

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Istilah *skizofrenia* berasal dari bahasa Yunani yaitu *schizo* (*split*/perpecahan) dan *phren* (jiwa). Menurut Sadock (2014 dalam Yudhantara & Istiqomah, 2018) istilah tersebut digunakan untuk menjelaskan terpecahnya atau terfragmentasinya pikiran individu dengan gangguan ini. Istilah *skizofrenia* tidak menunjukkan beragamnya kepribadian pada individu (*multiple personality*).

Skizofrenia (*schizophrenia*; dibaca "skit-se-fri-nia") adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa-III (PPDGJ-III), *skizofrenia* adalah suatu deskripsi sindroma dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau "*deteriorating*") yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

Menurut Nolen dan Hoekesma (2001 dalam Amelia & Anwar, 2013) *skizofrenia* merupakan gangguan yang benar-benar membingungkan atau menyimpan banyak teka-teki. Pada suatu saat, orang-orang dengan *skizofrenia* berpikir dan berkomunikasi dengan sangat jelas, memiliki pandangan yang tepat atas realita, dan

berfungsi secara baik dalam kehidupan sehari-hari. Pada saat yang lain, pemikiran dan kata-kata mereka terbalik-balik, mereka kehilangan sentuhan (*touch*) dengan realita, dan mereka tidak mampu memelihara diri mereka sendiri, bahkan dalam banyak cara yang mendasar.

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

1) Faktor Genetik

Seorang penyandang *skizofrenia* memiliki risiko sebesar 10% untuk memiliki keturunan dengan penyakit serupa. Kedua orang tua yang menderita *skizofrenia* memiliki risiko lebih besar untuk mempunyai keturunan dengan *skizofrenia*, yakni sebesar 40%. Studi genetik yang dilakukan pada kembar *monozygot* menunjukkan bahwa kejadian *skizofrenia* terjadi sebesar 40-50% jika kembarannya juga menderita *skizofrenia*. Pada kembar *dizygot*, angka ini turun menjadi 10-15%. Studi genetika menunjukkan adanya *predisposisi* genetik yang kuat pada *skizofrenia* (Cannon et al., 1998; Cardno et al., 1999; Kringlen., 2000; Yudhantara & Istiqomah, 2018)

2) Model *Diathesis-Stress*

Model *diathesis-stress* adalah teori yang menyatakan bahwa gangguan mental dan kondisi medis disebabkan oleh kombinasi antara kecenderungan bawaan dan pengalaman stres seseorang. Dikenal juga sebagai model kerentanan-stres, model ini merupakan kerangka kerja untuk memahami bagaimana

kerentanan yang ada dan stres lingkungan berinteraksi untuk memengaruhi kondisi kesehatan mental (Broerman, 2018). Model *diathesis-stress* berarti bahwa kerentanan genetik dan stres lingkungan berinteraksi dengan cara yang terkadang menyebabkan masalah kesehatan mental. Model ini menjelaskan alasan beberapa orang tidak mengalami gangguan mental meskipun mereka memiliki riwayat keluarga, juga alasan stres berkepanjangan sering kali menyebabkan kecemasan, depresi, dan gangguan lainnya. Dan meskipun kita tidak dapat benar-benar mengubah kerentanan genetik kita, ada beberapa langkah yang dapat kita ambil untuk membatasi dan mengelola stres kita. Menurut model *diathesis-stress*, melakukan hal tersebut merupakan peran besar dalam melindungi kesejahteraan mental (Cherry, 2024).

3) Faktor Perinatal

Individu yang mengalami komplikasi dalam kehamilan dan kelahiran memiliki risiko *schizophrenia* yang tinggi. Kemungkinan besar, hal ini disebabkan karena otak janin yang terpapar oleh *infeksi* saat kehamilan, atau malnutrisi ibu, termasuk defisiensi asam folat atau vitamin D. Hal-hal tersebut diduga menyebabkan gangguan perkembangan otak dan saraf pada awal kelahiran (Kahn et al., 2015). Wanita hamil yang kekurangan gizi atau memiliki penyakit yang disebabkan virus tertentu selama kehamilan memiliki risiko lebih tinggi untuk melahirkan anak

yang di kemudian hari menderita *skizofrenia*. Dalam studi kasus *skizofrenia*, hal ini disebabkan oleh kerentanan imun ibu hamil terhadap penyakit yang disebabkan virus, penyakit *infeksi* pada trimester kedua kehamilan meningkatkan risiko bayi di kemudian hari untuk menderita *skizofrenia* (Carrion et al, 2006).

4) Faktor *Psikososial*

Menurut Widodo dan Wulansih (2018; Risna & Fauzia, 2023) menyebutkan bahwa faktor *psikososial* meliputi adanya kerawanan antar *herediter* yang semakin lama semakin kuat, trauma yang bersifat kejiwaan, hubungan orang tua-anak yang patogenik, serta interaksi yang patogenik dalam keluarga.

5) Faktor Risiko Lain

Menurut Yudhantara dan Istiqomah (2018) terdapat faktor risiko lain yang dapat menjadi penyebab *skizofrenia*, yaitu:

- a) Penggunaan kanabis, dilaporkan memiliki *odds ratio* (OR) antara 2,2 – 2,8 untuk menderita *psikosis*, tergantung dari faktor risiko lain seperti riwayat keluarga, dan lain-lain (McGrath et al., 2010)
- b) Pemberian infus pada pasien dengan atau tanpa *skizofrenia* (D’Souza et al., 2005)
- c) Imigrasi, imigran memiliki risiko relatif hingga 4 kali lipat untuk menderita *skizofrenia*, hingga ke generasi kedua. Hal ini dikaitkan dengan diskriminasi sosial dan kesenjangan ekonomi (Bourque et al., 2011)

d) Peningkatan risiko *skizofrenia* juga dikaitkan dengan defisiensi vitamin D (McGrath et al., 2010)

6) Neurokimiawi

Menurut Yudhantara & Istiqomah (2018) *skizofrenia* juga dapat disebabkan oleh neurokimiawi seperti Dopamin, Glutamat, *Gamma-amino-butyric acid* (GABA), Sistem kolinergik, dan Sistem adrenergik. Selain itu menurut Yosep (2016), penelitian neurokimia konsisten menunjukkan adanya perubahan sistem *neurotransmitters* pada otak setiap orang dengan *skizofrenia*. Pada orang normal, sinyal-sinyal *persepsi* yang datang dikirim dengan sempurna tanpa gangguan, sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan pada akhirnya melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan sinyal-sinyal yang ada di otak penderita *skizofrenia* mengalami gangguan, oleh karena itu mereka tidak dapat mencapai sel sambungan yang diinginkan (Mashudi, 2021).

2.1.3 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Pasien yang di diagnosis *skizofrenia* sesuai kriteria pada pedoman diagnostik berdasarkan (PPDGJ III, 2013) harus ada sedikitnya satu gejala berikut yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):

1) Isi pikiran

a) *Thought echo* = isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda

- b) *Thought insertion or withdrawal* = isi pikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*)
- c) *Thought broadcasting* = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umumnya mengetahui

2) Delusi

- a) *Delusion of control* = waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar
- b) *Delusion of influence* = waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan dari luar
- c) *Delusion of passivity* = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang dirinya = secara jelas, merujuk ke pergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan atau penginderaan khusus)
- d) *Delusion perception* = pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik dan mukjizat

3) Halusinasi Auditorik

- a) Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien
- b) Mendiskusikan perihal pasien di antar mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara)
- c) Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh

4) Waham

Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, seperti keyakinan agama, politik tertentu, kekuatan dan kemampuan diatas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca atau berkomunikasi dengan makhluk asing atau dunia lain)

Sedangkan *first-rank symptoms* menurut Schneider dalam *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* edisi 11 tahun 2015 (Yudhantara & Istiqomah, 2018), yaitu:

1) Pikiran yang terdengar (*Audible thought*)

Halusinasi auditorik dari suara seseorang yang disampaikan dengan suara keras

2) Suara yang berdebat atau berdiskusi (*Voices arguing or discussing*)

Halusinasi auditorik dari dua atau lebih suara yang berdebat atau berdiskusi, biasanya tentang pasien yang mengalami halusinasi

3) Suara yang mengomentari perilaku pasien (*Voices commenting on patient's actions*)

Halusinasi auditorik yang mengomentari perilaku pasien

4) Pasivitas somatic (*Somatic passivity*)

Halusinasi taktil/ visceral yang dipaksakan oleh penyebab diluar diri pasien, merupakan kombinasi beberapa halusinasi somatik

5) Penarikan pikiran (*Thought withdrawal*)

Sensasi pikiran yang diambil atau dipindahkan dari benak pasien

6) Sisip pikir (*Thought insertion*)

Pikiran dimasukkan dalam benak seseorang oleh agen di luar dirinya

7) Siar pikir (*Thought broadcasting*)

Individu merasa pikirannya dapat didengar oleh orang lain, dapat dirasakan seperti telepati

8) Perasaan yang dibuat (*Made feeling*)

Perasaan yang dirasakan individu yang dipaksakan oleh agen diluar dirinya

9) Impuls atau dorongan yang dibuat (*Made impuls or drives*)

Impuls atau dorongan yang dirasakan individu yang dipaksakan oleh agen di luar dirinya

10) Perilaku sehari-hari yang dibuat (*Made volitional*)

Perilaku individu yang berasal dan dikontrol dari luar dirinya, individu pasif dalam perilaku tersebut

11) *Persepsi* waham (*Delusional perception*)

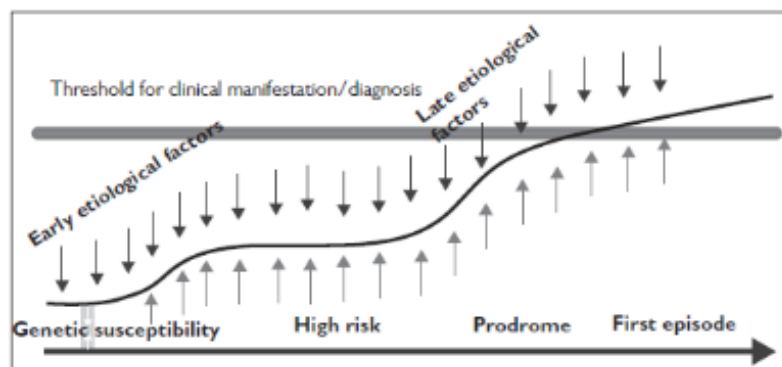
Persepsi yang unik dan bermakna *idiosinkratik*, menyebabkan munculnya waham

2.1.4 Patofisiologi Skizofrenia

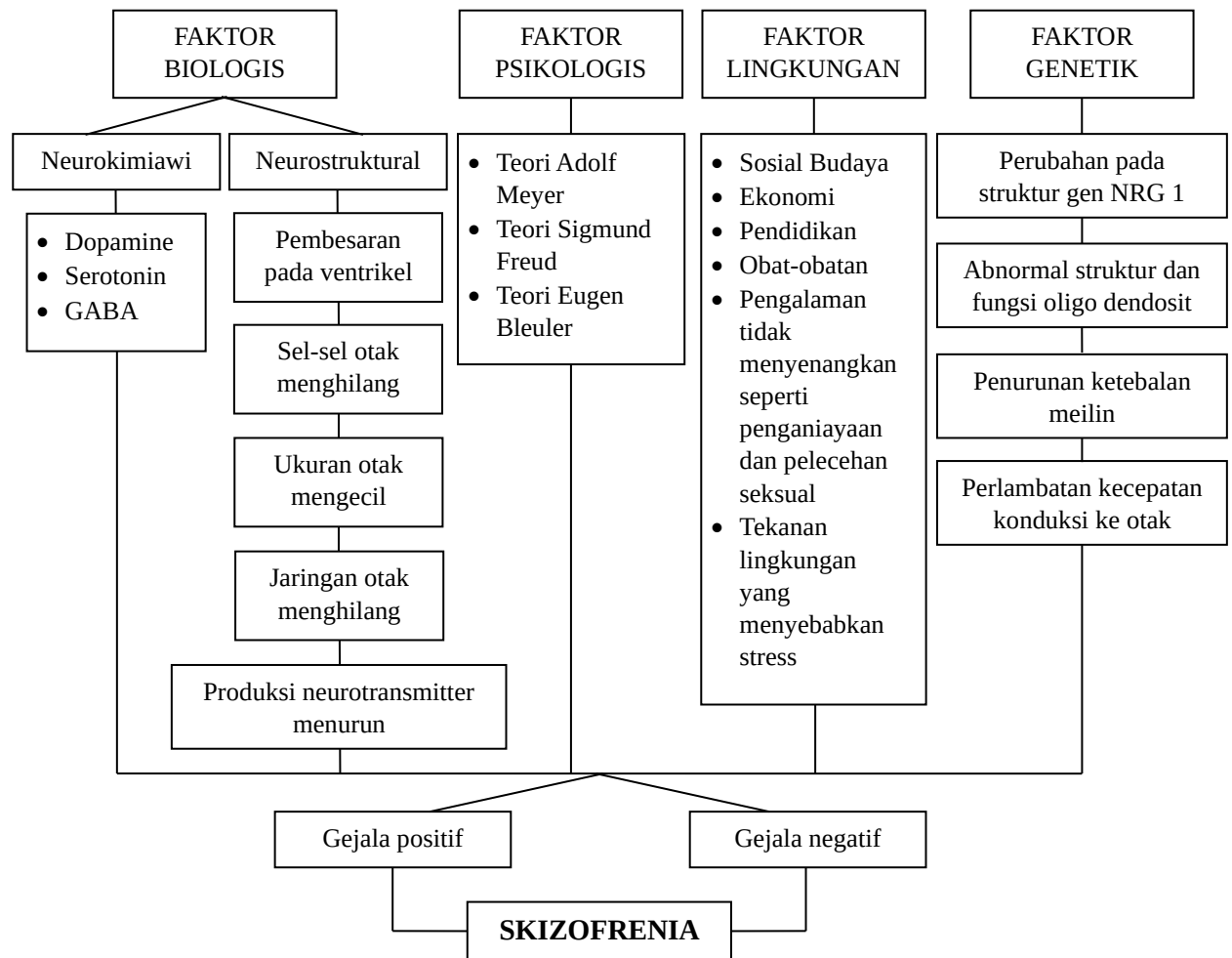
Perjalanan penyakit *skizofrenia* dibagi beberapa fase. Fase prodromal bermula saat remaja dimana terjadi perubahan *persepsi* dan keyakinan (*belief*), fungsi kognitif, mood, afek, serta kebiasaan yang mungkin tidak tampak nyata. Fase ini berakibat penurunan level fungsional secara sosial. fase ini terjadi sekitar bulanan hingga

tahunan sebelum gejala *psikosis* yang jelas dimana gejala negatif bersifat lebih dominan. Pada fase *psikosis* atau akut terjadi waham, halusinasi, perilaku dan pembicaraan yang disorganisasi. Fase transisional atau *postpsikosis* merupakan sebuah fase yang memungkinkan untuk terjadinya kekambuhan yang dipengaruhi oleh *stressor psikososial* ataupun ketidakpatuhan minum obat pada fase ini terjadi residual dari gejala yang berupa penurunan gejala *psikosis* dan mendominasinya gejala negatif dan kognitif. Pada fase penyembuhan terjadi bebas gejala dan dapat melakukan aktivitas sosial (Prasad, 2017; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

2.1.5 Gambaran Klinis Skizofrenia



Gambar 2.1. Perkembangan gejala *skizofrenia* sejak awal masa perkembangan (Prasad, 2017)



Gambar 2.2. Pathway *Skizofrenia* (Yosep.,dalam Purniawan, 2018).

2.1.6 Macam-macam *Skizofrenia*

Pada PPDGJ-III terdapat beberapa sub tipe *skizofrenia*, yaitu:

1) *Skizofrenia* paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai adanya satu atau lebih waham dengan halusinasi auditorik yang sering muncul. Pada konteks lain, paranoid yaitu disamakan juga dengan *persekutodik*. Meskipun pada kenyataannya, yang dialami tidak harus selalu *persekutodik*. Konten dari halusinasi auditorik sering berhubungan dengan waham (Lewis et al, 2009; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

2) *Skizofrenia* hebefrenik

Diperkenalkan pertama kali oleh Ewald Hecker, *skizofrenia* hebefrenik disebut dengan *skizofrenia disorganized*. *Skizofrenia* hebefrenik adalah suatu bentuk *skizofrenia* dengan perubahan afektif yang tampak jelas, dan secara umum juga dijumpai waham dan halusinasi yang bersifat mengambang serta terputus-putus. Suasana perasaan seringkali dangkal dan *inappropriate*, seringkali disertai cekikikan (*giggling*) atau perasaan puas diri (*self-satisfied*), senyum sendiri (*self-absorbed smiling*), atau oleh sikap yang angkuh/agung (*lofty manner*); tertawa menyeringai (*grimaces*), mannerismus, mengibuli secara bersenda gurau (*pranks*), keluhan yang hipokondrik, dan ungkapan kata yang diulang-ulang (*reiterated phrases*) (WHO 1990; Depkes RI, 1993; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

3) *Skizofrenia* katakonik

Gejala dengan gambaran motorik dan perilaku yang jelas pertama kali diperkenalkan oleh Karl Ludwig Kahlbaum dengan istilah katatonia. Sejak kriteria diagnosis *skizofrenia* yang dijelaskan oleh Kraepelin atau Bleuler, gejala katatonik merupakan bagian dari *skizofrenia*. Hal ini masih terjadi hingga saat ini (Lewis et al., 2009; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

4) *Skizofrenia* tak terinci

Dipakai untuk mengkategorikan pasien yang masuk dalam kriteria *skizofrenia* namun tidak dapat diklasifikasikan pada

subtipe paranoid, hebefrenik, maupun katatonik. Atau, pasien memperlihatkan gejala lebih dari satu subtipe tanpa gambaran predominasi yang jelas untuk suatu kelompok diagnosis yang khas. Pasien didiagnosis dengan mengeksklusi subtipe yang lain. Jika pasien dengan *skizofrenia* didiagnosis dengan hati-hati, akan banyak pasien yang memenuhi kriteria subtipe ini (Lewis et al., 2009; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

5) *Skizofrenia* residual

Diagnosis ini dipakai untuk pasien yang memiliki setidaknya satu episode *psikosis* sebelumnya dan memenuhi kriteria *skizofrenia*, namun sudah tidak memiliki gejala *psikosis*. Pasien masih mengalami gangguan dengan gambaran gejala-gejala negatif, gejala residual, atau keduanya. Kondisi dapat kronis atau merupakan transisi menuju *remisi* sempurna (Lewis et al., 2009; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

6) *Skizofrenia* simpleks

Gambaran klasik dari tipe *skizofrenia* ini adalah penurunan fungsi atau penarikan diri secara sosial dan okupasi atau hal-hal yang berhubungan dengan pekerjaan. Gejala *psikosis* yang berat, atau halusinasi yang parah, waham yang menetap, biasanya tidak didapatkan pada pasien (Serra-Mestres, et al., 2000; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

7) Depresi pasca *skizofrenia*

Suatu episode *depresif* yang mungkin berlangsung lama dan timbul sesudah suatu serangan *skizofrenia*. Beberapa gejala *skizofrenia* harus tetap ada tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya. Gejala-gejala yang menetap ini dapat merupakan gejala positif ataupun negatif, meskipun gejala negatif lebih sering ditemui. Seringkali sulit untuk memutuskan gejala-gejala pasien yang mana yang disebabkan oleh depresi dan mana yang disebabkan oleh medikasi *neuroleptika* atau karena gangguan dorongan kehendak dan mendatarnya afek dari *skizofrenia* itu sendiri. Gangguan depresi ini disertai oleh suatu peningkatan risiko bunuh diri (WHO, 1990; Depkes RI, 1993; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

2.1.7 Penatalaksanaan Skizofrenia

1) Terapi Somatik (Medikamentosa)

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati *Skizofrenia* disebut *antipsikotik*. *Antipsikotik* bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada *Skizofrenia*. Pasien mungkin dapat mencoba beberapa jenis *antipsikotik* sebelum mendapatkan obat atau kombinasi obat *antipsikotik* yang benar-benar cocok bagi pasien. *Antipsikotik* pertama diperkenalkan 50 tahun yang lalu dan merupakan terapi obat-obatan pertama yang efektif untuk mengobati *Skizofrenia*. Terdapat 3 kategori obat *antipsikotik* yang dikenal saat ini, yaitu

antipsikotik konvensional, *newer atypical antipsychotics*, dan Clozaril (Clozapine) (Irwan et al., 2008).

Adapun beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam terapi somatik ini, diantaranya:

- a) Pemilihan obat untuk episode (serangan) pertama
- b) Pemilihan obat untuk keadaan relaps (kambuh)
- c) Pengobatan selama fase penyembuhan
- d) Efek samping obat-obat *antipsikotik*

2) Terapi Psikososial

a) Terapi perilaku

Teknik perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis, dan komunikasi *interpersonal*. Perilaku *adaptif* adalah didorong dengan pujian atau hadiah yang dapat ditebus untuk hal-hal yang diharapkan, seperti hak istimewa dan pas jalan di rumah sakit. Dengan demikian, frekuensi perilaku *maladaptif* atau menyimpang seperti berbicara lantang, berbicara sendirian di masyarakat, dan postur tubuh aneh dapat diturunkan (Irwan et al., 2008).

b) Terapi berorientasi-keluarga

Terapi ini sangat berguna karena pasien *skizofrenia* seringkali dipulangkan dalam keadaan *remisi* parsial, keluarga dimana pasien *skizofrenia* kembali seringkali mendapatkan manfaat

dari terapi keluarga yang singkat namun *intensif* (setiap hari). Setelah periode pemulangan segera, topik penting yang dibahas di dalam terapi keluarga adalah proses pemulihan, khususnya lama dan kecepatannya. Seringkali, anggota keluarga, di dalam cara yang jelas mendorong sanak saudaranya yang terkena *skizofrenia* untuk melakukan aktivitas teratur terlalu cepat. Rencana yang terlalu *optimistik* tersebut berasal dari ketidaktahuan tentang sifat *skizofrenia* dan dari penyangkalan tentang keparahan penyakitnya.

Ahli terapi harus membantu keluarga dan pasien mengerti *skizofrenia* tanpa menjadi terlalu mengecilkan hati. Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa terapi keluarga adalah efektif dalam menurunkan relaps. Di dalam penelitian terkontrol, penurunan angka relaps adalah dramatik. Angka relaps tahunan tanpa terapi keluarga sebesar 25-50 % dan 5 - 10 % dengan terapi keluarga (Irwan et al., 2008).

c) Terapi kelompok

Terapi kelompok bagi *skizofrenia* biasanya memusatkan pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata. Kelompok mungkin terorientasi secara perilaku, terorientasi secara *psikodinamika* atau *tilikan*, atau *suportif*. Terapi kelompok efektif dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan tes realitas bagi pasien *skizofrenia*. Kelompok yang memimpin dengan

cara *suportif*, bukannya dalam cara *interpretatif*, tampaknya paling membantu bagi pasien *skizofrenia* (Irwan et al., 2008).

d) Psikoterapi individual

Penelitian yang paling baik tentang efek *psikoterapi* individual dalam pengobatan *skizofrenia* telah memberikan data bahwa terapi alah membantu dan menambah efek terapi farmakologi. Suatu konsep penting di dalam *psikoterapi* bagi pasien *skizofrenia* adalah perkembangan suatu hubungan terapeutik yang dialami pasien sebagai aman. Pengalaman tersebut dipengaruhi oleh dapat dipercayanya ahli terapi, jarak emosional antara ahli terapi dan pasien, dan keikhlasan ahli terapi seperti yang diinterpretasikan oleh pasien.

Hubungan antara dokter dan pasien adalah berbeda dari yang ditemukan di dalam pengobatan pasien non-psikotik. Menegakkan hubungan seringkali sulit dilakukan; pasien *skizofrenia* seringkali kesepian dan menolak terhadap keakraban dan kepercayaan dan kemungkinan sikap curiga, cemas, bermusuhan, atau teregresi jika seseorang mendekati. Pengamatan yang cermat dari jauh dan rahasia, perintah sederhana, kesabaran, ketulusan hati, dan kepekaan terhadap kaidah sosial adalah lebih disukai daripada informalitas yang prematur dan penggunaan nama pertama yang merendahkan diri. Kehangatan atau profesi persahabatan yang berlebihan

adalah tidak tepat dan kemungkinan dirasakan sebagai usaha untuk suapan, manipulasi, atau eksploitasi (Irwan et al., 2008).

3) Perawatan di Rumah Sakit (*Hospitalization*)

Indikasi utama perawatan rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostik, menstabilkan medikasi, keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh, perilaku yang sangat kacau termasuk ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar.

Tujuan utama perawatan di rumah sakit yang harus ditegakkan adalah ikatan efektif antara pasien dan sistem pendukung masyarakat. *Rehabilitasi* dan penyesuaian yang dilakukan pada perawatan rumah sakit harus direncanakan. Dokter harus juga mengajarkan pasien dan pengasuh serta keluarga pasien tentang *skizofrenia*.

Perawatan di rumah sakit menurunkan stres pada pasien dan membantu mereka menyusun aktivitas harian mereka. Lamanya perawatan rumah sakit tergantung dari keparahan penyakit pasien dan tersedianya fasilitas pengobatan rawat jalan. Rencana pengobatan di rumah sakit harus memiliki *orientasi* praktis ke arah masalah kehidupan, perawatan diri, kualitas hidup, pekerjaan, dan hubungan sosial. Perawatan di rumah sakit harus diarahkan untuk mengikat pasien dengan fasilitas perawatan termasuk keluarga pasien. Pusat perawatan dan kunjungan keluarga pasien kadang membantu pasien dalam memperbaiki kualitas hidup (Irwan et al., 2008).

2.2 Konsep Stigma

2.2.1 Definisi Stigma

Goffman (1963 dalam Dayanti & Legowo, 2021) memberikan pengertian bahwa stigma adalah atribut yang merusak *citra* diri seseorang dan membawa pengaruh besar pada kepribadian seseorang dan akhirnya membuatnya tidak bisa berperilaku seperti biasanya.

Stigma adalah label negatif yang melekat atau diberikan kepada seseorang berdasarkan beberapa karakteristik yang dimilikinya. Dalam hal ini, seorang individu dengan gangguan jiwa di stigmatisasi oleh orang lain atas penyakit mereka atau gejala penyakit mereka (Rössler, 2016; Kurniati et al., 2023).

Stigma merupakan atribut yang menggambarkan *stereotip* dari sudut pandang budaya, penggolongan, sejarah dan ekonomi serta dimensi visibilitas dan kontrobilitas (Clair, 2018; Banks, 2019; Benya Adriani et al., 2022). Stigma dianggap sebagai moderator dari aspek yang merugikan yang terbentuk sebagai stigma diri atau stigma sosial dari masyarakat. Tiga *komponen* dalam stigma meliputi *stereotip*, prasangka, dan diskriminasi (Benya et al., 2022).

2.2.2 Stigma Diri

Stigma diri dalam konteks kesehatan jiwa adalah suatu proses seseorang dengan gangguan jiwa berat kehilangan harapan untuk menunjukkan identitas dirinya yang ada sebelumnya kemudian menyetujui penilaian negatif terhadap dirinya (Eizenberg et al., 2013; Zaman & Miniharianti, 2022).

Stigma diri adalah stigma yang diinternalisasi oleh individu dengan penyakit mental yang mengakibatkan hilangnya harga diri dan *efikasi* diri, mempengaruhi kepatuhan mereka terhadap pengobatan dan dengan demikian membatasi *prospek* untuk pemulihan (Rössler, 2016; Kurniati et al., 2023).

Stigma diri tinggi dapat tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup yang rendah karena sudut pandang stigma dan kualitas hidup yang berbeda dipengaruhi oleh faktor *psikologis* dan faktor sosial atau lingkungan (Vidoric et al, 2015; Benya et al., 2022). Hasil penelitian menunjukkan bahwa stigma diri merupakan penentu untuk kualitas hidup, keluhan somatis, dan depresi bagi orang-orang dengan gangguan jiwa (Marta Suri & Daryanto, 2019; (Benya et al., 2022). Hasil penelitian (Huarcaya-Victoria et al., 2020) juga menemukan bahwa stigma diri memprediksi keparahan gejala depresi. Keputusan, ketidakberdayaan, dan gejala depresi terkait telah dihubungkan dengan stigma diri dan, dengan demikian, dapat menyebabkan hasil pengobatan yang tidak menguntungkan juga (Yunere & Yaslina, 2020).

2.2.3 Proses Terjadinya Stigma

Menurut Scheid, TL., & Brown, T.N (2010) ada beberapa proses dalam terjadinya stigma:

1) *Interpretasi*

Pelanggaran yang dilakukan seseorang tidak semuanya mendapat stigma dari masyarakat, hanya pelanggaran norma yang

diinterpretasikan oleh masyarakat sebagai pelanggaran yang dapat menimbulkan stigma.

2) Pendefinisian

Tahap ini merupakan tahap apakah seseorang telah melakukan pelanggaran.

3) Diskriminasi

Tahap ini adalah dimana seseorang mulai menerima perlakuan dibedakan dari kelompok masyarakat, seperti halnya tidak diikuti sertakan dalam suatu kegiatan.

2.2.4 Mekanisme Stigma

Berdasarkan Fox, A.B. et al. (2018) mekanisme stigma berhubungan dengan sudut pandang yang memberi stigma dan berhubungan dengan mereka yang di stigmatisasi. Efek dari stigmatisasi dapat membuat orang lain untuk merubah *persepsi* mereka terhadap individu yang dikenai stigma, dan biasanya menyebabkan orang yang terkena stigma merasa sebagai orang yang menyimpang dan berusaha merubah *persepsi* tentang dirinya.

Beberapa mekanisme stigmatisasi menurut Major & Obrien dalam (Asti, Sarifudin, & Agustin, 2016) yaitu:

1) *Labelling*

Suatu pelabelan berdasarkan perbedaan yang dimiliki seseorang. Sebagian besar perbedaan tersebut dianggap selaras dan kadang bersifat menonjol kehidupan sosial. Pelabelan pada seseorang atau suatu kelompok dapat menurunkan rasa percaya diri.

2) *Stereotype*

Suatu kerangka pemikiran serta keyakinan orang tentang suatu karakteristik yang merupakan suatu keyakinan atribut yang dimiliki suatu kelompok atau kategori sosial. Stigma ini dengan melihat seseorang dari luar (penampilan ataupun latar belakang).

3) *Separation*

Stigma ini berupa perbedaan "Kita" dan "Mereka". "Kita" sebagai pemberi stigma dan "Mereka" sebagai penerima stigma.

4) *Discrimination*

Suatu perilaku mengarah kepada merendahkan seseorang karena keanggotaannya dalam suatu kelompok. Diskriminasi menjadi suatu kebiasaan perilaku negatif.

Bentuk mekanisme stigma yang dievaluasi berasal dari sudut pandang seseorang yang menerima stigma yaitu, *experienced* stigma (pengalaman mendapat stigma), *anted* stigma (stigma yang diantisipasi dari ketakutan stigma diberikan oleh orang lain) dan *internalized* stigma (stigma yang diinternalisasi).

2.2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Stigma

Faktor-faktor yang mempengaruhi stigma dalam (Nawa Indriani et al., 2022) sebagai berikut :

1. Pengetahuan

Stigma terbentuk karena ketidaktahuan, kurangnya pengetahuan dan ketidakpahaman tentang penularan suatu penyakit (Liamputtong, 2013).

2. Tingkat pendidikan

Jika tingkat pendidikan tinggi maka tingkat pengetahuan juga tinggi. Hal ini sesuai penelitian Walusimbi dan Okonsky (Erkki & Hedlund, 2013) dimana menyatakan bahwa seseorang yang memiliki pengetahuan tinggi akan memiliki rasa ketakutan terhadap penularan penyakit yang rendah dan sikap positif yang lebih baik.

3. Umur

Semakin bertumbuhnya umur seseorang semakin berubah sikap dan perilaku seseorang sehingga pemikiran seseorang bisa berubah (Paryati et.al, 2012).

4. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kerja seseorang, Perempuan juga cenderung memiliki stigma yang tinggi dimana bersikap menyalahkan dibanding laki-laki (Andrewin dalam Salmon et.al, 2014)

5. Sikap

Sikap kepada penderita baik dari tetangga, keluarga, maupun tokoh masyarakat dapat mempengaruhi stigma dan diskriminasi (Utami et.al, 2020).

6. Komunikasi

Salah satu bentuk sosial dari manusia adalah berinteraksi dengan orang lain. Interaksi yang dilakukan seperti berkomunikasi. Komunikasi merupakan penyampaian informasi yang dilakukan

antar manusia. Stigma dan diskriminasi terjadi karena ada anggapan bahwa itu adalah aib sehingga tokoh masyarakat berperan penting untuk meningkatkan komunikasi yang baik diantara masyarakat sebab mereka dianggap sebagai panutan (Utami et.al, 2020).

2.2.6 Aspek Stigma

Berdasarkan dari instrument *Internalized Stigma Of Mental Illness Inventory* (ISMI) terdapat lima aspek dalam (Newa Indriani et al., 2022) yang meliputinya diantaranya yaitu:

1. Pengasingan (*Alienation*)

Aspek dimana seseorang mengalami keterasingan “Memiliki penyakit mental telah merusak hidup saya”. Dalam makna lain keterasingan adalah salah satu bentuk gangguan mental dimana seseorang mengalami kehilangan kendali atas dirinya sehingga dapat menimbulkan efek destrukatif terhadap dirinya menurut jurnal Keterasingan Manusia Menurut (Marandika,2018).

2. *Stereotype*

Dukungan tentang *persepsi* seseorang terhadap penyakit mental. *Persepsi* terhadap orang dengan gangguan mental ini tidak hanya tertuju untuk individu yang menderita saja tetapi keluarga juga sering mengalami adanya *persepsi* yang salah karena memiliki keluarga dengan gangguan mental sehingga seringkali mengalami pengucilan dari masyarakat

3. Pengalaman diskriminasi (*Perceived Discrimination*)

Dikatakan sebagai pengalaman seseorang yang pernah mengalami suatu bentuk diskriminasi. Ketika seorang individu mengalami diskriminasi dari lingkungannya, peran keluarga sangat penting untuk selalu memberikan dukungan karena dapat membantu individu tetap melakukan sosialisasinya (Safrina, 2016).

4. Resistensi stigma (*Stigma Resistance*)

Salah satu bentuk sikap positif dari diri seseorang walaupun dia mendapatkan stigma “saya dapat memenuhi kehidupan walaupun memiliki penyakit menular”. Salah satu sikap positif untuk mengurangi atau menghadapi stigma yang diterima dapat melalui resiliensi yang dibutuhkan individu untuk merespon masalahnya secara positif, sehingga dapat bertahan dari situasi sulit.

2.2.7 Tipe-tipe Stigma

Goffman dalam (Dayanti & Legowo, 2021) membagi stigma menjadi tiga tipe, meliputi:

1. *Abominations of the body* (ketimpangan fisik). Stigma ini terbentuk karena adanya kecacatan pada tubuh yang dimiliki oleh seseorang yang akhirnya dianggap sebagai sebuah perbedaan dengan masyarakat pada umumnya.
2. *Blemishes of Individual Character*. Stigma ini cenderung diberikan kepada orang-orang yang melakukan kejahatan, biasanya dilihat dari sudahnya seseorang masuk kedalam penjara, meminum alkohol, atau orang yang kesehatannya mental buruk.

3. *Tribal stigma*. Stigma ini diberikan kepada ke dalam kelompok yang mana seseorang di dalamnya memiliki afiliasi.

Van Brakel dalam Fiorillo, Volpe, dan Bhugra (2016) mengungkapkan ada 5 tipe stigma sebagai berikut :

1. *Public stigma*

Dimana sebuah reaksi masyarakat umum yang memiliki keluarga atau teman yang sakit fisik ataupun mental.

2. *Structural stigma*

Dimana sebuah institusi, hukum, atau perusahaan yang menolak orang berpenyakit

3. *Self-stigma*

Dimana menurunnya harga dan kepercayaan diri seseorang yang memiliki penyakit

4. *Felt or perceived stigma*

Dimana orang dapat merasakan bahwa ada stigma terhadap dirinya dan takut berada di lingkungan komunitas.

5. *Experienced stigma*

Dimana seseorang pernah mengalami diskriminasi dari orang lain.

6. *Label avoidance*

Dimana seseorang tidak berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan untuk menghindari status dirinya sebagai orang yang memiliki penyakit. Salah satu contoh adalah pasien menyembunyikan obatnya.

2.2.8 Konsep Kuesioner ISMI (Internalized Stigma Of Mental Illness)

2.2.8.1 Pengertian ISMI

Kuesioner Internalized stigma of mental illness (ISMI) merupakan kuesioner berisi 29 item yang mengukur stigma diri di antara orang-orang dengan gangguan kejiwaan. Selain digunakan untuk mengukur stigma, kuesioner ini bisa digunakan untuk mengukur mental illness, HIV/AIDS/ *disability* serta *generic* (M. A. Putri et al., 2016).

2.2.8.2 Subskala Kuesioner ISMI

Dari penelitian Boyd et al. (2014) kuesioner yang digunakan untuk penelitian tentang stigma diri mencakup 55 item yang berkaitan dengan stigma yang terinternalisasi, yang disaring menghasilkan 29 item ISMI. Item-item dikelompokkan secara tematik secara apriori ke dalam lima subskala: Pengasingan ada 6 item, Dukungan stereotip ada 7 item, Pengalaman diskriminasi ada 5 item, Penarikan diri dari sosial ada 6 item, dan Resistensi terhadap stigma ada 5 item.

Table 2.1 *Aspek Dalam Kuesioner ISMI*

Aspek	No Item	Jumlah
Pengasingan	1,2,3,5,6	5
Dukungan stereotip	7,9,13,14,15,16,17,29	7
Pengalaman diskriminasi	19,20,21,22,23	5
Penarikan diri dari social	4,8,10,11,12,18	6
Resistensi terhadap stigma	24,25,26,27,	5
Total		29

2.2.8.3 Penilaian kuesioner ISMI

Stigma diri responden dinilai dengan memilih salah satu dari 4 skala likert, yaitu skor 1 = sangat tidak setuju, skor 2 = tidak setuju, skor 3 = setuju, skor 4 = sangat setuju dengan pertanyaan tersebut.

Hasil kuesioner ISMI dengan menjumlahkan skor item. Total skor tertinggi menunjukkan semakin tinggi stigma yang dirasakan, untuk itu peneliti membuat kategori sebagai berikut:

- 1) Skor 1 - 58 : stigma rendah yang terinternalisasi
- 2) Skor 59 - 116 : stigma tinggi yang terinternalisasi

2.3 Konsep Kualitas Hidup

2.3.1 Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup seringkali diartikan sebagai komponen kebahagiaan dan kepuasan terhadap kehidupan. Akan tetapi pengertian kualitas hidup tersebut seringkali bermakna berbeda pada setiap orang karena mempunyai banyak sekali faktor yang mempengaruhi seperti keuangan, keamanan, atau kesehatan. Untuk itulah digunakan sebuah istilah Kualitas Hidup Terkait Kesehatan dalam bidang kesehatan (Fayers and Machin, 2007; Hutagalung, 2021). *World Health Organization* (WHO, 1997:1), menyatakan *Quality of life as individual's perception of their position in life in the context of the culture and value system in which they live and in relation to their goals, expectation, standart and concerns*. Artinya,

kualitas hidup merupakan *persepsi* dari individu dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dan dalam kaitannya dengan nilai-nilai, standart dan kekhawatiran dalam hidup.

Beberapa hasil analisis konsep para ahli memberikan berbagai definisi tentang kualitas hidup. Kualitas hidup didefinisikan sebagai istilah kepuasan hidup (Ferrans, 1996; Zhan, 1992), kualitas hidup didefinisikan sebagai pengalaman hidup, kepuasan hidup, dan kesejahteraan (Meeberg, 1993, Hass, 1999). Feinstein (1987) menyatakan konsep kualitas hidup sebagai suatu payung yang memayungi variasi konsep fungsional, status kesehatan, *persepsi*, kondisi kehidupan, gaya hidup, dan kebahagiaan (Afiyanti, 2010).

2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Moons, dkk (dalam Murphy, 2007; Ramadhanty, 2019) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada manusia:

1) Kemandirian

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan pilihan individu dalam pengambilan keputusan, kontrol diri serta privasi.

2) Mengekspresikan Rasa Puas

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan kepuasan hidup, kesejahteraan *psikologis*, dan gambaran diri yang positif yang dimiliki individu.

3) Kesehatan Fisik dan Mental

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan kesehatan fisik dan kemampuan untuk melakukan sebuah pekerjaan atau aktivitas.

4) Status Ekonomi dan Sosial

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan pendapatan, pekerjaan tetap serta kepemilikan tempat tinggal.

5) Lingkungan Tempat Tinggal

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan rasa nyaman, keamanan, norma dan peraturan dalam lingkungan tempat tinggal.

6) Faktor Kultural

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan umur, jenis kelamin, kelas sosial, ras dan agama atau kepercayaan.

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup manusia menurut WHO (Yurhansyah 2016; Ramadhanty, 2019), yaitu:

1) Kesehatan fisik

Faktor ini meliputi energi dan tingkat kelelahan, rasa sakit dan perasaan tidak nyaman serta terkait waktu tidur dan istirahat.

2) Kesehatan Psikologi

Faktor ini meliputi *body image* dan penampilan, perasaan negatif dan positif, *self esteem* (harga diri) individu, serta kemampuan mengingat dan konsentrasi.

3) Tingkat kemandirian

Faktor ini meliputi mobilitas, aktivitas sehari-hari dan kapasitas kerja individu.

4) Hubungan sosial

Faktor ini meliputi hubungan secara personal, *social support*, dan aktifitas seksual.

5) Lingkungan

Faktor ini terkait dengan kepemilikan harta, keamanan di tempat tinggal, kepedulian sosial, kualitas pelayanan dan kemudahan akses kesehatan, kesempatan untuk mendapatkan informasi.

6) Spiritualitas

Faktor ini meliputi kepercayaan individu terkait agama.

2.3.3 Atribut Karakteristik Konsep Kualitas Hidup

Definisi atribut dari kriteria suatu konsep adalah berbagai karakteristik konsep yang seringkali muncul/disebutkan ketika konsep tersebut didefinisikan (Walker & Avant, 1988). Sebagai contoh, identifikasi dari beberapa atribut konsep kualitas hidup dapat membantu dalam membedakan konsep kualitas hidup dengan konsep-konsep lain yang saling berhubungan dengan konsep itu sendiri. Berdasarkan hasil pencarian dan penelusuran literatur Afiyanti (2010), terdapat empat karakteristik atribut dari konsep kualitas hidup, yaitu:

- 1) Pernyataan rasa puas seseorang/ individu terhadap kehidupannya secara umum.
- 2) Kapasitas mental individu untuk mengevaluasi kehidupannya sendiri sebagai suatu kepuasan atau sebaliknya.

- 3) Suatu status fisik, mental, sosial, dan kesehatan emosi seseorang yang ditentukan oleh individu itu sendiri berdasarkan referensinya sendiri.
- 4) Pengkajian/pengukuran objektif dari seseorang bahwa kondisi hidup seseorang adalah adekuat dan terbebas dari ancaman.

2.3.4 Aspek Kualitas Hidup

Menurut WHO Quality of Life (WHOQOL) (Rapley, 2003; Muslimah & Rahmawati, 2019), menyatakan bahwa pengukuran kualitas hidup didasarkan pada 6 aspek yaitu aspek *physical health*, *psychological*, *level of independence*, *social relationships*, *environment*, dan *spirituality/religion/personal beliefs*. Namun 6 aspek tersebut diperbaharui menjadi 4 aspek (WHOQOL-BREF dalam Rapley, 2003; Muslimah & Rahmawati, 2019) yang meliputi:

1) Aspek kesehatan fisik (*physical health*)

Aspek kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan kenyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas kerja (WHOQOL-BREF dalam Rapley, 2003; Muslimah & Rahmawati, 2019).

2) Aspek psikologis (*psychological*)

Aspek psikologis mencakup *bodily image* dan *appearance*; spiritual/agama/keyakinan pribadi; berpikir, belajar, memori dan konsentrasi (WHOQOL-BREF dalam Rapley, 2003; Muslimah & Rahmawati, 2019).

3) Aspek hubungan sosial (*social relationships*)

Hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual (WHOQOL-BREF dalam Rapley, 2003; Muslimah & Rahmawati, 2019).

4) Aspek lingkungan (*environment*)

Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik; perawatan Kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan; partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik; serta transportasi (WHOQOL-BREF dalam Rapley, 2003; (Muslimah & Rahmawati, 2019).

2.3.5 Dimensi-dimensi Kualitas Hidup

Sedangkan menurut Ferrans and Powers (1992) yang dikembangkan berdasarkan *The Quality of Life Index* (Ramadhanty, 2019), menyebutkan kualitas hidup memiliki empat dimensi, yaitu:

1) *Health and Functioning*

Dimensi ini terkait dengan bagaimana individu dapat bermanfaat bagi orang lain, fisik yang bebas dari penyakit, dapat bertanggung jawab dengan apa yang dilakukannya, kesehatan diri, terkait stress atau kecemasan, waktu luang yang dimiliki, kehidupan seks, dan pelayanan kesehatan.

2) *Socioeconomic*

Dimensi ini terkait standar dari kehidupan yang dijalani, pendapatan pribadi yang diperoleh, rumah sebagai tempat berlindung, bekerja atau tidak bekerja, kondisi di Indonesia, teman yang dimiliki, dukungan emosi yang didapat, dan pendidikan.

3) *Psychological / Spiritual*

Dimensi ini terkait kepuasan dalam hidup yang dijalani, kebahagiaan, tujuan dari kehidupan, pikiran yang damai, penampilan pribadi, dan percaya kepada Tuhan.

4) *Family*

Dimensi ini terkait kebahagiaan yang dirasakan keluarga, anak dan pasangan yang dimiliki, serta kesehatan anggota keluarga.

2.3.6 Indikator Kualitas Hidup

Salah satu indikator sosial dari kualitas hidup yang paling mendapat sorotan akhir-akhir ini adalah *happiness* (kebahagiaan), kebahagiaan menjadi fokus studi dari ilmu sosial, psikologi, gerontologi, bahkan sampai pengembangan skala SF-36 yang merupakan salah satu kuesioner *psikologis* terkenal untuk mengukur kualitas hidup (Moller & Huschka, 2009; Kiling & Kiling-Bunga, 2019). Definisi kualitas hidup dari WHO dianggap terlalu berorientasi kepada indikator-indikator sosial sehingga tidak lagi seimbang dengan indikator-indikator dari tiga faktor lainnya yakni kesehatan fisiologis, kesehatan *psikologis*, dan keadaan lingkungan (Phillips, 2006; Kiling & Kiling-Bunga, 2019). Phillips (2006; Kiling & Kiling-Bunga, 2019)

dalam bukunya memberi contoh indikator dari faktor jejaring sosial dalam variabel kualitas hidup yakni:

- 1) *Proporsi* interaksi dengan tetangga sekitar,
- 2) *Proporsi* interaksi dengan teman-teman dekat,
- 3) *Proporsi* merasa sendirian atau terisolasi,
- 4) Durasi interaksi dengan sanak saudara, dan
- 5) Bantuan informal (non-keuangan) yang diterima dari keluarga.

Menurut Rapley (2003), indikator dalam kualitas hidup terbagi menjadi dua jenis yaitu indikator subjektif, dan obyektif. Indikator obyektif contohnya adalah pendapatan, pendapatan akan memakai pendapatan per kapita sebagai perbandingannya agar dapat diukur; sedangkan indikator subjektif contohnya seperti kebahagiaan yang merupakan *persepsi* subjektif dari individu. Rapley juga menyebutkan bahwa indikator kualitas hidup akan berbeda dari letak geografisnya, Rapley memberi contoh sebuah proyek penelitian *Measuring the Quality of Life in Newcastle* yang berhasil mengadopsi 27 indikator sosial untuk menggambarkan kualitas hidup masyarakat lokal Newcastle. Di daerah Newcastle, kualitas hidup berarti ‘pantai yang bersih’, ‘kualitas udara bersih’, ‘kualitas ruang publik yang luas’, dan indikator lainnya.

2.3.7 Domain Kualitas Hidup

Domain kualitas hidup sangat luas dan sangat abstrak. *The Centre for Health Promotion* (2007) mengemukakan bahwa kerangka kerja konseptual dari kualitas hidup terdiri dari 3 domain yaitu :

- 1) *Being* yaitu berkaitan dengan kapasitas diri, terdiri dari tiga subdomain yaitu *physical being* termasuk didalamnya adalah kesehatan, *personal hygiene*, nutrisi, aktifitas, berpakaian dan penampilan diri secara keseluruhan. *Psychological being* yaitu kesehatan *psikologis*, kognitif, perasaan, konsep diri dan kontrol diri. Dan *Spiritual being* yaitu nilai personal, standar personal, dan kepercayaan (Hutagalung, 2021).
- 2) *Belonging* yaitu kepemilikan dan hubungan dengan orang lain termasuk lingkungan. *Belonging* terdiri dari 3 subdomain yaitu *physical belonging* diantaranya kepemilikan rumah, pekerjaan atau sekolah, tetangga dan komunitas. *Social belonging* yaitu keintiman hubungan dengan orang lain, keluarga, teman dan rekan kerja. Dan *Community belonging* meliputi pendapatan, pelayanan sosial dan kesehatan, program pendidikan, program rekreasi dan aktifitas sosial (Hutagalung, 2021).
- 3) *Becoming* yaitu berkaitan dengan tujuan hidup, harapan dan aspirasi. *Becoming* meliputi 3 subdomain yaitu *practical becoming* diantaranya aktifitas domestik, aktifitas sekolah dan sosial, pencarian bantuan kesehatan dan kebutuhan sosial. *Leisure becoming* yaitu aktifitas untuk meningkatkan relaksasi dan menurunkan stres. Dan *Growth becoming* yaitu aktifitas untuk meningkatkan dan mempertahankan pengetahuan dan keterampilan serta kemampuan beradaptasi terhadap perubahan (Hutagalung, 2021).

2.3.8 Konsep Kuesioner WHOQOL-BREF

2.3.8.1 Pengertian WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality Of Life-BREF*) adalah instrumen Patient-Reported Outcome (PRO) yang dapat menilai status kesehatan global secara independen dari penyakit di 4 domain kesehatan dengan 24 aspek domain yang berbeda. Secara keseluruhan, instrumen ini mencakup 26 pertanyaan terpenting dari 100 pertanyaan terdahulu, yaitu rangkuman dari WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality Of Life-100*), dimana ini adalah pengurangan yang cukup besar dan perlu. WHOQOL- BREF terdiri dari dua bagian yang berasal dari kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum, serta satu bagian yang terdiri dari 24 pertanyaan yang berasal dari WHOQOL – 100.

WHOQOL-BREF adalah salah satu instrumen paling terkenal yang telah dikembangkan untuk perbandingan lintas budaya kualitas hidup dan tersedia dalam lebih dari 40 bahasa.

2.3.8.2 Domain WHOQOL-BREF

Kualitas Hidup Organisasi Kesehatan Dunia - BREF (WHOQOL-BREF) adalah kuesioner yang menilai 4 domain kualitas hidup (QOL): kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Selain itu, ada 2 item yang mengukur kualitas hidup secara umum dan kesehatan umum.

Table 2.2 *Domain Kuesioner WHOQOL-BREF*

Domain	Aspek yang tergabung dalam domain
Kesehatan jasmani	Aktivitas sehari-hari Tergantung dari obat Energik Mobilitas Rasa sakit Kepuasan tidur Kemampuan kerja
Psikologis	Citra dan penampilan tubuh Perasaan negatif Perasaan positif Harga diri Spiritual/agama/keyakinan pribadi Berpikir dan konsentrasi
Hubungan sosial	Hubungan pribadi Dukungan sosial Aktivitas seksual
Lingkungan	Sumber daya keuangan Rasa aman Akses layanan kesehatan Lingkungan tempat tinggal Ketersedian informasi Kesempatan rekreasi Lingkungan fisik Transportasi

2.3.8.3 Penilaian

Pada WHOQOL-BREF terdapat 26 pertanyaan yang dikategorikan menjadi 4 domain. Dimana nomor soal dalam kuesioner tidak dibuaturut sesuai dengan urutan domain. Berikut adalah table nomor soal dari setiap domain dan perhitungan dari kuesioner WHOQOL-BREF:

Table 2.3 *Perhitungan Kuesioner WHOQOL-BREF*

Perhitungan skor untuk setiap domain										Raw score	Transformed scores**					
											4-20	0-100				
Domain 1	Q3	+	Q4	+	Q10	+	Q15	+	Q16	+	Q17	+	Q18	a.=	b:	c:
	☐	+	☐	+	☐	+	☐	+	☐	+	☐	+	☐			
Domain 2	Q5	+	Q6	+	Q7	+	Q11	+	Q19	+	Q26	a.= b: c:				
	☐	+	☐	+	☐	+	☐	+	☐	+	☐					
Domain 3	Q20	+	Q21	+	Q22	a.= b: c:										
	☐	+	☐	+	☐											
Domain 4	Q8	+	Q9	+	Q12	+	Q13	+	Q14	+	Q23	+	Q24	+	Q25	a.= b: c:
	☐	+	☐	+	☐	+	☐	+	☐	+	☐	+	☐	+	☐	

Pada setiap pertanyaan diberikan 5 kelas penilaian yang masing masing memiliki nilai yang berbeda; 1 : Selalu; 2 : Sangat Sering; 3 : Cukup Sering; 4 : Jarang; 5 : Tidak pernah. Pengecualian untuk pertanyaan 3, 4, dan 26, di mana harus membalikkan nilai poin.

Pada masing – masing domain memiliki nilai maksimal dan minimal yang berbeda. Berikut nilai maksimal dan minimal dari setiap domain WHOQOL-BREF:

Table 2.4 *Nilai Maksimal Dan Minimal Domain WHOQOL-BREF*

Domain	Maksimal	Minimal
Domain 1	35	7
Domain 2	30	6
Domain 3	15	3
Domain 4	40	8

Lalu setelah mendapatkan nilai pada masing-masing domain digunakanlah rumus untuk mengubah hasil setiap domain menjadi rentang nilai 0-100:

$$\text{Domain 1} = \frac{\text{skor pasien}}{35} \times 100 \quad \text{Domain 3} = \frac{\text{skor pasien}}{15} \times 100$$

$$\text{Domain 2} = \frac{\text{skor pasien}}{30} \times 100 \quad \text{Domain 4} = \frac{\text{skor pasien}}{40} \times 100$$

Setelah itu hasil dari masing-masing domain ditambahkan dan dibagi 4 lalu dinilai menurut grafik di bawah ini:

81 - 100: Sangat baik

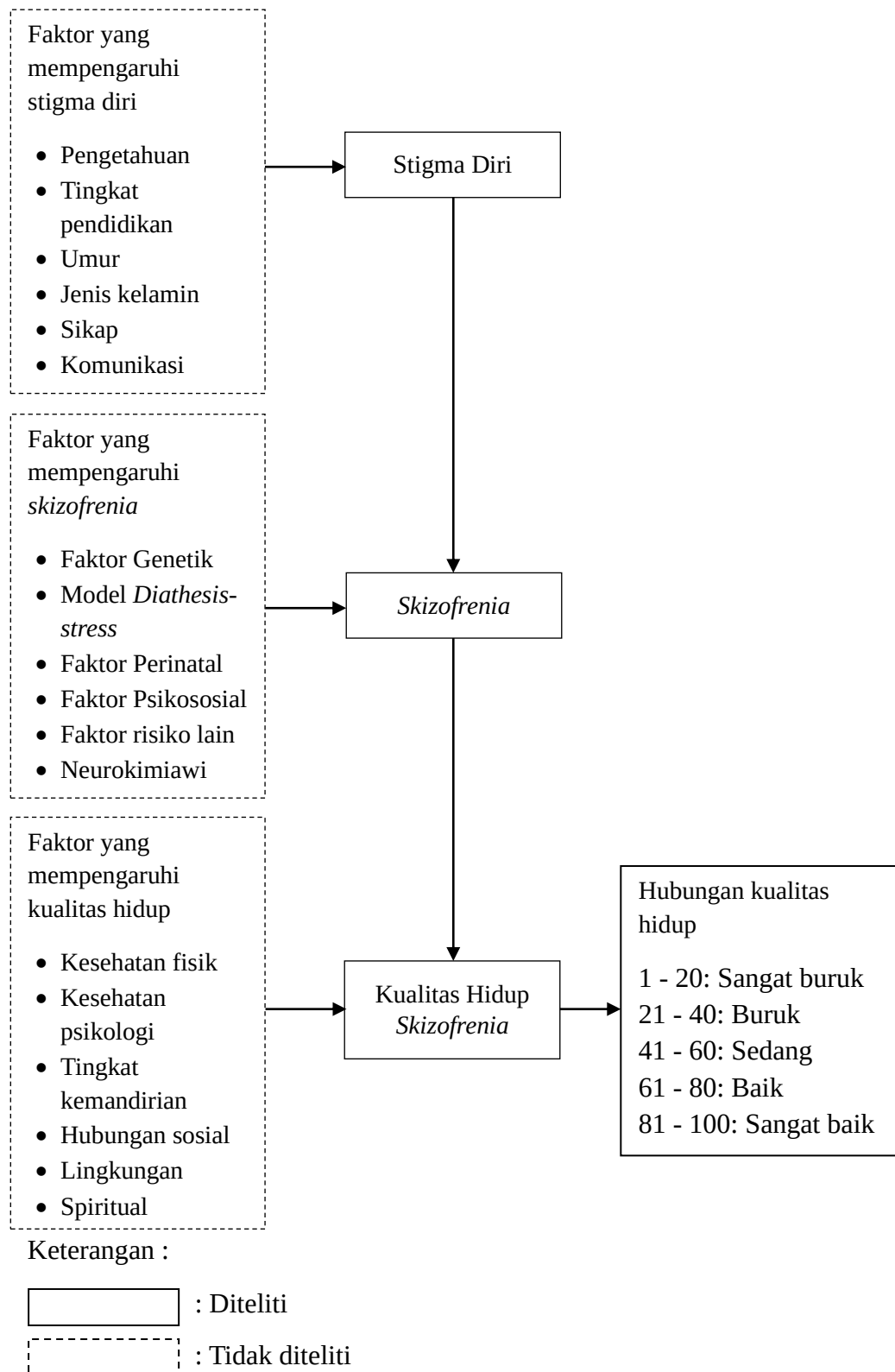
61 - 80: Baik

41 - 60: Sedang

21 - 40: Buruk

1 - 20: Sangat buruk

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka konsep hubungan stigma diri dengan kualitas hidup pasien skizofrenia

2.5 Hipotesis

Menurut La Biondo-Wood dan Haber (2002) hipotesis adalah suatu pertanyaan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variable yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian.

H0 : **tidak adanya hubungan** antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

Ha : **adanya hubungan** antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.