

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia berdasarkan Bahasa Yunani yang berarti jiwa yang retak (schizos ialah retak & frenia adalah jiwa). Menurut (Susila et al., 2023) skizofrenia adalah penyakit mental serius yang menyebabkan gangguan fungsi kognitif, emosi, bahasa, pemikiran, perilaku, persepsi, dan penilaian.

(Putri & Maharani, 2022) menyebutkan skizofrenia adalah nama sekelompok psikosis dengan berbagai gangguan kepribadian, dengan ciri perubahan pemikiran, emosi, hubungan dengan lingkungan (farmakologi dan toksikologi). Seseorang yang terdiagnosa skizofrenia berarti kesehatan jiwanya sedang terganggu.

2.1.2 Etiologi

Penyebab skizofrenia masih belum dipahami dengan jelas (Townsend 2009; Fontaine, 2009). Hal ini mungkin tidak disebabkan oleh satu faktor saja, melainkan merupakan hasil kombinasi beberapa faktor biologis, psikologis, dan lingkungan. Model stress adaptif keperawatan psikiatri Stuart melihat perilaku manusia dari perspektif holistik, termasuk aspek biologis, psikologis, dan sosiokultural, dan aspek-aspek ini terintegrasi dalam keperawatan. Komponen biopsikososial model ini meliputi faktor predisposisi, faktor pendorong, faktor pemicu stress, penyebab koping, dan mekanisme koping (Stuart & Laraia 2005, Stuart 2009) (Windy Freska, 2022) :

1. Faktor Predisposisi

Stuart & Laraia (2005; Stuart 2009) mengemukakan pendapatnya yaitu, faktor predisposisi yang bisa mengakibatkan terjadinya skizofrenia mencakup faktor hayati, psikologi & sosiokultural.

a. Biologi

Videbeck 2008 menyebutkan bahwa faktor yang bisa mengakibatkan terjadinya skizofrenia merupakan faktor genetic, neuroanatomi, neurokimia dan imunovirologi, yaitu :

1) Genetik

Secara genetik ditemukan perubahan dalam kromosom lima & enam yang mempredisipasikan individu mengalami skizofrenia (Copel, 2007). Buchanan & Carpenter (2000, pada Stuart & Laraia 2005 ; Stuart 2009) mengungkapkan bahwa kromosom yang berperan pada menurunkan skizofrenia merupakan kromosom enam. Kromosom lain juga berperan yaitu kromosom, empat, delapan, lima belas, dan dua puluh dua (Craddock, et al, 2006, pada Stuart 2009)

2) Neuroanatomi

Penelitian memperlihatkan masih ada kelainan anatomi, fungsional dan neurokimia pada otak klien skizofrenia dan korteks prefrontal dan sistem limbik yang tidak sepenuhnya berkembang. Menurunnya volume di otak membuktikan penurunan baik materi putih atau materi abu-abu yang ada di dalam neuron akson (Kuroki et al, 2006 ; Higgins 2007 pada Stuart 2009). Hasil MRI menampakkan penurunan volume otak dalam individu yang mengalami skizofrenia. Temuan ini menampakkan adanya keterlambatan perkembangan jaringan otak dan atrofi.

3) Imunoserologi

Telah dilakukan sebuah penelitian menemukan “Virus Skizofrenia”. Bukti memaparkan bahwa gambaran prenatal terhadap virus influenza, terutama selama trimester pertama, mungkin satu faktor penyebab skizofrenia dalam beberapa orang (Brown, et al, 2004). Biasanya infeksi virus lebih sering terjadi di keramaian dan tempat bermusim dingin serta awal musim semi serta dapat terjadi in utero atau usia dini pada beberapa orang yang rentan.

b. Psikologi

Menurut Townsend (2009), timbulnya awal skizofrenia berpusat pada hubungan keluarga yang mempengaruhi perkembangan gangguan ini. Teori awal menunjukkan kurangnya hubungan orang tua-anak dan system keluarga yang tidak berfungsi sebagai penyebab skizofrenia. Penelitian lain menunjukkan bahwa beberapa skizofrenia menunjukkan kelainan halus dalam perhatian, koordinasi, keterampilan sosial, fungsi neuromotor, respon emosional, dll jauh sebelum mereka menunjukkan gejala skizofrenia yang jelas (Schiffman et al, 2004).

Dari pendapat diatas didukung oleh Sinaga 2007 yang menyebutkan apabila suatu lingkungan emosional yang tidak stabil memiliki dampak yang besar dalam berkembangnya skizofrenia.

c. Sosiokultural/ Lingkungan

Townsend (2005), menyatakan bahwa faktor sosial kultural meliputi disfungsi dalam keluarga, konflik keluarga, komunikasi double bind serta ketidakmampuan seseorang untuk memenuhi tugas perkembangan. Hal ini didukung oleh Seaward (1997, dalam videbeck 2008) menyebutkan bahwa gangguan psikotik penyebab salah satunya ialah faktor interpersonal yang meliputi komunikasi yang tidak efektif, ketergantungan yang berlebihan atau menarik diri dalam.

Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan bahwa faktor sosial kultural yang dapat mempengaruhi yaitu usia, jenis kelamin, Pendidikan, penghasilan, pekerjaan, posisi sosial, latar belakang budaya, nilai dan pengalaman sosial individu.

2. Faktor Presipitasi

a. Biologi

Faktor stress penyebab skizofrenia karena faktor biologis kemungkinan disebabkan oleh terganggunya umpan balik otak

yang mengatur jumlah dan waktu pemrosesan informasi. Stimulus pertama-tama disaring oleh hipotalamus dan dikirim ke lobus frontal untuk diproses. Jika terlalu banyak informasi yang dikirim sekaligus, atau jika informasinya salah, lobus frontal mengirimkan pesan yang berlebihan ke ganglia basal, yang sekali lagi memberi sinyal pada hipotalamus untuk memperlambat transmisinya ke lobus frontal. Penurunan fungsi lobus frontal mengganggu proses umpan balik dalam transmisi informasi, sehingga terjadi kelebihan beban perosesan informasi) Stuart & Laraia, 2005, Stuart 2009).

b. Psikologi

Pemicu skizofrenia meliputi rendahnya toleransi terhadap frustrasi, penanganan pribadi yang tidak efektif, impulsive dan ancaman yang dibayangkan atau nyata terhadap diri, tubuh, atau kehidupan seseorang. Ini termasuk klien mengalami maladaptasi, harga diri rendah, dan perilaku kekerasan. Kesalahan persepsi stimulus yang terjadi pada klien yang sedang berhalusinasi. Perilaku agresif/ kekerasan dapat disebabkan oleh berbagai emosi seperti kemarahan, ketakutan, rasa bersalah, frustrasi, dan ketidakpercayaan (Townsend, 2009)

c. Lingkungan

Banyak penelitian telah dilakukan yang menghubungkan skizofrenia dan kelas sosial. Data statistic epidemiologis menunjukkan bahwa orang-orang dari kelas sosial ekonomi rendah lebih sering mengalami gejala yang berhubungan dengan skizofrenia dibandingkan mereka yang berasal dari kelas sosial ekonomi tinggi (Ho, Black & Andreasen, 2003). Gambaran peristiwa-peristiwa tersebut mencakup situasi-situasi yang berkaitan dengan hidup dalam kemiskinan, seperti; nutrisi yang tidak memadai, kurangnya perawatan kehamilan, kurangnya sumber daya untuk menghadapi situasi stress, perasaan kurang mampu mengubah gaya hidup mereka yang

mengalami kemiskinan, membebani hidup mereka dengan stress.

d. *Stressor Appraisal*

Penilaian stress (*Stressor Appraisal*) merupakan evaluasi seseorang Ketika menghadapi stressor yang datang. Menurut Sinaga (2007), Ketika seorang individu menderita stress, faktor biologis, psikososial, dan lingkungan terintegrasi, sedangkan individu itu sendiri menunjukkan kerentanan (disposisi) yang diaktifkan oleh efek stress. Model predisposisi stress yang dijelaskan diatas sama dengan model adaptasi Stuart dan Laraia (2005). Model ini menyatakan bahwa penilaian seseorang terhadap suatu stressor terdiri dari respon kognitif, emosional, fisiologis, perilaku dan sosial.

e. *Coping Resources*

Berdasarkan Stuart dan Laraia (2005), *coping resources* penting dalam membantu klien mengatasi *stressor* yang dihadapinya. Sumber coping tersebut meliputi aset keuangan, dukungan sosial, nilai-nilai pribadi dan keterampilan coping, serta keluarga, Ketika seseorang mempunyai *coping resources* cukup, maka ia mampu beradaptasi dan mengatasi stressor yang ada. Keluarga merupakan salah satu sumber coping yang dibutuhkan Masyarakat Ketika mengalami stress.

Hal ini sejalan dengan Videback (2008) yang menyatakan bahwa keluarga memang merupakan salah satu sumber dukungan utama dalam kesembuhan pasien skizofrenia. Psikosis atau skizofrenia merupakan penyakit yang menakutkan dan memerlukan penyesuaian yang nyata baik bagi klien maupun keluarganya.

f. Mekanisme Koping

Selama fase aktif psikosis, klien menggunakan berbagai mekanisme pertahanan diri, untuk melindungi diri dari pengalaman menakutkan akibat penyakitnya, mekanisme

koping yang diamati pada pasien skizofrenia mungkin termasuk regresi, proyeksi, dan penarikan diri.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejalanya bervariasi dan mencakup perubahan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku. Meskipun Tingkat keparahan gejala ini bervariasi dari satu ke satu pasien ke pasien lainnya dan seiring berjalannya waktu, efek penyakit ini selalu parah dan biasanya berlangsung dalam jangka waktu yang lama.

Menurut Keliat (2012) (dalam Mashudi, 2021), gejala skizofrenia adalah :

1. Gejala Positif

a. Delusi (waham)

Keyakinan yang salah tidak sesuai dengan kenyataan dan berulang kali dipertahankan dan diwariskan (waham curiga, waham kejar, waham kebesaran)

b. Halusinasi

Gangguan persepsi sensori tanda adanya rangsangan eksternal (halusinasi pendengaran, visual, pengecap, penciuman, sentuhan)

c. Perubahan alur berpikir :

- 1) Terganggunya alur berpikir : saat sedang bercakap-cakap, tiba-tiba anda tidak mampu melanjutkan pembicaraan
- 2) Inkoheren : pembicaraan yang tidak selaras dengan orang berbicara (berbicara kacau)
- 3) Neologisme : penggunaan kata-kata yang hanya dipahami oleh satu orang dan tidak dipahami oleh orang lain.

4) Perubahan perilaku

2. Gejala Negatif

a. Hiperaktif

b. Agitasi

c. Iritabilitas

(Rilla Sovitriana, 2019) menyebutkan gejala negatif yang terlihat pada penderita yaitu tanpa ekspresi (afek tumpul/affect), sering melamun, lebih suka menyendiri/ menarik diri. Kesulitan menjalin kontak emosi, pasif, apatis, tidak tertarik, membosankan, monoton, kurang inisiatif, Prakarsa dan usaha.

2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut Prabowo tahun 2014 (dalam Tri Utama Ananda, 2022):

1. Skizofrenia Simplex
Sering ada dalam anak Ketika pertama kali mengalami masa pubertas. Gejalanya misalnya emosi dan gangguan proses berpikir, waham dan halusinasi masih jarang terjadi.
2. Skizofrenia Terdisorganisasi/ Heberefenik
Sering ada dalam masa remaja antara umur 15-25 tahun. Gejala yang ada yaitu gangguan proses pikir, adanya depersonalisasi atau double personality. Perilaku kekanak-kanakan tak jarang masih ada dalam skizofrenia heberefenik. Waham dan halusinasi pula tak jarang terjadi dalam skizofrenia heberefenik .
3. Skizofrenia Katatonik
Biasanya timbul dalam umur 15-30 tahun, bersifat akut, tak jarang terjadi gaduh gelisah
4. Skizofrenia Paranoid
Gejala yang nampak dalam klien skizofrenia paranoid yaitu waham primer, disertai waham sekunder dan halusinasi. Mereka senang menyendiri dan gampang tersinggung dan kurang percaya diri pada orang lain.
5. Skizofrenia Akut
Gejala misalnya pasien pada keadaan sedang bermimpi. Kesadarannya mungkin samar-samar, ada perasaan seakan-akan dunia luar dan dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan memiliki suatu arti yang spesifik baginya.
6. Skizofrenia Residual

Skizofrenia dengan tanda-tanda primer, tidak terlalu terkait adanya tanda-tanda sekunder, biasanya juga timbul setelah mengalami skizofrenia beberapa kali.

7. Skizofrenia Skizoafektif

Biasanya ditandai dengan gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania. Skizoafektif cenderung bisa sembuh tanpa defek, akan tetapi juga mungkin timbulnya serangan Kembali.

2.1 Konsep Skizoafektif

2.2.1 Definisi

Gangguan skizoafektif (F25) suatu kelainan episodik dimana gejala afektif dan skizofrenia sangat jelas sehingga episodenya tidak memenuhi kriteria diagnostik untuk skizofrenia atau mania atau episode afektif, tergantung pada karakteristik elemen emosional di latar depan, tipe manik, depresi dan campuran dibedakan. Menurut (Asiva Noor Rachmayani, 2015) Gangguan skizoafektif adalah kelainan dimana gejala psikotik yang persisten, seperti halusinasi dan delusi, terjadi bersamaan dengan gangguan mood seperti depresi, mania, atau episode campuran.

2.2.2 Etiologi Skizoafektif

Menurut (Tasya et al.,2019) Gangguan skizofrenia dan gangguan afektif diperkirakan memiliki keterkaitan genetik yang cukup tinggi, yaitu sekitar 80-85%, sementara faktor risiko internal menyumbang sekitar 15-20%. Beberapa individu lahir dengan gen yang meningkatkan risiko psikosis, tetapi diperlukan pemicu seperti peristiwa besar dalam hidup atau penyalahgunaan narkoba untuk mengaktifkan risiko tersebut (Compton & Broussard, 2009). Pengalaman penuh tekanan juga berkontribusi terhadap perkembangan skizofrenia pada individu yang memiliki kerentanan genetik (Nevid, Rathus, & Greene, 2005). Faktor-faktor pemicu tersebut dapat berupa pengalaman traumatis, konflik keluarga, masalah pekerjaan, kecelakaan, penyakit serius, kehilangan orang terdekat, atau kehilangan figur yang dicintai (Ciornei, Bumbu, &

Spînu, 2011). Selain itu, masalah psikososial seperti kehilangan pekerjaan, konflik keluarga, kurangnya teman, kurang menjaga kebersihan diri, dan tidak memiliki kegiatan rekreasi juga menjadi pemicu yang signifikan (Compton & Broussard, 2009, dalam Santi Tri Wintari, 2020, *Psyche* 165 Journal Vol 13).

2.2.3 Manifestasi Klinis Skizoafektif

Menurut (Kadir et al., 2023) gejala skizoafektif dibedakan menjadi gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif adalah gejala perluasan/distorsi fungsi normal otak seperti halusinasi, delusi, gangguan berpikir, bicara cadel, dan tingkah laku aneh. Sedangkan gejala negatif berupa afek datar, afasia, apatis, dan anhedonia fungsi otak seperti anti sosialitas dan defisit perhatian. Skizoafektif dapat dilihat dari adanya kemunculan gejala psikotik (halusinasi dan waham) paling tidak selama 2 minggu tanpa adanya gangguan mood, sebaliknya gangguan mood dapat terlihat sebagian besar dari keseluruhan durasi penyakit (Growth et al., 2022).

2.2.4 Klasifikasi Skizoafektif

Gangguan skizoafektif dibagi menjadi tiga kategori utama berdasarkan jenis gejala yang domain :

a. Skizoafektif Tipe Manik (F25.0)

Gangguan ini ditandai oleh gejala skizofrenia yang terjadi bersamaan dengan gejala mania. Kedua jenis gejala tersebut sama-sama dominan dalam satu episode klinis.

b. Skizoafektif Tipe Depresi (F25.1)

Pada tipe ini, gejala skizofrenia dan depresi muncul bersamaan dan sama-sama menonjol selama satu episode tertentu.

c. Skizoafektif Tipe Campuran (F25.2)

Jenis ini melibatkan kombinasi gejala skizofrenia, depresi, dan mania yang terjadi bersamaan dalam satu episode, mencerminkan karakteristik kedua kondisi mood tersebut.

Klasifikasi ini membantu dalam memahami pola gejala dan menentukan pendekatan pengobatan yang paling tepat untuk setiap tipe

2.2.5 Faktor Resiko Skizoafektif

Menurut Kartika dewi (2015), faktor risiko gangguan skizoafektif meliputi:

- a. Gangguan skizoafektif dengan tipe depresi lebih sering terjadi pada individu yang lebih tua.
- b. Tipe bipolar lebih sering dialami oleh orang dewasa muda.
- c. Prevalensi gangguan ini lebih tinggi pada perempuan, terutama yang sudah menikah.
- d. Jika terjadi pada laki-laki, gangguan ini seringkali disertai perilaku antisosial dan respons emosional yang tumpul.

2.3 Konsep Waham

2.3.1 Definisi Waham

Waham merupakan keyakinan keliru yang tidak sesuai dengan kenyataan, tetapi tetap dipegang teguh oleh individu meskipun terdapat bukti yang membantahnya. Keyakinan ini bersifat patologis, bertahan lama, dan sangat sulit diubah. Waham sering terjadi pada individu dengan gangguan mental seperti skizofrenia atau kondisi psikotik lainnya (Atanasov et al., 2022).

Menurut (Wiguna et al., 2023) Waham adalah gangguan dalam persepsi dan pemikiran yang sering terjadi pada individu dengan gangguan psikotik. Beberapa contoh umum dari waham meliputi waham persekutorik (keyakinan bahwa seseorang sedang diintai atau diawasi), waham somatik (keyakinan tentang adanya gangguan fisik yang tidak nyata), dan waham keagamaan (keyakinan yang tidak realistis terkait dengan agama atau spiritualitas).

2.3.2 Etiologi Waham

Menurut (Wicaksana & Rachman, 2018) keadaan yang dapat berkembang menjadi waham sering kali dimulai dengan mekanisme

proyeksi, di mana seseorang menyalurkan kekurangan atau ketidaknyamanan internalnya ke dunia luar. Individu dalam keadaan ini biasanya sangat sensitif, mudah tersinggung, dan cenderung menarik diri. Faktor-faktor seperti merasa tidak nyaman dengan lingkungan, merasa dibenci, kecintaan pada diri sendiri yang berlebihan, angkuh, serta keras kepala bisa menjadi pemicu. Ketika mekanisme proyeksi sering digunakan, disertai dengan kecenderungan melamun dan mendambakan sesuatu secara berlebihan, individu tersebut perlahan-lahan bisa terperangkap dalam khayalan dan meninggalkan dunia realitas, sehingga berkembang menjadi waham, seperti waham kebesaran. Secara lebih luas, waham dapat timbul sebagai respons terhadap ancaman terhadap harga diri atau keutuhan keluarga. Kecemasan yang tinggi serta kemampuan menilai perbedaan antara pikiran dan perasaan yang menurun menyebabkan kesulitan membedakan rangsangan internal dan eksternal. Ada dua faktor utama yang berperan dalam perkembangan waham, yaitu:

a. Faktor Predisposisi

Faktor ini mencakup perkembangan sosial, psikologis, genetik, dan biokimia. Ketika tugas perkembangan terhambat atau hubungan interpersonal terganggu, individu lebih rentan terhadap stres dan kecemasan. Isolasi sosial dan kesepian juga dapat mengurangi rangsangan eksternal, yang mengarah pada ketidakseimbangan dalam pemrosesan stimulus internal dan eksternal.

b. Faktor Presipitasi

Faktor-faktor lingkungan yang memicu waham antara lain hubungan yang bermusuhan, terlalu lama berinteraksi dengan orang lain, atau mengalami isolasi yang menyebabkan peningkatan stres dan kecemasan. Suasana sepi atau kesepian yang berlebihan dapat memperburuk kondisi ini dan menjadi pencetus timbulnya waham.

2.3.3 Manifestasi Klinis Waham

(Firdaus et al., 2024) menyebutkan bahwa pasien yang mengalami waham sering menunjukkan perubahan signifikan dalam pola pikir dan perilaku mereka. Beberapa gejala utama yang dapat terlihat antara lain:

a. Kecurigaan berlebihan

Pada waham curiga, individu sering merasa diawasi atau diancam oleh orang-orang di sekitarnya. Hal ini bisa mendorong mereka untuk bertindak agresif atau mencari dukungan pihak berwenang.

b. Perubahan suasana hati

Pasien dengan waham sering kali mengalami perasaan marah, cemas, atau kehilangan semangat yang berkaitan dengan keyakinan keliru yang mereka miliki.

c. Kesulitan menerima pandangan orang lain

Mereka cenderung tidak mempercayai pendapat orang lain, terutama yang bertentangan dengan waham yang mereka pertahankan.

d. Persepsi yang tidak sesuai kenyataan

Beberapa pasien melaporkan mengalami halusinasi, seperti mendengar suara atau melihat hal-hal yang tidak ada, yang dapat diperburuk oleh waham mereka. Kecenderungan untuk menyimpan dendam: Pasien sering menjadi sangat sensitif terhadap apa yang mereka anggap sebagai ketidakadilan atau kritik, meskipun tidak ada bukti yang mendukung persepsi mereka.

2.3.4 Klasifikasi Waham

Menurut Marasmis, Stuart, dan Sundeen (1998) serta Keliat (1998) (dalam Firdaus et al., 2024), waham dibagi menjadi beberapa jenis, yang masing-masing memiliki karakteristik dan gejala tertentu. Berikut adalah klasifikasi waham berdasarkan kedua sumber tersebut:

1. Waham Agama: Keyakinan berlebihan terhadap suatu ajaran atau praktik agama yang tidak sesuai dengan kenyataan, yang diungkapkan berulang kali meskipun tidak didukung oleh bukti.

2. Waham Kebesaran: Keyakinan bahwa seseorang memiliki kekuatan atau status luar biasa, seperti merasa lebih hebat atau lebih penting dibandingkan orang lain, meskipun itu tidak nyata.
3. Waham Somatik: Keyakinan bahwa tubuh atau bagian tubuh seseorang terjangkit penyakit atau gangguan fisik tertentu, meskipun hasil pemeriksaan medis tidak menunjukkan hal tersebut.
4. Waham Curiga: Keyakinan berlebihan dan tidak rasional bahwa ada orang atau kelompok yang berniat untuk merugikan atau mencurigai dirinya, meskipun tidak ada bukti yang mendukung.
5. Waham Nihilistik: Keyakinan bahwa seseorang sudah tidak ada di dunia ini atau bahkan sudah meninggal, meskipun kenyataannya tidak demikian.
6. Waham Bizar: Ini mencakup beberapa subtype yang lebih aneh dan tidak masuk akal:
 - a. Sisip Pikir: Keyakinan bahwa orang lain menyisipkan ide-ide mereka ke dalam pikiran seseorang.
 - b. Siar Pikir: Keyakinan bahwa orang lain bisa mengetahui apa yang sedang dipikirkan, tanpa seseorang mengungkapkan pikiran tersebut.
 - c. Kontrol Pikir: Keyakinan bahwa pikiran seseorang dikendalikan oleh kekuatan luar, yang mengatur atau mempengaruhi pikirannya.

Jenis-jenis waham ini memberikan gambaran tentang beragam cara individu yang mengalami gangguan psikotik bisa mengalami perubahan dalam persepsi dan pemikiran mereka, yang seringkali tidak dapat dikoreksi meskipun ada bukti yang bertentangan dengan keyakinan tersebut.

2.4 Konsep Psikoedukasi

2.4.1 Definisi

Psikoedukasi merupakan bentuk pemberian suatu informasi yang akurat dan terbaru tentang sebuah penyakit, gangguan, kondisi, serta termasuk dalam diagnosis dan penanganannya (Maramis M Margarita,

2022). Menurut pendapat (Nasywa Faza Lailan et al., 2024) Psikoedukasi merupakan metode yang berfokus pada penyampaian informasi edukatif kepada individu atau kelompok mengenai berbagai aspek yang berkaitan dengan kesehatan mental atau gangguan psikologis.

2.4.2 Model-model Psikoedukasi

Bhattacharjee et al. (2014) (Dewi Narullita & Erni Yuniati, 2024) mengidentifikasi tujuh jenis psikoedukasi yaitu :

a. Model Informasi

Model ini berfokus pada penyediaan pengetahuan terkait penyakit dan pengelolannya. Tujuan utamanya adalah meningkatkan kesadaran pasien mengenai penyakitnya serta perannya dalam pengelolaan kesehatan.

b. Model Pelatihan Keterampilan

Model ini dirancang untuk mengembangkan perilaku tertentu secara sistematis sehingga individu dapat lebih efektif menghadapi masalah kesehatannya. Prosesnya terdiri dari empat sesi.

c. Model Dukungan

Model ini menekankan pendekatan yang mendukung, baik untuk klien maupun keluarganya, dengan menyediakan ruang untuk berbagi pengalaman dan perasaan. Tujuannya adalah memperkuat kapasitas emosional mereka, sehingga dapat menunjukkan mekanisme koping yang lebih positif

d. Model Komprehensif

Model ini merupakan kombinasi dari model informasi, pelatihan keterampilan, dan dukungan. Intinya adalah pemberian informasi atau ceramah tentang penyakit. Selain itu, anggota keluarga klien juga dilibatkan untuk bekerja sama dengan tenaga profesional dalam memberikan psikoedukasi.

e. Model Terapi Kelompok Keluarga Ganda

Pendekatan ini berfokus pada membantu klien dan keluarganya menyesuaikan diri dengan pengelolaan penyakit melalui peningkatan sistem dukungan sosial. Hal ini bertujuan untuk

mengurangi kecemasan dan kebingungan dengan mempelajari strategi adaptif yang efektif.

f. Model Manajemen Keluarga Perilaku

Model ini memberikan intervensi kepada keluarga untuk meningkatkan mekanisme koping yang efektif agar klien dapat menghindari dampak negatif dari stres lingkungan. Model ini juga melibatkan edukasi kepada keluarga tentang cara merencanakan dan melaksanakan tugas-tugas rehabilitasi penting, serta meningkatkan efisiensi penyelesaian masalah keluarga melalui strategi koping.

g. Pendekatan Psikoedukasi *Peer-to-Peer*

Model ini diterapkan di lingkungan klinis, di mana pasien dengan pengalaman serupa saling memberikan motivasi. Interaksi ini bertujuan untuk membangkitkan harapan baru bagi klien.

Menurut (Maramis M Margarita, 2022) terdapat beberapa model psikoedukasi, diantaranya :

a. Model Informasi

Fokus pada memberikan edukasi kepada keluarga mengenai kondisi klien gangguan mental yang dialami, termasuk penjelasan tentang penyakit serta langkah-langkah dalam manajemen dan perawatannya.

b. Model Pelatihan Keterampilan

Menekankan pengembangan keterampilan tertentu bagi anggota keluarga agar mereka dapat lebih efektif dalam membantu pasien mengelola kondisinya

c. Model Suportif

Menyediakan dukungan emosional melalui kelompok pendukung atau komunitas. Model ini membantu keluarga pasien berbagi pengalaman, memahami perasaan, dan memberikan rasa saling pengertian

d. Model Menyeluruh

Menggabungkan elemen dari ketiga model sebelumnya (informasi, pelatihan keterampilan, dan dukungan) untuk

memberikan pendekatan yang lebih holistik dan komprehensif dalam mendukung pasien dan keluarganya.

2.4.3 Prosedur Psychoeducation With CBT Elements

Psikoedukasi dengan elemen Cognitive Behavioral Therapy (CBT) adalah metode yang mengkombinasikan edukasi tentang kesehatan mental dengan penerapan teknik-teknik CBT. Pendekatan ini bertujuan untuk membantu pasien memahami serta mengelola gejala mereka dengan lebih baik (Yusuf, 2022). Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk intervensi ini biasanya melibatkan langkah-langkah berikut:

1. Asesmen Awal

Melakukan evaluasi menyeluruh terhadap kondisi pasien untuk mengidentifikasi gejala, pola pikir, dan perilaku yang memerlukan penanganan.

2. Psikoedukasi

Memberikan pengetahuan kepada pasien dan keluarganya mengenai skizofrenia, termasuk gejala, penyebab, dan pentingnya mematuhi pengobatan.

3. Intervensi CBT

Menerapkan teknik-teknik CBT, seperti restrukturisasi kognitif, untuk menghadapi dan mengubah pikiran negatif atau delusi, serta melatih keterampilan koping yang adaptif.

4. Latihan dan Tugas Rumah

Memberikan latihan yang memungkinkan pasien mempraktikkan keterampilan yang dipelajari selama sesi terapi dalam kehidupan sehari-hari.

5. Evaluasi dan Tindak Lanjut

Memantau perkembangan pasien secara berkala dan menyesuaikan intervensi sesuai dengan kebutuhan individu.

Pelaksanaan CBT biasanya dilakukan satu kali dalam seminggu dengan durasi sesi antara 30-45 menit, menyesuaikan kondisi pasien.

Yang termasuk dalam elemen psikoedukasi salah satunya ialah *cognitive behavior therapy* (terapi perilaku kognitif), terapi kelompok, dan pendidikan. Model Pasang Surut yang dikembangkan oleh Barker dan Buchanan-Barker (2004) merepresentasikan pendekatan kontemporer dalam penyediaan perawatan kesehatan mental dengan menempatkan individu sebagai pusat perawatan. Model ini menggunakan metafora pasang surut laut untuk menggambarkan perjalanan kehidupan manusia, termasuk pengalaman penyakit mental dan pemulihan, di mana profesional kesehatan bertindak sebagai pendamping dalam "lautan pengalaman" pasien (Lakeman, 2020). Menurut Barker (2003), Tidal Model merangkum nilai-nilainya dalam sepuluh komitmen penting yang perlu diperhatikan:

- 1) **Komitmen Pertama** : Menghargai Suara (Value the Voice)
Mendengarkan cerita individu merupakan aspek utama dalam proses pemulihan. Dengan memahami penderitaan dan harapan seseorang, mereka dapat menjadi lebih kuat. Oleh karena itu, rencana perawatan harus berakar pada suara dan kebutuhan pasien.
- 2) **Komitmen Kedua** : Menghormati Bahasa (Respect the Language)
Memberikan kesempatan kepada individu untuk menyampaikan pengalaman hidup mereka dengan cara dan bahasa mereka sendiri.
- 3) **Komitmen Ketiga** : Mengembangkan Rasa Ingin Tahu (Develop Genuine Curiosity)
Menunjukkan minat dan rasa ingin tahu yang tulus terhadap kisah dan pengalaman individu.
- 4) **Komitmen Keempat** : Menjadi Pembelajar (Become the Apprentice)
Berusaha memahami sudut pandang individu dengan memosisikan diri dalam cerita mereka, sekaligus mengambil pelajaran dari pengalaman tersebut.
- 5) **Komitmen Kelima** : Mengungkapkan Kebijakan Pribadi (Reveal Personal Wisdom)

Setiap orang memiliki kebijaksanaan dalam menghadapi tantangan hidup. Peran praktisi atau tenaga penolong adalah membantu mengungkap kebijaksanaan tersebut untuk mendukung proses pemulihan.

- 6) **Komitmen Keenam : Bersikap Terbuka (Be Transparent)**
Praktisi profesional memiliki tanggung jawab untuk selalu bersikap jujur dan terbuka, memastikan klien memahami langkah-langkah yang diambil bersama.
- 7) **Komitmen Ketujuh : Memanfaatkan Sumber Daya yang Ada (Use the Available Toolkit)**
Kisah individu mengandung informasi penting untuk mengidentifikasi sumber daya yang dapat dimanfaatkan dalam proses pemulihan.
- 8) **Komitmen Kedelapan : Menentukan Langkah Lanjutan (Craft the Step Beyond)**
Bersama klien, praktisi merumuskan langkah awal yang relevan untuk dilakukan "sekarang," karena langkah pertama sangat penting dalam perjalanan pemulihan.
- 9) **Komitmen Kesembilan : Memberikan Waktu (Give the Gift of Time)**
Waktu yang dihabiskan bersama klien sangatlah berharga. Fokusnya bukan pada seberapa banyak waktu yang dimiliki, tetapi pada bagaimana waktu tersebut dimanfaatkan secara efektif.
- 10) **Komitmen Kesepuluh : Menyadari Bahwa Perubahan Adalah Konstan (Know that Change is Constant)**
Perubahan adalah hal yang tak terhindarkan. Sebagai tenaga profesional, penting untuk memahami dinamika perubahan agar dapat membantu klien beradaptasi dan bergerak menuju pemulihan.

2.4.4 Indikasi dan Kontraindikasi Psikoedukasi

Psikoedukasi dengan elemen *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) adalah pendekatan yang menggabungkan pemberian informasi (psikoedukasi) dengan teknik-teknik CBT untuk membantu individu

memahami dan mengelola masalah psikologis mereka. Berikut adalah indikasi dan kontraindikasi untuk intervensi ini, disertai dengan referensi terbaru:

Indikasi :

1. Gangguan Kecemasan
 - a. Individu dengan gangguan kecemasan umum, fobia spesifik, gangguan panik, atau PTSD.
 - b. Membutuhkan strategi untuk mengidentifikasi dan mengubah pola pikir yang tidak adaptif
2. Gangguan Depresi
 - a. Pasien dengan gejala depresi ringan hingga sedang
 - b. Membantu memahami hubungan antara pikiran negatif, perasaan, dan perilaku.
3. Gangguan Psikosomatik
 - a. Individu dengan gejala fisik yang dipengaruhi oleh faktor psikologis, seperti kejang non-epileptik psikogenik.
 - b. CBT efektif dalam menurunkan frekuensi gejala psikosomatik.
4. Skizofrenia
 - a. Pasien dengan skizofrenia yang stabil.
 - b. CBT dapat memperbaiki fungsi kognitif dan meningkatkan kepatuhan dalam mengkonsumsi obat antipsikotik
5. Gangguan Perilaku pada Remaja
 - a. Remaja dengan gangguan perilaku atau emosi.
 - b. CBT efektif dalam mengurangi intensitas perasaan negatif dan pikiran disfungsional.

Kontraindikasi :

1. Gangguan Mood yang parah
 - a. Pasien dengan gangguan mood yang signifikan mungkin memerlukan stabilisasi mood sebelum memulai CBT.
2. Fungsi Intelektual sangat rendah
 - a. Individu dengan keterbatasan intelektual yang signifikan mungkin kesulitan memahami dan menerapkan teknik CBT.

3. Krisis Akut atau Ideasi Bunuh Diri
 - a. Pasien dalam krisis akut atau dengan ide bunuh diri memerlukan intervensi yang lebih intensif sebelum CBT dapat diterapkan
4. Ketergantungan Zat Aktif
 - a. Individu dengan penyalahgunaan zat aktif mungkin memerlukan detoksifikasi sebelum memulai CBT
5. Kurangnya Motivasi
 - a. Pasien yang tidak termotivasi atau menolak intervensi psikologis mungkin tidak mendapatkan manfaat optimal dari CBT.

Psikoedukasi dengan elemen CBT dapat disesuaikan untuk berbagai kelompok umur dan kondisi, namun keberhasilan intervensi sangat bergantung pada penyesuaian terhadap kebutuhan individu. Penting untuk melakukan evaluasi menyeluruh terhadap kondisi individu sebelum memulai intervensi psikoedukasi dengan elemen CBT untuk memastikan kesesuaian dan efektivitas terapi.

2.4.5 Frekuensi dan Durasi Psikoedukasi

Psikoedukasi merupakan bagian penting dari perawatan pasien dengan gangguan jiwa, yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan pasien serta keluarga dalam mengelola kondisi kesehatan mental. Berikut adalah rincian tentang frekuensi dan durasi pelaksanaan psikoedukasi berdasarkan beberapa penelitian :

Frekuensi dan Durasi Psikoedukasi :

1. Jumlah Sesi : Psikoedukasi biasanya terdiri dari beberapa sesi. Sebagai contoh, sebuah penelitian mencatat pelaksanaan dalam 5 sesi, sementara penelitian lainnya menyebutkan 6 sesi.
2. Durasi Setiap Sesi : Durasi setiap sesi umumnya berkisar antara 45 hingga 60 menit.
3. Periode Intervensi : Program psikoedukasi biasanya dilakukan dalam beberapa minggu. Salah satu contohnya adalah intervensi selama 5 minggu yang terdiri dari 6 sesi.

2.4.6 Psikoedukasi Bekerja Dalam Kondisi Psikologis Klien

Psikoedukasi memiliki peran yang signifikan dalam membantu individu dengan skizofrenia untuk memahami dan mengelola kondisi mereka, memberikan dampak positif pada aspek psikologis pasien (Muhamad Ikhsan Prawira Negara dan Alfiani Rizq, 2016). Mekanisme psikoedukasi mencakup beberapa aspek berikut :

1. Meningkatkan Pemahaman : Psikoedukasi menyediakan informasi yang mendalam tentang skizofrenia, termasuk gejala, penyebab, dan cara pengobatan. Hal ini membantu pasien dan keluarganya memiliki pemahaman yang lebih baik tentang kondisi tersebut, memungkinkan mereka mengenali tanda-tanda awal kekambuhan dan mengambil langkah pencegahan yang diperlukan.
2. Mengurangi Stigma dan Rasa Malu : Dengan menyadari bahwa skizofrenia adalah gangguan medis yang dapat diobati, psikoedukasi membantu mengurangi stigma dan perasaan malu yang mungkin dialami oleh pasien dan keluarga. Hal ini juga mendorong keterbukaan mereka dalam mencari bantuan dan dukungan.
3. Meningkatkan Kemampuan Koping : Program psikoedukasi melibatkan pelatihan keterampilan koping yang efektif, seperti pengelolaan stres dan pemecahan masalah, sehingga pasien dapat lebih baik dalam menghadapi gejala dan tantangan sehari-hari.
4. Memperkuat Dukungan Keluarga : Dengan melibatkan keluarga dalam proses psikoedukasi, mereka menjadi lebih siap dan mampu memberikan dukungan yang dibutuhkan oleh pasien. Hal ini menciptakan lingkungan yang lebih kondusif untuk pemulihan.

Secara keseluruhan, psikoedukasi bertindak sebagai penghubung antara pemahaman medis dan pengalaman sehari-hari pasien, memungkinkan mereka untuk mengambil peran aktif dalam pemulihan, meningkatkan kualitas hidup, serta mendukung keberlanjutan proses terapi.