

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini dijelaskan tentang landasan teori yang mendasari penelitian ini, yaitu: 1) Konsep Stigma, 2) Konsep *Caregiver burden*, 3) Konsep Orang dengan Gangguan Jiwa, 4) Jurnal yang Relevan, 5) Kerangka Teori, 6) Kerangka Konseptual, dan 7) Hipotesis Penelitian

2.1 Konsep Stigma Keluarga

2.1.1 Pengertian Stigma

Stigma keluarga merupakan penilaian atau anggapan negatif yang diberikan kepada individu atau kelompok tertentu karena memiliki karakteristik yang dipandang tidak sesuai dengan nilai atau norma yang berlaku di keluarga, sehingga sering menimbulkan perlakuan diskriminatif (Siagian *et al.*, 2024).

Stigma keluarga merupakan kondisi dimana keluarga memberikan penilaian negatif kepada individu atau kelompok tertentu berdasarkan kondisi atau latar belakang yang dimiliki, sehingga penilaian tersebut dapat memperburuk kondisi kesehatan mental individu. Stigma terhadap gangguan jiwa merupakan salah satu permasalahan yang paling kompleks dalam pelayanan keperawatan jiwa. Stigma tersebut tercermin dalam bentuk pandangan negatif, stereotip, diskriminasi, serta pengucilan sosial yang dialami oleh individu dengan gangguan mental. Keluarga sering memberikan label stereotip kepada individu dengan gangguan jiwa, seperti dianggap berbahaya, tidak dapat dipercaya, atau tidak mampu menjalani kehidupan sosial secara normal. Kurangnya pemahaman yang tepat mengenai gangguan

mental di keluarga turut memperkuat munculnya stereotip negatif tersebut (Supriyono *et al.*, 2025).

Berdasarkan pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa Stigma merupakan penilaian negatif yang diberikan oleh individu atau keluarga kepada seseorang atau kelompok tertentu berdasarkan karakteristik, kondisi, atau latar belakang yang dimiliki, sehingga individu tersebut mengalami perlakuan berbeda, penolakan sosial, atau diskriminasi dalam kehidupan sosial.

2.1.2 Bentuk Stigma

Stigma terhadap gangguan jiwa dapat muncul dalam beberapa bentuk, menurut (Risal *et al.*, 2022) antara lain:

1. Stigma publik merupakan persepsi negatif yang berkembang di keluarga luas terhadap individu dengan gangguan jiwa. Persepsi tersebut sering diperkuat oleh media massa yang menampilkan gambaran negatif mengenai kondisi gangguan mental.
2. Stigma diri (*self-stigma*) terjadi ketika individu dengan gangguan mental menginternalisasi pandangan negatif yang berkembang di keluarga. Proses internalisasi ini dapat menurunkan kepercayaan diri, menimbulkan rasa malu, serta membuat individu merasa tidak layak untuk memperoleh bantuan.
3. Stigma struktural merupakan bentuk stigma yang muncul melalui kebijakan, peraturan, maupun sistem sosial yang berlaku di masyarakat. Stigma ini menyebabkan individu dengan gangguan jiwa mengalami hambatan secara sistematis dalam memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan jiwa, pendidikan, kesempatan kerja, serta berbagai bentuk dukungan sosial.

2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi Stigma Keluarga Penderita Gangguan Jiwa

Menurut (Putro, 2018), stigma keluarga tentang orang dengan gangguan jiwa adalah sebagai berikut:

1. Faktor Eksternal

a. Kegilaan Adalah Aib

Masyarakat hingga saat ini masih menganggap penyakit jiwa sebagai kondisi yang memalukan sehingga penderita dan keluarganya menanggung stigma sosial. Anggapan tersebut mendorong keluarga untuk menyembunyikan kondisi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Keluarga merasa khawatir jika kondisi tersebut diketahui orang lain karena dapat menjadi bahan pembicaraan di lingkungan sekitar. Stigma yang muncul dalam keluarga terhadap penderita gangguan jiwa secara tidak langsung membuat keluarga menunda atau menghindari pemberian penanganan yang cepat dan tepat sehingga kondisi penderita semakin memburuk.

Keluarga sering memberikan label negatif terhadap gangguan jiwa berat, misalnya kondisi hilang ingatan, dengan sebutan seperti sinting, otak miring, atau gila serta istilah kasar lainnya. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keluarga masih memiliki persepsi yang kurang tepat terhadap gangguan jiwa. Ketika penderita menjalani perawatan rawat jalan maupun rawat inap di rumah sakit jiwa, keluarga seharusnya tetap memberikan perhatian dan dukungan sesuai anjuran tenaga medis. Kenyataannya,

sebagian keluarga tidak menunjukkan kepedulian terhadap anggota keluarga yang dirawat di rumah sakit jiwa. Banyak keluarga memilih menyerahkan seluruh proses penyembuhan kepada tenaga kesehatan tanpa keterlibatan aktif dalam perawatan.

b. Mitos Tentang Gangguan Jiwa

Stigma terhadap gangguan jiwa muncul karena adanya berbagai mitos yang berkembang di lingkungan keluarga. Masyarakat sering menganggap bahwa gangguan jiwa hanya dialami oleh individu yang memiliki kondisi mental lemah. Keluarga juga kerap mengaitkan penderita gangguan jiwa dengan perilaku kriminal dalam kehidupan sehari-hari. Selain itu, sebagian orang meyakini bahwa penderita harus dijauhkan dari kehidupan sosial dan tidak layak berinteraksi dengan masyarakat.

Pandangan lain menyebutkan bahwa gangguan jiwa tidak dapat disembuhkan sehingga upaya pengobatan dianggap tidak memberikan hasil. Keluarga juga sering beranggapan bahwa seluruh penderita memiliki kepribadian ganda meskipun kondisi tersebut tidak selalu terjadi. Sebagian masyarakat menyalahkan pola asuh orang tua sebagai penyebab utama munculnya gangguan jiwa. Anggapan tersebut diperkuat dengan keyakinan bahwa penderita tidak akan pulih sepenuhnya dari kondisi yang dialaminya.

c. Kepercayaan Keluarga Mengenai Peran Dukun

Dalam kehidupan keluarga, praktik pengobatan tradisional oleh dukun memiliki keterkaitan erat dengan nilai keagamaan dan adat istiadat yang dianut. Keterpaduan antara unsur budaya dan agama dalam keluarga

menjadikan dukun sebagai bagian penting, khususnya dalam penanganan masalah kesehatan. Kondisi tersebut menyebabkan sebagian keluarga menjadikan pengobatan tradisional sebagai pilihan pertama dalam menangani anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sebelum memanfaatkan layanan terapi dan perawatan di rumah sakit jiwa.

2. Faktor Internal

a. Pengetahuan Keluarga tentang Gangguan Jiwa

Penanganan yang dilakukan keluarga terhadap penderita gangguan jiwa hingga saat ini belum menunjukkan hasil yang optimal. Kondisi tersebut terjadi karena keluarga masih memiliki keterbatasan pengetahuan mengenai gangguan jiwa. Keluarga sebenarnya memiliki peran penting dalam menentukan keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi anggota yang sakit, namun keterbatasan pemahaman tersebut justru dapat memicu perlakuan yang kurang adil terhadap penderita. Kurangnya pengetahuan keluarga juga dipengaruhi oleh berbagai stigma yang berkembang di lingkungan sekitarnya.

b. Tidak Adanya Dukungan Keluarga

Stigma yang muncul dalam keluarga terhadap penderita gangguan jiwa secara tidak langsung membuat keluarga maupun lingkungan sekitarnya enggan memberikan penanganan yang tepat. Kondisi tersebut menyebabkan sebagian penderita yang tidak tertangani berisiko menunjukkan perilaku agresif atau tindakan yang tidak terkontrol sehingga menimbulkan keresahan di lingkungan keluarga. Keluarga sering berada

dalam keadaan tidak siap, disertai perasaan sedih, kecewa, dan putus asa sehingga proses penanganan menjadi tertunda. Keluarga sering kali menunda upaya membawa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ke tenaga kesehatan profesional serta menyembunyikan kondisi tersebut dari masyarakat maupun kerabat. Penundaan penanganan mengakibatkan keterlambatan dalam memperoleh pengobatan sehingga kondisi gangguan jiwa yang dialami penderita dapat semakin memburuk.

c. Perasaan Malu

Keluarga menanggung rasa malu sebagai bentuk stigma yang mereka ciptakan sendiri terhadap anggota yang mengalami gangguan jiwa. Perasaan tersebut membuat keluarga mengabaikan bantuan dari lingkungan sekitar dalam upaya pengobatan penderita. Rasa malu juga mendorong keluarga untuk menutup diri dari interaksi sosial dengan masyarakat. Pemberdayaan berkelanjutan menjadi aspek penting bagi penderita gangguan jiwa yang telah dinyatakan pulih secara klinis oleh tenaga medis, dengan tujuan agar mereka mampu hidup mandiri, produktif, dan percaya diri di tengah keluarga tanpa tekanan stigma, diskriminasi, maupun rasa takut dan ragu. Keberhasilan upaya tersebut sangat bergantung pada sikap peduli serta dukungan dari anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya.

2.1.4 Dampak Stigma terhadap Kesehatan Mental

Stigma memberikan dampak yang luas dan signifikan terhadap kehidupan individu yang mengalami gangguan mental. Kondisi tersebut menimbulkan

berbagai konsekuensi negatif yang dapat dirasakan oleh penderita, antara lain sebagai berikut:

1. Hambatan dalam Mengakses Layanan Kesehatan

Stigma yang muncul dalam keluarga dapat menimbulkan hambatan bagi penderita gangguan jiwa dalam mengakses layanan kesehatan. Keluarga sering merasa malu atau takut terhadap penilaian negatif dari lingkungan sehingga menunda atau bahkan menghindari membawa anggota keluarganya ke fasilitas kesehatan. Sikap tersebut menyebabkan penderita tidak segera mendapatkan diagnosis dan penanganan yang tepat dari tenaga profesional. Keterlambatan dalam mencari bantuan medis dapat memperburuk kondisi penderita karena gangguan jiwa tidak ditangani sejak dini.

2. Penundaan dalam Mendapatkan Pengobatan

Stigma dalam keluarga menyebabkan penundaan dalam pemberian pengobatan kepada penderita gangguan jiwa. Keluarga sering menunda membawa anggota yang sakit ke tenaga kesehatan karena rasa malu atau takut terhadap penilaian sosial. Penundaan tersebut membuat kondisi penderita tidak segera mendapatkan penanganan yang tepat dan berisiko semakin memburuk. Dampaknya, proses pemulihan menjadi lebih lama dan peluang kesembuhan dapat menurun.

3. Pengucilan Sosial dan Isolasi

Stigma dalam keluarga mendorong terjadinya pengucilan sosial dan isolasi terhadap penderita gangguan jiwa. Keluarga sering membatasi interaksi penderita dengan lingkungan karena rasa malu atau kekhawatiran terhadap

penilaian masyarakat. Kondisi tersebut membuat penderita kehilangan dukungan sosial yang penting bagi proses pemulihan. Akibatnya, penderita dapat merasa kesepian, rendah diri, dan mengalami penurunan kondisi psikologis.

4. Penurunan Kualitas Hidup

Stigma dalam keluarga dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup pada penderita gangguan jiwa. Keluarga yang memberikan perlakuan negatif atau kurang mendukung membuat penderita kesulitan memenuhi kebutuhan fisik, emosional, dan sosialnya. Kondisi tersebut menghambat aktivitas sehari-hari serta menurunkan rasa percaya diri dan motivasi hidup. Akibatnya, penderita mengalami keterbatasan dalam menjalani kehidupan secara optimal dan mandiri.

2.1.5 Peran Perawat Jiwa dalam Mengatasi Stigma

Perawat jiwa memiliki posisi yang strategis dalam upaya mengurangi stigma keluarga terhadap gangguan mental menurut (Supriyono *et al.*, 2025) melalui berbagai pendekatan berikut:

1. Edukasi kepada Keluarga

Perawat jiwa dapat memberikan penyuluhan di lingkungan keluarga, sekolah, tempat kerja, maupun melalui media sosial mengenai fakta yang benar tentang gangguan mental. Kegiatan ini bertujuan meluruskan kesalahpahaman serta meningkatkan pemahaman keluarga mengenai kesehatan jiwa.

2. Promosi Kesehatan Mental

Perawat dapat melaksanakan kampanye kesehatan mental untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya menjaga kesehatan mental sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan secara menyeluruh. Perawat juga dapat menyampaikan informasi yang bersifat positif dan memberikan dukungan kepada masyarakat agar stigma terhadap gangguan jiwa dapat berkurang.

3. Kampanye Anti-Stigma

Perawat dapat berperan dalam menginisiasi program kampanye untuk meningkatkan kesadaran dan empati keluarga terhadap individu dengan gangguan mental, termasuk dengan menampilkan kisah pemulihan serta memperjuangkan hak-hak mereka.

2.1.6 Strategi Efektif dalam Mengurangi Stigma

Berbagai strategi yang terbukti efektif dalam menurunkan stigma keluarga terhadap gangguan mental menurut (Supriyono *et al.*, 2025) meliputi:

1. Kontak Interpersonal Secara Langsung

Interaksi langsung antara keluarga dan individu dengan gangguan mental dapat difasilitasi untuk menumbuhkan empati serta mengurangi rasa takut dan prasangka negatif.

2. Pemanfaatan Media secara Bertanggung Jawab

Kerja sama dengan media massa diperlukan untuk menyajikan informasi yang akurat, positif, dan mendukung mengenai gangguan mental serta proses pemulihannya.



3. Pendidikan Kesehatan Mental di Sekolah

Materi mengenai kesehatan mental dapat diintegrasikan dalam kurikulum pendidikan. Pendekatan ini membantu peserta didik memahami pentingnya kesehatan mental serta menumbuhkan sikap penerimaan terhadap perbedaan.

4. Advokasi Kebijakan Publik

Upaya advokasi perlu dilakukan untuk mendorong perubahan kebijakan yang lebih inklusif sehingga stigma struktural dalam bidang layanan kesehatan, pendidikan, maupun ketenagakerjaan dapat diminimalkan.

2.1.7 Pengukuran Stigma tentang skizofrenia

Skala *Affiliate Stigma Scale* (ASS) diperkenalkan oleh Mak and Cheung pada tahun 2008 sebagai alat untuk mengukur stigma pada *caregiver* pasien gangguan mental. Instrumen ini banyak digunakan karena memiliki kualitas psikometrik yang baik serta telah melalui proses validasi dalam berbagai bahasa. ASS terdiri dari 22 pernyataan yang digunakan untuk menilai sejauh mana *caregiver* menginternalisasi stigma, yang mencakup tiga aspek utama, yaitu kognitif, emosional, dan perilaku. Penilaian menggunakan skala Likert 4 tingkat dari sangat tidak setuju hingga sangat setuju.

Pengujian ini menggunakan korelasi Pearson dan dihitung melalui SPSS, dengan nilai $\geq 0,30$ menunjukkan kualitas item yang baik. Hasil uji validitas didapatkan nilai korelasi Pearson sebesar 0,393-0,867, yang artinya seluruh item dikatakan valid. Reliabilitas instrumen diuji melalui konsistensi internal menggunakan Cronbach's alpha. Nilai alpha di bawah 0,70 dianggap kurang baik, rentang 0,70–0,79 cukup, 0,80–0,89 baik, dan nilai di atas 0,90 menunjukkan

reliabilitas yang sangat tinggi. Koefisien reliabilitas Cronbach's alpha pada komponen kognitif, afektif, dan perilaku masing-masing sebesar 0,896, 0,925, dan 0,920. Nilai tersebut menunjukkan bahwa komponen dalam ASS memiliki tingkat reliabilitas yang baik hingga sangat baik. Interpretasi skor menunjukkan bahwa:

1. Rendah : ≤ 55
2. Sedang: 56–62
3. Tinggi: ≥ 63 .

(Kurnianingsih *et al.*, 2024)

2.2 Caregiver Burden dalam Merawat Pasien Skizofrenia

2.2.1 Pengertian Caregiver Burden

Caregiver keluarga pada dasarnya merupakan individu yang secara konsisten mendampingi dan memberikan perawatan kepada pasien dengan penyakit kronis. *Caregiver* memiliki peran yang sangat penting dalam mendukung serta membantu pemenuhan kebutuhan pasien dalam kehidupan sehari-hari. *Caregiver* tidak hanya berperan sebagai anggota keluarga yang membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari, tetapi juga memiliki tanggung jawab lain dalam proses perawatan. Tugas tersebut meliputi mengingatkan pasien untuk melakukan kontrol rutin ke rumah sakit, memastikan pasien mengonsumsi obat secara teratur, serta mengingatkan pasien untuk mematuhi pola diet yang telah dianjurkan (Rahayu & Rahmawati, 2019).

Caregiver burden merupakan tingkat pengalaman tekanan atau penderitaan yang dirasakan oleh keluarga sebagai konsekuensi dari kondisi kesehatan anggota keluarga. Kondisi tersebut dapat muncul sebagai dampak dari status anggota

keluarga yang mengalami skizofrenia. Situasi tersebut sering kali menuntut keluarga untuk memberikan perawatan dalam jangka waktu tertentu, sehingga dapat meningkatkan tekanan emosional serta beban finansial yang harus ditanggung oleh keluarga (Yanti *et al.*, 2025).

Keluarga berperan sebagai sistem pendukung utama yang memberikan perawatan secara langsung kepada klien dalam berbagai kondisi, baik ketika sehat maupun sakit. Keluarga juga dipandang sebagai suatu sistem sosial yang terdiri atas sekelompok kecil individu yang memiliki hubungan yang erat, saling bergantung satu sama lain, serta terorganisasi dalam satu kesatuan untuk mencapai tujuan bersama (Risnasari, 2022).

2.2.2 Peran *Caregiver* Keluarga yang Merawat skizofrenia

Peran *caregiver* keluarga yang merawat individu dengan gangguan jiwa kronis menurut (Bahari & Widodo, 2022) meliputi beberapa tanggung jawab penting sebagai berikut:

1. Memenuhi kebutuhan dasar keluarga, menjaga keutuhan keluarga, memastikan terpenuhinya kebutuhan tidur dan istirahat, mampu menghadapi kondisi darurat atau situasi kritis, serta memberikan dukungan emosional kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
2. Memberikan dukungan finansial serta berpartisipasi aktif dalam membantu anggota keluarga yang sakit melalui pemberian terapi suportif sebagai bagian dari proses pemulihan.

3. Mengembangkan hubungan sosial yang kondusif dengan lingkungan sekitar agar keluarga dapat memperoleh bantuan dan dukungan dari pihak lain dalam proses perawatan orang dengan gangguan jiwa (skizofrenia).

2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi *Caregiver Burden* dalam Merawat PDGJ

Menurut Shalahuddin (2025), faktor-faktor yang mempengaruhi *caregiver burden* dalam merawat skizofrenia adalah sebagai berikut:

1. Faktor Internal (Berkaitan dengan *Caregiver*/Keluarga)

Faktor internal merupakan karakteristik atau kondisi yang berasal dari keluarga yang berperan sebagai *caregiver*.

a. Usia *caregiver*

Usia memengaruhi kemampuan fisik dan psikologis *caregiver* dalam merawat pasien. *Caregiver* yang berusia lebih tua cenderung mengalami kelelahan fisik yang lebih tinggi selama proses perawatan. Kondisi tersebut meningkatkan beban perawatan karena keterbatasan energi dan daya tahan tubuh sehingga *caregiver* mengalami penurunan kemampuan dalam memberikan perawatan yang optimal kepada pasien.

b. Jenis kelamin *caregiver*

Jenis kelamin memengaruhi tingkat beban yang dialami *caregiver* dalam merawat pasien. *Caregiver* perempuan cenderung mengalami beban yang lebih tinggi karena menjalankan peran ganda dalam keluarga. Kondisi tersebut menuntut perempuan untuk membagi waktu antara tugas perawatan dan tanggung jawab domestik sehingga *caregiver* perempuan lebih rentan mengalami kelelahan fisik maupun emosional selama proses perawatan.

c. Status perkawinan

Status pernikahan memengaruhi tingkat beban yang dialami *caregiver* dalam merawat pasien. Individu yang telah menikah cenderung menghadapi beban tambahan karena harus menjalankan tanggung jawab keluarga sekaligus memberikan perawatan. Kondisi tersebut menuntut pembagian waktu, tenaga, dan perhatian secara bersamaan sehingga *caregiver* dapat mengalami kelelahan fisik dan tekanan emosional selama proses perawatan.

d. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan memengaruhi pemahaman *caregiver* terhadap penyakit dan kompleksitas perawatan pasien. *Caregiver* dengan pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik dalam memahami kondisi pasien. Kondisi tersebut membantu *caregiver* dalam mengambil keputusan yang tepat selama proses perawatan sehingga *caregiver* dapat mengelola beban perawatan dengan lebih efektif.

e. Status pekerjaan

Status pekerjaan memengaruhi tingkat tekanan yang dialami *caregiver* selama merawat pasien. *Caregiver* yang tidak bekerja maupun memiliki pekerjaan dengan tuntutan tinggi cenderung menghadapi tekanan yang lebih besar. Kondisi tersebut muncul karena *caregiver* harus menyeimbangkan kebutuhan ekonomi, tanggung jawab pekerjaan, dan tugas perawatan sehingga *caregiver* lebih rentan mengalami stres serta kelelahan fisik dan emosional.

f. Kondisi ekonomi keluarga

Kondisi ekonomi keluarga memengaruhi tingkat beban yang dialami *caregiver* dalam merawat pasien. Biaya pengobatan, perawatan, dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien meningkatkan tekanan finansial keluarga. Keterbatasan ekonomi membuat *caregiver* harus mengelola pengeluaran secara lebih ketat selama proses perawatan sehingga *caregiver* dapat mengalami stres dan beban psikologis yang lebih tinggi.

g. Hubungan dengan pasien

Kedekatan hubungan memengaruhi tingkat keterlibatan emosional *caregiver* dalam merawat pasien. *Caregiver* yang memiliki hubungan dekat, seperti orang tua, pasangan, atau saudara, cenderung menunjukkan keterlibatan emosional yang lebih tinggi. Kondisi tersebut membuat *caregiver* lebih peka terhadap perubahan kondisi pasien selama perawatan sehingga *caregiver* lebih rentan mengalami beban emosional yang lebih besar.

h. Stres pada *caregiver*

Beban psikologis memengaruhi persepsi *caregiver* terhadap tingkat beban perawatan pasien. *Caregiver* yang mengalami stigma keluarga, kelelahan emosional, dan depresi cenderung merasakan beban yang lebih berat. Kondisi tersebut menurunkan kemampuan *caregiver* dalam menghadapi tekanan selama proses perawatan sehingga *caregiver* mengalami peningkatan stres dan penurunan kualitas kesejahteraan psikologis.

i. Strategi coping keluarga

Kemampuan keluarga dalam mengelola stres dan masalah memengaruhi tingkat beban yang dirasakan *caregiver*. Keluarga yang memiliki strategi coping yang baik cenderung mampu menghadapi tekanan perawatan dengan lebih efektif. Kondisi tersebut membantu mengurangi dampak negatif dari tuntutan perawatan pasien sehingga *caregiver* dapat menjalankan peran dengan lebih stabil secara emosional dan fisik.

2. Faktor Eksternal (Berkaitan dengan Pasien dan Lingkungan)

Faktor eksternal berasal dari kondisi pasien maupun dukungan sosial yang tersedia.

a. Durasi merawat pasien

Durasi perawatan memengaruhi tingkat kelelahan yang dialami *caregiver* dalam merawat pasien. Keluarga yang merawat pasien dalam jangka waktu lama cenderung mengalami peningkatan kelelahan fisik dan psikologis. Kondisi tersebut terjadi karena tuntutan perawatan berlangsung terus-menerus tanpa jeda yang cukup sehingga *caregiver* lebih rentan mengalami stres dan penurunan kualitas kesehatan.

b. Lama menderita gangguan jiwa

Lama menderita gangguan jiwa memengaruhi kebutuhan perawatan pasien dalam keluarga. Penyakit yang bersifat kronis menuntut perawatan jangka panjang dari *caregiver*. Kondisi tersebut meningkatkan beban karena perawatan harus dilakukan secara terus-menerus sehingga *caregiver* lebih rentan mengalami kelelahan fisik dan tekanan psikologis.

c. Keparahan gejala pasien

Keparahan gejala pasien memengaruhi tingkat beban yang dialami *caregiver* dalam merawat pasien. Gejala yang berat, seperti perilaku agresif atau gangguan fungsi sosial, meningkatkan tuntutan perawatan sehari-hari. Kondisi tersebut membuat *caregiver* harus memberikan perhatian dan pengawasan lebih intensif.

d. Penurunan mutualitas (hubungan timbal balik)

Penurunan mutualitas memengaruhi hubungan emosional antara pasien dan keluarga selama proses perawatan. Hubungan timbal balik yang melemah membuat *caregiver* merasa kurang mendapatkan respons positif dari pasien. Kondisi tersebut meningkatkan tekanan emosional dalam menjalankan peran perawatan.

e. Dukungan spiritual

Dukungan spiritual memengaruhi kemampuan *caregiver* dalam menghadapi stres selama merawat pasien. Keyakinan dan praktik spiritual membantu *caregiver* menemukan makna dan ketenangan dalam situasi sulit. Kondisi tersebut memperkuat mekanisme koping yang dimiliki keluarga.

f. Dukungan sosial

Dukungan sosial memengaruhi tingkat *caregiver burden* dalam menjalankan peran perawatan. Dukungan dari keluarga besar, tetangga, atau komunitas membantu meringankan tanggung jawab *caregiver*. Kondisi

tersebut memberikan bantuan emosional maupun praktis selama proses perawatan.

g. Dukungan profesional

Dukungan profesional memengaruhi kualitas perawatan yang diberikan oleh *caregiver* kepada pasien. Bantuan dari tenaga kesehatan, layanan kesehatan mental, dan edukasi perawatan meningkatkan pemahaman *caregiver*. Kondisi tersebut membantu *caregiver* dalam mengambil keputusan yang tepat selama merawat pasien sehingga *caregiver burden* dapat berkurang dan kualitas perawatan menjadi lebih optimal.

h. Stigma

Stigma masyarakat terhadap orang dengan gangguan jiwa (skizofrenia) dan keluarganya menimbulkan tekanan psikologis, sosial, dan emosional yang berat pada keluarga *caregiver* (Rakhshanda *et al.*, 2025). Pandangan negatif, diskriminatif, dan perilaku pengucilan dari keluarga menyebabkan pasien dan keluarganya mengalami isolasi sosial, rasa malu, dan ketakutan dihakimi, sehingga keluarga sering merasa kurang didukung dalam menjalankan peran perawatannya (Kholifah & Wardani, 2025). Keluarga yang memiliki anggota dengan gangguan jiwa menghadapi berbagai bentuk beban, termasuk tanggung jawab mengawasi kondisi mental pasien, biaya pengobatan, tekanan fisik dan mental, serta pengalaman tidak menyenangkan sebagai akibat dari kondisi anggota keluarga yang sakit. Beban ini meningkatkan stres emosional dan tekanan

ekonomi keluarga, yang pada gilirannya mempengaruhi kualitas dukungan, perhatian, dan perawatan yang dapat diberikan kepada skizofrenia, sehingga keluarga *caregiver* sering merasa berjuang sendiri dalam menghadapi tantangan perawatan sehari-hari (Yanti *et al.*, 2025).

2.2.4 Tingkat Caregiver Burden dalam Merawat skizofrenia

Caregiver keluarga memiliki tanggung jawab untuk memberikan perawatan secara menyeluruh kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, meliputi aspek fisik, psikologis, dan sosial. Proses perawatan tersebut sering kali menimbulkan beban bagi *caregiver*, baik dalam bentuk tekanan fisik maupun mental. Beban yang dialami *caregiver* keluarga yang merawat orang dengan gangguan jiwa (skizofrenia) menurut (Slametingsih *et al.*, 2024) umumnya dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tingkat, yaitu beban minimal, ringan, sedang, dan berat berikut ini.

1. Beban minimal menunjukkan bahwa keluarga masih memiliki sumber daya dan kemampuan yang cukup baik dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Pada kondisi ini, keluarga mampu menjalankan perawatan tanpa mengalami kesulitan yang berarti.
2. Beban ringan terjadi ketika *caregiver* mulai merasakan beberapa kendala dalam proses perawatan. *Caregiver* dapat mengalami kelelahan, stres, atau stigma keluarga. Namun demikian, keluarga masih mampu memberikan perawatan kepada anggota keluarga dengan gangguan jiwa secara mandiri.
3. Beban sedang muncul ketika *caregiver* menghadapi kesulitan yang lebih besar dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. *Caregiver*

dapat merasakan kelelahan yang signifikan, stres, maupun stigma keluarga, serta mengalami hambatan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari anggota keluarga yang sakit.

4. Beban berat merupakan kondisi ketika *caregiver* mengalami kesulitan yang sangat besar dalam proses perawatan. Perawatan terhadap anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat dapat menimbulkan berbagai bentuk beban. Beban emosional dapat berupa stres, stigma keluarga, perasaan tidak berdaya, serta rasa bersalah yang dialami oleh *caregiver*. Beban fisik muncul karena *caregiver* harus meluangkan waktu, tenaga, dan persiapan untuk mendampingi pasien menjalani perawatan di rumah sakit jiwa yang jumlahnya terbatas, sehingga sering kali mengganggu aktivitas dan rutinitas pekerjaan sehari-hari. Selain itu, beban ekonomi juga dapat dirasakan oleh keluarga, terutama apabila tidak menggunakan jaminan kesehatan seperti BPJS, sehingga biaya pengobatan menjadi tanggungan finansial yang cukup besar bagi keluarga.

2.2.5 Pengukuran *Caregiver Burden*

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa ZBI versi 22 item untuk mengukur beban *caregiver*. Peneliti merancang ZBI guna menilai tingkat beban yang dirasakan pengasuh dalam memberikan perawatan (Zarit dkk., 1980). Kuesioner tersebut memuat 22 butir pertanyaan yang masing-masing dinilai dengan skala 0 sampai 4, yaitu 0 = tidak pernah, 1 = jarang, 2 = kadang-kadang, 3 = cukup sering, dan 4 = hampir selalu. Pada butir terakhir, penilaian menggunakan kategori berbeda, yaitu 0 = tidak sama sekali, 1 = sedikit, 2 = sedang, 3 = berat, dan 4 = sangat berat. Peneliti menghitung skor ZBI dengan menjumlahkan seluruh jawaban

dari setiap item. Skor yang semakin tinggi menunjukkan beban *caregiver* yang semakin besar. Nilai maksimum mencapai 88 apabila seluruh item diberi skor empat, sedangkan nilai minimum adalah 0 apabila semua item bernilai nol (Maria *et al.*, 2025).

Indikator pada *Zarit Burden Interview* (ZBI) berasal dari konsep *caregiver burden* yang dikembangkan oleh Steven H. Zarit bersama K. E. Reever dan J. Bach-Peterson. Instrumen ini dirancang untuk mengukur persepsi keluarga mengenai tingkat beban yang dialami selama merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis atau gangguan mental. Indikator dalam *Zarit Burden Interview* menggambarkan berbagai dimensi beban yang dirasakan oleh *caregiver* selama proses perawatan (Zarit *et al.*, 1986). Keempat dimensi tersebut adalah:

1. Beban emosional, yang berkaitan dengan kondisi psikologis *caregiver* yang muncul akibat tanggung jawab dalam merawat pasien.
2. Beban fisik, yang berkaitan dengan kelelahan atau dampak fisik yang dirasakan *caregiver* selama melakukan aktivitas perawatan.
3. Beban sosial, yang berkaitan dengan perubahan dalam kehidupan sosial *caregiver* akibat keterlibatan dalam merawat pasien.
4. Beban finansial, yang berkaitan dengan tekanan ekonomi yang muncul selama proses perawatan pasien.

Jumlah jawaban responden kemudian dikategorikan menjadi 4 kategori menurut Slametingsih *et al* (2024) yaitu:

1. Beban minimal : 0-22
2. Beban ringan : 23-44

- 3. Beban sedang : 25-66
- 4. Beban berat : 67-88

2.3 Konsep Skrizofrenia

2.3.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan mental serius yang memengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan berperilaku. Penderita skizofrenia sering kali menunjukkan perilaku yang mencerminkan hilangnya kontak dengan realitas sehingga kondisi tersebut dapat menimbulkan tekanan bagi dirinya maupun keluarga dan teman-temannya. Gejala skizofrenia menyebabkan penderita mengalami kesulitan dalam menjalankan berbagai aktivitas sehari-hari. Berbagai metode pengobatan yang tersedia secara efektif dapat membantu penderita mempertahankan pendidikan, menjalani pekerjaan, mencapai kemandirian, serta membangun dan mempertahankan hubungan sosial yang baik dengan orang lain (NIMH, 2024).

Skizofrenia merupakan gangguan mental berat dan kronis yang ditandai oleh gangguan pada proses berpikir, persepsi, emosi, perilaku, dan fungsi sosial. Gangguan ini biasanya muncul pada masa dewasa muda dan sering diawali oleh fase prodromal sebelum terjadinya episode psikotik pertama (Mccutcheon et al., 2019).

Berdasarkan pengertian tersebut, skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang menyebabkan seseorang mengalami perubahan dalam cara berpikir, merasakan, mempersepsikan, dan berperilaku sehingga kesulitan membedakan antara kenyataan dan hal yang tidak nyata. Kondisi ini dapat ditandai dengan

munculnya halusinasi, waham, gangguan proses pikir, penurunan motivasi, serta gangguan fungsi sosial dan pekerjaan.

2.3.2 Gejala Skizofrenia

Skizofrenia memiliki tiga kelompok gejala utama, yaitu (Mccutcheon et al., 2019):

1. Gejala Positif

Gejala yang muncul sebagai tambahan dari fungsi normal, meliputi:

- a. Halusinasi (terutama halusinasi pendengaran)
- b. Waham (delusi)
- c. Pembicaraan tidak teratur
- d. Perilaku tidak terorganisasi

2. Gejala Negatif

Gejala yang menunjukkan berkurangnya fungsi normal, meliputi:

- a. Kurangnya motivasi (avolition)
- b. Menarik diri dari lingkungan sosial
- c. Berkurangnya ekspresi emosi
- d. Kemiskinan bicara

3. Gejala Kognitif

Gejala yang berkaitan dengan gangguan fungsi berpikir, meliputi:

- a. Gangguan memori kerja
- b. Gangguan fungsi eksekutif
- c. Penurunan kecepatan pemrosesan informasi

Menurut kriteria DSM-5 yang dijelaskan dalam jurnal tersebut, diagnosis skizofrenia ditegakkan apabila terdapat minimal dua gejala utama selama satu

bulan, dengan gangguan fungsi sosial atau pekerjaan yang berlangsung sedikitnya enam bulan (Mccutcheon et al., 2019).

2.3.3 Faktor Penyebab Skizofrenia

Mccutcheon et al (2023) menjelaskan etiologi skizofrenia sebagai multifaktorial, yaitu melibatkan interaksi antara faktor genetik, lingkungan, dan perubahan neurobiologis yang memengaruhi perkembangan serta fungsi otak.

1. Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan salah satu penyebab utama skizofrenia. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa individu yang memiliki riwayat keluarga dengan skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan tersebut. Faktor genetik tidak bekerja melalui satu gen tunggal, melainkan melalui kombinasi banyak gen yang memengaruhi perkembangan dan fungsi sistem saraf pusat. Gen-gen tersebut berperan dalam pembentukan sinaps, transmisi neurotransmitter, plastisitas saraf, dan perkembangan kognitif.

2. Faktor Lingkungan

Berbagai faktor lingkungan diketahui berkontribusi terhadap peningkatan risiko skizofrenia, terutama apabila terjadi pada periode perkembangan otak yang kritis. Faktor-faktor tersebut meliputi:

- a. Komplikasi selama kehamilan dan persalinan.
- b. Paparan infeksi pada masa prenatal.
- c. Malnutrisi selama masa kehamilan.
- d. Trauma atau stres pada masa kanak-kanak.
- e. Penggunaan zat psikoaktif, terutama ganja (cannabis).

- f. Paparan stres psikososial yang berkepanjangan.

Faktor lingkungan tersebut dapat berinteraksi dengan kerentanan genetik sehingga meningkatkan kemungkinan munculnya gejala skizofrenia.

3. Gangguan Neurotransmitter

Beberapa sistem neurotransmitter yang berperan dalam patogenesis skizofrenia, yaitu:

a. Disfungsi Dopamin

Gangguan regulasi dopamin, khususnya peningkatan aktivitas dopamin di jalur tertentu otak, berhubungan dengan munculnya gejala psikotik seperti halusinasi dan waham.

b. Gangguan Sistem Kolinergik

Perubahan fungsi neurotransmitter asetilkolin dapat memengaruhi perhatian, memori, dan proses belajar sehingga berkontribusi terhadap gangguan kognitif pada skizofrenia.

c. Ketidakseimbangan Glutamat dan GABA

Ketidakseimbangan antara aktivitas neuron eksitatorik (glutamat) dan inhibitorik (GABA) menyebabkan gangguan komunikasi antarsel saraf. Kondisi ini dapat menimbulkan defisit kognitif, gangguan fungsi eksekutif, serta kesulitan dalam pemrosesan informasi.

4. Gangguan Perkembangan dan Fungsi Otak

Skizofrenia berkaitan dengan gangguan perkembangan saraf (*neurodevelopmental disorder*). Perubahan struktur dan fungsi otak dapat terjadi sejak tahap awal kehidupan dan berlanjut hingga masa remaja serta

dewasa muda. Gangguan tersebut memengaruhi jaringan saraf yang berperan dalam memori, perhatian, pengambilan keputusan, dan fungsi sosial.

2.3.4 Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan skizofrenia bertujuan untuk membantu individu mengendalikan gejala, meningkatkan kemampuan fungsi sehari-hari, serta mencapai tujuan hidup seperti menyelesaikan pendidikan, bekerja, dan membangun hubungan sosial yang baik. Penatalaksanaan skizofrenia meliputi terapi farmakologis dan terapi psikososial menurut (NIMH, 2024):

4. Terapi Farmakologis (Antipsikotik)

Terapi utama pada skizofrenia adalah pemberian obat antipsikotik. Obat antipsikotik berfungsi mengurangi intensitas dan frekuensi gejala psikotik, seperti halusinasi dan waham. Antipsikotik dapat diberikan dalam bentuk tablet atau cairan yang dikonsumsi setiap hari, maupun dalam bentuk suntikan kerja panjang (*long-acting injection*) yang diberikan satu hingga dua kali setiap bulan.

Apabila gejala tidak membaik dengan penggunaan antipsikotik standar, pasien dapat diberikan Clozapine. Penggunaan clozapine memerlukan pemantauan melalui pemeriksaan darah secara berkala karena dapat menimbulkan efek samping serius pada sebagian kecil pasien. Respons pasien terhadap obat antipsikotik dapat berbeda-beda. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu memantau efektivitas pengobatan dan efek samping yang muncul. Efek samping yang sering ditemukan antara lain peningkatan berat badan, mulut kering, rasa gelisah, dan mengantuk. Sebagian efek samping dapat

berkurang seiring waktu, sedangkan sebagian lainnya dapat menetap sehingga memerlukan penyesuaian terapi. Pasien tidak dianjurkan menghentikan penggunaan obat tanpa berkonsultasi dengan tenaga kesehatan karena penghentian mendadak dapat meningkatkan risiko kekambuhan gejala.

5. Terapi Psikososial

Terapi psikososial diberikan sebagai pendamping terapi obat untuk membantu pasien menghadapi berbagai tantangan dalam kehidupan sehari-hari. Terapi ini bertujuan membantu pasien mengelola gejala, meningkatkan kemampuan sosial, mempertahankan aktivitas pendidikan atau pekerjaan, serta membangun hubungan interpersonal yang sehat. Intervensi psikososial membantu pasien mengembangkan strategi pemecahan masalah, meningkatkan kemampuan adaptasi, dan memperkuat dukungan sosial. Pemberian terapi psikososial secara rutin terbukti dapat menurunkan risiko kekambuhan gejala dan mengurangi angka rawat inap pada pasien skizofrenia.

6. Edukasi dan Dukungan Keluarga (*Family Education and Support*)

Program edukasi keluarga bertujuan meningkatkan pemahaman keluarga dan teman dekat mengenai skizofrenia, gejala yang muncul, pilihan terapi, serta cara memberikan dukungan yang efektif kepada penderita. Program ini membantu keluarga mengurangi stres psikologis, meningkatkan kemampuan koping, dan memperkuat peran keluarga dalam proses pemulihan pasien. Dukungan keluarga yang baik dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan dan membantu mencegah kekambuhan.

7. *Coordinated Specialty Care (CSC)*

Coordinated Specialty Care (CSC) merupakan pendekatan pelayanan terpadu yang berfokus pada pemulihan pasien yang mengalami episode psikosis pertama (first-episode psychosis). Pelayanan ini dilakukan oleh tim multidisiplin yang bekerja secara kolaboratif untuk memberikan berbagai intervensi, meliputi:

- a. Psikoterapi
- b. Pengobatan antipsikotik
- c. Manajemen kasus
- d. Dukungan pendidikan
- e. Dukungan pekerjaan
- f. Edukasi dan dukungan keluarga

Tim perawatan melibatkan pasien dan keluarga dalam proses pengambilan keputusan terkait terapi. Pendekatan CSC terbukti lebih efektif dalam mengurangi gejala, meningkatkan kualitas hidup, serta meningkatkan partisipasi pasien dalam pendidikan dan pekerjaan dibandingkan pelayanan konvensional.

8. *Assertive Community Treatment (ACT)*

Assertive Community Treatment (ACT) merupakan pelayanan berbasis komunitas yang ditujukan bagi pasien skizofrenia dengan risiko tinggi mengalami rawat inap berulang atau kehilangan tempat tinggal (homelessness). Pelayanan ini diberikan oleh tim profesional kesehatan yang bekerja secara

langsung di lingkungan masyarakat untuk memastikan pasien memperoleh perawatan yang berkelanjutan. Pendekatan ACT bertujuan:

- a. Mengurangi frekuensi rawat inap.
- b. Meningkatkan kepatuhan pengobatan.
- c. Membantu pasien mempertahankan fungsi sosial.
- d. Mendukung kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari.

9. Penatalaksanaan Penyalahgunaan Narkoba dan Alkohol

Sebagian penderita skizofrenia mengalami gangguan penggunaan zat, seperti alkohol dan narkotika. Kondisi ini dapat memperburuk gejala skizofrenia dan menghambat keberhasilan pengobatan. Program terapi harus mencakup penanganan skizofrenia dan penyalahgunaan zat secara bersamaan (*integrated treatment*).

2.4 Jurnal Yang Relevan

Tabel 2. 1 Jurnal Yang Relevan

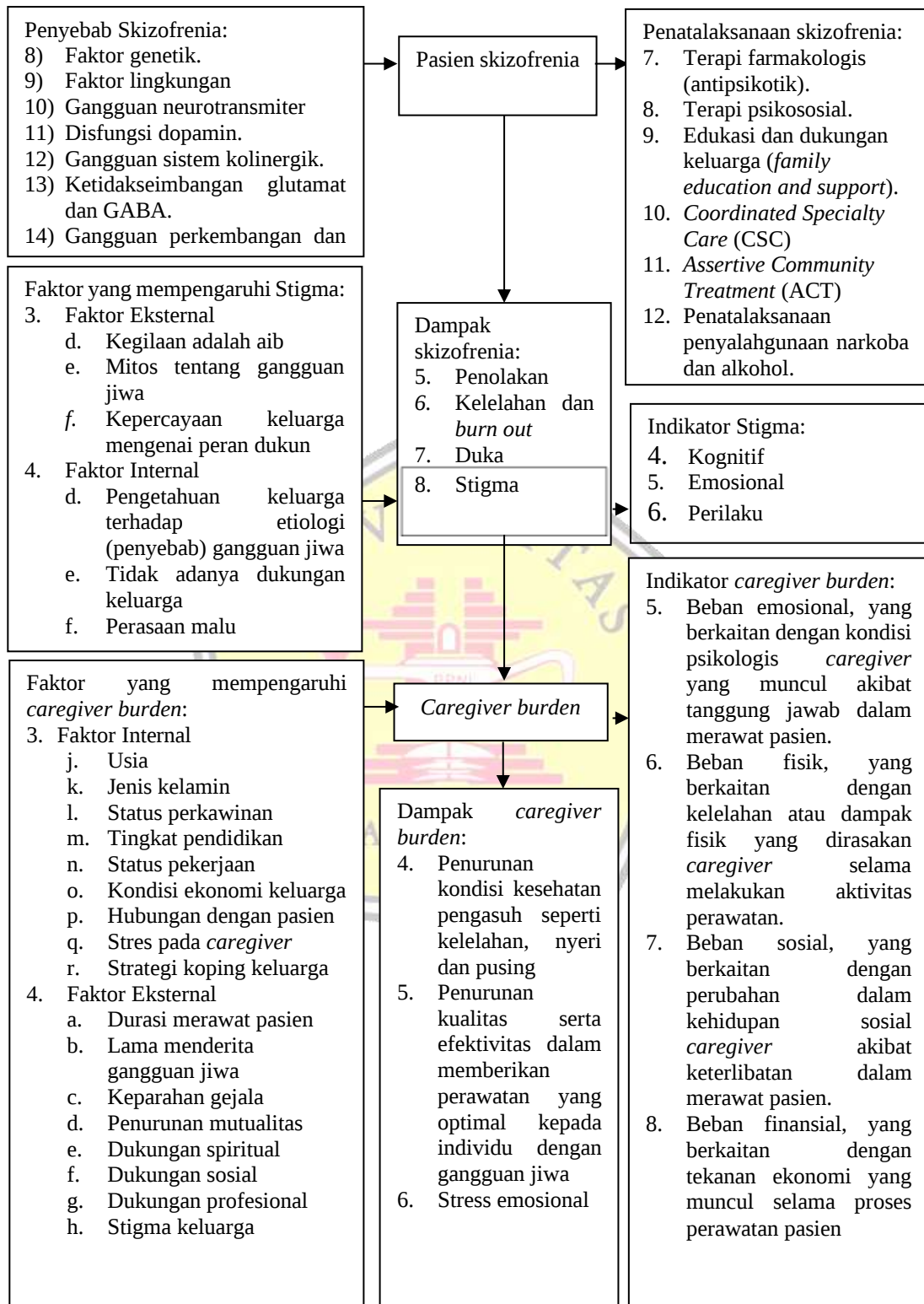
No	Judul, Penulis, Tahun	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	O (Outcome)
1	<i>Stigma and Feeling of Burden Among Caregivers of Individuals with Mental Illness</i> (Rakhshanda et al., 2025)	Menganalisis hubungan stigma dengan <i>caregiver burden</i>	D: <i>Mixed methods</i> (kuantitatif + kualitatif) S: 176 <i>caregiver</i> V: Stigma (X) yang dipengaruhi oleh <i>caregiver burden</i> (Y) I: <i>The Day's Mental Illness Stigma Scale</i> A: Analisis statistik menggunakan SPSS versi 25	Mean skor stigma = 4,8 ($\pm 1,2$), 74,4% <i>caregiver</i> merasa terbebani dengan perawatan skizofrenia, stigma mempengaruhi <i>caregiver burden</i>
2	<i>Involvement and Burden of Informal Caregivers: Mediating Role of Affiliated</i>	Menganalisis peran <i>affiliated stigma</i> sebagai mediator	D: Cross-sectional S: 428 <i>caregiver</i> informal V: Keterlibatan <i>caregiver</i> (X), <i>caregiver burden</i>	<i>Affiliated stigma</i> : mean total = 26,0 $\pm$ 21,8 (rentang 0–88) <i>Caregiver burden</i> : mean = 38,11 $\pm$ 21,06 (rentang 0–88); distribusi: 25,6%

No	Judul, Penulis, Tahun	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	O (Outcome)
	<i>Stigma</i> (Kaggwa <i>et al.</i> , 2023)		(Y), dan <i>affiliated stigma</i> (M/mediator) I: Kuesioner demografi, <i>Affiliate Stigma Scale</i> , dan instrumen <i>burden & involvement caregiver</i> A: Analisis korelasi dan regresi mediasi	rendah, 28,9% ringan–sedang, 29,9% sedang–berat, 15,6% berat Terdapat hubungan signifikan antara keterlibatan <i>caregiver</i> dan <i>burden</i> ($\beta = 0,03$; $p < 0,001$), <i>affiliated stigma</i> menjadi mediator penuh (full mediation) antara keterlibatan dan <i>burden</i> ($\beta = 15,97$; $p < 0,001$)
3	<i>Self-Stigma and Burden Among Caregivers of Persons with Schizophrenia</i> (Suharsono <i>et al.</i> , 2025)	Mengetahui hubungan self-stigma dengan <i>caregiver burden</i>	D: <i>Cross-sectional</i> (deskriptif analitik) S: 100 <i>caregiver</i> (<i>purposive sampling</i>) V: <i>Self-stigma</i> (X) dan <i>caregiver burden</i> (Y) I: <i>Self-Stigma of Family Members Scale</i> (SSFS) & <i>Zarit Burden Interview</i> (ZBI) A: Uji korelasi Spearman	X (<i>Self-stigma</i>): rendah 15%, sedang 64%, tinggi 21% Y (<i>Caregiver burden</i>): rendah 17%, sedang 58%, tinggi 25% Terdapat hubungan signifikan dengan $\rho = 0,613$ dan $p < 0,001$, menunjukkan korelasi positif kuat $\rightarrow$ semakin tinggi self-stigma maka semakin tinggi <i>caregiver burden</i>
4	Hubungan Stigma Keluarga dengan <i>Caregiver burden</i> dalam Merawat Pasien skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi (Yanti <i>et al.</i> , 2025)	Mengetahui hubungan stigma keluarga dengan <i>caregiver burden</i>	D: Kuantitatif, desain korelasi dengan pendekatan <i>cross-sectional</i> S: 60 responden V: Stigma keluarga (X) dan <i>caregiver burden</i> (Y) I: <i>Internalized Stigma Mental Illness</i> (ISMI) & <i>Zarit Burden Interview</i> (ZBI) A: Analisis univariat dan bivariat dengan uji Chi-square	Penelitian memperoleh hasil dari 60 keluarga pasien, dengan 32 keluarga (53,3%) memiliki stigma tinggi dan 30 keluarga (50,0%) mengalami beban keluarga ringan hingga sedang. Analisis uji chi-square menunjukkan nilai signifikansi $0,003 < \alpha$ 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara stigma keluarga dengan <i>caregiver burden</i> di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi.
5	<i>The Relationship Between Family Stigma</i>	Menganalisis hubungan stigma keluarga dengan beban keluarga	D: Deskriptif korelasional dengan	Sebanyak 13 responden (36,1%) mengalami stigma keluarga sedang dengan beban sedang,

No	Judul, Penulis, Tahun	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	O (Outcome)
	<i>And Family Burden In Caring For Patients With Severe Mental Disorders In The Working Area Of Malinau Seberang Community Health Center</i> (Kholifah & Wardani, 2025)		pendekatan cross-sectional S: 36 responden (<i>total sampling</i>) V: Stigma keluarga (X) dan beban keluarga (Y) I: Kuesioner stigma keluarga (18 item, skala Likert 0–2) dan <i>Zarit Burden Interview</i> (22 item, skala Likert 0–4) A: Uji Fisher's Exact Test	dan 19 responden (52,8%) mengalami stigma berat dengan beban sedang. Hasil uji Fisher's Exact menunjukkan adanya hubungan signifikan antara stigma keluarga dan beban keluarga ($p = 0,040 < 0,05$).

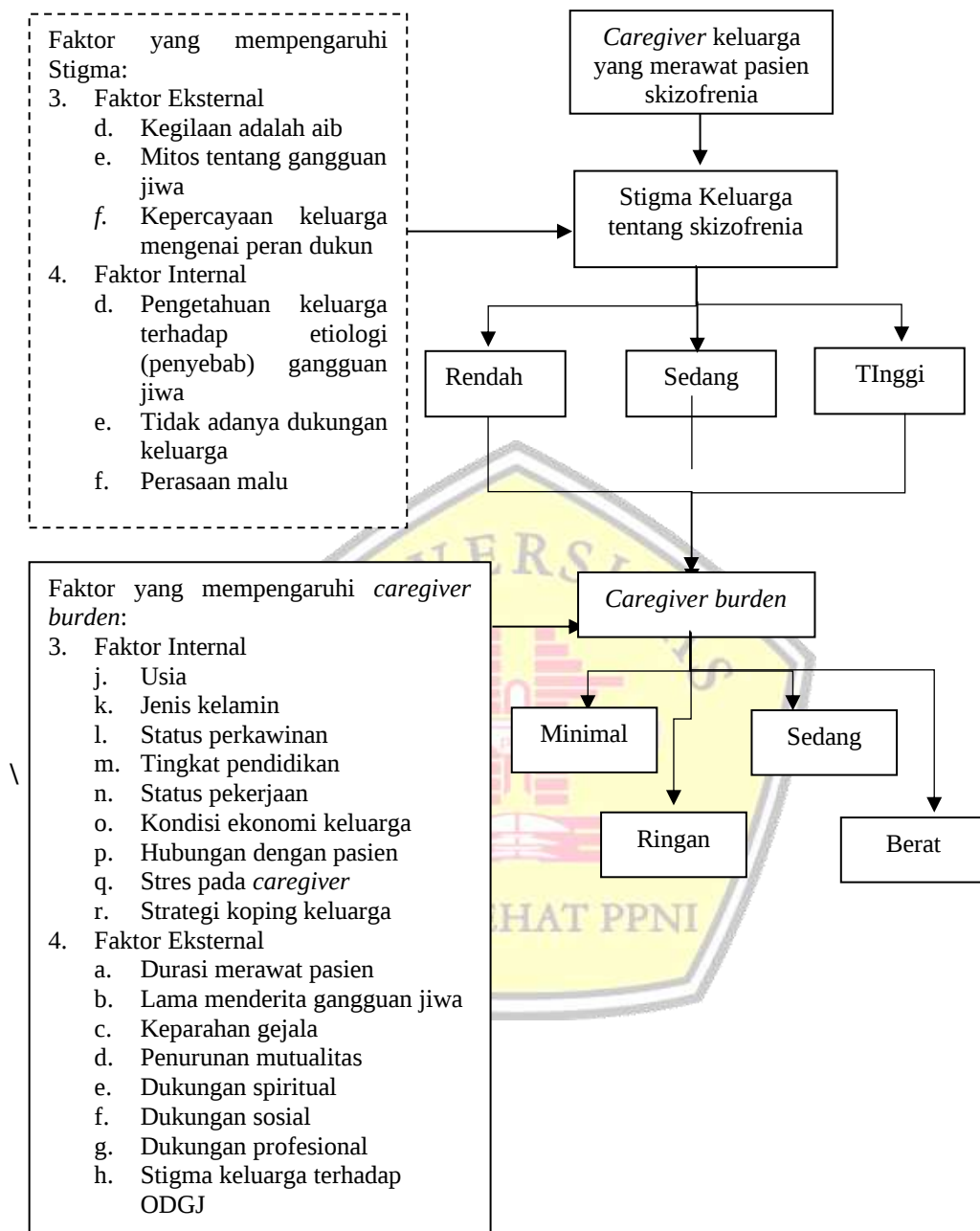


2.5 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian

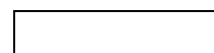
2.6 Kerangka Konseptual



Keterangan:



: Tidak Diteliti



: Diteliti

Gambar 2. 2 Kerangka Konseptual Penelitian

2.7 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian merupakan dugaan sementara yang disusun secara sistematis oleh peneliti mengenai adanya hubungan, pengaruh, atau perbedaan antarvariabel yang masih memerlukan pembuktian melalui proses pengumpulan serta analisis data (Notoatmodjo, 2021). Berdasarkan tujuan penelitian, hipotesis yang diajukan adalah sebagai berikut:

H1: ada hubungan stigma keluarga dengan *caregiver burden* dalam merawat pasien skizofrenia di Poli Jiwa RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

