

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Menurut Setiadi (2008), pengertian keluarga akan berbeda satu dengan yang lainnya, hal ini bergantung kepada orientasi dan cara pandang yang digunakan seseorang dalam mendefinisikan. Ada beberapa cara pengertian Keluarga yang perlu diketahui oleh mahasiswa, antara lain:

1. Bussard dan Ball (1966)

Keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang. Di keluarga itu seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi, satu dengan yang lain, dibentuknya nilai-nilai, pola pemikiran, dan kebiasaannya dan berfungsi sebagai saksi segenap budaya luar, dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya.

2. WHO (1969)

Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi, atau perkawinan.

3. Duval (1972)

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota keluarga.

4. Helvie (1981)

Keluarga adalah sekelompok manusia yang tinggal dalam satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan yang erat.

5. Depkes RI (1988)

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

6. Bailon dan Maglaya (1989)

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi, dalam satu rumah tangga berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

7. UU No. 10 tahun 1992

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri atau suami istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya.

8. Sayekti (1994)

Keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah

sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

Dari beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan secara umum bahwa keluarga itu terjadi jikalau ada:

- Ikatan atau persekutuan (perkawinan/kesepakatan)
- Hubungan (darah / adopsi / kesepakatan)
- Tinggal bersama dalam satu atap (serumah)
- Ada peran masing-masing anggota keluarga
- Ikatan emosional.

2.1.2 Peranan Keluarga

Menurut Jhonson dan Leny (2010), peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku antar pribadi, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan pribadi dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan pribadi dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok, dan masyarakat. Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

- a. Ayah sebagai suami dari istri dan ayah bagi anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.
- b. Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok

dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

- c. Anak-anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, social, dan spiritual.

2.1.3 Fungsi Pokok Keluarga

Menurut Setiadi (2008), fungsi pokok keluarga meliputi:

1. Friedman (1998)

Secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
- b. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.
- c. Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

2. UU No. 10 tahun 1992 jo PP No. 21 tahun 1994

Secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut :

a. Fungsi keagamaan

Membina norma ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga, menerjemahkan agama kedalam tingkah laku hidup sehari-hari kepada seluruh anggota keluarga, serta memberikan contoh konkrit dalam hidup sehari-hari dalam pengamalan dari ajaran agama.

b. Fungsi budaya

Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan, membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai, serta sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia

c. Fungsi cinta kasih

Menumbuh kembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga kedalam simbol-simbol nyata secara optimal dan terus menerus dan membina tingkah laku saling

menyayangi baik antar anggota keluarga secara kuantitatif dan kualitatif.

d. Fungsi perlindungan

Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga dan membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar.

e. Fungsi reproduksi

Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya. Memberikan contoh pengamalan kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik maupun mental.

f. Fungsi sosialisasi

Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak pertama dan utama serta sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpainya baik dilingkungan sekolah maupun masyarakat.

g. Fungsi ekonomi

Melakukan kegiatan ekonomi baik diluar maupun didalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga serta mengelola ekonomi

keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan, dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga.

h. Fungsi pelestarian lingkungan

Membina kesadaran, sikap, dan praktik pelestarian lingkungan intern dan ekstern keluarga serta sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

3. Effendy (1998 : 36)

Ada tiga fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya, adalah:

- a. Asih, adalah memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga.
- b. Asuh, adalah menuju kebutuhan pemeliharaan dan keperawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara.
- c. Asah, adalah memenuhi kebutuhan pendidikan anak.

Namun dengan berubahnya pola hidup agraris menjadi industrialisasi, fungsi keluarga dikembangkan menjadi:

1. Fungsi biologis

Untuk meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi kebutuhan gizi keluarga, serta memelihara dan merawat anggota keluarga.

2. Fungsi psikologis

Memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga, serta memberikan identitas keluarga.

3. Fungsi sosialisasi

Membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, serta meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

4. Fungsi ekonomi

Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, serta menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua, dan sebagainya.

5. Fungsi pendidikan

Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, keterampilan, dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya, serta mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.

2.1.4 Tumbuh Kembang Keluarga

Menurut Duval 1997 (dalam Sudiharto 2007), daur atau siklus kehidupan keluarga terdiri dari delapan tahap perkembangan yang mempunyai tugas dan resiko tertentu pada tiap tahap perkembangannya.

- a. Tahap 1, pasangan baru menikah (keluarga baru). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah membina hubungan perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan harmonis

dengan saudara dan kerabat, dan merencanakan keluarga (termasuk merencanakan jumlah anak yang diinginkan).

- b. Tahap 2, menanti kelahiran (*child bearing family*) atau anak tertua adalah bayi berusia kurang dari 1 bulan. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyiapkan anggota keluarga baru (bayi dalam keluarga), membagi waktu untuk individu, pasangan, dan keluarga.
- c. Tahap 3, keluarga dengan anak prasekolah atau anak tertua 2,5 tahun sampai dengan 6 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyatukan kebutuhan masing-masing anggota keluarga, antara lain ruang atau kamar pribadi dan keamanan, mensosialisasikan anak-anak, menyatukan keinginan anak-anak yang berbeda, dan mempertahankan hubungan yang “sehat” dalam keluarga.
- d. Tahap 4, keluarga dengan anak sekolah atau anak tertua berusia 7 sampai 12 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mensosialisasikan anak-anak termasuk membantu anak-anak mencapai prestasi yang baik di sekolah, membantu anak-anak membina hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, dan memenuhi kebutuhan kesehatan masing-masing anggota keluarga.
- e. Tahap 5, keluarga dengan remaja atau dengan anak tertua berusia 13 sampai 20 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah mengimbangi kebebasan remaja dengan tanggung jawab yang

sejalan dengan maturitas remaja, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, dan melakukan komunikasi yang terbuka di antara orangtua dengan anak-anak remaja.

- f. Tahap 6, keluarga dengan anak dewasa (pelepasan). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menambah anggota keluarga dengan kehadiran anggota keluarga yang baru melalui pernikahan anak-anak yang telah dewasa, menata kembali hubungan perkawinan, menyiapkan datangnya proses penuaan, termasuk timbulnya masalah-masalah kesehatan.
- g. Tahap 7, keluarga usia pertengahan. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mempertahankan kontak dengan anak dan cucu, memperkuat hubungan perkawinan, dan meningkatkan usaha promosi kesehatan.
- h. Tahap 8, keluarga usia lanjut. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menata kembali kehidupan yang memuaskan, menyesuaikan kehidupan dengan penghasilan yang berkurang, mempertahankan hubungan perkawinan, menerima kehilangan pasangan, mempertahankan kontak dengan masyarakat, dan menemukan arti hidup.

Menurut BKKBN 1999 (dalam Sudiharto 2007), tahapan keluarga dapat diukur berdasarkan tingkat kesejahteraan, yaitu sebagai berikut:

- a. Keluarga prasejahtera, yaitu keluarga-keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs*) secara minimal, seperti

- kebutuhan akan pengajaran, agama, pangan, sandang, papan, dan kesehatan.
- b. Keluarga sejahtera tahap I, yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi keseluruhan kebutuhan social psikologis (*social psychological need*), seperti kebutuhan terhadap pendidikan, keluarga berencana, interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan tempat tinggal, dan transportasi.
 - c. Keluarga sejahtera tahap II, yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar dan seluruh kebutuhan psikologis, tetapi belum dapat memenuhi keseluruhan kebutuhan perkembangannya (*development needs*), seperti kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi.
 - d. Keluarga sejahtera tahap III, yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar, kebutuhan social-psikologis, dan kebutuhan perkembangan, namun belum dapat memberikan sumbangan (kontribusi) yang maksimal terhadap masyarakat. Misalnya, secara teratur (waktu tertentu) memberikan sumbangan dalam bentuk material dan keuangan untuk kepentingan social kemasyarakatan serta berperan secara aktif dalam menjadi pengurus lembaga keasyarakatan atau yayasan-yayasan social, keagamaan, kesenian, olahraga, pendidikan, dan sebagainya.
 - e. Keluarga sejahtera tahap III plus, yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhannya, baik yang bersifat

dasar, social psikologis, maupun yang bersifat pengembangan serta dapat pula memberikan sumbangan yang nyata dan berkelanjutan bagi masyarakat.

Menurut Sudiharto (2007) Indikator keluarga sejahtera adalah sebagai berikut.

a. Keluarga prasejahtera

Keluarga ini belum mampu untuk melaksanakan indikator sebagai berikut.

1. Keluarga melaksanakan ibadah menurut agama yang dianut masing-masing.
2. Keluarga makan dua kali sehari atau lebih.
3. Keluarga menggunakan pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan.
4. Keluarga mempunyai rumah yang sebagian besar berlantai bukan dari tanah.
5. Keluarga memeriksakan kesehatan ke petugas atau sarana kesehatan (bila anak sakit atau PUS ingin ber-KB).

b. Keluarga sejahtera I

Keluarga ini sudah mampu melaksanakan indikator 1 sampai 5, tetapi belum mampu melaksanakan indikator sebagai berikut.

6. Keluarga melaksanakan ibadah secara teratur menurut agama yang dianut.
7. Keluarga makan daging, ikan, atau telur sebagai lauk pauk sekurang-kurangnya sekali dalam seminggu.

8. Keluarga memperoleh pakaian baru dalam satu tahun terakhir.
 9. Setiap anggota keluarga mempunyai ruang kamar yang luasnya 8m².
 10. Semua anggota keluarga sehat dalam tiga bulan terakhir sehingga dapat melaksanakan fungsi mereka masing-masing.
 11. Paling sedikit satu anggota keluarga yang berumur 15 tahun keatas memiliki penghasilan tetap.
 12. Seluruh anggota keluarga yang berusia 10 sampai 60 tahun mampu membaca dan menulis latin.
 13. Anak usia sekolah (7 sampai 15 tahun) dapat bersekolah.
 14. Keluarga yang masih pasangan usia subur (PUS) memakai kontrasepsi dan mempunyai dua anak atau lebih yang hidup.
- c. Keluarga sejahtera II
- Keluarga ini sudah mampu melaksanakan indicator 1 sampai 14, tetapi belum mampu melaksanakan indicator-indikator sebagai berikut.
15. Keluarga berusaha meningkatkan atau menambah pengetahuan agama.
 16. Keluarga mempunya tabungan.
 17. Keluarga makan bersama paling sedikit sekali sehari.
 18. Keluarga ikut serta dalam kegiatan masyarakat.
 19. Keluarga melakukan rekreasi bersama/penyegaran paling kurang sekali dalam 6 bulan.

20. Keluarga memperoleh berita dari surat kabar, majalah, radio, dan televisi.

21. Keluarga mampu menggunakan sarana transportasi.

d. Keluarga sejahtera III

Keluarga ini sudah mampu melaksanakan indikator 1 sampai 21, tetapi belum mampu melaksanakan indikator sebagai berikut.

22. Keluarga memberikan sumbangan secara teratur (waktu tertentu) dan sukarela dalam bentuk material kepada masyarakat.

23. Keluarga aktif sebagai pengurus yayasan atau institusi masyarakat.

e. Keluarga sejahtera III plus

Sebuah keluarga dapat disebut keluarga sejahtera plus bila sudah mampu melaksanakan semua indikator (23).

2.2 Konsep Tugas Keluarga Terhadap Kesehatan

Menurut Pratt (1977, 1982) dalam Friedman 1998, keluarga merupakan sistem dasar dimana perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan dan diamankan.

Menurut Jhonson dan Leny (2010), pada dasarnya tugas keluarga ada tujuh tugas pokok sebagai berikut :

1. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
2. Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga.

3. Pembagian tugas-tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.
4. Sosialisasi antar anggota keluarga.
5. Pengaturan jumlah anggota keluarga.
6. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.
7. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggotanya.

Menurut Harmoko (2012), kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan akan mempengaruhi tingkat kesehatan keluarga dan individu. Tingkat pengetahuan keluarga terkait konsep sehat sakit akan mempengaruhi perilaku keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan keluarga. Misalnya sering ditemukan keluarga yang menganggap diare sebagai tanda perkembangan, imunisasi penyakit (anak menjadi demam), mengkonsumsi ikan menyebabkan cacangan. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhadap anggotanya dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Tugas kesehatan keluarga adalah kewajiban yang harus dilaksanakan keluarga untuk dapat mengoptimalkan kesehatan anggota keluarganya. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan dengan baik berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarga. Selain keluarga mampu melaksanakan fungsi dengan baik, keluarga juga harus mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga.

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang

dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya (Harmoko, 2012).

2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggalnya (Harmoko, 2012).

3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Sering mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama (Harmoko, 2012).

4. Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga. Sehingga anggota keluarga akan memiliki waktu

lebih banyak berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal. Oleh karena itu, kondisi rumah haruslah dapat menjadikan lambang ketenangan, keindahan, dan dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga (Harmoko, 2012).

5. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di sekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit (Harmoko, 2012).

2.3 Konsep Skizofrenia

2.3.1 Definisi Skizofrenia

Kata skizofrenia terdiri dari dua kata, yaitu *skhizein* = spilit = pecah dan *phrenia* = *mind* = pikiran. Jadi skizofrenia adalah gangguan psikotik yang sifatnya merusak, melibatkan gangguan berfikir, persepsi, pembicaraan, emosional, dan gangguan perilaku (Julianan & Nengah, 2013).

Skizofrenia (*schizophrenia*) adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak. Menurut Nancy Andreasen (2008) dalam *Broken Brain, The Biological Revolution in Psychiatry*, bahwa bukti-bukti terkini tentang serangan skizofrenia merupakan suatu hal yang melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-faktor itu meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik. Melinda Hermann (2008), mendefinisikan

skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang memengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (*Neurological disease that affects a person's perception, thinking, language, emotion, and social behaviour*) (Yosep & Sutini 2014).

2.3.2 Proses Terjadinya Skizofrenia

Menurut Yosep dan Sutini (2014), di dalam otak terdapat milyaran sambungan sel. Setiap sambungan sel menjadi tempat untuk meneruskan maupun menerima pesan dari sambungan sel yang lain. Sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang disebut *neurotransmitters* yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke ujung sambungan sel yang lain. Di dalam otak yang terserang skizofrenia, terdapat kesalahan atau kerusakan pada system komunikasi tersebut.

Bagi keluarga dengan penderita *schizophrenia* di dalamnya, akan mengerti dengan jelas apa yang dialami penderita *schizophrenia* dengan membandingkan otak dengan telepon. Pada orang yang normal, system *switch* pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak klien *schizophrenia*, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

Skizofrenia terbentuk secara bertahap dimana keluarga maupun klien tidak menyadari ada sesuatu yang tidak beres dalam otaknya dalam kurun

waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan-lahan ini yang akhirnya menjadi skizofrenia yang tersembunyi dan berbahaya. Gejala yang timbul secara perlahan-lahan ini bisa saja menjadi *skizofrenia acute*. Periode skizofrenia akut adalah gangguan yang singkat dan kuat, yang meliputi halusinasi, penyesatan pikiran (delusi) dan kegagalan berpikir.

Kadang kala skizofrenia menyerang secara tiba-tiba. Perubahan perilaku yang sangat dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Serangan yang mendadak selalu memicu terjadinya periode akut secara cepat. Beberapa penderita mengalami gangguan seumur hidup, tapi banyak juga yang bisa kembali hidup secara normal dalam periode akut tersebut. Kebanyakan didapati bahwa mereka dikucilkan, menderita depresi yang hebat, dan tidak dapat berfungsi sebagaimana layaknya orang normal dalam lingkungannya. Dalam beberapa kasus, serangan dapat meningkat menjadi apa yang disebut skizofrenia kronis. Klien menjadi buas, kehilangan karakter sebagai manusia dalam kehidupan social, tidak memiliki motivasi sama sekali, depresi, dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaannya sendiri.

2.3.3 Tanda Gejala Skizofrenia

Menurut Yosep dan Sutini (2014), secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 2 (dua), yaitu gejala positif dan negatif.

a. *Gejala Positif*

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar

suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, member kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya, pada penderita skizofrenia, lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid. Mereka selalu merasa sedang diamat-amati, diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Karena klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya.

Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia. Dia juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada, dan sebagainya.

b. *Gejala Negatif*

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energy dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien skizofrenia hanya memiliki energy yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizofrenia menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa klien skizofrenia tidak bisa merasakan perasaan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari hidup klien skizofrenia. Mereka tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain, dan tidak mengenal cinta. Perasaan depresi adalah sesuatu yang sangat menyakitkan. Di samping itu, perubahan otak secara biologis juga memberi andil dalam depresi. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien skizofrenia menarik diri dari lingkungannya.

Mereka selalu merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus, skizofrenia menyerang manusia usia muda antara 15 hingga 30 tahun, tetapi serangan kebanyakan terjadi pada usia 40 tahun ke atas. Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa mengenal jenis kelamin, ras, maupun tingkat social ekonomi. Diperkirakan penderita skizofrenia sebanyak 1% dari jumlah manusia yang ada di bumi.

Menurut Bleuler, ciri khas skizofrenia dapat diidentifikasi dari 4 A gejala khas (*Bleuler's 4 A's*) yaitu:

- *Affect: Symptoms one month to one year before psychotic break*
- *Associative Looseness: Person feels something strange or weird is happening to them*
- *Autism: Misinterprets things in the environment*
- *Ambivalence: Feelings of rejection, lack of self-respect, loneliness, hopelessness, isolation, withdrawal, and inability to trust others.*

2.3.4 Ciri-ciri Skizofrenia

Menurut Julianan & Nengah (2013), ciri-ciri klinis skizofrenia antara lain:

1. Mengalami delusi dan halusinasi
2. Disorganisasi dan pendaftaran afektif
3. Pendataran alogia, avolusi, dan anhedonia
4. Disfungsi social, okupasional, tidak peduli pada perawatan diri dan persistensinya berlangsung selama enam bulan.

5. Mengalami kesulitan dan hubungan social atau masyarakat
6. Cenderung tidak membangun, membina, dan mempertahankan hubungan social.
7. Harapan hidup yang sangat rendah, cenderung untuk bunuh diri
8. Reaksi emosional yang abnormal
9. Adanya kerusakan bagian otak terutama pada neurotransmitter.

2.3.5 Tipe Skizofrenia

Menurut Arif (2006), ada beberapa tipe skizofrenia; masing-masing memiliki kekhasan tersendiri dalam gejala-gejala yang diperlihatkan dan tampaknya memiliki perjalanan penyakit yang berbeda-beda.

1. Skizofrenia Tipe Paranoid

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah adanya waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afek yang relatif masih terjaga. Ciri-ciri dari tipe *Disorganized* dan Katatonik (misalnya bicara yang kacau, afek yang datar atau tidak tepat, katatonik atau motorik yang kacau) tidak menonjol. Wahamnya biasanya adalah waham kejar atau waham kebesaran, atau keduanya, tetapi waham dengan tema lain (misalnya waham kecemburuan, keagamaan, atau somatisasi) mungkin juga muncul. Wahamnya mungkin lebih dari satu, tetapi tersusun dengan rapi di sekitar tema utama. Halusinasi juga biasanya berkaitan dengan tema wahamnya.

Ciri-ciri lainnya meliputi *anxiety*, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi. Individu mungkin mempunyai tingkah laku superior dan memimpin dan mungkin mempunyai interaksi interpersonal yang kaku, formal, atau terlalu *intense*. Tema waham kejar bisa menjadi predisposisi bagi individu untuk bunuh diri, dan kombinasi antara waham kejar dengan waham kebesaran dengan disertai kemarahan bisa menjadi predisposisi bagi tindakan kekerasan. Onset biasanya di usia lebih lanjut dibandingkan tipe skizofrenia lainnya, dan ciri khasnya mungkin menjadi lebih stabil dengan berlangsungnya waktu. Individu mungkin hanya menunjukkan sedikit atau tidak ada sama sekali kerusakan dalam tes neuropsikis ataupun tes kognitif. Beberapa bukti mendukung bahwa prognosa untuk tipe skizofrenia ini lebih baik, terutama berkenaan dengan fungsi mencari nafkah dan kemampuan untuk hidup mandiri.

Kriteria diagnostik untuk skizofrenia tipe paranoid

Suatu jenis skizofrenia yang memenuhi kriteria:

- a. Preokupasi dengan satu atau lebih waham atau sering mengalami halusinasi auditorik.
 - b. Tidak ada ciri berikut yang mencolok: bicara kacau, motorik kacau atau katatonik, afek yang tak sesuai atau datar.
2. Skizofrenia Tipe Disorganized

Ciri utama skizofrenia tipe *disorganized* adalah pembicaraan kacau, tingkah laku kacau dan afek yang datar atau *inappropriate*.

Pembicaraan yang kacau dapat disertai kekonyolan dan tertawa yang tidak erat berkaitan dengan isi pembicaraan. Disorganisasi tingkah laku (misalnya: kurangnya orientasi pada tujuan) dapat membawa pada gangguan yang serius pada berbagai aktivitas hidup sehari-hari.

Kriteria diagnostik skizofrenia tipe *disorganized*

Sejenis skizofrenia di mana kriteria-kriteria berikut terpenuhi:

a. Semua gejala berikut ini cukup menonjol:

- Pembicaraan kacau
- Tingkah laku kacau
- Afek datar atau *inappropriate*

b. Tidak memenuhi kriteria untuk tipe katatonik

3. Skizofrenia Tipe Katatonik

Ciri utama pada skizofrenia tipe katatonik adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik (*motoric immobility*), aktivitas motor yang berlebihan, *negativism* yang ekstrim, mutism (sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, *echolalia* (mengulang ucapan orang lain) atau *echopraxia* (mengikuti tingkah laku orang lain).

Motoric immobility dapat dimunculkan berupa *catalepsy* (*waxy flexibility*-tubuh menjadi sangat fleksibel untuk digerakkan atau diposisikandengan berbagai cara, sekalipun untuk orang biasa posisi tersebut akan sangat tidak nyaman)

Kriteria diagnostik skizofrenia tipe katatonik

Sejenis skizofrenia di mana gambaran klinis didominasi oleh paling tidak dua dari yang berikut ini:

- a. *Motoric imppbilty* (ketidakbergerakan motorik) sebagaimana terbukti dengan adanya *catalepsy* (termasuk *waxy flexibility*) atau stupor (gemetar).
 - b. Aktivitas motor yang berlebihan (yang tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal).
 - c. *Negativism* yang ekstrim (tanpa motivasi yang jelas, bersikap sangat menolak pada segala instruksi atau mempertahankan postur yang kaku untuk menolak dipindahkan) atau mutism (sama sekali diam).
 - d. Gerakan-gerakan yang khas dan tidak terkendali.
 - e. *Echolalia* (menirukan kata-kata orang lain) atau *echopraxia* (menirukan tingkah laku orang lain).
4. Skizofrenia Tipe Undifferentiated

Sejenis skizofrenia dimana gejala-gejala yang muncul sulit untuk digolongkan pada tipe skizofrenia tertentu.

Kriteria diagnostik untuk skizofrenia tipe undifferentiated

Sejenis skizofrenia dimana simtom-simtom memenuhi kriteria A, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia tipe paranoid, *Disorganized* ataupun katatonik.

5. Skizofrenia Tipe Residual

Diagnosa skizofrenia tipe residual diberikan bilamana pernah ada paling tidak satu kali episode skizofrenia, tetapi gambaran klinis saat ini tanpa simtom positif yang menonjol. Terdapat bukti bahwa gangguan masih ada sebagaimana ditandai oleh adanya negatif simtom atau simtom positif yang lebih halus.

Kriteria diagnostik untuk skizofrenia tipe residual

Sejenis skizofrenia dimana kriteria-kriteria berikut ini terpenuhi:

- a. Tidak ada yang menonjol dalam hal ini delusi, halusinasi, pembicaraan kacau, tingkah laku kacau atau tingkah laku katatonik.
- b. Terdapat bukti keberlanjutan gangguan ini, sebagaimana ditandai oleh adanya simtom-simtom negatif atau dua atau lebih simtom yang terdaftar di Kriteria A untuk skizofrenia, dalam bentuk yang lebih ringan.

2.3.6 Penatalaksanaan Skizofrenia

a. Penatalaksanaan Skizofrenia di Rumah Sakit (Hospitalisasi)

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015, penatalaksanaan skizofrenia di rumah sakit meliputi:

a) Fase Akut

1. Farmakoterapi

Pada fase akut, obat segera diberikan segera setelah diagnosis ditegakkan dan dosis dimulai dari dosis anjuran dinaikkan perlahan-lahan secara bertahap dalam waktu 1-3 minggu, sampai dosis optimal yang dapat mengendalikan gejala.

Obat Injeksi:

- a) Olanzapine, dosis 10 mg/injeksi, intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari.
- b) Aripripazol, dosis 9,75 mg/injeksi (dosis maksimal 29,25 mg/hari), intramuskulus.
- c) Haloperidol, dosis 5 mg/injeksi, intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20 mg/hari.
- d) Diazepam 10 mg/injeksi, intravena/intramuskulus, dosis maksimum 30 mg/hari.

Obat Oral:

Pemilihan antipsikotika sering ditentukan oleh pengalaman pasien sebelumnya dengan antipsikotika misalnya, respons gejala terhadap antipsikotika, profil efek samping, kenyamanan terhadap obat tertentu terkait cara pemberiannya.

2. Psikoedukasi

Tujuan intervensi adalah mengurangi stimulus yang berlebihan, stressor lingkungan dan peristiwa-peristiwa kehidupan. Memberikan ketenangan kepada pasien atau mengurangi keterjagaan melalui komunikasi yang baik, memberikan dukungan atau harapan, menyediakan lingkungan yang nyaman, toleran perlu dilakukan.

3. Terapi lainnya

ECT (terapi kejang listrik) dapat dilakukan pada skizofrenia katatonik dan skizofrenia refrakter.

b) Fase Stabilisasi

1. Farmakoterapi

Tujuan fase stabilisasi adalah mempertahankan remisi gejala atau untuk mengontrol, meminimalisasi risiko atau konsekuensi kekambuhan dan mengoptimalkan fungsi dan proses kesembuhan (*recovery*). Setelah diperoleh dosis optimal, dosis tersebut dipertahankan selama lebih kurang 8-10 minggu sebelum masuk ke tahap rumatan. Pada fase ini dapat juga diberikan obat anti psikotika jangka panjang (*long acting injectable*), setiap 2-4 minggu.

2. Psikoedukasi

Tujuan intervensi adalah meningkatkan keterampilan orang dengan skizofrenia dan keluarga dalam

mengelola gejala. Mengajak pasien untuk mengenali gejala-gejala, melatih cara mengelola gejala, merawat diri, mengembangkan kepatuhan menjalani pengobatan. Teknik intervensi perilaku bermanfaat untuk diterapkan pada fase ini

c) Fase Rumatan

1. Farmakoterapi

Dosis mulai diturunkan secara bertahap sampai diperoleh dosis minimal yang masih mampu mencegah kekambuhan. Bila kondisi akut, pertama kali, terapi diberikan sampai 2 tahun, bila sudah berjalan kronis dengan beberapa kali kekambuhan, terapi diberikan sampai 5 tahun bahkan seumur hidup.

2. Psikoedukasi

Tujuan intervensi adalah mempersiapkan pasien kembali pada kehidupan masyarakat. Modalitas rehabilitasi spesifik, misalnya remediasi kognitif, pelatihan keterampilan sosial dan terapi vokasional, cocok diterapkan pada fase ini. Pada fase ini pasien dan keluarga juga diajarkan mengenali dan mengelola gejala prodromal, sehingga mereka mampu mencegah kekambuhan berikutnya.

b. Penatalaksanaan Skizofrenia di Rumah

Terapi skizofrenia tidak bisa berjalan dari satu sisi saja. Terapi ini merupakan kombinasi antara pengobatan dan psikoterapi. Pengobatan diperlukan untuk menurunkan gejala skizofrenia. Sedangkan psikoterapi dapat membantu klien untuk memahami, menerima, dan menjalani penyakitnya. Oleh karena itu, faktor keluarga di rumah juga sangat mempengaruhi proses penyembuhan klien dengan skizofrenia. Keluarga merupakan orang terdekat klien sehingga keluarga harus selalu memberi motivasi kepada klien untuk tetap menjalankan pengobatan. Keluarga harus memastikan bahwa klien tetap di jalur pemulihan yang benar, sekalipun sudah keluar dari rawat inap. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhadap anggota keluarganya dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Tugas kesehatan keluarga terdiri dari mengenal masalah kesehatan keluarga, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang sehat, dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat. Keluarga harus mengerti tentang skizofrenia, tanda gejala, dan pengobatan serta dampak yang ditimbulkan bila tidak menjalankan pengobatan dengan tepat.

2.4 Konsep Pengendalian Skizofrenia

Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang memengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosial. Gejalanya antara lain halusinasi, waham, menarik diri dari lingkungan, kehilangan minat dan motivasi. Gejala skizofrenia dapat dikendalikan dengan pengobatan dan terapi yang tepat.

Menurut Maramis (2004), pengobatan harus secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan yang lebih besar bahwa penderita menuju kemunduran mental. Terapist jangan melihat kepada penderita skizofrenia sebagai penderita yang tidak dapat disembuhkan lagi atau sebagai suatu makhluk yang aneh atau inferior. Bila sudah dapat diadakan kontak, maka dilakukan bimbingan tentang hal-hal yang praktis. Biarpun penderita mungkin tidak sempurna sembuh, tetapi dengan pengobatan dan bimbingan yang baik penderita dapat ditolong untuk berfungsi terus, bekerja sederhana di rumah ataupun di luar rumah. Keluarga atau orang lain di lingkungan penderita diberi penerangan (manipulasi lingkungan) agar mereka lebih sadar menghadapinya.

1. Farmakoterapi

Neroleptika dengan dosis efektif rendah lebih bermanfaat pada penderita dengan skizofrenia yang menahun, yang dengan dosis efektif tinggi lebih berfaedah pada penderita dengan psikomotorik yang meningkat. Pada penderita paranoid trifluoperazin rupanya lebih berhasil. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu. Bila tetap masih ada waham dan halusinasi, maka penderita tidak begitu terpengaruh lagi dan menjadi lebih kooperatif, mau ikut serta dengan kegiatan lingkungannya dan mau turut terapi kerja.

Sesudah gejala-gejala menghilang, maka dosis dipertahankan selama beberapa bulan lagi, jika serangan itu baru yang pertama kali. Jika serangan skizofrenia itu sudah lebih dari satu kali, maka sesudah gejala-gejala mereda, obat diberi terus selama satu atau dua tahun.

Kepada pasien dengan skizofrenia menahun, neroleptika diberi dalam jangka waktu yang tidak ditentukan lamanya dengan dosis yang naik turun sesuai dengan keadaan pasien (seperti juga pemberian obat kepada pasien dengan penyakit badaniah yang menahun, umpamanya diabetes mellitus, hipertensi, payah jantung, dan sebagainya). Senantiasa kita harus awas terhadap gejala sampingan.

Hasilnya lebih baik bila neroleptika mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit. Tidak ada dosis standard untuk obat ini, tetapi dosis ditetapkan secara individual.

2. Terapi elektro-konvulsi (TEK)

Seperti juga dengan terapi konvulsi yang lain, cara bekerjanya elektrokonvulsi belum diketahui dengan jelas. Dapat dikatakan bahwa terapi konvulsi dapat memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita. Akan tetapi, terapi ini tidak dapat mencegah serangan yang akan datang. Bila dibandingkan dengan terapi koma insulin, maka dengan TEK lebih sering terjadi serangan ulangan. Akan tetapi TEK lebih mudah diberikan, dapat dilakukan secara ambulant, bahaya lebih kurang, lebih murah dan tidak memerlukan tenaga yang khusus seperti pada terapi koma insulin.

TEK baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor. Terhadap skizofrenia simplex efeknya mengecewakan; bila gejala hanya ringan lantas diberi TEK, kadang-kadang gejala menjadi lebih berat.

3. Terapi koma insulin

Meskipun pengobatan ini tidak khusus, bila diberikan pada permulaan penyakit, hasilnya memuaskan. Presentasi kesembuhan lebih besar bila dimulai dalam waktu 6 bulan sesudah penderita jatuh sakit. Terapi koma insulin member hasil yang baik pada katatonia dan skizofrenia paranoid.

4. Psikoterapi dan rehabilitasi

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

Terapi kerja baik sekali untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain, penderita lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya ia tidak mengasingkan diri lagi, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama. Pemikiran masalah falsafat atau kesenian bebas dalam bentuk melukis bebas atau bermain musik bebas, tidak dianjurkan sebab dapat menambah otismc. Bila dilakukan juga, maka harus ada pemimpin dan ada tujuan yang lebih dahulu sudah ditentukan.

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

5. Lobotomi prefrontal

Dapat dilakukan bila terapi lain secara intensif tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya. Jadi prognosis skizofrenia tidak begitu buruk seperti dikira orang sampai dengan pertengahan abad ini. Lebih-lebih dengan neuroleptika, lebih banyak penderita dapat dirawat di luar rumah sakit jiwa. Dan memang seharusnya demikian. Sedapat-dapatnya penderita harus tinggal di lingkungannya sendiri, harus tetap melakukan hubungan dengan keluarganya untuk memudahkan proses rehabilitasi. Dalam hal ini dokter umum dapat memegang peranan yang penting, mengingat juga kekurangan ahli kedokteran jiwa di negara kita. Dokter umum lebih mengenal penderita dengan lingkungannya, keluarganya, rumahnya, dan pekerjaannya, sehingga ia lebih dapat menolong penderita hidup terus secara wajar dengan segala suka dan dukanya.