

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### **2.1 Konsep Dasar Keluarga**

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1988).

Menurut Bailon dan Maglaya (1978) yang dikutip oleh Effendi (2009) mendefinisikan keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang bergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga.

##### 2.1.1 Peran keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku keluarga, kelompok dan masyarakat (Effendi, 2009).

Peran serta keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa sangat penting maknanya (Keliat, 1995), yaitu:

1. Keluarga adalah tempat klien belajar dan mengembangkan berbagai perilaku.
2. Keluarga merupakan lingkungan yang dikenal klien.
3. Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang merawat klien.
4. Program pendidikan klien dan keluarga dapat mengurangi angka kambuh.
5. Perawatan paripurna menyangkut klien dan sistem yang terkait.

##### 2.1.2 Fungsi keluarga.

Menurut Friedmen (1998) dalam Efendi (2009) ada beberapa fungsi keluarga yang dapat dijalankan sebagai berikut:

1. Fungsi afektif yaitu fungsi yang berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif, perasaan memiliki, perasaan yang berarti dan merupakan sumber kasih sayang. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga.
2. Fungsi sosialisasi yaitu meneruskan nilai-nilai budaya keluarga, membina sosialisasi pada anak dan membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
3. Fungsi reproduksi yaitu fungsi yang berfungsi untuk meneruskan kelangsungan dan menambah sumber daya manusia
4. Fungsi ekonomi yaitu mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga di masa yang akan datang.
5. Fungsi perawatan yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

### 2.1.3 Lima Tugas Kesehatan Keluarga

Usaha-usaha untuk dapat mencapai tujuan asuhan keperawatan kesehatan keluarga, keluarga mempunyai tugas dalam pemeliharaan kesehatan para anggotanya dan saling memelihara (Bailon dan Maglaya, 1998 dalam Effendi, 2009) membagi menjadi lima tugas kesehatan keluarga, yaitu :

1. Mengenal masalah kesehatan
2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit
4. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana lingkungan yang sehat.

5. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat.

#### 2.1.4 Pelaksanaan Lima Tugas Kesehatan Keluarga Terhadap Pencegahan kekambuhan Pada Penderita *Skizofrenia*.

Terdapat dua fungsi dasar keluarga yaitu guna memenuhi kebutuhan fisik dan kesejahteraan psikososial. Kesejahteraan fisik meliputi terpenuhinya kebutuhan makanan, pakaian, rasa aman dan kesehatan jasmani, sedang kesejahteraan psikososial adalah bila keluarga mampu menjadi struktur atau kerangka dasar pertumbuhan psikososial dan keluarga yang berhasil menjalani pertumbuhan psikososial dengan baik. Keluarga berfungsi sehat atau baik apabila berhasil memenuhi kedua fungsi dasar keluarga ini. Keluarga yang berfungsi sehat, harus mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga, yaitu antara lain:

##### **Tahap 1. Mengenal masalah kesehatan**

Pada tahap ini keluarga mampu mengenal masalah kesehatan keluarga dengan mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga, sekecil apapun perubahan yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga, apabila keluarga menyadari adanya perubahan, keluarga perlu mencatat mulai kapan terjadinya dan berapa besar perubahannya (Effendi, 2009).

##### **Tahap 2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.**

Setelah tahap pengalaman/pengenalan gejala (*the symptom experience*), tahap kedua yaitu kemampuan keluarga mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat. Pernyataan Suchman dikutip dari buku pendidikan dan perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2003), setelah tahap pengalaman/pengenalan gejala (*the symptom experience*), dimana individu membuat keputusan bahwa di dalam dirinya ada suatu gejala penyakit, atau keluarga merasa takut akan akibat dari penyakitnya, maka tahap selanjutnya individu/keluarga membuat keputusan bahwa ia sakit dan memerlukan pengobatan. Kemudian ia mulai berusaha untuk

mengobati sendiri dengan caranya sendiri. Di samping itu ia mulai mencari informasi dari anggota keluarga yang lain, tetangga atau teman sekerjanya.

### **Tahap 3. Memberi perawatan anggota keluarga yang sakit.**

Orang yang berpenyakit (*having a disease*), dan orang yang sakit (*having a illness*) adalah dua hal yang berbeda. Berpenyakit adalah suatu kondisi yang patologis, sedangkan sakit adalah evaluasi atau persepsi individu terhadap konsep dari sehat-sakit. Pada tahap ini keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit, mengetahui keadaan penyakitnya, perawatan yang dibutuhkan, keberadaan fasilitas kesehatan yang diperlukan dan sumber dana yang ada dalam keluarga

( Effendi,2009).

Keluarga adalah orang-orang yang berperan penting sangat dekat dengan penderita dan dianggap paling banyak tahu kondisi penderita serta dianggap paling banyak memberi pengaruh pada penderita, sehingga keluarga sangat penting artinya dalam perawatan dan penyembuhan penderita (Hariyanto *dkk.*,. 2002).

Alasan utama pentingnya keluarga dalam perawatan jiwa adalah :

1. Keluarga merupakan lingkup yang paling banyak berhubungan dengan penderita.
2. Keluarga (dianggap) paling mengetahui kondisi penderita.
3. Gangguan jiwa yang timbul pada penderita mungkin disebabkan adanya cara asuh yang kurang sesuai bagi penderita.
4. Penderita yang mengalami gangguan jiwa nantinya akan kembali kedalam masyarakat; khususnya dalam lingkungan keluarga.
5. Keluarga merupakan pemberi perawatan utama dalam mencapai pemenuhan kebutuhan dasar dan mengoptimalkan ketenangan jiwa bagi penderita.
6. Gangguan jiwa memerlukan terapi yang cukup lama, sehingga pengertian dan kerjasama keluarga sangat penting artinya dalam pengobatan.

#### **Tahap 4. Memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan anggota keluarga yang sakit.**

Tahap ini faktor lingkungan sangat berpengaruh terhadap kondisi psikologis klien. Menurut Gordon dan Le Richt pada tahun 1950, Lingkungan (*enviroment*), yaitu agregat dari seluruh kondisi dan pengaruh-pengaruh luar yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan suatu organisasi. Salah satu peran lingkungan adalah sebagai reservoir. Secara umum, faktor lingkungan meliputi lingkungan fisik dan nonfisik. Lingkungan fisik adalah lingkungan alamiah yang terdapat disekitar manusia, sedangkan nonfisik adalah lingkungan yang muncul akibat adanya interaksi antar manusia (Mansjoer *dkk.*, 2001).

Sebagai pendukung terhadap kondisi penderita maka keluarga harus mampu memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan pribadi anggota keluarga.

#### **Tahap 5. Menggunakan fasilitas dan sumber-sumber kesehatan yang ada.**

Keluarga mampu menggunakan sumber di masyarakat guna memelihara kesehatan. Persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan. Kedua pokok pikiran tersebut akan mempengaruhi atas dipakai atau tidaknya fasilitas kesehatan yang disediakan. Apabila persepsi sehat-sakit masyarakat belum sama dengan konsep sehat-sakit kita, maka jelas masyarakat belum tentu atau tidak mau menggunakan fasilitas yang diberikan (Notoatmodjo, 2003).

##### **2.1.5 Hambatan-Hambatan Yang Sering Dihadapi Dalam Masalah Kesehatan Keluarga:**

- a. Pendidikan yang rendah.
- b. Keterbatasan sumber–sumber daya keluarga (keuangan, sarana dan prasarana).
- c. Kebiasaan–kebiasaan yang melekat dalam keluarga .
- d. Sosial budaya yang tidak menunjang.
- e. Kondisi alam (geografi yang sulit).

### 2.1.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

Menurut Grenn (1980) perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*).

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya.

2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*).

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat termasuk puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, dokter praktek atau swasta.

3. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factor*).

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama dan perilaku petugas kesehatan.

## 2.2 Konsep Dasar Kekambuhan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1990) kambuh adalah suatu kondisi jatuh sakit lagi dan biasanya lebih parah dari sebelumnya.

Menurut E. Bleuler (1911) yang dikutip oleh Maramis (2010) skizofrenia adalah penyakit tanpa kausa dengan angka kekambuhan yang tinggi, dalam penyelidikannya  $\pm 60\%$  klien skizofrenia dapat disembuhkan secara sempurna bila diobati secara dini dan  $\pm 20-30\%$  dari yang mengalami sembuh tadi akan mengalami kekambuhan atau eksaserbasi, 40% lainnya menjurus ke cacat mental.

Sedangkan menurut Sullinger (1988) yang dikutip oleh Keliat (1995) menyatakan klien dengan diagnosa skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70%

pada tahun kedua, dan Carson dan Ross (1987) dalam Keliat (1995) menyatakan klien skizofrenia akan mengalami kambuh 100% pada tahun kelima.

Hasil riset yang telah dilakukan Leff dan Wing yang dikutip oleh Ingram (1993), jika keluarga skizofrenia memperlihatkan emosi yang diekspresikan yang disingkat EE secara berlebihan atau yang membuat aturan yang berlebihan bagi klien, maka kemungkinan kambuh akan lebih besar, jika klien tidak mendapat neuroleptik kemungkinan kambuh akan lebih besar. Angka kekambuhan di rumah dengan EE rendah dan pasien minum obat teratur sebesar 12%; dengan EE rendah dan tanpa obat 42%; EE tinggi dan tanpa obat angka kekambuhan 92%.

Hasil penelitian Sullinger (1988) yang dikutip oleh Keliat (1995) mengidentifikasi 4 faktor penyebab kekambuhan dan klien perlu kembali dirawat di rumah sakit yaitu:

1. Klien.

Klien yang gagal minum obat dengan teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh, khususnya klien skizofrenia sukar mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidakmampuan mengambil keputusan.

2. Dokter.

Minum obat teratur dapat mengurangi kambuh, namun pemakaian obat neuroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Dokter yang memberi resep diharapkan tetap waspada mengidentifikasi dosis terapeutik yang dapat mencegah kambuh dan efek samping.

3. Perawat.

Setelah klien pulang ke rumah, perawat tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien di rumah, sehingga dapat mengidentifikasi gejala dini dan segera mengambil tindakan.

#### 4. Keluarga.

Di rumah sakit perawat bertanggung jawab dalam pemberian atau pemantauan pemberian obat, di rumah tugas perawat digantikan oleh keluarga. Keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi atau suka bermusuhan dan mengkritik akan menyebabkan terjadinya kambuh lebih cepat.

### 2.3 Konsep Dasar *Skizofrenia*.

*Skizofrenia* merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai dimana-mana sejak dahulu, meskipun demikian pengetahuan tentang sebab musabab dan patogenesisnya sangat kurang.

*Skizofrenia* adalah sekelompok gangguan psikosis fungsional dengan gejala terpecahnya unsur-unsur kepribadian seperti proses berpikir, afek emosi, kemauan dan psikomotor yang timbul pada usia kurang dari 45 tahun (Maslim, 1997).

*Skizofrenia* adalah gangguan jiwa yang penderitanya tidak mampu menilai realitas dan dirinya sendiri (Hawari, 1997).

*Skizofrenia* adalah gangguan psikotik kronis yang mengalami kambuh dan remisi dengan manifestasi yang banyak dan tidak khas. Kemungkinan kelompok gangguan yang heterogen dengan penyesuaian premorbid, gejala dan perjalanannya yang bervariasi (Kusuma, 1997).

Akhirnya timbul pendapat bahwa skizofrenia itu suatu gangguan psikosomatis, gejala-gejala pada badan hanya sekunder karena gangguan dasar yang psikogenik, atau merupakan manifestasi somatic dari gangguan psikogenik. Tetapi pada *skizofrenia* justru kesukarannya adalah untuk menentukan mana yang primer dan mana yang sekunder, mana yang merupakan penyebab dan mana yang merupakan akibatnya saja. (Maramis, 2010).

#### 2.3.1 Etiologi.

Penyebab skizofrenia sampai saat ini belum diketahui dengan pasti ada beberapa teori yang menyebabkan terjadinya *skizofrenia* PDT Lab/UPF Ilmu Penyakit Jiwa RSUD Dr. Soetomo (1994), beberapa teori antara lain:

1. Teori somatogenik.

a. Faktor keturunan

Dapat dipastikan bahwa ada faktor keturunan yang juga menentukan timbulnya skizofrenia, diturunkan melalui gen yang resesif. Hal ini telah dibuktikan terutama pada anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9%–1,8% bagi saudara kandung 7%–15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 7%–16%; bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40%–68%; bayi kembar dua telur atau heterozigot 2%–15%; bayi kembar satu telur atau monozigot 61%–86% (Maramis, 2010).

b. Endokrin.

Dahulu dikira bahwa skizofrenia mungkin disebabkan oleh suatu gangguan endokrin. Teori ini dikemukakan berhubung sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium (Maramis, 2010).

c. Metabolisme.

Ada orang menyangka bahwa skizofrenia disebabkan oleh suatu gangguan metabolisme, karena penderita tampak pucat dan tidak sehat, ujung ekstremitas sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun. Hipotesis ini tidak ditemukan kebenarannya oleh para sarjana (Maramis, 2010).

d. Susunan saraf pusat.

Ada yang mencari penyebab skizofrenia ke arah kelainan susunan saraf pusat, yaitu disensefalon atau kortek otak. Tapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan post mortem.

## 2. Teori psikogenik.

Menurut Maramis (2010) teori tersebut adalah:

### a. Susunan saraf pusat.

*Skizofrenia* tidak disebabkan oleh suatu penyakit badaniah. Penyakit badaniah bisa mempengaruhi timbulnya *skizofrenia*. *Skizofrenia* merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, oleh karena itu timbul suatu disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan, hipotesis ini dinamai dengan reaksi *skizofrenik*.

### b. Teori Sigmund Freud.

*Skizofrenia* terjadi karena ada kelemahan ego. Super ego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme.

### c. Eugen Bleuler (1857–1938).

Nama *skizofrenia* lebih tepat dipakai karena penonjolan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya disharmoni antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan.

### d. Stres psikogenik.

Terjadinya *skizofrenia* bisa juga dipengaruhi adanya hubungan yang kurang baik dalam keluarga, pekerjaan dan masyarakat. Juga persaingan antar saudara kandung bisa menjadi pencetus terjadinya skizofrenia.

## 3. Teori sosiogenik.

### a. Keadaan sosial ekonomi.

- b. Pengaruh keagamaan.
- c. Nilai-nilai moral.

### 2.3.2 Gejala penyakit.

Menurut Bleuler (1857–1938) yang dikutip oleh Maramis (2010) membagi 2 kelompok gejala *skizofrenia*, yaitu:

1. Gejala primer.
  - a. Gangguan proses pikiran meliputi bentuk, langkah dan isi pikiran, inti gangguan terdapat pada proses pikiran.
  - b. Gangguan afek emosi.
  - c. Gangguan kemauan.
  - d. Gangguan psikomotor.
2. Gejala sekunder.
  - a. Waham.
  - b. Halusinasi.
  - c. Gejala katatonik atau gangguan psikomotor yang lain.

Sedangkan Hawari (1997) membagi gejala *skizofrenia* menjadi gejala positif dan negatif, yaitu:

1. Gejala positif.
  - a. Delusi yaitu suatu keyakinan yang tak rasional atau tidak masuk akal, tetapi diyakini kebenarannya.
  - b. Kekacauan alam pikiran.
  - c. Halusinasi yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan atau stimulus.
  - d. Gaduh gelisah, tidak dapat diam, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
  - e. Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu.

- f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan, merasa ada ancaman.
  - g. Menyimpan rasa permusuhan.
2. Gejala negative.
- a. Alam perasaannya atau *affect* yang tumpul dan mendatar, wajah yang tak menunjukkan ekspresi.
  - b. Menarik diri, tak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun.
  - c. Kontak emosional amat miskin, sukar diajak bicara, pendiam.
  - d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
  - e. Kesulitan dalam berpikir abstrak.
  - f. Tidak ada upaya dan usaha, tidak ada inisiatif, monoton, dan tidak ingin apa-apa.
  - g. Pola pikir stereotipe.

### 2.3.3 Penggolongan jenis penyakit.

Pembagian jenis penyakit menurut Maramis (2010) sebagai berikut:

#### 1. *Skizofrenia simplek.*

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas, timbulnya perlahan-lahan sekali, pada awalnya klien kurang memperhatikan keluarganya, menarik diri dari pergaulan, makin lama makin mundur dalam pekerjaan dan pelajaran. Gejala yang menonjol kadangkala emosi dan kemunduran kemauan.

#### 2. *Skizofrenia hebefrenik*

Sering timbul pada masa remaja antara usia 15–25 tahun. Gejala yang mencolok ialah perilaku kekanak-kanakan, waham dan halusinasi, juga adanya gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan depersonalisasi.

#### 3. *Skizofrenia katatonik.*

Timbul pertama kali antara umur 25–30 tahun. Biasanya akut serta didahului oleh stres emosional. Skizofrenia katatonik dibedakan menjadi 2 jenis yaitu katatonik stupor dengan gejala menonjol klien tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungan, dan katatonik gaduh gelisah yang terdapat gejala hiperaktifitas motorik tetapi tidak disertai emosi yang semestinya.

4. *Skizofrenia paranoid..*

Jenis *skizofrenia* paranoid agak berbeda dengan yang lainnya, timbul di atas usia 30 tahun, dengan gejala yang mencolok ialah waham primer disertai waham sekunder dan halusinasi, bila pemeriksaan lebih teliti maka akan ditemukan gangguan proses berpikir, gangguan afek emosi dan kemauan.

5. *Skizofrenia akut.*

Gejala *skizofrenia* yang timbul mendadak sekali, klien seperti dalam keadaan mimpi, kesadaran berkabut seakan–akan dunia luar dan dirinya berubah, prognosa baik, biasanya dalam waktu beberapa minggu atau kurang dari 6 bulan klien sudah baik.

6. *Skizofrenia residual.*

Keadaan *skizofrenia* dengan gejala primer menurut Bleuler yaitu adanya gangguan proses pikir, gangguan afek emosi, gangguan kemauan, dan gangguan psikomotor, sedangkan gejala sekunder yang meliputi waham dan halusinasi tidak jelas. Biasanya timbul sesudah beberapa kali serangan.

7. *Skizofrenia skizo afektif.*

Gejala *skizofrenia* dan depresi yang timbul secara bersamaan, jenis ini bisa sembuh tanpa defek atau mungkin timbul lagi serangan.

#### 2.3.4 Pengobatan.

Pengobatan harus secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama kemungkinan lebih besar menuju ke kemunduran mental. Terapis jangan melihat klien *skizofrenia* sebagai penderita yang tidak dapat disembuhkan lagi, diharapkan keluarga lebih sabar menghadapinya (Maramis, 2010).

Beberapa usaha pengobatan yang dapat diberikan yakni:

- 1) Farmakoterapi,
- 2) Terapi elektro konvulsi,
- 3) Terapi koma insulin,
- 4) Psikoterapi dan rehabilitasi,
- 5) Lobotomi prefrontal.

Dasar pengobatan yang diberikan berdasarkan Pedoman Diagnosa dan Terapi Lab/UPF Ilmu Penyakit Jiwa RSUD Dr. Soetomo (1994) adalah holistik yaitu:

1. Somatoterapi.

Bertujuan untuk memperbaiki keadaan umum, terapi elektro konvulsi diberikan bila diperlukan saja.

2. Psikoterapi.

Bertujuan untuk memperkuat fungsi ego dengan cara psikoterapi suportif, diharapkan penderita bisa bersosialisasi.

3. Manipulasi lingkungan.

Diharapkan lingkungan dapat menerima keadaan klien, membimbing kehidupan sehari-hari, memberi kesibukan dan mengawasi saat minum obat.