

## **BAB II**

### **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 (Andarmoyo, 2012).

Menurut Duvall (1976) keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggotanya (Andarmoyo, 2012).

Menurut Depkes RI (1988) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Setiadi, 2008)

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 (Setiadi, 2008)

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri atau suami istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya (UU No. 10, 1992, dalam Setiadi, 2008)

### 2.1.2 Tipe Keluarga

Menurut Andarmoyo (2012) seiring dengan tuntutan keluarga untuk beradaptasi dengan lingkungan sosial dan budaya maka bentuk keluarga pun akan berubah sesuai dengan tuntutan tersebut. Berbagai bentuk keluarga menggambarkan adaptasi terhadap keluarga yang terbebani pada orang dan keluarga. Setiap keluarga mempunyai kekuatan sendiri untuk dipengaruhi lingkungan. Dalam sosiologi keluarga, berbagai bentuk keluarga digolongkan menjadi dua bagian besar yaitu bentuk tradisional dan nontradisional atau sebagai bentuk normatif dan nonnormative serta bentuk keluarga varian. Bentuk keluarga varian digunakan untuk menyebut bentuk keluarga yang merupakan variasi dari bentuk normatif yaitu semua bentuk deviasi dari keluarga inti tradisional. Berikut akan dijelaskan beberapa bentuk keluarga yang berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan keluarga.

#### I. Keluarga Tradisional

1. Keluarga Inti (*Tradisional Nuclear*), merupakan satu bentuk keluarga tradisional yang dianggap paling ideal. Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak, tinggal dalam satu rumah, di mana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga.

Varian keluarga inti adalah:

- a. Keluarga pasangan suami istri bekerja, adalah keluarga di mana pasangan suami istri keduanya bekerja di luar rumah. Keluarga ini merupakan pengembangan varian nontradisional di mana pengambilan keputusan dan pembagian fungsi keluarga ditetapkan secara bersama-sama oleh kedua orang tua. Meskipun demikian,

beberapa keluarga masih tetap menganut bahwa fungsi kerumahtanggaan tetap dipegang oleh istri.

b. Keluarga tanpa anak (*Dyadic Nuclear*), adalah keluarga di mana suami istri sudah berumur, tetapi tidak mempunyai anak. Keluarga tanpa anak dapat diakibatkan oleh ketidakmampuan pasangan suami istri untuk menghasilkan keturunan atau ketidaksanggupan untuk mempunyai anak akibat kesibukan dari kariernya. Biasanya keluarga ini akan mengadopsi anak.

c. *Commuter Family*, yaitu keluarga dengan pasangan suami istri terpisah tempat tinggal secara sukarela karena tugas dan pada kesempatan tertentu keduanya bertemu dalam satu rumah.

*Reconstituted Nuclear*, adalah pembentukan keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal satu rumah dengan anaknya, baik anak bawaan dari perkawinan lama maupun hasil perkawinan baru. Pada umumnya, bentuk keluarga ini terdiri dari ibu dengan anaknya dan tinggal bersama ayah tiri.

d. Keluarga Besar (*Extended Family*), adalah satu bentuk keluarga di mana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau kerabat dekat lainnya. Dengan demikian, anak dibesarkan oleh beberapa generasi dan memiliki pilihan terhadap model-model yang akan menjadi pola perilaku bagi anak-anak. Tipe keluarga besar biasanya bersifat sementara dan terbentuk atas dasar persamaan dan terdiri dari beberapa keluarga inti yang secara adil menghargai ikatan-

ikatan keluarga besar. Keluarga luas sering terbentuk akibat meningkatnya hamil di luar nikah, perceraian, maupun usia harapan hidup yang meningkat sehingga keluarga besar menjadi pilihan mereka untuk sementara. Varian dari keluarga besar adalah keluarga *Group Marriage*, yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya dalam satu kesatuan keluarga dan keturunannya sudah menikah serta semua telah mempunyai anak.

2. Keluarga dengan Orang Tua Tunggal (*Single Parent*), adalah bentuk keluarga yang di dalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu. Varian tradisional keluarga ini adalah bentuk keluarga di mana kepala keluarga adalah janda karena cerai atau ditinggal mati suaminya, sedangkan varian nontradisional dari keluarga ini adalah *Single Adult* yaitu kepala keluarga seorang perempuan atau laki-laki yang belum menikah dan tinggal sendiri.

## II. Keluarga Nontradisional

Bentuk-bentuk varian keluarga nontradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda satu sama lain, baik dalam struktur maupun dinamikanya, meskipun lebih memiliki persamaan satu sama lain dalam hal tujuan dan nilai daripada keluarga inti tradisional. Orang-orang dalam pengaturan keluarga nontradisional sering menekankan nilai aktualisasi diri, kemandirian, persamaan jenis kelamin, keintiman dalam berbagai hubungan interpersonal. Bentuk-bentuk keluarga ini meliputi:

1. *Communal (Commune Family)*, adalah keluarga dimana dalam satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami tanpa

pertalian keluarga dengan anak-anaknya dan bersama-sama, dalam penyediaan fasilitas. Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada daerah perkotaan di mana penduduknya padat.

2. *Unmarried Parent and Child*, adalah keluarga yang terdiri dari ibu-anak, tidak ada perkawinan dan anaknya dari hasil adopsi.
3. *Cohibing Couple*, merupakan keluarga yang terdiri dari dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.
4. Institusional, keluarga yang terdiri dari anak-anak atau orang-orang dewasa yang tinggal bersama-sama dalam panti. Sebenarnya keluarga ini tidak cocok untuk disebut sebagai sebuah keluarga, tetapi mereka sering mempunyai sanak saudara yang mereka anggap sebagai keluarga sehingga sebenarnya terjadi jaringan yang berupa kerabat.

### **2.1.3 Fungsi Keluarga**

Menurut Friedman dalam Andarmoyo (2012) fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

1. Fungsi Afektif, yaitu perlindungan psikologis, rasa aman, interaksi, mendewasakan dan mengenal identitas diri individu.
2. Fungsi Sosialisasi Peran, adalah fungsi dan peran di masyarakat, serta sasaran untuk kontak sosial di dalam/di luar rumah.
3. Fungsi Reproduksi, adalah menjamin kelangsungan generasi dan kelangsungan hidup masyarakat.
4. Fungsi Memenuhi Kebutuhan Fisik dan Perawatan, merupakan pemenuhan sandang, pangan dan papan serta perawatan kesehatan.

5. Fungsi Ekonomi, adalah fungsi untuk pengadaan sumber dana, pengalokasian dana serta pengaturan keseimbangan.
6. Fungsi Pengontrol/Pengatur, adalah memberikan pendidikan dan norma-norma.

#### **2.1.4 Struktur Keluarga**

Menurut Setiadi (2008) struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah :

1. Patrilineal, adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
2. Matrilineal, adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
3. Matrilokal, adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
4. Patrilokal, adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
5. Keluarga kawin, adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

#### **2.1.5 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan**

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Freeman (1981) dalam

Setiadi (2008) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu :

1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyogianya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

3. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

4. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaat fasilitas kesehatan yang ada)

#### **2.1.6 Peran Keluarga**

Menurut Setiadi (2008) peran adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dari seorang dalam situasi sosial tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan. Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku keluarga, kelompok dan masyarakat.

Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing , antara lain adalah:

##### **1. Ayah**

Ayah sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung/pengayom, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

##### **2. Ibu**

Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anak, pelindung keluarga dan juga sebagai pencari nafkah tambahan keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

### 3. Anak

Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual.

Selain itu, menurut Friedman dalam Setiadi (2008) dukungan sosial keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antar keluarga dengan lingkungan sosial. Jenis dukungan keluarga ada empat, yaitu:

1. Dukungan instrumental, yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit.
2. Dukungan informasional, yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarkan informasi)
3. Dukungan penilaian (appraisal), yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga.
4. Dukungan emosional, yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

## 2.2 Konsep Skizofrenia

### 2.2.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari Bahasa Yunani yang berarti jiwa yang retak (*skizos* artinya retak, dan *frenas* artinya jiwa). Menurut psikiater dr Tubagus Erwin Kusumah SpKJ, jiwa manusia terdiri dari tiga unsur, yaitu perasaan, kemauan, dan pikiran. Pada orang yang jiwanya tidak retak, ketiga unsur ini

senada. “Artinya kalau perasaan lagi senang, maka kemauan dan pikirannya mendukung. Kalau lagi sedih, ketiga-tiganya menurun, “ papar dokter jiwa pada RSPAD Gatot Subroto ini (Ardani, 2013).

Menurut pendapat lain skizofrenia berarti “kepribadian yang terbelah”, yaitu hilangnya sebagian besar hubungan kesadaran yang logis antara tubuh dan jiwa (disintegrasi). Sehingga dalam beberapa keadaan perilakunya tidak sejalan dengan keadaan emosinya. Hal ini terjadi karena secara mental, kepribadian penderita gangguan ini memang terbelah sehingga mempunyai kecenderungan tubuhnya hidup pada satu dunia tetapi jiwanya berada pada dunia yang lain yang menyebabkan penderita cenderung dianggap “gila” (Ardani, 2013).

Skizofrenia adalah gangguan mental yang sangat berat. Gangguan ini ditandai dengan gejala-gejala positif seperti pembicaraan yang kacau, delusi, halusinasi, gangguan kognitif dan persepsi; gejala-gejala negatif seperti *avoliation* (menurunnya minat dan dorongan), berkurangnya keinginan bicara dan miskinnya isi pembicaraan, afek yang datar; serta terganggunya relasi personal (Strauss et al, dalam Arif, 2006).

Skizofrenia adalah suatu penyakit neurologis yang memengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Melinda Hermann, 2008, dalam Yosep dan Sutini, 2009).

### **2.2.2 Etiologi Skizofrenia**

Menurut Ardani (2013) skizofrenia merupakan suatu gangguan yang menyerang jiwa manusia. Tapi walaupun demikian, faktor neurologis juga turut berpengaruh terhadap timbulnya skizofrenia. Di bawah ini terdapat beberapa sebab timbulnya skizofrenia, yaitu:

1. Sebab organis, yaitu adanya perubahan-perubahan pada struktur sistem syaraf sentral
2. Tipe pribadi yang *schizothyme* (pikiran yang kacau balau) atau jasmaniah yang *asthenis*, dan mempunyai kecenderungan menjadi skizofrenia.
3. Gangguan kelenjar-kelenjar; adanya disfungsi pada endokrin seks, kelenjar adrenal dan kelenjar pituitary (kelenjar di bawah otak). Atau akibat dari masa klimakterik atau menstruasi. Kadang-kadang karena kelenjar-kelenjar thyroid dan adrenal yang mengalami atrofi.
4. Adanya degenerasi pada energi mental. Hal ini didukung dengan lebih dari separuh dari jumlah penderita skizofrenia mempunyai keluarga yang psikotis atau sakit mental.
5. Sebab-sebab psikologis; kebiasaan-kebiasaan infantile yang buruk dan salah. Individu tidak mempunyai asjument terhadap lingkungannya. Ada konflik-konflik antara superego dan id (Freud).

Tetapi pada beberapa kasus, faktor kepuasan terhadap kondisi tubuh juga mempengaruhi terjadinya skizofrenia. Pada orang yang mempunyai cacat pada tubuhnya (defek organis) berpotensi menimbulkan perasaan-perasaan tidak mampu dan min-compleks, atau integrasi kepribadian yang miskin sekali. Perasaan-perasaan seperti cenderung berlangsung secara terus-menerus. Meskipun masalah fisik yang ada dapat dikurangi dengan jalan operasi yang pada akhirnya menimbulkan pribadi yang abnormal.

### 2.2.3 Gejala Skizofrenia

Menurut Hawari (2001) gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi dalam 2 kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif.

#### 1. Gejala positif skizofrenia

Gejala-gejala positif yang diperlihatkan pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a. Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.
- b. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus). Misalnya penderita mendengar suara-suara/bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara/bisikan itu.
- c. Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- d. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e. Merasa dirinya “Orang Besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya
- f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- g. Menyimpan rasa permusuhan.

Gejala-gejala positif skizofrenia sebagaimana diuraikan di muka amat mengganggu lingkungan (keluarga) dan merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa penderita berobat.

## 2. Gejala negatif skizofrenia

Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a. Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b. Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
- c. Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e. Sulit dalam berpikir abstrak.
- f. Pola pikir stereotip.
- g. Tidak ada/kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, monoton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu).

Gejala-gejala negatif skizofrenia sebagaimana diuraikan di muka seringkali tidak disadari atau kurang diperhatikan oleh pihak keluarga, karena dianggap tidak “mengganggu” sebagaimana halnya pada penderita

skizofrenia yang menunjukkan gejala-gejala positif. Oleh karenanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa penderita untuk berobat.

Dalam pengalaman praktik, gejala positif skizofrenia baru muncul pada episode akut. Sedangkan pada stadium kronis (menahun) gejala negatif skizofrenia lebih menonjol. Tetapi tidak jarang baik gejala positif maupun gejala negatif saling berbaur, tergantung pada stadium penyakitnya.

#### **2.2.4 Pengobatan Skizofrenia**

Gangguan jiwa adalah salah satu penyakit yang cenderung berlanjut (kronis, menahun). Oleh karenanya terapi pada skizofrenia memerlukan waktu relatif lama berbulan bahkan bertahun, hal ini dimaksud untuk menekan sekecil mungkin kekambuhan (*relapse*). Terapi yang komprehensif dan holistik atau terpadu dewasa ini sudah dikembangkan sehingga penderita skizofrenia tidak lagi mengalami diskriminasi bahkan metodenya lebih manusiawi daripada masa sebelumnya. Terapi yang dimaksud meliputi terapi dengan obat-obatan anti skizofrenia (psikofarmaka), psikoterapi, terapi psikososial dan terapi psikoreligius (Hawari, 2001).

Kemajuan dibidang ilmu kedokteran jiwa (psikiatri) akhir-akhir ini mengalami kemajuan pesat, baik di bidang organobiologik maupun dibidang obat-obatan lainnya. Dari sudut organobiologik sudah diketahui bahwa pada skizofrenia (dan juga gangguan jiwa lainnya) terdapat gangguan pada fungsi transmisi sinyal penghantar saraf (neurotransmitter) sel-sel susunan saraf pusat (otak) yaitu pelepasan zat dopamine dan sorotonin yang mengakibatkan gangguan pada alam pikir, alam perasan dan perilaku. Oleh karena itu obatan psikofarmaka yang akan diberikan ditujukan pada gangguan fungsi

neurotransmitter tadi sehingga gejala-gejala klinis tadi dapat dihilangkan atau dengan kata lain penderita skizofrenia dapat diobati (Hawari, 2001).

Menurut Hawari (2001) adapun obat psikofarmaka yang ideal yaitu yang memenuhi syarat-syarat antara lain sebagai berikut:

1. Dosis rendah dengan efektivitas terapi dalam waktu relatif singkat.
2. Tidak ada efek samping, walaupun ada relatif kecil.
3. Dapat menghilangkan dalam waktu relatif singkat baik gejala positif maupun negatif skizofrenia.
4. Lebih cepat memulihkan fungsi kognitif (daya pikir dan daya ingat)
5. Tidak menyebabkan kantuk.
6. Memperbaiki pola tidur.
7. Tidak menyebabkan habituasi, adiksi dan dependensi.
8. Tidak menyebabkan lemas otot.
9. Dan, kalau mungkin pemakaiannya dosis tunggal (*single dose*).

Berbagai jenis obat psikofarmaka yang beredar dipasaran yang hanya dapat diperoleh dengan resep dokter, dapat di bagi dalam dua golongan yaitu golongan generasi pertama (typical) dan golongan generasi kedua (atypical). Menurut Arozal dan gan dalam buku farmakologi dan dan terapi (2007) menjelaskan obat antipsikosis dibagi menjadi 2 yaitu :

#### I. Antipsikosis Atipikal

Klozapin merupakan antipsikotik atipikal pertama dengan potensi lemah. Klozapin efektif untuk mengontrol gejala-gejala psikosis dan skizofrenia baik yang positif (iritabilitas) maupun yang negatif (*social disinterest dan*

*incompetence, personal neatness*). Klozapin memiliki efek samping agranulositosis yang menjadi efek samping utama yang ditimbulkan pada pengobatan dengan klozapin. Efek samping lain yang dapat terjadi antara lain hipertermia, takikardia, sedasi, pusing kepala, hipersalivasi.

Risperidon digunakan untuk terapi skizofrenia baik gejala negatif maupun positif. Di samping itu diindikasikan pula untuk gangguan bipolar, depresi dengan ciri psikosis dan *Tourette syndrome*. Risperidon memiliki efek samping seperti insomnia, agitasi, ansietas, somnolen, mual, muntah, peningkatan berat badan, hiperprolaktinemia dan reaksi ekstra piramidal terutama tardiv diskinesia.

Olanzapin merupakan derivat tienobenzodiazepin. Indikasi utama olanzapin adalah mengatasi gejala negatif maupun positif skizofrenia dan sebagai antimania. Obat ini juga menunjukkan efektivitas pada pasien depresi dengan gejala psikotik. Efek samping dari obat ini adalah peningkatan berat badan dan gangguan metabolik yaitu intoleransi glukosa, hiperglikemia, dan hiperlipidemia.

Quetiapin diindikasikan untuk skizofrenia dengan gejala positif maupun negatif. Obat ini dilaporkan juga meningkatkan kemampuan kognitif pasien skizofrenia seperti perhatian, kemampuan berpikir, berbicara dan kemampuan mengingat membaik. Efek samping secara umum dari quetiapin adalah sakit kepala, somnolen, dan *dizziness*, peningkatan berat badan, gangguan metabolik dan hiperprolaktinemia, sedangkan efek samping piramidalnya minimal.

Ziprasidon memiliki indikasi untuk mengatasi keadaan akut (agitasi) dari skizofrenia dan gangguan skizoafektif, terapi pemeliharaan pada skizofrenia skizoafektif kronik, serta gangguan bipolar.

## II. Antipsikosis Tipikal

Klorpomazin memiliki batas keamanan cukup lebar, sehingga obat ini cukup aman. Efek samping umumnya merupakan perluasan efek farmakodinamiknyanya. Gejala idiosinkrasi mungkin timbul, berupa ikterus, dermatitis dan leukopenia. Reaksi ini disertai eosinofilia dalam darah perifer.

Haloperidol berguna untuk psikosis sebagai indikasi utamanya. Efek samping dari haloperidol menimbulkan reaksi ekstrapiramidal dengan insiden yang tinggi, terutama pada pasien usia muda.

Loksapin merupakan obat golongan antipsikosis yang baru. Loksapin memiliki efek antiemetik, sedatif, antikolinergik dan antiadrenergik. Obat ini berguna untuk mengobati skizofrenia dan psikosis lainnya.

Dari berbagai jenis obat psikofarmaka tersebut diatas efek samping yang sering dijumpai meskipun relatif kecil dan jarang adalah gejala *ekstra-piramidal (Extra-Pyramidal Syndrome/EPS)* yang mirip dengan penyakit parkinson (*Parkinsonism*), misalnya kedua tangan gemetar (tremor), kekakuan alat gerak (kalau berjalan seperti robot), oto leher kaku sehingga kepala yang bersangkutan seolah-oleh terplintir atau “ketarik” dan lain sebagainya. Bila terdapat efek samping ekstra-piramidal tadi dapat diberikan obat penawarnya yaitu obat dengan nama generik *Trihexyphenidyl HCL*, *Benzhexol HCL*, *Levodopa + Benserazide* dan *Bromocriptine Mesilate*, sedangkan nama dagangnya adalah *Arkine*, *Artane*, *Madopar*, dan *Parlodel* (Hawari, 2001).

Golongan obat anti skizofrenia baik generasi pertama (*typical*) maupun generasi kedua (*atypical*) pada pemakaian jangka panjang umumnya menyebabkan

pertambahan berat-badan. Obat golongan *typical* khususnya berkhasiat dalam mengatasi gejala-gejala positif skizofrenia, sehingga meninggalkan gejala-gejala negatif pemakaian golongan *typical* kurang memberikan respons. Selain daripada itu obat golongan *typical* tidak memberikan efek yang baik pada pemulihan fungsi kognitif (kemampuan berpikir dan mengingat) penderita. Selain dari pada itu obat golongan *typical* sering menimbulkan efek samping berupa gejala ekstra piramidal (*extrapyramidal symptoms/EPS*) (Hawari, 2001).

## **2.3 Konsep Pendidikan Kesehatan**

### **2.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perorangan dan masyarakat. Pendidikan kesehatan bukanlah suatu yang dapat diberikan oleh seseorang kepada orang lain dan bukan pula sesuatu rangkaian tata laksana yang akan dilaksanakan ataupun hasil yang akan dicapai, melainkan suatu proses perkembangan yang selalu berubah secara dinamis di mana seseorang dapat menerima atau menolak keterangan baru, sikap baru, dan perilaku baru yang ada hubungannya dengan tujuan hidup. (Nyswander, 1947, dalam Machfoedz dan Suryani, 2007).

Pendidikan Kesehatan adalah upaya menerjemahkan apa yang telah diketahui tentang kesehatan ke dalam perilaku yang diinginkan dari perorangan ataupun masyarakat melalui proses pendidikan (Grout, 1958, dalam Machfoedz dan Suryani, 2007).

Sementara *A joint Committee on Terminology in Health Education of United states* (1973) mendefinisikan: pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang mencakup dimensi dan kegiatan-kegiatan dari intelektual, psikologi dan sosial yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan manusia dalam mengambil keputusan secara sadar dan yang mempengaruhi kesejahteraan diri, keluarga, dan masyarakat (Machfoedz dan Suryani, 2007).

### **2.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Menurut Machfoedz dan Suryani (2007) tujuan pendidikan kesehatan dibagi menjadi 2 yaitu:

I. Tujuan kaitannya dengan batasan sehat

Berdasarkan batasan WHO (1954) tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat.

II. Mengubah perilaku kaitannya dengan budaya

Menurut Azwar (1983:18) membagi perilaku kesehatan sebagai tujuan pendidikan kesehatan menjadi 3 macam.

1. Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat. Dengan demikian kader kesehatan mempunyai tanggung jawab di dalam penyuluhannya mengarahkan kepada keadaan bahwa cara-cara hidup sehat menjadi kebiasaan hidup masyarakat sehari-hari.
2. Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat di dalam kelompok. Itulah sebabnya dalam hal ini pelayanan kesehatan dasar (PHC =

*Primary Health Care*) diarahkan agar dikelola sendiri oleh masyarakat, dalam hal bentuk yang nyata adalah PKMD, satu contoh PKMD adalah posyandu. Seterusnya dalam kegiatan ini diharapkan adanya langkah-langkah mencegah timbulnya penyakit.

3. Mendorong berkembangnya dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Ada kalanya masyarakat memanfaatkan sarana kesehatan yang ada secara berlebihan. Sebaliknya sudah sakit belum pula menggunakan sarana kesehatan yang ada sebagaimana mestinya.

### **2.3.3 Pendidikan Kesehatan jiwa pada keluarga**

Pendidikan kesehatan jiwa pada keluarga adalah memberikan bimbingan dan penyuluhan kesehatan jiwa pada keluarga dalam rangka meningkatkan kesehatan jiwa kepada keluarga dalam rangka meningkatkan kesehatan jiwa keluarga, mencegah penyakit, dan mengenali gejala gangguan jiwa secara dini dan upaya pengobatannya. Pendidikan kesehatan ini bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh keluarga. Untuk mencapai tujuan tersebut diharapkan keluarga dapat memberikan stimulasi dalam perkembangan anak menumbuhkan hubungan interpersonal, mengerti penyebab gangguan jiwa, ciri-ciri gangguan jiwa, fungsi dan tugas keluarga upaya pencegahan gangguan jiwa oleh keluarga, upaya perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit umum dan puskesmas (Dalami, 2010).

Evaluasi hasil pendidikan kesehatan dan proses belajar dilakukan selama proses belajar dan pada akhir proses belajar. Cara evaluasi dengan mengajukan pertanyaan lisan dan peragaan tindakan (Dalami, 2010)

Dukungan keluarga sangat penting terhadap pasien skizofrenia, salah satunya yaitu dalam pemenuhan pemberian obat. Karena pasien skizofrenia belum mampu untuk mengatur dan mengetahui jenis obat yang akan diminum. Jadi, keluarga harus selalu mengarahkan agar pasien dapat minum obat dengan benar dan teratur. Bentuk dukungan keluarga dalam pemenuhan pemberian obat pada pasien skizofrenia adalah dengan menyiapkan obat dan mengawasi pasien saat minum obat.

Menurut Tambayong (2001) adapun Prinsip lima benar dalam pemberian obat :

1. Pasien yang benar

Sebelum obat diberikan, identitas pasien harus diperiksa (gelang identitas, papan identitas ditempat tidur) atau ditanyakan. Jika pasien tidak sanggup berespons secara verbal, respon non-verbal dapat dipakai, misalnya pasien mengangguk. Jika sanggup mengidentifikasi diri akibat gangguan mental atau kesadaran harus dicari cara identifikasi lain sesuai ketentuan rumah sakit.

2. Obat yang benar

Obat mempunyai nama dagang dan nama generik. Setiap obat dengan nama dagang yang asing harus diperiksa nama generiknya, dan jika masih ragu hubungi apotekernya.

Sebelum memberi obat, label pada botolnya harus diperiksa tiga kali; pertama, saat membaca permintaan obatnya dan botolnya diambil dari rak; kedua, label botol dibandingkan dengan obat yang diminta; dan ketiga, saat dikembalikan ke rak. Jika labelnya tidak terbaca, isinya tidak boleh

dipakai dan harus dikembalikan ke bagian farmasi. Bila isinya tidak seragam, sekali lagi harus dikembalikan ke farmasi.

Jika pasiennya meragukan obatnya, harus diperiksa lagi. Saat memberi obat, perawat harus ingat untuk apa obat itu diberikan. Ini membantu mengingat nama obat dan kerjanya.

### 3. Dosis yang benar

Sebelum memberi obat, perawat harus memeriksa dosisnya. Jika ragu, perawat harus berkonsultasi dengan apoteker atau penulis resep sebelum dilanjutkan. Jika pasien meragukan dosisnya, harus diperiksa lagi. Jika setelah menanyakan kepada apoteker atau penulis resepnya, perawat masih ragu, ia tidak boleh melanjutkan pemberian obat itu dan memberitahu penanggung jawab unit atau ruangan dan penulis resepnya serta alasannya.

### 4. Cara/rute pemberian yang benar

Obat dapat diberikan melalui sejumlah rute berbeda. Faktor yang menentukan rute pemberian terbaik ditentukan oleh keadaan umum pasien, kecepatan respon yang diinginkan, sifat kimiawi dan fisik obat, dan tempat kerja yang diinginkan. Obat dapat diberi per oral, parenteral, topikal, rektal atau melalui inhalasi.

*Oral*, adalah rute pemberian yang paling umum dan paling banyak dipakai, karena ekonomis, paling nyaman dan aman. Obat dapat juga diabsorpsi melalui rongga mulut (sublingual atau bukal), misalnya tablet gliserin trinitrat.

*Parenteral*, kata ini berasal dari Bahasa Yunani. Para berarti di samping, enteron berarti usus, jadi parenteral berarti diluar usus, atau tidak melalui saluran cerna.

*Topikal*, termasuk di sini adalah krim, salep, losion, liniment, spreng, dan dapat dipakai untuk melumasi, melindungi, atau menyampaikan obat ke daerah tertentu, pada kulit atau membran mukosa.

*Rektal*, obat dapat diberi melalui rute rektal berupa enema atau supositoria. Pemberian rektal mungkin dilakukan untuk memperoleh efek lokal, seperti pada konstipasi atau hemoroid.

*Inhalasi*, saluran napas memiliki luas epitel untuk absorpsi yang sangat luas dan dengan demikian berguna untuk memberi obat secara lokal pada salurannya.

#### 5. Waktu yang benar

Sangat penting, khususnya bagi obat yang efektivitasnya tergantung untuk mencapai atau mempertahankan kadar darah yang memadai, bahwa obat itu diberi pada waktu yang tepat. Jika obat itu harus diminum sebelum makan (*ante cibum* atau *a.c.*) untuk memperoleh kadar yang diperlukan, harus di beri satu jam sebelum makan. Hal ini hanya berlaku untuk banyak antibiotik. Misalnya, tetrasiklin dikhelasi (yaitu terbentuk senyawa yang tidak larut) jika diberi bersama susu atau makanan tertentu, yang mengikat sebagian besar obat itu sebelum dapat diserap. Sebaliknya, ada obat yang harus diminum setelah makan, untuk menghindari iritasi berlebihan pada lambung (misalnya, indometasin) atau agar diperoleh

kadar darah yang lebih tinggi (misalnya, griseofulvin bila diberi bersama makanan berlemak).

Setelah obat itu diberikan, harus dicatat dosis, rute, waktu dan oleh siapa obat itu diberikan. Bila pasien menolak minum obatnya, atau obat itu tidak sampai terminum, harus dicatat alasannya dan dilaporkan.

Selain prinsip lima benar dalam pemberian obat diatas, Menurut Widodo (2006) menjelaskan secara umum kepatuhan atau sikap disiplin pengguna obat ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu:

1. Pengaruh teman/keluarga. Sikap orang-orang yang dekat ini (positif atau negatif) bagi pengguna obat akan memiliki arti yang besar terhadap kepatuhannya dalam menggunakan obat.
2. Kepercayaan/persepsi konsumen obat terhadap penyakit dan pengobatan. Yaitu, besarnya harapan untuk sembuh dari sakit dan kepercayaan bahwa obat yang akan digunakannya akan memberikan kesembuhan. Orang-orang yang telah putus asa terhadap kesembuhan penyakitnya atau terhadap obat yang ia gunakan, akan lebih sulit bersikap patuh, begitu pula sebaliknya.
3. Pengalaman penggunaan obat terhadap efek samping dan kenyamanan obat. Beberapa efek samping terkadang dirasa cukup mengganggu sehingga mengakibatkan keengganan mengonsumsi obat tersebut. Kenyamanan menggunakan obat berhubungan dengan bentuk obat, rasa, dan kemudahan memakainya.

4. Pengalaman konsumen obat akan kemanjuran obat. Semua konsumen obat berharap bahwa obat yang digunakan akan secepatnya dapat dirasakan manfaat dan kemanjurannya. Obat-obat yang dirasakan lambat atau tidak memberi efek, akan mendorong mereka tidak lagi merasa membutuhkan obat tersebut.
5. Komunikasi antara pasien dengan dokter atau apoteker. Komunikasi yang baik dapat memperjelas informasi mengenai penyakit maupun obatnya dan sekaligus memberi motivasi untuk menaati penggunaan obat yang benar, dan akan terjadi sebaliknya bila komunikasi berjalan buruk.
6. Faktor ekonomi. Kepatuhan menggunakan obat kadang dirasakan sebagai sebuah pemborosan atau sangat membebani secara ekonomi, sehingga ia hanya membeli sebagian obat saja dari yang seharusnya.
7. Faktor kebosanan menggunakan obat yang terus-menerus. Pengobatan jangka panjang yang bisa berlangsung bertahun-tahun atau bahkan seumur hidup, mungkin akan membuat pasien merasa bosan sehingga tidak memedulikan lagi aturan yang benar.

Menurut Widodo (2006) ketidakpatuhan konsumen obat dalam menggunakan obatnya akan mengakibatkan kesalahan-kesalahan. Tipe-tipe kesalahan yang sering ditemui adalah:

1. Kelebihan dosis (*Overdosis*)
  - a. Menggunakan obat lebih dari dosis yang dianjurkan untuk satu kali pakai

- b. Menggunakan obat lebih dari aturan yang telah dianjurkan untuk satu hari pakai
  - c. Menggunakan obat tidak mengikuti aturan waktu yang telah ditetapkan
  - d. Menggunakan obat yang sama yang berasal dari wadah yang berbeda dalam waktu bersamaan
2. Kurangnya dosis (*Underdosis*)
- a. Menggunakan kurang dari jumlah yang dianjurkan untuk sekali pakai
  - b. Mengabaikan satu/lebih dosis
  - c. Menghentikan pemakaian sebelum waktunya
  - d. Tidak menggunakan obat sama sekali dalam satu hari
3. Lain-lain
- a. Menggunakan obat tidak pada waktunya seperti yang telah dianjurkan
  - b. Salah cara menggunakan obat
  - c. Menggunakan obat yang sudah dihentikan dokter
  - d. Menggunakan obat yang sudah lama/kadaluwarsa
  - e. Tidak mengambil/menebus obat
  - f. Salah dalam teknik penggunaan obat

Menurut Widodo (2006) akibat dari ketidakpatuhan konsumen dalam menggunakan obat dapat mengakibatkan:

1. Kegagalan pengobatan, di mana obat menjadi sama sekali atau kurang berarti bagi penanganan penyakit
2. Meningkatkan biaya perawatan. Hal ini bisa disebabkan karena penyakit tidak membaik atau justru semakin bertambah parah,

mungkin juga karena keracunan (*toksik*) dan efek samping obat lainnya ini dapat memperlama perawatan dan naiknya biaya.

3. Memerlukan perawatan tambahan. Tidak efektifnya obat bisa menaikkan tingkat keparahan penyakit yang akan memerlukan perawatan tambahan.
4. Resiko terhadap keracunan obat. Terutama bila takaran obatnya berlebihan atau overdosis.