

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga yang merupakan bagian dari masyarakat sesungguhnya mempunyai peranan yang sangat penting dalam membentuk budaya dan perilaku sehat. Dari keluargalah pendidikan kepada individu dimulai, tatanan masyarakat yang baik diciptakan, budaya dan perilaku sehat dapat lebih dini ditanamkan. Oleh karena itu, keluarga mempunyai posisi yang strategis untuk dijadikan sebagai unit pelayanan kesehatan karena masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan dan saling mempengaruhi antar anggota keluarga, yang pada akhirnya juga akan mempengaruhi juga keluarga dan masyarakat yang ada disekitarnya (Setyawan, 2012).

Ali Zaidin (2010). Menyatakan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan adaptasi, dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental dan emosional serta sosial individu yang ada didalamnya, dilihat dari interaksi yang reguler dan ditandai dengan adanya ketergantungan dan hubungan untuk mencapai tujuan umum.

Menurut Departemen Kesehatan RI dalam Ali Zaidin (2010) keluarga merupan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Banyak ahli menguraikan pengertian keluarga sesuai dengan perkembangan sosial masyarakat. Berikut ini definisi keluarga menurut beberapa ahli dalam (Jhonson R, 2010).

a. Raisner

Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dan dua orang atau lebih masing – masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, kakak, dan nenek.

b. Duval

Menguraikan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari setiap anggota keluarga.

c. Spradley dan allender

Satu atau lebih yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan dalam interelasi sosial, peran dan tugas.

d. Departemen Kesehatan RI

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah :

- a. Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.
- b. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.

- c. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial : suami, istri, anak, kakak dan adik.
- d. Mempunyai tujuan : menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial anggota (Efendi, 2009).

2.1.2 Tipe atau bentuk keluarga

Gambaran tentang pembagian tipe keluarga sangat beraneka ragam, tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan, namun secara umum pembagian tipe keluarga dapat dikelompokkan sebagai berikut :

a. Pengelompokan secara tradisional

Secara Tradisional, tipe keluarga dapat dikelompokkan dalam 2 macam, yaitu :

1. *Nuclear Family* (Keluarga Inti)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

2. *Extended Family* (Keluarga Besar)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah, seperti kakek, nenek, paman, dan bibi (Setyawan, 2012).

b. Pengelompokan secara *Modern*

Dipengaruhi oleh semakin berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualism, maka tipe keluarga Modern dapat dikelompokkan menjadi beberapa macam, diantaranya :

1. *Tradisional Nuclear*

Adalah : Keluarga INTI (Ayah, Ibu dan Anak) yang tinggal dalam satu rumah yang ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, dimana salah satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

2. *Niddle Age/Aging Couple*

Adalah : suatu keluarga dimana suami sebagai pencari uang dan istri di rumah atau kedua-duanya bekerja di rumah, sedangkan anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/menikah/meniti karier.

3. *Dyadic Nuclear*

Adalah : suatu keluarga dimana suami-istri sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satunya bekerja di luar rumah.

4. *Single Parent*

Adalah : keluarga yang hanya mempunyai satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

5. *Dual Carrier*

Adalah : Keluarga dengan suami – istri yang kedua-duanya orang karier dan tanpa memiliki anak.

6. *Three Generation*

Adalah : keluarga yang terdiri atas tiga generasi atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.

7. *Comunal*

Adalah : keluarga yang dalam satu rumah terdiri dari dua pasangan suamiistri atau lebih yang monogamy berikut anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

8. *Cohibing Couple/Keluarga Kabitas/Cahabitation*

Adalah : keluarga dengan dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa ikatan perkawinan.

9. *Composite /Keluarga Berkomposisi*

Adalah : sebuah keluarga dengan perkawinan poligami dan hidup/tinggal secara bersama-sama dalam satu rumah.

10. *Gay and Lesbian Family*

Adalah : keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

2.1.3 Peranan keluarga

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

- a. Ayah sebagai suami dari istri dan ayah bagi anak – anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

- b. Ibu sebagai istri dan ibu dari anak – anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik bagi anak – anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosial serta sebagai anggota masyarakat di lingkungannya, disamping itu juga ibu berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.
- c. Anak – anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, dan spiritual.

2.1.4 Tugas keluarga

Pada dasarnya ada tujuh tugas pokok keluarga, tugas pokok tersebut ialah :

- a. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
- b. Pemeliharaan sumber – sumber daya yang ada dalam keluarga.
- c. Pembagian tugas masing – masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing – masing.
- d. Sosialisasi antar anggota keluarga.
- e. Pengaturan jumlah anggota keluarga.
- f. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.
- g. Membangkitkan dorongan dan semangat pada anggota keluarga.

2.1.5 Struktur keluarga

Struktur sebuah keluarga memberikan gambaran tentang bagaimana suatu keluarga itu melaksanakan fungsinya dalam masyarakat. Adapun macam-macam Struktur Keluarga diantaranya adalah :

- a. Patrilineal

Adalah : keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

b. Matrilineal

Adalah : keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

c. Matrilokal

Adalah : sepasang suami-istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

d. Patrilocak

Adalah : sepasang suami-istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e. Keluarga Kawin

Adalah : hubungan suami-istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

2.1.6 Fungsi keluarga menurut friedman (2010) sebagai berikut :

a. Fungsi afektif

Yaitu fungsi keluarga yang utama adalah untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarganya dalam berhubungan dengan orang lain.

b. Fungsi sosialisasi

Adalah fungsi mengembangkan dan sebagai tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.

c. Fungsi reproduksi

Adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

d. Fungsi ekonomi.

Adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan dalam rangka memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi pemeliharaan kesehatan

Yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

2.1.7 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Menurut Friedman (2010) sesuai dengan Fungsi Pemeliharaan Kesehatan, keluarga mempunyai Tugas-tugas dalam bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, yaitu

a. Mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarganya.

Pada tahap ini keluarga mampu mengenal gejala (*the symptom experience*), 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)

b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Setelah tahap pengenalan/ pengalaman gejala 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 pengenalan gejala (*the symton 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.

c. Memberikan perawatan bagi anggotanya 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 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 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 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.
- d. Memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan anggota keluarga yang sakit

Tahap ini factor lingkungan sangat berpengaruh terhadap kondisi psikologis klien. Menurut Gordondan Le Richt pada tahun 1950, lingkungan (environment), yaitu agregat dari seluruh kondisi dan pengaruh-pengaruh luar yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan suatu organisasi. Salah satu peran lingkungan adalah reservoir. Secara umum, factor lingkungan meliputi lingkungan fisik dan non fisik. Lingkungan fisik adalah lingkungan alamiah yang terdapat disekitar manusia, sedangkan non fisik 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 ini factor lingkungan sangat berpengaruh terhadap kondisi psikologis klien (Mansjoer dkk, 2001).

- e. 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 di pakai 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 (Notoadmodjo, 2003)

2.2 Konsep Skizofrenia

2.2.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata, yaitu “*Skizo*” yang artinya retak atau pecah (*split*), dan “*frenia*” yang artinya jiwa. Dengan demikian seseorang yang menderita gangguan jiwa Skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*) (Maramis, 2008).

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai di mana-mana sejak dahulu kala. Sebelum Kraepelin tidak ada kesatuan pendapat mengenai berbagai gangguan jiwa yang sekarang dinamakan skizofrenia, (Yosep, 2010).

Gangguan Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi area fungsi individu, termasuk berpikir dan berkomunikasi,

menerima, dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Isaacs, 2004).

Menurut Kreapelin pada penyakit ini terjadi kemunduran intelegensi sebelum waktunya; sebab itu dinamakannya *demensia* (kemunduran intelegensi) *precox* (muda, sebelum waktunya), (Kaplan dan Sadock, 2003).

2.2.2 Etiologi

Menurut Kaplan & Sadock, (2003) ada beberapa teori yang menguraikan faktor-faktor yang menjadi penyebab skizofrenia, yaitu :

Diatesis-Stres Model Teori ini menggabungkan antara faktor biologis, psikososial, dan lingkungan yang secara khusus mempengaruhi diri seseorang sehingga dapat menyebabkan berkembangnya gejala skizofrenia. Dimana ketiga faktor tersebut saling berpengaruh secara dinamis.

1. Faktor Biologis

Dari faktor biologis dikenal suatu hipotesis dopamin yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas dopaminergik yang berlebihan di bagian kortikal otak, dan berkaitan dengan gejala positif dari skizofrenia. Penelitian terbaru juga menunjukkan pentingnya neurotransmitter lain termasuk serotonin, norepinefrin, glutamat dan GABA. Selain perubahan yang sifatnya neurokimiaawi, penelitian menggunakan *CT Scan* ternyata ditemukan perubahan anatomi otak seperti pelebaran lateral ventrikel, atropi koteks atau atropi otak kecil (*cerebellum*), terutama pada penderita kronis skizofrenia.

2. Genetika

Faktor genetika telah dibuktikan secara meyakinkan. Resiko masyarakat umum 1%, pada orang tua resiko 5%, pada saudara kandung 8% dan pada anak 12% apabila salah satu orang tua menderita skizofrenia, walaupun anak telah dipisahkan dari orang tua sejak lahir, anak dari kedua orang tua skizofrenia 40%. Pada kembar monozigot 47%, sedangkan untuk kembar dizigot sebesar 12%.

3. Faktor Psikososial

Menurut Sirait, (2008) teori yang terkait dengan factor psikososial yaitu :

a) Teori perkembangan

Ahli teori Sullivan dan Erikson mengemukakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas dan menarik diri dari hubungan sosial pada penderita skizofrenia.

b) Teori belajar

Menurut ahli teori belajar (*learning theory*), anak-anak yang menderita skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir irasional orang tua yang mungkin memiliki masalah emosional yang bermakna. Hubungan interpersonal yang buruk dari penderita skizofrenia akan berkembang karena mempelajari model yangburuk selama anak-anak.

c) Teori keluarga

Tidak ada teori yang terkait dengan peran keluarga dalam menimbulkan skizofrenia. Namun beberapa penderita skizofrenia berasal dari keluarga yang disfungsional.

2.2.3 Tanda dan Gejala

Menurut Hawari (2009) perjalanan penyakit skizoprenia dapat dibagi menjadi 3 fase yaitu :

- a. Fase prodromal, pada fase ini biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa minggu, bulan ataupun lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Gejala tersebut meliputi : hilangnya fungsi pekerjaan, fungsi sosial, fungsi penggunaan waktu luang dan fungsi perawatan diri. Perubahan-perubahan ini akan mengganggu individu serta membuat resah keluarga dan teman, mereka akan mengatakan “orang ini tidak seperti yang dulu”. Semakin lama fase prodromal semakin buruk prognosisnya.
- b. Fase aktif, pada fase Aktif gejala positif/ psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Hampir semua individu datang berobat pada fase ini, bila tidak mendapat pengobatan gejala-gejala tersebut dapat hilang spontan suatu saat mengalami eksaserbasi atau terus bertahan.
- c. Fase residual, pada fase ini gejala-gejalanya sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif/psikotiknya sudah berkurang. Di samping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase di atas, penderita skizoprenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan

peristiwa, kewaspadaan dan eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial), (Luana, 2007).

Gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok menurut Bleuler dalam Maramis (2008) , yaitu :

a. Gejala primer.

1. Gangguan proses berpikir.
2. Gangguan emosi.
3. Gangguan kemauan
4. Autisme.

b. Gejala sekunder.

1. Waham
2. Halusinasi.
3. Gejala katatonik atau gangguan psikomotor yang lain.

2.2.4 Jenis-jenis skizofrenia

a. Skizofrenia simpleks

Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbul secara perlahan. Pada permulaan mungkin penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia semakin mundur dalam kerjaan atau pelajaran dan pada akhirnya menjadi pengangguran (Maramis, 2008).

b. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, menurut Maramis (2008) permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali.

c. Skizofrenia katatonik

Menurut Maramis (2008) skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi *stupor katatonik* dan gaduh gelisah katatonik

1. *Stupor katatonik*

Pada stupor katatonik, penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya dan emosinya sangat dangkal. Secara tiba-tiba atau perlahan-lahan penderita keluar dari keadaan stupor ini dan mulai berbicara dan bergerak.

2. Gaduh gelisah *katatonik*

Pada gaduh gelisah katatonik, terdapat hiperaktivitas motorik, tapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar.

d. Skizofrenia paranoid

Jenis ini berbeda dari jenis-jenis lainnya dalam perjalanan penyakit. Hebefrenia dan katatonia sering lama-kelamaan menunjukkan gejala-gejala

skizofrenia simplek atau gejala campuran hebefrenia dan katatonia. Tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan, (Maramis, 2008).

e. Episode skizofrenia akut

Gejala skizofrenia ini timbul mendadak sekali dan pasien seperti keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar dan dirinya sendiri berubah. Semuanya seakan-akan mempunyai arti yang khusus baginya.

Prognosisnya baik dalam waktu beberapa minggu atau biasanya kurang dari enam bulan penderita sudah baik. Kadang-kadang bila kesadaran yang berkabut tadi hilang, maka timbul gejala-gejala salah satu jenis skizofrenia yang lainnya, (Maramis, 2008).

f. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual, merupakan keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia, (Maramis, 2008).

g. Skizofrenia skizoafektif

Pada skizofrenia skizoafektif, di samping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan, juga gejala-gejala depresi atau gejala-gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan (Maramis, 2008).

2.2.5 Diagnosis

Menurut Maslim (2007) diagnosis skizofrenia ditegakkan berdasarkan pedoman diagnostik PPDGJ III yaitu :

- a. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):
 1. “*thought echo*” yaitu isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda.
 2. “*thought insertion or withdrawal*” yaitu isi yang asing dan luar masuk ke dalam pikirannya (insertion) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (withdrawal).
 3. “*thought broadcasting*” yaitu isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
 4. “*delusion of control*” yaitu waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau.
 5. “*delusion of passivity*” yaitu waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang “dirinya” = secara jelas merujuk kepergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus)
 6. “*delusional perception*” yaitu pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat;
- b. Halusinasi auditorik

1. Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau
 2. Mendiskusikan perihal pasien pasien di antara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau
 3. Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
- c. Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dan dunia lain).

Paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas:

- a) Halusinasi yang menetap dan panca-indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu minggu atau berbulan-bulan terus menerus;
- b) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkohereni atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme;
- c) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor

- d) Gejala-gejala “*negative*”, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi oleh depresi atau medikasi neuroleptika;
- e) Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase non psikotik (prodromal)
- f) Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dan beberapa aspek perilaku pribadi (personal behavior), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu sikap larut dalam diri sendiri (*self-absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.

Menurut Maramis, (2008) membuat diagnosa skizoprenia dengan memperhatikan gejala-gejala pada tiga buah koordinat. Koordinat pertama (organobiologik) yaitu, autisme, gangguan afek dan emosi, gangguan asosiasi (proses berfikir), ambivalensi (gangguan kemauan) serta gangguan aktifitas maupun gangguan konsentrasi. Koordinat kedua (psikologik) yaitu, gangguan pada cara berfikir yang tidak sesuai lagi dengan perkembangan keperibadian, dengan memperhatikan perkembangan ego, sistematis motivasi dan psikodinamika dalam interaksi dengan lingkungan. Koordinat ketiga (sosial) yaitu, gangguan pada kehidupan sosial penderita yang diperhatikan secara fenomenologik.

2.2.6 Prognosis skizofrenia

Walaupun remisi penuh atau sembuh pada skizofrenia itu ada, kebanyakan orang mempunyai gejala sisa dengan keparahan yang bervariasi. Secara umum 25% individu sembuh sempurna, 40% mengalami kekambuhan dan 35% mengalami perburukan. Sampai saat ini belum ada metode yang dapat memprediksi siapa yang akan menjadi sembuh siapa yang tidak, tetapi ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya seperti : usia tua, faktor pencetus jelas, onset akut, riwayat sosial / pekerjaan pramorbid baik, gejala depresi, menikah, riwayat keluarga gangguan mood, sistem pendukung baik dan gejala positif ini akan memberikan prognosis yang baik sedangkan onset muda, tidak ada faktor pencetus, onset tidak jelas, riwayat sosial buruk, autistik, tidak menikah/janda/duda, riwayat keluarga skizofrenia, sistem pendukung buruk, gejala negatif, riwayat trauma prenatal, tidak remisi dalam 3 tahun, sering relaps dan riwayat agresif akan memberikan prognosis yang buruk, (Luana, 2007).

2.2.7 Pengobatan skizofrenia

a. Psikofarmaka

Pada dasarnya semua obat anti psikosis mempunyai efek primer (efek klinis) yang sama pada dosis ekuivalen, perbedaan utama pada efek sekunder (efek samping: sedasi, otonomik, ekstrapiramidal). Pemilihan jenis anti psikosis mempertimbangkan gejala psikosis yang dominan dan efek samping obat. Pergantian disesuaikan dengan dosis ekuivalen. Apabila obat antipsikosis tertentu tidak memberikan respons klinis dalam dosis yang sudah optimal setelah jangka waktu yang tepat, dapat diganti dengan obat anti psikosis lain (sebaiknya dan golongan yang tidak sama) dengan dosis

ekuivalennya. Apabila dalam riwayat penggunaan obat anti psikosis sebelumnya sudah terbukti efektif dan efek sampingnya ditolerir baik, maka dapat dipilih kembali untuk pemakaian sekarang. Bila gejala negatif lebih menonjol dari gejala positif pilihannya adalah obat anti psikosis atipikal. Sebaliknya bila gejala positif lebih menonjol dibandingkan gejala negatif pilihannya adalah tipikal. Begitu juga pasien-pasien dengan efek samping ekstrapiramidal pilihan kita adalah jenis atipikal (Maramis, 2008).

Obat antipsikotik yang beredar di pasaran dapat di kelompokkan menjadi dua bagian yaitu anti psikotik generasi pertama (APG I) dan anti psikotik generasi ke dua (APG II). APG I bekerja dengan memblok reseptor D2 di mesolimbik, mesokortikal, nigostriatal dan tuberoin fundibular sehingga dengan cepat menurunkan gejala positif tetapi pemakaian lama dapat memberikan efek samping berupa: gangguan ekstrapiramidal, tardive dyskinesia, peningkatan kadar prolaktin yang akan menyebabkan disfungsi seksual/peningkatan berat badan dan memperberat gejala negatif maupun kognitif. Selain itu APG I menimbulkan efek samping anti kolinergik seperti mulut kering pandangan kabur gangguan miksi, defekasi dan hipotensi. APG I dapat dibagi lagi menjadi potensi tinggi bila dosis yang digunakan kurang atau sama dengan 10 mg di antaranya adalah trifluoperazine, fluphenazine, haloperidol dan pimozide. Obat-obat ini digunakan untuk mengatasi sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, menarik diri, hipoaktif, waham dan halusinasi. Potensi rendah bila dosisnya lebih dari 50 mg di antaranya adalah chlorpromazine dan thiondazine digunakan pada penderita dengan gejala dominan gaduh gelisah, hiperaktif dan sulit tidur.

APG II sering disebut sebagai serotonin dopamin antagonis (SDA) atau anti psikotik atipikal. Bekerja melalui interaksi serotonin dan dopamin pada keempat jalur dopamin di otak yang menyebabkan rendahnya efek samping extrapiramidal dan sangat efektif mengatasi gejala negatif. Obat yang tersedia untuk golongan ini adalah clozapine, olanzapine, quetiapine dan rispendon, (Luana, 2007).

Dalam pengaturan dosis perlu mempertimbangkan:

1. Onset efek primer (efek klinis): 2-4 minggu. Onset efek sekunder (efek samping): 2-6 jam.
2. Waktu paruh: 12-24 jam (pemberian 1-2x per hari)
3. Dosis pagi dan malam dapat berbeda (pagi kecil, malam besar) sehingga tidak mengganggu kualitas hidup penderita.
4. Obat anti psikosis *long acting*: fluphenazine decanoate 25 mg/cc atau haloperidol decanoas 50 mg/cc, IM untuk 2-4 minggu. Berguna untuk pasien yang tidak/sulit minum obat, dan untuk terapi pemeliharaan.

b. Psikososial

Ada beberapa macam metode yang dapat dilakukan antara lain:

1. Psikoterapi individual

a) Terapi suportif

Yaitu memberikan dorongan, semangat dan motifasi agar pasien tidak merasa putus asa dan semangat juang nya dalam menghadapi hidup ini tidak kendur dan menurun.

b) Sosial skill training

Salah satu intervensi dengan teknik modifikasi perilaku didasarkan prinsip-prinsip bermain peran, praktek dan umpan balik guna meningkatkan kemampuan klien dalam menyelesaikan masalah pada klien depresi, skizofrenia, klien dengan gangguan perilaku kesulitan berinteraksi, mengalami social phobia dan klien yang mengalami kecemasan (Stuart, 2009; Vacarolis, 2010; Kneisl, 2004).

c) Terapi okupasi

Yaitu suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu yang telah ditetapkan. Terapi ini berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada seseorang, pemeliharaan dan peningkatan bertujuan untuk membentuk seseorang agar mandiri, tidak tergantung pada pertolongan orang lain (Ryadi dan Purwanto, 2009)

d) Terapi kognitif dan perilaku (CBT)

Bertujuan agar penderita dapat kembali mandiri dalam melakukan aktivitas normalnya. Terapi-terapi yang digunakan meliputi terapi perilaku, terapi berorientasi-keluarga, terapi kelompok, dan psikoterapi individual (Kaplan dkk., 2010)

c. Psikoterapi kelompok

Terapi kelompok pada pasien gangguan jiwa biasanya memusatkan pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata. Terapi kelompok efektif dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan tes realitas bagi pasien (Kaplan dan Saddock, 2010). Terapi

kelompok ini mencakup dari yang usaha yang menekankan pada dukungan dan peningkatan terhadap kemampuan sosial, penyembuhan spesifik yang bersifat sintomatis, hingga pada konflik intrapsikis yang belum terpecahkan.

1. Psikoterapi keluarga

Yaitu salah satu bentuk intervensi psikologis keluarga sebagai sub bab pada psikologis klinik. Terapi keluarga merupakan pendekatan terapeutik yang melihat masalah individu dalam konteks lingkungan khususnya keluarga dan lebih berfokus pada proses interpersonal. Tetapi keluarga merupakan intervensi spesifik dengan tujuan membina komunikasi secara terbuka dan transaksi keluarga secara sehat.

2. Manajemen kasus : *Assertive Community Treatment (ACT)*

Yaitu terapi yang mengajarkan pasien untuk menerima pikiran yang mengganggu dan dianggap tidak menyenangkan dengan menempatkan diri sesuai dengan nilai yang dianut sehingga ia akan menerima kondisi yang ada (Widuri, 2012). Terapi ACT mengajarkan pasien untuk menerima pikiran yang mengganggu dan dianggap tidak menyenangkan seperti perasaan ketakutan, kecemasan, depresi, ketidak berdayaan, dan berbagai respon fisik.

2.2.8 Prognosa.

- a. Kesembuhan total (*total recovery*), mungkin sembuh seterusnya dan mungkin kambuh 1 – 2 kali.
- b. Kesembuhan sosial (*social recovery*).
- c. Keadaan kronis yang stabil.
- d. Umur : makin muda umur permulaannya makin jelek prognosanya.

- e. Kepribadian prepsikotik :bila skizoid dan hubungan antar manusia kurang memuaskan maka prognosa lebih jelek.
- f. Bila skizoprenia timbul secara akut, maka prognosa lebih baik daripada bila penyakit itu mulai secara pelan-pelan.
- g. Prognosa pada jenis katatonik yang paling baik.
- h. Pengobatan : makin cepat pengobatan makin baik prognosanya.
- i. Bila terdapat faktor pencetus, seperti penyakit badaniah atau stres psikologik maka prognosa lebih baik.
- j. Faktor keturunan : prognosa menjadi lebih berat bila di dalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita skizoprenia.

2.3 Konsep kekambuhan (*skizofrenia*)

2.3.1 Definisi Kekambuhan

Menurut penelitian Ali (2014) mengatakan kekambuhan merupakan keadaan pasien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali (Andri, 2008). Dan dengan adanya kambuh berulang dikaitkan dengan penurunan kognitif yang lebih besar dan lebih buruk (Sullivan *et al.*, 2017). Dengan sekitar atau lingkungan yang penuh stress dapat memicu pada orang-orang yang mudah terkena depresi, dimana dapat ditemukan bahwa orang-orang yang mengalami kekambuhan lebih besar kemungkinannya daripada orang-orang yang tidak mengalami kejadian-kejadian buruk dalam kehidupan mereka.

2.3.2 Faktor-Faktor Kekambuhan

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kekambuhan penderita gangguan jiwa dalam Keliat (2003), meliputi :

a. Pasien

Secara umum bahwa pasien yang minum obat secara tidak teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% pasien skizofrenia yang pulang dari rumah sakit jiwa tidak memakan obat secara teratur. Pasien kronis, khususnya skizofrenia sukar mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidakmampuan mengambil keputusan. Di rumah sakit perawat bertanggung jawab dalam pemberian atau pemantauan pemberian obat sedangkan di rumah tugas perawat digantikan oleh keluarga.

b. Dokter

Minum obat yang teratur dapat mengurangi kekambuhan, namun pemakaian obat neuroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping yang mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Pemberian obat oleh dokter diharapkan sesuai dengan dosis terapeutik sehingga dapat mencegah kekambuhan.

c. Penanggung Jawab Pasien (*Case Manager*)

Setelah pasien pulang ke rumah, maka penanggung jawab kasus mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk bertemu dengan pasien, sehingga dapat mengidentifikasi gejala dini pasien dan segera mengambil tindakan.

d. Keluarga

Ekspresi emosi yang tinggi dari keluarga diperkirakan menyebabkan kekambuhan yang tinggi pada pasien. Hal lain adalah pasien mudah

dipengaruhi oleh stres yang menyenangkan maupun yang menyedihkan. Keluarga mempunyai tanggung jawab yang penting dalam proses perawatan di rumah sakit jiwa, persiapan pulang dan perawatan di rumah agar adaptasi klien berjalan dengan baik. Kualitas dan efektifitas perilaku keluarga akan membantu proses pemulihan kesehatan pasien sehingga status kesehatan pasien meningkat.

e. Dukungan lingkungan sekitar.

Dukungan lingkungan sekitar tempat tinggal klien yang tidak mendukung dapat juga meningkatkan frekuensi kekambuhan, misalnya masyarakat menganggap klien sebagai individu yang tidak berguna, mengucilkan klien, mengejek klien dan seterusnya.

2.3.3 Peran Keluarga Dalam Mencegah Kekambuhan Klien

Empat faktor penyebab klien kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit menurut Sullinger (1988).

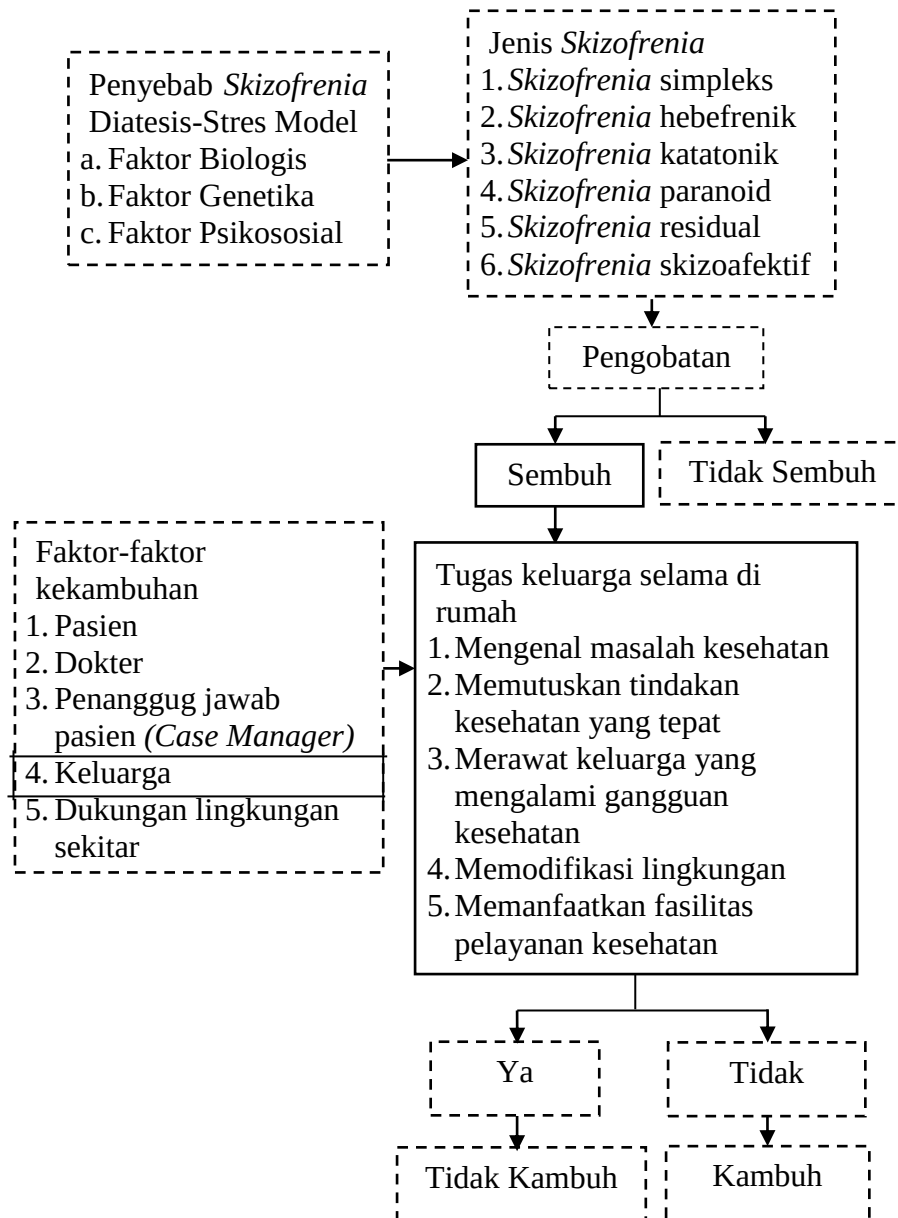
- a. Klien sudah; sudah umum diketahui bahwa klien gagal memakan obat secara teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh.
- b. Dokter (pemberi resep; mengkonsumsi obat secara teratur dapat mengobati secara kekambuhan, dokter yang memberi resep diharapkan tetap waspada dalam mengidentifikasi dosis terapeutik yang dapat mencegah kekambuhan dan efek samping.
- c. Penanggung jawab klien setelah klien pulang kerumah maka perawat puskesmas bertanggung jawab atas program adaptasi di rumah.
- d. Keluarga telah perhatikan bahwa melibatkan diri dengan klien diperkirakan dapat mengalami kekambuhan dalam waktu Sembilan bulan. Selain itu

klien mudah dipengaruhi oleh stres yang menyenangkan dan menyedihkan.

Dengan terapi keluarga klien dapat mengatasi dan mengurangi stres.

- e. Penderita tidak minum obat dan tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat, serta adanya masalah kehidupan yang berat dapat memicu stress. sehingga penderita kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit.
- f. Peran dan dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam perawatan pada kekambuhan pasien gangguan jiwa terhadap pengobatan pada umumnya pasien jiwa belum mampu mengatur jadwal minum obat secara teratur dan jenis obat yang diminum. Perawatan pada pasien akan sia-sia jika kurangnya peran keluarga dalam merawat anggota keluarga nya yang sakit (M sandy, dkk, 2013)

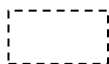
2.4 Kerangka Pikiran



Keterangan



: Diteliti



: Tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka pikiran studi kasus gambaran pelaksanaan tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya 2019