

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Pengertian

Skizofrenia adalah kumpulan berbagai gejala dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya. Umumnya ditandai oleh penyimpangan fundamental mendasar, karakteristik dari pikiran dan persepsi dan oleh afek yang tidak wajar atau tumpul. Kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian walaupun kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara (Maslim,2001).

b. Epidemiologi

Prevalensi Skizofrenia seumur hidup di Amerika Serikat sekitar 1%, artinya kurang lebih 1 dari 100 orang akan mengalami Skizofrenia seumur hidupnya. Skizofrenia ditemukan pada semua masyarakat dan area geografis dan angka insidens serta prevalensinya secara kasar merata di seluruh dunia (Kaplan & Sadock, 2010).

c. Etiologi

Teori tentang etiologi skizofrenia yang saat ini banyak dianut menurut Maramis (2009) adalah sebagai berikut :

1) Genetik

Dapat dipastikan bahwa ada faktor genetik yang turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama 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%; bagi kembar heterozigot 2-15%; bagi kembar monozigot 61-81%. Tetapi pengaruh genetic tidak sederhana seperti hukum Mendel. Diperkirakan bahwa yang diturunkan adalah potensi untuk mendapatkan skizofrenia (bukan penyakit itu sendiri) melalui gen yang resesif. Potensi ini mungkin kuat atau lemah tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi manifestasi skizofrenia atau tidak (Maramis, 2009).

2) Neurokimia

Hipotesis dopamin menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh overaktivitas pada jaras dopamin mesolimbik. Hal ini didukung oleh temuan bahwa amfetamin, yang kerjanya meningkatkan pelepasan dopamin, dapat menginduksi psikosis yang mirip skizofrenia; dan obat antipsikotik bekerja dengan mengeblok reseptor dopamin, terutama reseptor D₂. Keterlibatan

neurotransmitter lain seperti serotonin, noradrenalin, GABA dan glutamat, serta neuropeptida lain masih harus diteliti oleh para ahli

3) Hipotesis perkembangan saraf

Studi autopsi dan studi pencitraan otak memperlihatkan abnormalitas struktur dan morfologi otak penderita skizofrenia, antara lain berat rata-rata otak yang lebih kecil 6% dari pada otak normal dan ukuran anterior-posterior yang 4% lebih pendek; pembesaran ventrikel otak yang nonspesifik; gangguan metabolisme di daerah *frontal* dan *temporal*; dan kelainan susunan seluler pada struktur saraf di beberapa daerah korteks dan subkorteks tanpa adanya gliosis yang menandakan kelainan tersebut terjadi pada saat perkembangan. Studi neuropsikologis mengungkapkan deficit di bidang atensi, pemilahan konseptual, fungsi eksekutif dan memori pada penderita skizofrenia.

Semua bukti tersebut melahirkan hipotesis perkembangan saraf yang menyatakan bahwa perubahan patologis gangguan ini terjadi pada awal kehidupan, mungkin sekali aibat pengaruh genetic, dan kemudian dimodifikasi oleh faktor maturasi dan lingkungan.

d. Gambaran Klinis

Karakteristik gejala skizofrenia meliputi disfungsi kognitif, perilaku, dan emosional, tetapi tidak ada gejala tunggal yang bersifat *pathognomic* dari kelainan ini (DSM V, 2013).

Skizofrenia dapat mewujud dalam satu atau beberapa kondisi atau pola. Pada kasus-kasus yang paling serius, individu mengalami episode gejala positif, namun diantara episode-episode tersebut hanya ada gejala negatif. Pada beberapa kasus, individu yang hanya pernah mengalami satu episode skizofrenia dapat menjalani sisa hidupnya tanpa mengalami kekambuhan gangguan tersebut. Orang-orang tersebut dianggap remisi.

Perkiraan kesembuhan dari skizofrenia memiliki rentang dari tingkat terendah sekitar 20% hingga yang tertinggi sebesar 67% dengan estimasi yang bervariasi, tergantung bagaimana kesembuhan didefinisikan. Faktor-faktor yang beragam dihubungkan dengan prognosis penderita skizofrenia. Jenis kelamin dan usia memainkan peranan penting dalam menentukan prognosis, namun yang juga penting adalah perilaku individu, seperti mengkonsumsi obat antipsikotik segera setelah muncul gejala dan kepatuhan terhadap program penatalaksanaan.

Seperti yang dapat anda bayangkan orang yang tidak sembuh sama sekali dipengaruhi dengan hebat oleh gangguan mereka di setiap segi kehidupannya. Mereka mengalami hubungan yang bermasalah, mengalami kesulitan mempertahankan pekerjaan dengan stabil, dan sering kali berjuang dengan depresi serta kesepian. Bagi banyak orang, keberadaan mereka yang menyakitkan memuncak pada kematian yang prematur karena bunuh diri,

kekerasan, atau kesehatan yang terganggu. Para peneliti yang mempelajari riwayat kejiwaan dari orang-orang yang mati mendadak menemukan bahwa kematian mendadak 5 kali lebih tinggi pada orang yang memiliki riwayat perawatan kejiwaan dibandingkan pada orang normal. Meskipun bunuh diri dihitung sebagai bagian kematian yang berlebihan, tingkat kematian karena penyebab alami, dan kecelakaan juga tinggi, khususnya pada mereka yang menggunakan obat-obat terlarang. Penemuan semacam ini menjadikan pentingnya mengikuti resiko kematian yang semakin tinggi karena kurangnya perawatan atau bunuh diri pada orang dengan skizofrenia (Ruschena dkk, 1998 dalam Halgin 2011).

e. Kriteria Diagnosis Skizofrenia

Menurut DSM V (2013), dua (atau lebih) gejala, setiap gejala muncul dalam waktu yang signifikan dalam periode satu bulan (atau kurang bila berhasil diobati). Setidaknya salah satu dari gejala : waham, halusinasi, bicara tidak teratur (inkoheren), perilaku yang mengganggu atau perilaku katatonik, gejala negatif (afek yang datar atau kurangnya motivasi yang parah). Dalam porsi waktu yang signifikan sejak awal kemunculan gejala, orang-orang ini mengalami disfungsi dalam bekerja, hubungan dan perawatan diri. Gejala-gejala tersebut tidak diakibatkan oleh gangguan lain, kondisi medis, atau penggunaan obat-obatan.

f. Penatalaksanaan

Penanganan pasien skizofrenia dibagi secara garis besar menjadi terapi somatik (terdiri dari obat anti psikotik), terapi psikososial dan perawatan rumah sakit. Walaupun medikasi antipsikotik adalah inti dari pengobatan skizofrenia, hasil penelitian telah menunjukkan bahwa intervensi psikososial dapat memperkuat perbaikan klinis. Modalitas psikososial harus diintegrasikan secara cermat ke dalam regimen terapi obat dan harus mendukung regimen tersebut. Sebagian besar pasien skizofrenia mendapatkan manfaat dan pemakaian kombinasi pengobatan antipsikotik dan psikososial (Sadock & Sadock, 2010).

1) Terapi medikamentosa

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati skizofrenia disebut antipsikotik, yang bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada skizofrenia. Pasien mungkin dapat mencoba beberapa jenis antipsikotik sebelum mendapatkan obat atau kombinasi obat antipsikotik yang benar-benar cocok bagi pasien.

2) Terapi psikososial

a) Terapi perilaku

Terapi perilaku untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis, dan komunikasi interpersonal.

b) Terapi berorientasi keluarga

Terapi ini sangat berguna karena pasien skizofrenia seringkali dipulangkan dalam kondisi remisi parsial. Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa terapi keluarga adalah efektif dalam menurunkan relaps. Angka relaps tahunan tanpa terapi keluarga sebesar 25-50% dan 5-10% dengan terapi keluarga.

c) Terapi kelompok

Terapi kelompok bagi skizofrenia biasanya memusatkan pada rencana, masalah dan hubungan dalam kehidupan nyata. Terapi kelompok efektif dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan tes realitas bagi pasien skizofrenia.

3) Perawatan rumah sakit

Indikasi utama perawatan rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostik, menstabilkan pengobatan dan keamanan pasien. Perawatan di rumah sakit menurunkan stres pasien dan membantu mereka menyusun aktivitas harian mereka. Lamanya perawatan rumah sakit tergantung dari keparahan penyakit pasien dan tersedianya fasilitas pengobatan rawat jalan.

g. Prognosis

Prognosis skizofrenia dipengaruhi faktor-faktor (Halgin, 2011): Penyesuaian yang baik sebelum berkembangnya gangguan, onset yang akut, usia lanjut saat onset, tilik diri yang bagus, wanita,

kejadian yang memicu yang diakaitkan dengan onset gejala, adanya gangguan *mood* terkait, penatalaksanaan dengan obat antipsikotik segera setelah onset gangguan, konsistensi dalam mengikuti rekomendasi pengobatan, durasi singkat dari fase gejala aktif, keberfungsian yang baik antar-episode, tidak adanya abnormalitas otak struktural, fungsi neurologis yang normal, riwayat keluarga dalam gangguan *mood*, dan tidak ada riwayat skiforenia di keluarga.

2. Beban Keluarga

a. Pengertian

Beban keluarga adalah beban yang dialami oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Wilson & Kneisl, 1988). Beban keluarga merupakan dampak emosional yang dirasakan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sedang sakit, ditambah minimnya informasi tentang penyakitnya sehingga dapat mempengaruhi perilaku keluarga terhadap anggota keluarga yang sedang sakit. Beban dan penderitaan keluarga serta ketidaktahuan dalam merawat anggota keluarga akan melahirkan sikap emosional dan kritis, jauh dari sikap hangat yang dibutuhkan oleh penderita sehingga proses penyembuhan menjadi lama. (Stuart & Laraia, 2005).

Beban keluarga merupakan beban yang dirasakan atau yang ditanggung oleh keluarga dalam merawat penderita skizofrenia baik secara langsung maupun tidak langsung. Kemampuan dan kesiapan

khususnya masa akut perawatan dan rehabilitasi pasca serangan masih sangat terbatas baik perawatan yang dilakukan di rumah sakit, dalam keluarga maupun yang berbasis masyarakat. Tingkat ketergantungan yang tinggi inilah yang akan menimbulkan beban bagi keluarga (Wanda, 2003).

b. Klasifikasi Beban Keluarga

Menurut Stuart & Laraia (2005) beban keluarga digolongkan menjadi 3 yaitu :

1) Beban obyektif

Merupakan masalah yang dihadapi keluarga berhubungan dengan pelaksanaan perawatan klien, yang meliputi tempat tinggal, pengobatan dan keuangan. Keluarga memerlukan biaya untuk klien di rumah sakit, mengantarkan berobat. Beban keluarga akan meningkat jika proses penyembuhan berlangsung lama.

2) Beban subyektif

Berhubungan dengan peran dan tanggung jawab keluarga, dalam proses penyembuhan dan mobilitas yang tinggi dari anggota keluarga yang sakit. Beban subyektif mengacu pada kesedihan, rasa bersalah, kemarahan, ketidakberdayaan dan ketakutan yang dirasakan oleh keluarga dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

3) Beban iatrogenic

Merupakan beban yang disebabkan oleh tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan, disebabkan oleh tidak mengetahui teori keluarga. Hal ini mengakibatkan perawatan dan proses penyembuhan tidak berjalan sesuai fungsinya.

3. Keluarga

a. Pengertian

Status sehat atau sakit anggota keluarga dan keluarga saling mempengaruhi satu sama lain. Oleh karena itu, masalah-masalah kesehatan yang ada dalam keluarga dapat ditanggulangi jika keluarga dapat menjalankan tugasnya dalam bidang kesehatan, seperti mengenal gangguan perkembangan dan gangguan kesehatan setiap anggotanya. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, memberikan perawatan pada yang sakit. Mempertahankan suasana yang harmonis dan menguntungkan untuk perkembangan kepribadian anggota keluarga, serta memanfaatkan dan mempertahankan hubungan yang baik dengan unit pelayanan kesehatan yang ada (Suriyanto, 2008).

Pengertian keluarga berkembang sesuai kondisi yang ada. Pada mulanya keluarga diartikan sebagai kumpulan individu yang diikat oleh perkawinan, hubungan darah atau adopsi yang tinggal bersama dalam suatu keluarga (Friedman, 1998).

Keluarga merupakan sistem yang paling dekat dengan individu dan merupakan tempat individu belajar, mengembangkan nilai, keyakinan, sikap dan perilaku. (Kelliat, 1995).

b. Bentuk Keluarga

Bentuk keluarga menurut Effendy (1998) :

- 1) Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak.
- 2) Keluarga besar adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya kakek, nenek, keponakan, saudara, sepupu, paman, bibi dan sebagainya. Keluarga Indonesia umumnya menganut tipe keluarga besar, karena masyarakat Indonesia terdiri dari berbagai suku hidup dalam suatu komunitas adat istiadat yang sangat kuat.
- 3) Keluarga berantai adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga inti.
- 4) Keluarga duda atau janda adalah keluarga yang terjadi karena perceraian dan kematian.

c. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) :

- 1) Fungsi afektif

Merupakan fungsi internal keluarga berbasis pada kekuatan keluarga. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang

positif, saling mengasuh dan menerima, cinta kasih, mendukung, menghargai sehingga kebutuhan psikososial keluarga terpenuhi

2) Fungsi sosial

Keluarga merupakan tempat sosialisasi dimana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku melalui hubungan interaksi.

3) Fungsi reproduksi

Berguna untuk menjaga kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

4) Fungsi ekonomi

Berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan keluarga yaitu sandang, pangan dan papan serta cara endapatkan sumber-sumber untuk meningkatkan status kesehatan keluarga.

5) Fungsi perawatan kesehatan

Meliputi tanggung jawab merawat anggota keluarga dengan penuh kasih sayang, identifikasi masalah kesehatan keluarga penggunaan sumber daya yang ada di masyarakat untuk mengatasi kesehatan keluarga.

d. Tugas Keluarga dalam Pemeliharaan Kesehatan

Menurut Effendy (1998) tugas kesehatan dibagi menjadi : mengenal gangguan perkembangan kesehatan anggota keluarga, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit dan

tidak membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda atau terlalu tua, mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga dan mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan yang ada dengan baik.

4. Psikoedukasi

Definisi istilah psikoedukasi adalah suatu intervensi yang dapat dilakukan pada individu, keluarga, dan kelompok yang fokus pada mendidik partisipannya mengenai tantangan signifikan dalam hidup, membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan dan dukungan sosial dalam menghadapi tantangan tersebut, dan mengembangkan keterampilan coping untuk menghadapi tantangan tersebut. (Griffith, 2006 dikutip dari Walsh, 2010).

Psikoedukasi adalah treatment yang diberikan secara profesional dimana mengintegrasikan intervensi psikoterapeutik dan edukasi (Lukens & McFarlane, 2004).

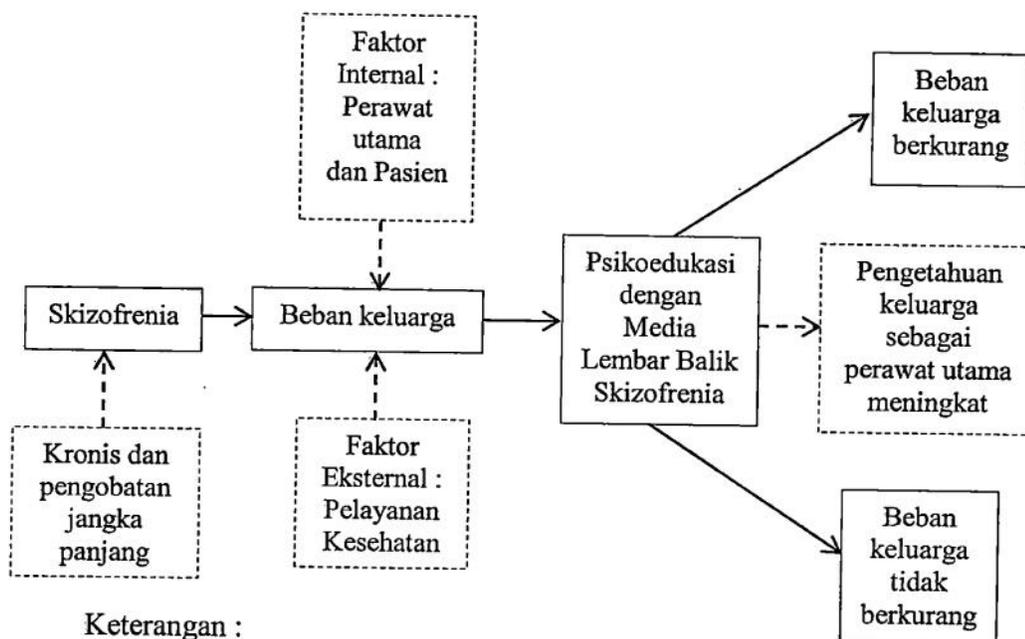
Psikoedukasi adalah suatu bentuk pendidikan ataupun pelatihan terhadap seseorang dengan gangguan psikiatri yang bertujuan untuk proses treatment dan rehabilitasi. Sasaran dari psikoedukasi adalah untuk mengembangkan dan meningkatkan penerimaan pasien terhadap penyakit ataupun gangguan yang ia alami, meningkatkan partisipasi pasien dalam terapi, dan pengembangan coping mechanism ketika

pasien menghadapi masalah yang berkaitan dengan penyakit tersebut (Goldman, 1998 dikutip dari Bordbar & Faridhosseini, 2010).

5. Media Lembar Balik

Lembar balik adalah alat bantu penyuluhan, berupa lembaran kertas, terdiri dari beberapa halaman atau lembar, berisi gambar atau foto dan tulisan, menjelaskan tentang satu masalah tertentu, terdiri dari halaman depan berisi pesan untuk penerima pesan dan halaman belakang berisi pesan untuk pemberi pesan, disebut juga *flipchart*.

B. Kerangka Konsep



Keterangan :

Variabel yang diteliti = _____

Variabel yang tidak diteliti = -----

Gambar 1. Kerangka Konsep

C. Hipotesis

Media lembar balik psikoedukasi skizofrenia efektif untuk mengurangi skor beban keluarga penderita skizofrenia di komunitas.