

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Menurut WHO (1969), keluarga adalah kumpulan anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan (Setiadi, 2008:2).

Menurut Depkes RI (1988), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan (Setiadi, 2008:3).

Menurut Bailon dan Maglaya (1989), keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi, dalam satu rumah tangga berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Andarmoyo, 2012:3).

Menurut Johnson's (1992), keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan yang terus menerus, yang tinggal dalam satu atap, mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kehidupan antara satu orang dengan lainnya (Andarmoyo, 2012:4).

Menurut Setiadi (2008:3), dari beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan secara umum bahwa keluarga itu terjadi jikalau ada:

1. Ikatan atau persekutuan (perkawinan/kesepakatan)
2. Hubungan (darah/adopsi/kesepakatan)
3. Tinggal bersama dalam satu atap (serumah)
4. Ada peran masing-masing anggota keluarga
5. Ikatan emosional

2.1.2 Ciri-ciri keluarga

Ciri keluarga Menurut Robert Mac Iver dan Charles Horton (1979) dalam Setiadi (2008:3), antara lain :

1. Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
2. Keluarga membentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja di bentuk / di pelihara.
3. Keluarga mempunyai suatu bentuk sistim tata nama (nomen clatur) termasuk perhitungan garis keturunan.
4. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang di bentuk oleh anggota-anggotanya yang berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
5. Keluarga merupakan tempat tinggal bersama.

Ciri keluarga Indonesia menurut Setiadi (2008:4) :

1. Mempunyai ikatan yang sangat erat yang di landasi semangat gotong royong.

2. Di jiwai oleh kebudayaan ketimuran.
3. Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemutusan diputuskan secara musyawarah.

2.1.3 Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998 dalam Setiadi 2008:7) sebagai berikut :

1. Fungsi efektif

Fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggotanya berhubungan dengan orang lain.

2. Fungsi sosialisasi

Fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan social sebelum meninggalkan rumah berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

3. Fungsi reproduksi

Fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan hidup keluarga.

4. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarganya secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi (Setiadi,2008:7).

Selain menyediakan makanan, pakaian dan rumah keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan kepada anggota keluarga baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota keluarga yang sakit.

Kesanggupan keluarga melaksanakan, memelihara kesehatan terhadap anggotanya dapat di lihat dari tugas kesehatan keluarga Friedman, (1998 dalam Setiadi, 2008:12-13).

Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1998) dalam Setiadi (2008:12-13) adalah:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarganya.
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usia yang terlalu muda.
- 4) Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

Kelima tugas kesehatan di atas saling terkait dan perlu di lakukan oleh keluarga. Petugas kesehatan juga perlu melakukan pengkajian untuk mengetahui sejauh mana keluarga dapat melaksanakan kelima tugas tersebut dengan baik,

selanjutnya memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut.

2.1.4 Karakteristik Keluarga dengan skizofrenia

Pada umumnya keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa. Memiliki ekspresi emosi yang tinggi sehingga dapat mempengaruhi keadaan klien sehingga dapat menyebabkan kekambuhan dalam waktu yang tidak lama setelah pulang dari rumah sakit.

Secara umum keluarga tidak siap untuk menerima klien yang baru pulang dari Rumah sakit karena marasa pesimis terhadap masa depan klien sehubungan dengan anggapan keluarga bahwa klien tidak akan mampu bertingkah laku normal. Semua tingkah laku klien selalu di awasi, sehingga klien tidak bisa melakukan kegiatan yang dia inginkan (Suliswati,dkk 2005).

Berikut ini ada beberapa fungsi keluarga dalam mencegah gangguan jiwa menurut Suliswati, dkk (2005):

1. Menciptakan lingkungan yang sehat jiwa bagi anggota keluarga.
2. Saling mencintai dan menghargai antara anggota keluarga.
3. Saling membantu dan memberi antara anggota keluarga.
4. Saling terbuka dan tidak ada diskriminasi.
5. Memberi pujian kepada anggota keluarga untuk segala perbuatannya yang baik dari pada menghukumnya pada waktu membuat kesalahan.
6. Menghadapi ketegangan dengan tenang serta menyelesaikan masalah kritis/darurat secara tuntas dan wajar.

7. Menunjukkan empati serta memberi bantuan kepada anggota keluarga yang mengalami perubahan perilaku.
8. Saling menghargai dan mempercayai.
9. Membina hubungan dengan anggota masyarakat lainnya.
10. Berkreasi bersama anggota keluarga untuk menghilangkan ketegangan dalam keluarga.
11. Menyediakan waktu untuk kebersamaan dalam keluarga.

2.2 Konsep Kemandirian Keluarga

Menurut Anwar (2015:63), mengartikan kemandirian merupakan suatu keadaan dimana seseorang yang memiliki kemauan dan kemampuan berupaya untuk memenuhi tuntutan kebutuhan hidupnya secara sah, wajar dan bertanggung jawab terhadap segala hal yang dilakukan, namun demikian tidak berarti bahwa orang yang mandiri bebas lepas tidak memiliki kaitan dengan orang lain.

Menurut Makhfudli (2009:188), ada beberapa kriteria kemandirian keluarga berdasarkan tingkat kemandirian , diantaranya : 1) menerima petugas kesehatan, 2) menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan keluarga , 3) keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya dengan benar, 4) kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran , 5) melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran ,6) melakukan tindakan pencegahan secara aktif , dan 7) keluarga mampu melakukan tindakan promotif secara aktif.

Friedman (1998) dalam Zulfritri (2012) menyatakan bahwa apabila 5 tugas kesehatan keluarga terpenuhi, maka keluarga tersebut sudah menunjukan

kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan pada anggota keluarganya, meliputi: pertama, keluarga diharapkan mampu mengenal berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh seluruh anggota keluarga. Kedua, keluarga mampu memutuskan tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh seluruh anggota keluarga. Ketiga, keluarga mampu melakukan perawatan yang tepat sehari-hari di rumah. Keempat, keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan rumah yang dapat mendukung dan meningkatkan kesehatan seluruh anggota keluarganya. Kelima, keluarga diharapkan mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengontrol kesehatan dan mengobati masalah kesehatan yang tidak dapat diselesaikan sendiri oleh keluarga.

Adapun begitu, terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian keluarga dalam kehidupan sehari-hari dalam mengambil keputusan terhadap perkembangan keluarga maupun mengambil keputusan terhadap upaya pemeliharaan kesehatan, berikut adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian keluarga.

2.2.1 Kemandirian Dipengaruhi Oleh Nilai-Nilai Yang ada dalam keluarga

Ada beberapa variabel atau faktor penting yang sangat mempengaruhi nilai-nilai dalam keluarga. Nilai dan sistem keyakinan keluarga membentuk pola perilaku terhadap masalah kesehatan yang mereka hadapi. Maka dari itu nilai-nilai yang ada dalam keluarga sangat mempengaruhi kemandirian keluarga. Berikut variabel tersebut menurut Friedman (1998);

2.2.1.1 Sosial Ekonomi :

Karena status sosial ekonomi keluarga membentuk gaya hidup keluarga status ini juga merupakan faktor yang sangat kuat didalam nilai keluarga, nilai ini dominan dari masyarakat berbeda-beda. Terkait dengan dimensi waktu, keluarga miskin lebih berorientasi pada masa kini daripada kelas menengah.

Diantara beberapa keluarga miskin misalnya waktu dan perjanjian dipersiapkan sebagai sesuatu yang fleksibel artinya kegiatan dimulai jika semua orang yang terlibat sudah sampai sebaliknya keluarga kelas menengah, menganut nilai waktu yang dominan dan mengharapkan ketepatan waktu serta ketrampilan manajemen waktu yang baik (Friedman, 1998:186).

2.2.1.2 Etnis

Latar belakang etnik memberikan perbedaan yang besar dalam memandang pentingnya suatu nilai dalam keluarga. Contohnya: keluarga irlandia-amerika menempatkan nilai yang tinggi pada kemandirian. Kebudayaan irlandia penuh dengan ungkapan yang menggambarkan pentingnya tersebut anda sudah merapikan tempat tidur, yang mengungkapkan arti bahwa anggota keluarga yang sudah menikah tidak boleh membawa masalah rumah tangga mereka kepada orang tua. Sebaliknya, keluarga Italia-Amerika akan sulit mebayangkan ungkapan tersebut (Friedman, 1998:338).

2.2.1.3 Letak Geografis

Dalam hal tempat tinggal penduduk desa versus kota, penduduk desa cenderung lebih tradisional dan konservatif daripada penduduk urban dan

suburban. Masyarakat suburban sebagian menengah, dan biasanya lebih mendukung nilai kebudayaan kelas menengah penduduk urban. Sebaliknya, masyarakat urban, terdiri dari beragam macam populasi, pada umumnya terdiri dari keluarga yang berasal dari beragam kelas social, dan dari bermacam etnik serta kelompok rasial, jadi keluarga urban biasanya menunjukkan perbedaan nilai yang besar, meskipun secara umum cenderung memilih pandangan social dan politik yang lebih liberal (Friedman, 1998:340).

2.2.1.4 Perbedaan generasi

Variable lain yang mempengaruhi nilai dan norma keluarga adalah pada generasi manakah anggota tersebut hidup. Contohnya di amerika serikat ada system nilai generasi. kebanyakan nilai inti juga dapat berubah karena pergeseran nilai yang berlaku dalam masyarakat (Fridman, 1998:340).

2.2.2 Kemandirian Dipengaruhi Oleh Perkembangan Perilaku Perawatan Diri Keluarga

Gray (1996) dalam friedman (1998:42-43) menulis bahwa perilaku perawatan diri keluarga dapat berkembang lewat perpaduan pengalaman social dan kognitif yang telah dipelajari melalui hubungan interpersonal, komunikasi dan budaya yang unik pada setiap keluarga.

2.2.2.1 Interpersonal

Anggota keluarga, baik secara individu atau kelompok, dapat melakukan atau menjalankan keharusan perawatan diri yang meliputi sikap mengenai kesehatan mereka dan kemampuan mereka untuk melaksanakan perilaku

perawatan diri terhadap anggota keluarganya yang memiliki masalah kesehatan. Keluarga mempengaruhi pengenalan dan interpretasi gejala penyakit anggota keluarganya.

Sebagai sebuah unit dasar di dalam masyarakat, keluarga membentuk dan dibentuk oleh kekuatan dari luar yang ada disekitarnya. Keluarga telah menunjukkan ketahanan dan adaptasi yang luar biasa terhadap anggota keluarganya yang mengalami masalah kesehatan, oleh karena itu faktor yang sangat mempengaruhi individu dapat mencapai adaptasi dalam perubahan status kesehatannya sangat dipengaruhi oleh dari luar dirinya yaitu keluarga dan masyarakat sekelilingnya.

2.2.2.2 Komunikasi

Komunikasi keluarga dikonsepsualisasikan sebagai salah satu dari empat dimensi struktur dari system keluarga, beserta kekuasaan , peran dan pengambilan keputusan serta dimensi struktur nilai. Struktur keluarga dan proses komunikasi terkait memfasilitasi pencapaian fungsi keluarga, selain itu pola komunikasi didalam system keluarga mencerminkan peran dan hubungan anggota keluarga.

Komunikasi memerlukan pengirim, saluran dan penerima pesan serta interaksi antara pengirim dan penerima. Pengirim dan penerima. Pengirim adalah seseorang yang mencoba untuk memindahkan suatu pesan kepada orang lain, penerima adalah sasaran dari pesan yang dikirmkan saluran merupakan rute/perjalanan pesan.

Karakteristik kunci keluarga yang sehat adalah komunikasi yang jelas dan kemampuan untuk saling mendengarkan. Komunikasi yang baik diperlukan untuk membina dan memelihara hubungan penuh rasa cinta.

2.2.2.3 Budaya

Orientasi atau latar belakang kebudayaan keluarga dapat menjadi variable yang paling berhubungan dengan memahami perilaku keluarga. System nilai dan fungsi keluarga. Karena kebudayaan menembus dan mengitari tindakan individu. Keluarga dan social, konsekuensinya pervasive dan implikasi pada praktik menjadi luas. Professional kesehatan harus menyadari keunikan kualitas yang khusus, bermacam gaya hidup , struktur dalam kebudayaan keluarga, karena itu posisi budaya sangat penting dan merupakan karakter yang unik.

2.2.3 Penilaian Kemandirian Keluarga

Menurut Makhfudli (2009:188), kemandirian keluarga dalam program Perawatan Kesehatan dibagi menjadi empat tingkat dari keluarga mandiri tingkat satu (paling rendah) sampai keluarga mandiri tingkat empat (paling tinggi).

1) Keluarga Mandiri Tingkat I

1. Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.
2. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

2) Keluarga Mandiri Tingkat II

1. Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.
2. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

3. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
4. Memanfaatkan pelayanan kesehatan secara aktif.
5. Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.

3) Keluarga Mandiri Tingkat III

1. Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.
2. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
3. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
4. Memanfaatkan pelayanan kesehatan secara aktif.
5. Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
6. Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.

4) Keluarga Mandiri Tingkat IV

1. Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.
2. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
3. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
4. Memanfaatkan fasilitas kesehatan secara aktif.
5. Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
 - Psikoterapi individual.
6. Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
 - Rehabilitasi psikiatri.
7. Melaksanakan tindakan promotif secara aktif.
 - Latihan keterampilan sosial.

2.3 Konsep Skizofrenia

2.3.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa yang sering di jumpai di mana-mana sejak dahulu kala, Skizofrenia berasal dari kata, *Schiziz* ; pecah belah atau bercabang dan *Phren* ; Jiwa. Jadi Gangguan Jiwa Skizofrenia merupakan suatu psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses berpikir serta disharmoni (perpecahan, keretakan) antara proses berpikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi, afek dan emosi menjadi inadkuat, psikomotor menunjukkan ambivalensi dan perilaku bizar (Maramis, 2005:766).

2.3.2 Etiologi

Sebagian besar ilmuwan meyakini bahwa skizofrenia adalah penyakit biologis yang disebabkan faktor-faktor genetik, ketidakseimbangan kimiawi di otak, abnormalitas struktur otak, atau abnormalitas dalam lingkungan prenatal. Berbagai peristiwa stres dalam hidup dapat memberikan kontribusi pada perkembangan skizofrenia pada klien yang telah memiliki predisposisi pada penyakit ini (Arif, 2006 : 25).

2.3.3 Gejala Skizofrenia

Tanda dan gejala dari skizofrenia dari dua kelompok menurut (Maramis, 2005:217) yaitu :

Gejala Primer yang terdiri dari :

1. Gangguan proses pikir (Bentuk, arus, isi pikir)

Pada bentuk pikiran di tandai dengan adanya asosiasi longgar (Asosiasi derailment atau tangensial), ide yang tidak berkaitan, dapat melompat dari satu topik, ke topik yang lain dan tidak berhubungan sehingga membingungkan pendengar. Gangguan ini sering terjadi (di pertengahan kalimat) sehingga pembicaraan sering inkoheren.

Pada arus pikir pasien mungkin mengalami sirkumental yaitu pembicaraan yang berbeli-belit. Sedangkan pada isi pikir terdapat suatu waham yaitu suatu keyakinan kokoh yang salah dan tidak sesuai dengan fakta, tetap di pertahankan meskipun telah di perlihatkan bukti-bukti jelas untuk mengoreksi.

2. Gangguan emosi

Terdapat 3 afek dasar yang sering terjadi (Yosep, 2008 dalam Bahreysi, 2016) :

a. Afek tumpul atau datar

Ekspresi emosi pasien sangat sedikit bahkan ketika afek tersebut seharusnya di ekspresikan, dan pasien tidak menunjukkan kehangatan.

b. Afek tidak serasi

Afeknya mungkin kuat tetapi tidak sesuai dengan pikiran dan pembicaraan pasien.

c. Afek labil

Dalam jangka waktu pendek terjadi pertukaran efek yang jelas.

d. Gejala psikomotor

Gerakan badan yang dipengaruhi keadaan jiwa, sehingga merupakan afek bersama yang mengenai badan jiwa dari suatu perilaku.

e. Gangguan kemauan

Pada penderita skizofrenia mengalami kehilangan kehendak, kelemahan dan tidak ada dorongan, terlihat dari kegagalan dalam melakukan pekerjaan di rumah, pelajaran maupun pekerjaan. Dalam keadaan tertentu dapat di temukan ego yang berlebihan, negatifisme atau suatu kepatuhan secara tiba-tiba (otomatis).

Adapun gejala sekunder dari skizofrenia, yang terdiri dari:

1. Waham

Suatu kepercayaan yang terpaku dan tidak dapat di koreksi atas dasar fakta dan kepercayaan, tetap di pertahankan, bersifat patologis dan tidak terkait dengan kebudayaan setempat.

2. Halusinasi

Terganggunya presepsi sensori seseorang, di mana tidak ada stimulus pada skizofrenia, halusinasi ditemukan dalam kesadaran yang jernih, dan biasanya merupakan halusinasi pendengaran, tetapi panca indra sensorik lain mungkin juga dapat terlibat.

3. Gejala Katatonik

Adalah berupa kelainan gerakan yang mungkin timbul dalam bentuk kekakuan, gerakan yang kurang berkoordinasi serta gaya berjalan, bersikap yang tidak sesuai.

2.3.4 Klasifikasi Skizofrenia

Pembagian skizofrenia menurut Maramis (2005:222-228) yaitu:

1. Skizofrenia Simplek

Seringkali timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis ini adalah, kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir dan biasanya sukar di temukan waham dan halusinasi.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya berlahan-lahan atau sub akut, dan sering timbul pada masa pubertas atau remaja pada usia 15-24 tahun. Gejalanya adalah gangguan proses pikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi, adanya gangguan psikomotor, waham dan halusinasi yang sangat banyak.

3. Skizofrenia Katatonik

Timbul pertama kali pada umur 15-30 tahun, biasanya akut, dan biasanya timbul karena adanya stress emosional maupun dapat menyebabkan gaduh gelisah.

4. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid agak berlainan dari jenis yang lain dalam perjalanan penyakit, Hebrefenia dan katatonik sering lama kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia bercampur. Gejala yang mencolok ialah waham primer yang di sertai waham-waham sekunder dan halusinasi, baru dengan pemeriksaan yang lebih teliti. Maka ternyata adanya gangguan proses pikir, gangguan afek dan gangguan kemauan.

5. Skizofrenia Akut

Gejala skizofrenia yang timbul mendadak sekali dan seperti dalam mimpi, kesadaran mungkin berkabut dan dalam keadaan ini timbul perasaan seakan dunia luar dan dirinya sendiripun sudah berubah dan semuanya seakan mempunyai suatu arti yang khusus (aneroïd).

6. Skizofrenia Residual

Skizofrenia jenis ini, merupakan sisa (residu) dari segala gejala skizofrenia yang tidak begitu menonjol, misalnya alam perasaan yang tumpul dan mendatar serta tidak serasi, dan sering terjadi isolasi sosial.

7. Skizofrenia Afektif

Gejalanya di nominasi oleh gangguan alam perasaan (mood), yang di sertai waham dan halusinasi. Gangguan alam perasaan yang menonjol ialah perasaan gembira yang berlebihan dan perasaan sedih yang mendalam.

2.3.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan skizofrenia menurut Sinaga (2007) dalam Stevany (2013) adalah sebagai berikut :

2.3.5.1 Terapi Psikososial

Penderita skizofrenia perlu mendapatkan penatalaksanaan secara integrasi, baik dari aspek psikofarmakologis dan aspek psikososial. Hal ini berkaitan dengan tiap penderita skizofrenia merupakan seseorang dengan sifat individual, memiliki keluarga dan psikososial dan psikologis yang berbeda-beda, sehingga menimbulkan gangguan bersifat kompleks karena perlu penanganan dari beberapa modalitas terapi.

Penatalaksanaan psikososial untuk penderita skizofrenia di rumah meliputi terapi perilaku, terapi berorientasi keluarga, terapi kelompok dan psikoterapi individual (Kaplan, 1997 dalam Stevany,2013):

a. Terapi perilaku

Teknik perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis, dan komunikasi interpersonal. Perilaku adaptif didorong dengan pujian atau hadiah yang dapat ditebus untuk hal-hal yang diharapkan, seperti hak istimewa di rumah sakit, dengan demikian frekuensi perilaku maladaptif atau menyimpang seperti berbicara lantang, berbicara sendirian di masyarakat, dan postur tubuh aneh dapat diturunkan (Kaplan, 1997 dalam Stevany,2013).

Terapi perilaku memiliki tiga model pelatihan keterampilan sosial pada penderita skizofrenia, yaitu (Sinaga, 2007 dalam Stevany,2013):

1) Model keterampilan dasar

Model keterampilan dasar sering juga disebut dengan istilah keterampilan motorik, merupakan model pendekatan yang mengidentifikasi disfungsi perilaku sosial, kemudian dipilah menjadi tugas-tugas yang lebih sederhana, dipelajari melalui pengulangan, dan elemen-elemen tersebut dikombinasikan menjadi perbendaharaan fungsional yang lebih lengkap.

2) Model pemecahan masalah sosial

Model pemecahan masalah sosial dilaksanakan melalui modul-modul pembelajaran seperti manajemen medikasi, manajemen gejala, rekreasi, percakapan dasar, dan pemeliharaan diri.

3) *Cognitive remediation*

Penatalaksanaan gangguan kognitif pada penderita skizofrenia bertujuan meningkatkan kapasitas individu untuk mempelajari berbagai variasi dari keterampilan sosial dan dapat hidup mandiri. Strategi penatalaksanaan meliputi langsung pada defisit kognitif yang mendasari dan terapi kognitif perilaku terhadap gejala psikotik. Penatalaksanaan langsung terhadap defisit kognitif yang mendasari meliputi pengulangan latihan, modifikasi instruksi berupa instruksi lengkap dengan isyarat dan umpan balik segera selama latihan. Sedangkan terapi kognitif perilaku terhadap gejala psikotik bertujuan mengidentifikasi gejala spesifik dan menggunakan strategi *coping* kognitif untuk mengatasinya. Contohnya seperti strategi distraksi, reframing, self reinforcement, test realita, atau tantangan secara verbal. Penderita

skizofrenia menggunakan strategi ini untuk menemukan dan menguji kualitas disfungsi dari keyakinan yang irasional.

b. Terapi berorientasi keluarga

Terapi ini sangat berguna karena pasien skizofrenia seringkali dipulangkan dalam keadaan remisi parsial. Keluarga tempat pasien skizofrenia kembali seringkali mendapatkan manfaat dari terapi keluarga yang singkat namun intensif (setiap hari). Setelah periode pemulangan segera, topik penting yang dibahas didalam terapi keluarga adalah proses pemulihan, khususnya lama dan kecepatannya. Seringkali, anggota keluarga mendorong sanak saudaranya yang terkena skizofrenia untuk melakukan aktivitas teratur terlalu cepat. Rencana yang terlalu optimistik tersebut berasal dari ketidaktahuan tentang sifat skizofreniadan dari penyangkalan tentang keparahan penyakitnya (Kaplan, 1997 dalam Stevany,2013).

Terapi keluarga bertujuan untuk memberikan pengetahuan mengenai skizofrenia. Materi yang diberikan berupa pengenalan tanda-tanda kekambuhan secara dini, peranan dari pengobatan, dan antisipasi dari efek samping pengobatan, dan peran keluarga terhadap penderita skizofrenia (Sinaga, 2007 dalam Stevany 2013).

Ahli terapi harus membantu keluarga dan pasien mengerti skizofrenia tanpa menjadi terlalu mengecilkan hati. Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa terapi keluarga adalah efektif dalam menurunkan relaps. Dalam penelitian terkontrol, penurunan angka relaps adalah dramatik. Angka relaps tahunan tanpa terapi keluarga sebesar 25-50 % dan 5-10 % dengan terapi keluarga (Kaplan, 1997 dalam Stevany, 2013).

c. Terapi kelompok

Terapi kelompok bagi skizofrenia biasanya memusatkan perhatian pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata. Kelompok mungkin terorientasi secara perilaku, terorientasi secara psikodinamika, tilikan, atau suportif. Terapi kelompok efektif dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan tes realitas bagi pasien skizofrenia. Kelompok yang memimpin dengan cara suportif, bukannya dalam cara interpretatif, tampaknya paling membantu bagi pasien skizofrenia (Kaplan, 1997 dalam Stevany, 2013).

Terapi kelompok meliputi terapi suportif, terstruktur, dan anggotanya terbatas, umumnya 3-15 orang. Kelebihan terapi kelompok adalah kesempatan untuk mendapatkan umpan balik segera dari teman kelompok, dan dapat mengamati respon psikologis, emosional, dan perilaku penderita skizofrenia terhadap berbagai sifat orang dan masalah yang timbul (Sinaga, 2007 dalam Stevany 2013).

d. Psikoterapi individual

Psikoterapi individual yang diberikan pada penderita skizofrenia bertujuan sebagai promosi terhadap kesembuhan penderita atau mengurangi penderitaan pasien. Psikoterapi ini terdiri dari fase awal yang difokuskan pada hubungan antara stres dengan gejala, fase menengah difokuskan pada relaksasi dan kesadaran untuk mengatasi stres kemudian fase lanjut difokuskan pada inisiatif umum dan keterampilan di masyarakat dengan mempraktekkan apa yang telah dipelajari.

e. Tingkat Pencegahan Pada Gangguan Jiwa

Maramis (2005:551-557), intervensi keperawatan jiwa lebih jauh mencakup 3 area aktivitas: pencegahan primer, sekunder, dan tersier.

1. Pencegahan primer

Suatu konsep komunitas termasuk menurunkan insiden penyakit dalam komunitas dengan mengubah factor penyebab sebelum hal tersebut membahayakan. Pencegahan primer mendahului penyakit dan diterapkan pada populasi yang umumnya sehat. Pencegahan ini termasuk peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

2. Pencegahan sekunder

Mencakup reduksi penyakit aktual dengan deteksi dini dan penanganan masalah kesehatan.

3. Pencegahan Tertier

Mencakup penurunan gangguan atau kecacatan yang diakibatkan oleh penyakit.

2.3.5.2 Terapi Psikofarmaka

Psikofarmaka atau obat psikotropik adalah obat yang bekerja secara selektif pada Sistem Saraf Pusat (SSP) dan mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku, digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik yang berpengaruh terhadap taraf kualitas hidup pasien (Tjay. T dan Rahardja. K, 2007:447).

Berbagai jenis obat psikofarmaka yang beredar dimasyarakat yang hanya di dapatkan dengan menggunakan resep dokter, dapat di bagi dua golongan yaitu

generasi pertama (Typikal) dan generasi ke dua (Atypikal) contohnya adalah Chlopromazine, Trifluoperazine dan Haloperidol (Generasi pertama) dan Respridone, Clozapine, Olanzapine (Generasi ke dua).

Berbagai jenis obat psikofarmaka, ada efek samping yang sering di jumpai meskipun relative kecil dan jarang seperti Ekstapiramidal (extrapyramidal syndrome/ EPS). Yang mirip dengan penyakit dengan penyakit Parkinson, misalnya, ke dua tangan gemetar (tremor) kekauan pada alat gerak (jalan seperti robot), otot leher menjadi kaku dan lain sebagainya, dan apabila terjadi efek samping ekstra pyramidal tersebut maka akan di berikan obat penawarnya yaitu, Tryhexypenidil HCL, Benzhexol HCL, Arkine dan lain-lain (Tjay. T dan Rahardja. K, 2007:448).

Obat-obat psikofarmaka juga mempunyai efek samping antara lain; Mulut menjadi kering, penglihatan menjadi kabur, retensi urine, sakit kepala mengantuk, mual dan juga dapat menyebabkan peningkatan berat badan (Tjay. T dan Rahardja. K, 2007:453)

Penderita skizofrenia memiliki kelemahan, kurangnya motivasi, mereka tidak dapat mengambil keputusan dan tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan (Maramis,2005). Berikut ini adalah prinsip pemberian obat menurut Cahyono. B (2008:490) :

a. Benar klien

Untuk lebih memastikan bahwa klien yang di berikan obat adalah benar dank lien yang tertera di etiket obat adalah klien yang akan di beri obat.

b. Benar obat

Dapat di lakukan dengan memastikan obat dalam kemasan yang akan di berikan kepada klien adalah sesuai dengan etiket obat.

c. Benar dosis

Untuk memastikan dosis yang benar dalam memberikan obat harus sesuai dengan dosis yang diberikan oleh Dokter.

d. Benar cara pemberian obat

Cara pemberian obat harus sesuai dengan petunjuk dari dokter dan biasanya di tulis di etiket obat.

e. Benar waktu pemberiannya

Ketetapan waktu pemberian obat sangat penting karena dapat mempengaruhi kadar dalam darah, oleh sebab itu orang yang mengalami skizofrenia, mendapatkan pengobatan dan resep dari dokter.