

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA



A. SKIZOFRENIA

1. Definisi

Skizofrenia menurut DSM IV adalah adanya dua atau lebih dari karakteristik gejala delusi, halusinasi, gangguan bicara (*disorganization speech*), misalnya inkoheren, tingkah laku katatonik dan adanya gejala-gejala negatif (Stuart dan Sundeen, 1998). Skizofrenia bukan merupakan suatu gangguan tunggal tetapi merupakan sekelompok gangguan yang berhubungan dengan karakteristik gangguan berpikir dan gangguan persepsi serta dimanifestasikan sebagai penolakan terhadap realita, episode psikosis akut, disorganisasi atau perilaku menyimpang, perubahan afek dan kegagalan hubungan interpersonal (Fortinash dan Holoday, 1995).

Menurut PPDGJ III, gangguan skizofrenia umumnya ditandai oleh distorsi pikiran dan persepsi yang mendasar dan khas, dan oleh afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*). Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap dipertahankan, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian.

2. Epidemiologi

Prevalensi skizofrenia seumur hidup dilaporkan secara bervariasi terentang dari 1-1,5% (Sadock and Sadock, 2003), sedangkan insiden tiap tahun di seluruh dunia sebesar 0,7 kasus per 1000 (Taylor *et al.*, 2005).

Prevalensi skizofrenia berdasarkan jenis kelamin adalah sama antara laki-laki dan wanita. Usia puncak onset untuk laki-laki adalah 15-25 tahun. Usia puncak onset untuk wanita adalah 25-35 tahun. Onset skizofrenia sebelum usia 10 tahun atau sesudah 50 tahun sangat jarang (Sadock and Sadock, 2003).

3. Etiologi

Etiologi skizofrenia masih belum jelas. Marasmis (2005) mengemukakan beberapa teori etiologi.

a. Keturunan

Dapat dipastikan bahwa ada faktor keturunan yang juga menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar satu telur.

b. Teori Adolf Meyer

Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Skizofrenia merupakan suatu reaksi maladaptasi, oleh karena itu timbul suatu disorganisasi kepribadian dan lama-kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan.

c. Teori Eugen Bleuler

Bleuler menganjurkan supaya lebih baik dipakai istilah skizofrenia karena nama ini menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa

yang terpecah-belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan.

- d. Muncul teori lain yang menganggap skizofrenia sebagai suatu sindroma yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam sebab, antara lain keturunan, pendidikan yang salah, maladaptasi, tekanan jiwa, penyakit badaniah seperti lues otak, arterosklerosa otak dan penyakit lain yang belum diketahui.

4. Gambaran Klinis

Perjalanan penyakit skizofrenia dapat dibagi menjadi 3 fase yaitu fase prodromal, fase aktif dan fase residual (Luana, 2007).

a. Fase prodromal

Biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan atau lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Gejala tersebut meliputi berkurangnya fungsi pekerjaan, fungsi sosial, fungsi penggunaan waktu luang dan fungsi perawatan diri. Perubahan-perubahan ini akan mengganggu individu serta membuat resah keluarga dan teman. Semakin lama fase prodromal semakin buruk prognosisnya.

b. Fase aktif

Timbul gejala positif atau psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Hampir semua individu datang berobat pada fase ini, bila tidak mendapat pengobatan, gejala-gejala tersebut dapat hilang spontan,

akan mengalami eksaserbasi atau terus bertahan. Fase aktif akan diikuti oleh fase residual.

c. Fase residual

Gejala-gejalanya sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif atau psikotiknya sudah berkurang.

Di samping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase di atas, penderita skizofrenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa, kewaspadaan dan eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial).

5. Diagnosis

Menurut Pedoman Diagnostik PPDGJ III harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang sangat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang jelas).

a. Isi pikiran

- 1) *thought echo* adalah isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, tetapi kualitasnya berbeda.
- 2) *thought insertion or withdrawal* adalah isi pikiran yang asing dan masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*).
- 3) *thought broadcasting* adalah isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.

b. Waham

- 1) *delusion of control* adalah waham tentang dirinya yang dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.
- 2) *delusion of passivity* adalah waham tentang dirinya yang tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar. Tentang dirinya maksudnya secara jelas merujuk ke arah pergerakan tubuh atau anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus.
- 3) *delusional perception* adalah pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

c. Halusinasi auditorik

- 1) suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien.
- 2) mendiskusikan perihal pasien-pasien di antara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara).
- 3) jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

d. Waham-waham menetap jenis lainnya yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu atau kekuatan dan kemampuan

di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dan dunia lain).

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

- a. Halusinasi yang menetap dan panca-indra 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 p'ikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berkibat inkoherenensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme.
- c. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas, negativisme, mutisme, dan stupor.
- d. Gejala-gejala negative, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpul atau 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 neuroleptika.

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

6. Penatalaksanaan

Penanganan pasien skizofrenia dibagi secara garis besar menjadi terapi somatik (terdiri dari obat anti psikotik), terapi psikososial dan perawatan rumah sakit (Kaplan dan Sadock, 2003).

a. Terapi somatik (medikamentosa)

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola fikir yang terjadi pada skizofrenia. Pasien mungkin dapat mencoba beberapa jenis antipsikotik sebelum mendapatkan obat atau kombinasi obat antipsikotik yang benar-benar cocok bagi pasien.

b. Terapi psikososial

1) Terapi perilaku

Teknik perilaku untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis, dan komunikasi interpersonal.

2) Terapi berorientasi keluarga

Terapi ini sangat berguna karena pasien skizofrenia seringkali dipulangkan dalam keadaan remisi parsial. Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa terapi keluarga adalah efektif dalam

menurunkan relaps. Angka relaps tahunan tanpa terapi keluarga sebesar 25-50 % dan 5 - 10 % dengan terapi keluarga.

3) Terapi kelompok

Terapi kelompok bagi skizofrenia biasanya memusatkan pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata. Terapi kelompok efektif dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan tes realitas bagi pasien skizofrenia.

c. Perawatan rumah sakit

Indikasi utama perawatan rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostik, menstabilkan medikasi, keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh, perilaku yang sangat kacau termasuk ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar. Perawatan di rumah sakit menurunkan stres pada pasien dan membantu mereka menyusun aktivitas harian mereka. Lamanya perawatan rumah sakit tergantung dari keparahan penyakit pasien dan tersedianya fasilitas pengobatan rawat jalan. Pengobatan di rumah sakit harus memiliki orientasi praktis ke arah masalah kehidupan, perawatan diri, kualitas hidup, pekerjaan dan hubungan sosial. Pusat perawatan dan kunjungan keluarga pasien akan membantu pasien dalam memperbaiki kualitas hidup.

7. Prognosis

Skizofrenia sifatnya adalah gangguan yang lebih kronis dan melemahkan dibandingkan gangguan mental yang lain (Kaplan, 2003).

- a. 50-80% pasien skizofrenia yang pernah dirawat di RS akan kambuh.
- b. Harapan hidup pasien skizofrenia 10 tahun lebih pendek daripada non pasien skizofrenia.
- c. Pasien skizofrenia resiko tinggi terhadap gangguan infeksi dan penyakit-penyakit sistem peredaran darah.
- d. 10% pasien skizofrenia resiko bunuh diri.
- e. Beberapa faktor yang turut berperan dalam prognosis skizofrenia adalah usia, jenis kelamin, dan sosial budaya.

B. KEKAMBUHAN SKIZOFRENIA

1. Definisi

Kambuh atau relapse adalah terulangnya kembali gejala-gejala yang cukup berat yang mempengaruhi aktivitas sehari-hari (Stuart dan Sundeen, 1998). Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa kronis yang dicirikan oleh suatu siklus kekambuhan dan remisi. Kekambuhan merupakan gambaran yang umum dari perjalanan yang siklik dari skizofrenia dan akan terjadi pada banyak pasien (Taylor *et al.*, 2005).

Kekambuhan dalam derajat ringan sampai sedang mungkin hanya membutuhkan kunjungan *acute day care centre* atau peningkatan dosis antipsikotik, sedangkan kekambuhan yang parah memerlukan pemondokan ulang (Rosen and Garety, 2005).

2. Tahap Kekambuhan

Menurut Stuart dan Sundeen (1998), tahap kekambuhan skizofrenia terbagi menjadi 5 tahap yaitu :

a. Tahap I, ketegangan yang berlebihan (*over extention*).

Penderita mengeluh merasa tidak berdaya. Gejala-gejalanya adalah kecemasan yang terus-menerus, penderita menggambarkan perasaannya secara berlebihan dan tidak dapat berkonsentrasi. Gejala lainnya adalah hambatan mental dalam melakukan aktivitas dan penampilan diri menurun.

b. Tahap II, tingkat kesadaran terbatas (*restriction consciousness*).

Cemas yang dialami pada tahap I berlanjut menjadi depresi. Gejala lainnya adalah tampak bosan, apatis, obsesional dan phobia, dapat terjadi somatisasi. Penderita menarik diri dari aktivitas sehari-hari dan membatasi stimulus eksternal.

c. Tahap III, *disinhibition*.

Penampilan psikotik tahap I muncul. Gejalanya adalah hipomania, halusinasi dan delusi serta adanya kegagalan mekanisme pembelaan (*defense mechanism*).

d. Tahap IV, *psychotic disorganization*.

Tampak jelas gejala psikosis. Halusinasi dan delusi terus-menerus, penderita akhirnya kehilangan kontrol.

e. Tahap V, *psychotic resolution*.

Biasanya terjadi di rumah sakit. Penderita diobati secara umum dan masih mengalami psikosis tetapi gejala-gejalanya telah hilang. Penderita seperti robot dan tampak bingung.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan

Faktor-faktor yang berkaitan dengan kekambuhan skizofrenia meliputi faktor dari individu, faktor terapi dan faktor lingkungan (Sullinger dalam Keliat, 1995; Stuart dan Sundeen, 1995).

a. Faktor dari individu

Kekambuhan penderita skizofrenia dapat disebabkan oleh penderita itu sendiri. Meliputi kurang nutrisi, kurang tidur, ketidakseimbangan hubungan antara perilaku dan stimulus lingkungan eksternal, kelelahan, kurang olahraga, konsep diri yang rendah, kurang percaya diri, hilang motivasi, perilaku agresif, dan perilaku yang tidak sesuai dengan usia.

b. Faktor terapi

Disebabkan karena kegagalan penderita meminum obat yang tidak teratur. Bisa juga disebabkan dari faktor dokter sebagai pemberi resep yang memberikan obat pemakaian lama dengan efek samping yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan tidak terkontrol. Untuk itu perlu identifikasi dosis terapeutik yang dapat mencegah kekambuhan serta efek sampingnya.

c. Faktor lingkungan

Meliputi lingkungan yang bermusuhan atau mengkritik, suasana rumah yang tidak nyaman, adanya tekanan, sulit melakukan hubungan interpersonal, isolasi sosial, tekanan pekerjaan, adanya stigma dan pengangguran. Penderita skizofrenia dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi yang tinggi diperkirakan kambuh dalam waktu 9 bulan meskipun dengan penanganan pengobatan yang baik.

C. DUKUNGAN SOSIAL

1. Definisi

Dukungan sosial didefinisikan sebagai ketersediaan orang, kepada siapa individu tersebut dapat mempercayai, menyandarkan diri, dan membuat individu tersebut merasa terurus dan merasa diorangkan (McDowell dan Newell, 1996). Penelitian berikutnya membuktikan bahwa dukungan sosial juga mempunyai hubungan yang positif yang dapat mempengaruhi kesehatan individu dan kesejahteraannya atau dapat meningkatkan kreativitas individu dalam kemampuan penyesuaian yang adaptif terhadap stres dan rasa sakit yang dialami (Helgeson, 2003).

2. Sumber Dukungan Sosial

Sumber dari dukungan sosial ini adalah orang lain yang akan berinteraksi dengan individu sehingga individu tersebut dapat merasakan kenyamanan secara fisik dan psikologis. Orang lain ini terdiri dari pasangan hidup, orang tua, saudara, anak, kerabat, teman, rekan kerja, staf medis serta anggota dalam kelompok masyarakat.

3. Bentuk Dukungan

Kaplan dalam Friedman (1998), menerangkan bahwa bentuk dukungan sosial adalah :

- a. Dukungan informasi, yaitu memberikan penjelasan tentang situasi dan segala sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang sedang dihadapi oleh individu. Dukungan ini meliputi memberikan nasehat, petunjuk, masukan atau penjelasan bagaimana seseorang bersikap dan bertindak dalam menghadapi situasi yang dianggap membebani.
- b. Dukungan emosional, yang meliputi ekspresi empati misalnya mendengarkan, bersikap terbuka, menunjukkan sikap percaya terhadap apa yang dikeluhkan, mau memahami, ekspresi kasih sayang dan perhatian. Dukungan emosional akan membuat si penerima merasa berharga, nyaman, aman, terjamin, dan disayangi.
- c. Dukungan instrumental adalah bantuan yang diberikan secara langsung, bersifat fasilitas atau materi misalnya menyediakan fasilitas yang diperlukan, meminjamkan uang, memberikan makanan, permainan atau bantuan yang lain.
- d. Dukungan *appraisal* atau penilaian, dukungan ini bisa berbentuk penilaian yang positif, penguatan (pembenaran) untuk melakukan sesuatu, umpan balik atau menunjukkan perbandingan sosial yang membuka wawasan seseorang yang sedang dalam keadaan stres.

D. HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DENGAN KEKAMBUHAN PENDERITA SKIZOFRENIA

Sullivan mengemukakan teori psikodinamika skizofrenia berdasarkan perjalanan-perjalanan klinik, pusat dari psikopatologinya adalah gangguan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain. Faktor lingkungan akan memegang peranan penting dalam proses terjadinya skizofrenia dan pernyataan ini juga berlaku sebaliknya yaitu lingkungan memegang peranan penting dalam proses penyembuhan skizofrenia. Sullivan mengatakan bahwa skizofrenia merupakan hasil dari kumpulan pengalaman-pengalaman traumatis dalam hubungannya dengan lingkungan selama masa perkembangan individu (Kaplan dan Sadock, 1997).

Titik berat penelitian-penelitian tentang dukungan sosial dan gangguan psikotik terutama skizofrenia adalah pada efek yang menghapuskan hubungan traumatik sendiri seperti pernyataan emosi, rasa kebersamaan yang semu, mencari kambing hitam dan keterikatan ganda. Aspek-aspek dukungan sosial keluarga terdiri dari empat aspek yaitu aspek informatif, aspek emosional dan aspek penilaian atau penghargaan serta aspek instrumental, dititikberatkan pada besar dan padatnya jaringan kerja sosial, misalnya hubungan dengan keluarga dan sifat-sifat hubungan sebelumnya (Breier & Strauss, 1994).

Hal ini menunjukkan bahwa kuat lemahnya dukungan sosial terhadap penderita berpengaruh terhadap tingkat kesembuhan skizofrenia. Semakin kuat dukungan sosial terhadap penderita memungkinkan semakin cepat tingkat kesembuhan skizofrenia. Sebaliknya semakin lemah dukungan sosial terhadap

penderita memungkinkan semakin lama tingkat kesembuhan skizofrenia. Demikian juga halnya dengan kekambuhan skizofrenia, terkait dengan kuat lemahnya dukungan sosial.

Pemberian obat antipsikotik dapat mengurangi resiko kekambuhan, tetapi obat-obatan tersebut tidak dapat mengajarkan tentang kehidupan dan keterampilan meskipun dapat memperbaiki kualitas hidup penderita melalui penekanan gejala-gejala. Pengajaran kehidupan dan keterampilan sosial hanya mungkin didapat penderita melalui dukungan sosial. Dari penelitian didapat bahwa 45% penderita skizofrenia yang mendapat pengobatan antipsikotik akan mengalami kekambuhan dalam waktu 1 tahun pasca rawat, sedangkan penderita yang diberi plasebo 70% kambuh (Kaplan dan Sadock, 1997).

Hal ini berarti pengobatan skizofrenia harus dilakukan dengan cara interaksi multidimensional. Gejala-gejala dan ketidakmampuan sosial serta ketidakmampuan individual yang ditunjukkan merupakan hasil dari benturan-benturan yang dialami dalam kehidupan. Angka kekambuhan dalam waktu 1 tahun pasca rawat pada penderita skizofrenia yang mendapat latihan keterampilan sosial adalah 20%, penderita yang mendapat pengobatan antipsikotik 41% dan 19% penderita yang pada keluarga diberikan psikoedukasi. Penderita yang mendapat latihan keterampilan sosial, obat antipsikotik dan psikoedukasi keluarga dilaporkan tidak ada yang kambuh (Kaplan dan Sadock, 1997).

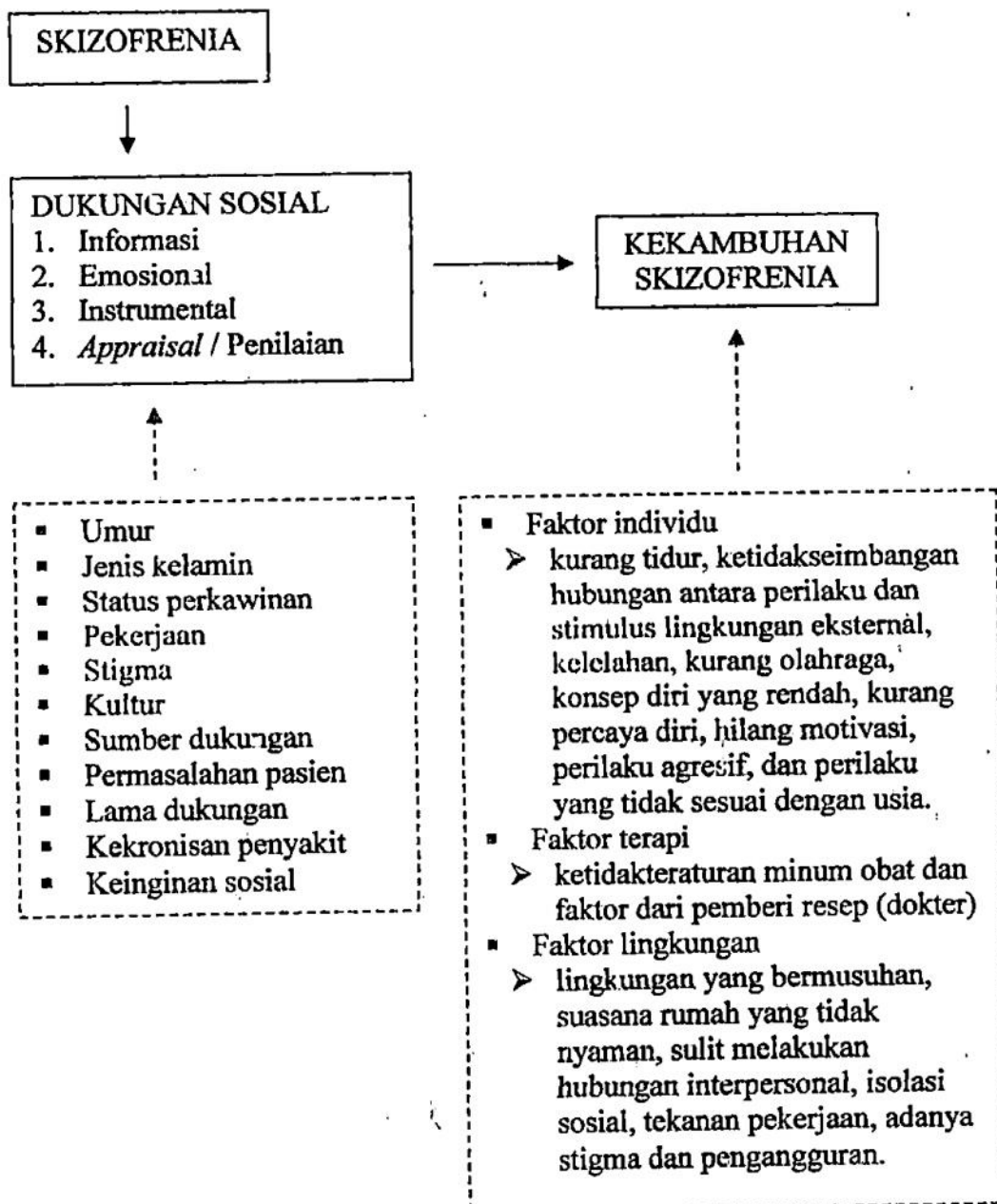
E. KERANGKA KONSEP

Skizofrenia menurut DSM IV adalah adanya dua atau lebih dari karakteristik gejala delusi, halusinasi, gangguan bicara (*disorganization speech*), misalnya inkoheren, tingkah laku katatonik dan adanya gejala-gejala negatif (Stuart dan Sundeen, 1998). Skizofrenia merupakan sekelompok gangguan yang berhubungan dengan karakteristik gangguan berpikir dan gangguan persepsi serta dimanifestasikan sebagai penolakan terhadap realita, episode psikosis akut, disorganisasi atau perilaku menyimpang, perubahan afek dan kegagalan hubungan interpersonal (Fortinash dan Holoday, 1995).

Dukungan sosial didefinisikan sebagai ketersediaan orang, kepada siapa individu tersebut dapat mempercayai, menyandarkan diri, dan membuat individu tersebut merasa terurus dan merasa diorbankan (McDowell dan Newell, 1996). Dukungan sosial dapat diberikan dalam bentuk informasi, emosional, instrumental dan penilaian (*appraisal*). Hal-hal yang mempengaruhi dukungan sosial adalah status perkawinan, pekerjaan, stigma masyarakat, kultur budaya, permasalahan pasien, lama dukungan, kekronisan penyakit, dan keinginan sosial.

Kambuh atau relapse adalah terulangnya kembali gejala-gejala yang cukup berat yang mempengaruhi aktivitas sehari-hari (Stuart dan Sundeen, 1998). Hal-hal yang mempengaruhi kekambuhan adalah faktor individu yang terdiri dari kurang nutrisi, kurang tidur, ketidakseimbangan hubungan antara perilaku dan stimulus lingkungan eksternal, kelelahan, kurang olahraga, konsep diri yang rendah, kurang percaya diri, hilang motivasi, perilaku agresif, dan

perilaku yang tidak sesuai dengan usia. Faktor terapi yang terdiri dari ketidakteraturan minum obat dan faktor dari pemberi resep (dokter). Faktor lingkungan yang terdiri dari lingkungan yang bermusuhan, suasana rumah yang tidak nyaman, adanya tekanan, sulit melakukan hubungan interpersonal, isolasi sosial, tekanan pekerjaan, adanya stigma dan pengangguran.



Keterangan : — Variabel yang diteliti

F. HIPOTESIS

Berdasarkan uraian di atas, hipotesis dalam penelitian ini adalah dukungan sosial berhubungan dengan kekambuhan penderita skizofrenia.