

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapat perpecahan (*schism*) antara pikiran, emosi, dan perilaku pasien. Perpecahan pada pasien digambarkan dengan adanya gejala fundamental spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi, khususnya kelonggaran asosiasi. Gejala fundamental lainnya adalah gangguan afektif, autisme, dan ambivalensi. Gejala sekunder skizofrenia berupa waham dan halusinasi (Sadock & Sadock, 2004).

Skizofrenia merupakan bentuk parah dari penyakit mental yang merupakan kemungkinan hasil dari interaksi antara risiko genetik dan paparan lingkungan, serta mempengaruhi sekitar 7 per seribu dari populasi orang dewasa terutama pada kelompok usia 15-35 tahun (Gilmore, 2010).

Skizofrenia didiskusikan seolah-olah sebagai suatu penyakit tunggal namun kategori diagnostiknya mencakup sekumpulan gangguan, mungkin dengan kausa yang heterogen, tapi dengan gejala perilaku yang sedikit banyak serupa. Pasien skizofrenia menunjukkan

presentasi klinis, respon terhadap terapi, dan perjalanan penyakit yang berbeda-beda (Sadock & Sadock, 2004).

b. Etiologi Skizofrenia

1) Model Diatesis Stres

Seseorang yang memiliki kerentanan spesifik (diatesis) yang, bila diaktifkan oleh pengaruh yang penuh tekanan, memungkinkan timbulnya gejala skizofrenia. Diathsis dapat berupa stress biologis, lingkungan, atau keduanya (Sadock & Sadock, 2004). Efek biologis stress dimediasi oleh axis *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA) yang mengatur pelepasan steroid termasuk kortisol. Hipotesis yang ada mengatakan bahwa terdapat hubungan bahwa peningkatan HPA juga menjadi salah satu hal yang memicu skizofrenia (Corcoran *et al*, 2003).

2) Faktor Genetik

Seseorang yang menderita skizofrenia mempunyai resiko sebesar 10% untuk memiliki keturunan dengan penyakit serupa. Kedua orang tua yang menderita skizofrenia memiliki resiko yang lebih besar untuk mempunyai keturunan dengan skizofrenia, yaitu sebesar 40%. Kembar zigotik memiliki resiko sebesar 10%, dan kembar monozigotik memiliki resiko sebesar 40-50% (Frankenburg, 2014). Delesi dan duplikasi segmen DNA dapat meningkatkan resiko terjadinya skizofrenia, seperti delesi

yang ditemukan pada 1q21.1, 15q13.3, dan 22q11.2 (Schoepf D, 2014).

3) Faktor Perinatal

Wanita dengan malnutrisi atau terkena infeksi virus saat hamil adalah salah satu resiko tinggi melahirkan anak yang dapat terkena skizofrenia (Brown AS, 2010). Komplikasi kehamilan memiliki hubungan dengan tingginya insidensi kejadian skizofrenia. Anak yang lahir saat musim dingin mungkin berada dalam resiko untuk menderita skizofrenia (Frankenburg, 2014).

4) Hipotesis Dopamin

Skizofrenia timbul akibat aktivitas dopaminergik yang berlebihan. Sejumlah studi pendahuluan mengindikasikan bahwa pada kondisi eksperimental yang terkontrol secara seksama, konsentrasi asam homovanilat plasma dapat menggambarkan konsentrasi asam homovanilat di sistem saraf pusat (Saddock & Saddock, 2004). Hipotesis dopamin tentang skizofrenia menyatakan bahwa ketidakaturan fungsi dopamin mendasari gejala psikotik positif dari skizofrenia (Demjaha *et al.*, 2012).

5) Faktor Biokimia

Skizofrenia mungkin berasal dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang disebut neurotransmitter, yaitu kimiawi otak yang memungkinkan neuron-neuron berkomunikasi satu sama lain. Beberapa ahli mengatakan bahwa skizofrenia berasal dari

aktivitas neurotransmitter dopamin yang berlebihan di bagian-bagian tertentu otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap dopamin. Banyak ahli yang berpendapat bahwa aktivitas dopamin yang berlebihan saja tidak cukup untuk skizofrenia. Beberapa neurotransmitter lain seperti norepinephrin dan serotonin tampaknya juga memainkan peran (Barlow & Durand, 2007).

c. Gejala dan Gambaran Klinis Skizofrenia

Gejala skizofrenia secara garis besar dapat dibagi dalam tiga kelompok, yaitu gejala positif, gejala negatif, dan disorganisasi. Gejala positif berupa isi pikiran tidak wajar (waham), gangguan asosiasi pikiran (inkoherensi), gangguan persepsi (halusinasi), gangguan perasaan, perilaku aneh atau tak terkendali (*disorganized*).

Gejala negatif adalah alam perasaan (afek) tumpul atau mendatar, menarik diri atau isolasi diri dari pergaulan, miskin kontak emosional (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis atau acuh tak acuh, sulit berpikir abstrak dan kehilangan dorongan kehendak atau inisiatif (Utami, 2012).

Kategori gejala yang ketiga adalah disorganisasi, antara lain perilaku yang aneh (misalnya katatonik, dimana pasien menampilkan perilaku tertentu berulang-ulang, menampilkan pose tubuh yang aneh; atau *waxy flexibility*, yaitu orang lain dapat memutar atau membentuk posisi tertentu dari anggota badan pasien, yang akan dipertahankan

dalam waktu yang lama) dan disorganisasi pembicaraan. Disorganisasi pembicaraan adalah masalah dalam mengorganisasikan ide dan pembicaraan, sehingga orang lain mengerti (dikenal dengan gangguan berpikir formal), misalnya asosiasi longgar, inkohereni, dan sebagainya (Prabowo, 2007)

d. Kriteria Diagnosis

Menurut Kaplan & Sadock, terdapat beberapa kriteria diagnostic skizofrenia di dalam DSM-IV antara lain:

- 1) Karakteristik gejala Terdapat dua (atau lebih) dari kriteria di bawah ini, masing-masing ditemukan secara signifikan selama periode satu bulan (atau kurang, bila berhasil ditangani):
 - a) Delusi (waham)
 - b) Halusinasi
 - c) Pembicaraan yang tidak terorganisasi (misalnya, topiknya sering menyimpang atau tidak berhubungan).
 - d) Perilaku yang tidak terorganisasi secara luas atau munculnya perilaku katatonik yang jelas
 - e) Gejala negatif; yaitu adanya afek yang datar, alogia atau avolisi (tidak adanya kemauan). Catatan : Hanya diperlukan satu gejala dari kriteria A, jika delusi yang muncul bersifat kacau (bizarre) atau halusinasi terdiri dari beberapa suara yang terus menerus mengomentari perilaku atau pikiran

pasien, atau dua atau lebih suara yang saling berbincang antara satu dengan yang lainnya.

- 2) Disfungsi sosial atau pekerjaan Untuk 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 sekurangnya enam bulan. Pada periode enam bulan ini, harus termasuk sekurangnya 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.
- 4) Di luar gangguan Skizoafektif dan gangguan Mood Gangguan-gangguan lain dengan ciri psikotik tidak dimasukkan, karena :

- a) Tidak ada episode depresif mayor, manik atau episode campuran yang terjadi secara bersamaan yang terjadi bersama dengan gejala fase aktif.
 - b) Jika episode mood terjadi selama gejala fase aktif, maka durasi totalnya akan relatif lebih singkat bila dibandingkan dengan durasi periode aktif atau residualnya.
- 5) Di luar kondisi di bawah pengaruh zat atau kondisi medis umum
- Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari suatu zat (penyalahgunaan obat, pengaruh medikasi) atau kondisi medis umum.
- 6) Hubungan dengan perkembangan pervasive
- Jika ada riwayat gangguan autistik atau gangguan perkembangan pervasive lainnya, diagnosis tambahan skizofrenia dibuat hanya jika muncul delusi atau halusinasi secara menonjol untuk sekurang-kurangnya selama satu bulan (atau kurang jika berhasil ditangani).

(Sadock & Sadock, 2004)

d. Perjalanan Penyakit Skizofrenia

Perjalanan penyakit skizofrenia sangat bervariasi pada tiap-tiap individu. Perjalanan klinis skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan, meliputi beberapa fase yang dimulai dari prodromal, fase aktif dan keadaan residual.

Tanda dan gejala prodromal skizofrenia dapat berupa cemas, gundah (gelisah), merasa diteror atau depresi. Penelitian retrospektif terhadap pasien dengan skizofrenia menyatakan bahwa sebagian penderita mengeluhkan gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan dan masalah pencernaan. Perkembangan gejala prodromal yang berlangsung beberapa hari sampai beberapa bulan (Sadock & Sadock, 2004).

Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis, yaitu adanya kekacauan dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Penilaian pasien skizofrenia terhadap realita terganggu dan pemahaman diri (tilikan) buruk sampai tidak ada.

Fase residual ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia. Yang tinggal hanya satu atau dua gejala sisa atau gejala negatif yang tidak terlalu nyata secara klinis, yaitu dapat berupa penarikan diri (*withdrawal*) dan perilaku aneh (Buchanan & Carpenter, 2005)

e. Penatalaksanaan Skizofrenia

Terdapat dua macam terapi pada penatalaksanaan skizofrenia, yaitu terapi biologis dan terapi psikososial

1) Terapi Biologis

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi elektrokonvulsif, dan pembedahan bagian otak. Terapi dengan

penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-gejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat tersebut termasuk kelompok obat phenothiazines, reserpine (serpasil), dan haloperidol (haldol). Obat ini disebut obat penenang utama. Obat tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini cukup tepat bagi penderita skizofrenia yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan (Barlow & Durand, 2007)

2) Terapi Psikososial

Gejala-gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah diberikan pada pasien skizofrenia, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Barlow & Durand, 2007).

2. Kader Kesehatan

a. Definisi Kader Kesehatan

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).

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).
- 3) Mengidentifikasi dan melaporkan kejadian masyarakat yang berdampak terhadap kesehatan masyarakat (*surveillance* ber-basis masyarakat)
- 4) Pemecahan masalah bersama masyarakat

3. Sikap

a. Definisi sikap

Sikap (*attitude*) adalah merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau obyek. Sikap dapat diposisikan sebagai hasil evaluasi terhadap obyek sikap yang diekspresikan ke dalam proses- proses kognitif, afektif (emosi) dan perilaku (Wawan & Dewi, 2010).

Sikap merujuk pada evaluasi individu terhadap berbagai aspek dunia sosial serta bagaimana evaluasi tersebut memunculkan rasa suka atau tidak suka individu terhadap isu, ide, orang lain, kelompok sosial dan objek (Baron & Byrne, 2004). Sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau obyek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2005).

b. Ciri-ciri sikap

- 1) Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungannya dengan obyeknya.
- 2) Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan sikap dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang itu.
- 3) Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu obyek. Dengan kata lain sikap itu terbentuk, dipelajari, atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu obyek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
- 4) Obyek sikap itu merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
- 5) Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan, sifat alamiah yang membedakan sikap dan kecakapan- kecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki orang

(Notoadmojo, 2005).

c. Faktor-faktor yang mempegaruhi pembentukan sikap

1) Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus social

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggapnya penting. Keinginan ini antara lain dimotifasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

3) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah karena kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang. (Azwar, 2009)

4. Perilaku

a. Definisi Perilaku

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar) dan merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat (Notoatmodjo, 2007).

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bisa dilihat sedangkan perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain berjalan, berbicara, menangis, tertawa, membaca dan sebagainya, sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku manusia adalah semua kegiatan atau

aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. (Fatmawati, 2004)

b. Bentuk Perilaku

Perilaku dapat dibedakan menjadi:

1) Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respons atau reaksi yang bersifat tertutup atau terselubung. Respons atau reaksi terhadap stimulus masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum bisa diamati secara jelas oleh orang lain.

2) Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus pada perilaku ini sudah dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*). (Notoatmodjo, 2007)

c. Faktor yang memengaruhi perilaku

1) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi mencakup beberapa hal, antara lain pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.

2) Faktor Pendukung (Enabling Factors)

Faktor ini mencakup ketersediaan alat, sarana dan prasarana.

3) Faktor Penguat (Reinforcing Factors)

Sikap dan perilaku petugas, dukungan pasangan dan perilaku tokoh masyarakat. (Notoatmodjo, 2007)

5. Psikoedukasi

a. Definisi Psikoedukasi

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 (Bordbar, 2010).

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 sikap dan perilaku dalam menghadapi tantangan tersebut, dan mengembangkan keterampilan coping untuk menghadapi tantangan tersebut (Walsh, 2010)

Psikoedukasi adalah *treatment* yang diberikan secara profesional dimana mengintegrasikan intervensi psikoterapeutik dan edukasi (Lukens *et al.*, 2004).

Psikoedukasi, baik individu ataupun kelompok tidak hanya memberikan informasi penting terkait dengan permasalahan partisipannya tetapi juga mengajarkan keterampilan-keterampilan yang dianggap penting bagi partisipannya untuk menghadapi situasi permasalahannya. Psikoedukasi kelompok dapat diterapkan pada berbagai kelompok usia dan level pendidikan. Asumsi lainnya, psikoedukasi kelompok 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, 2011).

b. Fokus Psikoedukasi

Psikoedukasi memiliki 9 fokus menurut Walsh, yaitu:

- 1) Mendidik partisipan mengenai tantangan dalam hidup
- 2) Membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan dan dukungan sosial 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 (*disorder*)
- 7) Mengidentifikasi dan mengeksplorasi perasaan terhadap suatu isu
- 8) Mengembangkan keterampilan penyelesaian masalah
- 9) Mengembangkan keterampilan *crisis-intervention* (Walsh, 2010)

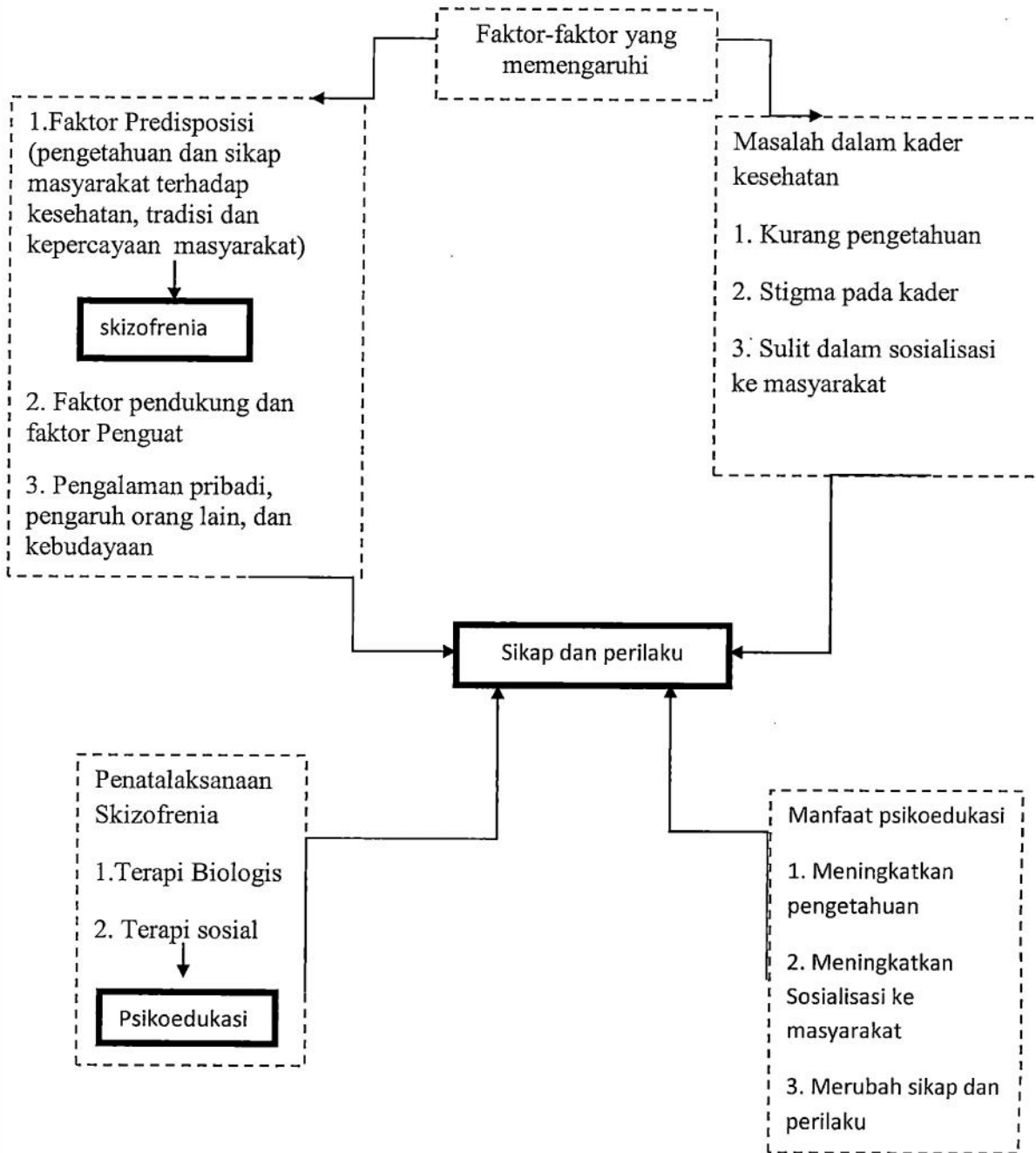
c. Indikasi Psikoedukasi

Psikoedukasi dapat dilakukan pada keluarga dengan gangguan seperti skizofrenia, depresi mayor, dan gangguan bipolar. Psikoedukasi juga dapat dilakukan pada keluarga yang memiliki masalah psikososial dan gangguan jiwa (Stuart & Laraia, 2005).

d. Isi Psikoedukasi

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

B. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

Keterangan :



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti



: Arah hubungan

C. Hipotesis

Modul psikoedukasi efektif terhadap sikap dan perilaku kader kesehatan tentang skizofrenia.