

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2. 1 Konsep Skizofrenia

2. 1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku, pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru afek yang datar atau tidak sesuai, dan berbagai gangguan aktifitas motorik yang bizzare (perilaku aneh), pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi. Orang-orang yang menderita skizofrenia umumnya mengalami beberapa episode akut simtom–simtom, diantara setiap episode mereka sering mengalami simtom–simtom yang tidak terlalu parah namun tetap sangat mengganggu keberfungsian mereka. Komorbiditas dengan penyalahgunaan zat merupakan masalah utama bagi para pasien skizofrenia, terjadi pada sekitar 50 persennya.(Konsten & Ziedonis. 1997, dalam Davison 2010 dikutip Nurcholis, 2013). Menurut Prof. Dr. dr. Dadang Hawari dalam bukunya *al-Qur'an Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa Skizofrenia* adalah gangguan jiwa yang penderitanya tidak mampu menilai realitas dalam dirinya sendiri. (Hawari, 2007).

Skizofrenia adalah jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler (dalam Maramis, 2009) membagi gejala – gejala skizofrenia menjadi 2 kelompok :

a. Gejala – gejala primer:

- 1) Gangguan proses berpikir,
- 2) Gangguan emosi,
- 3) Gangguan kemauan,
- 4) Autisme

b. Gejala – gejala sekunder

- 1) Waham,
- 2) Halusinasi,
- 3) Gejala katatonik atau gangguan psikomotor yang lain

2. 1.2 Epidemiologi

a. Usia dan Jenis Kelamin

Awitan terjadi lebih dini pada pria dibandingkan wanita. Usia puncak awitan adalah 10-25 tahun untuk pria dan 25-35 tahun untuk wanita. Awitan terjadi lebih dini pada pria dibandingkan wanita. Usia puncak awitan adalah 10-25 tahun untuk pria dan 25-35 tahun untuk wanita. Wanita memiliki dua puncak distribusi usia, yaitu kurang lebih 3-10% wanita mengalami awitan penyakit di usia paruh baya yakni diatas usia 40 tahun (Sadock, *et al.*, 2015). Pasien yang mengalami pengobatan skizofrenia hampir 90% berusia antara 15-55 tahun, awitan skizofrenia dibawah 10 tahun dan diatas 60 tahun sangat jarang. Awitan yang terjadi setelah usia 45 tahun memiliki istilah tersendiri yaitu skizofrenia awitan-

lambat (Sadock, *et al.*, 2015). Insidensi pada keduanya seimbang, walaupun pria cenderung memiliki awitan yang lebih awal daripada wanita dan derajat penyakit yang lebih parah (Semple & Smyth, 2013), namun ada sebuah *systematic review* menunjukkan sebaliknya, yaitu bahwa insidensi pada pria lebih besar dibandingkan wanita dengan rata-rata rasio pria dibandingkan wanita 1.4:1 (McGrath, *et al.*, 2008). Wanita cenderung memiliki derajat penyakit yang lebih ringan, gejala negatif yang lebih sedikit dan hasil akhir yang lebih baik daripada pria (Murray, *et al.*, 2008), selain itu data juga menunjukkan bahwa wanita lebih cenderung memiliki kemampuan fungsi sosial yang lebih baik daripada pria sebelum awitan penyakit (Sadock, *et al.*, 2015).

b. Insidensi

Menurut data Kementerian Kesehatan tahun 2013 jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia lebih dari 28 juta orang dengan kategori gangguan jiwa ringan 14,3% dan 17% atau 1000 orang menderita gangguan jiwa berat. Berdasarkan laporan yang berasal dari rumah sakit dan Provinsi Jawa Timur pada tahun 2007, jumlah gangguan mental yang ada sebanyak 48.200 kasus (11,91% per 1000 penduduk), mengalami peningkatan disbanding tahun 2005 dimana jumlah kasus per 1000 penduduk saat itu sebesar 5,44 (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2007). Berdasarkan data di Liponsos keputih pada Juni 2018 pasien terdapat 1046 dengan gangguan jiwa 710 pasien laki –laki dan 334 pasien perempuan 80 % klien terdiagnosa halusinasi dan sisa nya klien terdiagnosa menarik diri, waham, perilaku kekerasan.

c. Prevalensi

Prevalensi adalah perkiraan jumlah kasus per 1000 orang yang beresiko pada suatu populasi pada waktu tertentu (*point prevalence*) atau selama periode tertentu (*period prevalence*) (Sadock, *et al.*, 2009). Prevalensi seumur hidup pasien skizofrenia sekitar 15-19/1000 penduduk dan prevalensi pada suatu waktu tertentu berkisar antara 2-7/1000 penduduk (Semple & Smyth, 2013). Data Riset kesehatan dasar (2013) menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat termasuk Psikosis dan Skizofrenia di Indonesia adalah 1,7 orang per mil (Riskesdas, 2013), artinya ada 1-2 penduduk dari 1000 penduduk yang menderita gangguan jiwa berat dan provinsi D.I.Y merupakan provinsi dengan penderita gangguan jiwa berat tertinggi di Indonesia dengan angka kejadian 2,7 orang per mil atau 2-3 penduduk per 1000 penduduk (Riskesdas, 2013).

d. Kormobilitas medis

Kondisi medis yang umum terjadi pada pasien skizofrenia dibandingkan populasi umum meliputi, diabetes, PPOK, HIV/AIDS dan hepatitis B serta C (Mueser & Jeste, 2008), selain itu tuberkulosis, epilepsi, arteriosklerosis serta penyakit jantung iskemik juga umum terjadi (Semple & Smyth, 2013).

Data prevalensi menunjukkan, orang dengan skizofrenia hampir 75% memiliki kondisi medis penyerta, dan banyak dari mereka memiliki lebih dari satu gangguan medis, sekitar 33% Orang menderita diabetes, 25% menderita hipertensi dan 12,5% memiliki penyakit kardiovaskular lainnya,

sedangkan orang dengan gangguan jiwa serius diperkirakan hampir 25% menderita PPOK, 25% terinfeksi virus hepatitis B, 20% terinfeksi virus hepatitis C dan paling tinggi hingga 25% terinfeksi HIV. Gangguan medis tersebut dihubungkan dengan faktor gaya hidup, seperti merokok, penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol, praktek hubungan seksual yang tidak aman, obesitas, diet yang buruk, dan olahraga yang kurang, sebagai tambahannya pengobatan antipsikotik secara umum meningkatkan resiko bertambahnya berat badan atau penyakit medis, termasuk diabetes (Mueser & Jeste, 2008).

e. Angka Harapan Hidup

Pasien dengan skizofrenia diketahui memiliki angka harapan hidup lebih rendah dari orang normal yaitu sekitar 20% (Semple & Smyth, 2013) atau 11-20 tahun lebih rendah (Laursen, *et al.*, 2014). Angka harapan hidup yang menurun ini terkait dengan berbagai penyebab, salah satunya bunuh diri yang merupakan penyebab paling umum dari kematian pasien skizofrenia, terhitung 10-38% dari penyebab dari seluruh kematian pada pasien skizofrenia (Semple & Smyth, 2013).

f. Pekerjaan Hidup

Penelitian yang dilakukan di Negara Polandia menunjukkan bahwa 95% pemberi kerja (*employers*) tidak berkeinginan untuk memperkerjakan orang dengan skizofrenia (ODS) untuk posisi apapun. Penelitian kedua di negara yang sama menunjukkan 70% responden percaya bahwa orang dengan gangguan kejiwaan seharusnya tidak diperkerjakan sebagai pengasuh anak, dokter, atau pemerintahan. Data juga menunjukkan bahwa

hanya 10% dari orang dengan gangguan jiwa di Polandia yang memiliki pekerjaan dibanding dengan 48% dari orang pada populasi umum (McDaid, 2008). Penelitian survei cross-sectional 732 orang dengan skizofrenia dari 27 negara menunjukkan, 70% orang dengan skizofrenia tidak memiliki pekerjaan, dan hampir separuhnya mengalami diskriminasi dalam pencarian atau mempertahankan pekerjaannya (Thornicroft, *et al.*, 2009)

g. Gelandangan psikotik

Gelandangan psikotik adalah mereka yang hidup di jalan karena suatu sebab mengalami gangguan kejiwaan yakni mental dan sosial, sehingga mereka hidup mengembara, berkeliaran, atau menggelandang di jalanan. Dalam gelandangan psikotik ini mereka sudah tidak memiliki pola pikir yang jelas dan mereka sudah tidak lagi mementingkan mengenai norma dan kebiasaan yang ada dalam masyarakat, selain itu juga mereka sudah tidak memiliki rasa malu dan memiliki amarah yang tidak bisa di kontrol jika sedang marah dan mereka pun tidak mampu merawat diri sendirinya akhirnya mereka terkena penyakit fisik.

Ciri-ciri gelandangan psikotik

- a) Tingkah laku dengan relasi sosialnya selalu asosial, eksentrik (kegilaan-gilaan dan kronis patologis). Kurang memiliki kesadaran sosial dan intelegensi sosial, ama fanatik dan sangat individualistis selalu bertentangan dengan lingkungan dan norma.
- b) Sikapnya masih sering berbuat kasar, kurang ajar dan ganas, marah tanpa ada sebabnya.

- c) Pribadinya tidak stabil, responnya kurang tepat dan tidak dapat untuk dipercaya.
- d) Tidak memiliki kelompok

2. 1.3 Etiologi

Terdapat beberapa teori yang dikemukakan para ahli yang menyebabkan terjadinya skizofrenia. Teori-teori tersebut antara lain :

1. Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubungan dengan sering timbulnya Skizofrenia pada waktu pubertas , waktu kehamilan atau puepenium dan waktu klimakterium, tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

2. Metabolisme

Teori ini mengemukakan bahwa skizofrenia disebabkan karena gangguan metabolisme karena penderita tampak pucat, tidak sehat, ujung extremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stuporkatatonik konsumsi zatrasam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dalam pemberian obat halusinasi organik seperti meskalin, amfetamin, diethylamide (LSD-25). Obat –obat tersebut dapat menimbulkan gejala-gejala skizofrenia, tetapi reversible.

3. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada susunan saraf tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya

skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah , suatu maladaptasi sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjatuhkan diri kenyataan (otisme).

4. Teori Stigmund Freud

Teori Sigmund Freud juga termasuk teori psikogenik. Menurut freud, skizofrenia terdapat

- 1) Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenikataupun somatik.
- 2) Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme.
- 3) Kehilangan kapasistas untuk pemindahan (transference)sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

5. Teori Eugen Bleuler

Penggunaan istilah skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bluder membagi gejala Skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikir, gangguan emosi, gangguan kemauan danotisme), gejala sekunder (waham , halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain)

2. 1.5 Jenis-jenis skizofrenia

Kraepelin (dalam Maramis, 2009) membagi skizofrenia menjadi beberapa jenis.Penderita digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi batas-batas golongan-

golongan ini tidak jelas, gejala-gejala dapat berganti-ganti atau mungkin seorang penderita tidak dapat .

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid agak berbeda dengan yang lainnya, timbul diatas usia 30 tahun, dengan gejala yang mencolok ialah waham primer disertai waham sekunder dan halusinasi, bila pemeriksaan lebih teliti maka akan ditemukan gangguan proses berfikir, gangguan afek emosi dan kemauan.

b. Skizofrenia hebefrenik

Sering timbul pada masa pertama kali 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 kadang kala emosi, kemunduran kemauan, afek pasien dangkal dan tidak wajar, sering disertai cekikan atau perasaan puas diri, senyum sendiri.

c. Skizofrenia katatonik

Timbul pertama kali antara umur 25-30 tahun. Biasanya akut serta didahului oleh stress 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.

d. Skizofrenia tak terinci

Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik atau katatonik. Tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.

e. Skizofrenia depresi pasca-skizofrenia

Pasien telah menderita skizofrenia (yang memenuhi kriteria umum skizofrenia) selama 12 bulan terakhir ini . Gejala-gejala depresi menonjol dan mengganggu memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32) dalam waktu kurun paling sedikit 2 minggu.

f. Skizofrenia residual

Keadaan skizofrenia dengan gejala primer menurut Bleurer 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.

g. Skizofrenia simpleks

Diagnosa skizofrenia simpleks sulit dibuat secara menyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalan dan progresif dari gejala negative yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik, disertai perubahan-perubahan perilaku pribadi yang bermakna.

2. 1.6 Perjalanan Penyakit

Perjalanan penyakit skizofrenia sangat bervariasi pada tiap-tiap individu. Perjalanan klinis skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan,

meliputi beberapa fase yang dimulai dari keadaan premorbid, prodromal, fase aktif dan keadaan residual (Sadock, 2003; Buchanan, 2005). Pola gejala premorbid merupakan tanda pertama penyakit skizofrenia, walaupun gejala yang ada dikenali hanya secara retrospektif. Karakteristik gejala skizofrenia yang dimulai pada masa remaja akhir atau permulaan masa dewasa akan diikuti dengan perkembangan gejala prodromal yang berlangsung beberapa hari sampai beberapa bulan. Tanda dan gejala prodromal skizofrenia dapat berupa cemas, gundah (gelisah), merasa diteror atau depresi. Penelitian retrospektif terhadap pasien dengan skizofrenia menyatakan bahwa sebagian penderita mengeluhkan gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan dan masalah pencernaan (Sadock, 2003). Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis, yaitu adanya kekacauan dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Penilaian pasien skizofrenia terhadap realita terganggu dan pemahaman diri (tilikan) buruk sampai tidak ada. Fase residual ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia. Yang tinggal hanya satu atau dua gejala sisa yang tidak terlalu nyata secara klinis, yaitu dapat berupa penarikan diri (withdrawal) dan perilaku aneh (Buchanan, 2005).

2. 1.8 Penatalaksanaan skizofrenia

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. Bila sudah dapat diadakan kontak, maka dilakukan

bimbingan tentang hal – hal yang praktis. Walaupun penderita mungkin tidak sempurna sembuh, tetapi dengan pengobatan dan bimbingan yang baik penderita dapat ditolong untuk berfungsi terus, bekerja sederhana di rumah ataupun diluar. (Maramis, 2010).

Beberapa pengobatan yang diberikan yakni :

1. Farmakoterapi

Neroleptika dengan dosis efektif rendah lebih bermanfaat pada penderita dengan skizofrenia yang menaun, yang dengan dosis efektif tinggi lebih berfaedah para penderita dengan psikomotorik yang meningkat. Para penderita paranoid trifloperazin rupanya tidak berhasil. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi, maka penderita tidak begitu terpengaruh lagi dan menjadi lebih kooperatif, mau ikut serta dengan kegiatan lingkungannya dan mau ikut terapi kerja. Jika serangan itu baru yang pertama kali, maka sesudah gejala-gejala menghilang, dosis dipertahankan selama beberapa bulan lagi. Jika serangan Skizofrenia itu sudah lebih dari satu kali, maka sesudah gejala mereda, obat diberi terus selama satu atau dua tahun. Untuk pasien dengan skizofrenia menaun, neroleptika diberikan dalam jangka waktu yang tidak ditentukan lamanya dengan dosis yang naik turun sesuai dengan keadaan pasien. Senantiasa kita harus waspada terhadap efek samping yang terjadi. Hasilnya lebih baik bila neroleptika mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit. Tidak ada dosis standart untuk obat ini, tetapi dosis ditetapkan secara individual (Maramis, 2010). Dosis neroleptika disesuaikan sehingga

tercapai dosis terapeutik. Dapat dimulai dosis yang rendah lalu pelan pelan dinaikan, dapat juga langsung diberi dosis tinggi, tergantung pada keadaan pasien dan kemungkinan timbulnya efek samping. Bila sebelumnya pasien pernah memakai suatu neuroleptik, dengan hasil yang baik dan sekarang memerlukan lagi medikasi neuroleptik, maka sebaiknya diberi neuroleptik yang sama seperti dahulu karena sensitivitas pasien terhadap berbagai neuroleptika berbeda, belum ada neuroleptika yang paling unggul terhadap skizofrenia. (Maramis, 2010).

2. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisa tidak membawa hasil yang diharapkan. Bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita skizofrenia karena justru dapat menambah isolasi dan otisme. Yang dapat membantu penderita ialah psikoterapi suportif individual atau kelompok, serta bimbingan yang praktis dengan maksud untuk mengembalikan penderita ke masyarakat.

Terapi kerja baik sekali untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain (penderita lain, perawat, dan dokter). Maksudnya ia tidak mengasingkan diri lagi, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama. Perawat melaksanakan fungsi pendampingan untuk menambah keterampilan klien untuk lebih memaksimalkan potensinya dalam bidang seni. Klien didorong untuk membuat handmade yang dapat bermanfaat untuk sehari-hari di Liponsos keputih. Perawat tidak hanya mengobati penyakit jiwa tetapi

juga penyakit fisik pasien dengan merujuk ke pelayanan kesehatanyang terdekat. Pemikiran masalah falsafat atau kesenian bebas dalam bentuk melukis bebas atau bermain music bebas tidak dianjurkan sebab dapat menambah otisme. Bila dilakukan juga, maka harus ada pemimpin dan ada tujuan yang lebih dahulu sudah ditentukan.

Perlu juga diperhatikan lingkungan penderita. Bila mungkin diatur sedemikian rupa sehingga ia tidak mengalami stress terlalu banyak (Maramis, 2010).

2.2 Konsep Penyakit Penyerta

Penyakit penyerta adalah Penyakit yang menyertai suatu penyakit. Penyakit penyerta berisi tentang berbagai macam penyakit yang diderita pasien pada saat itu. Informasi yang diperoleh biasanya lewat pasien dan observasi. Orang dengan skizofrenia biasanya rentan akan penyakit penyerta. Data prevelensi menunjukkan orang dengan skizofrenia hampir 75% memiliki kondisi medis penyerta, dan banyak dari mereka memiliki lebih dari satu gangguan medis, sekitar 33%. Gangguan medis tersebut dihubungkan dengan faktor gaya hidup, seperti merokok, penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol, praktek hubungan seksual yang tidak aman, obesitas, diet yang buruk, dan olahraga yang kurang, sebagai tambahannya pengobatan antipsikotik secara umum meningkatkan resiko bertambahnya berat badan atau penyakit medis, termasuk diabetes (Mueser & Jeste, 2008). Disamping penyakit medis ada pula dikarenakan masalah keperawatan jiwa itu sendiri seperti menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi.

2.2.1 Diagnosa Keperawatan Jiwa

a. Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (*hygiene*), berpakaian / berhias, makan dan BAB / BAK (*toileting*) (Fitria, 2009).

b. Isolasi Sosial

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Keliat, 2011).

c. Halusinasi

Halusinasi didefinisikan sebagai seseorang yang merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada stimulus dari manapun, baik stimulus suara, bayangan, bau-bauan, pengecapan maupun perabaan (yosep,2011).

d. Waham

Menurut (Depkes RI, 2000) Waham adalah suatu keyakinan klien yang tidak sesuai dengan kenyataan, tetapi dipertahankan dan tidak dapat diubah secara logis oleh orang lain. Keyakinan ini berasal dari pemikiran klien yang sudah kehilangan kontrol (Direja, 2011).

e. Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan atau agresif merupakan bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis.

Marah tidak memiliki tujuan khusus, tapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan – perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Dermawan dan Rusdi, 2013).

f. Resiko Bunuh Diri

Bunuh diri adalah tindakan agresif yang merusak diri sendiri dan dapat mengakhiri kehidupan. Bunuh diri merupakan keputusan terakhir dari individu untuk memecahkan masalah yang dihadapi (Captain, 2008).

2.2.2 Pengertian Penyakit Menular

Dewasa ini banyak penyakit menular yang telah mampu diatasi bahkan ada yang telah dapat dibasmi berkat kemajuan teknologi dalam mengatasi masalah lingkungan biologis yang erat hubungannya dengan penyakit menular.

Penyakit menular ialah penyakit yang dapat berpindah dari seseorang ke orang lain. Penyakit dapat ditularkan baik melalui kontak langsung dengan penderita, melalui binatang perantara, udara, makanan dan minuman, atau benda-benda yang sudah tercemar oleh bakteri, virus, cendawan, atau jamur.

Berkembangnya penyakit menular di Indonesia merupakan akibat dari rendahnya tingkat pendidikan masyarakat, ditambah lagi dengan keadaan lingkungan yang kurang terawat menyebabkan munculnya berbagai wabah penyakit. Untuk mencegah dan mengatasi wabah penyakit itu, pemerintah membekali setiap petugas kesehatan dengan pengetahuan dan keterampilan untuk pencegahan serta penanganan masalah wabah penyakit menular tersebut.

2.2.3 Cara-Cara Penularan Penyakit Menular

Penyakit menular dapat berpindah dari penderita ke orang lain dengan cara-cara sebagai berikut.

a. Melalui Kontak Jasmani (*Personal Contact*)

Kontak jasmani terdiri atas dua jenis, yaitu kontak langsung dan kontak tidak langsung.

1) Kontak Langsung (Direct Contact)

Penyakit dapat menular kepada orang lain karena adanya kontak langsung antara anggota badan dengan anggota badan orang yang ditulari. Misalnya, penularan penyakit kelamin dan penyakit kulit.

2) Kontak Tak Langsung (Indirect Contact)

Penyakit dapat menular kepada orang lain melalui perantara benda-benda yang telah terkontaminasi (tercemar) oleh penderita, misalnya melalui handuk, pakaian, dan saputangan.

b. Melalui Makanan dan Minuman (*Food Borne Infection*)

Penyakit dapat menular melalui perantara makanan dan minuman yang telah terkontaminasi. Penyakit yang menular dengan cara ini terutama penyakit-penyakit yang berhubungan dengan saluran pencernaan makanan, seperti kolera, tifus, poliomyelitis, hepatitis, dan penyakit-penyakit yang disebabkan oleh cacing. Di negara miskin masih banyak orang menggunakan air yang tidak memenuhi syarat kesehatan untuk keperluan rumah tangga sehingga penyakit-penyakit tersebut seringkali ditularkan melalui air. Oleh karena itu, penyakit tersebut dinamakan juga *water borne diseases*.

c. Melalui Serangga (*Insect Borne Infection*)

Penyakit yang dapat menular dengan perantara serangga, antara lain sebagai berikut.

1. *Malaria*, yang disebabkan oleh *Plasmodium* dan ditularkan oleh nyamuk *Anopheles*.
2. *Demam berdarah*, yang disebabkan oleh salah satu virus dari selotipe genus *flavivirus* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*.
3. *Demam kuning*, yang disebabkan oleh arbovirus dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti*.
4. *Filariasis* atau penyakit kaki gajah, yang disebabkan oleh cacing *Filaria Bancrofti* atau *Filaria malayi*, ditularkan oleh nyamuk *Culex fatigans*.
5. Penyakit saluran pencernaan makanan dapat ditularkan oleh lalat yang dipindah-kan dari feses (kotoran) penderita ke makanan atau alat-alat makan.

d. Melalui Udara (*Air Borne Infection*)

Penyakit yang ditularkan dengan cara ini terutama pada penyakit saluran pernapasan, di antaranya sebagai berikut.

1. Melalui udara yang mengandung bibit penyakitnya, misalnya penularan penyakit TB.
2. Melalui ludah ketika batuk atau ber-cakap-cakap, misalnya penularan penyakit dipteri dan pertusis.

2.2.4 Jenis-Jenis Penyakit Menular yang Bersumber Lingkungan Tidak Sehat

Salah satu kebutuhan penting akan kesehatan lingkungan adalah masalah air bersih, persampahan dan sanitasi, yaitu kebutuhan akan air bersih,

pengelolaan sampah yang setiap hari diproduksi oleh masyarakat serta pembuangan air limbah yang langsung dialirkan pada saluran/sungai. Hal tersebut menyebabkan pendangkalan saluran/sungai, tersumbatnya saluran/sungai karena sampah. Pada saat musim penghujan selalu terjadi banjir dan menimbulkan penyakit.

Beberapa penyakit yang ditimbulkan oleh sanitasi yang kurang baik serta pembuangan sampah dan air limbah yang kurang baik diantaranya adalah :

a. Penyakit Tifus

1. Penyebab : bakteri *Salmonella typhi*.
2. Masa inkubasi : 10-14 hari.
3. Cara penularan : melalui makanan dan minuman yang mengandung *Salmonella typhi*.
4. Gejala-gejala :
 1. Merasa menggigil, letih, lemah dan sakit kepala,
 2. Hilang nafsu makan, diikuti dengan pendarahan hidung,
 3. Sakit punggung, mencret, dan sembelit,
 4. Kebanyakan penderita ini juga mengalami radang tenggorokan sehingga pada taraf permulaan penyakit tifus itu mungkin kelihatan seperti radang paru-paru. Suhu badan naik dan tetap tinggi selama kira-kira sepuluh hari sampai dua minggu dan berangsur-angsur turun menjelang akhir minggu keempat.
5. Pencegahan dan pemberantasannya :
 - 1) Pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang penyakit tifus.

- 2) Usahakanlah air minum dimasak sampai mendidih.
- 3) Menjaga kebersihan pribadi dan keluarga.
- 4) Menjaga kebersihan makanan dan minuman.
- 5) Menghilangkan sumber penularan dengan mencari dan mengobati semua penderita dalam masyarakat.

b. Penyakit Tuberculosis (TB)

1. Penyebab : bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*.
2. Masa inkubasi: antara 4-6 minggu.
3. Cara penularannya :
 - 1) Melalui pernapasan, bakteri masuk ke dalam paru-paru bersama udara,
 - 2) Melalui susu sapi yang diminum tanpa dipasteurisasi terlebih dahulu.
4. Gejala-gejala :
 - 1) Terasa lesu,
 - 2) demam,
 - 3) berat badan menurun,
 - 4) berkeringat pada malam hari, sertabatuk yang sukar sembuh dan kadang-kadang mengeluarkan darah.
5. Pencegahan dan pemberantasan :

Pada umumnya, pencegahan dan pemberantasan penyakit TB dijalankan dengan usaha-usaha sebagai berikut.

 - 1) Pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang penyakit TB.
 - 2) Pencegahan dengan cara :
 - a) vaksinasi BCG pada anak-anak umur 0-14 tahun dan,

- b) *chemoprophylactic* dengan INH pada keluarga penderita atau orang-orang yang pernah kontak dengan penderita.

c. Penyakit Hepatitis

Hepatitis ialah peradangan hati yang menahun karena suatu infeksi atau keracunan.

1. Penyebab: penyebab penyakit hepatitis ialah virus.
2. Masa inkubasi : selama 2-6 minggu
3. Cara penularan :
 - a) Pada ibu hamil bila terserang virus hepatitis B dapat menularkan pada bayinya yang ada di dalam kandung-an atau sewaktu menyusui. Bentuk penularan seperti inilah yang sering dijumpai pada penyakit hepatitis B.
 - b) Penularan hepatitis C dan Delta melalui tranfusi darah.
 - c) Hepatitis E penularannya melalui mulut.
3. Gejala-gejala :

Badan terasa lemah, suhu badan meningkat, mual-mual, dan kadang-kadang muntah, disertai sakit kepala, Setelah beberapa hari, air seninya berwarna seperti teh pekat, dan Mata terlihat kuning, akhirnya seluruh kulit tubuh menjadi kuning.

2. 2.5 Faktor Penyebab Penyakit Menular

Pada proses perjalanan penyakit menular di dalam masyarakat, maka dikenal adanya beberapa faktor yang memegang peranan penting antara

lain adanya faktor penyebab (agent) yakni organisme penyebab penyakit, adanya sumber penularan (reservoir maupun resources), adanya cara penularan khusus (*mode of transmission*), adanya cara meninggalkan penjamu dan cara masuk ke penjamu lainnya, serta keadaan ketahanan penjamu sendiri yang merupakan penyebab kausal (agent) penyakit menular adalah unsur biologis, yang bervariasi mulai dari partikel virus yang paling sederhana sampai organisme multi selular yang cukup kompleks yang dapat menyebabkan penyakit manusia. Unsur penyebab ini dapat dikelompokkan dalam beberapa kelompok yakni:

- a. Kelompok arthropoda (serangga), seperti pada penyakit scabies, pediculosis dan lain-lain.
- b. Kelompok cacing/helminth baik cacing darah maupun cacing perut dan yang lainnya.
- c. Kelompok protozoa, seperti plasmodium, amoeba, dan lain-lain.
- d. Fungus atau jamur, baik uniseluler maupun multiseluler.
- e. Bakteri termasuk spirocheata maupun rickettsia yang memiliki sifat tersendiri.

Makhluk biologis yang sebagian besar adalah kelompok mikro-organisme, unsur penyebab penyakit menular tersebut juga mempunyai potensi untuk tetap berusaha untuk mempertahankan diri terhadap faktor lingkungan di mana ia berada dalam usaha mempertahankan hidupnya serta mengembangkan keturunannya. Adapun usaha tersebut yang meliputi berkembang biak pada lingkungan yang sesuai/menguntungkan, terutama pada penjamu /host dimana mikro-

organisme tersebut berada, berpindah tempat dari satu penjamu lainnya yang lebih sesuai/menguntungkan, serta membentuk pertahanan khususnya pada situasi lingkungan yang jelek seperti membentuk spora atau bentuk lainya.

2. 2.6 Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular

a. Pencegahan Penyakit Menular

Pengertian pencegahan secara umum adalah mengambil tindakan terlebih dahulu sebelum kejadian. Dalam mengambil langkah-langkah untuk pencegahan, haruskan didasarkan pada data/keterangan yang bersumber dari hasil analisis epidemiologi atau hasil pengamatan penelitian epidemiologis.

1. Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*) yang meliputi promosi kesehatan dan pencegahan khusus, sasaran pencegahan pertama dapat ditujukan pada faktor penyebab, lingkungan .
2. Sasaran yang ditujukan pada faktor penyebab atau menurunkan pengaruh penyebab serendah mungkin dengan usaha antara lain: desinfeksi, pasteurisasi, sterilisasi, yang bertujuan untuk menghilangkan mikro-organisme penyebab penyakit, penyemprotan inteksida dalam rangka menurunkan menghilangkan sumber penularan maupun memutuskan rantai penularan, di samping karantina dan isolasi yang juga dalam rangka memutuskan rantai penularannya.

3. Mengatasi/modifikasi lingkungan melalui perbaikan lingkungan fisik seperti peningkatan air bersih, sanitasi lingkungan dan perubahan serta bentuk pemukiman lainnya, perbaikan dan peningkatan lingkungan biologis seperti pemberantasan serangga dan binatang pengerat, serta peningkatan lingkungan sosial seperti kepadatan rumah tangga, hubungan antar individu dan kehidupan sosial masyarakat.
4. Meningkatkan daya tahan yang meliputi perbaikan status gizi, status kesehatan umum dan kualitas hidup penduduk, pemberian imunisasi serta berbagai bentuk pencegahan khusus lainnya, peningkatan status psikologis, persiapan perkawinan serta usaha menghindari pengaruh faktor keturunan, dan peningkatan ketahanan fisik melalui peningkatan kualitas gizi, serta olah raga kesehatan.
5. Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*) yang meliputi diagnosis dini serta pengobatan yang tepat . sasaran pencegahan ini terutama ditunjukkan pada mereka yang menderita atau dianggap menderita (suspek) atau yang terancam akan menderita (masa tunas). Adapun tujuan usaha pencegahan tingkat kedua ini yang meliputi diagnosis dini dan pengobatan yang tepat agar dapat dicegah meluasnya penyakit atau untuk mencegah timbulnya wabah, serta untuk mencegah proses penyakit lebih lanjut serta mencegah terjadi akibat samping atau komplikasi.

6. Rehabilitasi adalah usaha pengembalian fungsi fisik, psikologi dan sosial optimal mungkin yang meliputi rehabilitasi fisik/medis, rehabilitasi mental/psikologis serta rehabilitasi sosial.

2. 2.7 Pengertian Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan salah satu atau masalah kesehatan dunia dan Indonesia yang sampai saat ini masih menjadi perhatian dalam dunia kesehatan karena merupakan salah satu penyebab dari kematian (Jansje & Samodra 2012).

Penyakit tidak menular (PTM), juga dikenal sebagai penyakit kronis, tidak ditularkan dari orang ke orang, mereka memiliki durasi yang panjang dan pada umumnya berkembang secara lambat (Riskesdas, 2013). Menurut Bustan (2007), dalam Buku Epidemiologi Penyakit Tidak Menular mengatakan bahwa yang tergolong ke dalam PTM antara lain adalah; Penyakit kardiovaskuler (jantung, atherosklerosis, hipertensi, penyakit jantung koroner dan stroke), diabetes melitus serta kanker, dan depresi, gangguan jiwa atau skizofrenia ..

2. 2.8 Contoh Penyakit tidak menular

1. Penyakit Kanker

Penyakit kanker merupakan salah satu penyakit yang sangat ditakuti saat ini. Kanker sebenarnya bukan penyakit atau rasa sakit. Sebenarnya adalah sebuah nama untuk kelompok besar macam-macam perasaan tidak sehat dengan gejala-gejala yang sama.

Faktor-faktor yang dapat membantu tumbuhnya kanker (tumor)

- 1). Virus-virus tertentu dianggap sebagai timbulnya kanker

- 2). Merokok membantu timbulnya kanker paru-paru dan timbulnya kanker kerongkongan
- 3). Alkohol dalam jumlah yang besar juga dapat menimbulkan kanker Hati.

2. Diabetes Melitus

Penyakit ini juga merupakan salah satu macam penyakit tidak menular adalah penyakit yang berkaitan dengan kadar gula dalam darah yang tinggi, Sebagai gambaran yang nyata dari seorang penderita diabetes yang tidak terawat, adalah orang tersebut mengeluarkan sejumlah besar urine yang mengandung kadar gula tinggi.

3. Penyakit Jantung

Macam-macam penyakit tidak menular lainnya adalah penyakit jantung. Kebanyakan orang yang karena perasaanya sendiri mengira bahwa diamenderita penyakit jantung adalah berjantung sehat. Jika orang tersebut diperiksa, mungkin dapat ditemukan jantungnya berdenyut terlalu cepat, terlalu lambat atau kurang teratur.

2. 2.9 Upaya Pencegahan Penyakit Tidak Menular.

a. Tingkat-tingkat pencegahan.

Prinsip upaya pencegahan lebih baik dari sebatas pengobatan tetap juga berlaku dalam penyakit tidak menular. Dikenal juga keempat tingkat pencegahan seperti berikutUpaya ini dimaksudkan dengan memberikan kondisi pada masyarakat yang memungkinkan penyakit tidak mendapat dukungan dasar dari kebiasaan, gaya hidup yang dan faktor resiko lainnya. Upaya pencegahan ini sangat kompleks

dan tidak hanya merupakan upaya dari pihak kesehatan saja. Prakondisi harus diciptakan dengan multimitra. Misalnya menciptakan prakondisi sehingga masyarakat meras bahwa rokok itu suatu kebiasaan yang kurang baik dan masyarakat mampu bersikap positif terhadap bukan perokok.

1. Pencegahan tingkat pertama meliputi:

Promosi kesehatan masyarakat, misalnya:

- 1) Kampanye kesadaran kesehatan.
- 2) Promosi kesehatan.
- 3) Pendidikan kesehatan masyarakat.

2. Pencegahan khusus, meliputi:

- 1) Pencegahan keterpaparan.
- 2) Pemberian kemopreventif.

b. Pencegahan tingkat kedua:

- 1) Diagnosis dini, misalnya dengan melakukan screening.
- 2) Pengobatan, misalnya kemoterapi atau tindakan bedah.

c. Pencegahan tingkat ketiga:

Meliputi rehabilitasi, misalnya perawatan rumah jompo, perawatan rumah orang sakit. Upaya pencegahan penyakit tidak menular ditujukan kepada faktor resiko yang telah diidentifikasi. Misalnya pada penderita stoke, hipertensi dianggap sebagai faktor resiko utama disamping faktor resiko lainnya. Upaya pencegahan stroke diarahkan kepada upaya pencegahan dan penurunan

hipertensi. Sebagai itu ada pendekatan yang menggabungkan ketiga bentuk upaya pencegahan dengan 4 faktor utama yang mempengaruhi terjadinya penyakit (gaya hidup, lingkungan, biologis dan pelayanan kesehatan).