

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Pengertian Skizofrenia

Gangguan jiwa berat adalah gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (*insight*) yang buruk. Gangguan jiwa berat dikenal dengan sebutan psikosis, dan salah satu contoh psikosis adalah skizofrenia (Riskesdas, 2013). Skizofrenia sendiri menurut Kaplan dan Sadock (2004) merupakan gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh yang ditandai dengan perpecahan (*schism*) antara pikiran, emosi dan perilaku pasien yang terkena.

Dalam Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ-III) disebutkan bahwa skizofrenia adalah deskripsi sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas serta beberapa dipengaruhi oleh genetik, fisik, dan sosial budaya. Skizofrenia ditandai dengan gangguan pikiran, dan persepsi, afek tumpul, anhedonia, deteriorasi, serta dapat ditemukan uji kognitif yang buruk. Menurut Arif (2006) gejala psikotik yang utama antara lain : delusi (waham), halusinasi, pembicaraan kacau (*disorganized speech*), tingkah laku kacau (*disorganized behavior*), dan simtom simtom negatif.

b. Epidemiologi

Skizofrenia dapat ditemukan pada semua kelompok masyarakat dan di berbagai daerah. Insiden dan tingkat prevalensi sepanjang hidup secara kasar hampir sama di seluruh dunia. Gangguan ini mengenai hampir 1% populasi dewasa dan biasanya onsetnya pada usia remaja akhir atau awal masa dewasa (Sadock dan Sadock, 2003). Laki-laki mempunyai onset skizofrenia yang lebih awal daripada wanita. Usia puncak onset untuk laki-laki adalah 15 sampai 25 tahun, untuk wanita usia puncak adalah 25 sampai 35 tahun. Kira-kira 90 persen pasien dalam pengobatan skizofrenia adalah antara lain 15 dan 55 tahun, prevalensi laki-laki dan perempuan sama (Sadock dan Sadock, 2010).

Pasien skizofrenia beresiko meningkatkan risiko penyalahgunaan zat, terutama ketergantungan nikotin. Hampir 90% pasien mengalami ketergantungan nikotin. Pasien skizofrenia juga beresiko untuk bunuh diri dan perilaku menyerang dimana bunuh diri merupakan penyebab kematian terbanyak pada kasus skizofrenia (Kazadi, 2008).

Berdasarkan laporan RISKESDAS Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2013 prevalensi gangguan jiwa berat (skizofrenia) di Indonesia adalah 1,7%. Prevalensi tertinggi terdapat di Provinsi DIY dan Aceh dengan masing-masing sebesar 2,7% yang kemudian berturut-turut diikuti oleh provinsi Sulawesi Selatan sebesar 2,6%, provinsi Bali dan Jawa Tengah sebesar 2,3% dan Bangka

Belitung sebesar 2,2 %. Prevalensi terendah terdapat di Kalimantan Barat sebesar 0,7 %.

c. Etiologi

Ada beberapa teori yang menjelaskan tentang faktor penyebab skizofrenia, diantaranya adalah :

1) Genetika

Faktor genetika telah terbukti berperan dalam kejadian skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan melalui penelitian tentang keluarga penderita skizofrenia, terutama anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9-1,8 %, bagi saudara kandung 7-15 %, anak dengan salah satu orang tua menderita skizofrenia memiliki resiko 7-16%, bila kedua orangtua menderita skizofrenia meningkatkan resiko anak menderita skizofrenia sebanyak 40-68%. Resiko untuk anak kembar dua telur (heterozogot) sebanyak 2-15% dan untuk anak kembar satu telur (monozigot) sebesar 61-86% (Maramis, 2004).

2) Diatesis Stress

Model diatesis stress merupakan gabungan dari faktor biologis, psikososial dan lingkungan. Model ini mendalilkan bahwa seseorang mungkin mempunyai kerentanan spesifik (diatesis) yang jika dikenai sesuatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stress akan memungkinkan perkembangan gejala skizofrenia. Komponen lingkungan atau biologis (contohnya

infeksi) dan psikologis (situasi keluarga yang penuh ketegangan atau kematian teman dekat). Dasar biologis untuk suatu diatesis dibentuk lebih lanjut oleh pengaruh epigenetik, seperti pengyalahgunaan zat, stress psikologis dan trauma (Sadock dan Sadock, 2010).

3) Faktor Biologis

Pada teori ini dikatakan bahwa pada pasien skizofrenia terjadi hiperaktifitas dari salah satu neurotransmitter, yaitu *dopamine* di bagian kortikal otak yang berkaitan dengan gejala positif dari skizofrenia. Pada pemeriksaan *CT Scan* juga ditemukan perubahan anatomi berupa pelebaran lateral ventrikel, penurunan volume kortikal dan atrofi otak kecil (cerebellum) terutama pada pasien skizofrenia kronis (Sadock dan Sadock, 2010).

4) Psikososial

Faktor psikososial penyebab skiozfrenia meliputi teori, diantaranya :

a) Teori perkembangan

Ahli teori Sullivan dan Erikson (dalam Sirait, 2008) Kurangnya perhatian pada masa kecil seseorang akan menyebabkan kurangnya identitas diri, salah satu interpretasi terhadap realitas dan menarik diri dari hubungan sosial pada penderita skizofrenia.

b) Teori belajar

Menurut ahli teori belajar (*learning theory*), anak yang menderita skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir irasional orangtua yang mungkin memiliki masalah emosional yang bermakna. Pelajaran yang terhadap hal-hal buruk semasa kecil mengakibatkan berkembangnya hubungan interpersonal yang buruk (Sirait, 2008).

c) Teori keluarga

Tidak ada teori yang terkait dengan peran keluarga dalam menimbulkan skizofrenia, namun beberapa penderita skizofrenia berasal dari keluarga yang disfungsi (Sirait, 2008).

d. Gejala Klinis

Bleuler (dalam Maramis, 2004) membagi gejala-gejala skizofrenia menjadi 2 kelompok :

- 1) Gejala primer : gangguan proses pikiran ,gangguan emosi, gangguan kemauan, Otisme .
- 2) Gejala sekunder : waham , halusinasi , gejala katatonik atau gangguan psikomotor yang lain.

Dalam Kaplan & Sadock (1994) dikatakan bahwa gejala klinis skizofrenia dibagi menjadi gejala positif dan gejala negatif.

1) Gejala positif

- a) Delusi atau waham, suatu keyakinan yang tidak rasional yang tidak sejalan dengan intelegensia pasien dan latar belakang

budaya. keyakinan tersebut sangat diyakini kebenarannya oleh penderita, meskipun telah dibuktikan bahwa keyakinan tersebut tidak rasional.

- b) Halusinasi, kelainan panca indera tanpa ada. Misalnya penderita mendengar suara/ bisikan ditelinganya, meskipun tidak ada sumber dari bisikan tersebut.
 - c) Kekacauan alam pikir, yang terlihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau sehingga tidak bisa diikuti alur berfikirnya.
 - d) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, agresif, bicara dengan semangat dan tidak dapat diam.
- 2) Gejala negatif
- a) Afek tumpul dan mendatar, pasien tidak bisa menunjukkan ekspresi wajahnya.
 - b) Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*), tidak mau bergaul/kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
 - c) Sukar diajak bicara, pendiam.
 - d) Pola pikir stereotip.
- e. Kriteria diagnostik

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi ke- tiga (PPDGJ-III) seseorang dikatakan menderita skizofrenia jika memenuhi kriteria sebagai berikut :

Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) :

- 1) *thought of echo* (isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema didalam pikirannya sendiri), *thought insertion or withdrawal* (isi pikiran dari luar masuk kedalam pikirannya/*insertion* atau pikirannya diambil keluar oleh sesuatu yang bukan dirinya / *withdrawal*), dan *thought of broadcasting* (isi pikirannya tersiar ke luar sehingga semua orang mengetahuinya).
- 2) *Delusion of control* (waham dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan dari luar), *delusion of passivity* (waham tentang dirinya tidak berdaya atau pasrah terhadap kekuatan dari luar), *delusion of influence* (waham terhadap dirinya dipengaruhi oleh sesuatu dari luar) dan *delusion of perception* (pengalaman indrawi yang tidak wajar, bermakna sangat khas bag dirinya biasanya bersifat mistik dan mukjizat).
- 3) Halusinasi *Auditorik* : suara halusinasi yang berkomentar terus menerus terhadap perilaku pasien.
- 4) Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya *setempat* dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahi, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu atau kekuatan dan kemampuan diatas manusia biasa (misalnya mampu

mengendalikan cuaca atau berkomunikasi dengan makhluk asing atau dunia lain).

Atau paling sedikit dua gejala ini harus selalu ada secara jelas :

- a) Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja , apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.
- b) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*) yang berakibat inkoherencia atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.
- c) Perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*) atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
- d) Gejala negatif seperti sikap apatis, bicara yang jarang dan respons emosional yang menumpul tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neureptika.

*) adapun gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal)

(Maslim R. , 2001).

f. Perjalanan penyakit dan prognosis

Pada pasien skizofrenia diawali dengan gejala premorbid yang kemudian diikuti dengan perkembangan gejala prodromal yang berlangsung selama beberapa bulan atau lebih sebelum onset gejala psikotik yang jelas. Setelah episode psikotik yang pertama, pasien memiliki periode pemulihan yang bertahap dan relaps biasanya terjadi serta diikuti perburukan lebih lanjut pada fungsi dasar pasien (Sadock dan Sadock, 2010).

Tanda dan gejala prodromal skizofrenia dapat berupa cemas, gundah, merasa diteror atau depresi. Penelitian retrospektif terhadap penderita skizofrenia juga menyebutkan bahwa penderita mengeluhkan gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan dan masalah pencernaan (Sadock dan Sadock, 2003) .

Beberapa penelitian mengatakan bahwa 5 sampai 10 tahun setelah perawatan psikiatri pertama kali di rumah sakit karena skizofrenia, hanya kira-kira 10-20% yang dapat dikatakan memiliki hasil yang baik, 50% pasien dapat digambarkan memiliki hasil yang buruk. Sekitar 20-30% dari semua pasien skizofrenia mampu menjalani kehidupan yang agak normal, 20-30%lainnya terus

mengalami gejala sedang, dan 40-60% dari pasien terus terganggu secara bermakna oleh gangguannya seumur hidup (Kaplan, *et al.* 1997).

g. Terapi

Terapi untuk penderita skizofrenia terdiri dari terapi farmakologis dan terapi psikososial. Pendekatan terapeutik tunggal jarang membuahkan hasil yang menggembirakan, dikarenakan skizofrenia merupakan suatu gangguan yang kompleks dan kronis/menahun. Walaupun medikasi antipsikotik adalah inti dari pengobatan skizofrenia, penelitian telah menemukan bahwa intervensi psikososial dapat memperkuat perbaikan klinis (Sadock dan Sadock, 2010).

1) Terapi Farmakologis

Obat anti psikotik mencakup 2 kelas utama, yaitu antagonis reseptor dopamin (cth., klorpromazin (Thorazine), Haloperidol (Haldol)) dan antagonis serotonin dopamin (cth., risperidon (Risperidal), (klozapin). Antagonis reseptor dopamin efektif untuk mengurangi gejala positif yang sering muncul pada penderita skizofrenia seperti waham. Obat kelas ini mempunyai dua kekurangan, yang pertama adalah hanya sekitar 25 persen dari penderita skizofrenia yang cukup terbantu dalam pemulihan kembali fungsi mental normal secara bermakna dan yang kedua adalah efek samping yang mengganggu dan serius dapat timbul

akibat pemakaian obat kelas ini, seperti akatsia, lir-parkinsonian berupa rigiditas dan tremor.

Antagonis serotonin dopamin menimbulkan gejala ekstrapiramidal yang minimal atau bahkan tidak ada, berinteraksi dengan subtype reseptor dopamin yang berbeda dibanding antipsikotik standar dan mempengaruhi baik reseptor serotonin maupun glutamat. Antagonis serotonin dopamin biasa disebut sebagai obat antipsikotik atipikal yang lebih efektif serta menghasilkan efek samping neurologis dan endokrinologis yang lebih sedikit dibandingkan dengan obat antipsikotik tipikal. Obat golongan ini sama efektifnya dengan haloperidol untuk gejala positif dan secara unik efektif untuk gejala negatif (Sadock dan Sadock, 2010).

2) Terapi psikososial

Terapi psikososial meliputi terapi perilaku, terapi berorientasi keluarga dan terapi kelompok. Terapi ini harus ditujukan pada kemampuan dan kekurangan pasien. teknik perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis dan komunikasi interpersonal. Latihan keterampilan sosial dapat secara langsung membantu dan berguna bagi penderita skizofrenia dan merupakan tambahan alami bagi terapi farmakologis.

Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa terpai berorientasi keluarga dapat menurunkan kejadian relaps pada penderita skizofrenia, sedangkan terapi kelompok efektif dalam menurunkan dalam isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan tes realitas bagi penderita skizofrenia (Sadock dan Sadock, 2010).

2. Pelatihan Keterampilan Sosial

Keterampilan sosial berasal dari kata terampil dan sosial. Kata keterampilan berasal dari kata terampil karena didalamnya terkandung suatu proses belajar, dari tidak terampil menjadi terampil. Kata sosial digunakan karena pelatihan ini bertujuan mengajarkan satu kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Dengan demikian pelatihan keterampilan sosial bermaksud untuk mengajarkan cara berinteraksi dengan orang lain kepada individu-individu yang tidak terampil menjadi terampil disekitarnya. Pelatihan keterampilan merupakan salah satu bentuk pelatihan keterampilan psikologik. (Ramdhani, 2008).

Menurut Kneisl *et al* (2004) Pelatihan keterampilan sosial merupakan suatu terapi yang mengacu pada prinsip sosial untuk meningkatkan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah. Terapi ini diaplikasikan dengan teknik perilaku seperti bertukar peran, simulasi dan umpan balik. Pelatihan keterampilan sosial merupakan salah satu teknik modifikasi perilaku yang mulai banyak digunakan (Ramdhani,2008).

Goldstein (1981) mengemukakan banyak pelatihan keterampilan psikologik, diantaranya pelatihan pemecahan masalah yang kreatif, pelatihan sertivitas, pelatihan wawancara pekerjaan, dan pelatihan keterampilan sosial. Pelatihan keterampilan sosial dapat dilakukan melalui 4 tahap, yaitu :

- a. *Modelling*, yaitu tahap penyajian model yang dibutuhkan peserta pelatihan secara spesifik, detil, dan sering.
- b. *Role playing*, yaitu tahap bermain peran dimana peserta pelatihan mendapat kesempatan *untuk* memerankan suatu interaksi sosial yang sering dialami sesuai dengan topik interaksi yang diperankan model.
- c. *Performance feedback* , yaitu tahap pemberian umpan balik. Umpan balik ini *harus* diberikan segera setelah peserta pelatihan mencoba agar mereka yang memerankan tahu seberapa baik ia menjalankan langkah-langkah penelitian ini.
- d. *Transfer training*, yaitu tahap pemindahan keterampilan yang diperoleh individu selama pelatihan kedalam kehidupan sehari-hari.

Bulkeley dan Cramer (1990) mengatakan bahwa pelatihan keterampilan sosial dapat dilaksanakan dalam 3 teknik, yaitu :

- a. *Modelling*, dilakukan dengan cara pelatih memperlihatkan contoh tentang keterampilan berperilaku yang spesifik. Model ini dapat langsung diperagakan oleh pelatih atau aktor/ aktris melalui video, ataupun secara langsung dengan sebelumnya menyusun langkah-langkah yang akan diperagakan supaya tujuan utama dari pelatihan ini

dapat terpenuhi. Keterampilan yang diajarkan dapat berupa keterampilan tunggal atau keterampilan kombinasi. Keterampilan tunggal hanya memuat satu jenis keterampilan dasar seperti keterampilan memulai pembicaraan, melakukan pembicaraan, dan mengakhiri pembicaraan. Keterampilan kombinasi memuat pelatihan mengenai aplikasi keterampilan dasar untuk menghadapi masalah yang timbul didalam kehidupan nyata.

- b. Bermain *peran*, diawali dengan mendengarkan petunjuk yang disajikan model atau melalui video. Kemudian pelatih mengajak pasien untuk mendiskusikan aktivitas yang dimodelkan. Latihan verbalisasi sangat diperlukan disini melalui diskusi mengenai kejadian yang sering membuat pasien berada dalam kesulitan. Latihan ini dapat dilakukan dengan cara menyajikan situasi/model dan menanyakan pada pasien mengenai apa yang akan dilakukannya apabila berada dalam situasi tersebut. Setelah diskusi selesai, latihan bermain peran dapat dilakukan.
- c. Umpan balik terhadap kinerja yang tepat, dilakukan dengan cara memberi pengukuh terhadap pasien yang menunjukkan kinerja yang tepat, apabila peserta berhasil melakukan peran yang *dilatihkan* secara *in vivo*, maupun apabila peserta mengemukakan target pelaku yang ingin dilakukan.

3. Kualitas Hidup Skizofrenia

Kualitas hidup merupakan keadaan dimana terdapat kesehatan fisik, sosial dan emosi seseorang, serta kemampuannya untuk melakukan kegiatan sehari-hari (Donald 2003). Menurut WHO Quality of Life (WHOQOL) Awalnya kualitas hidup diukur berdasarkan 6 aspek yaitu aspek *physical health, psychological, level of independence, social relationships, environment dan spirituality/ religion/ personal belief* , namun kemudian diperbaharui menjadi 4 aspek yang meliputi :

- a. Aspek *Physical Health*, yang mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan terhadap obat-obatan, energy dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidak nyamanan , tidur dan istirahat, kapasitas kerja.
- b. Aspek Psychological, mencakup *bodily image and appearance*, perasaan negatif, perasaan positif, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
- c. Aspek *Social Relationships*, meliputi relasi personal, dukungan sosial, dan aktifitas seksual.
- d. Aspek Environment, meliputi sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik (Rapley, 2003).

Penderita skizofrenia umumnya sulit untuk dipulihkan, karena penyakit ini bersifat kronis. Jika bisa sembuh, akan memakan waktu yang lama (bertahun-tahun) dan sulit untuk kembali seperti semula lagi. Resiko *relaps* sangat mungkin terjadi dan bahkan dapat menjadi lebih parah jika penderita mendapatkan tekanan yang berlebihan. Selain resiko *relaps*, juga

ada beberapa hambatan yang akan mempengaruhi kualitas hidup penderita skizofrenia (Siswanto, 2007).

Dari hasil wawancara mendalam terhadap penderita skizofrenia yang dilakukan oleh Wilkinson *et al* (2000) akan pengalaman penting dalam hidup penderita skizofrenia, menemukan tiga aspek penting dalam kualitas hidup. Tiga aspek penting tersebut adalah psikososial, motivasi dan energy dalam beraktivitas, simtom serta efek pengobatan. Tiga aspek ini yang menjadi dasar pembuatan alat ukur kualitas hidup khusus pada penderita skizofrenia atau SLQS (*Self-report Quality of Life Measure for People with Schizophrenia*).

Menurut Cardoso et al. (2005) ada beberapa faktor atau variabel yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien skizofrenia antara lain :

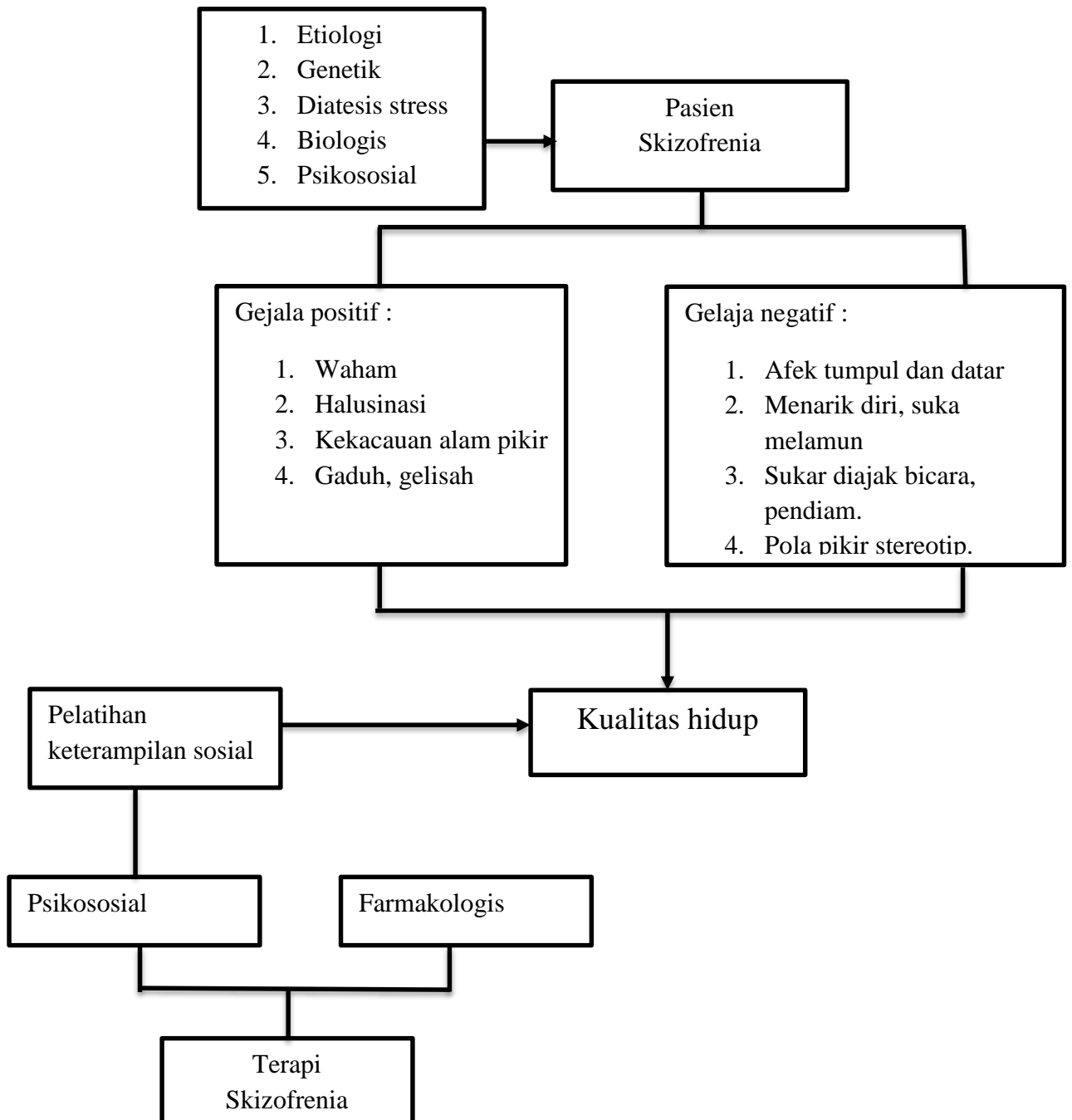
a. Variabel sosiodemografi

Variabel sosiodemografis yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien skizofrenia adalah jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan dan tingkat penghasilan.

b. Variabel klinis

Variable klinis yang berhubungan dengan kualitas hidup adalah penggunaan polifarmasi psikoaktif, efek samping obat yang dikonsumsi, dan agitasi selama wawancara.

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

