

Hubungan Stigma dengan Pengetahuan Keluarga Yang Memiliki Anggota Keluarga Skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda

Novia Syafriani^{1*}, Dwi Rahmah Fitriani²

^{1,2}Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur, Samarinda, Indonesia.

*Kontak Email: Noviasyafriani30@gmail.com

Diterima: 04/08/19

Revisi: 06/08/19

Diterbitkan: 31/08/20

Abstrak

Tujuan studi: Mengidentifikasi Hubungan Stigma Dengan Pengetahuan Keluarga Pada Anggota Keluarga Dengan Gangguan Skizofrenia Di Poliklinik Di Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda.

Metodologi: Jenis penelitian ini adalah kuantitatif korelasional dengan pendekatan cross sectional. Menggunakan sampel 84 responden. Penentuan sampel menggunakan teknik simple random sampling. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan aplikasi Software Komputer.

Hasil: Hasil analisis menggunakan uji chi-square diperoleh nilai p value 0.000 ($p < 0.05$) membuktikan terdapat hubungan antara stigma dengan pengetahuan keluarga di rumah sakit jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

Manfaat: Sebagai sarana informasi dan menambah pengetahuan keluarga tentang skizofrenia serta pentingnya dukungan keluarga yang mempunyai anggota keluarga skizofrenia.

Abstract

Purpose of study: To identify the relationship between stigma and knowledge of family on family members with Schizophrenic Disorders in polyclinic at Atma Husada Mahakam hospital in Samarinda.

Methodology: This type of research was quantitative correlational with a cross sectional approach. Used sample of 84 respondents. Determination of the sample used simple random sampling technique. Data collection used a questionnaire. Data analysis used the Computer Software application.

Results: The results of the analysis using the chi-square test obtained p value of 0,000 ($p < 0.05$) proves there is a relationship between stigma and family knowledge at the Atma Husada Mahakam Samarinda mental hospital.

Applications: as a means of information and increase family knowledge about schizophrenia and the importance of family support that has a family member of schizophrenia.

Kata kunci: Stigma, Pengetahuan, Skizofrenia.

1. PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa menurut WHO (*World Health Organization*) adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis dan sosial yang terlihat dari hubungan dengan orang lain yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional kondisi mental sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh seseorang, dengan memperhatikan sepenuhnya kemampuan dirinya, mampu mengatasi stress kehidupan dengan wajar mampu bekerja dengan produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya, dapat berperan serta dalam lingkungan hidup, menerima dengan baik apa yang ada pada dirinya dan merasa nyaman bersama dengan orang lain (Prabowo, 2014). Seseorang dikatakan sehat apabila seluruh aspek dalam dirinya dalam keadaan tidak terganggu baik tubuh, psikis maupun sosial. Fisiknya sehat, maka mental (jiwa) dan sosial pun sehat, jika mentalnya terganggu atau sakit, maka fisiknya dan sosialnya pun akan sakit. Kesehatan harus dilihat secara menyeluruh sehingga kesehatan jiwa merupakan bagian kesehatan yang tidak dapat dipisahkan (Yosep dan Sutini, 2014). Kesehatan jiwa adalah kemampuan menyesuaikan diri sendiri, orang lain, masyarakat dan lingkungan sehingga orang yang tidak sanggup menghadapi problema dan tidak dapat menyesuaikan diri baik lingkungan maupun masyarakat akan mengalami gangguan jiwa. Kriteria umum untuk mendiagnosa gangguan jiwa meliputi: ketidakpuasan dengan karakteristik, hubungan yang tidak efektif, tidak puas hidup didunia, coping yang tidak efektif, dan tidak terjadi pertumbuhan personal (Prabowo, 2014). Gangguan jiwa tersebar hampir merata di seluruh dunia, di wilayah Asia Tenggara termasuk Indonesia. Bila separuh dari mereka memerlukan perawatan di rumah sakit dan jika penduduk Indonesia berjumlah 120 juta orang maka ini berarti bahwa 120 ribu orang dengan gangguan jiwa berat memerlukan perawatan di rumah sakit (Yosep dan Sutini, 2014). Menurut data *World Health Organization* (WHO) masalah gangguan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius. Bukti lainnya berdasarkan data statistik angka penderita gangguan kesehatan jiwa memang mengkhawatirkan. Secara global, dari sekitar 450 juta orang yang mengalami gangguan mental (Yosep dan Sutini, 2014). Salah satu gangguan jiwa yang dimaksud adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham

dan halusinasi (Direja, 2011). Kusumawati dan Hartono (2010) mengungkapkan bahwa 99% pasien yang dirawat di rumah sakit jiwa adalah pasien dengan diagnosa medis skizofrenia. Skizofrenia adalah penyakit neurologi yang mempengaruhi persepsi, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosial pasien. Prevalensi skizofrenia di Indonesia adalah 0,3 – 1 %. Apabila diperkirakan penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa, maka diperkirakan sebanyak 2 juta jiwa menderita skizofrenia, (Lestari, 2011). Menurut WHO, Masalah gangguan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius. Riset kesehatan dasar tahun 2013 menunjukkan prevalensi penduduk Indonesia (skizofrenia) gangguan jiwa berat seperti gangguan psikosis, prevalensinya adalah 1,7permil. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7permil. Proporsi rumah tangga yang pernah memasing anggota rumah tangga gangguan jiwa berat 14,3 persen dan terbanyak pada penduduk yang tinggal dipedesaan 18,2%, serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah 19,5%. Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0 persen. Masih banyak penderita gangguan jiwa berat yang tidak mendapat penanganan secara medis atau yang drop out dari penanganan medis dikarenakan oleh faktor-faktor seperti kekurangan biaya, rendahnya pengetahuan keluarga, dan masyarakat sekitar terkait dengan gejala gangguan jiwa, dan sebagainya (Lestari dan Wardhani, 2014). Sampai saat ini penanganan skizofrenia baik di rumah maupun di rumah sakit belum memuaskan. Hal ini terutama terjadi di negara-negara sedang berkembang. Beberapa hal yang ditengarai menjadi penyebabnya 4 adalah ketidaktahuan keluarga dan masyarakat terhadap jenis gangguan jiwa ini, serta ada beberapa stigma mengenai skizofrenia ini (Hawari, 2001). Sebuah keluarga dengan penderita gangguan jiwa perlu mengetahui dan menyadari keadaan diri penderita, mengambil keputusan untuk menentukan bagaimana sikap yang sebaiknya di ambil agar terhindar dari hal-hal yang tidak diinginkan. Hal tersebut menunjukkan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang gangguan jiwa masih kurang. Karena ketidaktahuan atau pengertian yang salah dari keluarga atau anggota masyarakat mengenai skizofrenia Penderita gangguan jiwa sering mendapatkan stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat disekitarnya dibandingkan individu yang menderita penyakit medis lainnya. Stigma di masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa juga mempersulit penanganan penderita gangguan jiwa secara komprehensif. (Lestari dan Wardhani, 2014). Goffman (1963) menyatakan bahwa stigma terhadap penderita gangguan jiwa memiliki dua komponen utama, yaitu yang bersifat publik (reaksi umum dari publik terhadap rang yang menderita gangguan jiwa) dan stigma individu (prasangka orang itu sendiri terhadap gangguan jiwa yang di derita yang cenderung kembali kepada dirinya sendiri).

Hal ini didukung oleh Puspitasari yang menyatakan bahwa penderita skizofrenia sering mendapatkan stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat sekitar. Penderita skizofrenia sering mendapatkan perlakuan yang tidak manusiawi. Perlakuan ini disebabkan karena ketidaktahuan dan pengertian yang salah dari masyarakat mengenai skizofrenia. Dari beberapa uraian diatas yaitu bahwa penderita skizofrenia yang mendapatkan dukungan keluarga mempunyai kesempatan berkembang kearah positif secara maksimal, sehingga penderita skizofrenia akan bersikap positif, baik terhadap dirinya maupun lingkungannya karena keluarga merupakan lingkungan sosial pertama yang dikenal. Negara Indonesia juga telah membentuk Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia (KPSI) yang merupakan sebuah komunitas pendukung Orang Dengan Skizofrenia (ODS) dan keluarganya yang memfokuskan diri pada kegiatan mempromosikan kesehatan mental bagi masyarakat di Indonesia. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di poliklinik rumah sakit jiwa Atma Husada Samarinda di dapatkan data penderita skizofrenia pada bulan September-November 2018 yaitu sebanyak 470 orang. survey awal yang dilakukan pada 12 keluarga yang memiliki pasien jiwa di Poli Klinik rumah sakit jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda ditemukan bahwa 7 orang keluarga pasien mengaku merasa resah dan tidak nyaman merawat pasien jiwa sehingga keluarga kurang menerima kehadiran pasien. Dan di dapatkan 5 orang keluarga yang memiliki pengetahuan kurang terhadap skizofrenia yang di derita keluarganya. Berdasarkan fenomena tersebut maka penulis ingin mengetahui apakah ada hubungan stigma dengan pengetahuan keluarga pada anggota keluarga yang mengalami skizofrenia di poli klinik rumah sakit jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda. Stigma adalah penyimpangan yang mengarah ke dalam situasi dimana orang-orang tidak dapat menyesuaikan diri dengan standar masyarakat normal. Mereka didiskualifikasi dari kehidupan sosial, mereka mengalami stigmatisasi individu. Dikucilkan dari yang lainnya sehingga harus terus berusaha menyesuaikan diri dengan identitas sosial masyarakat dimana mereka tinggal. Orang yang mendapat stigma dilabelkan atau ditandai sebagai orang yang bersalah atau orang dengan keterbelakangan. Hal ini dapat menyebabkan penurunan percaya diri, kehilangan motivasi, penarikan diri dari kehidupan sosial, menghindari pekerjaan, interaksi dalam kesehatan dan kehilangan perencanaan masa depan (UNAIDS, 2013). Stigma juga berarti sebuah fenomena yang terjadi ketika seseorang diberikan *labeling, stereotip, separation*, dan mengalami diskriminasi (Link Phelan dalam Scheid & Brown, 2010).

a. Mekanisme Stigma

Mekanisme stigma terbagi menjadi empat menurut (Major & O'Brien 2005), yaitu :

- 1) Adanya perlakuan negatif dan diskriminasi secara langsung.
Mekanisme stigma yang pertama yaitu adanya perlakuan negatif dan diskriminasi secara langsung yang artinya terdapat pembatasan pada akses kehidupan dan diskriminasi secara langsung sehingga berdampak pada status sosial, *psychological well-being* dan kesehatan fisik. Stigma dapat terjadi di beberapa tempat seperti di sebuah toko, tempat kerja, setting pendidikan, pelayanan kesehatan dan sistem peradilan pidana.
- 2) Proses konfirmasi terhadap harapan atau *self fulfilling prophecy*
Stigma menjadi sebuah proses melalui konfirmasi harapan atau *self fulfilling prophecy* Persepsi negatif, stereotype dan harapan bisa mengarahkan individu untuk berperilaku sesuai dengan stigma yang diberikan sehingga berpengaruh pada pikiran, perasaan dan perilaku individu tersebut.

- 3) Munculnya stereotip secara otomatis
Stigma dapat menjadi sebuah proses melalui aktivitas stereotip otomatis secara negatif pada suatu kelompok.
- 4) Terjadinya proses ancaman terhadap identitas dari individu

b. Tipe Stigma

Menurut Goffman (dalam Scheid & Brown, 2010) mendefinisikan 3 tipe stigma sebagai berikut :

- 1) Stigma yang berhubungan dengan cacat tubuh yang dimiliki oleh seseorang.
- 2) Stigma yang berhubungan dengan karakter individu yang umum diketahui seperti bekas narapidana, pasien rumah sakit jiwa dan lain sebagainya.
- 3) Stigma yang berhubungan dengan ras, bangsa dan agama. Stigma semacam ini ditransmisikan dari generasi ke generasi melalui keluarga.

c. Dimensi Stigma

Menurut Link dan Phelan (dalam Scheid & Brown, 2010) stigma mengacu pada pemikiran Goffman (1961), komponen-komponen dari stigma sebagai berikut :

1) *Labeling*

Labeling adalah pembedaan dan memberikan label atau penamaan berdasarkan perbedaan-perbedaan yang dimiliki anggota masyarakat tersebut (Link & Phelan dalam Scheid & Brown, 2010). Sebagian besar perbedaan individu tidak dianggap relevan secara sosial, namun beberapa perbedaan yang diberikan dapat menonjol secara sosial. Pemilihan karakteristik yang menonjol dan penciptaan label bagi individu atau kelompok merupakan sebuah prestasi sosial yang perlu dipahami sebagai komponen penting dari stigma. Berdasarkan pemaparan di atas, *labeling* adalah penamaan berdasarkan perbedaan yang dimiliki kelompok tertentu.

2) *Stereotip*

3) *Separation*

Separation adalah pemisahan “kita” (sebagai pihak yang tidak memiliki stigma atau pemberi stigma) dengan “mereka” (kelompok yang mendapatka stigma). Hubungan label dengan atribut negatif akan menjadi suatu pembenaran ketika individu yang dilabel percaya bahwa dirinya memang berbeda sehingga hal tersebut dapat dikatakan bahwa proses pemberian *stereotip* berhasil (Link & Phelan dalam Scheid & Brown, 2010).

4) Diskriminasi

mengidentifikasi dimensi dari stigma yang terdiri dari enam dimensi, yaitu:

- 1) *Concealability*, menunjukkan atau melakukan deteksi tentang karakteristik dari individu lain. *Concealability* bervariasi tergantung pada sifat stigma tersebut. Individu yang mampu menyembunyikan kondisinya, biasanya sering melakukan stigma tersebut.
- 2) *Course*, menunjukkan kondisi stigma reversibel atau ireversibel. Individu yang mengalami kondisi ireversibel maka cenderung untuk memperoleh sikap yang lebih negatif dari orang lain.
- 3) *Disruptiveness*, menunjukkan tanda-tanda yang diberikan oleh orang lain kepada individu yang mengakibatkan ketegangan atau menghalangi interaksi interpersonal.
- 4) *Aesthetic*, mencerminkan persepsi seseorang terkait dengan hal yang menarik atau menyenangkan.
- 5) *Origin*, merujuk kepada bagaimana munculnya kondisi yang menyebabkan stigma.
Peril, merujuk pada perasaan bahaya atau ancaman yang dialami orang lain. Ancaman dalam pengertian ini dapat mengacu pada bahaya fisik atau perasaan yang tidak nyaman.

a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan (*Kenowledge*) adalah suatu proses dengan menggunakan panca indra yang dilakukan seseorang terhadap obyek tertentu dapat menghasilkan pengetahuan dan keterampilan. Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber seperti media poster, kerabat dekat, media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan dan sebagainya, pengetahuan dapat membentuk keyakinan tertentu, sehingga seseorang berperilaku sesuai dengan keyakinan tersebut (Hidayat, 2013). Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru didalam diriseseorang terjadi proses yang berurutan), yakni :

1) *Awareness*(Kesadaran)

Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).

2) *Interest*(Merasa Tertarik)

Terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek sudah mulai timbul.

3) *Evaluation*(Menimbang-Menimbang)

Terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.

4) *Trial*

Sikap dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.

5)Adaption

Dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, dimana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*longlasting*).Sebaliknya, apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama. Jadi, Pentingnya pengetahuan disini adalah dapat menjadi dasar dalam merubah perilaku sehingga perilaku itu langgeng.

b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yaitu:

1)Tahu (*Know*)

Diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan - pertanyaan.

2)Memahami (*Comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekadar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekadar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

3)Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

4)Analisa (*Analisis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

5)Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen- komponen pengetahuan yang dimiliki.

6)Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010), ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

1)Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup.

2)Media Masa / Sumber Informasi

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, internet, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

3)Sosial Budaya Dan Ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan oleh orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk.

4)Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial.

5)Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu.

d. Cara Mendapatkan Pengetahuan

Cara mendapatkan pengetahuan(Notoadmojo, 2007) dapat di kelompokkan menjadi dua, yaitu:

1) Cara Tradisional Untuk Memperoleh Pengetahuan

Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini dilakukan sebelum ditemukan metode ilmiah, yang meliputi:

a) Cara coba Salah (*Trial Dan Error*)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila tidak berhasil, maka akan dicoba kemungkinan yang lain lagi sampai didapatkan hasil mencapai kebenaran.

b) Cara Kekuasaan Atau Otoritas

Pengetahuan diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan atau tradisi, otoritaspemerintahan, otoritas pimpinan agama, maupun ahli ilmu pengetahuan.

c) Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu. Apabila dengan cara yang digunakan tersebut orang dapat memecahkan masalah yang sama, orang dapat pula menggunakan cara tersebut.

d) Melalui Jalan Pikiran

Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan, manusia telah menggunakan jalan fikiran.

2) Cara Dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih simetris, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah.

e. Kategori Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006) mengatakan bahwa untuk mengetahui secara kualitas tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang dapat dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu :

- 1) Tingkat pengetahuan baik bila skor atau nilai 76-100%
- 2) Tingkat pengetahuan cukup bila skor atau nilai 56-75%
- 3) Tingkat pengetahuan kurang bila skor atau nilai 40-55%

Menurut Nursalam (2011) criteria untuk menilai dari tingkat pengetahuan menggunakan nilai:

- 1) Tingkat pengetahuan baik bila skor atau nilai 76-100%
- 2) Tingkat pengetahuan cukup bila skor atau nilai 56-75%
- 3) Tingkat pengetahuan kurang bila skor atau nilai <56%

a. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku (Depkes RI, 2015). Gangguan jiwa skizofrenia sifatnya adalah gangguan yang lebih kronis dan melemahkan dibandingkan dengan gangguan mental lain (Puspitasari, 2009). Stuart (2007) menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan penyakit otak yang persisten dan juga serius yang bisa mengakibatkan perilaku psikotik, kesulitan dalam memproses informasi yang masuk, kesulitan dalam hubungan interpersonal, kesulitan dalam memecahkan suatu masalah.

b. Etiologi

Skizofrenia dianggap sebagai gangguan yang penyebabnya multipel dan saling berinteraksi. Diantara faktor multipel itu dapat disebut :

1) Keturunan

Penelitian pada keluarga penderita skizofrenia terutama anak kembar satu telur angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, anak dengan salah satu orang tua menderita skizofrenia 7-16%. Apabila kedua orang tua menderita skizofrenia 40-60%, kembar dua telur 2-15%. Kembar satu telur 61-68%. Menurut hukum Mendel skizofrenia diturunkan melalui genetik yang resesif. (Lumbantobing, 2007).

2) Gangguan Anatomi

Diduga ada beberapa bangunan anatomi di otak berperan, yaitu : Lobus temporal, system limbic dan *reticular activating system (RAS)*. Ventrikel penderita skizofrenia lebih besar daripada kontrol. Pemeriksaan MRI menunjukkan hilangnya atau 9 kemungkinan budaya atau adat yang dianggap terlalu berat bagi seseorang dapat menyebabkan seseorang menjadi gangguan jiwa.

a. Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan. Faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah :

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk yang ada di dalam otak, yang dapat mengakibatkan

2) Stress Lingkungan

3) Sumber Koping

b. Jenis-jenis Skizofrenia

1) Skizofrenia simpleks

Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbul secara perlahan. Pada permulaan mungkin penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia semakin mundur dalam kerjaan atau pelajaran dan pada akhirnya menjadi pengangguran, dan bila tidak ada orang yang menolongnya ia akan mungkin akan menjadi "pengemis", "pelacur" atau "penjahat" (Maramis, 2008).

2) Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, menurut Maramis (2008) permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali.

3) Skizofrenia katatonik

Menurut Maramis (2008) skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik. Pada stupor katatonik, penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap

lingkungannya dan emosinya sangat dangkal. Secara tiba-tiba atau perlahan-lahan penderita keluar dari keadaan stupor ini dan mulai berbicara dan bergerak. Gaduh gelisah katatonik Pada gaduh gelisah katatonik, terdapat hiperaktivitas motorik, tapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar.

4) Skizofrenia Paranoid

Jenis ini berbeda dari jenis-jenis lainnya dalam perjalanan penyakit. Hebefrenia dan katatonia sering lama-kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplek atau gejala campuran hebefrenia dan katatonia. Tidakdemikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan (Maramis, 2008).

5) Episode skizofrenia akut

Gejala skizofrenia ini timbul mendadak sekali dan pasien seperti keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar dan dirinya sendiri berubah. Semuanya seakan-akan mempunyai arti yang khusus baginya. Prognosisnya baik dalam waktu beberapa minggu atau biasanya kurang dari enam bulan penderita sudah baik. Kadang-kadang bila kesadaran yang berkabut tadi hilang, maka timbul gejala-gejala salah satu jenis skizofrenia yang lainnya (Maramis, 2008).

6) Skizofrenia residual

Skizofrenia residual, merupakan keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia (Maramis, 2008).

7) Skizofrenia skizoafektif

Pada skizofrenia skizoafektif, di samping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan, juga gejala-gejala depresi atau gejala-gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan (Maramis, 2008).

c. Tanda dan Gejala

Menurut Bleuler dalam Maramis (2008) gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu :

1) Gejala primer.

Gejala primer terdiri dari gangguan proses berpikir, gangguan emosi, gangguan kemauan serta autisme.

2) Gejala sekunder.

Gangguan sekunder terdiri dari waham, halusinasi, dan gejala katatonik maupun gangguan psikomotor yang lain.

d. Penatalaksanaan

Ada berbagai macam terapi yang bisa kita berikan pada skizofrenia. Hal ini diberikan dengan kombinasi satu sama lain dan dengan jangka waktu yang relatif cukup lama. Terapi skizofrenia terdiri dari pemberian obat-obatan, psikoterapi, dan rehabilitasi. Terapi psikososial pada skizofrenia meliputi: terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga, rehabilitasi psikiatri, latihan ketrampilan sosial dan manajemen kasus (Hawari, 2009). WHO merekomendasikan sistem 4 level untuk penanganan masalah gangguan jiwa, baik berbasis masyarakat maupun pada tatanan kebijakan seperti puskesmas dan rumah sakit.

1) Level keempat adalah penanganan kesehatan jiwadi keluarga

2) Level ketiga adalah dukungan dan penanganan kesehatan jiwa di masyarakat

3) Level kedua adalah penanganan kesehatan jiwa melalui puskesmas

4) Level pertama adalah pelayanan kesehatan jiwa komunitas

2. METODOLOGI

Desain penelitian ini ialah penelitian kuantitatif yang memakai rancangan korelasional (hubungan) dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini memakai metode *probability sampling* dengan teknik simple random sampling. Jumlah sampel yang ditentukan adalah 84 responden. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Di Wilayah Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Makaham Samarinda

No	Kategori	Frekuensi	Persentasi
Umur :			
1	21-24 Tahun	8	9.5%
2	25-28 Tahun	10	11.9%
3	29-32 Tahun	26	31.0%
3	33-36 Tahun	20	23.8%
4	37-40 Tahun	10	11.9%
5	41-44 Tahun	4	4.8%
6	45-46 Tahun	6	7.1%
	Total	84	100%

Pendidikan :			
1	SD	2	2.4%
2	SMP	8	9.5%
3	SMA	40	47.6%
4	Perguruan Tinggi	34	40.5%
Total		84	100%
Pekerjaan :			
1	IRT	35	41.7%
2	Swasta	32	38.1%
3	PNS	17	20.2%
Total		84	100%
Jenis Kelamin :			
1	Laki-Laki	32	38.1%
2	Perempuan	52	61.9%
Total		84	100%

Sumber : Data Primer 2019

Dari [Tabel 1](#) diperoleh hasil karakteristik umur responden di wilayah kerja poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda bahwa responden terbanyak yaitu berumur 29-32 tahun sebesar 29 responden (31.0%). Berdasarkan pendidikan responden adalah SD sejumlah 2 responden (2.4%), SMP sejumlah 8 responden (9.5%), SMA sejumlah 40 responden (47.6%) dan Perguruan Tinggi sejumlah 34 responden (40.5%). Berdasarkan pekerjaan diperoleh hasil IRT (ibu rumah tangga) sejumlah 35 responden (41.7%), swasta sejumlah 32 responden (38.1%), dan PNS sejumlah 17 responden (20.2%). Berdasarkan jenis kelamin diperoleh hasil jenis kelamin terbanyak adalah perempuan sebesar 52 responden (61.9%).

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Stigma Keluarga Di Wilayah Kerja Poli Klinik Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda

No	Stigma	Frekuensi	Persentase
1	Menerima	50	59.5
2	Tidak Menerima	34	40.5
Total		84	100%

Sumber : Data Primer 2019

Dari [Tabel 2](#) pada kategori stigma keluarga di peroleh hasil bahwa hampir sebagian besar responden adalah stigma keluarga menerima sebesar 50 responden (59.5%), serta keluarga yang tidak menerima sebesar 34 responden (40.5%).

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Keluarga Di Wilayah Kerja Poli Klinik Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda

No	Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
1	Baik	19	22.6%
2	Cukup	39	46.4%
3	Kurang	26	31.0%
Total		84	100%

Sumber : Data Primer 2019

Dari [Tabel 3](#) diketahui pengetahuan keluarga di poliklinik rumah sakit jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda memiliki pengetahuan baik sejumlah 19 orang (22.6%), pengetahuan cukup sejumlah 39 orang (46.4%) dan pengetahuan kurang sejumlah 26 orang (31.0%).

Tabel 4 Distribusi Frekuensi Hubungan Stigma Dengan Pengetahuan Keluarga Di Wilayah Kerja Poli Klinik Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda.

No	Stigma	Pengetahuan Keluarga			Total	P Value
		Baik	Cukup	Kurang		
1	Menerima	19 (22.6%)	20 (23.8%)	10 (11.9%)	49 (58.3%)	0.000
2	Tidak Menerima	0 (0.0%)	19 (22.6%)	16 (19.0%)	35 (41.7%)	
Total		19 (22.6%)	39 (46.4%)	26 (31.0%)	84 (100%)	

Sumber : Data Primer 2019

Berdasarkan [Tabel 4](#) diketahui keluarga yang memiliki anggota keluarga skizofrenia yang stigma menerima dengan pengetahuan keluarga baik sebanyak 19 responden (22.6%), keluarga yang stigma menerima dengan pengetahuan keluarga

cukup sebanyak 20 responden (23.8%) dan keluarga yang stigma menerima dengan pengetahuan keluarga kurang sebanyak 10 responden (11.9%). Sementara keluarga yang memiliki anggota keluarga skizofrenia yang stigma tidak menerima dengan pengetahuan keluarga baik tidak memiliki responden, keluarga yang stigma tidak menerima dengan pengetahuan keluarga cukup sebanyak 19 responden (22.6%) dan keluarga yang stigma tidak menerima dengan pengetahuan keluarga kurang sebanyak 35 responden (41.7%). Hasil uji chi-square diperoleh nilai p-value $0.000 < 0.05$ sehingga H_0 diterima. Menunjukkan terdapat hubungan antara stigma dengan pengetahuan keluarga di wilayah kerja poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

3. HASIL DAN DISKUSI

Hubungan Stigma Dengan pengetahuan Keluarga Yang Memiliki Anggota Keluarga Skizofrenia Di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda. Berdasarkan tabel menunjukkan bahwa keluarga yang memiliki anggota keluarga skizofrenia yang stigma menerima dengan pengetahuan keluarga baik sebanyak 19 responden (22.6%), keluarga yang stigma menerima dengan pengetahuan keluarga cukup sebanyak 20 responden (23.8%) dan keluarga yang stigma menerima dengan pengetahuan keluarga kurang sebanyak 10 responden (11.9%) Kemudian keluarga yang memiliki anggota keluarga skizofrenia yang stigma tidak menerima dengan pengetahuan keluarga baik tidak memiliki responden. Keluarga yang stigma tidak menerima dengan pengetahuan keluarga cukup sebanyak 19 responden (22.6%) dan keluarga yang stigma tidak menerima dengan pengetahuan keluarga kurang sebanyak 35 responden (41.7%). Hasil penelitian menggunakan chi-square didapatkan nilai p value 0.000 ($p < 0.05$) menunjukkan ada hubungan antara stigma dengan pengetahuan keluarga di rumah sakit jiwa Atma Husada Mahakam samarinda. Keluarga sebagai orang yang dekat dengan pasien, harus mengetahui prinsip lima benar dalam minum obat yaitu pasien yang benar, obat yang benar, dosis yang benar, cara/rute pemberian yang benar, dan waktu pemberian obat yang benar dimana kepatuhan terjadi bila aturan pakai dalam obat yang diresepkan serta pemberiannya dirumah sakit di ikuti dengan benar. Ini sangat penting terutama pada penyakit-penyakit menahun termasuk salah satunya adalah penyakit gangguan jiwa (Warsidah, 2017). Keluarga merupakan salah satu peran dan fungsi keluarga dalam memberikan fungsi afektif untuk pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarganya dalam memberikan kasih sayang. Salah satu wujud dari fungsi afektif tersebut adalah memberikan dukungan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan mental/skizofrenia (Friedman, 2010). Keluarga berperan dalam menentukan cara atau perawatan yang diperlukan penderita dirumah. Keberhasilan perawat di rumah sakit akan sia-sia jika tidak diteruskan dirumah yang kemudian mengakibatkan penderita harus . Pengetahuan keluarga mengenai kesehatan mental merupakan awalusaha dalam memberikan kesembuhan bagi pasien skizofrenia agar pasien atau penderita gangguan jiwa bisa bersosialisasi lagi dengan lingkungan sekitar, dan keluarga juga bisa saling mengingatkan orang lain agar tidak membedakan pasien skizofrenia agar dapat meningkatkan kesehatan mental pasien skizofrenia dan keluarga, juga dapat tidak menjadi sumber masalah bagi anggota keluarga yang mengalami ketidakstabilan mental sebagai minimnya pengetahuan mengenai persoalan kejiwaan bagai kelarga yang memiliki pasien skizofrenia (Notoatmojo, 2010). Dari uraian diatas maka peneliti berasumsi bahwa stigma berhubungan dengan pengetahuan hal itu dikarenakan dalam menyikapi anggota keluarga seseorang harus mengerti tentang suatu penyakit agar keluarga tetap menerima anggota keluarga yang terkena skizoprenia.

4. KESIMPULAN

Karakteristik responden penelitian di wilayah kerja poliklinik rumah sakit Atma Husada Mahakam Samarinda berdasarkan umur terbanyak yaitu berumur 29-32 tahun sebanyak 24 orang (28.57%), berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak yaitu SMA sebanyak 43 orang (51.19%) dan berdasarkan pekerjaan prevalensi terbanyak yaitu sebagai ibu rumah tangga sebanyak 37 orang (44.71%). Stigma keluarga di wilayah kerja poliklinik Atma Husada Mahakam Samarinda yang memiliki stigma menerima sebanyak 41 orang (38.18%), stigma tidak menerima sebanyak 43 orang (61.84%). Pengetahuan keluarga di wilayah kerja poliklinik Atma Husada Mahakam Samarinda yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 19 orang dengan presentase (22.6%), pengetahuan cukup sebanyak 39 orang dengan presentase (46,4%) dan pengetahuan kurang sebanyak 26 orang dengan presentase (31,0%). Hubungan stigma keluarga dengan pengetahuan keluarga di wilayah kerja poliklinik Atma Husada Mahakam Samarinda di temukan nilai p value $0.000 < 0.05$ sehingga menunjukkan adanya suatu hubungan stigma terhadap pengetahuan keluarga.

SARAN DAN REKOMENDASI

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka ada beberapa saran yang perlu di sampaikan Bagi keluarga dan masyarakat, Di harapkan keluarga dan masyarakat untuk menjalin hubungan yang baik dengan penderita skizofrenia dan terbuka pada informasi melalui media. Dalam berperilaku sosial, masyarakat hendaknya tidak memberikan perilaku yang diskriminatif pada penderita skizofrenia dan mendukung secara aktif dalam menciptakan lingkungan yang kondusif bagi penderita skizofrenia. Bagi instansi pelayanan kesehatan, Di harapkan semua petugas kesehatan di wilayah kerja rumah sakit Atma Husada Mahakam samarinda untuk mengadakan sosialisasi dan edukasi mengenai gangguan skizofrenia. Dapat juga dilakukan dengan menambahkan interaksi antara penderita skizofrenia dengan masyarakat. Bagi institusi pendidikan keperawatan, Diharapkan dengan penelitian ini dapat menambah referensi diperpustakaan dan pihak institusi dapat melakukan peneliian lebih lanjut mengenai hal-hal yang perlu diperhatikan pada penderita skizofrenia. Bagi peneliti selanjutnya, Diharapkan bagi peneliti lain hasil penelitian ini dapat ditindaklanjuti menggunakan metode penelitian lain, misalnya dengan menguji hasil yang didapat dalam penelitian ini dengan metode penelitian kualitatif guna

mengembangkan penelitian yang sudah ada. Bagi peneliti, Di harapkan peneliti dapat mengembangkan dan menerapkan ilmu pengetahuan di masyarakat sehingga dapat membuat perubahan di masyarakat yang memiliki stigma tidak menerima.

REFERENSI

- Arikunto, s. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik* Jakarta : Rineka Cipta
- Direja, Ade Herman Surya (2011). *Buku ajar asuhan keperawatan jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Friedman. (2010). *Keperawatan keluarga*. Yogyakarta: Gosen Publishing
- Goffman E. (1963). *Stigma : Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice hall
- Hawari, Dadang (2001). *Keperawatan Kesehatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Gaya Baeu : Jakarta
- Hidayat, A.A. (2013). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknis Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Kusumawati, F., Hartono, Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Lestari, F.S., & Kartinah. (2011). Hubungan persepsi keluarga tentang gangguan jiwa dengan sikap keluarga kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di rumah sakit jiwa Surakarta. Diperoleh 30 Desember 2018. Dari <http://www.publikasiilmiah.ums.ac.id>.
- Lestari, W. & Wardhani, Y.F. (2014) *Stigma Dan Penanganan Penderita Gangguan Jiwa Berat Yang Di Pasung*. Naskah Publikasi. Surabaya. Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
- Lumbantobing, S.M. *neurologi klinik, pemeriksaan fisik dan mental*. Jakarta. Balai Penerbit FKUI. 2007. hal 74, 50.
- Maramis. (2008). *Jenis-jenis Skizofrenia*. Diakses pada tanggal 6 Agustus 2016 dari <http://ababar.blogspot.co.id/2008/12/skizofrenia.html>
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo S., (2010). *Metodologi Penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta..
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Major, B. & O'Brien, L.T. (2005) *The Social Psychology of Stigma*. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421
- Prabowo, E. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Puspitasari, Esti. (2009). *Peran Dukungan Keluarga dalam Penanganan Penderita Skizofrenia*. Skripsi Sarjana Psikologi. Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Riskesdas. (2013). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar*. Diakses tanggal 15 Agustus 2016. Dari <http://www.depkes.go.id>
- Scheid, T.L, & Brown, T.N. (2010). *A Handbook For Study Of Mental Health Social Contexts*. New York : Cambridge University Press.
- Stuart, Gail W. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- UNAIDS. (2013). *report on the global AIDS epidemic*
- Warsidah (2017). *Hubungan Pengetahuan Keluarga Tentang Skizofrenia Dengan Kepatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Sedayu II Bantul Yogyakarta*. Skripsi
- Yosep, I., Sutini, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama