

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Psikosis

a. Pengertian Psikosis

Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2005) psikosis adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan ketidakmampuan individu menilai kenyataan yang terjadi, misalnya terdapat halusinasi, waham atau perilaku kacau/aneh. Psikosis termasuk dalam gangguan psikiatrik berat yang ditandai adanya gangguan yang berat dalam kemampuan daya nilai realitas, dengan gejala waham, halusinasi, perilaku kacau, gangguan berpikir, perilaku aneh, kejadian yang menunjukkan adanya gangguan penilaian realitas. Menurut Depkes RI (2006) gangguan psikosis adalah suatu keadaan yang menyebabkan timbulnya ketidakmampuan berat pada seseorang untuk menilai realitas (Depkes RI, 2006).

Daradjat (2006) menjelaskan bahwa psikosis merupakan gangguan mental atau jiwa yang parah dan penderitanya mengalami gangguan perasaan, pikiran, dan kepribadian. Kepribadiannya nampak tidak terpadu karena integritas kehidupan tidak berada dalam alam kenyataan yang sesungguhnya.

Berdasarkan pengertian tersebut dapat dijelaskan bahwa psikosis merupakan gangguan jiwa yang berat, tidak dapat berhubungan dengan

realitas, penderita tidak menyadari bahwa dirinya sakit, terjadi halusinasi dan individu kehilangan dirinya. Berdasarkan pengertian tersebut dapat diketahui bahwa usaha penyembuhan psikosis tidak dapat dilakukan sendiri oleh penderita tetapi hanya bisa dilakukan oleh orang lain. Istilah psikosis sendiri bagi masyarakat umum masih merupakan bahasa yang belum banyak dimengerti. Biasanya psikosis dibahasakan sebagai sakit jiwa atau gila.

b. Jenis Psikosis

Menurut Selvera (2013) psikosis dapat terbagi menjadi 2 bagian yaitu :

1) Psikosis organik

Kondisi organik ini terutama medis atau patofisiologi yang terdiri dari *alcoholic psychosis* (terjadi karena fungsi jaringan otak terganggu atau rusak akibat terlalu banyak minum-minuman keras), *drug psychoses* (psikosis akibat obat-obat terlarang), *traumatic psychosis* (psikosis yang terjadi akibat luka atau trauma pada kepala karena kena pukul, tertembak, kecelakaan, dan lain-lain) dan *dementia paralytica* (psikosis yang terjadi akibat infeksi *syphilis* yang kemudian menyebabkan kerusakan sel-sel otak). Jenis ini seringkali disebut psikosis sekunder karena terkait dengan patologi.

2) Psikosis fungsional

Psikosis fungsional adalah psikosis yang disebabkan oleh faktor-faktor non organis dan ada *maladjustment* fungsional sehingga

penderita mengalami kepecahan pribadi total, menderita *maladjustmen* intelektual dan instabilitas watak. Kondisi fungsional terutama psikiatris atau psikologis yang terdiri dari *skizofrenia* (kepribadian yang terbelah), *psikosis mania depresif* (kekalutan mental yang berat yang berbentuk gangguan emosi yang ekstrim yaitu berubah-ubah kegembiraan yang berlebihan menjadi kesedihan yang mendalam), dan *psikosis paranoid* (penyakit jiwa yang serius yang ditandai dengan banyak delusi atau waham yang disistematisasikan dan ide-ide yang bersifat menetap).

c. Gejala Psikosis

Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah (2005) gejala psikosis terutama dijumpai pada skizofrenia namun juga pada gangguan psikiatrik atau penyakit lainnya seperti *Dementia Alzheimer*, *Dimensia vaskuler*, *delirium*, depresi berat, bipolar, retardasi mental, *Epilepsi Lobus Temporal*, *Parkinson*, *Sistemik Lupus Eritematosus*, dan akibat zat/ obat tertentu. Hal yang perlu dicermati dalam mencatat gejala psikosis adalah saat timbulnya, lama dan intensitas gejala, pencetus, dan dampak gejala terhadap fungsi kehidupan sosial dan dampak gejala terhadap fungsi kehidupan sosial dan pekerjaan penderita. Hal ini dikarenakan sangat penting mengidentifikasi penyakit atau gangguan mendasar (Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2005).

Anamnesa psikosis pada skizofrenia adalah sebuah perubahan yang berlangsung sedikitnya 6 bulan dan terdapat fase gejala aktif sedikitnya 1 bulan, misalnya 2 atau lebih gejala berikut:

- 1) Terdapat fase waham, halusinasi, bicara kacau, perilaku katatonik atau kacau, gejala negatif.
- 2) Juga terdapat 5 sub skizofrenia seperti paranoid, disorganisasi, katatonik, tidak tergolongkan dan residual pekerjaan (Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2005).

Diagnosa skizofrenia harus ada sedikitnya 1 gejala yang amat jelas atau 2 gejala atau lebih, bila gejala kurang jelas harus ada secara jelas selama kurun waktu 1 bulan/ lebih.

- 1) Fase prodromal dimana gejala dan perilaku kehilangan seperti kehilangan minat dalam bekerja, aktivitas sosial, penelantaran penampilan pribadi dan perawatan diri, bersama kecemasan menyeluruh serta depresi mendahului onset gejala psikosis selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan.
- 2) karena sulitnya menentukan onset, kriteria 1 bulan berlaku hanya untuk gejala aktif dan tidak berlaku untuk fase prodromal pekerjaan (Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2005).

Gangguan mental organik dengan gejala psikosis, ditandai gejala berikut penurunan kesadaran, penurunan daya ingat, waham, halusinasi, kekacauan proses pikir, adanya faktor organik dan

mengganggu fungsi sosial atau pekerjaan (Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2005),

d. Deteksi Dini Psikosis

Menurut Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah (2005) deteksi dini psikosis adalah:

- 1) Berbicara tidak menentu dan bertingkah laku aneh, dianggap abnormal
- 2) Menjadi sangat pendiam dan tidak berbicara atau bergaul dengan orang.
- 3) Mendengar suara atau melihat suatu yang tidak dapat didengar atau dilihat orang lain.
- 4) Sangat curiga dan mengatakan bahwa ada orang yang mencoba mencederainya.
- 5) Bergembira berlebihan, berkelakar dan mengatakan bahwa dia sangat kaya dan hebat padahal kenyataannya tidak demikian.
- 6) Menjadi sangat sedih dan menangis tanpa sebab.
- 7) Berbicara tentang bunuh diri atau telah mencoba bunuh diri.
- 8) Dimasuki oleh Tuhan atau roh halus atau mengatakan menjadi korban dari ilmu hitam atau kekuatan setan.

e. Kriteria Resiko

Terdapat dua jenis resiko pada psikosis:

- 1) Resiko rendah: yang masuk pada resiko rendah apabila mulai dari anamnesa, pemeriksaan fisik, identifikasi faktor resiko dan kalau

memungkinkan pemeriksaan penunjang menunjukkan adanya nilai atau hasil pemeriksaan yang tidak mengkhawatirkan atau dalam batas normal namun menunjukkan adanya gejala dini dari penyakit tersebut.

- 2) Resiko tinggi: yang masuk kriteria resiko tinggi adalah pemeriksaan yang dilakukan menunjukkan nilai di atas batas normal, dengan keadaan fisik yang mengkhawatirkan (Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2005).

f. Penatalaksanaan Psikosis

Tenaga kesehatan mempunyai tanggung jawab untuk membuat laporan perkembangan penderita psikosis setiap bulannya. Laporan tersebut bertujuan untuk dapat memantau dan mengawasi perkembangan psikosis serta memberikan promosi kesehatan kepada keluarga penderita psikosis (Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2005).

Penatalaksanaan psikosis secara umum yang dapat dilakukan adalah:

- 1) Perawatan secara umum:
 - a) Meyakinkan keluarga bahwa hal ini disebabkan oleh suatu penyakit dan bukan karena guna-guna atau setan dan dapat diobati secara medis
 - b) Hindari pengikatan pada penderita kecuali bila sangat gaduh gelisah atau membahayakan
 - c) Bicara pada penderita secara simpatik agar mengerti alasan dari pelakunya

d) Beri obat dengan dosis adekuat minimal selama dua minggu

e) Perhatikan efek samping obat dan bila ada segera tanggulangi

(Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2005)

2) Terapi medikamentosa

Obat-obat antipsikosis adalah obat-obatan yang digunakan untuk mengobati jenis gangguan jiwa yang disebut gangguan psikosis.

Beberapa obat antipsikosis adalah

- a) Chlorpromazin: 2 x 100 mg
- b) Haloperidol : 2 x 1,5 mg
- c) Trifluoperazine: 2 x 5 mg
- d) Perphenazine : 2 x 8 mg
- e) Modecate 1 ml per bulan (kronis)

3) Terapi kejang

4) Terapi kerja

5) Psikoterapi suportif (Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2005)

Menurut Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah (2005) setelah menemukan orang dengan psikosis langkah selanjutnya adalah mengevaluasi apakah orang tersebut membutuhkan perawatan segera di rumah sakit. Petugas kesehatan di Puskesmas harus segera kirim ke rumah sakit dalam situasi penderita psikosis:

1) Resiko bunuh diri

Dapat disebabkan gangguan pikiran dan perasaannya, menunjukkan kecenderungan mengakhiri hidupnya dengan berbicara tentang bunuh

diri atau berusaha membahayakan orang lain. Penderita harus segera dikirim ke rumah sakit.

2) Membahayakan orang lain

Paling sering terdapat pada penderita dengan gangguan akut dalam bentuk gaduh gelisah atau sangat curiga. Bila penderita membawa senjata untuk melindungi dirinya atau terdapatnya bahaya hilangnya penguasaan diri dan menyakiti orang lain maka harus segera dirujuk.

3) Teliti adanya gangguan daya ingat

Dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan tentang keluarganya secara mendetail, apa yang telah dia kerjakan minggu terakhir. Bila tidak mampu menjawabnya dengan tepat pertanyaan yang sederhana penderita perlu dirujuk ke rumah sakit, khususnya bila terdapat pada orang tua. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah adanya riwayat penyakit fisik, panas, trauma kapitis pada 6 bulan terakhir, riwayat DM, dan tekanan darah tinggi.

2. Konsistensi Dukungan Anggota Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas Kepala Keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Keluarga inti terdiri dari ayah, ibu, anak tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah (Depkes RI, 2008). Keluarga

adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga (Duvall dan Logan dalam Depkes RI, 2008). Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Bailon dan Maglaya dalam Depkes RI, 2008).

b. Pengertian Konsistensi Dukungan Anggota Keluarga

Pengertian konsistensi dukungan anggota keluarga yaitu bentuk perilaku yang dilakukan oleh anggota keluarga dalam merawat penderita diantaranya dengan menjaga keamanan penderita, mendampingi penderita, memenuhi kebutuhan dasar penderita (misalnya makan, minum, eliminasi dan kebersihan), berhati-hati agar penderita tidak mengalami cedera (Subandi, 2013).

Dukungan keluarga diperlukan untuk pemeliharaan kesehatan para anggotanya dan saling memelihara. Friedman (dalam Depkes RI, 2008) membagi 5 tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga yaitu :

- 1) Mengenali gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.

- 3) Memberikan keperawatan kepada anggota keluarganya yang sakit dan yang tidak membantu dirinya karena cacat / usia yang terlalu muda.
- 4) Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dari lembaga-lembaga kesehatan yang menunjukkan pemanfaatan dengan fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.

c. Bentuk-bentuk Konsistensi Dukungan Anggota Keluarga

Berikut adalah beberapa bentuk konsistensi dukungan anggota keluarga yang dapat diberikan kepada penderita psikosis.

1) Penerimaan terhadap kondisi penderita

Konsistensi dukungan anggota keluarga pada penderita psikosis dapat berupa penerimaan terhadap keadaan penderita dengan menyadari bahwa penyakitnya bukan karena guna-guna serta dapat diobati (Dinas Kesehatan Jawa Tengah, 2005). Bentuk dukungan lain adalah kesadaran untuk menghilangkan kegelisahan keluarga karena tingkah laku penderita dan pengaruhnya terhadap kehidupan keluarga (Depkes RI, 2005).

2) Mengenali tanda dan gejala penyakit penderita psikosis

Keluarga juga perlu mengetahui tanda-tanda kambuhnya penyakit sedini mungkin dan segera dilakukan pengobatan (Depkes RI, 2005).

3) Mengawasi minum obat

Keluarga memberikan bantuan agar penderita menerima pengobatan serta mengawasi minum obat secara teratur (Depkes RI, 2005).

4) Memenuhi kebutuhan penderita

Beberapa penderita gangguan mental antaranya mudah mengalami gangguan emosional dan secara sosial menjadi hancur karena tidak produktif (tidak bisa bersekolah atau bekerja) sehingga menjadi tidak berdaya. Para penderita gangguan mental secara total bergantung pada keluarga dan tidak jarang juga yang kemudian mengalami penolakan. Ketergantungan terhadap keluarga ini perlu ditanggapi dengan cara memenuhi kebutuhan penderita untuk hidup sehari-hari diantaranya makan, minum, tidur, mandi dan kebutuhan eliminasi.

Obat bisa membantu mengontrol beberapa gejala kejiwaan yang muncul tetapi perilakunya menetap dan upaya kembali pada integritas diri dan bisa produktif lagi inilah yang kemudian menjadi hal penting dalam pendekatan holistik. Penderita bisa saja merasa senang dengan hilangnya gejala-gejala fisik yang dirasakan, namun pemulihan lebih dibutuhkan untuk mengembalikan fungsinya sebagai individu yang memahami dirinya sendiri dan lingkungan supaya kualitas hidupnya menjadi lebih baik. Pemulihan tersebut didapatkan dari lingkungan terutama keluarganya.

3. Frekuensi Kekambuhan Psikosis

Frekuensi kekambuhan psikosis adalah munculnya lagi gejala psikosis setelah penderita mendapatkan pengobatan sebelumnya. Terdapat beberapa indikator yang dapat digunakan untuk menentukan kekambuhan psikosis. Menurut Hides, *et all* (2014) kekambuhan psikosis dapat ditentukan berdasarkan beberapa metode diantaranya dilihat pengulangan pengobatan antipsikosis (*antipsychotic medication adherence*) setelah terjadinya psikosis. Kriteria kekambuhan psikosis tersebut juga disepakati oleh Wade, *et all* (2014) yang menyatakan bahwa kekambuhan psikosis dapat dikategorikan berdasarkan munculnya tanda-tanda kekambuhan yang menyebabkan penderita atau keluarga penderita mendatangi tempat pelayanan kesehatan untuk mendapatkan obat. Data kekambuhan penderita ini bisa diambil dari catatan rekam medis penderita dan juga wawancara dengan anggota keluarga penderita.

Menurut Oltmanns dan Emery (2013) para penderita psikosis mengalami kekambuhan lamanya episode bervariasi. Durasi minimal kekambuhan selama 2 minggu. Hasil dari studi tindak lanjut jangka panjang terhadap penderita yang menerima penanganan menunjukkan bahwa gangguan psikosis seringkali suatu kondisi kronis dan berulang. Ketika simptom seseorang berkurang atau membaik gangguan itu dianggap berada dalam *remission* (remisi) atau periode kesembuhan. *Relapse* (kambuh) adalah kembalinya simptom aktif pada seseorang yang sudah sembuh dari episode sebelumnya. Berdasarkan pemaparan tersebut maka kriteria kambuh

berarti munculnya kembali gejala-gejala psikosis yang sebelumnya telah terjadi. Frekuensi kekambuhan dalam setahun dapat ditentukan berdasarkan kriteria sebagai berikut 1-2 kali dalam setahun, 3-4 kali dalam setahun, 5-6 kali dalam setahun, dan frekuensi kekambuhan di atas 6 kali dalam setahun.

Istilah remisi (sembuh bebas gejala) menunjukkan penderita, sebagai hasil terapi medikasi terbebas dari gejala-gejala skizofrenia, tetapi tidak melihat apakah penderita itu dapat berfungsi atau tidak. Istilah *recovery* (sembuh tuntas) biasanya mencakup disamping terbebas dari gejala-gejala halusinasi, delusi dan lain-lain, penderita juga dapat bekerja atau belajar sesuai harapan keadaan diri penderita masyarakat sekitarnya. Untuk mencapai kondisi sembuh dan dapat berfungsi, seorang penderita skizofrenia memerlukan medikasi, konsultasi psikologis, bimbingan sosial, latihan keterampilan kerja, dan kesempatan yang sama untuk semuanya seperti anggota masyarakat lainnya (Kartini Kartono, 2008).

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi frekuensi kekambuhan psikosis adalah:

a. Pengobatan yang tidak teratur

Pengobatan antipsikosis harus dilakukan minimal dalam waktu 1 tahun untuk mencegah terulangnya gejala psikosis (ilusi, delusi, dan halusinasi). Pengobatan ini berfokus pada mengurangi gejala psikosis dengan cepat pada fase akut dan memperpanjang frekuensi kekambuhan relaps dan mencegah pengulangan gejala yang lebih buruk. Selain itu, pada pengobatan yang teratur penderita dapat kembali ke dalam

lingkungan sosialnya dalam waktu yang lebih cepat. Penderita yang menjalani pengobatan secara rutin selama satu tahun memiliki risiko lebih kecil untuk mengalami relaps (Maramis, 2008).

- b. Kurangnya dukungan tenaga kesehatan, lingkungan, teman dan konsistensi dukungan anggota keluarga

Adanya stigma pada masyarakat bahwa keluarga yang mempunyai anggota keluarga menderita psikosis merupakan malapetaka besar dan kesedihan atau kehilangan yang besar menyebabkan banyak keluarga yang tidak siap. Dampak yang merugikan dari stigmatisasi ini adalah kehilangan kepercayaan diri, perpecahan dalam hubungan kekeluargaan, isolasi sosial, rasa malu, dan akhirnya menyebabkan perilaku pencarian bantuan bagi penderita psikosis menjadi tertunda (Subandi, 2013).

Tenaga kesehatan juga mempunyai peran terhadap frekuensi kekambuhan penderita psikosis terutama karena tenaga kesehatan memberikan penyuluhan tentang pentingnya pengobatan yang teratur dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Hal ini penting karena makan obat secara teratur dapat mengurangi frekuensi kekambuhan namun pemakaian obat *neuroleptic* yang lama dapat menimbulkan efek samping yang dapat mengurangi hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol (Maramis, 2008).

Berdasarkan penelitian di Inggris dan Amerika keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi hasilnya 57% kembali dirawat dari keluarga

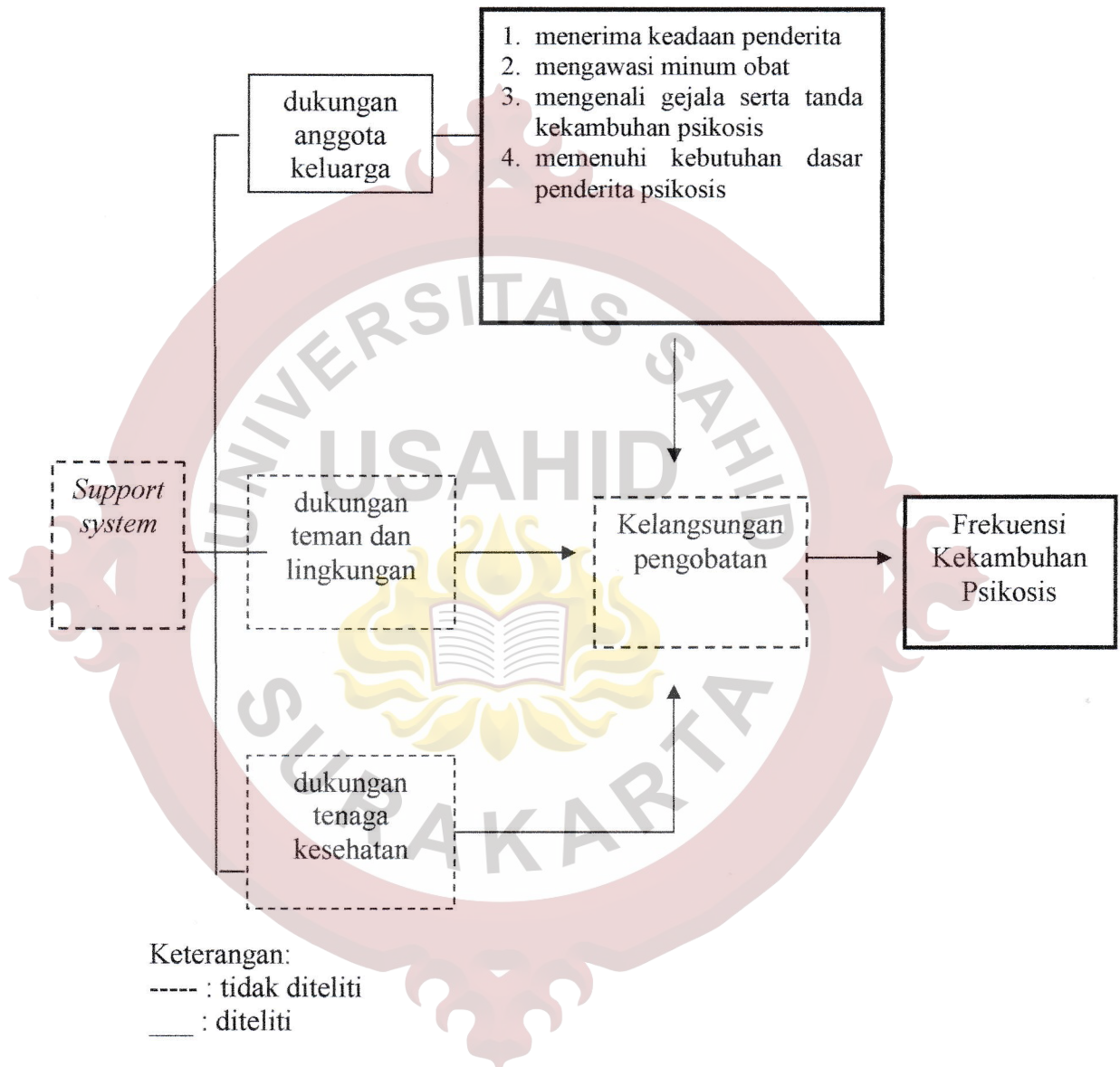
dengan ekspresi emosi yang tinggi dan 17% kembali dari keluarga dengan ekspresi emosi keluarga yang rendah. Terapi keluarga dapat mengatasi dan mengurangi stress. Cara terapi biasanya mengumpulkan semua anggota keluarga dan memberi kesempatan untuk menyampaikan perasaan-perasaannya (Maramis, 2008).

c. Karakteristik penderita psikosis

Penderita psikosis dapat kambuh berdasarkan karakteristik dari penderita itu sendiri. Yang dimaksud karakteristik penderita psikosis adalah saat timbulnya gejala psikosis, lama dan intensitas gejala psikosis, pencetus psikosis, dan dampak gejala terhadap fungsi kehidupan sosial dan pekerjaan penderita. Ketika penderita berhadapan lagi dengan pencetus psikosis maka bisa jadi terjadi frekuensi kekambuhan (Subandi, 2013).

B. Kerangka Teori Penelitian

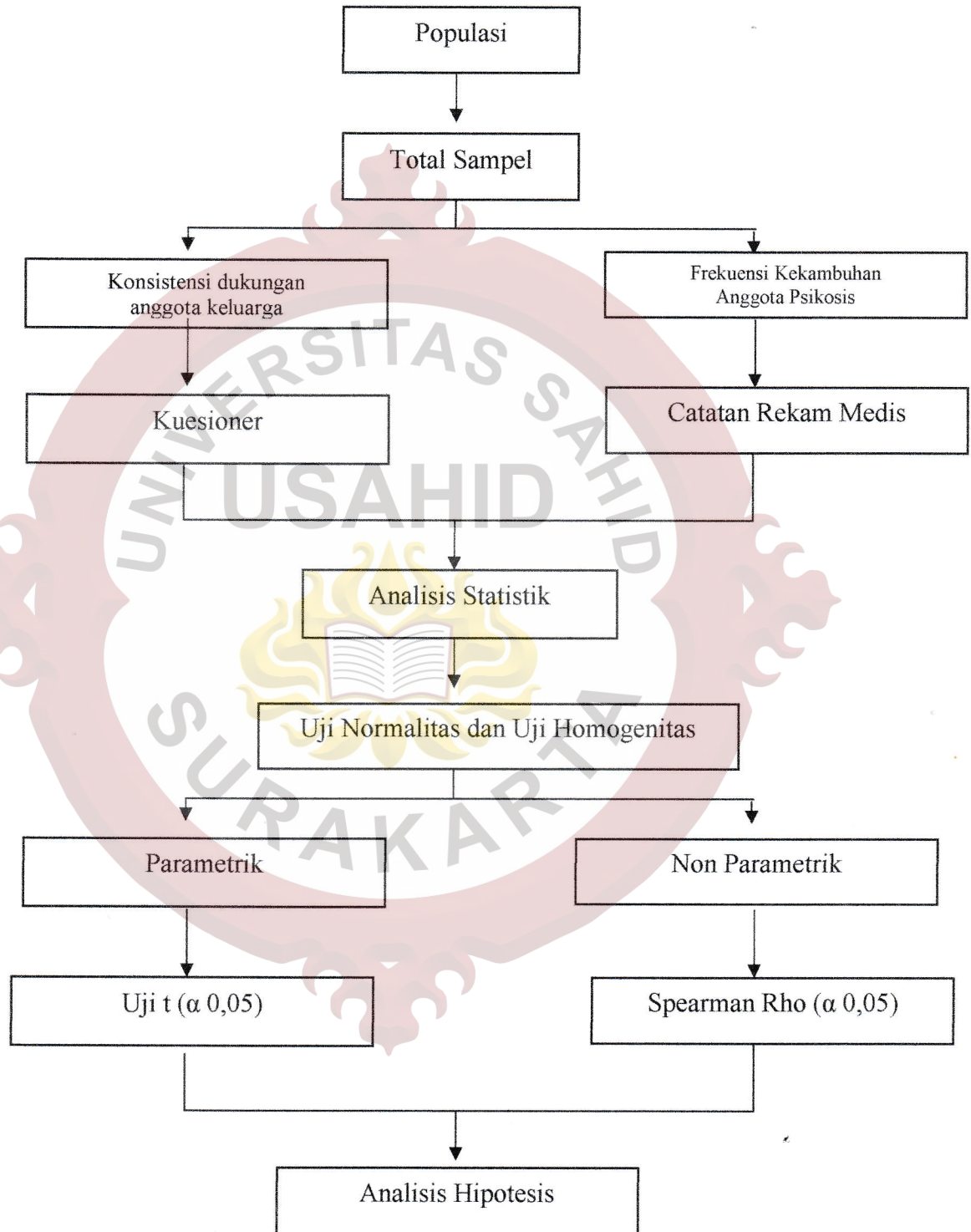
Kerangka teori penelitian seperti terlihat pada gambar berikut ini.



Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian
 Sumber : Subandi (2013)

C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian seperti terlihat pada gambar berikut ini.



Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah ada hubungan yang signifikan konsistensi dukungan anggota keluarga pada penderita psikosis dengan frekuensi kekambuhan psikosis di wilayah kerja Puskesmas Jatiroto Kabupaten Wonogiri. Jika konsistensi dukungan anggota keluarga termasuk kategori baik maka frekuensi kekambuhan psikosisnya jarang.

