

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 konsep Skizofrenia

##### 2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah salah satu bentuk gangguan psikosis yang menunjukkan beberapa gejala psikotik, ditambah dengan cerita lain seperti jangka waktu, konsekuensi dari gangguan tersebut dan tidak tumpang tindih dengan gangguan lain yang mirip. Pasien psikotik tidak dapat mengenal atau tidak memiliki kontak dengan realitas. Beberapa gejala psikotik adalah delusi, halusinasi, pembicaraan kacau, tingkah laku kacau (Arif, 2006).

Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi serta berperilaku dengan sikap yang tidak dapat diterima secara sosial (Isaacs, 2005).

Bila diperkirakan jumlah penduduk sebanyak 220 juta orang akan terdapat gangguan jiwa dengan skizofrenia kurang lebih 660 ribu sampai satu juta orang. Hal ini merupakan angka yang cukup besar serta perlu penanganan yang serius (Sulistyowati dkk 2006).

Prevelensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah 0,3 sampai 1% dan biasanya timbul pada usia sekitar 15 sampai 45 tahun, namun ada juga yang berusia 11 sampai 12 tahun sudah menderita skizofrenia. Apabila penduduk Indonesia sekitar dua ratus juta jiwa maka diperkirakan dua juta jiwa menderita skizofrenia (Maramis, 2004).

##### 2.1.2 Tipe-tipe skizofrenia

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid agak berlainan dari jenis-jenis yang lain dalam jalannya penyakit. Skizofrenia hebefrenik dan katatonik sering lama kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, atau gejala-gejala hebefrenik dan katatonik bercampuran. Skizofrenia paranoid memiliki perkembangan gejala yang konstan. Gejala-gejala yang mencolok adalah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi auditorik. Pemeriksaan secara lebih teliti juga didapatkan gangguan proses pikir, gangguan afek, dan emosi.

Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah umur 30 tahun. Permulaannya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan skizoid, mudah tersinggung, suka menyendiri dan kurang percaya pada orang lain. (Maramis, 2009).

Ciri-ciri lainnya meliputi anxiety, kemarahan, menjaga jarak dan suka beragumentasi. Individu mungkin mempunyai tingkah laku superior dan memimpin dan mungkin mempunyai interaksi interpersonal yang kaku, formal atau terlalu intense. Tema waham kejar bisa menjadi prediposisi bagi individu untuk bunuh diri, dan kombinasi antara waham kejar dengan waham kebesaran dengan disertai kemarahan bisa menjadi predeposisi bagi tindakan kekerasan. Onset biasanya di usia lebih lanjut dibandingkan tipe skizofrenia lainnya, dan ciri khasnya mungkin menjadi lebih stabil dengan berlangsungnya waktu. Individu mungkin hanya menunjukkan sedikit atau tidak ada sama sekali kerusakan dalam tes neuropsikis ataupun tes ini lebih baik, terutama berkenaan dengan fungsi mencari nafkah dan kemampuan untuk hidup mandiri. Kreteria diagnostic untuk skizofrenia tipe paranoid. Suatu jenis skizofrenia yang memenuhi kreteria :

1. Preokupasi dengan satu atau lebih waham atau sering mengalami halusinasi auditorik.
2. Tidak ada ciri-ciri berikut yang mencolok: bicara kacau, motoric kacau atau katatonik, afek yang tak sesuai atau datar. ( Arif, 2006).

b. Skizofrenia hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan atau sub akut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasi banyak sekali.(Maramis, 2009).

c. Skizofrenia katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh-gelisah katatonik atau stupor katatonik. Stupor katatonik yaitu penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya. Gejala paling penting adalah gejala psikomotor seperti:

- 1) Mutisme, kadang-kadang dengan mata tertutup
- 2) Muka tanpa mimik, seperti topeng
- 3) Stupor, penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang lama, beberapa hari, bahkan kadang sampai beberapa bulan.
- 4) Bila diganti posisinya penderita menentang: negativisme
- 5) Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga berkumpul dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan
- 6) Terdapat grimas dan katalepsi

Secara tiba-tiba atau pelan-pelan penderita keluar dari keadaan stupor ini dan mulai berbicara dan bergerak. Gaduh gelisah katatonik adalah terdapat hiperaktivitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi rangsangan dari luar.

Penderita terus berbicara atau bergerak saja, menunjukkan stereotipi, manerisme, grimas dan neologisme, tidak dapat tidur, tidak makan dan minum sehingga mungkin terjadi dehidrasi atau kolaps dan kadang-kadang kematian (karena kehabisan tenaga dan terlebih bila terdapat juga penyakit lain seperti jantung, paru, dan sebagainya). (Maramis, 2009).

#### d. Skizofrenia simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sulit ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Permulaan gejala mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan. (Maramis, 2009).

#### e. Skizofrenia residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpula afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi non verbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial. (Maramis, 2009).

Diagnosa skizofrenia tipe residual diberikan bilamana pernah ada paling tidak satu kali episode skizofrenia, tetapi gambaran klinis saat ini tanpa simtom

positif yang menonjol. Terdapat bukti bahwa gangguan ini masih ada sebagaimana ditandai oleh adanya negative simtom atau simtom positif yang lebih halus.

Kreteria diagnosa untuk skizofrenia tipe residual. Sejenis skizofrenia dimana kriteria-kreteria berikut terpenuhi. Tidak ada yang menonjol dalam hal ini delusi, halusinasi, pembicaraan kacau, tingkah laku kacau atau tingkah laku katatonik. Terdapat bukti keberlanjutan gangguan ini, sebagaimana ditandai oleh adanya simtom negative atau dua atau lebih simtom yang terdaftar di keteria A untuk skizofrenia, dalam bentuk yang lebih ringan. ( Arif, 2006).

### 2.1.3 Gejala- gejala Skizofrenia

#### a. Gejala Positif Skizofrenia :

1) Delusi atau Waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional.

Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.

2) Halusinansi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan.

Misalnya penderita mendengar bisikan - bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari bisikan itu.

3) Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya.

Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.

4) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.

5) Merasa dirinya "Orang Besar", merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.

6) Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.

7) Menyimpan rasa permusuhan (Hawari, 2007).

b. Gejala negatif skizofrenia :

- 1) Alam perasaan “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- 2) Menarik diri atau mengasingkan diri tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun.
- 3) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- 5) Sulit dalam berfikir abstrak.
- 6) Tidak ada / kehilangan dorongan kehendak dan tidak ada inisiatif dan serba malas (Hawari, 2007).

#### 2.1.4 Faktor penyebab skizofrenia

Hingga sekarang belum ditemukan penyebab (etiologi) yang pasti mengapa seseorang menderita skizofrenia, padahal orang lain tidak. Ternyata dari penelitian-penelitian yang telah dilakukan tidak ditemukan faktor tunggal.

Penyebab skizofrenia menurut penelitian mutakhir antara lain :(Yosep, 2010)

- a. Faktor genetik;
- b. Virus;
- c. Auto antibody;
- d. Malnutrisi.

Dari penelitian diperoleh gambaran sebagai berikut :(Yosep, 2010)

Studi terhadap keluarga menyebutkan pada orang tua 5,6%, saudara kandung 10,1%; anak-anak 12,8%; dan penduduk secara keseluruhan 0,9%. Studi terhadap orang kembar (twin) menyebutkan pada kembar identik 59,20%, sedangkan kembar fraternal 15,2%. Penelitian lain menyebutkan bahwa gangguan pada perkembangan otak janin juga mempunyai peran bagi timbulnya skizofrenia

kelak dikemudian hari. Gangguan ini muncul, misalnya, karena kekurangan gizi, infeksi, trauma, toksin dan kelainan hormonal. Penelitian mutakhir menyebutkan bahwa meskipun ada gen yang abnormal, skizofrenia tidak akan muncul kecuali disertai faktor-faktor lainnya yang disebut epigenetik faktor. Skizofrenia muncul bila terjadi interaksi antara abnormal gen dengan : (Yosep, 2010).

Virus atau infeksi lain selama kehamilan yang dapat mengganggu perkembangan otak janin. Menurunnya autoimun yang mungkin disebabkan infeksi selama kehamilan, Komplikasi kandungan, dan Kekurangan gizi yang cukup berat, terutama pada trimester kehamilan. Seseorang yang sudah mempunyai faktor epigenetik tersebut, bila mengalami stresor psikososial dalam kehidupannya, maka risikonya lebih besar untuk menderita skizofrenia dari pada orang yang tidak ada faktor epigenetik sebelumnya. (Yosep, 2010).

### **2.1.5 Prinsip pengobatan skizofrenia**

Prinsip pengobatan skizofrenia ada 2 yaitu pengobatan secara non farmakologi dan farmakologi :

#### **a. Non farmakologi**

##### **1. Terapi psikososial**

Dengan terapi psikososial dimaksudkan penderita agar mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga atau masyarakat, pasien diupayakan untuk tidak menyendiri, tidak melamun, banyak kegiatan dan kesibukan dan banyak bergaul.

##### **2. Terapi psikoreligius**

Terapi keagamaan terhadap penderita skizofrenia ternyata mempunyai manfaat misalnya, gejala-gejala klinis gangguan jiwa skizofrenia lebih cepat hilang. Terapi keagamaan yang dimaksudkan adalah berupa.

- 1) Kegiatan ritual keagamaan seperti sembahyang.
- 2) Berdoa, memanjatkan puji-pujian kepada Tuhan, ceramah keagamaan dan kajian kitab suci.
- 3) Terapi fisik berupa olahraga.
- 4) Berbagai kegiatan seperti kursus atau les (Sinaga, 2007).

#### b. Farmakologi

Obat-obat antipsikotik juga dikenal sebagai neuroleptik dan juga sebagai tranquiliser mayor. Obat antipsikotik pada umumnya membuat tenang dengan mengganggu kesadaran dan tanpa menyebabkan eksitasi paradoksikal (Anonim, 2000).

Antipsikotik pada terapi psikosis akut maupun kronik, suatu gangguan jiwa yang berat. Ciri terpenting obat antipsikotik adalah:

- 1) Berguna mengatasi agresivitas, hiperaktivitas dan labilitas emosional pada pasien psikotik.
- 2) Dosis besar tidak menyebabkan koma yang dalam ataupun anesthesia.
- 3) Dapat menimbulkan gejala ekstrapiramidal yang reversibel atau ireversibel.
- 4) Tidak ada kecenderungan untuk menimbulkan ketergantungan fisik dan psikis (Gunawan, 2007).

Mekanisme kerja antipsikotik menghambat (agak) kuat reseptor dopamine (D2) di sistem limbis otak dan di samping itu juga menghambat reseptor D1/D2,  $\alpha_1$  (dan  $\alpha_2$ ) adrenerg, serotonin, muskarin dan histamin.

Akan tetapi pada pasien yang kebal bagi obat-obat klasik telah ditemukan pula blokade tuntas dari reseptor D2 tersebut. Riset baru mengenai otak telah menunjukkan bahwa blokade-D2 saja tidak selalu cukup untuk menanggulangi skizofrenia secara efektif. Untuk ini neurohormon lainnya seperti serotonin ( 5 HT 2 ), glutamate dan GABA (gamma-butyric acid) perlu dipengaruhi ( Tjay dan Rahardja, 2007).

Golongan obat antipsikotik ada 2 macam yaitu:

1. Golongan antipsikotik tipikal : chlorpromazine, fluperidol, haloperidol, loxapine, molindone, mesoridazine, perphenazine, thioridazine, thiothixene, trifluperezine.
2. Golongan antipsikotik atipikal : aripiprazole, clozapin, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone ( Gunawan, 2007 ).

Chlorpromazine dan thioridazine : menghambat  $\alpha_1$  adreno reseptor lebih kuat dari reseptor D2. Kedua obat ini juga menghambat reseptor serotonin 5-HT2 dengan kuat. Tetapi afinitas untuk reseptor D1 seperti diukur dengan penggeseran ligan D1 yang selektif, relatif lemah (Katzung, 1998).

Perphenazine : bekerja terutama pada reseptor D2; efek pada reseptor 5-HT2 dan  $\alpha_1$  ada tetapi pada reseptor D1 dapat dikesampingkan (Katzung, 1998).

Klozapin : bekerja dengan menghambat reseptor-D2 agak ringan (k.I.20%) dibandingkan obat-obat klasik (60-75%). Namun efek antipsikotisnya kuat, yang bias dianggap paradoksal. Juga afinitasnya pada reseptor lain dengan efek anti histamin, anti serotonin, anti kolinergis dan anti adrenergis adalah relative tinggi.

Menurut perkiraan efek baiknya dapat dijelaskan oleh blokade kuat dari reseptor-D2,-D4, dan -5HT2. Blokade reseptor-muskarin dan -D4 diduga mengurangi GEP, sedangkan blokade 5HT2 meningkatkan sintesa dan pelepasan dopamin di otak.

Hal ini meniadakan sebagian blokade D2, tetapi mengurangi risiko GEP (Tjay dan Rahardja, 2007).

Risperidone: bekerja dengan menghambat reseptor-D2 dan -5HT<sub>2</sub>, dengan perbandingan afinitas 1:10, juga dari reseptor- $\alpha$ 1, - $\alpha$ 2, dan -H1. Blokade  $\alpha$ 1 dan  $\alpha$ 2 dapat menimbulkan masing-masing hipotensi dan depresi sedangkan blokade H1 berkaitan dengan sedasi (Tjay dan Rahardja, 2007).

Olanzapine : menghambat semua reseptor dopamine (D1s/d D5) dan reseptor H1,-5HT<sub>2</sub>,-adrenergis dan – kolinergis, dengan afinitas lebih tinggi untuk reseptor 5-HT<sub>2</sub> dibandingkan D2 (Tjay dan Rahardja, 2007).

Efek samping penggunaan antipsikotik :

1. Gejala ekstrapiramidal (GEP) dapat berbentuk antara lain:

- a. Parkinsonisme (gejala penyakit parkinsonisme) yakni hipokinesia (daya gerak berkurang, berjalan langkah demi langkah) dan kekakuan anggota tubuh, kadang- kadang tremor tangan dan keluar liur berlebihan.
- b. Akathisia yaitu selalu ingin bergerak, tidak mampu duduk diam tanpa menggerakkan kaki, tangan atau tubuh.
- c. Dyskinesia tarda yaitu gerakan abnormal tak-sengaja, khususnya otot-otot muka dan mulut yang dapat menjadi permanen.
- d. Sindroma neuroleptika maligne berupa demam, kekakuan otot dan GEP (gejala ekstrapiramidal).

2) Sedasi

3) Efek antikolinergis yang bercirikan mulut kering, penglihatan buram, obstipasi, retensi kemih, terutama pada lansia.

4) Gejala penarikan, bila penggunaannya dihentikan mendadak dapat terjadi sakit kepala, sukar tidur, mual, muntah, anorexia dan rasa takut (Tjay dan Rahardja, 2007).

Efek samping yang ireversibel: tardive dyskinesia ( gerak, di mana tidur akan berulang involunter pada lidah, wajah, mulut / rangka, dan anggota gerak, di mana waktu tidur gejala tersebut menghilang ). Biasanya terjadi pada pemakaian jangka panjang dan pasien lanjut usia. Bila terjadi, obat antipsikosis harus dihentikan perlahan-lahan, biasa dicoba pemberian obat 2,5 mg /hari (dopamine depleting agent). Obat pengganti antipsikosis yang paling baik adalah klopazin 50-100 mg/hari. Pada pemakaian obat jangka panjang secara periodik harus dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk deteksi dini perubahan akibat efek samping obat (Mansjoer dkk, 1999).

Dapat terjadi sindrom neuroleptik maligna (SNM) yang dapat mengancam kehidupan terutama pada pasien dengan kondisi dehidrasi, kelelahan, atau malnutrisi, SNM ditandai dengan hiperpireksia, rigitas, inkontinensia urin, dan perubahan status mental serta kesadaran. Apabila terjadi dengan penghentian obat, perawatan suportif, dan agonis dopamine (bromokriptin 3 x 7,5-60 mg/hari, L-dopa 2x 100mg/ hari atau aman tatadin 200 mg/hari ) (Mansjoer dkk, 1999).

Dalam memilih pertimbangan gejala psikosis yang dominan dan efek samping obat. Contoh klorpromazin dan thioridazine yang efek samping sedatif kuat terutama digunakan untuk sindrom psikosis dengan gejala dominan gaduh gelisah, hiperaktif, sulit tidur, kekacauan pikiran, perasaan, perilaku, dan lain-lain. Sedangkan trifluperazine, fluperidol dan haloperidol yang memiliki efek sedatif lemah di gunakan untuk sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, menarik

diri, perasaan tumpul, kehilangan minat dan inisiatif, hipoaktif, waham, halusinasi, dan lain-lain (Mansjoer dkk, 1999).

Obat dimulai dengan awal sesuai dengan dosis anjuran. Dinaikkan dosisnya setiap 2-3 hari sampai mencapai dosis efektif (mulai timbul peredaan gejala). Evaluasi dilakukan tiap dua minggu dan bila perlu dosis dinaikkan, sampai mencapai dosis optimal. Dosis ini dipertahankan sekitar 8-12 minggu (stabilitas), kemudian diturunkan setiap dua minggu, sampai mencapai dosis pemeliharaan. Dipertahankan 6 bulan sampai 2 tahun (diselingi masa bebas obat 1-2 hari/minggu). Kemudian taperingoff, dosis diturunkan tiap 2-4 minggu dan dihentikan (Mansjoer dkk, 1999).

Obat antipsikosis long acting (flufenazin dekanat 25 mg/ml atau haloperidol dekanat 50 mg/ml i.m, untuk 2-4 minggu) sangat berguna untuk pasien yang tidak mau atau sulit teratur makan obat atau pun yang efektif terhadap medikasi oral. Dosis mulai dengan 0,5 ml setiap 2 minggu pada bulan pertama, kemudian baru ditingkatkan menjadi 1 ml setiap bulan (Mansjoer dkk, 1999).

Penggunaan klorpromazin injeksi sering menimbulkan hipotensi ortostatik. Efek samping ini dapat dicegah dengan tidak langsung bangun setelah suntik atau tiduran selama 5-10 menit. Haloperidol sering menimbulkan gejala ekstrapiramidal, maka diberikan tablet triheksifenidil (Artane®) 3-4 x 2 mg/hari atau sulfus atropine 0,5-0,75 mg i.m.

Kontraindikasi untuk obat ini adalah penyakit hati, penyakit darah, epilepsi, kelainan jantung, febris yang tinggi, ketergantungan alkohol, penyakit susunan syaraf pusat, dan gangguan kesadaran (Maslim, 1997).

## **2.2 Konsep Kekambuhan pada Skizofrenia**

### **2.2.1 Pengertian Kekambuhan pada Skizofrenia**

Kekambuhan adalah peristiwa timbulnya kembali gejala-gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan (Stuart dan Laraia, 2001). Kekambuhan biasanya terjadi karena adanya kejadian- kejadian buruk sebelum mereka kambuh (Wiramihardja, 2007).

a. Ada beberapa factor yang dapat mempengaruhi kekambuhan penderita gangguan jiwa dalam Keliat, 1996 meliputi:

1. Klien

Sudah umum diketahui bahwa klien yang gagal memakan obat secara teratur mempunyai kecendrungan untuk kambuh. Klien kronis, khususnya skizofrenia sukar mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidak mampuan mengambil keputusan. Di rumah sakit perawat bertanggung jawab dalam pemberian atau pemantauan pemberian obat, di rumah tugas perawat digantikan oleh keluarga.

2. Dokter

Makan obat secara teratur dapat mengurangi frekuensi kekambuhan, namun pemakaian obat neuroleptic yang lama dapat menimbulkan efek samping Tardive Diskinesia yang dapat mengganggu hubungan social seperti gerakan tidak terkontrol. Dokter yang memberi resep diharapkan tetap waspada mengidentifikasi dosis terapeutik yang dapat mencegah kekambuhan dan menurunkan efek samping.

3. Penanggung Jawab Klien ( case maneger)

Setelah klien pulang kerumah maka perawat puskesmas tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien dirumah.

4. Keluarga

Ekspresi emosi yang tinggi dari keluarga diperkirakan menyebabkan kekambuhan yang tinggi pada klien. Hal lain adalah klien mudah dipengaruhi oleh stress yang menyenangkan maupun yang menyedihkan.

Keluarga mempunyai tanggung jawab yang penting dalam proses perawatan di rumah sakit jiwa, persiapan pulang dan perawatan di rumah agar adaptasi klien berjalan dengan baik. Kualitas dan efektifitas perilaku keluarga akan membantu proses pemulihan kesehatan klien sehingga status klien meningkat. Beberapa peneliti menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab kambuh gangguan jiwa adalah perilaku keluarga yang tidak tahu cara menangani klien Skizofrenia di rumah (Keliat, 1996).

#### 5. Lingkungan sekitar

Lingkungan sekitar tempat tinggal klien yang tidak mendukung dapat juga meningkatkan frekuensi kekambuhan. Misalnya masyarakat menanggapi klien sebagai individu yang tidak berguna, mengucilkan klien, mengejek klien dan seterusnya.

#### b. Faktor resiko untuk kambuh dalam Videbeck, 2008 adalah:

##### 1. Factor resiko kesehatan

- a. Gangguan sebab dan akibat berpikir
- b. Gangguan proses informasi
- c. Gizi buruk
- d. Kurang tidur
- e. Kurang olahraga
- f. Keletihan
- g. Efek samping pengobatan yang tidak dapat ditoleransi

##### 2. Factor resiko lingkungan

- a. Kesulitan keuangan
  - b. Kesulitan tempat tinggal
  - c. Perubahan yang menimbulkan stress dalam peristiwa kehidupan
  - d. Keterampilan kerja yang buruk, ketidak mampuan mempertahankan pekerjaan
  - e. Tidak memiliki transportasi/ sumber-sumber
  - f. Ketrampilan social yang buruk, isolasi social kesepian
  - g. Kesulitan interpersonal
3. Factor resiko perilaku dan emosional
- a. Tidak ada control, perilaku agresif, atau perilaku kekerasan
  - b. Perubahan mood
  - c. Pengobatan dan penatalaksanaan gejala yang buruk
  - d. Konsep diri rendah
  - e. Penampilan dan tindakan berbeda
  - f. Perasaan putus asa
  - g. Kehilangan motivasi
- c. Gejala –gejala kambuh

Herz dan Menville, 1980 dalam keliat, (1996) mengkaji gejala kambuh yang diidentifikasi oleh klien dan keluarganya, yaitu nervous, tidak nafsu makan, sukar konsentrasi, sulit tidur, depresi, tidak ada minat dan menarik diri. Pada gangguan jiwa psikotik akan timbul gejala positif yang lebih aktif seperti waham, halusinasi, gangguan pikiran, ekoprasia, asosiasi longgar, flight of ideas (Videbeck, 2008).

d. Startegi keluarga dalam mengatasi kekambuhan penderita skizofrenia antara lain:

1. Mengenal adanya gejala kekambuhan sedini mungkin.

2. Mengambil keputusan dalam mencari pertolongan.
3. Memberikan perawatan bagi penderita yang sedang mengalami kekambuhan.
4. Memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam memberikan pertolongan. (Suliswati, 2004)

Seseorang yang menderita gangguan jiwa harus diberi semangat dan nasehat untuk mengatur keadaan dirinya dan untuk menghindari kekambuhan. Tim kesehatan menyatakan bahwa klien menyimpang catatan harian mengenai perasaan dan perilakunya sehingga mereka secara signifikan dapat mengalami perubahan dan peringatan tanda akan kekambuhannya. Banyak klien yang mempelajari dan mengenali pribadi mereka dengan adanya catatan tersebut.

Memelihara pola hidup juga penting untuk setiap orang khususnya klien gangguan jiwa. Mengambil dosis obat yang benar pada waktu yang sama setiap hari sangat diperlukan. Membantu mengingatkan klien dalam meminum obat dengan menggunakan pil boxe untuk setiap dosis harian. Hal tersebut dapat menolong mereka bila mereka harus mengambil dosis pengobatan.

Memelihara pola hidup sehat, memonitor dan memeriksakan anggota keluarga yang mengalami kekambuhan gangguan jiwa dapat membantu mencegah kekambuhan yang dialaminya.

## **2.3 Pengetahuan**

### **2.3.1 Pengertian Pengetahuan**

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh

melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo 2003). Menurut Taufik (2007), pengetahuan merupakan penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan lain sebagainya).

### 2.3.2 Tingkatan Pengetahuan

Ada 6 (enam) tingkatan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif, yaitu:

#### a. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

#### b. Memahami (comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

#### c. Aplikasi (application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat

diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen - komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi - formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan - rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2003).

### 2.3.3 Sumber-Sumber Pengetahuan

Sumber pertama yaitu kepercayaan berdasarkan tradisi, adat dan agama, adalah berupa nilai-nilai warisan nenek moyang. Sumber ini biasanya berbentuk norma-norma dan kaidah - kaidah baku yang berlaku di dalam kehidupan sehari - hari. Di dalam norma dan kaidah itu terkandung pengetahuan yang kebenarannya

boleh jadi tidak dapat dibuktikan secara rasional dan empiris, tetapi sulit dikritik untuk diubah begitu saja. Jadi, harus diikuti dengan tanpa keraguan, dengan percaya secara bulat. Pengetahuan yang bersumber dari kepercayaan cenderung bersifat tetap (mapan) tetapi subjektif.

Sumber kedua yaitu pengetahuan yang berdasarkan pada otoritas kesaksian orang lain, juga masih diwarnai oleh kepercayaan. Pihak-pihak pemegang otoritas kebenaran pengetahuan yang dapat dipercayai adalah orang tua, guru, ulama, orang yang dituakan, dan sebagainya. Apa pun yang mereka katakan benar atau salah, baik atau buruk, dan indah atau jelek, pada umumnya diikuti dan dijalankan dengan patuh tanpa kritik. Karena, kebanyakan orang telah mempercayai mereka sebagai orang-orang yang cukup berpengalaman dan berpengetahuan lebih luas dan benar. Boleh jadi sumber pengetahuan ini mengandung kebenaran, tetapi persoalannya terletak pada sejauh mana orang-orang itu bisa dipercaya. Lebih dari itu, sejauh mana kesaksian pengetahuannya itu merupakan hasil pemikiran dan pengalaman yang telah teruji kebenarannya. Jika kesaksiannya adalah kebohongan, hal ini akan membahayakan kehidupan manusia dan masyarakat itu sendiri.

Sumber ketiga yaitu pengalaman indriawi. Bagi manusia, pengalaman indriawi adalah alat vital penyelenggaraan kebutuhan hidup sehari-hari. Dengan mata, telinga, hidung, lidah, dan kulit, orang bisa menyaksikan secara langsung dan bisa pula melakukan kegiatan hidup.

Sumber keempat yaitu akal pikiran. Berbeda dengan panca indera, akal pikiran memiliki sifat lebih rohani. Karena itu, lingkup kemampuannya melebihi panca indera, yang menembus batas-batas fisis sampai pada hal-hal yang bersifat metafisis. Kalau panca indera hanya mampu menangkap hal-hal yang fisis

menurut sisi tertentu, yang satu persatu, dan yang berubah-ubah, maka akal pikiran mampu menangkap hal-hal yang metafisis, spiritual, abstrak, universal, yang seragam dan yang bersifat tetap, tetapi tidak berubah - ubah. Oleh sebab itu, akal pikiran senantiasa bersikap meragukan kebenaran pengetahuan indriawi sebagai pengetahuan semu dan menyesatkan. Singkatnya, akal pikiran cenderung memberikan pengetahuan yang lebih umum, objektif dan pasti, serta yang bersifat tetap, tidak berubah-ubah.

Sumber kelima yaitu intuisi. Sumber ini berupa gerak hati yang paling dalam. Jadi, sangat bersifat spiritual, melampaui ambang batas ketinggian akal pikiran dan kedalaman pengalaman. Pengetahuan yang bersumber dari intuisi merupakan pengalaman batin yang bersifat langsung. Artinya, tanpa melalui sentuhan indera maupun olahan akal pikiran. Ketika dengan serta-merta seseorang memutuskan untuk berbuat atau tidak berbuat dengan tanpa alasan yang jelas, maka ia berada di dalam pengetahuan yang intuitif. Dengan demikian, pengetahuan intuitif ini kebenarannya tidak dapat diuji baik menurut ukuran pengalaman indriawi maupun akal pikiran. Karena itu tidak bisa berlaku umum, hanya berlaku secara personal belaka (Suhartono, 2008).

#### **2.3.4 Pengukuran Pengetahuan**

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

#### **2.3.5 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, antara lain :

### 1. Pendidikan

Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang makin semakin baik pula pengetahuannya (Hendra AW, 2008).

### 2. Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik. Pepatah tersebut dapat diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu (Notoadmojo, 1997).

### 3. Usia

Makin tua umur seseorang maka proses-proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat seperti ketika berumur belasan tahun (Singgih, 1998 dalam Hendra AW, 2008). Selain itu Abu Ahmadi, 2001 dalam Hendra AW, 2008 juga mengemukakan bahwa memang daya ingat seseorang itu salah satunya dipengaruhi oleh umur. Dari uraian ini maka dapat kita simpulkan bahwa bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada penambahan pengetahuan yang diperolehnya, akan tetapi pada umur-umur tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang.

### 4. Informasi

Informasi akan memberikan pengaruh pada pengetahuan seseorang. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya TV, radio atau surat kabar maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang (Wied Hary A, 1996 dalam Hendra AW, 2008).

### **2.3.6 Konsep Pengetahuan Keluarga dalam Pencegahan Kekambuhan pada pasien skizofrenia**

Pengetahuan keluarga adalah apa yang diketahui oleh keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan dan perawatan dan menjaga kesehatan fisik dan mental dimana keluarga memiliki fungsi yaitu dalam memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarganya sehingga memungkinkan keluarga tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya karena keluarga memberikan pengaruh yang sangat bermakna bagi keadaan anggotanya. Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam keluarga, sekelompok dan masyarakat. Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga (Rasmun, 2001). Jadi pengetahuan itu memang mencakup akan ingatan yang pernah dipelajari, baik langsung maupun tidak langsung dan disimpan dalam ingatan. Pengetahuan mengenai kekambuhan misalnya, dapat bermanfaat bagi seseorang dalam pencegahan kekambuhan pasien skizofrenia dengan meningkatkan peran keluarga dan mengetahui perawatan yang benar bagi pasien (Soekidjo, 2003 : 128). Selain itu kekambuhan pasien skizofrenia tidak akan terjadi atau dapat diminimalkan bila didasari dengan pengetahuan yang tinggi tentang perawatan skizofrenia seperti yang dikemukakan oleh (Soekidjo, 2003 : 128)

mengungkapkan bahwa sebelum individu mengadopsi perilaku baru, di dalam diri individu terjadi proses berurutan:

- a. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap objek (stimulus).
- b. *Interest*, dimana orang mulai tertarik pada stimulus.
- c. *Evaluation*, dimana orang menimbang baik buruknya stimulus.
- d. *Trial*, dimana orang akan mencoba perilaku baru.
- e. *Adaptation*, orang yang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Demikian halnya dengan keluarga, jika proses tersebut diatas telah dilalui diharapkan keluarga mampu mengambil keputusan dan tindakan yang tepat untuk anggota keluarga yang menderita skizofrenia agar kekambuhan tidak terjadi.

## **2.4 Dukungan keluarga**

### **2.4.1 Definisi dukungan keluarga**

Dukungan keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diadakan untuk keluarga dimana dukungan tersebut bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan keluarga internal, seperti dukungan dari suami/ istri, dukungan dari saudara kandung, dukungan dari anak dan dukungan keluarga eksternal, seperti dukungan dari sahabat, tetangga, sekolah, keluarga besar, tempat ibadah, praktisi kesehatan (Friedman, 1998).

(Friedman, 1998) mendefenisikan dukungan keluarga sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya. Dukungan

keluarga tersebut bersifat reprotabilitas (timbal balik), umpan balik (kuantitas dan kualitas komunikasi), dan keterlibatan emosional (kedalaman intimasi dan kepercayaan) dalam hubungan sosial.

Dukungan keluarga merupakan sebuah proses yang terjadi sepanjang kehidupan, dimana dalam semua tahap siklus kehidupan dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga dalam kehidupan (Friedman, 1998).

#### **2.4.2 Komponen-Komponen Dukungan Keluarga**

Menurut (Friedman, 1998) dan (Setiadi, 2008) komponen – komponen dukungan keluarga terdiri dari:

##### **a. Dukungan Pengharapan**

Dukungan pengharapan meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian gangguan jiwa dengan baik, sumber gangguan jiwa dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan pengharapan yang diberikan berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Sehingga dukungan yang diberikan dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi – strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek – aspek yang positif.

Dalam dukungan pengharapan, kelompok dukungan dapat mempengaruhi persepsi individu akan ancaman dengan mengikut sertakan individu untuk membandingkan diri mereka sendiri dengan orang lain yang mengalami hal yang lebih buruk. Dukungan keluarga membantu individu dalam melawan keadaan gangguan jiwa yang dialami individu dengan membantu mendefinisikan kembali situasi tersebut sebagai ancaman kecil. Pada dukungan pengharapan keluarga

bertindak sebagai pembimbing seperti membimbing pasien untuk minum obat dan membina hubungan yang baik dengan pasien-pasien lain dengan memberikan umpan balik yaitu pertolongan yang diberikan oleh keluarga yang memahami permasalahan yang dihadapi oleh anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sekaligus memberikan pilihan respon yang tepat untuk menyelesaikan masalah. Jenis dukungan ini membuat individu mampu membangun harga dirinya, kompetensi dan bernilai.

b. Dukungan Nyata

Dukungan nyata meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan financial, material berupa bantuan nyata, dimana benda atau jasa yang diberikan akan membantu memecahkan masalah, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit, menyediakan peralatan yang dibutuhkan oleh penderita gangguan jiwa dan menyediakan obat – obatan yang dibutuhkan. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh penerima dengan tepat. Pada dukungan nyata keluarga merupakan sumber untuk mencapai tujuan praktis dan konkrit.

c. Dukungan Informasi

Dukungan informasi meliputi pemberian solusi dari masalah, pemberian nasehat, pengarahan, saran, ide-ide, dan umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh pasien gangguan jiwa. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang terapi yang baik dan tindakan yang spesifik bagi pasien gangguan jiwa untuk melawan stressor. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

d. Dukungan Emosional

Selama individu mengalami gangguan jiwa, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas, dan kehilangan harga diri. Dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga atau orang lain dapat membuat individu merasa tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada keluarga atau orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya. Dukungan emosional dapat berupa dukungan simpati, empati, cinta, kepercayaan, dan penghargaan. Pada dukungan emosional keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta memberikan semangat dan membantu penguasaan terhadap emosi.

### **2.3 Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga**

Menurut Feiring dan Lewis (1984) dalam Friedman (1998), ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian dari pada anak-anak dari keluarga yang besar. Selain itu, dukungan yang diberikan orang tua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Menurut Friedman (1998), ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas sosial ekonomi orang tua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otorokrasi. Selain itu

orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi dari pada orang tua dengan kelas sosial bawah.

#### **2.4 Elemen struktur keluarga**

- a. Struktur peran keluarga, menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya dilingkungan masyarakat atau peran formal dan informal.
- b. Nilai atau norma keluarga, menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.
- c. Pola komunikasi keluarga, menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi orang tua (ayah-ibu), orang tua dan anak, anak dan anak, anggota keluarga lain dan anggota keluarga inti.
- d. Struktur kekuatan keluarga, menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan (Citra, 2008).

#### **2.4.5 Dukungan keluarga dalam perawatan klien skizofrenia**

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien. Umumnya, keluarga meminta tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup merawatnya. Oleh karena itu asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya untuk memulihkan keadaan klien tetapi bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga tersebut (Yosep, 2007).

Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptif (pencegahan sekunder) dan memulihkan perilaku adaptif (pencegahan

tersier) sehingga derajat kesehatan klien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal (Keliat, 2005).

Sesuai dengan fungsinya, pemeliharaan kesehatan keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan yaitu :

- a. Mengetahui masalah kesehatan keluarga, kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Perubahan sekecil apapun yang dialami oleh anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga.
- b. Menentukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama, tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.
- c. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, perawatan dapat dilakukan di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.
- d. Memodifikasi keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.

#### **2.4.6 Perawatan skizofrenia oleh keluarga**

1) Menurut (Setadi, 2007) beberapa hal penting yang harus dilakukan keluarga dalam upaya penyesuaian diri dengan kehadiran skizofrenia dalam system mereka dan cara mengatasinya.

- a. Aktif mencari informasi atau psikoedukasi.

Informasi-informasi yang akurat tentang skizofrenia, gejala-gejalanya, kemungkinan perjalanan penyakitnya, berbagai bantuan medis dan psikologis yang dapat meringankan gejala skizofrenia merupakan sebagai informasi vital yang sangat dibutuhkan keluarga. Informasi yang tepat akan menghilangkan

saling menyalahkan satu sama yang lain, memberikan pegangan untuk dapat berharap secara realistis dan membantu keluarga mengarahkan sumber daya yang mereka memiliki pada usaha-usaha yang produktif. Pemberian informasi yang tepat dapat dilakukan dengan suatu program psikoedukasi untuk keluarga.

b. Sikap yang tepat adalah SAFE ( Sense of humor, Accepting the illness, family balance, Expectations which are realistic ).

c. Keluarga perlu memiliki sikap tepat tentang skizofrenia, disingkatnya sikap-sikap yang tepat itu dengan SAFE.

d. Support group

Bila mana keluarga menghadapi skizofrenia dalam keluarga mereka seorang diri, beban itu akan terasa sangat berat, namun bila keluarga yang sama-sama memiliki anggota keluarga skizofrenia bergabung bersama maka beban mereka akan terasa lebih ringan. Mereka dapat saling menguatkan, berbagai informasi yang mutakhir, bahkan mungkin menggalang dana bersama bagi keluarga yang kurang mampu.

Upaya peradaan ketegangan emosional secara kelompok juga akan efektif dan lebih murah.

e. Family therapy (Object relations family therapy)

Family therapy dapat menjadi bagian dari rangkaian upaya membantu keluarga agar sebagai suatu system meningkatkan kohensivitasnya dan lebih mampu melakukan penyesuaian diri. Keluarga harus membantu menumbuhkan sikap mandiri dalam dirisi penderita seperti melibatkan dalam kegiatan sehari-hari dan mereka harus sabar dan menerima kenyataan.

Dukungan keluarga dan teman merupakan salah satu obat penyembuh yang sangat berarti bagi penderita skizofrenia. Menerima kenyataan, menurut

suryantha adalah kunci pertama proses penyembuhan atau pengendalian skizofrenia. Keluarga harus tetap bersikap menerima, tetap berkomunikasi dan tidak mengasingkan penderita. Tindakan kasar, bentakan atau mengucilkan malah akan membuat penderita semakin depresi bahkan cenderung bersikap kasar. Akan tetapi terlalu dimanjakan juga tidak baik.

Keluarga menanggung beban dan tanggung jawab merawat anggota keluarga yang sakit, terutama mengatasi perilaku kacau tanpa informasi, ketrampilan dan dukungan yang memadai. Akhir ini perhatian para ahli beralih kepada pengaruh keluarga terhadap timbulnya. Sikap keluarga terhadap penderita dapat ditentukan dengan apa yang disebut EE (Emotional Expression) yang terdiri atas kritikan atau komentar negative, emosional over involvement, permusuhan terhadap penderita, ketidakpuasan dan kehangatan.

## **2.5 Hubungan tingkat pengetahuan dengan dukungan keluarga dalam pencegahan kekambuhan klien skizofrenia.**

Pengetahuan diperoleh dari informasi baik secara lisan atau pun tertulis dari pengalaman seseorang. Pengetahuan diperoleh dari fakta atau kenyataan dengan mendengar radio, melihat televisi, dan sebagainya. Serta dapat diperoleh dari pengalaman berdasarkan pemikiran kritis (Soekanto, 2002). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dengan kata lain pengetahuan mempunyai pengaruh sebagai motivasi awal bagi seseorang dalam berperilaku. Namun perlu diperhatikan bahwa perubahan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, walaupun hubungan positif antara variabel pengetahuan dan variabel perilaku telah banyak diperlihatkan. Pengetahuan keluarga adalah apa yang diketahui oleh keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan dan perawatan dan menjaga

kesehatan fisik dan mental dimana keluarga memiliki fungsi yaitu dalam memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarganya sehingga memungkinkan keluarga tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya karena keluarga memberikan pengaruh yang sangat bermakna bagi keadaan anggotanya. Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam keluarga, sekelompok dan masyarakat. Berbagai peranan yang terdapat didalam keluarga (Rasmun, 2001). Selain itu di butuhkan dukungan keluarga untuk pencegahan dalam kekambuhan. Kekambuhan adalah peristiwa timbulnya kembali gejala-gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan (Stuart dan Laraia, 2001). Kekambuhan biasanya terjadi karena adanya kejadian-kejadian buruk sebelum mereka kambuh (Wiramihardja, 2007).

