernah menjalankan rawat inap atau masuk rumah sakit (MRS) dan bersedia menjadi responden penelitian. jumlah subjek dalam penelitian ini adalah 100 pasien skizofrenia rawat jalan di Poli Jiwa RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat, Lawang (Roscoe dalam Sugiyono, 2012)

### **Variable dan Instrumen Penelitian**

Penelitian ini menggunakan dua variabel, yakni variabel bebas (X) dan variabel terikat (Y). Adapun yang menjadi variabel bebas (X) (*independent*) adalah dukungan keluarga dan variabel terikatnya (Y) (*dependent variable*) adalah keberfungsian sosial

Keberfungsian sosial yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu respon subjek yang mencerminkan penilaian individu atas kemampuan dirinya dalam melaksanakan fungsi sosial. Keberfungsian sosial diukur dengan skala keberfungsian sosial (SKS) yang disusun berdasarkan tiga indikator menurut definisi Suharto (2014), yaitu Individu mampu memenuhi ataupun merespon kebutuhan dasar (5 item), Individu mampu melaksanakan peran sosial sesuai dengan status dan tugasnya (4 item), dan individu mampu menghadapi tekanan (*shock and stress*) (2 item), dengan total keseluruhan pada SKS 11 item. Contoh item “saya melakukan pekerjaan saya hingga tuntas”. skor skala berada pada rentangan 11-55, semakin tinggi skor yang diperoleh menunjukkan semakin tinggi taraf keberfungsian sosial individu, begitu sebaliknya semakin rendah skor yang diperoleh semakin rendah taraf keberfungsian sosial individu. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas diperoleh hasil bahwa nilai validitas SKS adalah 0,444-0,821 dan nilai reliabilitas yang diperoleh adalah 0,861

Dukungan keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu respon subjek yang mencerminkan persepsi individu terhadap dukungan atau bantuan yang ia terima dari anggota keluarga. Dukungan keluarga diukur dengan skala dukungan keluarga (SDK) yang disusun oleh Suwardiman (2011) berdasarkan empat aspek menurut definisi Friedman (2010), yaitu dukungan emosional (6 item), dukungan instrumental (6 item), dukungan informatif (6 item), dukungan penilaian (6 item), total keseluruhan item pada SDK 24 item dengan nilai reliabilitas 0,948. Contoh item “keluarga menjelaskan dan melatih cara menjaga kebersihan diri pada saya”. Skor skala berada pada rentangan 24-120, semakin tinggi skor yang diperoleh menunjukkan semakin tinggi dukungan keluarga yang diterima individu, begitu sebaliknya semakin rendah skor yang diperoleh semakin rendah dukungan keluarga yang diterima individu.

### **Prosedur dan Analisa data Penelitian**

Penelitian yang akan dilakukan memiliki tiga prosedur utama sebagai berikut:

Persiapan, tahap persiapan dimulai dari peneliti melakukan pendalaman materi melalui kajian teoritik. Peneliti menyusun dan mengadaptasi alat ukur berdasarkan aspek dalam variabel, selanjutnya peneliti meminta ijin untuk melakukan penelitian (pengambilan data) kepada instansi. Peneliti melakukan uji coba atau *try out* dengan jumlah subjek *try out* (homogen) 30 pasien skizofrenia di Yayasan Dian Atmajaya dan di RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat, kemudian peneliti melakukan analisa data menggunakan SPSS untuk mendapatkan item valid dan reliabel.

Pelaksanaan, pada tahap pelaksanaan peneliti melakukan penyebaran skala pada 100 pasien skizofrenia rawat jalan yang datang melakukan kontrol di Poli Jiwa RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat. Memberikan dua skala, skala dukungan keluarga dan skala keberfungsian sosial.

Terakhir, tahap analisa yaitu menganalisa hasil yang didapatkan dari penyebaran dua skala kepada 100 subjek. Data-data yang telah diperoleh kemudian diinput dan diolah dengan menggunakan program perhitungan statistik *Statistical Package For Social Sciense* (SPSS) 21, yaitu analisis parametrik (subjek >30 orang) dengan jenis data interval. Menggunakan analisis uji korelasi *Product moment*. Selanjutnya, peneliti membahas hasil analisa bersama dengan data penunjang observasi dan wawancara. Berdasarkan hasil diskusi, peneliti membuat kesimpulan penelitian (Winarsunu, 2004).

**HASIL PENELITIAN**

Berdasarkan hasil analisa dapat diketahui bahwa dari 100 responden penelitian terdapat jumlah responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki sebanyak 70 orang (70%) dan responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 30 orang (30%). Kemudian jika dilihat berdasarkan Usia responden, dari 100 subjek penelitian, responden yang berada pada kategori usia dewasa awal sebanyak 68 orang (68%), dewasa madya sebanyak 31 orang (31%), dan dewasa akhir sebanyak 1 orang (1%). Sedangkan lamanya responden sakit (Awitan), dari 100 responden yang diteliti, sebanyak 61 orang (61%) sakit selama 5 tahun ke atas (16 tahun) dan sebanyak 39 orang (39%) sakit selama 3 bulan-4 tahun. Kategori responden penelitian juga diambil berdasarkan Masuk Rumah Sakit (MRS) atau responden pernah mengalami rawat inap di RSJ. Dari 100 responden penelitian terdapat jumlah responden dengan MRS 1 hingga 2 kali sebanyak 35 orang (35%) dan responden dengan MRS 3 hingga 10 kali sebanyak 65 orang (65%).

Tabel 1. Deskripsi Subjek

Kategori	Frekuensi	Presentase
<b>Usia</b>		
Dewasa Awal	68	68%
Dewasa Madya	31	31%
Dewasa Akhir	1	1%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	70	70%
Perempuan	30	30%
<b>Awitan</b>		
3 bulan-4 tahun	39	39%
5 tahun ke atas (16 tahun)	61	61%
<b>MRS (Masuk Rumah Sakit)</b>		
≤ 2 kali	35	35%
≥ 2 kali	65	65%

Berdasarkan hasil analisa tabulasi deskripsi data dengan variabel diketahui bahwa pada variabel dukungan keluarga, usia responden dewasa awal dengan dukungan keluarga tinggi sebanyak 39 orang (57%), usia dewasa madya sebanyak 12 orang (39%), dan pada usia dewasa akhir tidak ada yang memiliki dukungan keluarga tinggi. Sedangkan dukungan keluarga rendah pada usia dewasa awal sebanyak 29 orang (43%), dewasa madya sebanyak 19 orang (61%), dan usia dewasa akhir sebanyak 1 orang (100%). Dilihat jenis kelamin laki-laki, sebanyak 34 orang (49%) dan perempuan sebanyak 17 orang (57%) memiliki dukungan keluarga tinggi, sedangkan sebanyak 36 orang (51%) laki-laki dan perempuan sebanyak 13 orang (43%) memiliki dukungan keluarga rendah. Berdasarkan Awitan responden, sebanyak 24 orang (62%) sakit selama 3 bulan-4 tahun dan sebanyak 27 orang (44%) sakit selama 5-16 tahun memiliki dukungan keluarga tinggi, sedangkan yang memiliki dukungan keluarga rendah sebanyak 15 orang (38%) sakit selama 3 bulan-4 tahun dan 34 orang (56%) sakit selama 5-16 tahun. Berdasarkan MRS responden, sebanyak 21 orang (60%) MRS 1-2 kali dan sebanyak 30 orang (46%) MRS 2-10 kali memiliki dukungan keluarga tinggi. Sedangkan sebanyak 14 orang (40%) MRS 1-2 kali dan sebanyak 35 orang (54%) MRS 2-10 kali memiliki dukungan keluarga rendah.

Pada variabel keberfungsian sosial usia responden dewasa awal dengan keberfungsian sosial tinggi sebanyak 39 orang (57%), usia dewasa madya sebanyak 17 orang (55%), dan pada usia dewasa akhir tidak ada yang memiliki keberfungsian sosial tinggi. Sedangkan keberfungsian sosial rendah pada usia dewasa awal sebanyak 29 orang (43%), dewasa madya sebanyak 14 orang (45%), dan usia dewasa akhir sebanyak 1 orang (100%). Dilihat jenis kelamin laki-laki, sebanyak 38 orang (54%) dan perempuan sebanyak 18 orang (60%) memiliki keberfungsian sosial tinggi, sedangkan sebanyak 32 orang (46%) laki-laki dan perempuan sebanyak 12 orang (40%) memiliki keberfungsian sosial rendah. Berdasarkan Awitan responden, sebanyak 23 orang (59%) sakit selama 3 bulan-4 tahun dan sebanyak 33 orang (54%) sakit selama 5-16 tahun memiliki keberfungsian sosial tinggi, sedangkan yang memiliki keberfungsian sosial rendah sebanyak 16 orang (41%) sakit selama 3 bulan-4 tahun dan 28 orang (46%) sakit selama 5-16 tahun. Berdasarkan MRS responden, sebanyak 23 orang (66%) MRS 1-2 kali dan sebanyak 33 orang (51%) MRS 2-10 kali memiliki keberfungsian sosial tinggi. Sedangkan sebanyak 12 orang (34%) MRS 1-2 kali dan sebanyak 32 orang (49%) RMS 2-10 kali memiliki keberfungsian sosial rendah.

Tabel 2. Perhitungan Tabulasi Skala Dukungan Keluarga dan Keberfungsian Sosial

Kategori	Dukungan Keluarga		Keberfungsian Sosial	
	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
<b>Usia</b>				
Dewasa Awal	57%	43%	57%	43%
Dewasa Madya	39%	61%	55%	45%
Dewasa Akhir	0%	100%	0%	100%
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	49%	51%	54%	46%
Perempuan	57%	43%	60%	40%
<b>Awitan</b>				
3 bulan-4 tahun	62%	38%	59%	41%
5 tahun ke atas (16 tahun)	44%	56%	54%	46%
<b>MRS (Masuk Rumah Sakit)</b>				
≤ 2 kali	60%	40%	66%	34%
≥ 2 kali	46%	54%	51%	49%

Hasil analisa tabulasi silang pada variabel dapat diketahui bahwa dari 100 subjek penelitian terdapat 51 responden (51%) memiliki dukungan keluarga tinggi dan 47 responden (47%) memiliki dukungan keluarga rendah. Sedangkan pada keberfungsian sosial dapat diketahui bahwa dari 100 subjek penelitian terdapat 56 responden (56%) memiliki keberfungsian sosial tinggi dan 44 responden (44%) memiliki keberfungsian sosial rendah. Menunjukkan bahwa baik dukungan keluarga maupun keberfungsian sosial yang diberikan tinggi dan tidak memiliki perbedaan yang signifikan dengan *score* rendah.

Tabel 3. Perhitungan *Score* Skala Dukungan Keluarga dan Keberfungsian Sosial

Kategori	Frekuensi	Presentase
<b>Dukungan Keluarga</b>		
Tinggi	51	51%
Rendah	49	49%
<b>Keberfungsian Sosial</b>		
Tinggi	56	56%
Rendah	44	44%

Berdasarkan hasil uji korelasi diambil keputusan bahwa terdapat hubungan positif yang signifikan antara dukungan keluarga dan keberfungsian sosial ( $r = 0.508$ ,  $p = 0.000$ ) pada pasien skizofrenia rawat jalan. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin tinggi keberfungsian sosial pasien skizofrenia rawat jalan. Sumbangan variabel dukungan keluarga terhadap keberfungsian sosial sebesar 25.8%

## DISKUSI

Dari penelitian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa ada hubungan positif yang signifikan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pasien skizofrenia rawat jalan ( $r = 0,508$ ). Menunjukkan semakin tinggi dukungan keluarga, maka semakin tinggi keberfungsian sosial pasien skizofrenia rawat jalan, sebaliknya semakin rendah dukungan keluarga yang pasien terima maka semakin rendah keberfungsian sosial. Hasil penelitian ini membuktikan hipotesa yang menyatakan bahwa ada hubungan positif dukungan keluarga dan keberfungsian sosial pasien skizofrenia rawat jalan dapat diterima. Sehingga dengan terbuktinya hipotesa, maka dukungan keluarga yang diberikan dapat meningkatkan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia rawat jalan.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian sebelumnya oleh Ambari (2010) terhadap pasien skizofrenia pasca perawatan rumah sakit di RSJ Menur Surabaya. Hasil dari penelitian Ambari menyatakan keberfungsian sosial yang tinggi pada pasien di pengaruhi oleh dukungan yang diberikan keluarga. Dukungan dengan cara *active engagement* ataupun *protective buffering* dapat mengembalikan kepercayaan diri pasien pasca perawatan sehingga ia mau untuk bersosialisasi dengan orang lain dan dapat mengembangkan kemampuannya.

Hasil penelitian lain juga dapat menjelaskan penelitian ini adalah penelitian Arsova S, Bajraktarov S, Barbov I, & Hadzihamza K (2014) tentang perawatan diri terhadap pasien skizofrenia. Menjelaskan bahwa keberfungsian sosial pasien jauh lebih baik serta mengalami peningkatan setelah diterapkan cara pengobatan yang integratif, selain psikofarmaka pemberian pengobatan psikososial (intervensi keluarga, pelatihan keterampilan sosial, dan lain-lain) memberikan efek positif pada pasien untuk mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik.

Menurut Sinaga (2007), penanganan secara integratif perlu bagi pasien skizofrenia, melihat pada sifat individual pasien dan keluarga dengan sosial psikologis yang berbeda-beda sehingga membutuhkan jenis penanganan yang kompleks. Terapi dengan

melibatkan keluarga bertujuan untuk memberikan pengetahuan mengenai skizofrenia, sehingga keluarga paham dan mengerti apa yang harus dilakukan untuk mengoptimalkan kondisi pasien menjadi lebih baik. Hal serupa telah dilaksanakan oleh pihak RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat yaitu, pemberian edukasi pada keluarga (seperti, minum obat teratur, kontrol setiap bulan/setiap ada keperluan, dirumah pasien diberi kegiatan sesuai kemampuan, diikuti kegiatan keluarga, dsb.) sebagai salah satu prosedur ketika pasien dijemput keluarga untuk pulang.

Pentingnya pemberian dukungan keluarga dapat dijelaskan pada hasil penelitian Yusra (2012), terhadap kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe 2. Menjelaskan bahwa dengan adanya dukungan keluarga sangat membantu pasien untuk dapat meningkatkan keyakinan akan kemampuannya melakukan tindakan perawatan diri. Responden sebagai pasien yang berada dalam lingkungan keluarga dan diperhatikan oleh anggota keluarganya akan dapat menimbulkan perasaan nyaman dan aman sehingga akan tumbuh rasa perhatian terhadap diri sendiri dan meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri. Perasaan nyaman dan aman pada responden dapat timbul dengan adanya dukungan baik secara emosional, informatif, instrumental, maupun secara penilaian.

Menghadapi beragam persoalan setelah keluar dari rumah sakit, bagi pasien skizofrenia rawat jalan bukanlah hal yang mudah, mengingat adanya stigma dari masyarakat terhadap “orang gila” yang dianggap sebagai individu dengan perilaku aneh dan sukar sembuh serta mengalami isolasi sosial membuat pasien merasa rendah diri sehingga berusaha menghindari kontak sosial. Maka dari itu, dukungan arahan, bimbingan, perhatian secara emosional dari orang terdekat sangat berarti dan membantu pasien dalam menghadapi segala masalah dan keluhan yang ada. Seperti mendengarkan keluhan-keluhan pasien, menerima kondisi dan ikut berempati pada apa yang dirasakan pasien, merasa permasalahan yang dihadapi pasien adalah masalah yang harus diselesaikan bersama dengan demikian pasien merasakan adanya perhatian lebih, merasa bahwa ada keluarga yang senantiasa berada disampingnya, memberikan arahan dan bimbingan bagaimana mengatasi suatu persoalan, yang nantinya dengan keterampilan diajarkan kembali dan dilatih dapat membuat pasien mampu bersikap adaptif sehingga timbul rasa percaya diri untuk mengatasi permasalahan secara mandiri. Memberikan penghargaan terhadap perilaku positif yang telah dilakukan pasien juga bermanfaat sebagai penguat agar perilaku dapat bersifat menetap.

Hasil menunjukkan fakta bahwa dukungan keluarga yang diterima responden dan keberfungsian sosial responden tinggi dengan selisih yang tidak terlalu jauh berbeda dengan *score* rendah. Menjelaskan bahwa tidak sedikit pasien skizofrenia rawat jalan yang memiliki dukungan keluarga rendah sehingga kemampuan untuk berfungsi secara sosialnya juga rendah, hasil penelitian menyebutkan sumbangan efektif variabel sebesar 25,8%. Berbeda dengan hasil penelitian Ambari (2010), yang menyebutkan bahwa dukungan yang diberikan keluarga tinggi terhadap keberfungsian sosial pasien, dengan prediktor variabel 69,9% efektif mempengaruhi keberfungsian sosial pasien. Penelitian ini bertentangan karena populasi yang digunakan berbeda. Ambari menggunakan populasi yaitu pasien yang menderita skizofrenia kurang dari lima tahun dan keluar dari rumah sakit tidak lebih dari 1 bulan, sedangkan pada penelitian ini peneliti menggunakan populasi dengan awitan dan jangka waktu keluar dari rumah sakit yang tidak terbatas, sehingga ketika jangka waktu pasien pulang dari rumah sakit kurang dari

1 bulan, maka kondisi pasien dapat dikatakan baik dibandingkan dengan yang bertahun-tahun. Maka keluarga belum merasa jenuh untuk merawat pasien.

Pemberian dukungan keluarga untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam menjalankan fungsi sosial juga dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti usia awitan (lamanya pasien sakit) muncul menentukan seberapa baik kemajuan pasien ketika pemberian perawatan. Semakin lama sakit ditangani berakibat pada tingkat keparahan sakit sehingga pemberian perawatan dan dukungan keluarga juga akan semakin sulit dan waktu yang dibutuhkan lebih lama.

Pada responden penelitian ditemukan 70% mayoritas berjenis kelamin laki-laki. Insiden penderita skizofrenia lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan. (Kaplan, 2010). Laki-laki cenderung sering mengalami perubahan peran dan penurunan interaksi sosial serta kehilangan pekerjaan, hal ini sering menjadi penyebab laki-laki lebih rentan terhadap masalah-masalah mental termasuk depresi (Soejono, Setiati, & wiwie. 2000). Banyaknya penderita gangguan jiwa berjenis kelamin laki-laki baik yang melakukan kontrol di Poli Kesehatan Jiwa (PKJ) maupun yang rawat inap di RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat, berdasarkan hasil wawancara dengan perawat RSJ, menyebutkan karena keadaan ego laki-laki yang terlalu tinggi sehingga tidak mudah meluapkan atau mengekspresikan emosi kepada orang lain, akibatnya perasaan ataupun keluhan dipendam hingga berpengaruh terhadap kesehatan psikisnya.

Fakta lain didapatkan dari penelitian ini adalah usia subjek lebih didominasi pada usia produktif yaitu usia dewasa awal (68%). Data *American Psychiatric Assosiation* (APA) tahun 1995 1% penduduk dunia menderita skizofrenia. 75% Penderita skizofrenia dimulai pada usia 16-25 tahun. Hurlock (2001), menjelaskan bahwa masa dewasa awal merupakan suatu masa penyesuaian diri cara hidup baru dengan memanfaatkan kebebasan yang diperolehnya. Usia remaja dan dewasa muda memang beresiko tinggi melihat tahap perkembangan dengan penuh stressor.

Menurut Suntrock masa dewasa termasuk masa transisi, baik transisi secara fisik (*physically trantition*), transisi secara intelektual (*cogitive trantition*), serta transisi peran sosial (*social role trantition*). Masa-masa ini sangat rentan terhadap timbulnya berbagai macam gangguan yang berdampak terutama pada kesehatan psikis. ketika individu pada masa ini telah mengalami gangguan yang kompleks seperti skizofrenia, jelas akan terlihat yang pertama kali adalah kemampuan fungsi sosial yang menurun drastis. Sebuah penelitian yang dilakukan dienam negara di Eropa mendapatkan, lebih dari 80% pasien skizofrenia dewasa mengalami masalah fungsi sosial yang menetap (Hunter dan Barry, 2010). Gangguan fungsi sosial merupakan karakteristik penting dan mendasar yang menyebabkan pasien skizofrenia tidak mampu menyesuaikan diri dengan kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan frekuensi MRS responden, responden MRS satu hingga dua kali memiliki dukungan keluarga tinggi hal tersebut seimbang dengan keberfungsian sosial yang dimiliki juga tinggi. Namun, semakin sering responden MRS semakin menurun juga tingkat dukungan yang diterima dari keluarga. Rata-rata penyebab responden berkali-kali menjalani MRS karena kekambuhan penyakitnya. Kekambuhan yang terjadi disebabkan karena *coping* pasien yang buruk, termasuk kepatuhan dalam mengkosumsi obat juga kepatuhan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari yang diarahkan oleh keluarga. Menurut Niven (2002), menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan

salah satu faktor yang dapat mempengaruhi ketidakpatuhan. Selain itu, individu juga dapat berpengaruh pada ketidakpatuhan, seperti pengobatan dalam jangka waktu yang lama dan terus menerus akan memberikan pengaruh pada pasien. pasien akan merasa jenuh dan bosan jika terus menerus minum obat, terlebih lagi ketika pasien sudah tidak merasakan adanya gejala atau keluhan dari penyakitnya bahkan pasien telah merasa sembuh dan tetap harus menjalani pengobatan dalam waktu yang tidak dapat ditentukan. Keadaan seperti itulah yang menyebabkan ketidakpatuhan muncul.

### SIMPULAN DAN IMPLIKASI

Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh hasil bahwa hipotesa penelitian diterima yang berarti bahwa ada hubungan positif yang signifikan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial ( $r = 0.508$ ,  $p = 0.000$ ). Nilai signifikansi ( $0.000 < 0.01$ ) lebih kecil dari taraf signifikansi yang digunakan 1%. Implikasi dari penelitian ini adalah untuk pasien skizofrenia rawat jalan khususnya pada responden penelitian agar terus berusaha meningkatkan keberfungsian sosialnya dengan banyak melakukan aktivitas-aktivitas sederhana baik didalam rumah ataupun mengikuti kegiatan sosial dilingkungan sekitar. Bagi keluarga pasien, tetap berusaha mengupayakan memberikan dukungan secara emosional, dukungan penghargaan atas hasil kerja yang pasien coba lakukan sehingga ia merasa di diakui, juga dukungan dengan cara membimbing bukan memanjakan yang dapat meningkatkan keberfungsian sosial pasien. Bagi peneliti selanjutnya yang tertarik melakukan penelitian dengan tema-tema serupa, agar lebih memperhatikan karakteristik subjek seperti tipe skizofrenia.

### REFERENSI

- Abraham, C., & Shanley, E. (1997). *Psikologi sosial untuk perawat*. Jakarta: EGC
- Achlis. (1992). *Praktek pekerjaan sosial*. Bandung:STKS.
- Ambarsari, R.D., & Sari, E.P. (2012). Penyesuaian diri caregivers orang dengan skizofrenia (ODS). *Jurnal Psikologika*, 17(2).
- Ambari, P.K.M. (2010). *Skripsi Hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia pasca perawatan di rumah sakit*. Bandung: UNDIP
- Amelia, D.R., & Anwar, Z. (2013). Relaps pada pasien skizofrenia. *Jurnal JIPT*. 1(1).
- Arif, I.S. (2006). *Skizofrenia memahami dinamika keluarga pasien*. Bandung: Refika Aditama.
- Arsova, S., Bajraktarov, S., Barbov, I., & Hadzihamza K. (2014). Patient with schizophrenia and self-care. *Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2(2), 289-292.

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, KemenKes RI. (2013). *Riset kesehatan dasar 2013*. Accessed on September 2, 2015 from [www.depkes.go.id/resources/download/.../Hasil%20Risksedas%202013.p](http://www.depkes.go.id/resources/download/.../Hasil%20Risksedas%202013.p).
- Dalami, E., dkk. (2009). *Asuhan keperawatan jiwa dengan masalah psikososial*. Jakarta: CV. Trans InfoMedia.
- Dimatteo, M. Robin. (2002). *Health psychology*. Boston: A Pearson Education Company.
- Dozz, Minister Supply and Service Canada. (2005). *Schizophrenia*. Yogyakarta.
- Friedman, M.M., Bowden, O., & Jones, M. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga*. Jakarta: EGC.
- Gerungan, W.A. (2004). *Psikologi sosial*. Bandung: Refika Aditama.
- Hasan, N., & Rufaidah, E.R. (2013). Hubungan antara dukungan sosial dengan strategi coping pada penderita stroke RSUD Dr.Moewardi Surakarta. *Jurnal Telenta Psikologi*, 2(1).
- Hunter R., & Barry S. (2010). Impact of negative symptoms on psychosocial functioning in schizophrenia. EGOFORs Research Group [http://www.psyring.co.uk/media/media\\_142692\\_en.pdf](http://www.psyring.co.uk/media/media_142692_en.pdf). Diakses 14 Januari 2016.
- Hawari, D. (2012). *Skizofrenia pendekatan holistik BPSS*. Jakarta: FKUI.
- Jungbauer, J., Stelling, K., Dietrich, S., & Angermeyer, M.C. (2004). Schizophrenia: problems of separation in families. *Journal of Advanced Nursing*. 47(6), 605–613.
- Juruena, M.F., Sena, E.P.d., & Oliveira, I.R.d. (2011). Sertindole in the management of schizophrenia. *Journal of Central Nervous System Disease*, 3,75–85 doi: 10.4137/JCNSD.S5729.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (2010). *Sinonpis psikiatri-ilmu pengetahuan perilaku-psikiatri klinis*. Tangerang: Binarupa Aksara Publisher.
- Kundu, P.S., dkk. (2013). *Journal Current social functioning in adult-onset schizophrenia and its relation with positive symptoms Industrial Psychiatry Journal*, 22.
- Kritzinger, J., Swartz, L., Mall, S., & Asmal, L. (2011). Family therapy for schizophrenia in the South African context: challenges and pathways to implementation. *African Journal of Psychology*, 41(2), 140-146.
- Man Bae, S., Hwan Lee, S., Min Park, Y., Ho Hyun, M., & Hiejin Yoon. (2010). Journal predictive factors of social functioning in patients with schizophrenia: exploration for the best combination of variables using data mining. *Korean Neuropsychiatric Association*, 7, 93-101, doi:10.4306/pi.2010.7.2.93.
- Pratama, P.A., Sulistyarini, R.I. (2012). Dukungan keluarga dan depresi pada penderita HIV/AIDS di Yogyakarta. *Jurnal Psikologika*, 7(2).

- Rasmun. (2001). *Keperawatan kesehatan mental psikiatri terintegrasi dengan keluarga*. Jakarta: PT. Fajar Interpratama.
- Sarafino, E.P. (1994). *Biopsychosocial interaction-health psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B & Sarason, B.R. (1983). *Assesing social support: the social support questionnaire*. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Semium, Y. (2006). *Kesehatan mental 3*. Yogyakarta: Kasinus.
- Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia dan diagnosis banding*. Jakarta: FKUI.
- Sugiyono. (2012). *Statistik untuk penelitian*. Bandung: ALFABETA.
- Suharto, E. (2014). *Mebangun masyarakat memberdayakan rakyat*. Bandung: Refika Aditama.
- Suwardiman, D. (2011). *Tesis Hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapiutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang*. Depok: FIKUI.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. USA: EGC.
- Winarsunu, T. (2004). *Statistik dalam penelitian pikologi dan pendidikan*. Malang: UMM Press.
- Wiramihardja, S.A. (2005). *Pengantar psikologi abnormal*. Bandung: Refika Aditama
- Yusra, A. (2012). *Tesis Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 di poliklinik penyakit dalam rumah sakit umum pusat fatmawati Jakarta*. Depok: UI.

# HUBUNGAN ANTARA SIKAP KELUARGA DENGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP PENDERITA *SKIZOFRENIA* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PEKAUMAN BANJARMASIN

*Neno Hariadi*<sup>1</sup>, *Dwi Martha Agustina*<sup>2</sup>, *Murjani*<sup>3</sup>  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Suaka Insan Banjarmasin  
[nenohariadi@gmail.com](mailto:nenohariadi@gmail.com)

## INTISARI

**Latar Belakang:** *Skizofrenia* merupakan penyakit jiwa yang paling sering ditemukan di fasilitas-fasilitas kesehatan dan keperawatan jiwa di Indonesia. Penyakit ini menimbulkan masalah tersendiri bagi keluarga mengingat masih kentalnya persepsi negative masyarakat terhadap penyakit ini. Dukungan dari keluarga sangat diharapkan dapat membantu klien untuk dapat cepat beradaptasi dengan lingkungan sehat dan meningkatkan kemungkinan sembuh dan produktif kembali.

**Tujuan:** Mengetahui hubungan antara sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita *Skizofrenia* di wilayah kerja puskesmas Pekauman Banjarmasin.

**Metode:** Jenis penelitian kuantitatif dengan metode *cross sectional*. Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *purposive* sampling dengan jumlah sampel 48 responden. Instrument penelitian berupa kuesioner. Analisa data menggunakan analisis deskriptif dan untuk mencari hubungan digunakan analisis uji *chi square*.

**Hasil:** Perhitungan distribusi sikap keluarga dengan dukungan keluarga klien *skizofrenia* menunjukkan 39,13% (sikap keluarga kurang), klien *skizofrenia* yang dukungan keluarganya 55,1%. Hasil uji korelasi *chi square* pada sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita *skizofrenia* menunjukkan *p value* 0,021 dengan tingkat signifikan 0,05. Karena *p value* lebih kecil dari 0,05 maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima.

**Kesimpulan:** Ada hubungan yang signifikan antara sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin.

**Kata Kunci** : Sikap keluarga, Dukungan keluarga, Penderita *Skizofrenia*  
**Rujukan** : 20 ( 2004 – 2016)

## PENDAHULUAN

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan dimana seseorang yang terbebas dari gangguan jiwa, dan memiliki sikap positif untuk menggambarkan tentang kedewasaan serta kepribadiannya. Menurut data WHO pada tahun 2012 angka penderita gangguan jiwa mengkhawatirkan secara global, sekitar 450 juta orang yang menderita gangguan mental. Orang yang mengalami gangguan jiwa sepertiganya tinggal di negara berkembang, sebanyak 8 dari 10 penderita gangguan mental itu tidak mendapatkan perawatan (Kemenkes RI, 2012).

*Skizofrenia* merupakan sindrom klinik bervariasi, yang sangat mengganggu, dengan psikopatologi terentang dari disfungsi kognitif, gangguan proses pikir, gangguan emosi, gangguan persepsi, dan gangguan perilaku. Penderita *Skizofrenia* umumnya mengalami penurunan kemampuan fungsional sehingga cenderung memerlukan bantuan dan pertolongan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya (Sadock, 2007)

Pada saat ini penderita dengan *Skizofrenia* jumlahnya mengalami peningkatan terkait dengan berbagai macam permasalahan yang dialami oleh bangsa Indonesia mulai dari kondisi perekonomian yang memburuk, kondisi keluarga atau latar belakang pola asuh anak yang tidak baik sampai bencana alam yang melanda Negara kita. Kondisi seperti ini dapat menimbulkan masalah - masalah psikososial maupun ekonomi, misalnya saja kondisi keluarga yang tidak baik atau pola asuh anak pada waktu kecil yang tidak baik maka ada kecenderungan anak akan mengalami gangguan jiwa *skizofrenia* (Maramis, 2004 dalam Sufyan Hidayat, 2015).

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum

merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2010). Dukungan keluarga adalah bagian integral dari dukungan sosial. Dampak positif dari dukungan keluarga adalah meningkatkan penyesuaian diri seseorang terhadap kejadian-kejadian dalam kehidupan. Dukungan keluarga meliputi informasi verbal atau non-verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penderita *Skizofrenia* (Friedman 2010). Dukungan keluarga merupakan bentuk pemberian dukungan terhadap anggota keluarga lain yang mengalami permasalahan, yaitu memberikan dukungan pemeliharaan, emosional untuk mencapai kesejahteraan anggota keluarga dan memenuhi kebutuhan psikososial (Potter & perry, 2009 ).

Berdasarkan hasil penelitian dari Rudi Maslim dalam Mubarta (2011) prevalensi masalah kesehatan jiwa di Indonesia sebesar 6,55%. Angka tersebut tergolong sedang dibandingkan dengan negara lainnya. Data dari 33 Rumah Sakit Jiwa (RSJ ) yang ada di seluruh Indonesia menyebutkan hingga kini jumlah penderita gangguan jiwa berat mencapai 2,5 juta orang. Penderita gangguan jiwa berat dengan usia di atas 15 tahun di Indonesia mencapai 0,46%. Hal ini berarti terdapat lebih dari 1 juta jiwa di Indonesia yang menderita gangguan jiwa berat. Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa 11,6% penduduk Indonesia mengalami masalah gangguan mental emosional (Riset kesehatan dasar, 2007). Sedangkan pada tahun 2013 jumlah penderita gangguan jiwa mencapai 1,7 juta (Riskesdas, 2013).

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di Yogyakarta, aceh , sulawesi selatan, Bali, dan jawa tengah. Proporsi RT yang pernah memasung ART gangguan jiwa 14,3 persen dan terbanyak pada penduduk yang tinggal dipedesaan

(18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintal indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0%. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, di Yogyakarta dan Nusa Tenggara Timur.

Berdasarkan studi pendahuluan di wilayah kerja puskesmas pekauman Banjarmasin pada tahun 2015 jumlah penderita gangguan jiwa berjumlah sebanyak 275 orang dan dari data pada tahun 2016 dari bulan Januari- Oktober jumlah penderita gangguan jiwa sebanyak 814 orang. Penderita gangguan jiwa/ sering mendapat stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat di sekitarnya dibandingkan dengan individu yang menderita penyakit medis lainnya. Hal ini tampak lebih jelas dialami oleh penderita *Skizofrenia*, mereka sering mendapatkan perlakuan yang tidak manusiawi, misalnya perlakuan kekerasan, diasingkan, diisolasi atau di pasung. Mereka bahkan sering sekali disebut sebagai orang gila (*insanity* atau *madness*). Perlakuan ini disebabkan karena ketidaktahuan atau pengertian yang salah dari keluarga atau anggota keluarga masyarakat mengenai *Skizofrenia*.

Untuk paparan masalah tersebut diatas, mak peneliti bertujuan untuk melihat hubungan antara sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita Skizofrenia terutama di wilayah kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin.

## METODE PENELITIAN

### Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan metode *cross-sectional*.

### Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini ada dua yaitu sikap keluarga (Independent) dan dukungan keluarga (Dependent) terhadap penderita *Skizofrenia*.

## Sampel Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah keluarga penderita *skizofrenia* yang ada di wilayah kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin dengan jumlah sekitar 94 keluarga penderita. Untuk kepentingan penelitian, peneliti mengambil keluarga penderita yang mengalami *skizofrenia* sebanyak 48 orang.

## Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin sejak tanggal 14 november 2016 sampai dengan 10 mei 2017.

## Alat Pengumpulan Data

Peneliti menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner untuk mengukur Sikap keluarga dan bentuk dukungan keluarga dalam perawatan klien. Kedua variable ini meliputi: Dukungan emosional dan penghargaan, dukungan material, dukungan informasi atau pengetahuan, dan dukungan penilaian. Selanjutnya, pengukuran sikap keluarga dilakukan dalam bentuk kuesioner dengan menggunakan skala likert. Uji validitas dan realibilitas dilakukan dengan melakukan Uji coba kuesioner dilakukan terhadap 20 orang anggota keluarga yang mengalami *Skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Teluk.

## Tehnik Analisa Data

Penelitian ini menggunakan teknik analisa data secara Univariat dan Bivariat.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Responden

Tabel 1. Karakteristik Usia Keluarga klien yang menderita *Skizofrenia* Di wilayah kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin Tahun 2017.

Usia	Frekuensi	%
12-20 (Remaja)	12	38.9 %
21-40 (Dewasa Muda)	23	53.3 %
41-65 (Dewasa)	8	5.6 %
>65 (Lansia)	5	2.2 %
Jumlah	48	100%

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa keluarga dengan usia 12-20 tahun ada

sebanyak 12 orang (38,9 %), keluarga dengan usia 21-40 tahun sebanyak 23 orang (53,3%), keluarga dengan usia 41-65 tahun sebanyak 8 orang (5,6%), dan keluarga dengan usia  $\geq$  65 tahun keatas sebanyak 5 orang (2,2%). Responden terbanyak berada pada rentang usia 21-40 tahun, yakni sebanyak 23 orang (53,3%).

Tabel 2. Karakteristik Jenis Kelamin Keluarga yang menderita *skizofrenia* Tahun 2017.

Jenis Kelamin	F	%
Laki-laki	30	59,42%
Perempuan	18	40,58%
Jumlah	48	100

Berdasarkan tabel di atas dapat kita lihat bahwa responden yang terbanyak berjenis kelamin laki-laki yakni 30 orang (59,42%), sedangkan responden yang berjenis kelamin perempuan yakni 18 Orang (40,58%). Pada saat penelitian berlangsung, jumlah responden pria yang keluarganya memiliki penderita *skizofrenia* lebih banyak laki-laki dibandingkan wanita, hal ini dikarenakan ada beberapa orang responden perempuan yang tidak bersedia untuk menjadi responden ketika penelitian dilakukan, dan biasanya dari keluarga yang mewakili satu orang menjadi responden dalam mengisi kuesioner.

Tabel 3. Karakteristik Pendidikan Keluarga yang memiliki penderita *skizofrenia* Tahun 2017.

Pendidikan	F	%
SD	10	14,49%
SMP	19	31,89%
SMA	20	39,13%
PT	7	11,49%
Jumlah	48	100

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa keluarga yang memiliki penderita *skizofrenia* paling banyak dengan pendidikan terakhir SMA sebanyak 20 orang (39,13%), keluarga dengan pendidikan terakhir SMP sebanyak 19 orang (31,89%), Sedangkan keluarga dengan pendidikan terakhir PT sebanyak 7 orang (11,49%) dan SD sebanyak 10 orang (14,49%). Responden dengan latar belakang pendidikan SMA dan SMP hampir berimbang

jumlah perbandingannya yakni 39,13% SMA dan 31,89% SMP.

Tabel 4. Karakteristik Pekerjaan Keluarga yang menderita *skizofrenia* Tahun 2017.

Pekerjaan	F	%
Ibu Rumah Tangga	15	34,79%
Swasta	30	60,87%
PNS	3	4,34%
Jumlah	48	100

Berdasarkan karakteristik responden menurut pekerjaan pada tabel diatas maka, keluarga dengan pekerjaan Non PNS (wiraswasta, petani, buruh dan lain-lain) ada sebanyak 30 orang (60,87%), Ibu Rumah Tangga ada sebanyak 15 orang (34,79%), dan dengan pekerjaan PNS sebanyak 3 orang (4,34%). Dapat disimpulkan bahwa keluarga klien *skizofrenia* paling banyak pekerjaannya swasta.

#### Analisis Univariat

##### Sikap keluarga terhadap penderita *skizofrenia*

Tabel 5. Gambaran sikap keluarga pada penderita *skizofrenia* di wilayah Puskesmas Pekauman.

No	Sikap Keluarga	N	%
1	Baik	13	29%
2	Cukup	15	31,9%
3	Kurang	20	39,1%
	Jumlah	48	100

Dari tabel di atas terlihat bahwa hubungan antara sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita *skizofrenia* berada dalam kategori baik berjumlah 13 orang (29%), sedangkan kategori cukup berjumlah 15 orang (31,9%), dan kurang berjumlah 20 orang (39,1%).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa (39,1%) sikap keluarga terhadap anggota keluarga mereka yang mengalami *skizofrenia* adalah kurang, sehingga dapat diketahui bahwa secara umum sikap keluarga mengenai dukungan terhadap penderita *skizofrenia* termasuk dalam kategori kurang. Apabila ditelaah lebih dalam lagi, faktor yang

menyebabkan kurangnya sikap keluarga kepada klien *skizofrenia* berdasarkan hasil penelitian terletak pada kurangnya pemantauan terhadap klien seperti meminum obat yang benar. Kadang-kadang obat yang diberikan oleh dokter untuk dibawa pulang kerumah bisa tidak diminum oleh Klien dan oleh keluarga hal ini kemungkinan diabaikan saja. Keluarga sudah memberikan pemantauan untuk aktivitas minum obat, tapi kadang bisa luput juga karena Klien yang juga memiliki kecenderungan untuk berbohong dan berkata bahwa Ia sudah minum obat. Selanjutnya, ketika Klien mau kontrol atau mengikuti terapi, Klien sering tidak mau dan selalu mengatakan tidak karena klien merasa dirinya sudah sehat.

Pada kenyataan yang ada di kuesioner terlihat bahwa keluarga masih kadang-kadang melaksanakan poin-poin tersebut. Peneliti juga memperoleh informasi dari keluarga mengenai alasan mereka kadang-kadang (jarang) melaksanakan poin tersebut adalah karena mereka lebih memilih pekerjaan dan jarak rumah mereka yang jauh dari puskesmas sehingga keluarga jarang datang mengunjungi atau mendampingi dalam pengobatan. Keluarga pun masih jarang membawa klien untuk kontrol ke Dokter dan mengikuti terapi sesuai dengan anjuran dokter atau perawat walaupun obat jalannya sudah habis.

Sikap seseorang dalam memberikan dukungan merupakan langkah awal dalam sebuah motivasi dalam memberikan dukungan terhadap klien gangguan jiwa/*skizofrenia* terutama agar proses penyembuhannya berjalan dengan cepat, apabila sikap dalam memberikan dukungan tidak baik, bisa di pastikan motivasi dalam memberikan dukungan terhadap penderita gangguan jiwa/ *skizofrenia* rendah, sikap dalam memberikan dukungan tersebut seperti dukungan informasi, dukungan harga diri, dan dukungan praktis harus dimiliki keluarga agar motivasi dalam memberikan dukungan terhadap klien gangguan jiwa tinggi (Marlyn & Friedman 2011).

Peran serta keluarga seharusnya lebih bertanggung jawab dalam perawatan penderita gangguan jiwa/*skizofrenia*. Setelah di lakukan penelitian pada kenyataannya masih ada beberapa keluarga yang tidak menjalankan perannya dengan baik, hal ini tidak sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien. Umumnya, keluarga meminta bantuan tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup merawatnya. Oleh karena itu asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya untuk memulihkan keadaan klien tetapi bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga tersebut (Yosep, 2007).

Keluarga memiliki suatu peranan yang kompleks, dimana antara anggota keluarga yang satu dengan yang lain memiliki peran dan tanggung jawab masing-masing tetapi semuanya itu memiliki hubungan yang tidak dapat dipisahkan. jika ada salah satu anggota keluarga sakit maka ini akan berpengaruh pula bagi anggota keluarga yang lain walaupun terkadang pengaruh itu tidak terlihat. Adanya tanggung jawab dan saling membutuhkan dalam keluarga menyebabkan saling membutuhkan antara satu dengan yang lain. Jika salah satu anggota keluarga mengalami sakit maka anggota keluarga yang lain turut berperan dalam mengambil keputusan ataupun dalam memperoleh pengobatan. Hal ini berkaitan dengan apa yang diungkapkan oleh Friedman (2010) yang menyatakan bahwa peran dari keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga secara individu, mulai dari strategi-strategi hingga fase rehabilitasi.

Tabel 6. Distribusi dukungan keluarga terhadap penderita *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Pekauman.

No	Dukungan Keluarga	F	%
1	Baik	28	55.1%
2	Cukup	15	44.9%

3	Kurang	5	1.1%
	Jumlah	48	100%

Dari tabel di atas terlihat bahwa dukungan keluarga terhadap penderita *skizofrenia* berada dalam kategori dukungan baik (55,1%), sedangkan kategori yang cukup ada (44,9%), dan dukungan yang kurang (1,1%) dan Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa (55,1%) keluarga memberikan dukungan kepada Klien dalam mencapai kesembuhan dan optimal potensi dan produktivitasnya.

Dukungan emosional yang baik memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

Dukungan informasional, Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasihat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stresor. Individu yang mengalami.

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh

individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

Dukungan penilaian ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi coping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif (Friedman, 2010).

#### Analisa bivariat

Tabel 4.11 Tabel silang hubungan antara sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita *skizofrenia* di wilayahkerja puskesmas pekauman Banjarmasin.

Sikap keluarga	Dukungan keluarga			Total
	Baik	Cukup	Kurang	
Baik	Jlh 5 (10,1) (%)	7 (18,9)	0 (0)	13
Cukup	Jlh 9 (24,6) (%)	2 (7,2)	4 (0)	15
Kurang	Jlh 13 (20,3) (%)	5 (18,8)	1 (1,1)	20
Total	Jlh 28 (55,1) (%)	5 (44,9)	5 (1,1)	48 10 0

**Chi-square : 0,021 ; Sig. 0,05 ( $\alpha = 0,05$ )**

Berdasarkan analisis korelasi seperti pada tabel dapat dilihat bahwa sikap keluarga yang baik dengan dukungan keluarga penderita *skizofrenia* sebesar 10,1%, dan 18,9 % sikap keluarga dengan dukungan keluarga penderita *skizofrenia* yang baik. Sedangkan sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita *skizofrenia* cukup adalah sebesar 24,6%, dan 7,2% dukungan keluarga

dengan dukungan keluarga penderita skizofrenia yang cukup. Untuk sikap keluarga dengan dukungan keluarga penderita skizofrenia yang kurang adalah sebesar 20,3%, dan 18,8% sikap keluarga dengan dukungan keluarga penderita skizofrenia yang cukup. Untuk dukungan keluarga yang termasuk dalam kategori baik masih terdapat penderita skizofrenia yang masih cukup baik sebanyak 7 orang (18,9 %). Hal ini dikarenakan masih kurangnya pengetahuan dan pemahaman yang benar tentang pemberian obat, tanda dan gejala skizofrenia atau gejala yang mendadak pada penderita, serta penanganan atau perawatan penderita *skizofrenia* ketika di rumah. Pengetahuan keluarga tentang tanda dan gejala sangat penting oleh karena klien di rumah maka peran perawat digantikan oleh keluarga yang ada dirumah.

Keluarga klien perlu mempunyai sikap yang positif untuk mencegah terjadinya keparahan pada Klien *Skizofrenia*. Keluarga perlu mempunyai sikap menerima Klien, memberi respon positif kepada Klien, membantu klien bersosialisasi kembali dengan lingkungan di sekitar, menghargai klien sebagai anggota keluarga dan menumbuhkan sikap tanggung jawab kepada Klien. Sikap permusuhan yang ditunjukkan oleh keluarga terhadap klien akan berpengaruh terhadap kesembuhan klien. Sedangkan untuk dukungan keluarga yang termasuk dalam kategori kurang, penderita skizofrenia ada yang tidak terlalu parah sebanyak 13 orang (18,8%). Hal ini dikarenakan penderita *skizofrenia* tidak memiliki karakteristik hiperaktif, lingkungan sosial di masyarakat mau menerima keberadaan klien, dan klien selalu minum obat walaupun tanpa diingatkan oleh keluarga.

Berdasarkan analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* pada sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita skizofrenia menunjukkan *p value* 0,021 dengan tingkat signifikan 0,05. Karena *p value* lebih kecil dari 0,05 maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima . Artinya, ada hubungan antara sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita *skizofrenia*.

Hasil penelitian di wilayah kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin menunjukkan bahwa sikap keluarga terhadap dukungan keluarga penderita skizofrenia yang datang berobat termasuk dalam kategori kurang, hal ini ditunjukkan dari hasil analisis yang menyatakan bahwa 39,13% memperoleh skor dengan rentang nilai <56% sikap keluarga dalam kategori kurang, dan 55,1% penderita skizofrenia dalam dukungan keluarga kategori masih kurang. Hal ini disebabkan karena masih kurangnya perhatian keluarga pada anggota keluarga yang sedang sakit diakibatkan keluarga yang terlalu sibuk dengan urusan masing-masing, acuh tak acuh karena kurang mengerti dengan penyakit yang dialami Klien.

Hal tersebut diatas menyebabkan penderita *skizofrenia* yang sudah sehat memiliki kecenderungan untuk mengalami kekambuhan lagi sehingga membutuhkan penanganan medis dan perlu perawatan dan obat. Hal ini tidak sesuai dengan teori Menurut Caplan (1998) di kutip dari Tirsawti 2012 yang menerangkan bahwa keluarga memiliki delapan fungsi suportif, termasuk diantaranya dukungan informasional (keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan disseminator/penyebarkan informasi tentang dunia), dukungan penilaian/appraisal (keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota), dukungan instrumental (keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit), dukungan emosional (keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi). Jadi, keluarga memainkan sebuah peran yang sangat penting dalam menentukan perilaku anggota keluarganya yang sakit, bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan program penyembuhan dan pemulihan akan sangat berkurang. Pentingnya peran serta keluarga dalam klien gangguan jiwa/*skizofrenia* dapat dipandang dari berbagai segi. Pertama, keluarga

merupakan tempat di mana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya (Clement dan Buchanan, 1982).

Teori Roy yang didukung oleh Kozier, (2010) yang menyatakan bahwa respon adaptasi pasien yang adaptif juga dapat dipengaruhi oleh strategi koping yang baik dimana strategi koping yang digunakan adalah strategi koping jangka panjang dan Kozier menegaskan bahwa strategi koping jangka panjang dapat konstruktif dan realistis. Koping adaptif membantu individu menghadapi kejadian yang menimbulkan stress dan menimbulkan distress yang diakibatkannya secara efektif.

Mayoritas responden memiliki respon yang adaptif karena mereka memiliki persepsi yang baik terhadap perubahan yang terjadi sehingga tidak mempengaruhi hubungan mereka dengan orang lain dan mampu untuk hidup mandiri. Mayoritas 33 responden yang memiliki fungsi peran yang adaptif tidak lepas juga dari faktor usia dan pendidikan yang dimana menurut peneliti kedua hal tersebut saling berhubungan dengan perilaku dan sikap seseorang dalam beradaptasi terhadap perubahan yang dialaminya saat ini, hal ini juga tidak lepas dari dorongan dari kemampuan ingin cepat sembuh dalam dirinya maupun dorongan dari keluarganya. Menurut teori Lambert & Niccol dalam Imelda, (2014) mengatakan perilaku adaptif merupakan kemampuan untuk melakukan: fungsi otonomi (functional autonomy); tanggung jawab sosial (social responsibility); kemampuan penyesuaian terhadap orang-orang (interpersonal adjustment).

Menurut Friedman (2010), sistem pendukung yang diberikan oleh keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan sosial yang dipandang anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses untuk keluarga. Demikian halnya Taylor (2009), menyatakan bahwa seseorang dengan dukungan sosial keluarga yang tinggi dapat mengalami penurunan level stres dan kemudian menimbulkan koping terhadap stres selanjutnya tercipta keberhasilan dalam beradaptasi.

Hal ini didukung oleh teori Roy yang menegaskan bahwa untuk mampu beradaptasi setiap individu akan berespon terhadap kebutuhan fisiologis, kebutuhan akan konsep diri yang positif, kemampuan untuk hidup mandiri serta kemampuan akan berperan dan berfungsi secara optimal untuk memelihara integritas diri, dan individu selalu berada dalam rentang sehat sakit yang berhubungan dengan koping yang efektif dalam memelihara proses adaptasi.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diperoleh, maka dapat diberikan kesimpulan dari hubungan antara sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin.

1. Sikap keluarga terhadap penderita *skizofrenia* ini menunjukkan bahwa 39,1% sikap yang kurang baik.
2. Dukungan keluarga terhadap penderita *skizofrenia* ini menunjukkan bahwa (55,1%) Dukungan emosional yang banyak diberikan keluarga.
3. Ada hubungan yang signifikan antara sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita *skizofrenia* di wilayah kerja puskesmas pekauman Banjarmasin.

## SARAN

### 1. Bagi puskesmas

Perawat atau tenaga kesehatan :

- a. Poliklinik bagi tenaga kesehatan yang bertugas diharapkan dapat memberikan pendidikan kesehatan dan menganjurkan kepada keluarga klien untuk berobat secara rutin ke puskesmas, poliklinik atau rumah sakit jiwa terdekat ketika klien berada di rumah.
- b. Perawat yang ada di puskesmas diharapkan dapat memberikan penkes (pendidikan kesehatan) kepada keluarga klien dan menganjurkan kepada keluarga supaya berobat secara rutin.

## 2. Bagi Keluarga

Bagi keluarga Klien, khususnya kepada keluarga yang masih kurang dukungannya pada klien *skizofrenia* hendaknya harus mengetahui dan memahami tentang peran keluarga dalam upaya memberikan dukungan terhadap klien skizofrenia, serta keluarga perlu mempunyai sikap menerima klien, memberi respon positif kepada klien, menghargai klien, membantu klien bersosialisasi dengan lingkungan, lebih memperhatikan dan memberikan motivasi kepada klien agar cepat sembuh.

## 3. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Melihat banyaknya kekurangan yang terdapat pada penelitian ini, maka peneliti berharap agar peneliti selanjutnya bisa melakukan penelitian mengenai faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga, pengaruh motivasi keluarga, dan hubungan tingkat pengetahuan keluarga dengan tingkat kecemasan pada klien *skizofrenia*.
- b. Bagi peneliti yang ingin melanjutkan penelitian ini, diharapkan agar mampu memperdalam teori tentang sikap keluarga dengan dukungan keluarga terhadap penderita *skizofrenia*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dharma, Dr. Kelana. Kusuma. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta Timur : CV Trans Info Media
- Emzir, Prof. Dr. (2011). *Metodologi Penelitian Pendidikan : Kuantitatif Dan Kualitatif* Cetakan 5. Jakarta : Rajawali Pers.
- Dwi Hartanto, Arif Widodo, Wachidah Yuniartika (2014) Gambaran Sikap Dan Dukungan Keluarga Terhadap Penderita Gangguan Jiwa . *Naskah Publikasi*
- Prinda Kartika M. A (2010) Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Keberfungsian Sosial Pada Pasien *Skizofrenia* Pasca Perawatan Rumah

Sakit. *Naskah Publikasi*. UNDIP Semarang.

- Saifuddin, Azwar (2011) Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2011). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar Offset.
- Imron, Drs. Moch. (2011). *Bahan Ajar Mahasiswa Kesehatan Statistika Kesehatan*. Cetakan 1. Jakarta : Cv Sagung Seto.
- Tirsawati (2012) Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Klien *Skizofrenia*. Skripsi Sarjana Keperawatan. Stikes Suaka Insan Banjarmasin
- Notoatmodjo, Prof. Dr. Soekidjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Marlyn, M, Friedman, 2011. Keperawatan keluarga teori dan praktik edisi 3
- Rasmun. (2009). *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga*. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Keliat, 2011 Keperawatan kesehatan jiwa komunitas. Jakarta: EGC
- Sugiyono, Prof. Dr. (2015). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Stuart, Dr. Gail. W., Keliat. Budi. Anna., & Pasaribu. Jesika. (2016). *Prinsip Dan Partik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapore : Elsevier Singapore Pte Ltd.
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga* Cetakan I. Jakarta : Buku.
- Videbeck, Sheila. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Peneliti :
1. **Neno Hariadi**  
Mahasiswa STIKES Suaka Insan Banjarmasin
  2. **Dwi Martha Agustina**  
Dosen STIKES Suaka Insan Banjarmasin
  3. **Murjani**  
Staff RS Jiwa Sambang Lihum



**Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada**  
<https://akper-sandikarsa.e-journal.id/IJKSH>  
 Volume 9, Nomor 1, Juni 2020, pp;522-532  
 p-ISSN: 2354-6093 dan e-ISSN: 2654-4563  
 DOI: 10.35816/jiskh.v10i2.339

**ARTIKEL PENELITIAN**

**Hubungan Konsep Dukungan Keluarga Dengan Tingkat  
 Kekambuhan Pada Paisein Skizofrenia**

*Relationship Concept of Family Support with Recurrence Rate in Schizophrenia*

**Cindy Tiara<sup>1</sup>, Woro Pramesti<sup>2</sup>, Upik Pebriyani<sup>3</sup>, Ringgo Alfarisi<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Program Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malahayati

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Kejiwaan Rumah Sakit Jiwa Propinsi Lampung

<sup>3</sup>Departemen Imunologi, Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati

<sup>4</sup>Departemen Fisiologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Malahayati

**Artikel info**

**Artikel history:**

Received; Mei 2020

Revised; Juni 2020

Accepted; Juni2020

**Abstrak**

*Latar Belakang: Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang akan menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban yang berat bagi keluarga. Dukungan keluarga mampu berfungsi untuk berbagai kepandaian, akal untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga dalam kehidupan. Tujuan: untuk mengetahui apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung. Metode: Penelitian ini merupakan analitik kuantitatif yang menggunakan desain penelitian Cross Secctional. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh data pasien yang mengalami gangguan jiwa Skizofrenia yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung pada bulan Januari - Mei tahun 2020. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik teknik total sampling. Analisis data menggunakan analisis univariat untuk menentukan distribusi frekuensi dan analisis bivariat menggunakan chi-squar dan fisher's test. Hasil : Diketahui distribusi frekuensi dukungan emosional pada pasien skizofrenia mayoritas mendapatkan dukungan emosi kurang baik sebanyak 52,6%, dukungan informasional pada pasien skizofrenia mayoritas mendapatkan dukungan informasi baik sebanyak 63,2%, dukungan nyata pada pasien skizofrenia mayoritas mendapatkan dukungan nyata baik sebanyak 68,4%, dukungan pengharapan pada pasien skizofrenia mayoritas mendapatkan dukungan pengharapan baik sebanyak 73,7%, terdapat hubungan dukungan emosional dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia, terdapat hubungan dukungan informasional dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia, terdapat hubungan dukungan nyata dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia, terdapat hubungan dukungan pengharapan dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia (p-value : 0,001 ; 0,020; 0,000 ; 0,004). Kesimpulan: terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dilihat dari dukungan emosional, informasi, nyata dan pengharapan dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia*

---

**Abstract**

*Background: Schizophrenia is a mental disorder that will cause deep suffering for individuals and a heavy burden on the family. Family support can function for a variety of intelligence, reason to improve health and family adaptation in life. Objective: to find out whether there is a relationship between family support and relapse in schizophrenia patients in Lampung Province Mental Hospital. Method: This research is a quantitative analytic that uses a cross-sectional research design. The sample in this study is all data of patients suffering from Schizophrenia mental disorders who were treated at the Mental Hospital of Lampung Province in January - May 2020. The sampling technique in this study used a total sampling technique. Data analysis uses univariate analysis to determine the frequency distribution and bivariate analysis uses chi-squar and fisher's test. Results: It is known that the frequency distribution of emotional support in the majority of schizophrenia patients received 52.6% less emotional support, informational support in the majority of schizophrenia patients received good information support as much as 63.2%, real support in the majority of schizophrenia patients received significant good support as much as 68, 4%, hope support in schizophrenia patients the majority get good hope support as much as 73.7%, there is a relationship of emotional support with recurrence in schizophrenia patients, there is a relationship of informational support with recurrence in schizophrenia patients, there is a relationship of real support with relapse in schizophrenia patients, there is a relationship between expectation support and recurrence in schizophrenic patients (p-value: 0.001; 0.020; 0.000; 0.004). Conclusion: there is a significant relationship between family support as seen from emotional support, information, real and expectations with relapse in patients with schizophrenia.*

**Keywords:**

*Family support;  
Recurrence rate;  
Schizophrenic patient*

**Corresponden author:**

Email: [cindytiara21@gmail.com](mailto:cindytiara21@gmail.com)



artikel dengan akses terbuka dibawah lisensi BCC BY NC ND-4.0

---

## Pendahuluan

Skizofrenia merupakan sindrom kompleks yang dapat menimbulkan efek merusak pada diri penderita dan orang lain. Gangguan skizofrenia terdapat ciri-ciri khas yaitu disorganisasi pada pembicaraan, pikiran, dan gerakan psikomotorik. Gejala-gejala yang serius dan pola perjalanan penyakit yang kronis berakibat disabilitas pada penderita skizofrenia. Sekitar 80% pasien yang dirawat di rumah sakit jiwa adalah penderita skizofrenia. Hasil penelitian menunjukkan 25% penderita skizofrenia membutuhkan bantuan dan 25% penderita skizofrenia dengan kondisi berat. Data World Health Organization (WHO) (2013), jumlah penderita skizofrenia mencapai 450 juta jiwa di seluruh dunia, 35% mengalami kekambuhan dan 20%-40% yang diobati di rumah sakit, 20%-50% melakukan percobaan bunuh diri, dan 10% diantaranya mati disebabkan bunuh diri. Perbandingan jumlah antara penderita laki-laki dan wanita adalah sama. Rentang usia pada laki-laki umur 18-25 tahun dan wanita umur 26-45 tahun. Gangguan jiwa termasuk status kesehatan mental dan sosial yang sangat berbahaya walaupun tidak langsung

menyebabkan kematian, namun akan menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban yang berat bagi keluarga. Gangguan kesehatan jiwa bukan hanya gejala kejiwaan saja tetapi sangat luas dari mulai yang ringan seperti kecemasan dan depresi, malas bekerja sering tidak masuk kerja, tidak bisa bekerja sama dengan teman sekerja, sering marah-marah, ketagihan NAPZA, Alkohol, Rokok, kepikunan pada orang tua, Autis pada anak sampai kepada yang sangat berat seperti Skizofrenia. Beban yang ditimbulkan oleh gangguan jiwa sangat besar (Minarni & Sudagijono, 2015).

Tempat terbaik bagi pasien skizofrenia adalah berada di tengah-tengah keluarganya, diantaranya orang-orang yang dicintainya. Kebutuhan mereka adalah perhatian, pengertian, dukungan, cinta dan kasih sayang. Perhatian dan kasih sayang tulus dari keluarga dan orang-orang terdekatnya akan sangat membantu proses penyembuhan kondisi jiwanya. Keluarga sangat penting bagi penderita skizofrenia, dimana salah satu peran dan fungsi keluarga adalah memberikan fungsi afektif untuk pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarganya dalam pemberian kasih sayang. Salah satu wujud dari fungsi tersebut adalah memberikan dukungan pada anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita sakit. Fungsi dan peran keluarga adalah sebagai sistem pendukung dalam memberikan bantuan, dan pertolongan bagi anggotanya dalam perilaku minum obat, dan anggota keluarga akan siap memberikan pertolongan dan bantuan ketika dibutuhkan. Dukungan keluarga yang sejalan dengan konsep dukungan sosial terbagi dalam empat dimensi yaitu dukungan emosional, dukungan informatif, dukungan instrumental, serta dukungan penghargaan (KemenkesRI, 2018) dari hasil utama riskesdas 2018 memaparkan prevalensi skizofrenia di Indonesia adalah 1,7 per 1000 penduduk pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 7,0 per 1000 penduduk pada tahun 2018. Prevalensi skizofrenia di Daerah Bali adalah provinsi tertinggi penderita skizofrenia se-Indonesia sebesar 10,2 per 1000 penduduk dan terendah terdapat di Kepulauan Riau 1,4 per 1000 penduduk, sedangkan di Lampung 5,2 per 1000 penduduk. Prevalensi skizofrenia di Indonesia akan terus meningkat seiring dengan lajunya pertumbuhan penduduk dan proses globalisasi (Minarni & Sudagijono, 2015).

Dukungan keluarga dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, dan mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari-hari (Pratama & Syahril, 2015). Berdasarkan latar belakang di atas, maka Penulis tertarik untuk meneliti tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung Tahun 2020

## **Metode**

Jenis pada penelitian ini adalah penelitian analitik kuantitatif dengan pendekatan cross sectional yang bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh data pasien yang mengalami gangguan jiwa Skizofrenia yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung pada bulan Januari - Mei tahun 2020 sesuai kriteria inklusi sebanyak 38 responden. Pengumpulan data skunder dengan menggunakan teknik total sampling.

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah : Anggota keluarga dari pasien skizofrenia yang mengantar atau menunggu pasien di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung, Keluarga tinggal satu rumah dengan pasien, Bersedia menjadi responden dan telah menyetujui lembar

informed consent, Pasien skizofrenia yang rawat jalan dan tidak rutin berobat. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah, Pasien yang baru terdiagnosis skizofrenia, Pasien skizofrenia yang tidak ada keluarganya atau tinggal/hidup sendiri. Variabel independent dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga, variabel dependent dalam penelitian ini adalah kekambuhan. Pengolahan data menggunakan analisis univariat untuk mengetahui prevalensi variabel independen dan variabel dependen dan analisis bivariante untuk menentukan tingkah hubungan variabel independen dengan dependen

## Hasil Dan Pembahasan

**Tabel 1 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Pada Pasien Skizofrenia**

Karakteristik	N	%
<b>Dukungan Emosional</b>		
Baik ( skor > 3)	18	47,4
Kurang Baik ( skor ≤ 3)	20	52,6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
<b>Dukungan Informasi</b>		
Baik ( skor > 3)	24	63,2
Kurang Baik ( skor ≤ 3)	14	36,8
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
<b>Dukungan Nyata</b>		
Baik ( skor > 3)	26	68,4
Kurang Baik ( skor ≤ 3)	12	31,6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
<b>Dukungan Pengharapan</b>		
Baik ( skor > 3)	28	73,7
Kurang Baik ( skor ≤ 3)	10	26,3
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
<b>Kekambuhan Pasien Skizofrenia</b>		
Tidak Kambuh ( skor > 3)	23	60,5
Kambuh ( skor ≤ 3)	15	39,5
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Sumber: Data primer 2020

**Tabel 2** Hubungan Dukungan Keluarga Berdasarkan Dukungan Emosional, Informasi, Nyata, Pengharapan Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia

Dukungan Keluarga	Kekambuhan				Total		OR CI 95%(lower-upper)	p-value
	Tidak Kambuh ( skor > 3)		Kambuh (skor ≤ 3)		N	%		
	N	%	N	%				
<b>Dukungan Emosi</b>								
Baik ( skor > 3)	16	69,6	2	13,3	18	47,4	14,8 (4,4-0,9)	0,001
Kurang Baik ( skor ≤ 3)	7	30,4	13	86,7	20	52,6		
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>		
<b>Dukungan informasi</b>								
Baik ( skor > 3)	18	78,3	6	40,0	24	63,2	5,4 (3,1-0,2)	0,020
Kurang Baik ( skor ≤ 3)	5	21,7	9	60,0	14	36,8		
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>		
<b>Dukungan Nyata</b>								
Baik ( skor > 3)	21	91,3	5	33,3	26	68,4	21,0 (4,8-1,2)	0,000
Kurang Baik ( skor ≤ 3)	2	8,7	10	66,7	12	31,6		
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>		
<b>Dukungan pengharapan</b>								
Baik ( skor > 3)	21	91,3	7	46,7	28	73,7	12 (4,2-0,7)	0,004
Kurang Baik ( skor ≤ 3)	2	8,7	8	53,3	10	26,3		
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>		

Sumber: Data primer 2020

Hasil penelitian berdasarkan rekapitulasi jawaban kuesioner oleh keluarga pasien didapatkan bahwa dukungan Emosional yang diberikan keluarga/responden secara umum menunjukkan dukungan yang kurang baik, dari 38 responden menunjukkan bahwa mayoritas pasien skizofrenia dalam penelitian ini diketahui kurang baik dalam mendapatkan dukungan emosi sebanyak 52,6%. Dukungan Emosional yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Keluarga memberikan pernyataan cinta, perhatian, penghargaan, dan rasa simpati, serta menciptakan rasa kepercayaan, mendengarkan, dan didengarkan. Dukungan emosional berupa ungkapan kasih sayang, empati dan sikap menghargai sangat diperlukan pasien skizofrenia. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya

kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, dipedulikan dan dicintai oleh keluarga sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan baik.<sup>4</sup> Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Nasution J D dan Deliana P pada tahun 2018 menunjukkan bahwa dari 43 responden diketahui bahwa mayoritas keluarga yang memiliki dukungan emosional kurang baik sebanyak 76,7%.<sup>5</sup> Namun hasil berbeda dengan penelitian (Susanti, 2019) menunjukkan bahwa dari 126 responden mayoritas memiliki dukungan emosional baik sebanyak 62%

Dukungan informasi pada penelitian ini diketahui baik dalam mendapatkan dukungan informasi sebanyak 63,2%. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa dukungan informasi dalam keluarga dengan memberikan informasi pada anggota keluarga yang tidak mengerti tentang pengobatan pasien gangguan jiwa. Dukungan ini dilakukan oleh keluarga yang selalu berusaha memberikan penjelasan tentang gangguan jiwa dan manfaat minum obat bagi penderita supaya bisa menekan tingkat kekambuhan (Ratnawati, 2016). Penelitian sejalan dengan penelitian (Idris & Nurwasilah, 2017) pada penelitian 113 responden di Rumah Sakit Jiwa Islam Jakarta Timur menunjukkan hasil mayoritas pasien Skizoprenia memiliki dukungan informasi baik sebanyak 61,9%. Hasilpun serupa dengan penelitian (Ratnawati, 2016) terhadap 40 pasien skizofrenia di Puskesmas Kaibon menunjukkan bahwa mayoritas pasien mendapatkan dukungan informasi baik. Namun hasil berbeda dengan penelitian (Nasution & Pandiangan, 2018) terhadap 43 pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Medan Sumatra Utara menunjukkan bahwa mayoritas responden mendapatkan dukungan informasi kurang baik sebesar 51,2%. Berdasarkan penelitian yang dilakukan, peneliti berpendapat bahwa hasil penelitian sesuai dengan teori terkait dan beberapa penelitian sebelumnya, pada kuesioner dukungan informasi banyak keluarga yang memahami maksud dari setiap kuesioner yang diberikan walaupun masih ada yang tidak memahami maksud dari dukungan informasi terhadap pasien, hal ini disebabkan karena penelitian berlangsung saat pandemic sehingga terdapat aturan dalam berinteraksi dengan responden.

Dukungan nyata pada penelitian ini dari 38 responden menunjukkan mayoritas pasien skizofrenia dalam penelitian ini diketahui baik dalam mendapatkan dukungan nyata sebanyak 68,4%. Hasil berbeda dengan penelitian (Idris & Nurwasilah, 2017) di Jakarta Timur menunjukkan bahwa dukungan nyata dari keluarga pasien skizofrenia mayoritas kurang baik masing-masing dengan hasil 38,6%. Penelitian lain tidak sejalan dengan penelitian (Nasution & Pandiangan, 2018) terhadap 43 pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Medan Sumatra Utara menunjukkan bahwa mayoritas responden mendapatkan dukungan nyata kurang baik sebanyak 51,2%.<sup>5</sup> Penelitian pun tidak sejalan dengan hasil penelitian (Susanti, 2019), pada penelitian terhadap 28 responden tentang penilaian kekambuhan pasien skizoprenia dari beberapa aspek dukungan keluarga menunjukkan bahwa dukungan nyata yang diberikan keluarga untuk mencegah terjadinya kekambuhan pasien masih kurang baik.

Dukungan pengharapan yang diberikan keluarga/responden secara umum menunjukkan dukungan yang baik. Berdasarkan hasil menunjukkan bahwa mayoritas pasien skizofrenia dalam penelitian ini diketahui baik dalam mendapatkan dukungan pengharapan sebanyak 73,7%. Penelitian sejalan dengan hasil penelitian (Idris & Nurwasilah, 2017) menunjukkan bahwa mayoritas responden mendapatkan dukungan pengharapan dari keluarga baik sebanyak 52,2%.<sup>7</sup> Hasilpun sejalan dengan hasil penelitian (Sari, 2017) pada penelitiannya yang berjudul dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia

menyatakan bahwa mayoritas dukungan keluarga yang paling baik terhadap kejadian kekambuhan pasien salah satunya adalah dukungan pengharapan. Namun hasil berbeda dengan penelitian (Nasution & Pandiangan, 2018) terhadap 43 pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Medan Sumatera Utara menunjukkan bahwa mayoritas responden mendapatkan dukungan pengharapan kurang baik sebanyak 53,5%.5 Penelitian lain tidak sejalan, menurut (Susanti, 2019) pada penelitian terhadap 28 responden tentang penilaian kekambuhan pasien skizoprenia dari beberapa aspek dukungan keluarga menunjukkan bahwa dukungan pengharapan yang diberikan keluarga untuk mencegah terjadinya kekambuhan pasien masih kurang baik, hal ini disebabkan karena mayoritas pengetahuan keluarga terhadap kondisi pasien masih minim.

Tingkat kekambuhan mayoritas responden tidak mengalami kekambuhan sebanyak 60,5%. Hasil penelitian sejalan dengan hasil penelitian (Taufik & Mamnu'ah, 2014) yang menunjukkan bahwa tingkat kekambuhan pasien skizofrenia dari 85 responden menunjukkan mayoritas tingkat kekambuhannya rendah sebanyak 56,5 % tidak kambuh. Penelitian lain serupa yaitu penelitian (Nasution & Pandiangan, 2018) terhadap 43 pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Medan Sumatera Utara menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat kekambuhan rendah/tidak kambuh sebanyak 53,5%.5 Namun hasil tidak sejalan dengan penelitian (Sari, 2017) terhadap 70 pasien skizofreniz di Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi, menunjukkan mayoritas kambuh sebanyak 67,1%. Hal ini disebabkan karena salah satu faktor kekambuhan pada pasien skizofrenia adalah karena ketidak mampuan dan ketidak tahuan keluarga dalam menangani pasien skizofrenia saat pasien harus pulang kerumah.

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti berasumsi bahwa dukungan keluarga khususnya dalam setiap aspek dukungan sangat berguna untuk menekan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia, pada penelitian ini, peneliti melihat bahwa dukungan keluarga pasien skizofrenis di Rumah Sakit Jiwa Lampung, menunjukkan dukungan keluarga yang sangat baik baik dari segi dukungan emosi, informasi, nyata serta pengharapan sehingga mayoritas pasien tidak mengalami kekambuhan dan merupakan pasien yang control rutin, walaupun masih ada beberapa yang sering kambuh hal ini disebabkan bukan mereka kekurangan dukungan keluarga walaupun sebagian pasien memang kurang mendapatkan dukungan keluarga, melainkan banyak faktor yang mempengaruhi kekambuhan pasien salah satunya hal yang paling penting yaitu motivasi dari pribadi pasien, dimana pasien harus memiliki semangat untuk sembuh.

Hasil uji statistik dengan uji chi square didapatkan p value: 0,001 ( $\alpha < 0,05$ ) yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan emosional dengan kekambuhan pada pasien skizofreniz di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung, dimana nilai OR didapatkan 14,8 dengan confidence interval (CI) 95% sebesar (4,4-0,9), artinya responden dengan dukungan emosi kurang baik beresiko 4,4 kali lebih besar mengalami kekambuhan daripada responden dengan dukungan emosi baik. Dimana nilai OR diantara nilai CI dengan selisih OR dengan Upper 4,4 dan selisih OR dengan Lower 0,9. Hasil ini menunjukkan bahwa rentang tingkat kepercayaan yang tinggi, kemungkinan disebabkan karena hasil penelitian dukungan emosi yang baik masih terdapat responden yang kambuh serta ada juga responden yang mendapatkan dukungan emosi kurang baik namun tidak kambuh, hal tersebut disebabkan karena respon keluarga yang masih kurang peduli terhadap kemampuan pasien dalam menjalani pengobatan seperti pujian dan motivasi. Maka dapat diasumsikan bahwa keluarga seharusnya peduli dan memberikan respon yang baik terhadap hal-hal yang dilakukan responden. keluarga juga harus mengerti dalam

memberikan dukungan emosi itu penting untuk pasien agar pasien tidak sering sendiri dan merasa tidak dipedulikan oleh keluarga, namun banyak juga pasien yang memiliki keinginan untuk tetap sehat dan hidup layaknya orang normal walaupun dukungan dari keluarga tidak baik, beberapa hal tersebutlah yang kemungkinan mempengaruhi hasil penelitian.

Dukungan emosional merupakan salah satu aspek dukungan yang penting dari keluarga untuk proses penyembuhan serta untuk menekan kekambuhan pada pasien skizofrenia. Dukungan emosi adalah dukungan yang diberikan keluarga sehingga keluarga dapat menjadi tempat yang aman, nyaman dan damai bagi anggota keluarga. Selain itu dukungan emosional dapat membantu anggota keluarga untuk penguasaan emosi lebih baik. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, dipedulikan dan dicintai oleh keluarga sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan baik. Namun hasil berbeda dengan penelitian (Nasution & Pandiangan, 2018) terhadap 43 pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Medan Sumatera Utara. Berdasarkan uji chi square dukungan emosional keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia diperoleh nilai p value = 0,280 ( $p > 0,05$ ) hal ini menunjukkan secara statistik bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan penilaian dengan kekambuhan pasien skizofrenia. Berdasarkan penelitian yang dilakukan peneliti berpendapat bahwa angka kekambuhan pasien skizofrenis mengalami penurunan, walaupun dukungan emosi dari keluarga mayoritas hasil rekapitulasi kuesioner kurang baik, hal ini kemungkinan disebabkan karena banyak faktor yang mempengaruhi kekambuhan pasien menurun salah satunya adalah keteraturan dalam pengobatan serta motivasi dari diri pasien yang menginginkan sehat dan hidup seperti orang normal lainnya, dalam hal ini peneliti tidak meneliti variabel keteraturan pengobatan dan motivasi dari pasien skizofrenia sehingga hal tersebut mempengaruhi hasil penelitian, oleh karena ini peneliti berharap agar dapat dilakukan penelitian selanjutnya mengenai keteraturan pengobatan dan motivasi pasien skizofrenia dengan kekambuhan.

Hasil uji statistik dengan uji chi square didapatkan p value: 0,020 ( $\alpha < 0,05$ ) sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan informasi dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung, dimana nilai OR didapatkan 5,4 dengan confidence interval (CI) 95% sebesar (3,1-0,2), artinya responden dengan dukungan informasi kurang baik beresiko 5,4 kali lebih besar mengalami kekambuhan daripada responden dengan dukungan informasi baik. Dimana nilai OR diantara nilai CI dengan selisih OR dengan Upper 5,4 dan selisih OR dengan Lower 0,2. Hal ini menunjukkan bahwa rentang tingkat kepercayaan yang tinggi. Hasil penelitian menunjukkan dukungan informasi yang baik masih terdapat responden yang kambuh disebabkan karena respon keluarga kurang peduli terhadap kemampuan pasien dalam menjalani pengobatan seperti pujian dan motivasi, keluarga seharusnya memiliki banyak informasi tentang perawatan dan pengendalian pasien skizofrenia supaya tingkat kekambuhan pasien skizofrenia bisa menurun khususnya pengetahuan mengenai dukungan informasi serta terdapat dukungan informasi kurang baik namun tidak kambuh, peneliti berasumsi hal ini disebabkan karena motivasi dari diri pribadi pasien yang memiliki keinginan untuk sembuh dan pengetahuan yang baik mengenai kondisi pribadinya.

Hasil sejalan dengan penelitian (Ersida & Mutiawati, 2016) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara home visit perawat yang aktif dengan kemandirian keluarga dalam perawatan halusinasi pada pasien Schizophrenia ( $p=0.000$ ). Dukungan infomasional yang baik dapat mengurangi beban keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.10 Namun hasil berbeda dengan penelitian (Nasution & Pandiangan, 2018) terhadap 43 pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Medan Sumatera Utara. Berdasarkan uji chi square dukungan keluarga informasional dengan kekambuhan pasien skizofrenia diperoleh nilai p value = 0,280 ( $p>0,05$ ) hal ini menunjukkan secara statistik bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan informasional dengan kekambuhan pasien skizofrenia.5 Berdasarkan penelitian yang dilakukan peneliti berpendapat bahwa angka kekambuhan pasien skizoprenis mengalami penurunan, walaupun ada beberapa pasien skizofreniz yang tidak mengalami kekambuhan sedangkan dukungan keluarga tidak baik dan juga sebaliknya masih terdapat pasien kambuh dengan dukungan keluarga baik, hal ini disebabkan banyak faktor yang mempengaruhi kekambuhan bukan hanya dukungan informasi, hal itulah kemungkinan yang mempengaruhi hasil penelitian.

Hasil uji statistik dengan uji fisher's test didapatkan p value: 0,000 ( $\alpha < 0,05$ ) sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan nyata dengan kekambuhan pada pasien skizofreniz di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung, dimana nilai OR didapatkan 21,0 dengan confidence interval (CI) 95% sebesar (4,8-1,2), artinya responden dengan dukungan nyata kurang baik beresiko 21,0 kali lebih besar mengalami kekambuhan daripada responden dengan dukungan nyata baik. Dimana nilai OR diantara nilai CI dengan selisih OR dengan Upper 4,8 dan selisih OR dengan Lower 1,2. Hal ini menunjukkan bahwa rentang tingkat kepercayaan yang tinggi, kemungkinan disebabkan karena masih ada yang memiliki dukungan nyata baik namun masih kambuh dan dukungan nyata tidak baik namun tidak kambuh. Maka dapat diasumsikan bahwa dukungan nyata memang harus diberikan sejak awal pasien masuk rumah sakit hingga setelah pulang ke rumah. Keluarga juga harus mengerti dalam memberikan dukungan nyata itu penting untuk pasien agar kebutuhannya terpenuhi. Jika kebutuhan pasien terpenuhi maka tingkat kekambuhan akan berkurang. Berdasarkan hasil wawancara dengan keluarga masih ada keluarga yang memberikan dukungan nyata yang kurang baik, karena jangka waktu rawatan yang umumnya lebih dari 5 tahun, disamping itu kemampuan keluarga yang masih kurang baik tenaga maupun dana untuk merawat anggota keluarga juga menjadi salah satu hambatan yang dirasakan oleh keluarga namun selain dukungan keluarga motivasi dari diri sendiri perlu untuk keteraturan minum obat sebagai salah satu faktor penting dalam proses penyembuhan.

Kekambuhan pasien gangguan jiwa memberikan dampak yang besar terhadap keluarga dan perkembangan anggota keluarga. Kekambuhan pasien dapat disebabkan oleh penurunan fungsi pemberdayaan pasien, ketidak patuhan regimen terapeutic perawatan, ekonomi keluarga, persepsi keluarga terhadap kondisi pasien, penerimaan dan penilaian keluarga terhadap pasien, dan stigma yang masih melekat pada pasien gangguan jiwa. Oleh karena pemberdayaan keluarga dan dukungan perawatan tenaga kesehatan baik perawat maupun dokter dan masyarakat sangat membantu keluarga dalam pencegahan kekambuhan pasien gangguan jiwa khususnya dukungan nyata, karena apabila dukungan nyata keluarga baik maka pasien akan mendapatkan dukungan biaya untuk pengobatan secara teratur serta dapat menimbulkan kepercayaan dari pasien terhadap keluarganya hal tersebutlah yang akan menurunkan tingkat kekambuhan pasien skizofreniz (Susanti, 2019). Hasil uji statistik dengan uji fisher's test didapatkan p value: 0,004 ( $\alpha < 0,05$ ) dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan pengharapan dengan

kekambuhan pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung, dimana nilai OR didapatkan 12 dengan confidence interval (CI) 95% sebesar (4,2-0,7), artinya responden dengan dukungan pengharapan kurang baik beresiko 12 kali lebih besar mengalami kekambuhan daripada responden dengan dukungan pengharapan baik. Dimana nilai OR diantara nilai CI dengan selisih OR dengan Upper 4,2 dan selisih OR dengan Lower 0,7. Hal ini menunjukkan bahwa rentang tingkat kepercayaan yang tinggi, kemungkinan disebabkan karena masih ada responden kambuh walaupun mendapat dukungan pengharapan baik dan pasien tidak kambuh walaupun tidak mendapatkan dukungan pengharapan baik dari keluarga, dukungan pengharapan sangat diperlukan untuk pasien skizofrenia untuk menekan kekambuhan, dengan memberikan pujian serta perasaan nyaman pada pasien sehingga pasien memiliki perasaan kepercayaan yang tinggi terhadap keluarganya walaupun selain dukungan pengharapan, keluargapun harus memberikan kepercayaan diri terhadap pasien skizofrenia supaya pasien memiliki motivasi dan pengharapan dari diri sendiri untuk sehat dan sembuh, oleh karena itu beberapa faktor-faktor tersebutlah yang mempengaruhi hasil penelitian. Penelitian sejalan dengan penelitian (Ersida & Mutiawati, 2016) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dari aspek dukungan pengharapan dengan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai p-value 0,000.

Berdasarkan hasil penelitian dan penelitian-penelitian sebelumnya peneliti berpendapat bahwa kekambuhan dapat ditekan selain dengan adanya dukungan keluarga yang baik juga diperlukan motivasi dari pribadi pasien skizofrenia supaya bisa meningkatkan tingkat kesembuhan dan penekanan kekambuhan pasien skizofrenia, oleh karena itu peneliti menyarankan untuk diadakan penelitian lanjutan mengenai motivasi diri pasien skizofrenia terhadap tingkat kekambuhan

### **Simpulan Dan Saran**

Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga (dukungan emosi, informasi, nyata, pengharapan) dengan kekambuhan pasien skizofrenia, dengan nilai p.value masing-masing sebagai berikut: 0,001; 0,020; 0,000; 0,004. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi dasar penelitian dan dapat mengembangkan penelitian ini dengan jumlah pasien.

### **Daftar Rujukan**

- Ersida, H., & Mutiawati, E. (2016). Home Visit Perawat dan Kemandirian Keluarga dalam Perawatan Halusinasi pada Pasien Schizophrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 4(1).
- Idris, M., & Nurwasilah, S. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2016. *Afiat*, 3(1), 253-264.
- KemkesRI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Provinsi Lampung. Jakarta.
- Minarni, L., & Sudagijono, J. S. (2015). Dukungan keluarga terhadap perilaku minum obat pada pasien skizofrenia yang sedang rawat jalan. *EXPERIENTIA: Jurnal Psikologi Indonesia*, 3(2), 13-22.
- Nasution, J. D., & Pandiangan, D. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sumatera Utara Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah PANNMED (Pharmacist, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwifery, Environment, Dentist)*, 13(2), 126-129.
- Pratama, Y., & Syahrial, S. (2015). Hubungan Keluarga Pasien Terhadap Kekambuhan Skizofrenia di Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Jiwa Aceh.

- Jurnal Kedokteran Syiah Kuala, 15(2), 77–86.
- Ratnawati, R. (2016). Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat penderita skizofrenia. Stikes Bakti Husada.
- Sari, F. (2017). Dukungan Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia. Jurnal Pembangunan Nagari, 2(1).
- Susanti. (2019). Determinan Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa Yang Dirawat Keluarga Di Wilayah Kerja Uptd Puskesmas Suak Ribee Aceh Barat. MaKMA, 2(1), 99–109.
- Taufik, Y., & Mamnu'ah, M. (2014). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY. STIKES'Aisyiyah Yogyakarta.

# HUBUNGAN KELUARGA PASIEN TERHADAP KEKAMBUHAN SKIZOFRENIA DI BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD) RUMAH SAKIT JIWA ACEH

Yudi Pratama, Syahrrial dan Saifuddin Ishak

**Abstrak.** Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang paling banyak terjadi. Kekambuhan pasien skizofrenia masih tinggi dan memerlukan biaya tinggi, yang ditanggung oleh keluarga dan pemerintah. Seharusnya pasien skizofrenia yang sudah sembuh tidak mengalami kekambuhan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia di BLUD RSJ Aceh yang dilaksanakan sejak bulan Juni 2012 sampai Maret 2013. Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan menggunakan desain potong lintang. Data kuesioner yang diperoleh dari 40 responden dianalisis secara deskriptif, kemudian untuk mencari hubungan tiap variabel terhadap kekambuhan pasien skizofrenia akan dilakukan analisa dengan uji *Chi-Square*. Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan keluarga ( $p=0,011$ ), dukungan keluarga ( $p=0,000$ ), kepatuhan pasien minum obat ( $p=0,000$ ) dan aktivitas keagamaan pasien ( $p=0,022$ ), dengan kekambuhan pasien skizofrenia. (JKS 2015; 2: 77-86)

**Kata kunci:** Skizofrenia, kekambuhan, keluarga, pengetahuan, dukungan, kepatuhan, aktivitas keagamaan

**Abstract.** Schizophrenia is a most common mental disorder. The possibility of relapse cases are still high with expensive cost on management, which is borne by the family and government. Ideally, schizophrenia patients who had recovered should not suffer a relapse. This study aimed to determine the factors associated with the families from a relapse schizophrenia patients in Aceh Local Mental Hospital conducted from June 2012 to March 2013. This research is an analytical study with cross-sectional approach. Questionnaire data obtained from 40 respondents were analyzed descriptively, and the relationship of each variable will be analyzed by Chi-Square test. The results indicated that there was a significant association between knowledge of patient's families ( $p = 0.011$ ), patient's family support ( $p = 0.000$ ), medication compliance ( $p = 0.000$ ) and religious activities of the patients ( $p = 0.022$ ) with schizophrenia relapse cases. (JKS 2015; 2: 77-86)

**Keywords:** Schizophrenia, relapse, family, knowledge, support, compliance, religious activities

## Pendahuluan

Pada saat ini penderita dengan gangguan jiwa jumlahnya mengalami peningkatan terkait dengan berbagai macam permasalahan yang dialami, mulai dari kondisi perekonomian yang memburuk, kondisi keluarga atau latar belakang pola asuh anak yang tidak baik sampai bencana alam yang melanda. WHO menyatakan

paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental, diperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa.<sup>1</sup>

Menurut WHO<sup>2</sup> skizofrenia merupakan gangguan mental yang berat yang mempengaruhi sekitar 7 per seribu dari populasi orang dewasa, terutama di kelompok usia 15-35 tahun. Meskipun insiden rendah (3-10.000), prevalensi yang tinggi terjadi karena kronisitas.

Dalam masyarakat umum terdapat 0,2%-0,8% penduduk yang mengalami skizofrenia. Data *American Psychiatric*

---

Yudi Pratama, Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala Banda Aceh,  
Syahrrial adalah Dosen Bagian Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala Banda Aceh, dan  
Saifuddin Ishak adalah Dosen Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala Banda Aceh,

*Association* (APA) di tahun 1995 menyebutkan 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia sedangkan di Indonesia sekitar 1% hingga 2% dari total jumlah penduduk. Masalahnya banyak keluarga yang belum mengerti benar apa itu skizofrenia. Ketidaktahuan itu melahirkan jalan pintas. Rata-rata memasukan kerabatnya ke rumah sakit jiwa. Padahal penyakit ini bisa dikendalikan. Dengan kemauan diri yang keras dan dukungan keluarga, penderitanya bisa hidup normal.<sup>3</sup>

Di Indonesia terdapat 6-19 orang per 1000 penduduk dunia mengalami skizofrenia. Hasil *survey* di Indonesia memperlihatkan bahwa sekitar 1-2% penduduk menderita skizofrenia, hal ini berarti sekitar 2-4 juta jiwa dari jumlah tersebut diperkirakan penderita yang aktif sekitar 700.000-1,4 juta jiwa. Penderita yang dirawat di bagian psikiatri di Indonesia hampir 70% karena skizofrenia.<sup>4</sup>

Di Aceh, setidaknya terdapat 1.009 Gampong Siaga Sehat Jiwa (GSSJ) dari 23 Kabupaten Kota dengan total kader sehat jiwa mencapai 6.421 orang, perawat kesehatan jiwa masyarakat berjumlah 535 orang dan dokter umum plus jiwa mencapai 166 orang. GGSJ sendiri merupakan suatu desa yang masyarakatnya sadar, mau dan mampu mencegah serta mengatasi ancaman kesehatan jiwa masyarakat. Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Aceh juga menyebutkan dari tahun 2006-2010 tercatat 14.892 pasien yang mengalami gangguan jiwa. Prevalensi Skizofrenia di Aceh sendiri mencapai 1,9%.

Data yang diperoleh dari Rekam Medik BLUD Rumah Sakit Jiwa Aceh sepanjang tahun 2011 tercatat 14.569 kunjungan pasien jiwa yang rawat jalan, dimana 13.174 diantaranya adalah kasus skizofrenia. Data terakhir yang didapatkan pada Desember 2011 didapatkan 1.296 kunjungan pasien jiwa yang rawat jalan,

dengan 1.183 diantaranya adalah kasus skizofrenia sedangkan untuk pasien jiwa yang di rawat inap pada Desember 2011 tercatat berjumlah 268 pasien, 209 diantaranya adalah pasien skizofrenia.

Terdapat empat faktor penyebab pasien skizofrenia kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit jiwa, yaitu: pasien, keluarga, dokter dan *case manager*. Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan pasien baik itu sehat maupun sakit. Status kesehatan dalam suatu keluarga dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap keluarga.<sup>5</sup>

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pasien skizofrenia di BLUD Rumah Sakit Jiwa Aceh.

## **Metodologi**

### **Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional yaitu suatu metode yang dilakukan dengan tujuan untuk membuat suatu keadaan secara objektif serta melihat korelasi antar variabel. Rancangan penelitian ini adalah rancangan *cross-sectional survey*, yaitu salah satu bentuk studi observasional yang paling sering dilakukan mencakup semua penelitian yang pengukuran variabel-variabelnya hanya dilakukan satu kali pada satu waktu.<sup>6</sup>

### **Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Jiwa Aceh, Banda Aceh. Penelitian ini dilakukan dari bulan Februari 2013 sampai dengan bulan Maret 2013

### **Populasi dan Sampel Penelitian**

Populasi yang diteliti dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga dan pasien skizofrenia yang mengalami kekambuhan

yang berobat Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Jiwa Aceh. Sampel dalam penelitian ini adalah keluarga dan pasien skizofrenia yang mengalami kekambuhan yang berobat Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Jiwa Aceh. Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *Non Probability Sampling* dengan metode *Accidental Sampling* yaitu suatu metode pengambilan sampel yang dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia pada saat penelitian.<sup>7</sup>

Besar sampel minimal yang digunakan dalam penelitian ini adalah 40 orang. Adapun kriteria untuk sampel penelitian adalah (1) Keluarga yang mengantar pasien skizofrenia ke Poli RSJ Aceh dan telah di diagnosa oleh dokter spesialis kedokteran jiwa ataupun dokter yang melakukan *follow-up* ke dokter spesialis kedokteran jiwa. (2) Keluarga yang mengantar pasien skizofrenia yang mengalami kekambuhan yang berobat di Poli RSJ Aceh.

### Teknik Pengambilan Data Sampel Penelitian

1. Data diambil peneliti dan dibantu oleh 3 orang enumerator.
2. Peneliti dan enumerator melakukan penyamaan visi agar memahami tujuan penelitian yang akan dilakukan.
3. Peneliti dan enumerator saling melakukan *try-out* kuesioner
4. Peneliti atau enumerator melakukan wawancara dengan responden

### Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis *univariat* dan dilanjutkan dengan analisis *bivariat*. Analisis *univariat* digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dan proporsi dari variabel dependen maupun variabel independen. Analisis data *bivariat* dilakukan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan keluarga,

dukungan keluarga, kepatuhan pasien minum obat dan aktivitas keagamaan dengan kekambuhan pasien skizofrenia. Analisis data ini dilakukan dengan uji *Chi-Square* dengan kriteria hubungan ditetapkan berdasarkan *p-value* (probabilitas) yang dihasilkan dengan 95% CI dan nilai  $\alpha = 0,05$

### Hasil dan Pembahasan

#### Analisis Univariat

Analisis univariat adalah untuk menjelaskan distribusi frekuensi dan proporsi variabel dependen dan independen. Variabel kekambuhan pasien skizofrenia yang diantar berobat oleh keluarga terdiri dari 2 kategori yaitu kambuh dan tidak kambuh (kontrol). Distribusi frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia yang diantar berobat oleh keluarga di BLUD RSJ Aceh seperti pada tabel 1 berikut ini.

Tabel 1. Distribusi frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia yang diantar berobat oleh keluarga di BLUD RSJ Aceh

Kekambuhan	n	(%)
Kambuh	20	50
Tidak Kambuh	20	50
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Variabel pengetahuan keluarga terdiri dari 12 (dua belas) pernyataan sebagai indikator untuk mengukur pengetahuan keluarga terhadap skizofrenia. Gambaran pengetahuan keluarga terhadap skizofrenia di BLUD RSJ Aceh seperti pada tabel 2 berikut ini:

Tabel 2. Distribusi frekuensi pengetahuan keluarga terhadap skizofrenia di BLUD RSJ Aceh

Pengetahuan Keluarga	n	%
Rendah	22	55
Tinggi	18	45
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Variabel dukungan keluarga terdiri dari 16 (enam belas) pernyataan sebagai indikator untuk mengukur dukungan keluarga terhadap pasien skizofrenia. Gambaran dukungan keluarga terhadap pasien skizofrenia di BLUD RSJ Aceh seperti pada tabel 3 berikut ini:

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga terhadap Pasien Skizofrenia di BLUD RSJ Aceh

Dukungan Keluarga	n	%
Kurang	22	55
Baik	18	45
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Variabel kepatuhan pasien minum obat terdiri dari 10 (sepuluh) pernyataan sebagai indikator untuk mengukur kepatuhan pasien dalam minum obat. Gambaran kepatuhan pasien minum obat di BLUD RSJ Aceh seperti pada tabel 4 berikut ini.

Tabel 4. Distribusi frekuensi kepatuhan pasien minum obat di BLUD RSJ Aceh

Kepatuhan Pasien	n	%
Patuh	15	37,5
Tidak Patuh	25	62,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Tabel 6. Hubungan pengetahuan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia di BLUD RSJ Aceh

Pengetahuan Keluarga	Kekambuhan Pasien Skizofrenia				Total	
	Kambuh		Tidak Kambuh		n	%
	n	%	n	%		
<b>Rendah</b>	15	68,2	7	31,8	22	100
<b>Tinggi</b>	5	27,8	13	72,2	18	100
<b>Total</b>	<b>20</b>		<b>20</b>		<b>40</b>	

\*menggunakan uji *Chi-Square* dengan signifikansi  $\alpha$  0,05,  $p$ -value=0,011, RP=2,5, (95%-CI)=1,11-5,45

Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh Hasil Analisis *Chi-square* pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan keluarga dengan kekambuhan pasien

Variabel aktivitas keagamaan pasien terdiri dari 8 (delapan) pernyataan sebagai indikator untuk mengukur aktivitas keagamaan pasien. Gambaran aktivitas keagamaan pasien skizofrenia di BLUD RSJ Aceh seperti pada tabel 5 berikut ini:

Tabel 5. Distribusi frekuensi aktivitas keagamaan pasien skizofrenia di BLUD RSJ Aceh

Aktivitas Keagamaan	n	%
Kurang	28	70
Baik	12	30
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

### Analisis Bivariat

Analisis bivariat untuk menjelaskan hubungan variabel independen dengan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan, dukungan, kepatuhan minum obat, dan aktivitas keagamaan sedangkan variabel dependennya adalah kekambuhan pasien skizofrenia.

Hubungan pengetahuan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia disajikan dalam bentuk tabel silang berikut.

skizofrenia, dengan  $p$ -value = 0,011 yang lebih kecil daripada  $\alpha$  0,05. Berdasarkan uji statistik secara bivariat juga menunjukkan *Ratio Prevalence* RP: 2,5 {95% CI: (1,11-5,45)} artinya keluarga

dengan pengetahuan yang rendah, pasien skizofrenia akan memiliki peluang 2,5 kali untuk mengalami kekambuhan dibandingkan dengan keluarga yang memiliki pengetahuan yang tinggi.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wardana di RSJ Pusat dr. Soeharto Herdian Jakarta Dari hasil uji statistik (*Chi Square*) di dapatkan *p-value* adalah 0,001 yang berarti *p-value* lebih kecil dari (0,05).<sup>8</sup> Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan responden dengan kekekambuhan pada pasien skizofrenia. Dari nilai RP dapat disimpulkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan rendah 3,2 kali memiliki kecenderungan kambuh (95% CI: (1,669-6,231)) bila dibandingkan dengan responden yang mempunyai pengetahuan tinggi.

Ada hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga dengan kekambuhan pasien *Skizofrenia*, dengan hasil *p-value* 0,001 (< 0,05). Terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan keluarga tentang skizofrenia dengan gejala *relaps* dimana nilai *p-value* 0,004 artinya < 0,05 (alpha).<sup>5</sup>

Nilai *p-value* yang berbeda antara yang didapatkan oleh peneliti dan penelitian di tempat lain menunjukkan bahwa nilai *p-value* yang didapatkan oleh peneliti lebih

besar daripada penelitian yang didapatkan di tempat lain, hal ini menunjukkan penelitian di tempat lain menunjukkan hubungan yang lebih signifikan antara pengetahuan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia. Hal ini bisa disebabkan oleh berbagai macam faktor, diantaranya bisa disebabkan oleh perbedaan karakteristik responden antara di Aceh tempat peneliti melakukan penelitian dibandingkan dengan penelitian di tempat lain di Jakarta dan Yogyakarta. Akses informasi yang didapatkan oleh responden tentang skizofrenia baik di Aceh maupun di tempat lain bisa saja berbeda dan hal ini tentunya bisa mempengaruhi hasil penelitian.

Perawatan di rumah sakit tidak akan bermakna bila tidak dilanjutkan dengan perawatan di rumah, untuk dapat melakukan perawatan secara baik dan benar keluarga perlu memiliki bekal yaitu pengetahuan mengenai penyakit yang dialami oleh pasien. Hal ini mengingat bahwa pasien skizofrenia mengalami berbagai kemunduran, salah satunya yaitu fungsi kognitif, sehingga orang terdekat pasien dalam hal ini keluarga memiliki peran yang sangat penting.<sup>8</sup>

Hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia disajikan dalam bentuk tabel silang berikut.

Tabel 7. Hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia di BLUD RSJ Aceh

Dukungan Keluarga	Kekambuhan Pasien Skizofrenia				Total	
	Kambuh		Tidak Kambuh		n	%
	n	%	n	%		
Buruk	18	81,8	4	18,2	22	100
Baik	2	11,1	16	88,9	18	100
<b>Total</b>	<b>20</b>		<b>20</b>		<b>40</b>	

\*menggunakan uji *Chi-Square* dengan signifikansi  $\alpha$  0,05, *p-value*=0,000, RP=7,4, (95%-CI)= 1,96-27,6

Berdasarkan tabulasi silang data pada tabel 4.7 diatas menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang buruk, pasien mengalami

kekambuhan sebanyak 81,8%, sedangkan dukungan keluarga yang baik, pasien tidak mengalami kekambuhan sebanyak 88,9%.

Data diatas menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang sangat buruk/buruk mayoritas pasien skizofrenia mengalami kekambuhan. Hasil analisis *Chi-square* pada tabel 7 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia, dengan *p-value* 0,000 yang berarti *p-value* <  $\alpha$  0,05. Berdasarkan uji statistik secara bivariat juga menunjukkan *Ratio Prevalence RP*: 7,4 {95% *CI* : (1,96-27,6)} artinya keluarga dengan dukungan yang buruk, pasien skizofrenia akan memiliki peluang 6 kali untuk mengalami kekambuhan dibandingkan dengan keluarga yang memiliki dukungan yang baik.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Poliklinik RSJ Daerah Sumatera Utara, yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai signifikansi *p-value* 0,015 artinya < 0,05 (alpha).<sup>9</sup> juga menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan sosial keluarga terhadap frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia paranoid dengan nilai signifikansi *p-value* = 0,028 artinya < 0,05 (alpha).<sup>9</sup>

Dukungan keluarga dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, dan mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam

menghadapi tantangan kehidupan sehari-hari (Dolan, 2006).

Nilai *p-value* yang berbeda antara yang didapatkan oleh peneliti dan penelitian di tempat lain menunjukkan bahwa nilai *p-value* yang didapatkan oleh peneliti jauh lebih kecil daripada penelitian yang didapatkan di tempat lain, hal ini menunjukkan penelitian yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan hubungan yang sangat signifikan antara pengetahuan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia dibandingkan dengan di tempat lain. Hal ini bisa disebabkan oleh berbagai macam faktor, diantaranya bisa disebabkan oleh perawatan yang di terima oleh pasien skizofrenia selama dirawat inap di Aceh maupun di Medan berbeda. Menurut opini peneliti jika pasien skizofrenia mendapatkan perawatan yang lebih baik ketika dirawat inap, maka ketika dia telah kembali ke keluarganya maka kebutuhan akan dukungan keluarga tentu tidak sebesar dibandingkan dengan pasien yang mendapatkan perawatan yang tidak optimal selama rawat inap yang telah kembali keluarganya. Hal lain yang mungkin bisa mempengaruhi hasil penelitian menurut opini peneliti adalah indikasi pemulangan pasien yang tidak sesuai seperti pasien yang pulang karena karena keinginan keluarga dan bukan karena indikasi kesembuhan.

Hubungan kepatuhan pasien minum obat dengan kekambuhan pasien skizofrenia disajikan dalam bentuk tabel silang berikut.

Tabel 8. Hubungan kepatuhan pasien minum obat dengan kekambuhan pasien skizofrenia di BLUD RSJ Aceh

Kepatuhan Minum Obat	Kekambuhan Pasien Skizofrenia				Total	
	Kambuh		Tidak Kambuh		n	%
	n	%	n	%		
Tidak Patuh	19	76	6	24	25	100
Patuh	1	6,7	14	93,3	15	100
<b>Total</b>	<b>20</b>		<b>20</b>		<b>40</b>	

\*menggunakan uji *Chi-Square* dengan signifikansi  $\alpha$  0,05, *p-value*=0,000, *RP*=11,4, (95%-*CI*)= 1,69-76,7

Berdasarkan tabulasi silang data pada tabel 8 diatas menunjukkan bahwa pasien tidak patuh minum obat, pasien mengalami kekambuhan sebanyak 76%, sedangkan pasien patuh minum obat, pasien tidak mengalami kekambuhan sebanyak 93,3%. Data diatas menunjukkan bahwa pasien tidak patuh minum obat, mayoritas pasien skizofrenia mengalami kekambuhan.

Hasil Analisis *Chi-square* pada tabel 8 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan kepatuhan pasien minum obat dengan kekambuhan pasien skizofrenia, dengan *p-value* adalah 0,000 yang berarti *p-value* <  $\alpha$  0,05. Berdasarkan uji statistik secara bivariat juga menunjukkan *Ratio Prevalence RP*: 11 {95% *CI*: (1,69-76,7)} artinya pasien yang tidak patuh minum obat akan memiliki peluang 11 kali untuk mengalami kekambuhan dibandingkan dengan pasien yang patuh minum obat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marpaung (2009) di RSJ Daerah Sumatera Utara yang menyatakan bahwa diperoleh pasien yang tidak patuh dengan frekuensi rawat inap tinggi sebanyak 59 orang (100%), pasien yang patuh dengan frekuensi rawat inap rendah sebanyak 24 orang (85,7%). Hasil uji *chi-square* variabel ketidakpatuhan pasien skizofrenia dengan frekuensi rawat inap diperoleh  $p = 0,000 < 0,05$ , artinya terdapat hubungan signifikan antara ketidakpatuhan pasien skizofrenia dengan frekuensi rawat inap, dimana ketidakpatuhan pengobatan akan mengakibatkan frekuensi rawat inap yang tinggi.

Nilai *p-value* yang didapatkan oleh peneliti dengan yang dilakukan dilakukan oleh peneliliti di tempat lain adalah sama dan menunjukkan hubungan yang sangat signifikan antara kepatuhan pasien minum obat dengan kekambuhan skizofrenia, hal ini menunjukkan kepatuhan pasien minum obat merupakan hal yang paling penting dalam mencegah terjadinya kekambuhan pasien skizofrenia karena ketika pasien putus obat maka reaksi dari obat yang diharapkan juga otomatis akan terputus, sehingga langsung memicu terjadinya kekambuhan. Di Aceh obat yang diperoleh oleh pasien skizofrenia mayoritas ditanggung oleh JKA, sehingga hal ini tentu saja semakin memudahkan pasien dalam memperoleh obat khususnya dari golongan pasien yang kurang mampu.

Faktor yang paling penting sehubungan dengan perawatan kembali pasien skizofrenia adalah ketidakpatuhan pengobatan dimana pada penelitian terkontrol mereka mendapatkan hasil persentase pasien yang tidak minum obat secara nyata lebih tinggi daripada pasien-pasien yang menjalani pengobatan secara rutin. Penyebab ketidakpatuhan terhadap terapi obat adalah sifat penyakit yang kronis sehingga pasien merasa bosan minum obat, berkurangnya gejala, tidak pasti tentang tujuan terapi, harga obat yang mahal, tidak mengerti tentang instruksi penggunaan obat, dosis yang tidak akurat dalam mengkonsumsi obat dan efek samping yang tidak menyenangkan. Hubungan aktivitas keagamaan dengan kekambuhan pasien skizofrenia disajikan dalam bentuk tabel silang berikut.

Tabel 9. Hubungan aktivitas keagamaan dengan kekambuhan pasien skizofrenia di BLUD RSJ Aceh

Aktivitas Keagamaan	Kekambuhan Pasien Skizofrenia				Total	
	Kambuh		Tidak Kambuh		n	%
	n	%	n	%		
<b>Kurang</b>	17	60,7	11	39,3	28	100
<b>Baik</b>	3	25	9	75	12	100
<b>Total</b>	<b>20</b>		<b>20</b>		<b>40</b>	

\*menggunakan uji *Chi-Square* dengan signifikasi  $\alpha$  0,05,  $p$ -value=0,038, RP=2,4, (95%-CI)=0,87-6,76

Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh hasil analisis *Chi-square* pada tabel 4.9 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara aktivitas keagamaan dengan kekambuhan pasien skizofrenia, dengan  $p$ -value = 0,038 yang lebih kecil daripada  $\alpha$  0,05. Berdasarkan uji statistik secara bivariat juga menunjukkan *Ratio Prevalence RP*: 2,4 {95% *CI* : (0,87-6,76)} artinya aktivitas keagamaan yang kurang, pasien skizofrenia akan memiliki peluang 2,4 kali untuk mengalami kekambuhan dibandingkan dengan pasien dengan aktivitas keagamaan yang baik.

Hal ini terkait dengan penelitian kualitatif yang dilakukan di Malang, menyatakan bahwa setelah dilakukan penelitian pada pasien yang diberikan terapi do'a, diketahui bahwa terjadi perubahan perilaku pada penderita skizofrenia, dimana pasien yang pertama dinyatakan sembuh dan diizinkan pulang.<sup>11</sup> Perubahan perilaku dalam diri pasien tampak dari hilangnya halusinasi dan delusi yang diderita oleh pasien. Selain itu pasien tidak lagi marah-marah dan pasien juga sudah mau berkumpul dan bercerita dengan teman-temannya. Kegiatan bersih dan rawat diri juga semakin rajin dilakukan. Selain itu, kegiatan keagamaan seperti sholat dan mengaji juga semakin rajin.

Spiritual merupakan komponen tambahan pada definisi sehat oleh WHO dan memiliki arti penting dalam kehidupan sehari-hari masyarakat. Setiap individu perlu mendapat pendidikan formal maupun informal, siraman rohani seperti ceramah

agama dan lainnya agar terjadi keseimbangan jiwa yang dinamis.<sup>12</sup> Spiritual sehat tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, kepercayaan dan sebagainya terhadap sesuatu diluar alam fana ini, yakni Tuhan yang maha kuasa. Sehat spiritual dapat dilihat dari praktik keagamaan seseorang. Dengan kata lain, sehat spiritual adalah keadaan dimana seseorang menjalankan ibadah dan semua aturan-aturan agama yang dianutnya.

Agama dan spiritualitas juga membantu proses terapi baik terapi psikis maupun fisik. Pasien depresi yang menerima terapi yang berorientasi pada agama memiliki depresi yang lebih rendah dan penyesuaian klinis yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang menerima terapi biasa.<sup>13</sup>

Keterbatasannya data tentang penelitian di tempat lain tentang hubungan aktivitas keagamaan pasien dengan kekambuhan skizofrenia yang peneliti dapatkan bisa disebabkan oleh berbagai faktor. Menurut opini peneliti, Aceh merupakan tempat di Indonesia yang menjalankan syariat islam, hal ini tidak terlepas dari mayoritas penduduknya yang beragama islam dan juga julukan "Serambi Mekkah" yang didapat oleh Aceh. Berbeda di tempat lain yang persentase penduduk yang beragama islam tidak sebesar di Aceh. Islam sudah menjadi identitas yang sangat melekat dengan penduduk aceh meskipun kenyataannya aktivitas keagamaan yang

dilakukan oleh penduduknya tidak menunjukkan hal yang sama.

### Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pada 40 keluarga pasien skizofrenia di Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Jiwa Aceh, didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Berdasarkan 4 variabel yang diajukan pada penelitian diantaranya adalah pengetahuan keluarga, dukungan keluarga, kepatuhan pasien minum obat dan aktivitas keagamaan. Keempat variabel yang dimaksud menunjukkan hasil yang signifikan terhadap kekambuhan pasien skizofrenia, dimana variabel yang paling signifikan adalah kepatuhan pasien minum obat ( $p$ -value = 0,000) diikuti dukungan keluarga ( $p$ -value = 0,000), pengetahuan keluarga ( $p$ -value = 0,011) dan aktivitas keagamaan ( $p$ -value = 0,022).
2. Variabel kepatuhan pasien minum obat ( $p$ -value = 0,000) dan dukungan keluarga ( $p$ -value = 0,000) adalah merupakan variabel yang sangat signifikan, hal ini dimungkinkan oleh karena peran keluarga dalam pengawasan dan dukungan terhadap minum obat secara teratur serta dukungan moral yang diberikan keluarga untuk pasien yang terus-menerus akan mempengaruhi proses kesembuhan pasien skizofrenia yang lebih baik.
3. Sementara variabel pengetahuan keluarga ( $p$ -value = 0,011) dan aktivitas keagamaan ( $p$ -value = 0,022) juga menunjukkan hasil signifikansi yang bermakna.

### Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan tersebut, beberapa saran dan rekomendasi yang dapat diajukan antara lain sebagai berikut:

1. Perlu penjelasan terus-menerus kepada keluarga pasien tentang mekanisme pemberian obat pada pasien skizofrenia secara terus-menerus.
2. Perlunya peran keluarga pasien skizofrenia sangat penting agar dapat memberikan dukungan sepenuhnya untuk kesembuhan pasien skizofrenia.
3. Perlu pembekalan tentang pengetahuan kepada keluarga pasien terhadap penerimaan kembali pasien skizofrenia di dalam keluarga dan mekanisme pemberian obat secara teratur.

Perlunya mendorong keluarga pasien skizofrenia untuk tetap membawa anggota keluarganya kepada pendekatan keagamaan secara terus menerus dan dapat mendalami agama.

### Daftar Pustaka

1. Pebrianti, S, Wijayanti, R, & Munjiati. *Hubungan Tipe Pola Asuh Keluarga dengan Kejadian Skizofrenia di Ruang Sakura RSUD Banyumas*. Banyumas: Jurnal Keperawatan Soedirman. 2009.
2. WHO. 2012. *Schizophrenia*. Dibuka pada 18 Oktober 2012 pada website [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/)
3. Tomb, David. *Buku Saku Psikiatri Edisi 6*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2004.
4. Irmansyah. 2006. *Faktor Genetika Pada Skizofrenia*. Dibuka pada website <http://www.schizophrenia.web.id> tanggal 10 Oktober 2012
5. Ryandini, Felicia Risca, Saraswati, Sri Haryani, & Meikawati, Wulandari. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Amino Gondohutomo Semarang*. 2006. Dibuka pada website <http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/index.php/ilmukeperawatan/article/view/29> 5 Mei 2012
6. Arikunto, Suharsimi. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta. 2006.

7. Budiarto, Eko. *Biostatiska Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. EGC. Jakarta. 2001.
8. Wardana, Putu Agus Kresna. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga tentang Skizofrenia dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Unit Rawat Jalan RS Jiwa Pusat dr. Soeharto Herdian Jakarta*. Skripsi. Jakarta: Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta. 2009.
9. Saputra, Nanda. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Propinsi Sumatera Utara – Medan*. Skripsi. Medan: Universitas Sumatera Utara. 2010.
10. Dolan, P., Canavan, J., Pinkerton, J.. *Family Reflective Practice*, London: Jessica Kingsley Publisher. 2006
11. Annisah, Muflih Jihad. *Do'a sebagai Terapi Perubahan Perilaku pada Penderita Skizofrenia*. Malang: Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim. 2009
12. WHO. 2013. *Development of health impact assessment in Thailand*. Diambil pada tanggal 24 Maret 2013 di <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/6/en/phoolcharoen.pdf>
13. Subandi, MA. *Integrasi Psikoterapi Dalam Dunia Medis*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada. 2003.