

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Gangguan jiwa

1. Pengertian Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), emosi (*affective*), tindakan (*psychomotor*) (Yosep, 2009). Sedangkan dari sudut pandang psikologi kesehatan, gangguan atau penyakit adalah hasil dari proses-proses fisiologis dan sebagian besar terpisah dari proses-proses psikologis dan sosial (Alberry & Munaffo, 2011).

Menurut Townsend (1996) dalam Yosep (2009) gangguan jiwa adalah respon maladaptive terhadap stressor dari lingkungan dalam/luar ditunjukkan dengan pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan norma lokal dan kultural dan mengganggu fungsi sosial, kerja, dan fisik individu.

Konsep gangguan jiwa dari PPDGJ II yang merujuk ke DSM-III adalah sindrom atau pola perilaku, atau psikologi seseorang, yang secara klinik cukup bermakna, dan yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment/disability*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia (Maslim, 2009).

Gangguan jiwa dapat mengenai setiap orang, tanpa mengenal umur, ras, agama, maupun status sosial-ekonomi. Gangguan jiwa bukan disebabkan oleh kelemahan pribadi. Di masyarakat banyak beredar kepercayaan atau mitos yang salah mengenai gangguan jiwa, ada yang percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh gangguan roh jahat, ada yang menuduh bahwa itu akibat guna-guna, karena kutukan atau hukuman atas dosanya. Kepercayaan yang salah ini hanya akan merugikan penderita dan keluarganya karena pengidap gangguan jiwa tidak mendapat pengobatan secara cepat dan tepat (Notosoedirjo, 2010).

2. Penyebab timbulnya gangguan jiwa

Menurut Videbeck (2008) faktor penyebab gangguan jiwa diantaranya :

a. Faktor Individual

1) Struktur biologis

Gangguan jiwa juga tergolong ilmu kedokteran, dalam beberapa penelitian yang dilakukan oleh para psikiater mengenai neurotransmitter, anatomi dan faktor genetik juga ada hubungannya dengan terjadinya gangguan jiwa. Dalam setiap individu berbeda-beda struktur anatominya dan bagaimana menerima reseptor ke hipotalamus sebagai respon dan reaksinya dari rangsangan tersebut hingga menyebabkan gangguan jiwa.

2) Ansietas dan ketakutan.

Kekhawatiran pada sesuatu hal yang tidak jelas dan perasaan yang tidak menentu akan sesuatu hal menyebabkan individu merasa terancam, ketakutan hingga terkadang mempersepsikan dirinya terancam.

b. Faktor Psikologik

Hubungan antara peristiwa hidup yang mengancam dan gangguan mental sangat kompleks tergantung dari situasi, individu dan bagaimana setiap orang mampu berkomunikasi secara efektif. Hal ini sangat tergantung pada bantuan teman, dan tetangga selama periode stres. Struktur sosial, perubahan sosial dan tingkat sosial yang dicapai sangat bermakna dalam pengalaman hidup seseorang hingga terkadang sampai menarik diri dari hubungan sosial. Kepribadian merupakan bentuk ketahanan relatif dari situasi interpersonal yang berulang-ulang yang khas untuk kehidupan manusia. Perilaku yang sekarang bukan merupakan ulangan impulsif dari riwayat waktu kecil, tetapi merupakan retensi pengumpulan dan pengambilan kembali. Setiap penderita yang mengalami gangguan jiwa fungsional memperlihatkan kegagalan yang mencolok dalam satu atau beberapa fase

perkembangan akibat tidak kuatnya hubungan personal dengan keluarga, lingkungan sekolah atau dengan masyarakat sekitarnya. Bagaimana setiap individu mampu mengontrol emosionalnya dalam kehidupan sehari-hari.

c. Faktor Budaya dan Sosial

Gangguan jiwa yang terjadi di berbagai negara mempunyai perbedaan terutama mengenai pola perilakunya. Karakteristik suatu psikosis dalam suatu sosiobudaya tertentu berbeda dengan budaya lainnya. Perbedaan ras, golongan, usia dan jenis kelamin mempengaruhi pula terhadap penyebab mula gangguan jiwa. Tidak hanya itu saja, status ekonomi juga berpengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa.

d. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart (2007) selain di atas, faktor Stressor Presipitasi mempengaruhi dalam kejiwaan seseorang. Sebagai faktor stimulus dimana setiap individu mempersepsikan dirinya melawan tantangan, ancaman, atau tuntutan untuk coping. Masalah khusus tentang konsep diri disebabkan oleh setiap situasi dimana individu tidak mampu menyesuaikan. Lingkungan dapat mempengaruhi konsep diri dan komponennya. Lingkungan dan stresor yang dapat mempengaruhi gambaran diri dan hilangnya bagian badan, tindakan operasi, proses patologi penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, proses tumbuh kembang, dan prosedur tindakan dan pengobatan.

3. Penggolongan gangguan jiwa

Penggolongan gangguan jiwa sangatlah beraneka ragam menurut para ahli berbeda-beda dalam pengelompokannya menurut Yosep (2009) penggolongan gangguan jiwa dan dibedakan menjadi :

a. Neurosa

Neurosa ialah kondisi psikis dalam ketakutan dan kecemasan yang kronis dimana tidak ada rangsangan yang spesifik yang menyebabkan kecemasan tersebut.

b. Psikosa

Psikosis merupakan gangguan penilaian yang menyebabkan ketidakmampuan seseorang menilai realita dengan fantasi dirinya. Hasilnya, terdapat realita baru versi orang psikosis tersebut. Psikosis dapat pula diartikan sebagai suatu kumpulan gejala atau sindrom yang berhubungan gangguan psikiatri lainnya, tetapi gejala tersebut bukan merupakan gejala spesifik penyakit tersebut.

4. Tanda dan gejala gangguan jiwa

Tanda gangguan jiwa menurut (Suliswati dkk, 2011), meliputi:

- a. Perubahan yang berulang dalam pikiran, daya ingat, persepsi yang bermanifestasi sebagai kelainan bicara dan perilaku.
- b. Perubahan ini menyebabkan tekanan batin dan penderitaan pada individu dan orang lain dilingkungannya.
- c. Perubahan perilaku, akibat dari penderitaan ini menyebabkan gangguan dalam kegiatan sehari-hari, efisiensi kerja dan hubungan dengan orang lain.

Tanda dan gejala gangguan jiwa menurut Yosep (2009) adalah sebagai berikut :

- a. Ketegangan (*tension*), rasa putus asa dan murung, gelisah, cemas, perbuatan-perbuatan yang terpaksa (*convulsive*), hysteria, rasa lemah, tidak mampu mencapai tujuan, takut, pikiran-pikiran buruk.
- b. Gangguan kognisi pada persepsi: merasa mendengar (mempersepsikan) sesuatu bisikan yang menyuruh membunuh, melempar, naik genting, membakar rumah, padahal orang di sekitarnya tidak mendengarnya dan suara tersebut sebenarnya tidak ada hanya muncul dari dalam diri individu sebagai bentuk kecemasan yang sangat berat dia rasakan. Hal ini sering disebut halusinasi, klien bisa mendengar sesuatu, melihat sesuatu atau merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak ada menurut orang lain.
- c. Gangguan kemauan: klien memiliki kemauan yang lemah (*abulia*) susah membuat keputusan atau memulai tingkah laku, susah sekali

bangun pagi, mandi, merawat diri sendiri sehingga terlihat kotor, bau dan acak-acakan.

- d. Gangguan emosi: klien merasa senang, gembira yang berlebihan (Waham kebesaran). Klien merasa sebagai orang penting, sebagai raja, pengusaha, orang kaya, titisan Bung karno tetapi di lain waktu ia bisa merasa sangat sedih, menangis, tak berdaya (depresi) sampai ada ide ingin mengakhiri hidupnya.
 - e. Gangguan psikomotor: Hiperaktivitas, klien melakukan pergerakan yang berlebihan naik ke atas genting berlari, berjalan maju mundur, meloncat-loncat, melakukan apa-apa yang tidak disuruh atau menentang apa yang disuruh, diam lama tidak bergerak atau melakukan gerakan aneh (Yosep, 2009).
5. Skizofrenia

Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, afek, dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Sadock, 2010).

Gejala skizofrenia secara garis besar dapat di bagi dalam dua kelompok, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif berupa delusi, halusinasi, kekacauan pikiran, gaduh gelisah dan perilaku aneh atau bermusuhan. Gejala negatif adalah alam perasaan (afek) tumpul atau mendatar, menarik diri atau isolasi diri dari pergaulan, 'miskin' kontak emosional (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis atau acuh tak acuh, sulit berpikir abstrak dan kehilangan dorongan kehendak atau inisiatif.

Pasien skizofrenia beresiko meningkatkan risiko penyalahgunaan zat, terutama ketergantungan nikotin. Hampir 90% pasien mengalami ketergantungan nikotin. Pasien skizofrenia juga beresiko untuk bunuh diri dan perilaku menyerang. Bunuh diri merupakan penyebab kematian pasien skizofrenia yang terbanyak, hampir 10% dari pasien skizofrenia yang melakukan bunuh diri (Kazadi, 2008).

Menurut Howard, Castle, Wessely, dan Murray, di seluruh dunia prevalensi seumur hidup skizofrenia kira-kira sama antara laki-laki dan perempuan diperkirakan sekitar 0,2%-1,5%. Meskipun ada beberapa ketidaksepakatan tentang distribusi skizofrenia di antara laki-laki dan perempuan, perbedaan di antara kedua jenis kelamin dalam hal umur dan onset-nya jelas. Onset untuk perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki, yaitu sampai umur 36 tahun, yang perbandingan risiko onsetsnya menjadi terbalik, sehingga lebih banyak perempuan yang mengalami skizofrenia pada usia yang lebih lanjut bila dibandingkan dengan laki-laki (Durand, 2007).

Jenis skizofrenia meliputi (Maramis, 2009):

- a. Skizofrenia residual, merupakan keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejalagejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.
- b. Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbul secara perlahan. Pada permulaan mungkin penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan.
- c. Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, menurut Maramis (2009) permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali.
- d. Skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului

oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

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

6. Relaps (kekambuhan)

Faktor pencetus dan kekambuhan dari skizofrenia dipengaruhi oleh emotional turbulent families, stressful life event, diskriminasi dan kemiskinan. Faktor neurobiologis, perkembangan saraf pada awal kehamilan ditentukan oleh intake nutrisi (ibu hamil yang malnutrisi beresiko janinnya kelak berkembang menjadi skizofrenia) begitu pula trauma psikologis yang dialami ibu selama hamil. Pada masa kanak disfungsi situasi sosial seperti trauma masa kecil, kekerasan, hostilitas dan hubungan interpersonal yang kurang hangat sangat mempengaruhi perkembangan neurological sehingga anak lebih beresiko mengalami skizofrenia.

Pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan penyakit kejiwaan skizofrenia, mempunyai tuntutan pengorbanan ekonomi, sosial, psikologis yang lebih besar dari pada keluarga yang normal. Dukungan keluarga mencegah terjadinya kekambuhan pada penderita skizofrenia (Suliswati, 2009). Kekambuhan penderita skizofrenia tergantung dari lingkungan emosi yang diciptakan oleh keluarga. Penderita skizofrenia dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi tinggi (bermusuhan, mengkritik) diperkirakan kambuh dalam waktu 9 bulan.

7. Penatalaksanaan skizofrenia

Penatalaksanaan pada pasien skizofrenia dapat berupa terapi biologis, dan terapi psikososial:

a. Terapi Biologis

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi elektrokonvulsif,

dan pembedahan bagian otak. Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-gejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat tersebut termasuk kelompok obat phenothiazines, reserpine (serpasil), dan haloperidol (haldol). Obat ini disebut obat penenang utama. Obat tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini cukup tepat bagi penderita skizofrenia yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan (Durand, 2007).

Terapi Elektrokonvulsif juga dikenal sebagai terapi electroshock pada penatalaksanaan terapi biologis. Pada akhir 1930-an, electroconvulsive therapy (ECT) diperkenalkan sebagai penanganan untuk skizofrenia. Tetapi terapi ini telah menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan masyarakat karena beberapa alasan. ECT ini digunakan di berbagai rumah sakit jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk skizofrenia.

Pada terapi biologis lainnya seperti pembedahan bagian otak Moniz (1935, dalam Davison, et al., 1994) memperkenalkan prefrontal lobotomy, yaitu proses operasi primitif dengan cara membuang “stone of madness” atau disebut dengan batu gila yang dianggap menjadi penyebab perilaku yang terganggu. Menurut Moniz, cara ini cukup berhasil dalam proses penyembuhan yang dilakukannya, khususnya pada penderita yang berperilaku kasar. Akan tetapi, pada tahun 1950-an cara ini ditinggalkan karena menyebabkan penderita kehilangan kemampuan kognitifnya, otak tumpul, tidak bergairah, bahkan meninggal.

b. Terapi Psikososial

Gejala-gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ)

menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah diberikan pada pasien skizofrenia, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durand, 2007).

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberikan feedback tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi.

Pada terapi keluarga merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga berusaha untuk menghindari ungkapan-ungkapan emosi yang bisa mengakibatkan penyakit penderita kambuh kembali. Dalam hal ini, keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negatif secara konstruktif dan jelas, dan untuk memecahkan setiap persoalan secara bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya. Dari beberapa penelitian, seperti yang dilakukan oleh Fallon ternyata campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita, dibandingkan dengan terapi-terapi secara individual.

c. Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah pendekatan terapeutik yang melihat masalah individu dalam konteks lingkungan khususnya keluarga dan menitik beratkan pada proses interpersonal. Terapi keluarga merupakan intervensi spesifik dengan tujuan membina komunikasi secara terbuka

dan interaksi keluarga secara sehat. Terapi keluarga merupakan salah satu bentuk psikoterapi kelompok yang berdasarkan pada kenyataan bahwa manusia adalah makhluk sosial dan bukan suatu makhluk yang terisolir.

Tujuan dari terapi keluarga yang berorientasi psikodinamika yaitu untuk menolong anggota keluarga mencapai suatu pengertian tentang dirinya dan caranya beraksi satu sama lain di dalam keluarga.

B. Dukungan Keluarga

1. Pengertian

Keluarga merupakan suatu sistem terbuka yang terdiri dari semua umur dalam sistem, mempunyai struktur tujuan atau fungsi dan mempunyai organisasi internal, seperti sistem yang lain. Bila salah satu anggota keluarga mengalami gangguan, hal ini akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain (Indriyati, 2010).

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek stress yang buruk (Kaplan dan Sadock, 2010). Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

Dukungan keluarga dapat menjadi faktor yang dapat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta menentukan program pengobatan yang akan mereka terima. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarga yang sakit. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial, secara negatif berhubungan dengan kepatuhan (Sarafino, 2009).

Hasil penelitian Wulansih dan Widodo (2008) menemukan bahwa sikap keluarga mempunyai hubungan yang signifikan dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia, hal ini menunjukkan bahwa dengan sikap yang baik pada keluarga dapat mencegah kekambuhan pasien skizofrenia. Ini menunjukkan juga bahwa status sehat sakit para anggota keluarga saling mempengaruhi satu sama lain. Sikap keluarga pasien skizofrenia dalam penelitian ini sikap adalah afek atau penilaian positif atau negatif terhadap suatu objek sebagai upaya untuk memperbaiki sikap keluarga dalam memberi dukungan ataupun merawat pasien skizofrenia yaitu dengan cara meningkatkan pengetahuannya terlebih dahulu karena sikap dan perilaku seseorang akan ditentukan oleh tingkat pengetahuan yang dia miliki. Sehingga seseorang dapat berperan dalam upaya meningkatkan kesehatan dirumah maupun perilaku.

2. Jenis-jenis Dukungan Keluarga

Menurut House dan Kahn dalam Friedman (2010), terdapat empat tipe dukungan keluarga yaitu:

a. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk bersistirahat dan juga menenangkan pikiran. Setiap orang pasti membutuhkan bantuan dari keluarga. Individu yang menghadapi persoalan atau masalah akan merasa terbantu kalau ada keluarga yang mau mendengarkan dan memperhatikan masalah yang sedang dihadapi.

Dukungan emosional menyebutkan bahwa keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

Pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan penyakit kejiwaan skizofrenia, mempunyai tuntutan pengorbanan ekonomi, sosial, psikologis yang lebih besar dari pada keluarga yang normal.

Dukungan keluarga dalam mencegah terjadinya kekambuhan pada penderita skizofrenia antara lain (Suliswati, 2010):

- 1) Menciptakan lingkungan yang sehat jiwa bagi penderita
- 2) Mencintai dan menghargai penderita
- 3) Membantu dan memberi penderita
- 4) Memberi pujian kepada penderita untuk segala perbuatannya yang baik dari pada menghukumnya pada waktu berbuat kesalahan.

b. Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai penengah dalam pemecahan masalah dan juga sebagai fasilitator dalam pemecahan masalah yang sedang dihadapi. Dukungan dan perhatian dari keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu.

Dukungan penilaian menunjukkan bahwa keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.

c. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan dalam hal pengawasan, kebutuhan individu. Keluarga mencari solusi yang dapat membantu individu dalam melakukan kegiatan.

Dukungan instrumental menyebutkan bahwa keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan serta bentuk bantuan financial.

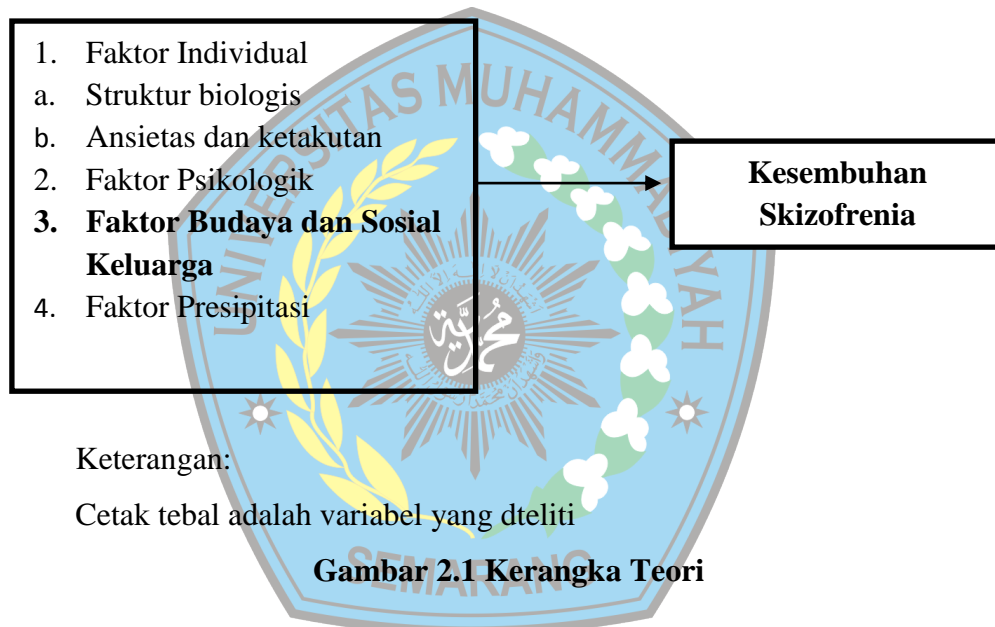
d. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai penyebar dan pemberi informasi. Disini diharapkan bantuan informasi yang disediakan keluarga dapat digunakan oleh individu dalam mengatasi persoalan-persoalan yang sedang dihadapi..

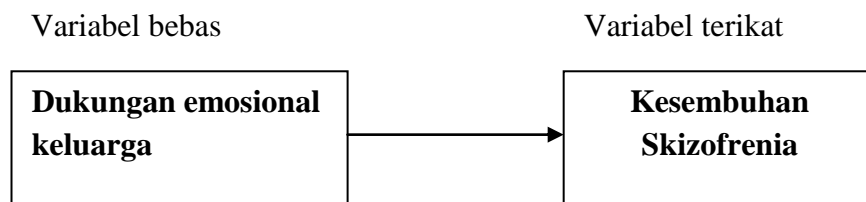
Dukungan informasional menunjukkan bahwa keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarnya) informasi tentang

dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

C. Kerangka Teori



D. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

E. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan emosional keluarga
2. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kesembuhan skizofrenia.

F. Hipotesis Penelitian

Ada hubungan dukungan emosional keluarga dengan kesembuhan pasien gangguan jiwa di RSJD. Dr. Amino gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.

