

BAB II

KAJIAN TEORI

A. Kajian Pustaka

1. Penerimaan Keluarga

a. Pengertian Penerimaan Keluarga

Orang tua dalam lingkungan keluarga memegang tanggung jawab dan peranan yang sangat penting dalam perkembangan anak. Perlakuan yang diberikan oleh orang tua terhadap anaknya akan memberikan dampak bagi anak. Menurut Gordon (1999 : 14) “Semua orang tua adalah pribadi-pribadi yang dari masa ke masa mempunyai dua perasaan yang berbeda terhadap anak-anak mereka menerima dan tidak menerima”.

Ditambahkan pula oleh Hurlock (1978 : 204), konsep penerimaan orang tua ditandai oleh : perhatian besar dan kasih sayang anak. Orang tua yang menerima akan memperhatikan perkembangan kemampuan anak dan memperhitungkan minat anak yang diterima umumnya bersosialisasi dengan baik, kooperatif, ramah, loyal, secara emosional stabil, dan gembira.

Penerimaan keluarga terhadap *skizofrenia* ditandai dengan adanya perhatian dan kasih sayang, memberikan waktu berperan serta dalam kegiatan sehari-hari, tidak mengharapkan terlalu banyak pada penderita. Penerimaan keluarga terhadap *skizofrenia* yang sebenarnya sesuai dengan pemahaman yang dimiliki keluarga akan menerima kondisi penderita baik secara mental maupun fisik serta memberikan kasih-sayang, perhatian yang banyak dan mampu untuk memahami perkembangan sejak dini.

Menerima seseorang dengan ikhlas, tepat serta apa adanya orang tersebut merupakan faktor kritis dalam membantu mengembangkan perubahan konstruktif orang tersebut dalam memberi kemudahan pemecahan problemnya, dan mendorong usaha menuju kesehatan jiwa yang lebih besar atau belajar produktif (Gordon, 1996 : 22).

Berdasarkan uraian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa penerimaan orang tua terhadap anaknya adalah perhatian, cinta atau kasih sayang serta sikap pengertian dari orang tua yang ditunjukkan dengan sikap yang penuh bahagia dalam mengasuh anak.

b. Penerimaan Orang Tua terhadap Anak

Menurut Gordon (1994 : 30) penerimaan orang tua dinyatakan dengan :

- 1) Sikap menerima harus ditunjukkan untuk hal yang memerlukan keahlian khusus, kebanyakan orang tua menganggap rela menerima merupakan sesuatu yang pasif, suatu keadaan jiwa, suatu sikap, dan suatu perasaan. Rasa ini berasal dari dalam agar menjadi kekuatan efektif secara aktif dikomunikasikan atau diperlihatkan.
- 2) Menyampaikan rasa menerima tanpa kata atau pesan dapat disimpulkan melalui kata “Apa” yang diucapkan melalui isyarat, yang melalui sikap ekspresi wajah atau tingkah laku.
- 3) Menyampaikan rasa menerima tanpa campur tangan atau dengan tidak mencampuri kegiatan anaknya dalam suatu kegiatan, dapat menunjukkan dengan jelas bahwa orang tua menerima anaknya.

- 4) Mendengarkan secara pasif menunjukkan sikap penerimaan, tidak memaksakan sesuatu juga merupakan cara penyampaian dari rasa menerima. Diam atau mendengarkan pasif dapat digunakan secara efektif untuk membuat seseorang dapat menerima.
- 5) Mengutarakan penerimaan dengan kata-kata. Kebanyakan orang tua menyadari bahwa dalam interaksi manusia seseorang tidak tetap diam dalam waktu lama. Biasanya orang tua menginginkan bentuk interaksi verbal yang jelas, sehingga orang tua harus berbicara pada anak dan sebaliknya. Mereka menghendaki hubungan yang erat dan hal-hal tersebut dapat disalurkan orang tua dengan penuh penerimaan.

Dalam kehidupan sehari-hari setiap orang tua akan mempunyai sikap mandiri dalam menghadapi anaknya, ada sikap orang tua yang memberikan penerimaan dalam artian mencintai anak tersebut dan adanya sikap tidak menerima yang ditandai oleh kelebihan atau kekurangan afeksi.

c. Sikap Orang Tua terhadap Anak

Menurut Hurlock (1990 : 204) yang mengemukakan beberapa corak sikap orang tua terhadap anak :

- 1) Melindungi secara berlebihan. Perlindungan secara berlebihan mencakup pengasuhan dan pengendalian anak. Hal ini menimbulkan ketergantungan yang berlebihan, seperti ketergantungan kepada semua orang (tidak hanya kepada orang tua), kurangnya percaya diri dan frustrasi.

- 2) Permisitifitas. Permisitifitas terlihat pada orang tua yang membiarkan anak berbuat sesuka hati dengan sedikit kekangsaan. Hal ini menciptakan suatu rumah tangga yang berpusat pada anak.
- 3) Penolakan. Penolakan dapat dinyatakan dengan mengabaikan kesejahteraan anak atau menuntut terlalu banyak dari anak seperti, sikap permusuhan yang terbuka.
- 4) Penerimaan orang tua di tandai oleh perhatian besar dan kasih sayang pada anak. Orang tua yang menerima, memperhatikan perkembangan kemampuan anak dan memperhitungkan minat anak. Anak yang diterima umumnya bersosialisasi dengan baik.
- 5) Kooperatif, ramah, royal, secara emosional stabil, dan gembira.
- 6) Dominasi. Anak yang didominasi oleh salah satu atau kedua orang tua biasanya bersifat jujur, sopan dan berhati-hati, namun cenderung pemalu, patuh, mudah dipengaruhi orang lain, mengalah dan sangat sensitif.
- 7) Tunduk pada anak. Orang tua yang tunduk pada anak membiarkan anak mendominasi mereka dan anak menerima orang tua serta menunjukkan sedikit tenggang rasa, penghargaan atau loyalitas kepada mereka.
- 8) *Favoritism*. Meskipun mereka mengatakan bahwa mereka mencintai semua anak dengan sama rata, kebanyakan orang tua mempunyai favorit. Hal ini membuat mereka lebih menuruti dan mencintai anak favoritnya dari pada anak yang lain dari dalam keluarga.
- 9) Ambisi orang tua. Hampir semua orang tua mempunyai ambisi bagi anak mereka dan seringkali ambisi itu sangat tinggi sehingga tidak realistis.

Ambisi ini sering dipengaruhi oleh ambisi orang tua yang tidak tercapai dan hasrat orang tua supaya anak mereka naik ditangga sosial.

d. Faktor-faktor Penerimaan Orang Tua terhadap Anak

Hurlock (1978 : 204) mengemukakan bahwa penerimaan orang tua ditandai oleh perhatian besar dan kasih sayang pada anak. Penerimaan orang tua dalam pengertian Hurlock menerangkan berbagai macam sikap khas orang tua terhadap anak. Sikap orang tua terhadap anak mereka merupakan hasil belajar. Banyak faktor yang turut mempengaruhi sikap orang tua terhadap anak.

Hurlock (1978 : 202-203) menjelaskan faktor-faktor tersebut dipengaruhi oleh :

- 1) Konsep “Anak idaman”, yang terbentuk sebelum kelahiran anak yang sangat diwarnai romantisme, dan didasarkan gambaran anak ideal dari orang tua.
- 2) Pengalaman awal dengan anak mewarnai sikap orang tua terhadap anaknya.
- 3) Nilai budaya mengenai cara terbaik memperlakukan anak, secara otoriter, demokratis maupun permisif, akan mempengaruhi sikap orang tua dan cara memperlakukan anaknya.
- 4) Orang tua yang menyukai peran, merasa bahagia, dan mempunyai penyesuaian yang baik terhadap perkawinan, akan mencerminkan penyesuaian yang baik pada anak.

- 5) Apabila orang tua merasa mampu berperan sebagai orang tua, sikap mereka terhadap anak dan perilakunya lebih baik dibandingkan sikap mereka yang merasa kurang mampu dan ragu-ragu.
- 6) Kemampuan dan kemauan untuk menyesuaikan diri dengan pola kehidupan yang berpusat pada keluarga.
- 7) Alasan memiliki anak. Apabila alasan untuk memiliki anak untuk mempertahankan perkawinan yang retak dan hal ini tidak berhasil maka sikap orang tua terhadap anak akan berkurang dibandingkan dengan sikap orang tua yang menginginkan anak untuk memberikan kepuasan mereka dengan perkawinan mereka.
- 8) Cara anak bereaksi terhadap orang tuanya mempengaruhi sikap orang tua terhadapnya.

e. Respon Keluarga terhadap Anggota Keluarga Gangguan Jiwa

Ketika gangguan jiwa dipandang sebagai suatu beban sendiri bagi keluarga, maka hal itu dapat dibedakan menjadi sifat obyektif dan subyektif. Dikatakan obyektif, maksudnya berupa tingkah laku penderita, peran penderita, bantuan untuk memenuhi kebutuhan penderita, masalah keuangan dan lain-lain. Sedangkan beban keluarga dikatakan bersifat subyektif yakni berupa perasaan penderita karena menjadi beban bagi keluarga.

Parker (dalam Soewadi, 2000 : 46) mengkategorikan respon keluarga terhadap anggota keluarga dengan gangguan jiwa :

1) Berduka (*grief*)

Berduka adalah respon wajar yang paling umum terjadi sehubungan dengan adanya proses kehilangan seseorang yang awalnya dikenal sebelum sakit, kemudian hilangnya harapan pada penderita. Permasalahannya yaitu seberapa dalam dan lamanya respon berduka yang dialami oleh keluarga tersebut. Seawal mungkin perawat mampu mengidentifikasinya, sehingga keluarga maupun penderita sendiri dapat pulih dengan segera. Lambert mengatakan bahwa kehilangan adalah suatu keadaan individu yang berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemudian menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan (Suseno, 2004 : 30).

2) Marah (*anger*)

Respon berikutnya ketika berduka dialami keluarga, maka akan berhadapan dengan respon kedua yaitu marah. Sekali lagi dikatakan bahwa respon-respon tersebut wajar adanya sebagai manusia, hanya saja jangan sampai perilaku tersebut membawa keluarga kedalam penderitaan yang justru semakin parah lagi.

Menurut Sarlito, marah merupakan ekspresi emosi terhadap sesuatu yang menjengkelkan dan sangat tidak menyenangkan terhadap individu, respon yang diwujudkan dengan kemarahan, sebagaimana dikemukakan oleh sarlito bahwa marah adalah emosi yang timbul terhadap sesuatu yang menjengkelkan (Sarlito, 2000 : 53).

3) Merasa tidak berdaya dan takut

Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, sungguh merupakan suatu beban tersendiri. Bukan saja karena faktor internal keluarga yang berkontribusi dan akan menerima tanggung jawab, justru beban sosial yang dirasakan keluarga kadang lebih besar dari persoalan sebenarnya. Oleh karena itulah, upaya untuk mengobati atau menyembuhkan seperti apapun akan dilakukannya, tetapi sebagaimana realitas dan sifat dari patologis gangguan jiwa itu sendiri, ketika keadaannya sudah parah baru diobati, dan semakin lama diderita justru semakin sulit kesembuhannya. Inilah yang menghantarkan keluarga sampai pada perasaan tidak berdaya dan takut.

Perasaan keluarga yang demikian, di negara kita juga didukung oleh rata-rata keadaan ekonomi yang pas-pasan bahkan kekurangan, sehingga sangat wajar, apabila tidak sedikit mereka yang terganggu jiwanya menjadi gelandangan atau keluyuran di mana-mana atau tersangut oleh razia dinas sosial, dan itupun akan kembali lagi (Susana, 2007 : 31-34).

f. Dukungan Sosial Keluarga

Dukungan sosial mengacu kepada dukungan yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau ditiadakan untuk anggota keluarga. dukungan sosial dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 1998 : 153).

Dukungan sosial adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan berbeda-beda dalam pelbagai tahapan siklus kehidupan, namun demikian, dalam semua siklus kehidupan, dukungan sosial membantu keluarga mampu berfungsi dengan kepandaian akal. Sebagai akibatnya, hal itu meningkatkan kesehatan dan adaptasi (Friedman, 1998 : 155).

Menurut Norbeck (dalam Soewadi, 2000 : 63), ada empat kategori bentuk dukungan sosial bagi keluarga yang anggotanya mengalami gangguan jiwa.

a. Dukungan emosional : individu membutuhkan empati dari orang lain. Bilamana orang dapat menghargai, mempercayai dan mengerti dirinya lebih baik, ia akan menjadi lebih terbuka terhadap aspek-aspek baru dalam pengalaman hidupnya. Dukungan ini, meliputi :

- 1) Penerimaan (*acceptance*) : tidak adanya kecacatan, dan menerima peran perawat kesehatan untuk perawat.
- 2) Komitmen (*commitment*) : berjanji pada petugas kesehatan untuk kesembuhan penderita dan mendiskusikan mengenai beban keluarga. Komitmen mencakup cara-cara pengembangan tujuan atau memenuhi kebutuhan organisasi yang intinya mendahulukan misi organisasi dari pada kepentingan pribadi (Soekidjan, 2009 : 60).
- 3) Keterlibatan sosial (*social involvement*) : melakukan kontak sosial dengan petugas kesehatan, karena aktifitas sosial merupakan salah satu terapi, terapi aktivitas kelompok Sosialisasi (TAKS) adalah upaya

memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah klien dengan masalah hubungan sosial, yang bertujuan untuk meningkat hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap (Keliat dan Akemat, 2005 : 28).

- 4) Kasih sayang (*affective*) : menunjukkan kasih sayang terhadap penderita.
 - 5) Saling menguntungkan (*mutually*) : saling memahami dan mengerti.
- b. Dukungan penghargaan : individu membutuhkan penghargaan yang positif. Penilaian atas usaha-usaha yang dilakukan dan peran sosial yang terdiri atas umpan balik merupakan alat yang digunakan untuk memberikan masukan-masukan agar seseorang mengurangi perasaan-perasaan negatif yang dirasakan, dan mengembangkan harga diri yang positif. Dukungan ini meliputi :
- 1) Penegasan/memperjelas (*affirmation*) : memperjelas tindakan, perasaan, dan keputusan yang berhubungan dengan peran perawat kesehatan. Setiadi bahwa mencari informasi dan penjelasan tentang skizofrenia merupakan bagian informasi vital yang dibutuhkan oleh keluarga (Setiadi, 2006).
 - 2) Mendengar (*listening*) : mendengarkan secara aktif.
 - 3) Berdiskusi/meminta pendapat (*talking*) : memberikan kesempatan untuk meminta pendapat orang.
- c. Dukungan informatif dan kognitif : pemberian informatif dimaksudkan agar informasi dapat digunakan untuk mengatasi masalah pribadi maupun masalah lain. Informasi ini mencakup pemberian nasihat, pengarahan, saran-saran dan keterangan-keterangan yang dibutuhkan. Bentuk dukungan

ini melibatkan pemberian informasi, pengetahuan, petunjuk, saran atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah (Safarino, 1998 : 111). Dukungan ini meliputi :

- 1) Informasi penyakit (*illnes information*) : memberikan informasi tentang penyakit penderita, perawat, dan pengawasannya.
 - 2) Pengelolaan/manajemen (*behavior management*) : memberikan informasi mengenai tindakan atau pengelolaan terhadap tingkah laku.
 - 3) Koping (*coping*) : memberikan saran mengenai pilihan berespon terhadap masalah. Lazarus (1984) *coping* merupakan strategi untuk memanajemen tingkah laku kepada pemecahan masalah yang paling sederhana dan realistis, berfungsi untuk membebaskan diri dari masalah yang nyata maupun tidak nyata, dan *coping* merupakan semua usaha secara kognitif dan perilaku untuk mengatasi, mengurangi dan tahan terhadap tuntutan-tuntutan (dalam Sarafino, 1998 : 112).
 - 4) Pengambilan keputusan (*decision*) : membantu proses pembuatan keputusan dan pemberian alternatif.
 - 5) Alternatif perawatan (*perspective*) : interaksi suportif tentang perawatan dan situasi yang diharapkan.
- d. Dukungan instrumental : dukungan yang berupa bantuan langsung seperti ketika orang lain memberikan bantuan tenaga atau pikiran atau membantu mengeluarkan dari *stress* (Kartini, 1985 : 97). Bentuk dukungan ini dapat mengurangi kecemasan karena individu dapat langsung memecahkan

masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan instrumental sangat diperlukan dalam mengatasi masalah yang dianggap dapat dikontrol (Sarafino, 1998 : 114). Dukungan instrumental meliputi :

- 1) Sumber daya (*resources*) : membantu mengalokasikan sumber daya yang ada.
- 2) Waktu (*respite*) : memberikan waktu luang pada perawat.
- 3) Dukungan fisik dan monitoring (*care help*) : memberikan bantuan fisik dan memonitor aktifitas.
- 4) Dukungan finansial (*backup*) : bantuan tersedia saat dibutuhkan termasuk bantuan keuangan.
- 5) Dukungan aktifitas (*houshold*) : bantuan berupa aktifitas, memperbaiki sesuatu, belanja (Susana, 2007 : 31-35).

g. Pendidikan untuk Keluarga Gangguan Jiwa

Pendidikan untuk keluarga merupakan langkah yang sangat penting, adapun tujuan dari pendidikan tersebut sedikitnya ada empat, meliputi :

- 1) Memberikan informasi tentang *treatment* apa saja yang tersedia, termasuk medikasi.
- 2) Mengurangi rasa bersalah keluarga. Menjelaskan bahwa rasa bersalah tidak ada gunanya. Misalnya, merasa bersalah karena kurang memperhatikan atau menyayangi penderita waktu ia masih kecil. Jika hal itu mendorong keluarga atau orang tua semakin menyayangi penderita, maka tidak akan berdampak apa-apa, tetapi jika rasa bersalah itu terus dipikirkan, justru tidak ada manfaatnya.

- 3) Mendorong ekspektasi realistis tentang prognosis. Bagaimana mengelola kehidupan sehari-hari penderita ini. Kalau mengamuk apa yang harus dilakukan, atau kalau ia susah tidur apa yang harus dilakukan.
- 4) Memberikan nasihat praktis tentang manajemen, termasuk cara untuk mengurangi EE (*emotional expression*).

h. Program untuk Keluarga Gangguan Jiwa

Keluarga sering mengalami *stress* dan *shock* ketika terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Keadaan demikian tentu seperti *snow ball* bagi penderita sendiri. Padahal dirinya sendiri (penderita) membutuhkan keadaan yang mendukung untuk proses kesembuhannya dari orang-orang terdekat.

Pfeff dan Mostek (Sriati, 2000 : 67) mengidentifikasi kategori program untuk keluarga yaitu :

1) Pemberian kekuasaan

Keluarga perlu belajar menghadapi situasi sulit dengan memberikan kepada mereka perasaan mampu mengontrol kehidupannya.

2) Pendidikan keluarga

Pendidikan keluarga menjadi intervensi keperawatan primer dalam *setting* keperawatan jiwa. Walsh merekomendasikan cara-cara dalam pendidikan keluarga sebagai berikut :

- a) Terima kenyataan apa adanya pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Tidak ada pilihan lain yang menguntungkan bagi keluarga kecuali menerima kenyataan. Keputusan memilih diluar hal tersebut justru semakin memperparah keadaan penderita, dan akan memperlebar wilayah gangguan jiwa bagi anggota keluarga yang lainnya.

b) Rencanakan program perawatan diri.

Keluarga harus mengatur, bagaimana pemenuhan kebutuhan sehari-hari, agar tercukupi secara memadai bagi anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Siapa yang bertanggung jawab urusan tertentu, dan siapa untuk urusan lainnya, termasuk perlibatan penderita itu sendiri sesuai dengan kemampuannya harus benar-benar dibicarakan bersama. Disinilah penderita akan mendapatkan “Rasa nyaman” sebagai jaminan bagi dirinya.

c) Mengerjakan aktivitas personal dan *hobby*.

Keluarga dalam hal ini, adalah juga sebagai manusia yang juga membutuhkan pemenuhan-pemenuhan kebutuhan secara wajar bagi keseimbangan fisik dan mentalnya. Dalam hal ini, bukan berarti keluarga dengan anggota keluarga gangguan jiwa, berperilaku tidak wajar dan memiliki pemenuhan kebutuhan yang tidak sama, justru jika ingin kembali harmonis dan utuh, maka mereka sebagai keluarga tetap harus mengerjakan aktivitas personal dan *hobby* tertentu secara wajar pula.

d) Terlibat dalam organisasi sosial yang mendukung.

Disinilah urgensi keluarga. Apalagi dengan anggota keluarga mengalami gangguan jiwa, yang sebenarnya senantiasa akan

membutuhkan *support* dari lingkungannya. Sarana yang paling memungkinkan untuk hal tersebut adalah keterlibatan keluarga dalam aktivitas atau organisasi sosial masyarakat yang mendukung.

- e) Hindari nasihat dan opini dari orang yang tidak mempunyai pengalaman gangguan jiwa.

Sangat mungkin bahwa keluarga akan mendapat komentar minimal dari orang atau keluarga lain ketika mengetahui adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Komentar yang tidak produktif atau dapat diprediksi demikian, merupakan langkah untuk menghindari jika akan mendapat *stressor* tersendiri bagi keluarga, karena komentar yang berupa nasihat atau opini dari orang lain adalah sebuah keniscayaan yang tidak akan selalu berhasil ketika terus menerus menghindari *coping*. Hal ini merupakan sebuah sikap semacam lari dari kenyataan.

- f) Ingat bahwa kebahagiaan dapat terjadi.

Sengsara atau bahagia sesungguhnya adalah sebuah kemestian. Kemestian adalah sebuah keputusan pilihan. Untuk itulah keluarga yang ingin dan memahami dengan baik, serta memiliki kemampuan untuk berubah, kebahagiaan hidup dalam keluarga adalah sesuatu yang dapat terjadi, disinilah keluarga sekiranya memiliki optimisme dan kekuatan untuk melakukan perubahan.

- g) Berhenti menyalahkan diri sendiri

Pada satu sisi, begitu kuatnya memori yang ada mengatakan pada keluarga bahwa gangguan jiwa adalah penyakit yang sangat sulit

disembuhkan. Hal demikian semakin memperkuat dan memperpanjang perasaan menyalahkan diri sendiri keluarga, yang pasti bahwa pikiran dan perasaan tersebut bagi keluarga justru semakin tidak menguntungkan. Pemaknaan tersebut harus disadari oleh keluarga sebagai langkah awal untuk perbaikan dan pemulihan, sehingga ketika perasaan itu muncul tidak ada pilihan lain kecuali harus menghentikannya (Susana, 2007 : 44-48).

2. Skizofrenia

a. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapatnya perpecahan (*schism*) antara pikiran, emosi dan perilaku penderita yang terkena. Perpecahan pada penderita digambarkan dengan adanya gejala fundamental (atau primer) spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi, khususnya kelonggaran asosiasi. Gejala fundamental lainnya adalah gangguan afektif, autisme, dan ambivalensi, sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi (Kaplan dan Sadock, 2004 : 700).

Berdasarkan DSM-IV, *skizofrenia* merupakan gangguan yang terjadi dalam durasi paling sedikit selama 6 bulan, dengan 1 bulan fase aktif gejala atau lebih yang diikuti munculnya delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terorganisir dan adanya perilaku katatonik serta adanya gejala negatif (APA, 2000 : 310).

b. Kriteria Diagnosis Skizofrenia

Ada beberapa kriteria diagnostik *skizofrenia* di dalam DSM IV TR (APA, 2000 : 312) antara lain :

1) Karakteristik simptom : terdapat dua atau lebih dari kriteria di bawah ini, masing-masing ditemukan secara signifikan selama periode satu bulan (atau kurang, bila berhasil ditangani) :

- a) Delusi (waham).
- b) Halusinasi.
- c) Pembicaraan yang tidak terorganisasi (misalnya, topiknya sering menyimpang atau tidak berhubungan).
- d) Perilaku yang tidak terorganisasi secara luas atau munculnya perilaku katatonik yang jelas.
- e) Simtom negatif : yaitu adanya afek yang datar, *alogia* atau *avolisi* (tidak adanya kemauan).

Catatan : Hanya diperlukan satu simptom dari kriteria 1, jika delusi yang muncul bersifat kacau (*bizarre*) atau halusinasi terdiri dari beberapa suara yang terus menerus mengomentari perilaku atau pikiran penderita, dua atau lebih suara yang saling berbincang antara satu dengan yang lainnya.

2) Ketidakberfungsian sosial atau pekerjaan : dalam kurun waktu yang signifikan sejak munculnya onset gangguan, ketidakberfungsian ini meliputi satu atau lebih fungsi utama seperti, pekerjaan, hubungan interpersonal atau perawatan diri, yang jelas di bawah tingkat yang dicapai sebelum onset (atau jika onset pada masa anak-anak atau remaja, adanya kegagalan untuk mencapai beberapa tingkatan hubungan interpersonal, prestasi akademik, atau pekerjaan yang diharapkan).

- 3) Durasi : Adanya tanda-tanda gangguan yang terus menerus menetap selama sekurangnya enam bulan. Pada periode enam bulan ini, harus termasuk sekurangnya satu bulan gejala (atau kurang, bila berhasil ditangani) yang memenuhi kriteria A (yaitu fase aktif simptom) dan mungkin termasuk pula periode gejala *prodromal* atau *residual*. Selama periode *prodromal* atau *residual* ini, tanda-tanda dari gangguan mungkin hanya dimanifestasikan oleh simptom negatif atau dua atau lebih simptom yang dituliskan dalam kriteria A dalam bentuk yang lemah (misalnya, keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim).
- 4) Diluar gangguan *skizoafektif* dan gangguan *mood* : gangguan-gangguan lain dengan ciri psikotik tidak dimasukkan, karena :
- a) Selama fase aktif simptom, tidak ada episode depresif mayor, manik atau episode campuran yang terjadi secara bersamaan.
 - b) Jika episode *mood* terjadi selama simptom fase aktif, maka durasi totalnya akan relatif lebih singkat bila dibandingkan dengan durasi periode aktif atau residualnya.
- 5) Diluar kondisi di bawah pengaruh zat atau kondisi medis umum : gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari suatu zat (penyalahgunaan obat, pengaruh medikasi) atau kondisi medis umum.
- 6) Hubungan dengan perkembangan *pervasive* : jika ada riwayat gangguan autistik atau gangguan perkembangan *pervasive* lainnya, diagnosis tambahan *skizofrenia* dibuat hanya jika muncul delusi atau halusinasi secara

menonjol untuk sekurang-kurangnya selama satu bulan (atau kurang jika berhasil ditangani).

Klasifikasi perjalanan gangguan jangka panjang (klasifikasi ini hanya dapat diterapkan setelah sekurang-kurangnya satu tahun atau lebih, sejak onset awal dari munculnya simtom fase aktif) :

- a) Episodik dengan simtom residual interepisode (episode ini dinyatakan dengan munculnya kembali simtom psikotik yang menonjol, khususnya dengan gejala negatif yang menonjol).
- b) Episodik tanpa simtom residual interepisodik kontinum (ditemukan adanya simtom psikotik yang menonjol di seluruh periode observasi), dengan simtom negatif yang menonjol.
- c) Episode tunggal dalam remisi parsial, khususnya : dengan gejala negatif yang menonjol.
- d) Episode tunggal dalam remisi penuh.
- e) Pola lain yang tidak ditemukan (tidak spesifik).

Kaplan dan Sadock (1997 : 821) menyatakan bahwa kriteria diagnostik untuk *skizofrenia* pada remaja masih sama dengan kriteria untuk usia dewasa, tetapi pada usia remaja lebih ditandai oleh kegagalan dalam mencapai beberapa fungsi sosial dan akademik yang diharapkan sesuai dengan tingkat perkembangannya, bukan karena mengalami pemburukan fungsi.

c. Tipe-tipe *Skizofrenia*

Berdasarkan definisi dan kriteria A diagnostik tersebut, *skizofrenia* di dalam DSM-IV TR (APA, 2000 : 313-317) dapat dikelompokkan menjadi beberapa sub tipe, yaitu :

1) *Skizofrenia Paranoid*

Tipe *skizofrenia* yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a) Preokupasi dengan satu atau lebih delusi atau halusinasi dengar yang menonjol secara berulang-ulang.
- b) Tidak ada yang menonjol dari berbagai keadaan berikut ini :
pembicaraan yang tidak terorganisasi, perilaku yang tidak terorganisasi atau katatonik, atau afek yang datar atau tidak sesuai.

2) *Skizofrenia Disorganized*

Tipe *skizofrenia* yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

- A. Di bawah ini semuanya menonjol :
 - a) Pembicaraan yang tidak terorganisasi.
 - b) Perilaku yang tidak terorganisasi.
 - c) Afek yang datar atau tidak sesuai.
- B. Tidak memenuhi kriteria untuk tipe katatonik.

3) *Skizofrenia Catatonic*

Tipe *skizofrenia* dengan gambaran klinis yang didominasi oleh sekurang-kurangnya dua hal berikut ini :

- a) Imobilitas motorik, seperti ditunjukkan adanya *katalepsi* (termasuk fleksibilitas lilin) atau *stupor*.

- b) Aktivitas motorik yang berlebihan (tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal).
 - c) Negativisme yang berlebihan (sebuah resistensi yang tampak tidak adanya motivasi terhadap semua bentuk perintah atau mempertahankan postur yang kaku dan menentang semua usaha untuk menggerakkannya) atau *mutism*.
 - d) Gerakan-gerakan sadar yang aneh, seperti yang ditunjukkan oleh *posturing* (mengambil postur yang tidak lazim atau aneh secara disengaja), gerakan stereotipik yang berulang-ulang, *manerism* yang menonjol, atau bermuka menyeringai secara menonjol.
 - e) *Ekolalia* atau *ekopraksia* (pembicaraan yang tidak bermakna).
- 4) *Skizofrenia Undifferentiated*
- Tipe *skizofrenia* yang memenuhi kriteria A, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk tipe paranoid, terdisorganisasi, dan katatonik.
- 5) *Skizofrenia Residual*
- Tipe *skizofrenia* yang memenuhi kriteria sebagai berikut :
- a) Tidak adanya delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terorganisasi, dan perilaku yang tidak terorganisasi atau katatonik yang menonjol.
 - b) Terdapat terus tanda-tanda gangguan, seperti adanya simtom negatif atau dua atau lebih simtom yang terdapat dalam kriteria A, walaupun ditemukan dalam bentuk yang lemah (misalnya, keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim).

d. Simtom dan Gambaran Klinis *Skizofrenia*

Berdasarkan DSM IV TR, ciri yang terpenting dari *skizofrenia* adalah adanya campuran dari dua karakteristik (baik simtom positif maupun simtom negatif), (APA, 2000 : 298). Davison dan Neale (2001 : 283) menyatakan bahwa secara umum, karakteristik simtom *skizofrenia* (kriteria A), dapat digolongkan dalam tiga kelompok : simtom positif, simtom negatif, dan simtom lainnya. Simtom positif adalah tanda yang biasanya pada orang kebanyakan tidak ada, namun pada penderita *skizofrenia* justru muncul. Simtom positif adalah simtom yang bersifat *bizzare* atau aneh, antara lain berupa delusi, halusinasi, ketidakteraturan pembicaraan, dan perubahan perilaku (Neale, 1996 : 218).

Simtom positif dapat mempengaruhi seorang penderita *skizofrenia* dalam berpikir, berbicara, dan menangkap stimulus dari luar. Apabila simtom positif tersebut muncul dan mengganggu kehidupan seorang penderita *skizofrenia*, maka harus segera dilakukan penanganan oleh tenaga medis.

Hawari (2006 : 44) menyatakan bahwa delusi atau waham adalah keyakinan yang keliru, namun tetap dipertahankan sekalipun dihadapkan dengan cukup bukti tentang kekeliruannya, dan tidak serasi dengan latar belakang pendidikan dan sosial budaya orang yang bersangkutan. Jenisnya, antara lain : waham *persekusi*, waham kebesaran, *nihilistik*, dikendalikan oleh orang atau kekuatan lain, waham cemburu, *erotomania*, dan lain-lain. Sedangkan halusinasi adalah penghayatan (seperti persepsi) yang dialami melalui panca indera, dan terjadi tanpa adanya stimulus eksternal. Jenisnya,

antara lain : *visual* (penglihatan), *auditorik* (pendengaran), *olfaktori* (penciuman), *haptik* (taktil : sentuhan atau sensasi permukaan), serta halusinasi liliput.

Menurut Kendall dan Hammen (1998 : 267-268), simtom negatif adalah menurunnya atau tidak adanya perilaku tertentu, seperti perasaan yang datar, tidak adanya perasaan yang bahagia dan gembira, menarik diri, ketiadaan pembicaraan yang berisi, mengalami gangguan sosial, serta kurangnya motivasi untuk beraktifitas. Simtom negatif bersifat defisit, yaitu perilaku yang seharusnya dimiliki oleh orang yang normal, namun tidak dimunculkan oleh penderita.

Wiramihardja (2005 : 136-137) menyatakan bahwa yang termasuk dalam simtom ini adalah *avolition* atau *apathy* (hilangnya energi dan hilangnya minat atau ketidakmampuan untuk mempertahankan hal-hal yang awalnya merupakan aktivitas rutin), *alogia* (kemiskinan kuantitas dan atau isi pembicaraan), *anhedonia* (ketidakmampuan untuk memperoleh kesenangan, muncul antara lain dalam bentuk hilangnya minat dalam hubungan seksual), *abulia* (berkurangnya impuls untuk bertindak atau berpikir, tidak mampu memikirkan konsekuensi dari tindakan), dan asosialitas (gangguan yang buruk dalam hubungan sosial). Selain itu, muncul pula tanda berupa afek yang datar atau *affective flattening* (ketidakmampuan menampilkan ekspresi emosi), dan afek yang tidak sesuai (respons emosi yang tidak sesuai dengan konteks).

Davison dan Neale (2001 : 286) menyatakan bahwa kategori simtom yang ketiga adalah disorganisasi, antara lain perilaku yang aneh (misalnya katatonia, dimana penderita menampilkan perilaku tertentu berulang-ulang, menampilkan pose tubuh yang aneh, dan lain-lain : atau *waxy flexibility*, orang lain dapat memutar atau membentuk posisi tertentu dari anggota badan penderita, yang akan dipertahankan dalam waktu yang lama) dan disorganisasi pembicaraan. Adapun disorganisasi pembicaraan adalah masalah dalam mengorganisasikan ide dan pembicaraan, sehingga orang lain mengerti (dikenal dengan gangguan berpikir formal). Misalnya asosiasi longgar, inkoherensi, dan lain-lain.

e. Teori *Diathesis Stress Model*

Teori *Diathesis Stress Model* dapat diterangkan dalam dua bagian, yaitu : *Diathesis Model*, yang menyatakan bahwa penyebab *skizofrenia* didasarkan pada faktor genetik sebagai predisposisi biologis. Ada beberapa hipotesis yang berkaitan dengan ketidakberfungsian sistem biologis, seperti : kerusakan struktur otak, ketidakmampuan menerima dan mengorganisasikan informasi yang kompleks, kekacauan sistem regulasi *neurotransmitter*. Sedangkan *Stress Model*, berhubungan dengan kemampuan seorang individu untuk mengatasi permasalahan dengan jalan keluar yang tepat. *Stressor* dari lingkungan dapat digolongkan menjadi dua macam, yaitu yang bersifat fisik dan bersifat psikologis (Kendall dan Hammen, 1998 : 284).

Teori *Diathesis Stress Model* (dalam Kaplan & Sadock, 1997 : 685-706) menyatakan bahwa teori ini menggabungkan antara faktor biologis,

psikososial, dan lingkungan yang secara khusus mempengaruhi diri seseorang sehingga dapat menyebabkan berkembangnya gejala *skizofrenia*. Berikut adalah faktor-faktor yang dapat mempengaruhi :

1) Faktor biologis

Penyebab *skizofrenia* secara pasti belum dapat diketahui, tetapi dari berbagai penelitian dalam sepuluh tahun terakhir menyatakan bahwa peran dari gangguan secara fisik dan biologislah yang paling dominan. Gangguan tersebut dapat berupa : kerusakan dan gangguan di bagian otak tertentu, gangguan dopamin, gangguan *neurotransmitter*, gangguan sistem syaraf, gangguan *elektrofisis*, disfungsi pada gerakan visual, gangguan sistem *psikoneuroimunologi*, dan gangguan sistem *psikoneuroendokrinologi*.

Di dalam genetika, dinyatakan bahwa gen pembawa *skizofrenia* dapat diwariskan pada suatu silsilah keluarga yang sifat hubungannya tertutup namun, faktor genetik ini akan muncul secara nyata dalam manifestasi perilaku apabila dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Adapun pewarisan predisposisi genetik dari *skizofrenia* adalah sebagai berikut : prevalensi saudara kandung bukan kembar 8%, prevalensi anak dengan salah satu orang tua *skizofrenia* 12%, prevalensi anak dengan kedua orang tua *skizofrenia* 40%, prevalensi anak kembar dua telur 12%, dan prevalensi anak kembar satu telur 47%.

2) Faktor lingkungan

Komponen lingkungan dapat digolongkan menjadi dua macam, yaitu yang bersifat biologis dan fisik (seperti adanya infeksi virus yang pada

akhirnya mengakibatkan kerusakan otak, penyalahgunaan obat atau zat, cedera di bagian otak tertentu) dan bersifat psikologis (seperti adanya situasi keluarga yang penuh dengan ketegangan, kematian orang terdekat).

3) Faktor psikososial

Metode penanganan terhadap *skizofrenia* sekarang ini, telah diupayakan untuk dilakukan secara menyeluruh, tidak hanya melakukan penanganan secara biologis medik, tetapi juga telah menggabungkan penanganan yang bersifat psikososial.

f. **Perjalanan Gangguan dan Prognosis Skizofrenia**

Perjalanan berkembangnya *skizofrenia* sangatlah beragam pada setiap kasus. Namun, secara umum melewati tiga fase utama, yaitu : fase *prodromal*, fase aktif simptom, dan fase *residual* (Kaplan & Sadock, 1997 : 722-723).

1) Fase *prodromal*

Fase *prodromal* ditandai dengan *deteriorasi* yang jelas dalam fungsi kehidupan, sebelum fase aktif simptom gangguan, dan tidak disebabkan oleh gangguan afek atau akibat gangguan penggunaan zat, serta mencakup paling sedikit dua simptom dari kriteria A pada kriteria diagnosis *skizofrenia*. Awal munculnya *skizofrenia* dapat terjadi setelah melewati suatu periode yang sangat panjang, yaitu ketika seorang individu mulai menarik diri secara sosial dari lingkungannya.

Individu yang mengalami fase *prodromal* dapat berlangsung selama beberapa minggu hingga bertahun-tahun, sebelum gejala lain yang memenuhi

kriteria untuk menegakkan diagnosis *skizofrenia* yang muncul. Individu dengan fase prodromal singkat, perkembangan gejala gangguannya lebih jelas terlihat daripada individu yang mengalami fase *prodromal* panjang.

2) Fase aktif simptom

Fase aktif simptom ditandai dengan munculnya simptom-simptom *skizofrenia* secara jelas. Sebagian besar penderita gangguan *skizofrenia* memiliki kelainan pada kemampuannya untuk melihat realitas dan kesulitan dalam mencapai *insight*. Akibatnya episode psikosis dapat ditandai oleh adanya kesenjangan yang semakin besar antara individu dengan lingkungan sosialnya.

3) Fase *residual*

Fase residual terjadi setelah fase aktif simptom paling sedikit terdapat dua simptom dari kriteria A pada kriteria diagnosis *skizofrenia* yang bersifat menetap dan tidak disebabkan oleh gangguan afek atau gangguan penggunaan zat. Dalam perjalanan gangguannya, beberapa penderita *skizofrenia* mengalami kekambuhan hingga lebih dari lima kali. Oleh karena itu, tantangan terapi saat ini adalah untuk mengurangi dan mencegah terjadinya kekambuhan.

Kaplan & Sadock (1997 : 709) menyatakan bahwa penegakan prognosis dapat menghasilkan dua kemungkinan, yaitu prognosis positif apabila didukung oleh beberapa aspek berikut seperti : onset terjadi pada usia yang lebih lanjut, faktor pencetusnya jelas, adanya kehidupan yang relatif baik sebelum terjadinya gangguan dalam bidang sosial, pekerjaan,

dan seksual, fase *prodromal* terjadi secara singkat, munculnya gejala gangguan *mood*, adanya simtom positif, sudah menikah, dan adanya sistem pendukung yang baik.

Sedangkan prognosis negatif, dapat ditegakkan apabila muncul beberapa keadaan seperti berikut : onset gangguan lebih awal, faktor pencetus tidak jelas, riwayat kehidupan sebelum terjadinya gangguan kurang baik, fase *prodromal* terjadi cukup lama, adanya perilaku yang autistik, melakukan penarikan diri statusnya lajang, bercerai, atau pasangannya telah meninggal, adanya riwayat keluarga yang mengidap *skizofrenia*, munculnya simtom negatif, sering kambuh secara berulang, dan tidak adanya sistem pendukung yang baik.

3. Keluarga

a. Definisi Keluarga

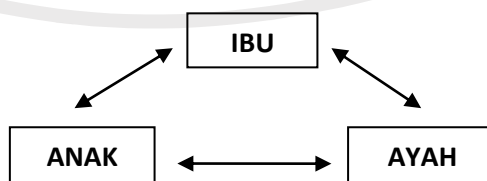
Keluarga dalam hal ini adalah aktor yang sangat menentukan terhadap masa depan perkembangan anak. Dari pihak keluarga perkembangan pendidikan sudah dimulai semenjak masih dalam kandungan. Anak yang belum lahir sebenarnya sudah bisa menangkap dan merespon apa-apa yang dikerjakan oleh orang tuanya, terutama kaum ibu (http://www\Peran_Keluarga\daarut-tauhiid, Peran Keluarga dalam Pendidikan Usia Dini.mht).

Ada banyak pengertian tentang keluarga. Berikut ini beberapa pengertian yang dijadikan dasar penulis dalam membahas masalah tulisan ini. Alex Thio, mengutip pengertian keluarga demikian “*The familiya group of related individuals who live together and cooperate as a unit*”. Keluarga

merupakan kelompok individu yang ada hubungannya, hidup bersama dan bekerjasama di dalam suatu unit. Kehidupan dalam kelompok tersebut bukan secara kebetulan, tetapi diikat oleh hubungan darah atau perkawinan. Pendapat tersebut dipertegas oleh pendapat Donald Light, “*a family as a two or more person living together and related by blood, marriage or adoption*” (Donald, 1989 : 454).

Keluarga adalah unit terkecil dari satuan masyarakat, tidak akan ada masyarakat jika tidak ada keluarga, dengan kata lain masyarakat merupakan sekumpulan keluarga-keluarga. Hal ini bisa diartikan baik buruknya suatu masyarakat tergantung pada baik buruknya masyarakat kecil itu sendiri (keluarga). Jadi secara tidak langsung keselamatan dan kebahagiaan suatu masyarakat berpangkal pada masyarakat terkecil yaitu keluarga (Subhan, 2004 : 3).

Keluarga yang umumnya terdiri dari ayah, ibu dan anak akan menjadi sebuah keluarga yang baik, serasi dan anyaman jika didalam keluarga tersebut terdapat hubungan timbal balik yang seimbang antara semua pihak. Hal tersebut seperti bagan di bawah ini :



Gambar 2.1 Pola hubungan dalam keluarga (Gunarsah, 1988 : 39).

Dari bagan diatas, dapat dijelaskan bahwa dalam sebuah keluarga, polahubungan *tranaktif* (tiga arah) antara ibu, ayah dan anak sangat

diperlukan. Pola hubungan yang demikian menunjukkan bentuk keluarga yang ideal. Jika pola tersebut dapat diwujudkan, maka sebuah keluarga yang sakinah, mawaddah dan rahmah dapat diwujudkan. Oleh karena itu, suasana hidup dalam keluarga sangat berpengaruh terhadap perkembangan anak yang nantinya akan sangat berpengaruh terhadap pembentukan karakter anak pada fase kehidupan selanjutnya.

Vembriarto mengatakan bahwa keluarga adalah kelompok sosial yang terdiri atas dua orang atau lebih yang mempunyai ikatan darah, perkawinan atau adopsi. Pengertian lain menjelaskan bahwa keluarga adalah suatu ikatan persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis, seorang laki-laki dan seorang perempuan yang tidak sendirian atau dengan anak-anak baik anaknya sendiri atau adopsi dan tinggal dalam sebuah rumah tangga (Sayekti, 1994 : 11).

Sementara menurut Tirtaraharja, keluarga diartikan sebagai kelompok primer yang terdiri atas sejumlah orang, karena hubungan semenda dan sedarah. Keluarga itu dapat berbentuk keluarga inti (*nuclear family*) yang terdiri ayah, ibu dan anak-anak (Umar dan Sulo, 1994 : 50).

Dari beberapa pengertian keluarga diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari satuan masyarakat yang terdiri dari, bapak, ibu, dan anak serta mempunyai pola interaksi timbal balik, yang mana polahubungan *tranaktif* (tiga arah) antara ibu, ayah dan anak sangat diperlukan bagi kelangsungan dalam keluarga itu sendiri.

b. Macam dan Bentuk Keluarga

Menurut Nasrul Effendy bentuk atau tipe keluarga terdiri dari beberapa unsur di bawah ini :

- 1) Keluarga inti, keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak.
- 2) Keluarga besar, keluarga inti ditambah dengan sanak saudara misalnya, nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.
- 3) Keluarga berantai, keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- 4) Keluarga berkomposisi, keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
- 5) Keluarga duda atau janda, keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
- 6) Keluarga kabitas, dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tapi membentuk suatu keluarga (Effendy, 1998 : 23).

Dari beberapa penjelasan tersebut dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa keluarga adalah kehidupan dari dua orang atau lebih yang diikat hubungan darah, perkawinan atau adopsi, serta keluarga kabitas yaitu dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tapi membentuk suatu ikatan keluarga.

Sementara itu, definisi lain menyebutkan bahwa keluarga merupakan suatu terkecil yang terbentuk dari ikatan pernikahan. Biasanya keluarga inti ini terdiri dari ayah, ibu dan anak (yang belum menikah). Menurut Koentjaraningrat, keluarga inti atau *nuclear family* memiliki dua bentuk yaitu :

1) Keluarga Inti

- a) Keluarga inti bentuk sederhana, yaitu bentuk keluarga inti yang terdiri dari ikatan pernikahan. Biasanya keluarga inti yang terdiri dari seorang suami, seorang istri, dan anak-anak yang belum menikah.
- b) Keluarga inti bentuk kompleks, yaitu keluarga inti yang memiliki lebih dari seorang suami atau istri (Taufik, 1994 : 136).

2) Keluarga Campuran

Keluarga campuran adalah kelompok kekerabatan yang merupakan suatu kesatuan keluarga erat yang terdiri dari mertua, beberapa orang saudara ibu atau ayah, keponakan, sepupu yang kehidupan ekonominya masih tergantung pada kepala keluarga. Hal demikian masih banyak terdapat di masyarakat kita terutama masyarakat yang menetap di daerah pedesaan. Salah satu jargon yang dipegang adalah “*Mangan gak mangan ngumpul*” (makan atau tidak, yang penting berkumpul). Keluarga campuran ini disebut juga dengan istilah *extended family* (Taufik, 1994 : 137).

Dari penjelasan diatas ditarik suatu kesimpulan bahwa sebuah keluarga merupakan unit terkecil yang terbentuk dari ikatan-ikatan pernikahan. Biasanya keluarga inti ini terdiri dari ayah, ibu dan anak (yang belum nikah).

c. Ciri-ciri Keluarga

Menurut Stanhope dan Lancaster yang menjadi ciri-ciri keluarga diantaranya :

- 1) Diikat dalam suatu tali perkawinan.
- 2) Ada hubungan darah.
- 3) Ada tanggung jawab masing-masing anggota.
- 4) Kerjasama diantara anggota keluarga.
- 5) Komunikasi interaksi antar anggota keluarga.
- 6) Tinggal dalam satu rumah (Effendy, 1998 : 25).

Dari penjelasan diatas tentang ciri-ciri keluarga dapat dibuat suatu kesimpulan bahwa dikatakan keluarga jika laki-laki dan perempuan diikat dalam suatu perkawinan, tinggal satu rumah, serta membentuk tata aturan, dimana masing-masing anggota keluarga mempunyai tanggung jawab dan dituntut untuk bekerja sama serta membangun pola interaksi antar anggota keluarga dengan baik.

d. Struktur dan Fungsi Keluarga

Struktur dan fungsi merupakan hal yang berhubungan erat dan terus menerus berinteraksi satu sama lain. Struktur didasarkan pada organisasi, yaitu perilaku anggota keluarga dan pola hubungan dalam keluarga. Hubungan yang ada dapat bersifat kompleks, misalnya seorang wanita bisa sebagai istri, sebagai ibu, sebagai menantu, dan sebagainya, yang semua itu mempunyai kebutuhan, peran dan harapan yang berbeda. Pola hubungan itu akan membentuk kekuatan dan struktur peran dalam keluarga. Struktur keluarga dapat diperluas dan dipersempit tergantung dari kemampuan dari keluarga tersebut untuk merespon *stressor* yang ada dalam keluarga. Struktur

keluarga yang sangat kaku atau sangat fleksibel dapat mengganggu atau merusak fungsi keluarga.

1) Struktur Keluarga

Setiap anggota keluarga mempunyai struktur peran formal dan informal. Misalnya, ayah mempunyai peran formal sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah. Peran informal ayah adalah sebagai panutan dan pelindung keluarga. Struktur kekuatan keluarga meliputi kemampuan berkomunikasi, kemampuan keluarga untuk saling berbagi, kemampuan sistem pendukung diantara anggota keluarga, kemampuan perawatan diri, dan kemampuan menyelesaikan masalah. Menurut Friedman dalam Taufiq (1988) struktur keluarga terdiri dari :

a) Pola dan Proses Komunikasi

Komunikasi dalam keluarga ada yang berfungsi dan ada yang tidak, hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor yang ada dalam komponen komunikasi seperti : *sender, channel media, message, environment* dan *receiver*.

b) Struktur Peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan, yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat, misalnya status sebagai istri/suami atau anak.

c) Struktur Kekuatan

Kekuatan merupakan kemampuan (potensi atau aktual) dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah perilaku orang lain ke arah positif.

d) Struktur Nilai Keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman perilaku dan pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan. Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga. Sedangkan budaya merupakan kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah (Taufik, 1994 : 138).

2) Fungsi Keluarga

Friedman (1992) menggambarkan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai tujuan keluarga tersebut. Proses ini termasuk komunikasi diantara anggota keluarga, penetapan tujuan, resolusi konflik, pemberian makanan, dan penggunaan sumber dari internal maupun eksternal.

Tujuan reproduksi, seksual, ekonomi dan pendidikan dalam keluarga memerlukan dukungan secara psikologi antar anggota keluarga, apabila dukungan tersebut tidak didapatkan maka akan menimbulkan konsekuensi emosional seperti marah, depresi dan perilaku yang menyimpang. Tujuan

yang ada dalam keluarga akan lebih mudah dicapai apabila terjadi komunikasi yang jelas dan secara langsung. Komunikasi tersebut akan mempermudah menyelesaikan konflik dan pemecahan masalah.

Pada hakekatnya keluarga diharapkan mampu berfungsi untuk mewujudkan proses pengembangan timbal balik rasa cinta dan kasih sayang antara anggota keluarga, antar kerabat, serta antar generasi yang merupakan dasar keluarga yang harmonis (Soetjiningsih, 1995 : 50).

Dalam keluarga hubungan kasih sayang merupakan suatu rumah tangga yang bahagia. Dalam kehidupan yang diwarnai oleh rasa kasih sayang maka semua pihak dituntut agar memiliki tanggung jawab, pengorbanan, saling tolong menolong, kejujuran, saling mempercayai, saling membina pengertian dan damai dalam rumah tangga (Soetjiningsih, 1995 : 51). Friedman menyebutkan beberapa fungsi keluarga dalam beberapa hal, diantaranya :

a) Fungsi afektif dan *coping*

Keluarga memberikan kenyamanan emosional dan membantu anggota dalam membentuk identitas serta mempertahankan saat terjadi *stress*.

b) Fungsi sosialisasi

Keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme *coping*, memberikan *feedback*, dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah.

c) Fungsi reproduksi

Keluarga melahirkan anak, menumbuh-kembangkan anak dan meneruskan keturunan.

d) Fungsi ekonomi

Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarganya dan kepentingan di masyarakat.

e) Fungsi fisik

Keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit (Taufik, 1994 : 139).

Sedangkan fungsi keluarga menurut Allender adalah sejumlah hal dibawah ini :

1) *Affection*

- a) Menciptakan suasana persaudaraan atau menjaga perasaan.
- b) Mengembangkan kehidupan seksual dan kebutuhan seksual.
- c) Menambah anggota baru.

2) *Security and Acceptance*

- a) Mempertahankan kebutuhan fisik.
- b) Menerima individu sebagai anggota.

3) *Identity and Satisfaction*

- a) Mempertahankan motivasi.
- b) Mengembangkan peran dan *self image*.
- c) Mengidentifikasi tingkat sosial dan kepuasan aktivitas.

4) *Affiliation and Companionship*

- a) Mengembangkan pola komunikasi.
- b) Mempertahankan hubungan yang harmonis.

5) *Socialization*

- a) Mengenal kultur (nilai dan perilaku).
- b) Aturan/pedoman hubungan internal dan eksternal.
- c) Melepas anggota.

6) *Controls*

- a) Mempertahankan kontrol sosial.
- b) Adanya pembagian kerja.
- c) Penempatan dan menggunakan sumber daya yang ada (Taufik, 1994 : 140).

Secara umum berdasarkan pemaparan diatas, dapat ditemukan sebuah kesimpulan besar bahwa keluarga merupakan suatu persekutuan hidup yang diikat oleh perkawinan, hubungan darah atau adopsi yang didalamnya terdapat ayah, ibu dan beberapa anak (keluarga inti) serta ditambah dengan sanak saudara misalnya, nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya (keluarga diperbesar), serta keluarga kabitas yaitu dua orang menjadi satu tanpa pernikahan namun, membentuk suatu ikatan keluarga. Sementara peran dalam keluarga adalah serangkaian perilaku yang membentuk dan diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan.

e. Konsep Inti Keluarga Harmonis

Dalam kehidupan setiap makhluk di bumi ini, sebagian besar dari mereka mempunyai tujuan yang sama yaitu agar mereka tetap *survive* dan dapat menikmati kehidupan di dunia ini dengan jiwa yang tenang dan tentram terutama bersama orang-orang yang disayangi serta menyayangnya.

Sebuah keluarga akan menjadi keluarga yang harmonis jika di dalamnya terdapat kehidupan yang seimbang dalam hak dan kewajiban antar anggotanya meskipun bapak atau ibu adalah orang tua yang sibuk. Hal tersebut bisa dilakukan dengan menjalankan beberapa konsep inti untuk keluarga yang harmonis, sebagaimana berikut :

1) Mengedepankan toleransi

Toleransi berarti memahami bahwa orang lain mempunyai gambaran yang berbeda tentang suatu hal. Masing-masing pihak tidak boleh memaksakan kehendaknya dan harus saling menghormati satu sama lain.

2) Meluangkan sebagian waktu

Ditengah kesibukan yang tiada habisnya, orang tua perlu meluangkan sebagian waktunya untuk anak-anaknya. Oleh karenanya, perlu kecermatan dalam mengatur aktifitas sehari-hari sehingga tersedia waktu untuk berbaur dengan anak, bermain dan belajar dengan mereka sehingga anak merasa lebih diperhatikan.

3) Menjalin komunikasi

Komunikasi yang terjalin secara intensif, maka akan memudahkan setiap permasalahan yang dihadapi oleh anak, orang tua harus membantu

mencarikan jalan keluarnya. Dalam hal ini, orang tua berperan secara bijak dalam menentukan model komunikasi, mengingat karakter anak yang berbeda satu dengan yang lain.

4) Berlaku adil

Adil berarti memberikan sesuatu sesuai dengan proporsinya sehingga tidak berat sebelah. Jika salah satu dari anak memiliki kekurangan, maka sebagai orang tua yang bijak harus dapat menunjukkan kelebihan dimilikinya.

5) Menghargai pendapat anak

Dalam setiap permasalahan yang dihadapi keluarga, pendapat anak juga harus diperhatikan. Meskipun terkadang seorang anak memberikan pandangan yang kurang sesuai, maka sebagai orang tua harus tetap menghargai pendapat tersebut.

6) Mencintai dengan sepenuh hati

Sebagai orang tua yang bertanggung jawab, maka rasa mencintai secara total kepada setiap anggota keluarganya harus selalu ditunjukan kapanpun dan dimanapun dia berada (Mimie Doe, 2001 : 65).

Dari keenam konsep tersebut, dapat dipahami bahwa ketenteraman dalam sebuah keluarga sangat dibutuhkan bagi orang tua dan anak-anak, yaitu dengan menghormati hak mereka, mensyukuri keberadaan mereka, dan menjaga kehormatan mereka yaitu dengan memberikan kasih sayang dan bekal spiritual (agama) kepada anak-anak dan keluarga sedini mungkin agar mereka (anak-anak) dapat menentukan jalan yang benar bagi dirinya.

Selain konsep tersebut, dalam buku psikologi keluarga Rahman menyatakan bahwa terdapat beberapa aspek yang perlu diperhatikan agar keluarga (pernikahan) membentuk keharmonisan dalam keluarga (Fathur, 1997 : 119), diantaranya yaitu :

1) Memberikan rasa aman

Dalam suatu keluarga, pasangan suami istri harus saling memberi dan merasa aman secara lahir dan batin, dengan adanya rasa aman pada pasangan suami-istri, maka goncangan, godaan dan bahaya yang ada dalam keluarga akan dapat teratasi dengan baik. Hal ini tidak hanya pada suami istri saja tetapi, juga memberikan rasa aman terhadap anak sehingga anak merasa terlindungi.

2) Saling memiliki

Sebuah keluarga harus merasa saling memiliki sehingga ikatan batin yang kuat akan tercipta, sebab dengan perasaan saling memiliki pula sebuah keluarga akan merasa kehilangan dan sedih jika salah satu dari keluarga dalam keadaan susah atau tidak ada bersamanya.

3) Saling menghargai

Keluarga merupakan perpaduan antara ayah dan ibu yang tercipta dari dua keluarga yang berbeda pula. Dengan demikian, perbedaan bisa saja terjadi kapan saja dan dalam hal apa saja, namun dengan perasaan saling menghargai satu sama lain, perbedaan-perbedaan tersebut akan menjadi sebuah pengalaman baru dalam hidup satu sama lain sehingga keluarga yang bahagiapun dapat tercipta.

4) Kasih sayang

Sebagai makhluk yang “Normal” jelas manusia membutuhkan cinta dan kasih sayang dari orang-orang disekitarnya, terutama keluarga. Baik berupa pujian, perhatian maupun perlakuan-perlakuan lain yang nampak sepele seperti senyuman. Oleh karenanya, setiap anggota keluarga perlu memberikan kasih sayang dalam bentuk apapun agar sebuah keluarga menjadi keluarga yang damai dan tentram.

5) Saling percaya

Memberikan kepercayaan kepada suami, istri ataupun anak tentu akan sangat membantu sebuah keluarga dalam menjadi rumah tangga yang harmonis. Selain itu, mempercayai anak dengan segala kemampuannya akan membantu seorang anak dalam pencapaian jati diri yang positif sehingga anak tidak akan merasa jadi orang lain dan merasa tertekan di dalam keluarganya sendiri. Selain itu, saling percaya antara suami istri akan meringankan beban suami atau istri dalam menjalani kehidupan rumah tangganya karena mereka saling berfikir positif. Namun hendaklah setiap kepercayaan tersebut dapat dimaknai dengan penuh tanggung jawab sehingga tidak akan ada saling memanfaatkan satu sama lain (Rahman, 1997 : 121).

Menurut Gunarsah, keluarga yang bahagia adalah bila mana seluruh anggota keluarga merasa bahagia yang ditandai dengan berkurangnya ketegangan, kekecewaan, dan puas terhadap seluruh keadaan serta keberadaan dirinya (eksistensi dan aktualisasi diri) yang meliputi, aspek fisik,

mental, emosi, dan sosial. Sedangkan keluarga yang tidak bahagia adalah bila mana ada seorang atau beberapa orang anggota keluarga yang kehidupannya diliputi ketegangan, kekecewaan dan tidak pernah merasa puas dan bahagia terhadap keadaan serta keberadaan dirinya di dalam keluarga tersebut (Gunarsah, 1991 : 52).

4. Dampak Penerimaan Keluarga terhadap Penderita

Dukungan dan penerimaan keluarga terhadap keadaan penderita sangat berpengaruh terhadap kondisi dan perjalanan penyakit tersebut, terlebih pada penderita *skizofrenia heberfrenik*. Dalam PPDGJ DSM-IV, dijelaskan bahwa *skizofrenia hebefrenik* ditandai dengan gejala yang menonjol berupa pembicaraan kacau, perilaku kacau, dan afek yang mendatar atau menumpul. Pembicaraan kacau dapat berupa asosiasi longgar (contoh : tadi pagi saya makan tempat tidur ada sapi makan rumput) hingga inkoherensia (contoh : kambing gerak-gerak hitam matahari ditilang). Perilaku kacau misalkan seperti mengumpulkan bungkus makanan dan ditimbun di bawah tempat tidur, sedangkan afek yang menumpul dinilai dari modulasi gerakan wajah dan perilaku yang disesuaikan dengan isi pembicaraan yang dibicarakan penderita.

Kesedian keluarga untuk tetap merawat dan tetap mengakuinya sebagai bagian dari orang yang disayangi sangatlah diperlukan agar mereka tetap merasa dihargai sebagai manusia layaknya. Dukungan keluarga dan teman merupakan salah satu obat penyembuhan yang sangat berarti bagi penderita. Adanya kelompok diskusi dan tukar pengalaman dalam mengatasi

gejala yang timbul pada penderita gangguan jiwa di lingkungan masyarakat, akan membantu memudahkan keluarga gangguan jiwa dalam penanganan penderita. Sayangnya masyarakat sendiri justru mengasingkan keberadaan penderita gangguan jiwa, sehingga hal ini turut mempengaruhi sikap keluarga terhadap penderita bahkan gangguan jiwa ini dianggap sebagai penyakit yang membawa aib bagi keluarga sehingga penderita diputuskan untuk dibuang atau disingkirkan oleh keluarganya sendiri, akhirnya faktor lingkungan dalam keluarga justru tidak mendukung kesembuhan penderita (Sumarjo, 2004 : 114).

Parameter dampak penerimaan keluarga terhadap kondisi penderita dapat dilihat dari kondisi kesehatannya. WHO dalam konstitusi pembukaannya menyebutkan bahwa pada awalnya definisi manusia sehat meliputi fisik (*bio*), mental (*psiko*) dan sosial (*socio*), tetapi pada tahun 1998 WHO menambahkan bahwa kesehatan manusia meliputi empat aspek, yakni penambahan dimensi spiritual. Sebagaimana dikutip oleh Aliah "Kesehatan merupakan dinamika kesejahteraan menyeluruh dari fisik, mental, *social*, spiritual dan bukan semata-mata adanya penyakit dan kesakitan (Aliah, 2006 : 28).

Penelitian ini hanya menggunakan aspek biologis, psikologis dan sosial serta meninggalkan aspek spiritual, dengan alasan bahwa penderita *skizofrenia heberfrenik* sangat sulit untuk disembuhkan dan akan muncul kekambuhan seumur hidupnya.

B. Perspektif Teori

Dalam kajian ini akan dibuat suatu penjelasan mengenai teori-teori yang akan dikembangkan dalam kelanjutan penelitian. Perspektif teori ini, mengkombinasikan beberapa pemaparan tokoh dan teori-teori terdahulu yang dianggap sesuai pada hal-hal yang berkaitan dengan penerimaan keluarga.

Peneliti membuat suatu gambaran dinamika tersebut dimulai dari adanya sebuah respon, bentuk dukungan, serta program penerimaan, untuk mengetahui gambaran mengenai tahapan atau proses penerimaan. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Parker, bahwa respon keluarga terhadap anggota keluarga dengan gangguan jiwa meliputi, respon berduka, marah, dan tidak berdaya.

Sementara itu, dalam hal dukungan keluarga pada penderita *skizofrenia*, kajian ini berpedoman pada teori Norbeck, yang mana mengungkapkan empat aspek bentuk dukungan sosial keluarga yaitu, dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informatif dan kognitif, serta dukungan instrumental.

Pada program penerimaan keluarga, mengacu dari teori Pfeff dan Mostek. Mereka mengkategorikan dua macam program penerimaan diantaranya, pemberian kekuasaan dan pendidikan keluarga. Walsh yang juga merekomendasikan berbagai program pendidikan dalam keluarga. Berikut ini adalah penjelasan-penjelasan sebagaimana yang telah disebutkan :

1. Respon Keluarga

Ketika gangguan jiwa dipandang sebagai suatu beban sendiri bagi keluarga, maka hal itu dapat dibedakan menjadi sifat obyektif dan subyektif. Dikatakan obyektif, maksudnya berupa tingkah laku penderita, peran penderita, bantuan untuk memenuhi kebutuhan penderita, masalah keuangan dan lain-lain. Sedangkan beban keluarga dikatakan bersifat subyektif yakni berupa perasaan penderita karena menjadi beban bagi keluarga.

Parker (dalam Soewadi, 2000 : 46) mengkategorikan respon keluarga terhadap anggota keluarga dengan gangguan jiwa :

a) Berduka (*grief*)

Berduka adalah respon wajar yang paling umum terjadi sehubungan dengan adanya proses kehilangan seseorang yang awalnya dikenal sebelum sakit, kemudian hilangnya harapan pada penderita. Permasalahannya yaitu seberapa dalam dan lamanya respon berduka yang dialami oleh keluarga tersebut. Seawal mungkin perawat mampu mengidentifikasinya, sehingga keluarga maupun penderita sendiri dapat pulih dengan segera.

b) Marah (*anger*)

Respon berikutnya ketika berduka dialami keluarga, maka akan berhadapan dengan respon kedua yaitu marah. Sekali lagi dikatakan bahwa respon-respon tersebut wajar adanya sebagai manusia, hanya saja jangan sampai perilaku tersebut membawa keluarga kedalam penderitaan yang justru semakin parah lagi.

c) Merasa tidak berdaya dan takut

Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, sungguh merupakan suatu beban tersendiri. Bukan saja karena faktor internal keluarga yang berkontribusi dan akan menerima tanggung jawab, justru beban sosial yang dirasakan keluarga kadang lebih besar dari persoalan sebenarnya. Oleh karena itulah, upaya untuk mengobati atau menyembuhkan seperti apapun akan dilakukannya, tetapi sebagaimana realitas dan sifat dari patologis gangguan jiwa itu sendiri, ketika keadaannya sudah parah baru diobati, dan semakin lama diderita justru semakin sulit kesembuhannya. Inilah yang menghantarkan keluarga sampai pada perasaan tidak berdaya dan takut.

Perasaan keluarga yang demikian, di negara kita juga didukung oleh rata-rata keadaan ekonomi yang pas-pasan bahkan kekurangan, sehingga sangat wajar, apabila tidak sedikit mereka yang terganggu jiwanya menjadi gelandangan atau keluyuran dimana-mana atau tersangut oleh razia dinas sosial, dan itupun akan kembali lagi (Susana, 2007 : 31-34).

2. Dukungan Sosial Keluarga

Dukungan sosial mengacu kepada dukungan yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau ditiadakan untuk anggota keluarga. dukungan sosial dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 1998 : 154). Sebagaimana Norbeck mengkategorikan dukungan keluarga sebagai berikut :

a. Dukungan emosional : individu membutuhkan empati dari orang lain. Bilamana orang dapat menghargai, mempercayai dan mengerti dirinya lebih baik, ia akan menjadi lebih terbuka terhadap aspek-aspek baru dalam pengalaman hidupnya. Dukungan ini, meliputi :

- 1) Penerimaan (*acceptance*) : tidak adanya kecacatan, dan menerima peran perawat kesehatan untuk perawat.
- 2) Komitmen (*commitment*) : berjanji pada petugas kesehatan untuk kesembuhan penderita dan mendiskusikan mengenai beban keluarga.
- 3) Keterlibatan sosial (*social involvement*) : melakukan kontak sosial dengan petugas kesehatan.
- 4) Kasih sayang (*affective*) : menunjukkan kasih sayang terhadap penderita.
- 5) Saling menguntungkan (*mutually*) : saling memahami dan mengerti.

b. Dukungan penghargaan : individu membutuhkan penghargaan yang positif. Penilaian atas usaha-usaha yang dilakukan dan peran sosial yang terdiri atas umpan balik merupakan alat yang digunakan untuk memberikan masukan-masukan agar seseorang mengurangi perasaan-perasaan negatif yang dirasakan, dan mengembangkan harga diri yang positif. Dukungan ini meliputi :

- 1) Penegasan/memperjelas (*affirmation*) : memperjelas tindakan, perasaan, dan keputusan yang berhubungan dengan peran perawat kesehatan.
- 2) Mendengar (*listening*) : mendengarkan secara aktif.

- 3) Berdiskusi/meminta pendapat (*talking*) : memberikan kesempatan untuk meminta pendapat orang.
- c. Dukungan informatif dan kognitif : pemberian informatif dimaksudkan agar informasi dapat digunakan untuk mengatasi masalah pribadi maupun masalah lain. Informasi ini mencakup pemberian nasihat, pengarahan, saran-saran dan keterangan-keterangan yang dibutuhkan. Dukungan ini meliputi :
- 1) Informasi penyakit (*illnes information*): memberikan informasi tentang penyakit penderita, perawat, dan pengawasannya.
 - 2) Pengelolaan/manajemen (*behavior management*) : memberikan informasi mengenai tindakan atau pengelolaan terhadap tingkah laku.
 - 3) Koping (*coping*) : memberikan saran mengenai pilihan berespon terhadap masalah.
 - 4) Pengambilan keputusan (*decision*) : membantu proses pembuatan keputusan dan pemberian alternatif.
 - 5) Alternatif perawatan (*perspective*) : interaksi suportif tentang perawatan dan situasi yang diharapkan
- d. Dukungan instrumental : dukungan yang berupa bantuan langsung seperti ketika orang lain memberikan bantuan tenaga atau pikiran atau membantu mengeluarkan dari *stress* (Kartini, 1985 : 97). Dukungan instrumental meliputi :
- 1) Sumber daya (*resources*) : membantu mengalokasikan sumber daya yang ada.

- 2) Waktu (*respite*) : memberikan waktu luang pada perawat.
- 3) Dukungan fisik dan monitoring (*care help*) : memberikan bantuan fisik serta memonitor aktifitas.
- 4) Dukungan finansial (*backup*) : bantuan tersedia saat dibutuhkan termasuk bantuan keuangan.
- 5) Dukungan aktifitas (*houshold*) : bantuan berupa aktifitas, memperbaiki sesuatu, belanja (Susana, 2007 : 31-35).

3. Program untuk Keluarga Penderita Gangguan Jiwa

Pada keluarga penderita *skizofrenia*, dibutuhkan adanya suatu program dalam menjaga maupun merawat penderita sebagai bentuk kasih sayang, perhatian ataupun penerimaan keluarga terhadap keadaan penderita. Pfeff dan mostek (Sriati, 2000 : 67) mengidentifikasi kategori program untuk keluarga sebagai berikut :

a. Pemberiaan kekuasaan

Keluarga perlu belajar menghadapi situasi sulit dengan memberikan kepada mereka perasaan mampu mengontrol kehidupannya.

b. Pendidikan keluarga

Pendidikan keluarga menjadi intervensi keperawatan primer dalam *setting* keperawatan jiwa. Walsh merekomendasikan cara-cara sebagai berikut :

- 1) Terima kenyataan adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Tidak ada pilihan lain yang menguntungkan bagi keluarga kecuali menerima kenyataan. Keputusan memilih diluar hal tersebut, justru semakin memperparah keadaan penderita, dan akan memperlebar wilayah gangguan jiwa bagi anggota keluarga yang lainnya.

- 2) Rencanakan program perawatan diri.

Keluarga harus mengatur, bagaimana pemenuhan kebutuhan sehari-hari itu tercukupi secara memadai bagi anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Siapa yang bertanggung jawab urusan tertentu, dan siapa untuk urusan lainnya, termasuk perlibatan penderita itu sendiri sesuai dengan kemampuannya, harus benar-benar dibicarakan bersama. Disinilah penderita akan mendapatkan “Rasa nyaman” sebagai jaminan bagi dirinya.

- 3) Mengerjakan aktivitas personal dan *hobby*.

Keluarga dalam hal ini, adalah juga sebagai manusia yang juga membutuhkan pemenuhan-pemenuhan kebutuhan secara wajar bagi keseimbangan fisik dan mentalnya. Untuk itu, tidak berarti keluarga dengan anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa kemudian mereka juga jadi tidak wajar perilaku dan pemenuhan kebutuhannya tidak sama, justru jika ingin kembali harmonis dan utuh, mereka pun sebagai keluarga tetap harus mengerjakan aktivitas personal dan *hobby* tertentu secara wajar pula.

4) Terlibat dalam organisasi sosial yang mendukung.

Disinilah urgensi keluarga apalagi dengan anggota keluarga mengalami gangguan jiwa yang sebenarnya senantiasa akan membutuhkan *support* dari lingkungannya. Sarana yang paling memungkinkan untuk hal tersebut adalah keterlibatan keluarga dalam aktivitas atau organisasi sosial masyarakat yang mendukung.

5) Hindari nasihat dan opini dari orang yang tidak mempunyai pengalaman gangguan jiwa.

Sangat mungkin bahwa keluarga akan mendapat komentar minimal, dari orang atau keluarga lain yang mengetahui adanya anggota keluarga yang dimaksud mengalami gangguan jiwa. Komentar yang tidak produktif atau sekiranya dapat diprediksi demikian, langkah menghindari apabila akan mendapat *stressor* tersendiri adalah sementara bagi keluarga, karena komentar baik itu nasihat atau opini dari orang lain adalah sebuah keniscayaan yang tidak akan selalu berhasil dengan *coping* menghindari terus. Ini adalah sebuah sikap semacam lari dari kenyataan.

6) Ingat bahwa kebahagiaan dapat terjadi.

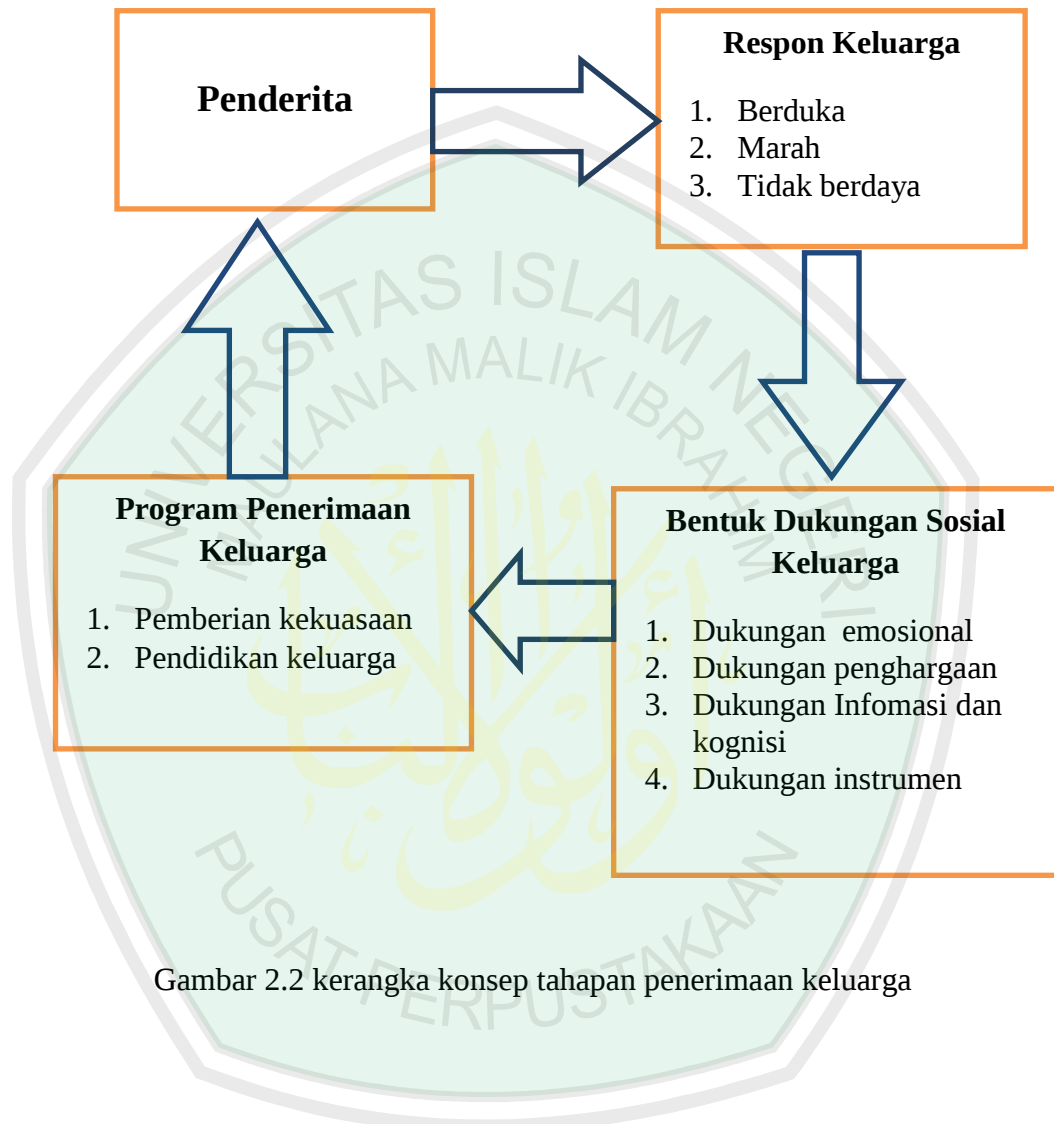
Sengsara atau bahagia sesungguhnya adalah sebuah kemestian. Kemestian adalah sebuah keputusan pilihan. Untuk itulah keluarga yang ingin dan memahami dengan baik, serta memiliki kemampuan untuk berubah, kebahagiaan hidup dalam keluarga adalah sesuatu yang dapat terjadi. Disinilah keluarga sekiranya memiliki optimisme dan kekuatan untuk melakukan perubahan.

7) Berhenti menyalahkan diri sendiri.

Begitu kuatnya memori yang ada pada keluarga bahwa gangguan jiwa adalah penyakit yang sangat sulit disembuhkan, dan ada hal demikian semakin memperkuat dan memperpanjang perasaan menyalahkan diri sendiri keluarga, yang pasti bahwa pikiran dan perasaan tersebut bagi keluarga justru semakin tidak menguntungkan. Hal ini juga harus disadari oleh keluarga, sebagai langkah awal untuk perbaikan dan pemulihan, sehingga pada gilirannya tersebut tidak ada pilihan lain kecuali harus dihentikan (Susana, 2007 : 44-48).



Kerangka Konsep Tahapan Penerimaan Keluarga



Gambar 2.2 kerangka konsep tahapan penerimaan keluarga

Kerangka Konsep Dinamika Penerimaan Keluarga



Gambar 2.3 kerangka konsep dinamika penerimaan keluarga

C. Kajian Islam Penerimaan Keluarga

Dalam ajaran Islam keluarga merupakan elemen penting dalam kehidupan manusia, karena keluarga merupakan tempat pendidikan bagi anak-anak. Disana mereka tumbuh dan berkembang bersama orang tua, saudara, serta kerabat lainnya.

Peran orang tua sangat vital sekali dalam membentuk lingkungan keluarga yang sehat. Oleh karena itu bentuk perlakuan yang diberikan oleh orang tua akan sangat berpengaruh terhadap kehidupan anaknya di masa mendatang. Tanggung jawab orang tua terhadap keluarganya digambarkan oleh Allah dalam al-Qur'an :



“Hai orang-orang yang beriman, peliharalah dirimu dan keluargamu dari api neraka yang bahan bakarnya adalah manusia dan batu; penjaganya malaikat-malaikat yang kasar, keras, dan tidak mendurhakai Allah terhadap apa yang diperintahkan-Nya kepada mereka dan selalu mengerjakan apa yang diperintahkan”. (QS. Al-Tahrim [66] : 6)

Dalam ayat tersebut Allah memerintahkan kepada orang-orang yang beriman untuk senantiasa menjaga diri serta keluarganya dari api neraka, dalam artian tidak hanya menjaga keluarganya dalam kehidupan di dunia, tetapi juga nanti di akhirat.

Kewajiban menjaga dan memenuhi kebutuhan keluarga secara fisik yakni dengan memberikan nafkah yang halal, dan segala kebutuhan fisik

lainnya. Disamping itu, kewajiban memberikan perlindungan psikologis berupa kasih sayang, perhatian dan sebagainya juga diperlukan.

Anak merupakan anugerah yang diberikan oleh Allah swt untuk dijaga dan dirawat sebaik mungkin. Akan tetapi, anak juga dapat menjadi ujian dan cobaan dari Allah swt, sebagaimana firman Allah :

وَمَا يَكْفُرُ لَكُمْ وَالَّذِينَ ظَلَمُوا مِنْهُ إِلَّا أَنْ يَخْتَارُوا
 وَإِنْ بَدَّلْتُمْ عَلَيْهِمْ الْقِسْفَةَ لَتَجْعَلَنَّ فِيهِ فُجْرًا
 وَأَنْ يَكْفُرُوا لَكُمْ وَالَّذِينَ ظَلَمُوا مِنْهُ إِلَّا أَنْ يَخْتَارُوا
 وَإِنْ بَدَّلْتُمْ عَلَيْهِمْ الْقِسْفَةَ لَتَجْعَلَنَّ فِيهِ فُجْرًا
 وَأَنْ يَكْفُرُوا لَكُمْ وَالَّذِينَ ظَلَمُوا مِنْهُ إِلَّا أَنْ يَخْتَارُوا

"Dan ketahuilah, bahwa hartamu dan anak-anakmu itu hanyalah sebagai cobaan dan sesungguhnya di sisi Allah-lah pahala yang besar". (QS. al-Anfal [8] : 28)

Bagi umat islam, membangun keluarga yang sakinah merupakan kewajiban setiap muslim, namun adakalanya Allah memberikan ujian dan cobaan kepada manusia berupa penyakit dan lain sebagainya. Hal ini telah dicontohkan oleh Allah dalam cerita nabi Ayub as. Sebagaimana yang disebutkan dalam al-Quran :

وَمَا يَكْفُرُ لَكُمْ وَالَّذِينَ ظَلَمُوا مِنْهُ إِلَّا أَنْ يَخْتَارُوا
 وَإِنْ بَدَّلْتُمْ عَلَيْهِمْ الْقِسْفَةَ لَتَجْعَلَنَّ فِيهِ فُجْرًا
 وَأَنْ يَكْفُرُوا لَكُمْ وَالَّذِينَ ظَلَمُوا مِنْهُ إِلَّا أَنْ يَخْتَارُوا
 وَإِنْ بَدَّلْتُمْ عَلَيْهِمْ الْقِسْفَةَ لَتَجْعَلَنَّ فِيهِ فُجْرًا
 وَأَنْ يَكْفُرُوا لَكُمْ وَالَّذِينَ ظَلَمُوا مِنْهُ إِلَّا أَنْ يَخْتَارُوا

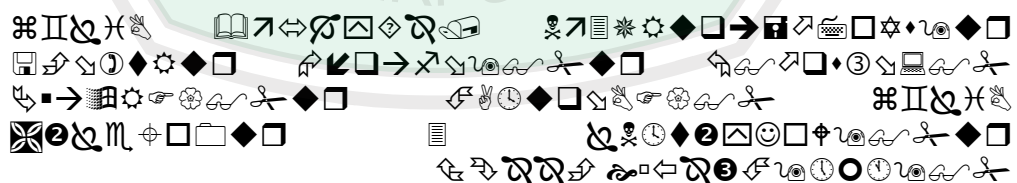
"Dan ambillah dengan tanganmu seikat (rumput), maka pukullah dengan itu dan janganlah kamu melanggar sumpah. Sesungguhnya Kami dapati dia (Ayub) seorang yang sabar. Dialah sebaik-baik hamba. Sesungguhnya dia amat taat (kepadaTuhannya)". (QS. Shaad [38] : 44)

Dalam ayat itu diceritakan bahwa nabi Ayyub as menderita penyakit kulit dalam waktu yang cukup lama. Dia memohon pertolongan kepada Allah swt, dan dengan segala kemurahan-Nya kemudian Allah memperkenankan doanya serta memerintahkan agar dia menghentakkan kakinya ke bumi. Nabi

Ayyub-pun mentaati perintah itu, maka dengan kekuasaan-NYA keluarlah air dari bekas kakinya, kemudian atas petunjuk Allah nabi Ayyub mandi dan minum dari air itu, sehingga sembuhlah dia dari penyakitnya dan dia dapat berkumpul kembali dengan keluarganya. Kemudian mereka berkembang biak sampai jumlah mereka menjadi dua kali lipat dari jumlah sebelumnya.

Pada suatu ketika nabi Ayyub teringat akan sumpahnya, bahwa dia akan memukul isterinya bilamana sakitnya sembuh. Sebab saat dia sakit, isterinya pernah lalai mengurusinya namun, dalam hatinya muncul rasa iba dan sayang terhadap isterinya, sehingga dia tidak dapat memenuhi sumpahnya tersebut. Oleh karena itu, turunlah perintah Allah seperti yang tercantum dalam ayat 44 diatas, agar dia dapat memenuhi sumpahnya dengan tidak menyakiti isterinya yaitu memukulnya dengan seikat rumput.

Dari cerita tersebut, dapat diambil hikmah bahwa segala ujian dan cobaan yang diberikan Allah kepada keluarga, harus dihadapi dan diterima dengan tenang, sabar, dan pasrah kepada Allah swt. Sebagaimana perintah-Nya dalam al-Quran :



”Dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu, dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan. Dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar”. (QS. al-Baqarah [2] : 155)

Segala ujian dan cobaan yang diberikan Allah, tidak boleh menjadikan keluarga berputus asa terhadap hidupnya. Mereka harus tetap optimis dengan

rahmat dan kasih sayang dari Allah swt. Apabila berputus asa atas rahmat dari Allah, maka orang tersebut memiliki sifat dan sikap seperti orang kafir.

Sebagaimana firman Allah :

وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ
وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ
وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ

“Dan orang-orang yang kafir kepada ayat-ayat Allah dan pertemuan dengan Dia, mereka putus asa dari rahmat-Ku, dan mereka itu mendapat adzab yang pedih”. (QS. al ‘Ankabut [29] : 23)

Sebagai umatnya, sudah seharusnya kita dapat menerima segala cobaan dan ujian yang diberikan oleh Allah dengan penuh kesabaran, tawakkal, dan tidak berputus asa, karena akan mendapatkan pertolongan dan dijanjikan untuk masuk surga oleh Allah swt. Sebagaimana firman-Nya :

وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ
وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ
وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ
وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ
وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ
وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ
وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ
وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ
وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ
وَالَّذِينَ كَفَرُوا بِآيَاتِ اللَّهِ وَارْتَضَوْا مَا نُنَزِّلُ مِنْ آيَاتِهِ يَنْزِيلُ اللَّهُ لَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ

”Apakah kamu mengira bahwa kamu akan masuk surga, padahal belum datang kepadamu (cobaan) sebagaimana halnya orang-orang terdahulu sebelum kamu? Mereka ditimpa oleh malapetaka dan kesengsaraan, serta digoncangkan (dengan bermacam-macam cobaan) sehingga berkatalah Rasul dan orang-orang yang beriman bersamanya : "Bilakah datangnya pertolongan Allah?" Ingatlah, sesungguhnya pertolongan Allah itu amat dekat”. (QS. al-Baqarah [2] : 214)