

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Menurut Kartini dan Dali 1987 Skizofrenia didefinisikan sebagai satu kelompok gangguan-gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan-gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan tingkah laku pikiran yang kacau balau dalam mana ide-ide tidak bersambungan secara logis, sedang persepsi dan minatnya selalu keliru. Ada gangguan-gangguan yang aneh dalam kegiatan-kegiatan motorik; ada kerusakan dalam perkaitan antara persepsi dengan emosi, yang membuat kehidupan perasaan individu menjadi datar, tidak cocok, ambivalen atau labil. Berkurangnya toleransi terhadap tekanan-tekanan batin disebabkan oleh relasi-relasi interpersonal yang tidak beres, yang menyebabkan pasien menjauhi orang lain dan realitas, bahkan seringkali melarikan diri dalam dunia fantasi penuh dengan delusi-delusi dan halusinasi-halusinasi.

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang paling sering; hampir 1% penduduk dunia menderita psikotik selama hidup mereka dan di Amerika Serikat, penderita psikotik lebih dari dua juta orang. Skizofrenia lebih sering terjadi pada populasi urban dan pada kelompok sosial ekonomi rendah. (Tomb, 2004) .

Skizofrenia (*schizophrenia*) adalah satu nama umum untuk sekelompok reaksi psikotis, dicirikan dengan pengunduran atau

pengurangan diri, gangguan pada kehidupan emosional dan afektif, dan bergantung pada tipe dan adanya halusinasi, delusi, tingkah laku negativities, dan kemudian atau kerusakan yang progresif (J. P. Chaplin, 2006).

Dalam pengertian lain dikatakan bahwasanya Skizofrenia adalah salah satu gangguan psikiatri yang paling melemahkan. Gangguan ini merupakan suatu psikosis utama yang dapat bermanifestasi dalam berbagai cara (Basant K. Puri, dkk, 2011).

Skizofrenia merupakan penyakit mental yang serius. Penyakit ini disebabkan oleh gangguan konsentrasi neurotransmitter otak, perubahan reseptor sel-sel otak, dan kelainan otak struktural, dan bukan karena alasan psikologis. Pasien akan memiliki pemikiran, perasaan, emosi, ucapan, dan perilaku yang tidak normal, yang memengaruhi kehidupan, pekerjaan, kegiatan sosial, dan kemampuan untuk mengurus diri mereka sehari-hari. Beberapa pasien bersifat rentan dan mencoba atau melakukan tindakan bunuh diri (SFHUNG, 2016 dalam artikel <https://www21.ha.org.hk>).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut Doenges, Townsend, Moorhouse (2007), terdapat teori-teori yang dapat menjadi penyebab dari terjadinya skizofrenia pada seseorang, antara lain:

- a) Psikodinamika

Psikosis merupakan akibat dari ego yang lemah. Perkembangan ego telah dihambat oleh hubungan anak/orang tua yang simbiotik. Karena ego lemah, pada gilirannya penggunaan mekanisme pertahanan ego terhadap ansietas berat menjadi maladaptif, dan perilaku sering memperlihatkan sifat segmen ide dari kepribadian (Doenges, Townsend, Moorhouse, 2007).

b) Biologis

Faktor genetik tertentu mungkin terkait dengan kerentanan mengalami beberapa bentuk psikotik. Individu berisiko tinggi mengalami gangguan bila ada pola keterlibatan keluarga (orang tua, saudara kandung, sanak keluarga lain). Skizofrenia ditetapkan sebagai penyakit sporadik (artinya gen dapat diturunkan dari generasi ke generasi). Hal itu merupakan sifat domain-autosom. Bagaimanapun, banyak ilmuwan setuju bahwa yang diturunkan adalah kerentanan atau predisposisinya, yang mungkin akibat dari defek enzim atau abnormalitas biokimia lain, defisit neurologis yang tidak terlihat, atau beberapa faktor lain atau kombinasi dari faktor-faktor tersebut. Predisposisi ini, dengan kombinasi dengan faktor lingkungan mengakibatkan timbulnya penyakit. Beberapa riset menunjukkan bahwa gangguan ini mungkin defek sejak lahir, yang terjadi pada hipokampus otak. Studi menunjukkan adanya gangguan pada sel piramid di otak individu skizofrenik, sedangkan sel-sel otak individu bukan skizofrenik tampak tersusun dengan rapi. Rasio ventrikel otak (*ventricular brain ratio*, VBR) atau otak kecil yang tidak seimbang (atau area otak

tertentu) mungkin diturunkan dan/atau kongenital. Penyebabnya dapat berupa virus, kekurangan oksigen, trauma kelahiran, malnutrisi maternal yang berat, atau kerusakan sel akibat respon imun RhD (ibu negatif/janin positif) (Doenges, Townsend, Moorhouse, 2007).

Teori biokimia menunjukkan peningkatan kadar dopamin neurotransmitter, berupa pikiran untuk menghasilkan gejala aktivitas yang berlebihan dan fragmentasi hubungan, yang umum ditemukan pada psikosis (Doenges, Townsend, Moorhouse, 2007).

Walaupun kejadian seluruhnya relatif sama pada pria dan wanita, beberapa sumber melaporkan pria predominan bias dengan dua pertiga pria dewasa muda dengan penyakit mental serius. Anak laki-laki bereaksi kuat dibandingkan anak perempuan terhadap tekanan dan konflik pada keluarga, dan autisme pada anak lebih mudah dialami. Jumlah terbesar pada pria lebih bermakna dibanding perempuan dengan menunjukkan perilaku obsesif dan bunuh diri, fetihisme, dan skizofrenia. Skizofrenia berkembang lebih awal pada pria, dan mereka berespon kurang baik terhadap pengobatan dan mempunyai sedikit kesempatan untuk sembuh dan kembali ke kehidupan normal dibanding wanita. Angka kejadian pada wanita didapatkan dari keturunan keluarga. Perbedaan pengaturan otak pria dan wanita serta dampak hormon seks pada pertumbuhan otak mungkin menghasilkan perbedaan semu yang berarti “lingkup dan rentang jenis kelamin berbeda dalam insiden, penampilan, dan perjalanan penyakit psikiatrik klinis” (Moir & Jessel, 1991; dalam Doenges, Townsend, Moorhouse, 2007).

c) Dinamika Keluarga

Teori sistem keluarga menggambarkan suatu perkembangan skizofrenia seiring dengan sistem disfungsi keluarga. Konflik antarpasangan muncul apabila hanya ayah/ibu yang dekat pada anak. Perhatian pada anak dapat mengalihkan fokus cemas pada keluarga, dan hasilnya kondisi menjadi lebih stabil. Hubungan simbiotik berkembang antara anak dan orang tua sampai masa dewasa dan tidak dapat berespon terhadap tuntunan fungsi kedewasaan (Doenges, Townsend, Moorhouse, 2007).

Teori interpersonal mengatakan bahwa individu psikotik merupakan hasil hubungan orang tua/anak yang sangat cemas terus menerus. Anak menerima pesan yang membingungkan dan penuh konflik dari orang tua serta tidak bisa membina kepercayaan. Cemas yang tinggi dapat menetap, dan konsep anak terhadap dirinya adalah individu yang ambigu. Kemunduran menjadi psikosis memberi peredaan karena ansietas dan rasa aman dari hubungan intim. Beberapa riset mengindikasikan bahwa klien yang hidup dengan keluarga yang tinggi ekspresi emosinya (misalnya bermusuhan, mudah mengkritik, kecewa, terlalu protektif, dan terlalu ikut campur) memperlihatkan relaps yang lebih sering dibandingkan klien yang hidup dengan keluarga yang kurang dapat mengekspresikan emosi (Doenges, Townsend, Moorhouse, 2007).

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

ICD-10 membedakan tipe-tipe utama skizofrenia berikut:

a. Skizofrenia Paranoid

Gambaran klinis didominasi oleh adanya gejala-gejala paranoid, seperti:

- Waham Kejar (*persecution*), seperti mempercayai bahwa orang lain bersekutu melawan dia.
- Waham rujukan (*reference*), seperti mempercayai bahwa orang asing atau televisi, radio atau koran terutama mengarah kepada pasien; bila tidak mencapai intensitas waham, isi pikiran tersebut dikenal sebagai *ideas of reference*.
- Waham merasa dirinya tinggi/istimewa (*Exalted birth*), atau mempunyai misi khusus; misalnya, keyakinan bahwa dirinya dilahirkan sebagai Mesias.
- Waham perubahan tubuh
- Waham cemburu
- Suara-suara halusinasi yang bersifat mengancam atau memerintahkan pasien
- Halusinasi pendengaran non-verbal, seperti tertawa, bersiul dan bergumam
- Halusinasi bentuk lainnya, seperti penghidupan, pengecapan, penglihatan, sensasi somatic seksual atau sensasi somatic lainnya.

Skizofrenia paranoid merupakan bentuk tersering dan pasien mungkin tidak tampak sakit jiwa sampai muncul gejala-gejala paranoid.

b. Skizofrenia hebefrenik

Gambaran-gambaran berikut khas untuk bentuk skizofrenia ini:

- Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diprediksi; pasien sering memperlihatkan manerisme dan berkelakar (*pranks*)
- Bicara inkoheren dan melantur

- Perubahan afektif, termasuk afek tidak kongruen dan mood dangkal, sering cekikikan (*gigling*) dan tampak tolol
- Waham yang tidak beraturan
- Halusinasi yang mengambang dan terputus-putus

Usia awitan skizofrenia hebefrenik biasanya antara 15 dan 25 tahun dan biasanya mempunyai prognosis buruk, disertai dengan awitan gejala-gejala negative

c. Skizofrenia katatonik

Dalam bentuk skizofrenia ini, gejala-gejala katatonik, seperti yang telah dijelaskan, menonjol.

d. Skizofrenia simple

Dalam bentuk ini terdapat awitan mendadak penurunan fungsi. Gejala-gejala “negatif” terjadi tanpa disertai gejala “positif” sebelumnya. Karena itu, diagnose sering dibuat hanya secara retrospektif berdasarkan keyakinan.

e. Skizofrenia residual atau kronik

Bentuk skizofrenia ini didahului oleh salah satu jenis skizofrenia di atas dan ditandai dengan gejala-gejala “negatif” (B.K. Puri, 2011).

2.1.4 Manifestasi Skizofrenia

Skizofrenia ditandai dengan dua kategori gejala utama, positif dan negatif. Gejala positif berfokus pada distorsi fungsi normal. Gejala negatif

skizofrenia meliputi pendaftaran afektif, alogia (miskin pembicaraan) dan avolisi (kurang perilaku inisiatif diri) (Copel, 2007).

Menurut Maramis 2009 Gejala psikotik ditandai oleh abnormalitas dalam bentuk dan isi pikiran, persepsi, dan emosi serta perilaku. Berikut ini beberapa gejala yang dapat diamati pada skizofrenia.

a. Penampilan dan Perilaku Umum

Tidak ada penampilan atau perilaku yang khas skizofrenia. Beberapa bahkan berpenampilan dan berperilaku “normal”. Mungkin mereka tampak berpreokupasi terhadap kesehatan, penampilan badan, agama atau minatnya. Pasien dengan skizofrenia kronis cenderung menelantarkan penampilannya. Kerapian dan hygiene pribadi juga terabaikan. Mereka juga cenderung menarik diri secara sosial.

b. Gangguan Pembicaraan

Pada skizofrenia gejala yang khas yaitu pada asosiasinya. Asosiasi longgar berarti tidak adanya hubungan antar ide. Kalimatnya tidak saling berhubungan. Kadang-kadang suatu ide belum selesai diutarakan, sudah dikemukakan ide lain. Atau terdapat pemindahan maksud, misalnya maksudnya “tani” tapi dikatakan “sawah”. Bentuk yang paling parah yaitu inkoherensi. Kadang juga terdapat asosiasi bunyi (*clang association*).

Neologisme, kadang-kadang pasien dengan skizofrenia membentuk kata baru untuk menyatakan arti yang hanya dipahami oleh dirinya sendiri. Mutuisme, sering tampak pada pasien skizofrenia katatonik. Kadang-kadang pikiran seakan-akan berhenti, tidak timbul idea lagi. Keadaan ini dinamakan

blocking, biasanya berlangsung beberapa detik saja, tetapi kadang-kadang sampai beberapa hari.

c. Gangguan Perilaku

Salah satu gangguan aktivitas motoric pada skizofrenia adalah gejala katatonik yang dapat berupa stupor atau gaduh gelisah (*excitement*). Pasien dengan stupor tidak bergerak, tidak berbicara, dan tidak berespons, meskipun ia sepenuhnya sadar. Sedangkan pasien dengan katatonik gaduh gelisah menunjukkan aktivitas motorik yang tidak terkendali. Kedua keadaan ini kadang-kadang terjadi bergantian. Pada stupor katatonik bisa didapati fleksibilitas serea dan katalepsi. Gejala katalepsi adalah bila suatu posisi badan dipertahankan untuk waktu yang lama. Fleksibilitas serea: bila anggota badan dibengkokkan terasa suatu tahanan seperti pada lilin atau malam dan posisi itu dipertahankan agak lama.

Gangguan perilaku lain adalah stereotipi dan manerisme. Berulang-ulang melakukan suatu gerakan atau mengambil sikap badan tertentu disebut stereotipi. Keadaan ini dapat berlangsung beberapa hari sampai beberapa tahun. Stereotipi pembicaraan dinamakan verbigerasi, kata atau kalimat diulang-ulangi. Hal ini seperti juga terdapat pada gangguan otak organik. Manerisme adalah stereotipi tertentu pada skizofrenia, yang dapat dilihat dalam bentuk grimas pada mukanya atau keanehan berjalan dan gaya berjalan.

Negativisme: menentang atau justru melakukan yang berlawanan dengan apa yang disuruh. Otomatisme komando (*command automatism*)

sebetulnya merupakan lawan dari negativisme: semua perintah dituruti secara otomatis, bagaimana ganjilpun. Termasuk dalam gangguan ini adalah ekholalia (penderita meniru kata-kata yang diucapkan orang lain) dan ekhopraxia (penderita meniru perbuatan atau gerakan orang lain)

d. Gangguan Afek

Kedangkalan respons emosi (*emotional blunting*), misalnya penderita menjadi acuh-tak-acuh terhadap hal-hal yang penting untuk dirinya sendiri seperti keadaan keluarganya dan masa depannya. Perasaan halus sudah hilang. Juga sering didapati anhedonia.

Parathimi; apa yang seharusnya menimbulkan rasa senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih atau marah. Paramini: penderita merasa senang dan gembira, akan tetapi ia menangis. Parathimi dan paramini Bersama-sama dinamakan *incongruity of affect* dalam Bahasa Inggris dan *inadequaat* dalam Bahasa Belanda.

Kadang-kadang emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai kesatuan. Gangguan afek dan emosi lain adalah:

Emosi yang berlebihan, sehingga kelihatan seperti dibuat-buat, seolah penderita sedang bersandiwara. Yang penting juga pada skizofrenia adalah hilangnya kemampuan mengadakan hubungan emosi yang baik (*emotional rapport*). Karena itu sering kita tidak merasakan perasaan penderita.

Karena terpecah-pecahnya kepribadian, maka dua hal yang berlawanan mungkin timbul bersama-sama, misalnya mencintai dan membenci satu

orang yang sama; atau menangis dan tertawa tentang suatu hal yang sama. Ini dinamakan ambivalensi afektif.

Sensivitas emosi. Penderita skizofrenia sering menunjukkan hipersensivitas terhadap penolakan, bahkan sebelum menderita sakit. Sering hal ini menimbulkan isolasi sosial untuk menghindari penolakan.

e. Gangguan Persepsi

Halusinasi: Pada skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain. Paling sering pada skizofrenia adalah halusinasi pendengaran (auditorik atau akustik) dalam bentuk suara manusia, bunyi barang-barang atau siulan. Halusinasi penciuman (olfatorik), halusinasi pengecap (gustatorik) atau halusinasi rabaan (taktil) jarang dijumpai. Halusinasi penglihatan (optik) agak jarang pada skizofrenia, lebih sering pada psikosis akut yang berhubungan dengan sindrom otak organik. Bila terdapat, biasanya pada stadium permulaan.

f. Gangguan Pikiran

Waham: Pada skizofrenia waham sering tidak logis sama sekali dan sangat bizar. Penderita tidak menginsafi hal ini dan baginya wahamnya merupakan fakta yang tidak dapat diubah oleh siapapun. Sebaliknya ia tidak mengubah sikapnya yang bertentangan. Mayer-Gross membagi waham dalam 2 kelompok; yaitu waham primer dan waham sekunder. Mungkin

juga terdapat waham sistematis. Ada juga tafsiran yang bersifat waham (*delusional interpretations*).

Waham primer timbul secara tidak logis sama sekali, tanpa penyebab apa-apa dari luar. Menurut Mayer-Gross hal ini hampir patognomonik buat skizofrenia. Waham sekunder biasanya logis: dapat diikuti dan merupakan cara bagi penderita untuk menerangkan gejala-gejala skizofrenia lain. Waham dinamakan menurut isinya: waham kebesaran atau expansif, waham nihilistik, waham kejaran, waham sindiran, waham dosa, dan sebagainya.

Waham primer agak jarang terjadi dan lebih sulit ditentukan dengan pasti. Waham kejaran (*persecutory delusion*) sering didapatkan tetapi tidak spesifik untuk skizofrenia. Waham referensi dan waham kendali serta waham pikiran sisipan atau pikiran siaran lebih jarang terjadi tetapi mempunyai arti diagnostik yang lebih besar untuk skizofrenia.

2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Junaidi (2012), terapi yang dilakukan terhadap klien skizofrenia adalah dengan menggunakan obat-obatan, terapi kejut listrik, dan psikoterapi

a. Obat-obatan

Penggunaan obat untuk skizofrenia pertama kali diperkenalkan oleh Delay dan Deniker pada tahun 1955 yang disebut dengan istilah neuroleptic,

misalnya *chlorpromazine* dan *reserpine*. Sedangkan mekanisme kerja obat melalui reseptor dopamine baru diketahui beberapa tahun kemudian, dan diikuti dengan penemuan *haloperidol* oleh Janssen pada tahun 1958. Sejak itu berbagai obat mulai dikembangkan dengan mekanisme utama sebagai antagonis reseptor dopamine.

Obat *clozapine* yang ditemukan pada tahun 1970-an dianggap sebagai era baru pengobatan skizofrenia karena obat ini efektif menghilangkan gejala skizofrenia dengan efek samping yang kecil. Berbeda dengan obat-obat sebelumnya yang hanya bekerja pada reseptor dopamin, obat ini juga bekerja pada reseptor serotonin. Cara obat bekerja pada keseimbangan kedua reseptor ini menjadi dasar dari pengembangan obat-obat lain. Dewasa ini, beberapa obat telah disetujui untuk digunakan pada skizofrenia contohnya *risperidone*, *olanzapine*, *sertindole*, *ziprasidone*, dan *quetiapine*. Obat antipsikotik golongan baru inibukan hanya meminimalkan efek samping tetapi juga memperkenalkan dimensi baru dalam target terapi, yaitu pada gejala positif, negatif, afektif, dan juga fungsi kognitif. Pada perkembangan terakhir, ternyata obat tidak hanya bekerja pada dopamin dan serotonin, tetapi juga berperan dalam patofisiologi terjadinya skizofrenia.

b. Terapi Kejut Listrik atau *Electro Convulsive Therapy* (ECT)

Electro Convulsive Therapy (ECT) merupakan terapi metode lama yang saat ini masih digunakan untuk terapi skizofrenia yang diperkenalkan oleh Ugo Cerlitti dan Luigi Bini pada tahun 1938. Cara pengobatan ini adalah dengan mengalirkan kejutan listrik di kepala klien sehingga alur

penyalur listrik penyebab skizofrenia dikacaukan dengan harapan akan menghentikan skizofrenia. Terapi ini hanya bersifat sementara karena setelah beberapa waktu pola arus listrik otak yang mengarah pada skizofrenia kembali terjadi dan tentu saja klien akan mengalami serangan skizofrenia. Terapi ini umumnya hanya digunakan saat serangan hebat yang membuat klien agresif, mengamuk, dan dapat membahayakan dirinya sendiri maupun orang lain.

c. Psikoterapi

Sebelum tahun 1970-an, dasar psikoterapi adalah pendekatan psikodinamki yang menekankan bahwa skizofrenia disebabkan oleh pola perilaku dan komunikasi yang salah dari klien dan keluarga. Psikoterapi bertujuan meningkatkan kemampuan klien dalam menghadapi stress kehidupan, meningkatkan kemampuan sosial, serta intervensi pada keluarga. Pendekatan psikoterapi ditujukan untuk mengatasi gejala dan bukan merupakan pendekatan untuk menghilangkan penyebab dai skizofrenia

2.2 Konsep Masyarakat

2.2.1 Pengertian Masyarakat

Masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat tertentu yang bersifat kontinyu, dan terikat oleh suatu rasa kebersamaan (Koentjaraningrat, 1990).

Masyarakat adalah sekumpulan manusia yang saling bergaul, atau dengan istilah lain saling berinteraksi. Kesatuan hidup manusia yang menurut suatu siste adat istiadat tertentu yang bersifat kontinu dan terikat oleh suatu rasa identitas Bersama (Mubarak dan Chayatin, 2009)

Masyarakat adalah suatu kumpulan manusia atau penduduk yang setidaknya memiliki satu kesamaan variabel, seperti kesamaan wilayah seperti RT RW, kesamaan etnis seperti etnis Jawa, kesmaan hobi seperti memancing atau mendaki, dan dalam hal kesehatan yaitu kesamaan resiko kesehatan, seperti orang yang suka mengendarai sepeda motor aan memiliki resiko kecelakaan (Achmadi, 2014)

2.2.2 Ciri-Ciri Masyarakat Sehat

Ciri-ciri dari masyarakat sehat menurut Mubarak dan Chayatin, 2009 yaitu:

- a. Adanya peningkatan kemampuan hidup sehat
- b. Mampu mengatasi masalah kesehatan sederhana melalui upaya pengangkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan terutama ibu dan anak.
- c. Berupaya meningkatkan kesehatan lingkungan, terutama penyediaan sanitasi dasaryang dikembangkan dan dimanfaatkan oleh masyarakat untuk meningkatkan mutu lingkungan hidup.

- d. Selalu meningkatkan status gizi masyarakat berkaitan dengan peningkatan status sosial ekonomi masyarakat.
- e. Berupaya selalu menurunkan angka dan kematian dari berbagai sebab dan penyakit

2.2.3 Indikator yang Berhubungan dengan Derajat Kesehatan Masyarakat

Indikator sehat menurut WHO:

1. Indikator yang berhubungan dengan keadaan status kesehatan masyarakat:
 - a. Indikator Komprehensif, angka kematian kasar menurun, rasio angka kematian proporsional menurun, usia harapan hidup meningkat.
 - b. Indikator spesifik, angka kematian ibu dan anak menurun, angka kematian karena penyakit menular menurun, angka kematian menurun
2. Indikator pelayanan kesehatan:
 - a. Rasio antara tenaga kesehatan dan jumlah penduduk seimbang
 - b. Distribusi tenaga kesehatan merata
 - c. Informasi lengkap tentang jumlah tempat tidur di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain.
 - d. Informasi tentang jumlah sarana pelayanan kesehatan, diantaranya rumah sakit, puskesmas, rumah bersalin, poliklinik, pelayanan kesehatan lainnya (Mubarak dan Chayatin, 2009)

Menurut H.L. Blum adalah

- a. *Life span*, lamanya usia harapan untuk hidup dari masyarakat.
- b. *Disease of infirmity*, keadaan sakit atau cacat secara fisiologis atau anatomis dari masyarakat.
- c. *Discomfort of illness*, keluhan sakit tentang keadaan somatik, kejiwaan, sosial dari dirinya,
- d. *Disability of incapacity*, ketidakmampuan dari seseorang untuk melakukan pekerjaan atau peran sosial karena sakit.
- e. *Participation in health care*, kemampuan dan kemauan masyarakat untuk partisipasi menjaga dirinya untuk selalu dalam keadaan sehat.
- f. *Health behavior*, perilakunya masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan.
- g. *Ecology behavior*, perilaku masyarakat terhadap lingkungan, spesies lain, Sumber Daya Alam dan ekosistem.
- h. *Social behavior*, perilaku masyarakat terhadap spasme masyarakat lainnya.
- i. *Interpersonal relationship*, kualitas komunikasi masyarakat terhadap sesama.
- j. *Reserve of positive health*, daya tahan anggota masyarakat terhadap penyakit.
- k. *External satisfaction*, kepuasan anggota masyarakat terhadap seluruh aspek kehidupan dirinya sendiri (Mubarak dan Chayatin, 2009)

2.3 Konsep Peran Serta Masyarakat dalam Kesehatan Jiwa

2.3.1 Definisi

Peran serta masyarakat adalah proses dimana individu, keluarga, dan Lembaga masyarakat termasuk swasta dalam mengambil tanggung jawab atas kesehatan diri, keluarga, dan masyarakat; mengembangkan kemampuan untuk menyetatkan diri, keluarga, dan masyarakat; serta menjadi pelaku perintis kesehatan berdasarkan kemandirian dan kebersamaan. Penggerakkan dan pemberdayaan masyarakat.

Dalam Elis 2014, kesehatan mental merupakan bagian yang penting dari penyesuaian diri. Orang yang terkena gangguan mental adalah orang yang tidak dapat menyesuaikan diri dengan baik. Orang mungkin dapat melaksanakan pekerjaannya dengan baik atau dapat bergaul dengan orang lain atau dengan para anggota keluarganya, tetapi selalu ada masa-masa dalam kehidupannya di mana gangguan mentalnya akan mengganggu penyesuaian diri dan relasi sosialnya.

2.3.2 Stigma Masyarakat

Stigma adalah suatu proses pengenalan atau identifikasi sesuatu dengan menggunakan panca indera. Kesan yang diterima individu sangat tergantung pada seluruh pengalaman yang telah diperoleh melalui proses berpikir dan belajar, serta dipengaruhi oleh faktor yang berasal dari dalam diri individu, sebagai aktivitas yang memungkinkan manusia mengendalikan rangsangan-rangsangan yang sampai kepadanya melalui alat inderanya, menjadikannya kemampuan itulah dimungkinkan individu mengenali milieu (lingkungan pergaulan) hidupnya. Dalam proses ini terdiri dari beberapa tahap yaitu tahapan pertama terjadi pada pengideraan

diorganisir berdasarkan prinsip-prinsip tertentu, tahapan kedua yaitu stimulasi pada penginderaan diinterpretasikan dan dievaluasi (Dreverdalam Sasanti, 2003)

Pemahaman kesehatan mental dalam kehidupan sehari-hari diartikan sebagai keadaan yang stabil jiwa (tidak resah, tidak mengalami tekanan, seimbang atau tidak berat sebelah). Jika kondisi jiwa tidak serasi, keadaan ini yang dinamakan dengan tidak sehat mental sehingga perilaku yang diperankanpun menjadi kacau sehingga bisa merugikan diri sendiri dan orang lain (Elis, 2014)

Orang yang mengalami gangguan mental akan mengalami kesulitan dalam penyesuaian diri, seperti dalam pemuasan kebutuhan, ketrampilan dalam menangani frustrasi dan konflik, serta ketenangan pikiran atau jiwa. Itu berarti seseorang akan sulit berinteraksi dengan baik Bersama orang lain dan kesulitan dalam menghadapi tuntutan-tuntutan pekerjaan. Sebaliknya, banyak juga faktor-faktor sosial yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan mental (Elis, 2014)

2.3.3 Dukungan Masyarakat Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa

Menurut Indanah (2010) dalam (Widyanto, 2014) bahwa dukungan merupakan keterlibatan yang diberikan oleh keluarga dan teman kepada klien untuk mengatur dan merawat diri sendiri. Dukungan dapat berupa hubungan antar individu dalam sikap positif, penegasan, dan bantuan

(Sarafino dalam Widyanto, 2014). Dukungan sebagai perilaku yang dapat menumbuhkan rasa nyaman dan individu merasa dihargai, dihormati, dan dicintai(Widyanto,2014).

Dukungan sosial adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya (Cohen & Syme, 1996) dalam (Setiadi, 2008).

Dukungan sosial merupakan bantuan yang diterima individu dari orang lain atau kelompok di sekitarnya, dengan membuat penerima merasa nyaman, dicintai dan dihargai. Dukungan sosial dapat juga dianggap sebagai suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dipercaya seperti anggota keluarga, teman, saudara, atau rekan kerja. Dukungan diberikan agar individu mengetahui bahwa orang lain juga memperhatikan, menghargai, dan mencintainya (Widyanto, 2014).

Dalam psikologi sosial, faktor-faktor yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan mental antara lain karena persepsi dan kognisi sosial, atribusi, komunikasi, serta konflik. Dukungan sosial dapat mengurangi ketegangan dengan meningkatkan kepercayaan diri dan harga diri, membangun perasaan positif, menekan kecemasan dan depresi serta mengarahkan individu untuk beranggapan bahwa *stressor* eksternal bukanlah beban yang berat (Argyle, 1988).

2.3.4 Peran Kesehatan Jiwa Masyarakat

Menurut Sujono 2009, Upaya kesehatan jiwa masyarakat antara lain:

a Pencegahan Primer

Pada pencegahan ini fokus pelayanan keperawatan jiwa ditujukan untuk peningkatan kesehatan dan pencegahan terjadinya penyakit. Tujuan pelayanan adalah mencegah terjadinya gangguan jiwa, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jiwa. Tujuan tersebut ditujuk untuk anggota masyarakat yang belum mengalami gangguan jiwa sesuai dengan kelompok umur yaitu anak-anak, remaja, dewasa dan usia lanjut. Kegiatan pencegahan primer mencakup: (Sujono, 2009)

1) Program Pendidikan kesehatan, program stimulasi perkembangan, program sosialisasi, manajemen stress, persiapan mejadi oran tua. Beberapa kegiatan yang dilakukan adalah:

- Pendidikan kesehatan orang tua
- Pendidikan menjadi orang tua
- Perkembangan anak sesuai dengan usia
- Memantau dan menstimulasi perkembangan
- Mensosialikan anak dengan lingkungan

2) Cara mengatasi stress

- Stress pekerjaan
- Stress paska bencana
- Stress pendidikan
- Stress perkawinan

3) Program dukungan sosial diberikan kepada anak yatim, kehilangan pasangan, kehilangan pekerjaan, kehilangan rumah. Kegiatan yang dilakukan adalah:

- Memberikan informasi cara mengatasi kehilangan
- Menggerakkan dukungan masyarakat seperti menjadi orang tua asuh kepada anak yatim
- Melatih ketrampilan sesuai keahlian masing-masing untuk mendapatkan pekerjaan
- Mendapatkan dukungan pemerintah untuk memperoleh tempat tinggal
- Program pencegahan penyalahgunaan obat
- Kegiatan yang dilakukan
- Pendidikan kesehatan melatih coping positif untuk mengatasi stress
- Latihan asertif yaitu mengungkapkan perasaan tanpa menyakiti orang lain
- Latihan afirmasi dengan mengutakan aspek-aspek positif yang ada pada diri sendiri

4) Program pencegahan bunuh diri

Tindakan yang dilakukan:

- Memberikan informasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang tanda-tanda bunuh diri
- Menyediakan lingkungan yang aman untuk mencegah bunuh diri
- Melatih keterampilan coping yang adaptif

b Pencegahan Sekunder

Fokus pelayanan keperawatan pada pencegahan sekunder adalah deteksi dini tentang masalah psikososial dan gangguan jiwa serta penanganan dengan segera. Tujuan pelayanan adalah menurunkan gangguan jiwa.

Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang beresiko atau memperlihatkan tanda-tanda masalah psikososial dan gangguan jiwa.

Kegiatan pencegahan sekunder adalah: (Sujono, 2009)

- 1) Menemukan kasus sedini mungkin dengan cara memperoleh informasi dari berbagai sumber seperti masyarakat, tim kesehatan lain.
 - 2) Melakukan penjarangan kasus dengan pengkajian
 - 3) Memberikan pengobatan yang cepat terhadap kasus yang baru ditemukan
 - 4) Penanganan kasus bunuh diri dengan menempatkan klien yang aman melakukan terapi modalitas.
- c Pencegahan Tersier

Fokus pelayanan keperawatan pada peningkatan fungsi dan sosialisasi serta pencegahan kekambuhan pada gangguan jiwa. Tujuan pelayanan adalah mengurangi kecatatan atau ketidakmampuan akibat gangguan jiwa.

Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa pada tahap pemulihan.

Kegiatan yang dilakukan: (Sujono, 2009)

1) Program dukungan sosial dengan mengerakkan sumber-sumber di masyarakat seperti sumber pendidikan, dukungan masyarakat, dan pelayanan kesehatan terdekat.

2) Program rehabilitasi dengan memberdayakan klien dan keluarga sampai mandiri. Fokus pada kekuatan dan kemampuan klien dan keluarga dengan cara:

- Meningkatkan kemampuan kpopig yaitu belajar mengungkapkan dan menyelesaikan masalah dengan cara yang tepat.
- Mengembangkan sistem pendukung dengan memberdayakan keluarga dan masyarakat
- Menyediakan pelatihan kemampuan dan potensi yang perlu dikembangkan oleh klien, keluarga dan masyarakat
- Membantu klien dan keluarga merencanakan dan mengambil keputusan
- Program sosialisasi
- Membuat tempat pertemuan untuk sosialisasi
- Mengembangkan ketrampilan hidup: mengelola rumah tangga, mengembangkan hobi

3) Program sosialisasi

Kegiatan:

- Membuat tempat pertemuan sosialisasi
- Mengembangkan ketrampilan hidup: ADL, mengembangkan hobi dan mengelola rumah tangga
- Program rekreasi seperti jalan sehat Bersama, nonton TV bersama, berlibur.
- Kegiatan sosial dan keagamaan, contoh arisan, pengajian, kerja bakti

d Program mencegah stigma

Stigma adalah anggapan yang keliru dari masyarakat tentang klien gangguan jiwa, sehingga perlu tindakan untuk menghindari isolasi dan deskriminasi terhadap klien gangguan jiwa. Beberapa kegiatan yang dilakukan yaitu: (Sujono, 2009)

- Melakukan pendidikan kesehatan tentang kesehatan jiwa dan gangguan jiwa, sikap dan perilaku menghargai klien gangguan jiwa
- Pendekatan kepada tokoh masyarakat atau orang yang berpengaruh dalam rangka mensosialisasikan kesehatan jiwa.

Dalam kebijakan kemenkes yang pada tahun 2017 dicanangkan yakni Indonesia Bebas Pasung, masyarakat lebih berperan aktif dalam penanganan kasus gangguan jiwa. Dalam sebuah surat yang dikeluarkan oleh Menteri dalam negeri Surat Menteri Dalam Negeri Nomor PEM.29/6/15 tanggal 11 Nopember 1977 yang ditujukan kepada Gubernur Kepala Daerah Tingkat I seluruh Indonesia meminta kepada masyarakat untuk tidak melakukan pemasungan terhadap penderita gangguan jiwa dan menumbuhkan kesadaran masyarakat untuk menyerahkan perawatan penderita gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa. Surat tersebut juga berisi instruksi untuk para Camat dan Kepala Desa agar secara aktif mengambil prakarsa dan langkah-langkah dalam penanggulangan pasien gangguan jiwa yang ada di daerah mereka. Pemasungan yang dimaksud adalah salah satu bentuk pengekangan yang secara tradisional, tanpa akses pada perawatan kesehatan jiwa dan layanan pendukung lain, untuk membatasi orang yang dianggap atau mengalami disabilitas psikososial di dalam atau di luar

rumah. Pengekangan ini berupa mengikat orang atau menguncinya di kamar, gudang, atau kurungan atau kandang hewan selama beberapa jam tapi bisa pula sehari-hari hingga bertahun-tahun. Pasung biasanya dipraktikkan oleh keluarga yang percaya bahwa saudaranya yang menyandang disabilitas psikososial kerasukan roh jahat, atau khawatir dia bisa melukai diri atau orang lain, atau dia bisa kabur. Pasung juga digunakan di pusat-pusat perawatan tradisional atau keagamaan di Indonesia sebagai bentuk pengekangan, hukuman, atau “pengobatan.” Di sebuah rumah sakit, bentuk pembelengguan fisik biasanya tidak disebut pasung karena secara teknis dilakukan dalam tempo singkat, bersamaan dengan pemberian obat oral atau suntik, dan dalam pengawasan seorang psikiater (Suripto & Silvi, 2017)

Beberapa pemerintah daerah telah melakukan trobosan-trobosan dalam pelayanan kesehatan jiwa diantaranya yaitu Kabupaten Muara Enim, Provinsi Jawa Timur dan Inovasi Kabupaten Indragiri Hilir. Dari berbagai trobosan tersebut, dapat dilihat model dari sistem Kerja pelayanan tersebut sebagai berikut : (Suripto & Silvi, 2017)

a. Inovasi Bebas Pasung Muara Enim

Inovasi Pemerintah Kabupaten Muara Enim dalam menangani ODGJ khususnya untuk kasus pasung diperkenalkan dengan nama “Inovasi Bebas Pasung”. Dalam Penyelenggaraan pelayanan ini dilakukan dengan beberapa hal sebagai berikut :

- Tim kesehatan Jiwa atau kader-kader desa melibatkan kepala desa, perangkat desa lainnya, kader kesehatan desa dan Tokoh masyarakat. Tim ini bertugas memantau kondisi pasien dan juga melaporkan jika ditemukan pasien baru di desa atau ditemuan adanya pemasangan dan bersama Tim Kesehatan di Puskesmas melakukan pembebasan pasung.
- Bersama semua tim yang ada di desa serta di bantu dengan pihak puskesmas melakukan pembebasan pasung ODGJ. Pembebasan pasung ini berdasarkan hasil laporan dari kader-kader yang ada di desa. Kemudian pasien diperiksa langsung oleh dokter untuk menindaklanjuti pengobatan penyembuhan pasien, apakah pasien dilakukan pengobatan melalui pengobatan dirumah atau dirujuk ke Rumah Sakit.
- Pasien dengan kondisi yang memprihatinkan dirujuk ke RS untuk dilakukan pengobatan hingga pasien membaik dan stabil. Jika pasien sudah stabil akan dikembalikan ke keluarga masing-masing dan dilakukan pengobatan dirumah.
- Program pengobatan pasien ODGJ di Kabupaten Muara Enim yang merupakan program Puskesmas, bekerja sama dengan bidan desa agar distribusi obat dapat dijangkau tanpa terkecuali dan agar obat dapat dikonsumsi pasien secara berkesinambungan dengan memberikan kewenangan kepada bidan desa yang telah dilatih terlebih dahulu untuk mendistribusikan obat. Pasien mendapat pengobatan gratis. Setiap bidan desa mendapatkan surat perintah tugas (SPT) yang berisi pelimpahan kewenangan dari Pimpinan Puskesmas. Obat-obat yang diberikan disesuaikan dengan resep yang diberikan oleh dokter puskesmas. Bidan

desa hanya meneruskannya saja. Setiap 3 bulan dokter puskesmas akan mengadakan kunjungan ke desa untuk memantau kemajuan pengobatan pasien gangguan jiwa. Dengan kegiatan ini, obat dapat terdistribusi dengan baik. Pasien dengan latar belakang ekonomi yang menengah ke bawah bisa mendapatkan obat tanpa harus mengeluarkan biaya transportasi ke puskesmas atau Rumah Sakit. Pengobatan yang dilakukan di rumah, akan dipantau terus oleh kader-kader desa.

b. Inovasi MLM Jawa Timur

Inovasi Pemerintah Provinsi Jawa Timur dalam menangani ODGJ khususnya untuk kasus pasung diperkenalkan dengan nama “MLM Pasung“ Cara Cepat Jawa Timur Bebas Pasung””. Dalam Penyelenggaraan pelayanan ini dilakukan dengan beberapa hal sebagai berikut :

- Petugas kesehatan Rumah Sakit Jiwa dibantu oleh Tim Medis melakukan investigasi ke desa-desa untuk dilakukannya pembebasan pasung. Pembebasan pasung ini berdasarkan hasil laporan dari masyarakat setempat dan investigasi yang dilakukan oleh petugas rumah sakit. Kemudian pasien diperiksa langsung oleh dokter untuk menindaklanjuti pengobatan penyembuhan pasien, apakah pasien dilakukan pengobatan melalui pengobatan dirumah atau dirujuk ke Liponsos atau pondok yang khusus menangani pasien sakit jiwa.
- Pasien dengan kondisi yang memprihatinkan dirujuk ke Liponsos atau pondok yang khusus menangani pasien sakit jiwa untuk dilakukan pengobatan hingga pasien membaik dan stabil. Jika pasien sudah stabil

akan dikembalikan ke keluarga masing-masing dan dilakukan pengobatan dirumah. Biaya rehabilitasi pasien secara gratis tidak dipungut biaya.

- Pengobatan dilakukan melalui rawat jalan di Puskesmas atau RSUD setempat yang melibatkan secara langsung dokter spesialis penyakit jiwa. Pengobatan dilakukan secara gratis, tidak dipungut dengan biaya.
- Setelah pasien sembuh, pemerintah mengadakan dan memberikan pelatihan serta pemberdayaan dengan melakukan kerja sama dengan pihak rumah sakit bagi pasien ODGJ. Hal ini dilakukan agar penanganan ODGJ berkelanjutan dan salah satu upaya kesembuhan.

c. Inovasi Desa Siaga Sehat Kabupaten Indragiri Hilir

Inovasi Desa Siaga Sehat merupakan Inovasi dalam memberikan pelayanan ODGJ khususnya untuk kasus pasung, Pemerintah Kabupaten Indragiri Hilir dalam menyelenggarakan pelayanan ini dilakukan dengan beberapa hal sebagai berikut :

- Petugas kesehatan Puskesmas kabupaten Indragiri Hilir dibantu oleh Tim Medis yang bertugas di Puskemas Pembantu (Pustu) Kelurahan mendatangi langsung rumah pasien ODGJ, serta melakukan pembebasan pasung. Pembebasan pasung ini berdasarkan hasil laporan dari masyarakat setempat dan investigasi yang dilakukan oleh petugas puskesmas. Kemudian pasien diperiksa langsung oleh dokter untuk menindaklanjuti pengobatan penyembuhan pasien,
- Pengobatan dilakukan dengan cara datang dari rumah-kerumah, yang dilakukan dengan melibatkan secara langsung dokter spesialis penyakit jiwa. Pengobatan dilakukan secara gratis, tidak dipungut dengan biaya.

- Pengobatan dilakukan dengan melakukan penyuntikan dan pemberian obat yang dilakukan secara rutin setiap bulannya hingga pasien benar-benar sembuh. Keberlanjutan Program Kesehatan Jiwa
- Setelah pasien sembuh, pemerintah mengadakan dan memberikan pelatihan membuat kerajinan tangan bagi pasien ODGJ yang melibatkan berbagai organisasi dan kesibukan lainnya, sehingga penyakitnya tidak kambuh lagi. Hal ini dilakukan agar penanganan ODGJ berkelanjutan dan salah satu upaya dari kesembuhan.

Dalam program Indonesia bebas pasung yang dicanangkan oleh Kemenkes sejak tahun 2010, masyarakat dijadikan ujung tombak penemuan kasus gangguan jiwa, ada beberapa tugas yang diemban masyarakat dan harus dilakukan masyarakat guna suksesnya program tersebut.

Masyarakat dapat membantu proses rehabilitasi dengan menerima dan mendorong penderita melakukan aktifitas sosial sesuai dengan keadaannya. Hal pertama adalah merubah paradigma masyarakat mengenai gangguan jiwa meliputi:

Tabel 2.1 Paradigma Benar Salah

Salah	Benar
Bukan penyakit tetapi guna-guna	Penyakit medis sama dengan diabetes dan hipertensi dan juga bisa diobati oleh dokter
Salah	Benar
Tidak bisa sembuh	Gejalanya banyak yang bisa menarik dan bahkan sebagian bisa sembuh sempurna
Penyebabnya lemah mental	Penyebabnya kompleks, kombinasi dari neurokimia otak

	yang tidak seimbang, genetik dan lingkungan
Saya tidak mungkin menderita sakit ini	Penyakit ini tidak kenal golongan, semua orang punya resiko menderita sakit ini
Penderita berbahaya bagi sekitar	Faktanya mereka lebih banyak yang jadi korban. Seperti kita, penderita juga bisa emosi jika diejek atau diperlakukan tidak adil
Penderita tidak bisa diharapkan	Saat ini banyak pilihan pengobatan. Dengan dukungan masyarakat dan keluarga mereka bisa hidup aktif dan produktif
Kami tidak bisa membantu kesembuhan penderita	Banyak yang bisa anda lakukan. Mulailah dengan bersikap dan berbicara yang baik dengan mereka.

Selanjutnya, apabila masyarakat menemukan kasus pasung pada orang dengan gangguan jiwa di sekitar tempat tinggalnya maka masyarakat wajib untuk menghubungi:

- Kader kesehatan
- Fasilitas layanan kesehatan terdekat (Puskesmas, Rumah Sakit Umum atau Rumah Skit Jiwa)
- Dinas Kesehatan setempat.

Orang dengan gangguan jiwa mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan setelah dilakukan serangkaian pemeriksaan. Keluarga dan masyarakat ikut aktif atas kelangsungan pengobatan penderita. Karena penderita gangguan jiwa berhak mendapatkan pengobatan untuk sembuh dan mencapai kualitas hidup yang optimal.

Masyarakat diharapkan sebagai ujung tombak penemuan kasus. Selain itu, petugas yang ada di tengah masyarakat dapat secara aktif membantu menemukan kasus pasung, diantaranya:

- Petugas dan kader kesehatan
- Petugas sosial masyarakat
- Pengurus RT dan RW setempat
- Tokoh masyarakat atau tokoh agama

Masyarakat harus memperhatikan mengenai kasus gangguan jiwa, masyarakat tidak boleh berperilaku sebagai berikut:

- Mengabaikan
- Menelantarkan
- Mengucilkan
- Mengolok-olok
- Bahkan memasung penderita gangguan jiwa