

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal, serta memecahkan masalah (Stuart dan Sundeen, 2007).

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

Akhirnya timbul pendapat bahwa skizofrenia itu suatu gangguan psikomatis, gejala-gejala pada badan hanya sekunder karena gangguan dasar yang psikogenik atau merupakan manifeastasi somatik 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).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Penyebab skizofrenia sampai saat ini belum diketahui dengan pasti. Ada beberapa teori yang menyebabkan terjadinya *skizofrenia*. Menurut Maramis (2010) beberapa teori antara lain :

1. Teori somatogenik
 - 1) 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 2 telur atau heterozigot 2% - 15%, bayi kembar 1 telur atau monozigot 61% - 86% (Maramis, 2010).

2) 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).

3) Metabolisme

Ada orang menyangka bahwa *skizofrenia* disebabkan 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).

4) Susunan syaraf pusat

Ada yang mencari penyebab *skizofrenia* ke arah kelainan susunan syaraf pusat,yaitu diensefalon atau kortek otak. Tapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan post moilem (Maramis, 2010).

2. Teori psikogenik

Teori tersebut adalah:

1) Susunan syaraf 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.

2) Teori Sigmund Freud

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

3) Eugen Bleuler (1857-1938)

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

3. Teori sosiogenik

1) Keadaan sosial ekonomi

2) Pengaruh keagamaan

3) Nilai-nilai moral (Maramis, 2010)

2.1.3 Gejala Skizofrenia

Menurut Bleuler (1857-1938) membagi 2 kelompok gejala *skizofrenia*, yaitu:

1. Gejala primer

- 1) Gangguan proses pikiran meliputi bentuk, langkah dan isi pikiran, inti gangguan terdapat pada proses pikiran.
- 2) Gangguan afek emosi
- 3) Gangguan kemauan
- 4) Gangguan psikomotor.
2. Gejala sekunder
 - 1) Waham
 - 2) Halusinasi
 - 3) Gejala katatonik atau gangguan psikomotor yang lain.(Maramis, 2010)
Sedangkan Hawari (2011) membagi gejala *skizofrenia* menjadi gejala positif dan negatif, yaitu:
 - a. Gejala positif
 - 1) Delusi yaitu suatu keyakinan yang tak rasional atau tidak masuk akal tetapi diyakini kebenarannya.
 - 2) Kekacauan alam pikiran.
 - 3) Halusinasi yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan atau stimulus.
 - 4) Gaduh gelisah, tidak dapat diam, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
 - 5) Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu.
 - 6) Pikirannya penuh dengan kecurigaan, merasa ada ancaman.
 - 7) Menyimpan rasa permusuhan.
 - b. Gejala negatif
 - 1) Alam perasaannya atau afek yang tumpul dan mendatar, wajah yang tak menunjukkan ekspresi.

- 2) Menarik diri, tak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun.
- 3) Kontak emosional amat miskin, sukar di ajak bicara, pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- 5) Kesulitan dalam berpikir abstrak.
- 6) Tidak ada upaya dan usaha, tidak ada inisiatif, monoton, dan tidak ingin apa-apa.
- 7) Pola pikir stereotipe.

2.1.4 Penggolongan Jenis Penyakit

Pembagian jenis penyakit *skizofrenia* sebagai berikut :

1. Skizofrenia simplek

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 dan kemunduran kemauan.

2. Skizofrenia hebifrenik

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

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.

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 beberapa minggu atau kurang dari 6 bulan klien sudah baik.

6. *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.

7. *Skizofrenia skizoafektif*

Gejala *skizofrenia* dan depresi yang timbul secara bersamaan, jenis ini bisa sembuh tanpa ada efek atau mungkin timbul lagi serangan. (Maramis, 2010).

2.1.5 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, atau

sebagai suatu makhluk yang aneh dan inferior. 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 dirumah ataupun diluar rumah. (Maramis, 2010).

Beberapa usaha pengobatan yang diberikan yakni :

1. Farmakoterapi

Neroleptika dengan dosis efektif rendah lebih bermanfaat pada penderita dengan *skizofrenia* yang menahun, yang dengan dosis efektif tinggi lebih berfaedah pada penderita dengan psikomotorik yang meningkat. Pada penderita paranoid trifloperazin rupanya lebih berhasil. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu. Bila tetap masih ada 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* menahun, 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 dengan

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

2. Terapi elektro konfusi

Seperti juga dengan terapi konvulsi yang lain, cara bekerjanya elektrokonvulsi belum diketahui dengan jelas. Dapat dikatakan bahwa terapi konvulsi dapat memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita. Akan tetapi terapi ini tidak dapat mencegah serangan yang akan datang.

Bila dibandingkan dengan terapi koma insulin, maka dengan TEK lebih sering terjadi serangan ulangan. Akan tetapi TEK lebih mudah diberikan, bahaya lebih kurang, lebih murah dan tidak memerlukan tenaga yang khusus seperti pada terapi koma insulin.

3. Terapi koma insulin

Meskipun pengobatan ini tidak khusus, bila diberikan pada permulaan penyakit, hasilnya memuaskan. Presentasi kesembuhan lebih besar bila dimulai dalam waktu 6 bulan sesudah penderita jatuh sakit.

4. 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 supaya ia tidak mengasingkan diri lagi, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama. Pemikiran masalah falsafat atau kesenian bebas dalam bentuk melukis bebas atau bermain musik 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).

5. Lobotomi prefrontal

Dapat dilakukan bila terapi lain secara intensif tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya. Jadi prognosa skizofrenia tidak begitu buruk seperti dikira orang sampai dengan pertengahan abad ini. Lebih-lebih dengan neuroleptika, lebih banyak penderita dapat dirawat diluar rumah

sakit jiwa. Dan memang seharusnya demikian, Sedapat-dapatnya penderita harus tinggal dilingkungannya sendiri, harus tetap melakukan hubungan dengan keluarganya untuk memudahkan proses rehabilitasi. (Maramis, 2010)

Terapi skizofrenia terdiri dari pemberian obat-obatan, psikoterapi dan rehabilitasi. (Hawari, 2011). Dasar pengobatan yang diberikan meliputi :

1. Somatoterapi

Bertujuan untuk memperbaiki keadaan umum, terapi elektrokonfusi 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, memberikan kesibukan dan mengawasi saat minum obat.

2.2 Konsep kekambuhan

2.2.1 Pengertian kekambuhan

Kekambuhan adalah suatu keadaan dimana bila pasien *skizofrenia* yang telah menjalani rawat inap di rumah sakit jiwa dan diperbolehkan pulang kemudian kembali menunjukkan gejala seperti sebelum dirawat inap (Amelia, 2013).

Menurut E. Bleuler *skizofrenia* adalah suatu penyakit tanpa kausa dengan angka kekambuhan yang tinggi, dalam penyelidikannya kurang lebih 60% klien *skizofrenia* dapat disembuhkan secara sempurna bila diobati secara dini dan kurang lebih 20 – 30% dari yang mengalami sembuh tadi akan mengalami

kekambuhan dan eksaserbasi, 40% lainnya menjurus ke cacat mental. (Maramis, 2010).

Sedangkan menurut Sulinger menyatakan klien *skizofrenia* diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua, dan Karson & Ros menyatakan klien *skizofrenia* akan mengalami kambuh 100% pada tahun kelima (Keliat, 2010).

2.2.2 Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan

Hasil penelitian Sulinger (1988) 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 pasien *skizofrenia* sukar mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidak mampuan mengambil keputusan.

2. Dokter

Minum obat secara teratur mengurangi kekambuhan, namun pengobatan bneuroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Dokter yang memberi resep diharapkan tetap waspada untuk mengidentifikasi dosis terapeutik yang dapat mencegah kekambuhan dan efek samping.

3. Perawat

Setelah klien pulang kerumah perawat tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien dirumah sehingga dapat mengidentifikasi gejala dini dan segera mengambil tindakan.

4. Keluarga

Tidak tahunya keluarga menangani perilaku dan merawat klien dirumah sehingga dapat menjadi kambuh. Umumnya perilaku keluarga tidak melakukan kegiatan apapun untuk mengatasi masalah kesehatan, karena belum mengganggu aktifitasnya, atau melakukan pengobatan sendiri secara tradisional atau melalui cara adat. (Keliat, 2010).

Meurut Suprayitno (2010) ada beberapa factor yang menyebabkan kekambuhan diantaranya adalah ;

1. Faktor internal :

- a. usia
- b. jenis kelamin
- c. pendidikan
- d. pekerjaan
- e. keadaan ekonomi
- f. onset skizofrenia
- g. jenis skizofrenia

2. Faktor eksternal

a. pengetahuan keluarga

Pengetahuan keluarga yang rendah pada skizofrenia akan memiliki peluang kekambuhan lebih cepat dibandingkan dengan keluarga yang memiliki pengetahuan tentang skizofrenia yang tinggi, perawatan dirumah sakit tidak akan bermakna bila tidak dilanjutkan dengan perawatan dirumah. Untuk dapat melakukan perawatan secara baik dan benar keluarga perlu memiliki bekal yaitu pengetahuan mengenai penyakit yang dialami oleh pasien. Hal ini mengingatkan

bahwa pasien skizofrenia mengalami berbagai kemunduran, salah satunya yaitu fungsi kognitif.

b. peran keluarga

Dalam hal ini keluarga mempunyai peranan yang sangat penting. Selain pengetahuan keluarga peran keluarga juga mempengaruhi kekambuhan pasien skizofrenia, dukungan keluarga dapat memperlambat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, dan mempunyai potensi sehingga sebagai pencegah yang utama terhadap kekambuhan pasien skizofrenia bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari – hari (Dorlan, 2006).

c. peran petugas kesehatan

Peran perawat atau petugas kesehatan sebagai educator, peran ini dilaksanakan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, sehingga terjadi perubahan tingkah laku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Peran tenaga kesehatan ditujukan dalam rangka memberi bantuan dalam memecahkan permasalahan yang terkait manifestasi dan perawatan pasien skizofrenia, tugas dari tenaga kesehatan bukan hanya memberikan bantuan agar keluarga bebas dari masalah kesehatan pasien skizofrenia, akan tetapi memberikan petunjuk serta bagaimana keluarga menjaga kesehatan.

d. regimen terapeutik

Selain faktor di atas regimen terapeutik juga sangat mempengaruhi kekambuhan. Ketidak patuhan minum obat akan mengakibatkan frekuensi kekambuhan atau rawat inap yang tinggi. Kepatuhan pasien minum obat dengan

kekambuhan skizofrenia merupakan hal yang paling penting dalam mencegah terjadinya kekambuhan pasien skizofrenia karena ketika pasien putus obat maka reaksi dari obat yang diharapkan juga otomatis akan terputus, sehingga akan memicu terjadinya kekambuhan. Penyebab ketidak patuhan terhadap terapi obat adalah sifat penyakit yang kronis sehingga pasien merasa bosan minum obat, berkurangnya gejala, tidak pasti tentang tujuan terapi, harga obat yang mahal, tidak mengerti tentang instruksi penggunaan obat, dosis yang tidak akurat dalam mengkonsumsi obat dan efek samping yang tidak menyenangkan.

Menurut penelitian Amelia (2013) penyebab kekambuhan pasien skizofrenia adalah ketidakpatuhan pasien pada pengobatan, pasien tidak kontrol secara teratur, tidak adanya dukungan dari keluarga, adanya masalah kehidupan yang berat dan faktor ekonomi.

Menurut penelitian Dewi (2009) terdapat hubungan antara riwayat keluarga dengan gangguan jiwa, umur, dan keteraturan minum obat dengan kekambuhan pasien skizofrenia. Faktor ketidakteraturan minum obat yang paling bermakna mempengaruhi kekambuhan pasien skizofrenia.

2.2.3 Gejala-Gejala Kambuh

Herz dan Menville (1980, dikutip oleh Sullinger, 1988) dalam Keliat 2010, mengkaji gejala kambuh yang diidentifikasi oleh klien dan keluarganya yaitu

1. Menjadi ragu-ragu dan serba takut (nervous),
2. Tidak nafsu makan,
3. Sukar konsentrasi,
4. sulit tidur,
5. Depresi,

6. Tidak ada minat dan menarik diri.

2.2.4 Tahap-Tahap Kekambuhan

Menurut Hertz Oit Stuart dan Sundeen (2007), kekambuhan dibagi menjadi 5 tahap, yaitu :

1. Overextension

Tahap ini menunjukkan ketegangan yang berlebihan. Pasien mengeluh perasaannya terbebani. Gejala dari cemas intensif dan energi yang besar digunakan untuk mengatasi hal ini.

2. Restricted Consciousnes

Tahap ini menunjukkan pada kesadaran yang terbatas. Gejala yang sebelumnya cemas, digantikan oleh depresi.

3. Disinhibition

Penampilan pertama pada tahap ini adalah adanya hipomania dan biasanya meliputi munculnya halusinasi (halusinasi tahap I dan II) dan delusi, dimana pasien tidak lagi mengontrol defense mekanisme sebelumnya telah gagal disini. Hipomania awal ditandai dengan mood yang tinggi. Kegembiraan optimisme dan percaya diri. Gejala lain dari hipomania ini adalah rasa percaya diri yang berlebihan, waham kebesaran, mudah marah, senang bersukaria dan menghamburkan uang, euforia.

4. Psikotic disorganization

Pada saat ini gejala psikotik sangat jelas dilihat. Tahap ini diuraikan sebagai berikut :

- a. Pasien tidak lagi mengenal lingkungan / orang yang familiar dan mungkin menuduh anggota keluarga menjadi penipu. Agitasi yang ekstrim mungkin terjadi, fase ini dikenal sebagai penghancuran dari dunia luar.
- b. Pasien kehilangan identitas personal dan mungkin melihat dirinya sendiri sebagai orang ke-3. Fase ini menunjukkan kehancuran pada diri.
- c. Total fragmentation adalah kehilangan kemampuan untuk membedakan realitas dari psikosis dan kemungkinan dikenal sebagai loudly psychotic.

5. Psychotic Resolution

Tahap ini biasanya terjadi di rumah sakit. pasien diobati dan masih mengalami psikosis tetapi gejalanya berhenti atau diam.

Kekambuhan pada pasien skizofrenia merugikan dan membahayakan pasien, keluarga dan masyarakat. Ketika tanda – tanda kekambuhan muncul kembali setelah sembuh pasien bisa saja berperilaku menyimpang seperti mengamuk, bertindak kekerasan seperti menghancurkan barang – barang dan yang lebih parah lagi pasien akan melukai bahkan membunuh orang lain atau dirinya sendiri (Amelia, 2013).

2.2.5 Strategi Yang Dapat Membantu Keluarga Dalam Mencegah Kekambuhan

1. Mengenali tanda kambuh
2. Menjalani pengobatan yang sesuai
3. Menghindari situasi yang mungkin memicu timbulnya gejala. Seperti film-film atau program di televisi, pengalaman baru
4. Mempelajari tentang keadaan sakit yang diderita anggota keluarganya

5. Melaksanakan latihan teknik management stres. Contoh meditasi, berpikir positif, dan nafas dalam
6. Melaksanakan aktivitas secara terstruktur

2.3 Konsep Pengetahuan Keluarga

Pengetahuan merupakan hasil pengindraan manusia atau hasil dari tau seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, telinga dan sebagainya) yang diperoleh melalui proses pengalaman dan proses belajar dalam pendidikan, baik yang bersifat formal maupun informal. (Notoadmojo, 2010). Pengetahuan dapat diperoleh dengan berbagai cara, baik inisiatif sendiri atau orang lain dengan melihat atau mendengar sendiri tentang kenyataan atau melalui komunikasi, seperti radio, televisi, surat kabar dan lain-lain. Selain itu pengalaman juga dapat diperoleh melalui pengalaman dan proses belajar yang baik yang bersifat formal maupun informal. Jadi pengetahuan mencakup akan ingatan yang pernah dipelajari baik langsung maupun tidak langsung dan disimpan dalam ingatan. Pengetahuan mengenai tanda dan gejala kekambuhan misalnya, dapat bermanfaat bagi keluarga dalam mencegah kekambuhan pada anggota keluarganya yang menderita skizofrenia salah satunya dengan meningkatkan peran keluarga dalam hal pengawasan minum obat dan mengetahui perawatan yang benar bagi pasien .

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan individu. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bertahan lama daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Jadi tanpa pengetahuan individu tidak akan mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menemukan tindakan terhadap permasalahan yang dihadapi.

2.3.1 Tingkat Pengetahuan Keluarga

Menurut Notoatmojo (2010) tingkat pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya setelah mengamati sebelumnya. Misalnya : keluarga tahu tanda dan gejala dari kekambuhan skizofrenia adalah terjadinya penurunan dalam merawat tubuh. Tahu (*know*) termasuk dalam pengetahuan tingkat yang paling rendah.

2. Memahami (*Comperhension*)

Memahami adalah sebagai kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari. Misalnya : keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan skizofrenia tahu salah satu penyebab kekambuhan adalah tidak minum obat secara teratur, tetapi harus dapat menjelaskan mengapa obat sangat diperlukan dalam mencegah kekambuhan pada pasien.

3. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi dapat diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil. Aplikasi ini dapat diartikan penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan lain sebagainya dalam konteks atau kondisi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi dan atau memisahkan kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau obyek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram dan bagan terhadap pengetahuan atas obyek tersebut. Misalnya : keluarga dapat membedakan gejala positif dan gejala negatif dari skizofrenia.

5. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis itu adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Misalnya dapat membuat atau meringkas dengan kata-kata atau kalimat sendiri tentang hal-hal yang telah dibaca atau didengar dan dapat membuat kesimpulan tentang artikel yang telah dibaca.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek tertentu. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditemukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada misalnya norma-norma yang berlaku dimasyarakat. Misalnya : keluarga dapat menentukan dan menilai mengenai kekambuhan atau tidak yang terjadi pada anggota keluarga yang skizofrenia.

Pengetahuan keluarga mengenai penyakit skizofrenia yang diderita oleh anggota keluarga diperoleh melalui pendidikan kesehatan jiwa pada keluarga adalah memberikan bimbingan dan penyuluhan kesehatan jiwa pada keluarga dalam rangka meningkatkan kesehatan jiwa pada keluarga, mencegah penyakit dan mengenali gejala gangguan jiwa secara dini dan upaya pengobatannya.

Pendidikan kesehatan ini bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh keluarga. Untuk mencapai tujuan tersebut diharapkan keluarga dapat memberikan stimulasi dalam perkembangan anak menumbuhkan hubungan interpersonal, mengerti penyebab gangguan jiwa oleh keluarga, upaya perawatan pasien gangguan jiwa dirumah sakit umum dan puskesmas.

Menurut Keliat, 2010 isi pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga setelah lepas dari perawatan di rumah sakit untuk mencegah kekambuhan pasien :

1. Jenis dan macam obat

pasien dan keluarga dijelaskan mengenai jenis obat yang dipakai yang meliputi : nama obat disertai guna dan manfaatnya termasuk jelaskan warna obat yang biasa ditemukan.

2. Dosis

Jelaskan dosis, dapat dikaitkan dengan warna dan besar kecilnya obat disertai ukuran seperti 1 mg, 2 mg, 5 mg dll

3. Waktu pemakaian/pemberian obat

Pemberian obat sering disebut 1x perhari, 2x perhari atau 3x perhari seringkali ditambahkan minum obat setelah makan sehingga pemahaman pasien dan keluarga dapat berbeda beda oleh karena itu, informasi yang diberikan perawat

harus jelas, misalnya makan obat 3x perhari setelah makan pada jam 7 pagi, 1 siang dan 19 malam.

4. Akibat berhenti obat

Perlu dijelaskan kepada pasien dan keluarga tentang akibat memberhentikan obat tanpa konsultasi yaitu kambuh, karena pada tubuh pasien tidak cukup zat yang dapat mengontrol perilaku, pikiran atau perasaan. Dosis obat atau memberhentikan obat hanya boleh dilakukan dengan konsultasi dengan dokter. Jika dosis dikurangi atau diberhentikan sendiri maka prevalensi kekambuhan akan semakin tinggi

5. Nama Pasien

Perlu pula dijelaskan pada pasien dan keluarga agar dapat mengecek nama pada botol obat atau kantong obat apakah sesuai dengan nama pasien .

Penjelasan tentang obat perlu disampaikan pada pasien dan keluarga adalah jenis obat disertai dengan efek dan efek samping, dosis obat, waktu minum obat, akibat berhenti minum obat dan ketepatan nama pasien. Setelah beberapa hari minum obat perlu dievaluasi apakah pasien dan keluarga merasakan perbedaan antara sebelum minum obat dan setelah minum obat.

2.4 Konsep Keluarga

2.4.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterkaitan emosional dan aturan dimana individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 1998 dalam Effendi, 2009).

Keluarga merupakan dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dalam peranannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan (Salvion G Baylon, et all, 1978 dalam Efendi 2009).

2.4.2 Peran Keluarga

Keluarga sebagai sistem terdiri dari anggota keluarga yang saling berinteraksi dan saling ketergantungan sesamanya, hidup dalam lingkungan fisik, psikologis dan sosial. Ketergantungan dan saling mempengaruhi antara elemen-elemen dalam keluarga serta nilai, keyakinan, sikap dan perilaku lingkungannya merupakan potensi yang baik untuk digunakan dalam meningkatkan taraf kesehatan. Keluarga sebagai unit sosial yang dinamis akan selalu berubah dan berhubungan dengan keluarga lain sebagai anggota masyarakat. (Ibrahim, 2011).

1. Peran keluarga dalam mencegah kekambuhan

Menurut Viora (2010 dalam Samsara, 2010) beberapa hal yang perlu diperhatikan keluarga untuk mencegah kekambuhan antara lain :

- 1) Memastikan obat diminum
- 2) Memotivasi dan membawa anggota keluarganya yang menderita skizofrenia untuk kontrol ke dokter secara teratur
- 3) Memberikan dukungan dan rasa aman serta kehangatan
- 4) Menerima orang dengan skizofrenia apa adanya, tidak menyalahkan, mengkritik, membanding-bandingkan atau mengucilkan

- 5) Melibatkan anggota keluarga yang menderita skizofrenia pada berbagai kegiatan atau pekerjaan yang sesuai dengan kemampuannya
- 6) Menghindari terjadinya masalah kehidupan yang terlalu berat .

Peran serta keluarga sebagai salah satu faktor lingkungan yang mempengaruhi etiologi, perjalanan penyakit dan kekambuhan pada skizofrenia diketahui karena :

1. Keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya. Keluarga merupakan institusi pendidikan utama bagi individu unrtuk belajar dan mengembangkan nilai, keyakinan, sikap dan perilaku. Individu mengujicobakan perilakunya didalam keluarga dan umpan balik keluarga mempengaruhi individu dalam mengadopsi perilaku tertentu. Semua ini merupakan persiapan individu untuk berperan dalam masyarakat secara optimal.
2. Keluarga sebagai satu sistem (kesatuan)
Keluarga dipandang sebagai suatu sistem, maka gangguan yang terjadi pada salah anggota dapat mempengaruhi seluruh sistem. Demikian pula sebaliknya, disfungsi keluarga dapat merupakan salah satu penyebab terjadinya gangguan pada salah satu anggota keluarga yang lain.
3. Berbagai Pelayanan Kesehatan

Berbagai tempat pelayanan kesehatan jiwa bukan tempat bagi pasien untuk seumur hiduptetapi hanya fasilitas kesehatan yang membantu pasien dan keluarga dalam mengembangkan kemampuan dan mencegah terjadinya masalah dan menanggulangi berbagai masalah serta mempertahankan keadaan adaptif.

4. Faktor penyebab kekambuhan pada skizofrenia adalah ketidaktahuan keluarga tentang cara merawat dan menangani perilaku pasien dirumah. Fungsi sosial pasien skizofrenia dan penyesuaian menjadi lebih baik setelah menjalani terapi intervensi keluarga. Intervensi ini juga berhasil mengurangi beban, stres pada keluarga.

Dari keempat pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga berperan penting dalam peristiwa terjadinya gangguan jiwa dan proses penyesuaian kembali setiap klien. Oleh karena itu, peran serta keluarga dalam proses pemulihan dan pencegahan kekambuhan kembali pasien gangguan jiwa sangat diperlukan.

2.5 Konsep Peran Petugas Kesehatan

Peran perawat atau petugas kesehatan diantaranya adalah :

1. Customer

Sebagai pemberi pelayanan, petugas membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan. Petugas memfokuskan asuhan pada kebutuhan kesehatan klien secara *holistic*, meliputi upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual, dan social. Pemberi asuhan memberikan bantuan kepada klien dan keluarga dalam menetapkan tujuan dan mencapai tujuan tersebut dengan menggunakan energy dan waktu yang minimal.

2. Komunikator

Sebagai komunikator petugas seharusnya memberikan informasi secara jelas kepada pasien. Pemberi informasi sangat diperlukan karena menurut Notoatmodjo (2003), komunikasi diperlukan untuk mengkondisikan faktor

kurangnya pengetahuan sikap masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, mereka berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Untuk itu diperlukan komunikasi yang efektif dari petugas kesehatan.

3. Motivator

Motivasi adalah dorongan yang timbul dari diri seseorang secara sadar atau tidak sadar untuk melakukan suatu tindakan dengan tujuan tertentu. Timbulnya motivasi harus dari masyarakat itu sendiri dan pihak luar hanya memberikan dukungan saja. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan sangat diperlukan dalam rangka meningkatkan tumbuhnya motivasi masyarakat. (Notoatmodjo, 2007).

4. Fasilitator

Fasilitator adalah orang atau bahan yang memberikan kemudahan atau menyediakan fasilitas. Petugas kesehatan harus berperan sebagai fasilitator bagi klien untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

5. Konselor

Konselor adalah orang yang memberikan bantuan kepada orang lain dalam Membuat keputusan atau memecahkan suatu masalah melalui pemahaman Terhadap fakta-fakta, harapan, kebutuhan dan perasaan-perasaan klien. Peran perawat atau petugas kesehatan sebagai educator yaitu dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, sehingga terjadi perubahan tingkah laku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Peran tenaga kesehatan ditujukan dalam rangka memberi bantuan dalam memecahkan permasalahan yang terkait manifestasi dan perawatan pasien skizofrenia, tugas dari tenaga kesehatan bukan hanya memberi bantuan agar

keluarga bebas dari masalah kesehatan pasien skizofrenia akan tetapi memberi petunjuk serta bagaimana keluarga menjaga kesehatan.

Kesembuhan pasien gangguan skizofrenia relative lama karena merupakan penyakit kronis dan sering mengalami kekambuhan. Para petugas kesehatan atau perawat harus memberikan penyuluhan yang optimal kepada keluarga tentang cara perawatan pasien skizofrenia sehingga keluarga dapat mengerti dan memahami bagaimana kekambuhan pasien skizofrenia.

Perawat memberikan informasi kepada pasien dan mendukung setiap keputusan yang pasien buat (Kohnke,1982 dalam Videbeek, 2008).

2.6 Konsep Regimen Therapi

2.6.1. Terapi Multi Obat

Pada umumnya, makin banyak jenis dan jumlah obat yang digunakan pasien, semakin tinggi resiko ketidakpatuhan. Bahkan, apabila instruksi dosis tertentu untuk obat telah diberikan, masalah masih dapat terjadi. Kesamaan penampilan (misalnya, ukuran, warna, dan bentuk) obat-obat tertentu dapat berkontribusi pada kebingungan yang dapat terjadi dalam penggunaan multi obat.

2.6.2. Frekuensi Pemberian

Pemberian obat pada jangka waktu yang sering membuat ketidakpatuhan lebih mungkin karena jadwal rutin normal atau jadwal kerja pasien akan terganggu untuk pengambilan satu dosis obat dan dalam banyak kasus pasien akan lupa, tidak ingin susah atau malu berbuat demikian.

Sikap pasien terhadap kesakitan dan regimen pengobatan mereka juga perlu diantisipasi dan diperhatikan. Dalam kebanyakan situasi adalah wajar

mengharapkan bahwa pasien akan setuju dan lebih cenderung patuh dengan suatu regimen dosis yang sederhana dan menyenangkan.

2.6.3. Durasi dan Terapi

Berbagai studi menunjukkan bahwa tingkat ketidakpatuhan menjadi lebih besar, apabila periode pengobatan lama. Seperti telah disebutkan, suatu risiko yang lebih besar dari ketidakpatuhan perlu diantisipasi dalam pasien yang mempunyai penyakit kronik, terutama jika penghentian terapi mungkin tidak berhubungan dengan terjadinya kembali segera atau memburuknya kesakitan. Ketaatan pada pengobatan jangka panjang lebih sulit dicapai. Walaupun tidak ada intervensi tunggal yang berguna untuk meningkatkan ketaatan, kombinasi instruksi yang jelas, pemantauan sendiri oleh pasien, dukungan sosial, petunjuk bila menggunakan obat, dan diskusi kelompok.

2.6.4. Efek Merugikan

Perkembangan dari efek suatu obat tidak menyenangkan, memungkinkan menghindari kepatuhan, walaupun berbagai studi menyarankan bahwa hal ini tidak merupakan faktor penting sebagaimana diharapkan. Dalam beberapa situasi adalah mungkin mengubah dosis atau menggunakan obat alternatif untuk meminimalkan efek merugikan. Namun, dalam kasus lain alternatif dapat ditiadakan dan manfaat yang diharapkan dari terapi harus dipertimbangkan terhadap risiko.

Penurunan mutu kehidupan yang diakibatkan efek, seperti mual dan muntah yang hebat, mungkin begitu penting bagi beberapa individu sehingga mereka tidak patuh dengan suatu regimen. Kemampuan beberapa obat tertentu menyebabkan disfungsi seksual, juga telah disebut sebagai suatu alasan untuk

ketidakpatuhan oleh beberapa pasien dengan zat antipsikotik dan antihipertensi. Bahkan, suatu peringatan tentang kemungkinan reaksi merugikan dapat terjadi pada beberapa individu yang tidak patuh dengan instruksi.

2.6.5. Pasien Asimtomatik (Tidak Ada Gejala) atau Gejala Sudah Reda

Sulit meyakinkan seorang pasien tentang nilai terapi obat, apabila pasien tidak mengalami gejala sebelum memulai terapi. Pada suatu kondisi dimana manfaat terapi obat tidak secara langsung nyata, termasuk keadaan bahwa suatu obat digunakan berbasis profilaksis. Dalam kondisi lain, pasien dapat merasa baik setelah menggunakan obat dan merasa bahwa ia tidak perlu lebih lama menggunakan obatnya setelah reda. Situasi sering terjadi ketika seorang pasien tidak menghabiskan obatnya ketika menghabiskan obatnya selama terapi antibiotik, setelah ia merasa bahwa infeksi telah terkendali. Praktik ini meningkatkan kemungkinan terjadinya kembali infeksi dan pasien wajib diberi nasihat untuk menggunakan seluruh obat selama terapi antibiotik.

2.6.6. Harga Obat

Walaupun ketidakpatuhan sering terjadi dengan penggunaan obat yang relatif tidak mahal, dapat diantisipasi bahwa pasien akan lebih enggan mematuhi instruksi penggunaan obat yang lebih mahal. Biaya yang terlibat telah disebut oleh beberapa pasien sebagai alasan untuk tidak menebus resepnya sama sekali, sedang dalam kasus lain obat digunakan kurang sering dari yang dimaksudkan atau penghentian penggunaan sebelum waktunya disebabkan harga.

2.6.7. Pemberian/Konsumsi Obat

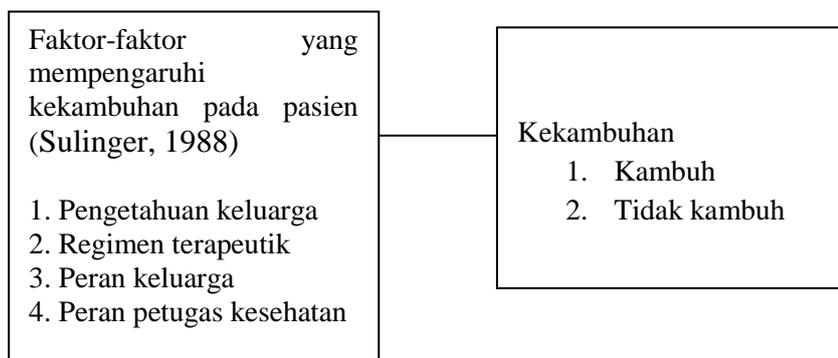
Walau seorang pasien mungkin bermaksud secara penuh untuk patuh pada instruksi, ia mungkin kurang hati-hati menerima kuantitas obat yang salah

disebabkan pengukuran obat yang tidak benar atau penggunaan alat ukur yang tidak tepat. Misalnya, sendok teh mungkin volumenya berkisar antara 2mL sampai 9mL. Ketidakakurasian penggunaan sendok teh untuk mengkonsumsi obat cair dipersulit oleh kemungkinan tumpah apabila pasien diminta mengukur dengan sendok teh. Walaupun masalah ini telah lama diketahui, masih belum diperhatikan secara efektif dan pentingnya menyediakan mangkok ukur bagi pasien, sempril oral atau alat penetes yang telah dikalibrasi untuk penggunaan cairan oral adalah jelas. Akurasi dalam pengukuran obat, harus ditekankan dan apoteker mempunyai suatu tanggung jawab penting untuk memberikan informasi serta jika perlu, menyediakan alat yang tepat untuk memastikan pemberian jumlah obat yang dimaksudkan.

2.6.8. Rasa Obat

Rasa obat-obatan adalah yang paling umum dihadapi dengan penggunaan cairan oral. Oleh karena itu, dalam formulasi obat cair oral, penambah penawar rasa, dan zat warna adalah praktik yang umum dilakukan oleh industri farmasi untuk daya tarik serta pendekatan formulasi demikian dapat mempermudah pemberian obat kepada pasien.

2.7 Kerangka Konseptual



Keterangan :

□ : Diteliti
 — : Berhubungan

Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Penelitian Analisis Faktor Yang Berhubungan dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Dipoli Rawat Jalan RSJ Menur Surabaya.

Penjelasan :

Menurut Sullinger ada 4 faktor yang mempengaruhi kekambuhan pada pasien skizofrenia yaitu klien yang gagal minum obat dengan teratur, peran petugas kesehatan aas program adaptasi klien, pengetahuan keluarga dan peran keluarga dalam menganani perilaku dan merawat klien dirumah. Apabila keempat faktor tersebut kurang atau tidak ada maka akan memicu kekambuhan pada pasien skizofrenia, karena keempat faktor tersebut saling berhubungan dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia.

2.8 Hipotesis Penelitian

Dari kerangka konseptual diatas maka hipotesisnya sebagai berikut :

1. Ada hubungan faktor pengetahuan keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dipoli rawat jalan RsJ Menur Surabaya
2. Ada hubungan faktor regimen therapiutik terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dipoli rawat jalan RsJ Menur Surabaya
3. Ada hubungan faktor peran keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dipoli rawat jalan RsJ Menur Surabaya
4. Ada hubungan faktor peran tenaga kesehatan terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dipoli rawat jalan RsJ Menur Surabaya