

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Skizofrenia

a. Definisi

Menurut Kaplan, dkk (2010), skizofrenia adalah gangguan psikotik kronik, penderita tidak dapat menilai realitas dengan baik dan memiliki pemahaman diri yang buruk. Disfungsi sosial dan akademik harus ada, dan tanda gangguan harus menetap terus-menerus selama sekurangnya enam bulan (Kaplan, dkk 2010).

b. Etiologi

1) Faktor Genetik

Skizofrenia melibatkan lebih dari satu gen, atau biasa disebut *quantitative trait loci*. Semakin banyak anggota keluarga yang memiliki penyakit skizofrenia maka semakin tinggi risiko mengalami skizofrenia pada anggota keluarga yang lain (Durand, 2007). Menurut hukum Mendel skizofrenia diturunkan melalui genetik yang resesif (Lumbantobing, 2007).

2) Faktor Biokimia

Beberapa ahli mengatakan bahwa skizofrenia berasal dari aktivitas neurotransmitter dopamin yang berlebihan di bagian tertentu dari otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal

terhadap dopamin. Beberapa neurotransmitter lain seperti serotonin dan *norepinephrine* tampaknya juga berhubungan dengan penyakit ini (Durand, 2007).

3) Faktor Psikologis dan Sosial

Faktor psikososial meliputi adanya trauma yang bersifat kejiwaan, adanya hubungan orang tua-anak yang patogenik, serta interaksi yang patogenik dalam keluarga (Sutardjo, 2005). Sebagai contoh, istilah *schizophregenic mother* digunakan untuk mendeskripsikan seorang ibu yang memiliki sifat dingin, dominan, dan penolak, yang diperkirakan menjadi penyebab skizofrenia pada anak-anaknya (Durand, 2007).

c. Perjalanan penyakit

Perjalanan penyakit skizofrenia dapat dibagi menjadi 3 (tiga) fase berikut ini:

1) Fase Prodromal

Fase prodromal adalah periode terjadinya perubahan perilaku sebelum gejala yang nyata muncul. Tanda dan gejala fase prodromal bisa mencakup kecemasan, gelisah, merasa diteror, atau depresi. Gejala prodromal tersebut dapat berlangsung beberapa bulan sampai beberapa tahun sebelum diagnosis pasti skizofrenia ditegakkan (Kirkpatrick B. & Tek C, 2005).

Gejala pada fase ini meliputi: hendaya fungsi pekerjaan, fungsi sosial, fungsi penggunaan waktu luang dan fungsi

perawatan diri. Perubahan-perubahan ini akan mengganggu individu serta membuat resah keluarga dan teman. Semakin lama fase prodromal semakin buruk prognosisnya (Nantingkaseh, 2007).

2) Fase Aktif

Pada fase ini, gejala positif/psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkohereni, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Bila tidak mendapat pengobatan, gejala-gejala tersebut dapat hilang secara spontan tetapi suatu saat mengalami eksaserbasi (terus bertahan dan tidak dapat disembuhkan). Fase aktif akan diikuti oleh fase residual (Nantingkaseh, 2007).

3) Fase Residual

Fase ini memiliki gejala-gejala yang sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif/psikotiknya sudah berkurang (Nantingkaseh, 2007). Fase residual atau stabil muncul setelah fase akut atau setelah terapi dimulai. Fase ini ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia sehingga tinggal satu atau dua gejala sisa yang tidak terlalu nyata secara klinis, misalnya penarikan diri, perilaku aneh (bicara atau tersenyum sendiri, mengumpulkan sampah), dan defisit perawatan diri (Sudiyanto, 2004).

d. Gejala skizofrenia

Gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi 2 kelompok gejala positif dan gejala negatif (Videbeck, 2008):

1) Gejala Negatif

Pada gejala negatif terjadi pengurangan proses mental atau proses perilaku. Hal ini dapat mengganggu bagi pasien dan orang disekitarnya.

a) Gangguan afek dan emosi

Gangguan ini dapat berupa adanya kedangkalan afek dan emosi, misalnya : pasien menjadi acuh atau cuek terhadap sesuatu yang penting bagi dirinya sendiri seperti keadaan keluarga dan masa depannya, hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik ,mencintai dan membenci satu orang yang sama atau menangis, dan tertawa tentang suatu hal yang sama (Lumbantobing, 2007).

b) Alogia

Penderita sedikit berbicara dan jarang memulai percakapan. Isi pembicaraan hanya memiliki sedikit makna. Ada pula pasien yang mulai berbicara yang bermakna, tetapi tiba-tiba ia berhenti bicara, dan bicara lagi setelah tertunda beberapa waktu (Lumbantobing, 2007).

c) Avolisi

Ini merupakan keadaan dimana pasien hampir tak bergerak. Kalau ia dibiarkan akan duduk seorang diri, tidak bicara, dan tidak ikut beraktivitas jasmani (Lumbantobing, 2007).

d) Anhedonia

Hal ini ditandai dengan menghindari pertemanan dengan orang lain (*Asociality*), pasien tidak mempunyai perhatian, minat pada hiburan sehingga tidak mempunyai teman sama sekali. Tetapi ia tidak memperdulikannya (Lumbantobing, 2007).

e) Gejala Psikomotor

Adanya gejala katatonik yang dapat dilihat dengan adanya gerakan yang agak kaku, stupor (pasien tidak bergerak sama sekali) dan dapat berlangsung sehari-hari, berbulan-bulan dan kadang bertahun-tahun lamanya pada pasien yang sudah menahun. Gejala lainnya yaitu hiperkinese dimana pasien terus bergerak saja dan sangat gelisah (Kaplan, H.I., Sadock, B.J., and Grebb, J.A., 2010).

2) Gejala Positif

Gejala positif dapat berupa munculnya pikiran yang tidak dapat dikontrol pasien.

a) Delusi (Waham)

Waham merupakan gejala skizofrenia dimana adanya suatu keyakinan yang salah pada pasien. Waham yang sering muncul pada pasien skizofrenia adalah waham kebesaran, waham kejaran, waham sindiran, waham dosa dan sebagainya (Kaplan, *et al.*, 2010).

b) Halusinasi

Gejala ini ditandai dengan mendengar suara, percakapan, bunyi asing dan aneh. Gejala ini merupakan gejala positif yang paling sering dialami penderita skizofrenia (Lumbantobing, 2007).

e. Kriteria Diagnosis

Menurut Kaplan & Sadock (2004), terdapat beberapa kriteria diagnostik skizofrenia di dalam DSM-IV antara lain (Sadock BJ, 2004):

1) Karakteristik gejala terdapat dua (atau lebih) kriteria di bawah ini, masing-masing ditemukan secara signifikan selama periode satu bulan (atau kurang, bila berhasil ditangani):

- a) Delusi (waham) seperti kemampuan membaca pikiran orang lain, dan sebagainya (Sadock B. S., 2010)
- b) Halusinasi contohnya halusinasi auditory (pasien merasa diperintah, diajak berbicara oleh suara yang tak ada sumber yang terlihat) (Sadock B. S., 2010)

- c) Pembicaraan yang tidak terorganisasi (misalnya, topiknya sering menyimpang atau tidak berhubungan) (Sadock B. S., 2010)
 - d) Perilaku yang tidak terorganisasi secara luas atau munculnya perilaku katatonik yang jelas (Sadock B. S., 2010)
 - e) Gejala negatif; yaitu adanya afek yang datar, alogia atau avolisi (Sadock B. S., 2010)
- 2) Disfungsi sosial atau pekerjaan dalam kurun waktu yang signifikan sejak munculnya onset gangguan, ketidakberfungsian ini meliputi satu atau lebih fungsi utama; seperti pekerjaan, hubungan interpersonal, atau perawatan diri, yang jelas di bawah tingkat yang dicapai sebelum onset (atau jika onset pada masa anak-anak atau remaja, adanya kegagalan untuk mencapai beberapa tingkatan hubungan interpersonal, prestasi akademik, atau pekerjaan yang diharapkan).
- 3) Durasi adanya tanda-tanda gangguan yang terus menerus menetap selama sekurang-kurangnya enam bulan. Pada periode enam bulan ini, harus termasuk sekurang-kurangnya satu bulan gejala (atau kurang, bila berhasil ditangani) yang memenuhi kriteria A (yaitu fase aktif gejala) dan mungkin termasuk pula periode gejala prodromal atau residual. Selama periode prodromal atau residual ini, tanda-tanda dari gangguan mungkin hanya dimanifestasikan oleh gejala negatif

atau dua atau lebih gejala yang dituliskan dalam kriteria A dalam bentuk yang lemah.

Catatan : Gejala A ialah tak adanya delusi, halusinasi, pembicaraan yang tak terorganisasi, perilaku yang tak terorganisasi atau katatonik menonjol

f. Penatalaksanaan

1) Farmakoterapi

Terapi skizofrenia secara farmakologi berdasarkan onset dibagi menjadi 2 fase, yaitu (Sadock, 2010):

a) Fase Psikosis Akut

Pada fase ini pengobatan menggunakan anti psikotik dan *benzodiazepine* akan cepat menenangkan pasien yang pada umumnya mengalami agitasi akibat halusinasi dan delusi. Anti psikotik akan bekerja lebih cepat melalui injeksi intramuskuler (Sadock B. J., 2007). Obat antipsikotik yang menyebabkan akinesia dan gangguan traktus ekstrapiramidalis antara lain haloperidol dan *flupenazine*. Sedangkan golongan antipsikotik atipikal seperti *olanzapine* dan *risperidone* tidak menyebabkan gangguan ekstrapiramidal (Sadock B. J., 2007).

b) Fase *Maintenance* dan Stabilisasi

Pada fase ini tujuan pengobatan adalah mencegah *relaps* dengan terus menggunakan obat-obatan karena jika obat dihentikan maka risiko terjadi relaps meningkat hingga 72 %

pada satu tahun pertama, sehingga disarankan agar pengobatan dilakukan minimal selama 5 tahun (Sadock B. J., 2007).

2) Non Farmakoterapi

Beberapa jenis pengobatan tanpa menggunakan obat-obatan yaitu:

a) ECT (*Electro Convulsive Therapy*)

Dikatakan penggunaan ECT dengan pengobatan antipsikotik akan lebih efektif (Sadock B. J., 2007).

b) Terapi Berorientasi Keluarga

Karena pasien dikembalikan dalam keadaan remiten, maka penting untuk mengedukasi keluarga bagaimana cara mengatasi masalah-masalah yang dapat timbul dari pasien. Secara terbuka menjelaskan keadaan pasien dan pentingnya keluarga untuk tidak merasa malu (Sadock B. J., 2007). Penting pula bagi keluarga untuk tidak menunjukkan emosi berlebihan selama terapi karena hal tersebut dapat memperburuk kesembuhan pasien (Sadock B. J., 2007).

Beberapa metode pengobatan Skizofrenia (Akbar, 2010), yaitu

1) Psikofarmaka

Pada dasarnya semua obat anti psikosis memiliki 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 sampingnya. 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. 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).

2) Psikososial

Ada beberapa macam metode yang dapat dilakukan antara lain psikoterapi individual, meliputi terapi suportif, *social skill training*, terapi okupasi, terapi kognitif dan perilaku. Terapi psikososial lainnya adalah psikoterapi kelompok, psikoterapi keluarga dan manajemen kasus.

2. Psikoedukasi

a. Pengertian

Psikoedukasi adalah suatu intervensi yang dapat dilakukan pada individu, keluarga, dan kelompok yang memiliki gangguan kejiwaan dengan tujuan untuk terapi dan rehabilitasi serta fokus mendidik partisipannya mengenai tantangan hidup, membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan dan dukungan sosial dalam menghadapi tantangan tersebut, dan mengembangkan keterampilan coping untuk menghadapi tantangan tersebut (Walsh, 2010).

b. Fokus Psikoedukasi

Di dalam Walsh (2010), ia menjelaskan mengenai pengertian psikoedukasi dari Griffiths (2006). Berdasarkan pengertian tersebut, ditarik kesimpulan bahwa fokus dari psikoedukasi adalah sebagai berikut:

- 1) Mendidik partisipan berhubungan dengan tantangan dalam hidup
- 2) Membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan dan dukungan social dalam menghadapi tantangan hidup
- 3) Mengembangkan keterampilan *coping* untuk menghadapi tantangan hidup
- 4) Mengembangkan dukungan emosional
- 5) Mengurangi *sense of stigma* dari partisipan

- 6) Mengubah sikap dan *belief* dari partisipan terhadap suatu gangguan
- 7) Mengidentifikasi dan mengeksplorasi perasaan terhadap suatu isu
- 8) Mengembangkan keterampilan penyelesaian masalah
- 9) Mengembangkan keterampilan *crisis-intervention* (Walsh, 2010).

Psikoedukasi kelompok dapat diterapkan pada berbagai kelompok usia dan level pendidikan. Psikoedukasi kelompok ini lebih menekankan pada proses belajar dan pendidikan daripada *self-awareness* dan *self-understanding* dimana komponen kognitif memiliki proporsi yang lebih besar daripada komponen afektif (Brown, Nina W., 2011).

c. Isi Psikoedukasi

Isi psikoedukasi terdiri dari informasi penyakit, manajemen penyakit, manajemen krisis, manajemen coping, manajemen *stress* dan emosi, serta membahas pertanyaan yang sering diajukan (Thara, *et al.*, 2005).

3. Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan adalah hasil penginderaan seseorang terhadap objek melalui alat indera yang dimilikinya. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2005).

b. Tingkatan Pengetahuan

Dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat, yakni :

1) Tahu (*Know*)

Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk mempelajari secara benar tentang objek yang telah diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan suatu materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek (Notoatmodjo S. , 2007).

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

1) Faktor Internal

a) Pendidikan

Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi agar berperan serta dalam pembangunan (Wawan, 2010).

b) Pekerjaan

Menurut Thomas, pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga (Wawan, 2010).

c) Umur

Menurut Hurlock semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja (Wawan, 2010).

2) Faktor Eksternal

a) Faktor lingkungan

Menurut Ann.Mariner lingkungan merupakan suatu kondisi yang ada disekitar manusia dan dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok (Wawan, 2010).

b) Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi sikap dalam menerima informasi (Wawan, 2010).

d. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Arikunto pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu (Arikunto, 2006) :

- 1) Baik : Hasil presentase 76%-100%
- 2) Cukup : Hasil presentase 56% - 75%.
- 3) Kurang : Hasil presentase < 56%.

4. Kader Kesehatan

a. Definisi

- 1) Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk mengenai masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat serta untuk

bekerja dalam hubungan yang amat dekat tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan (Meilani dkk, 2009).

- 2) Kader kesehatan adalah tenaga sukarela yang dipilih oleh masyarakat dan bertugas mengembangkan masyarakat. Dalam hal ini kader disebut juga sebagai penggerak atau promotor kesehatan (Yulifah dan Yuswanto, 2009)

b. Peran Kader Kesehatan

Peran dan fungsi kader sebagai pelaku penggerakan masyarakat menurut Meilani dkk (2009) :

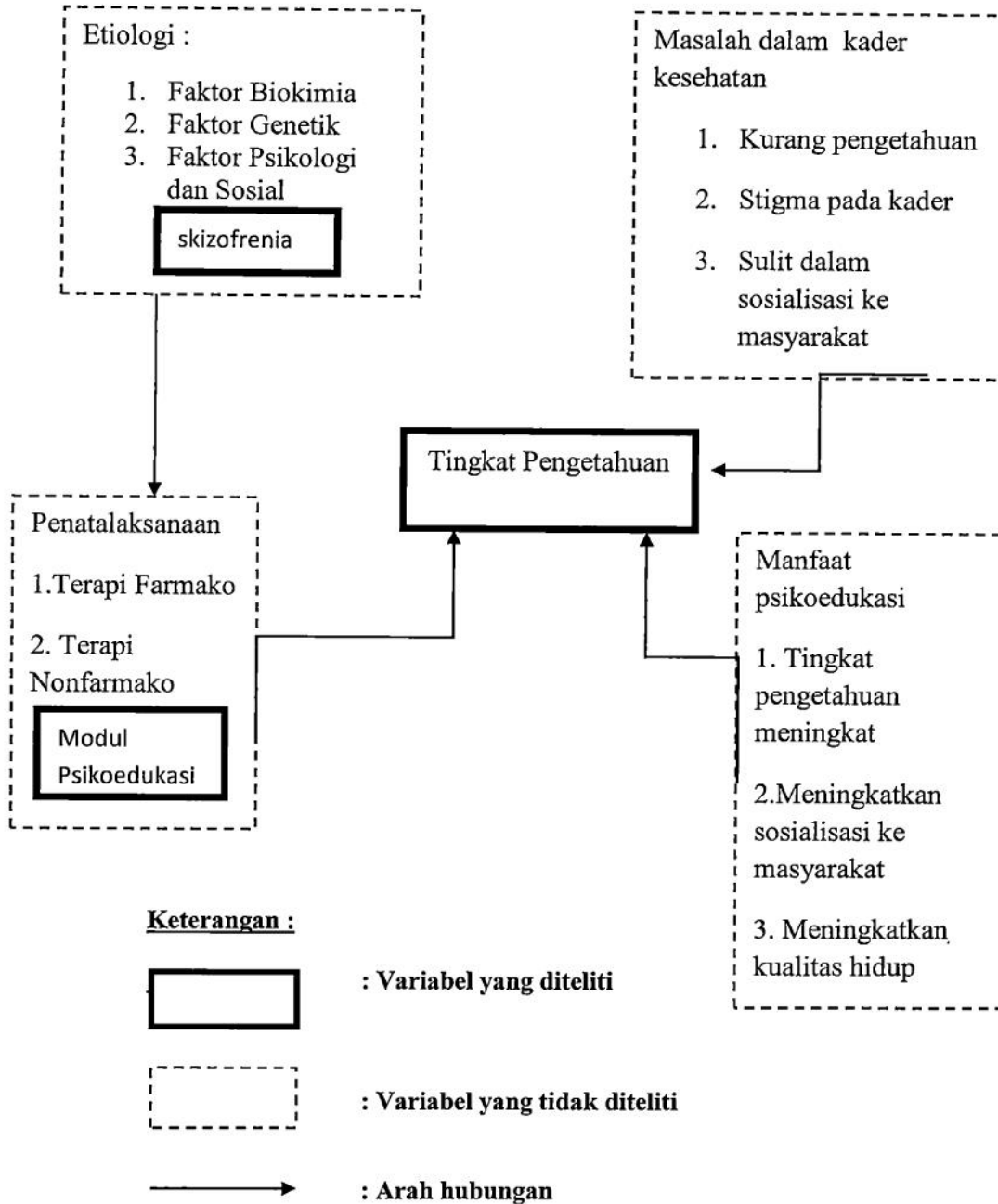
- 1) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
- 2) Pengamatan terhadap masalah kesehatan di desa.
- 3) Upaya penyehatan lingkungan.
- 4) Peningkatan kesehatan ibu, bayi, dan anak balita.
- 5) Pemasarakatan keluarga sadar gizi (Kadarzi).

c. Fungsi Kader Kesehatan

Menurut Depkes RI (2010), fungsi kader adalah :

- 1) Melakukan pencatatan, memantau dan evaluasi kegiatan Poskesdes bersama Bidan.
- 2) Mengembangkan dan mengelola UKBM (PHBS, Kesling, KIBB-Balita, Kadarzi, Dana Sehat, TOGA, dll).
- 3) Mengidentifikasi dan melaporkan kejadian masyarakat yang berdampak terhadap kesehatan masyarakat (*surveillance* berbasis masyarakat)
- 4) Pemecahan masalah bersama masyarakat

B. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

C. Hipotesis

Modul psikoedukasi efektif terhadap tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang skizofrenia.