

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III, 2001) adalah suatu sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan budaya. Skizofrenia merupakan satu gangguan psikotik yang kronik, sering mereda, namun timbul hilang dengan manifestasi klinik yang amat luas variasinya. penyesuaian pramorbid, gejala dan perjalanan penyakit yang amat bervariasi (Kaplan & Sadock, 2010).

b. Epidemiologi

Skizofrenia adalah gejala neuropsikiatri yang tidak diketahui secara pasti penyebabnya. Skizofrenia mempengaruhi laki-laki dan perempuan secara seimbang. Saat ini diperkirakan ada 2,2 juta pasien hidup dengan skizofrenia di Amerika Serikat, dan sekitar 300.000 pasien dirawat di rumah sakit. Penyakit ini biasanya terjadi di usia produktif yaitu masa remaja akhir atau awal dewasa (18-25 tahun) (Sontheimer, 2015).

The lifetime risk skizofrenia di dunia adalah antara 15 sampai 19 per 1.000 populasi sedangkan *point prevalence* adalah antara 2 sampai

7 per 1000. Ada beberapa perbedaan antara negara-negara, namun tidak signifikan ketika dibatasi oleh gejala-gejala utama skizofrenia. Insidensi skizofrenia di UK dan US adalah 15 kasus baru per 100.000 penduduk (Sample & Smyth, 2013).

Penelitian di China menunjukkan bahwa total penderita skizofrenia adalah 0,41% dari jumlah penduduk. Analisis umur bertingkat menunjukkan bahwa perbandingan prevalensi antara laki-laki dan perempuan bervariasi. Prevalensi lebih tinggi pada laki-laki dikelompokkan usia muda (18-29 tahun) dan prevalensi lebih tinggi pada wanita dikelompokkan usia yang lebih tua (40 tahun atau lebih) (Tianli, *et al.*, 2014).

Prevalensi lebih banyak penderita laki-laki usia muda juga ditunjukkan dalam penelitian lain. Dua jenis pengelompokan digunakan, yaitu dengan menggunakan usia pada saat gejala pertama muncul dan usia saat konsultasi pertama. Usia pasien saat gejala pertama muncul memiliki perbedaan 1,63 tahun lebih awal pada laki-laki dan usia saat konsultasi pertama, menunjukkan laki-laki lebih awal yaitu 1,22 tahun dari perempuan. Perbedaan tersebut menunjukkan bahwa onset pada kelompok laki-laki perlu lebih diperhatikan daripada kelompok wanita (Eranti, *et al.*, 2013).

Gangguan jiwa di Indonesia merupakan penyakit yang merata dan hampir disetiap wilayah di dunia ada. Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat

terbanyak di DI Yogyakarta (2,7 per mil), Aceh (2,7 per mil), Sulawesi Selatan (2,6 per mil), Bali (2,3 per mil), dan Jawa Tengah 2,3 per mil) (Risksedas,2013).

c. Etiologi

1) Faktor Genetik

Faktor Genetik terhitung menjadi liabilitas mayor untuk penyakit skizofrenia. Kemampuan menurun pada generasi selanjutnya skizofrenia secara genetik berkisar 60-80%. Penelitian genetika molekuler telah mengidentifikasi gen yang terbukti paling berperan antara lain :

- a) *Neuregulin* (NRG1) pada kromosom 8p21-22 yang memiliki peran ganda dalam perkembangan otak, plastisitas sinaptik dan sinyal glutamat.
- b) *Dysbindin* (DTNBP1) pada kromosom 6p22 yang membantu mengatur pelepasan glutamat.
- c) *DISC1* (*Disrupted In Schizophrenia*) yaitu sebuah kromosom translokasi seimbang (1,11) (q42;q14.3) yang memiliki peran ganda dalam sinyal sinaptik dan fungsi sel.

Beberapa presentase resiko terjadinya skizofrenia ketika seseorang memiliki kerabat yang terkena dampak sebagai berikut (Semple & Smyth, 2013)

Tabel 2. Liabilitas skizofrenia berdasarkan kerabat yang terkena Skizofrenia

Anggota keluarga (s) yang menderita skizofrenia	Resiko (kira-kira)
Kembar Identik	46%
Satu saudara atau kembar fraternal	12-15%
Kedua Orangtua	40%
Salah satu orang tua	6%
Tidak ada kerabat yang terkena skizofrenia	0,5-1%

2) Faktor Biokimia

a) Aktivitas berlebihan dopaminergik.

Formulasi sederhana dari hipotesis dopamin pada pasien skizofrenia adalah bahwa skizofrenia merupakan hasil dari aktivitas dopaminergik yang berlebihan. Teori ini timbul dari dua pengamatan. Pertama, efikasi dan potensi dari obat-obatan anti-psikotik (yaitu, antagonis reseptor dopamin (DRAs) yang memiliki kemampuan bertindak sebagai antagonis dari reseptor Dopamin tipe 2 (D2) (Kaplan & Sadock, 2015; Blum *et, al.*, 2014). Kedua, obat-obatan yang meningkatkan aktivitas dopaminergik, terutama kokain dan amfetamin merupakan psikotomimetik yang berarti cenderung menghasilkan manifestasi seperti gejala psikosis, seperti halusinasi visual, distorsi persepsi, dan perilaku mirip skizofrenia (Kaplan & Sadock, 2015).

Bukti menunjukkan bahwa skizofrenia berhubungan dengan stimulasi berlebihan dari dopamin D2 dan kurangnya stimulasi D1 pada korteks prefrontal (Laruelle, 2014).

Pelepasan secara berlebihan senyawa dopamin pada pasien skizofrenia telah dihubungkan dengan beratnya gejala positif pada pasien. Hasil Position Emission Tomography (PET) Scan pada reseptor dopamin menunjukkan peningkatan reseptor D2 di nukleus kaudatus dari pasien skizofrenia yang bebas obat. Penelitian lain menunjukkan peningkatan konsentrasi dopamin di amygdala dan peningkatan jumlah reseptor dopamin tipe 4 di korteks entorhinal (Kaplan & Sadock, 2015).

b) Serotonin

Serotonin merupakan sistem neurotransmitter yang berfungsi sebagai pusat pengatur emosi, perilaku dan akan bermasalah pada pasien skizofrenia (Bonnin, *et al.*, 2011). Penelitian terkini menyatakan bahwa jumlah serotonin yang berlebih menyebabkan gejala positif dan negatif skizofrenia (Li *et al.*, 2013). Serotonin yang kuat menjadi antagonis dari clozapine dan obat-obat generasi kedua yang memiliki fungsi menurunkan gejala positif dan negatif skizofrenia (Kaplan & Sadock, 2015).

c) Norepinefrin

Norepinefrin pada orang dengan skizofrenia mengalami peningkatan dibandingkan dengan orang normal. Norepinefrin yang meningkat dikaitkan dengan gejala-gejala psikosis yang muncul pada pasien (Fitzgerald, 2014). Anhedonia (penyebab

dari terganggunya kepuasan emosi dan mengalami penurunan akan kesenangan) telah lama menjadi ciri utama dari skizofrenia. Degenerasi selektif bagian norepinefin dapat menjelaskan gejala-gejala yang muncul pada skizofrenia (Kaplan & Sadock, 2015).

d) GABA

Penelitian menunjukkan bahwa beberapa pasien skizofrenia kehilangan neuron-neuron GABAergik di Hippocampus. GABA memiliki peran regulasi pada aktivitas dopamin, dan hilangnya peran inhibisi terhadap neuron dopaminergik pada neuron GABAergik dapat menyebabkan hiperaktivitas pada neuron dopaminergik (Kaplan & Sadock, 2015).

3) Model *diatesis-stress*

Suatu model untuk integrasi faktor biologis dan faktor psikososial dan lingkungan adalah model *diatesis-stress*. Model ini menjelaskan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (*diatesis*) yang jika dipapar oleh pengaruh lingkungan yang menimbulkan stres akan memungkinkan perkembangan gejala skizofrenia. Penelitian menyebutkan bahwa model *diatesis-stress* sangat erat kaitannya dengan ekspresi emosi seseorang (Hooley & Gotlib, 2000). Komponen lingkungan dapat bersifat biologis (contohnya, infeksi) atau psikologis (contohnya, situasi

keluarga yang penuh tekanan atau kematian kerabat dekat). Dasar biologis diatesis dapat terbentuk lebih lanjut oleh pengaruh epigenetik, seperti penyalahgunaan zat, stres psikososial, dan trauma (Kaplan & Sadock, 2010).

4) Faktor psikososial

a) Teori Psikoanalitik dan Psikodinamik

Freud beranggapan bahwa skizofrenia adalah hasil dari fiksasi perkembangan, dan merupakan konflik antara ego dan dunia luar. Kerusakan ego memberikan kontribusi terhadap munculnya gejala skizofrenia. Secara umum kerusakan ego mempengaruhi interpretasi terhadap realitas dan kontrol terhadap dorongan dari dalam. Sedangkan pandangan psikodinamik lebih mementingkan hipersensitivitas terhadap berbagai stimulus menyebabkan kesulitan dalam setiap fase perkembangan selama anak-anak dan mengakibatkan stress dalam hubungan interpersonal. Simptom positif diasosiasikan dengan onset akut sebagai respon terhadap factor pemicu/pencetus, dan erat kaitanya dengan adanya konflik. Simtom negative berkaitan erat dengan factor biologis, sedangkan gangguan dalam hubungan interpersonal mungkin timbul akibat kerusakan intrapsikis, namun mungkin juga berhubungan dengan kerusakan ego yang mendasar.

b) Teori Belajar

Anak-anak yang nantinya mengalami skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir yang tidak rasional dengan mengintimidasi orang tua yang juga memiliki masalah emosional yang signifikan. Hubungan interpersonal yang buruk dari pasien skizofrenia berkembang karena pada masa anak-anak mereka belajar dari model yang buruk.

c) Teori Tentang Keluarga

Pasien skizofrenia sebagaimana orang yang mengalami penyakit non psikiatri berasal dari keluarga dengan disfungsi, perilaku keluarga yang patologis yang secara signifikan meningkatkan stress emosional yang harus dihadapi oleh pasien skizofrenia.

d) Teori Sosial

Industrialisasi dan urbanisasi banyak berpengaruh dalam menyebabkan skizofrenia. Meskipun ada data pendukung, namun penekanan saat ini adalah dalam mengetahui pengaruhnya terhadap waktu timbulnya onset dan keparahan penyakit (Kaplan & Sadock, 2010).

d. Gejala Klinis

Pasien skizofrenia biasanya menunjukkan gejala positif, negatif dan terdisorganisasi (Lambert & Naber, 2012) :

- 1) Gejala positif merujuk pada gejala yang muncul pada proses mental abnormal (Hales, *et al.*, 2011) yang dapat berupa tambahan gejala atau penyimpangan dari fungsi-fungsi normal (Lieberman, *et al.*, 2012). Gejala positif terdiri dari fenomena yang tidak muncul pada individu sehat (Santosh, *et al.*, 2013) antara lain halusinasidan delusi/waham (kepercayaan yang tidak sesuai sosiokultural) (Lambert & Naber, 2012).
- 2) Gejala negatif merujuk pada hilang atau berkurangnya fungsi mental normal (Hales, *et al.*, 2011). Gejala negatif juga dapat diartikan sebagai hilang atau berkurangnya beberapa fungsi yang ada pada individu sehat (Santosh, *et al.*, 2013) antara lain penurunan ketertarikan sosial atau personal, anhedonia, penumpulan atau ketidaksesuaian emosi, dan penurunan aktivitas. Orang dengan skizofrenia sering memperlihatkan gejala negatif jauh sebelum gejala positif muncul (Lambert & Naber, 2012).
- 3) Gejala terdisorganisasi yang terdiri dari pikiran, bicara dan perilaku yang kacau (Lambert & Naber, 2012).

Tabel. 3 Gejala-gejala utama pada skizofrenia

Positive	Halusinasi	<ul style="list-style-type: none"> . Persepsi pengalaman sensori yang nyata tanpa adanya sumber eksternal a. Paling seiring auditorik, namun dapat muncul pada jenis sensori lain b. Sifat umum halusinasi auditorik : <ul style="list-style-type: none"> . Sumber Eksternal <ul style="list-style-type: none"> a. Komentar tentang tindakan atau pikiran pasien b. Dialog antara dua atau lebih suara
	Delusi	- Keyakinan salah yang menetap
Negatif	Afek	- Ekpresi emosi berkurang (misal afek tumpul), apatis atau tanpa motivasi
	Sosial	<ul style="list-style-type: none"> - Penarikan - Kurangnya keinginan kontak sosial
	Kognitif	- Alogia/miskin bicara
Terdisorganisasi	Bicara	- Gangguan cara berpikir formal atau <i>Formal Thought Disorder</i> (misal <i>tangentiality</i> atau arah pembicaraan penderita yang menyimpang jauh dari topik pembicaraan)
	Kebiasaan atau Tingkah Laku	- Gerakan atau serangkaian tindakan yang tidak bertujuan

(Lieberman, *et, al.*, 2012)

e. Klasifikasi Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut PPDGJ III (2001), yaitu :

- 1) Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
 - a) Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b) Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual; waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
 - c) Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
- 2) Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
 - a) Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b) Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
 - c) Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
 - d) Gejala bertahan 2-3 minggu.
 - e) Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.

- f) Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan.
 - g) Afek dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*in appropriate*), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
 - h) Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren.
- 3) Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
- a) Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
 - b) Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
 - c) Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
 - d) Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
 - e) Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
 - f) Rigiditas (kaku).
 - g) Flexibilitas cerea (*waxy flexibility*) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.

- h) Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
 - i) Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
- 4) Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
- a) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
 - b) Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
 - c) Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia.
- 5) Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
- a) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini.
 - b) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
 - c) Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu.
- Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).

6) Skizofrenia residual (F 20.5)

- a) Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, erawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
- b) Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia;
- c) Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia;
- d) Tidak terdapat dementia atau penyakit/gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

7) Skizofrenia simpleks (F 20. 6)

- a) Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pematangan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari:

(1) Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.

(2) Disertai dengan perubahan – perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

b) Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan sub tipe skizofrenia lainnya.

8) Skizofrenia lainnya (F.20.8)

Termasuk skizofrenia *chenesthopathic* (terdapat suatu perasaan yang tidak nyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.

9) Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

f. Penegakan Diagnosis

Diagnosis skizofrenia ditentukan atas dasar dari gejala-gejala yang muncul pada pasien. Saat ini belum ada tes yang dapat digunakan untuk mengkonfirmasi skizofrenia secara pasti. Kriteria diagnosis terkini yang digunakan adalah DSM V dan ICD-10. Keduanya menitikberatkan bobot yang besar pada delusi dan halusinasi.

1) ICD-10

a) Setidaknya salah satu dari gejala berikut:

- (1) Adanya pikiran yang bergema (*thought echo*), penarikan pikiran atau penyisipan (*thought insertion* atau *thought withdrawal*, dan penyiaran pikiran (*broadcasting*).
- (2) Waham dikendalikan (*delusion of control*), waham dipengaruhi (*delusion of being influenced*), atau “*passivity*”, yang jelas merujuk pada pergerakan tubuh, anggota gerak, atau pikiran, perbuatan dan perasaan.
- (3) Halusinasi berupa suara yang berkomentar tentang perilaku pasien atau sekelompok orang yang sedang mendiskusikan tentang pasien, atau bentuk halusinasi suara lainnya yang datang dari beberapa bagian tubuh.
- (4) Waham-waham menetap jenis lain yang menurut budayanya dianggap tidak wajar serta sama sekali mustahil, seperti misalnya mengenai identitas keagamaan atau politik, atau kekuatan dan kemampuan “manusia super” (tidak sesuai dengan budaya dan sangat tidak mungkin atau tidak masuk akal, misalnya mampu berkomunikasi dengan makhluk asing yang datang dari planet lain)

b) Atau, setidaknya ada dua gejala dari berikut:

- (1) Halusinasi yang menetap pada berbagai modalitas, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang/melayang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun oleh ide-ide berlebihan (*overvalued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus
- (2) Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan (interpolasi) yang berakibat inkoheren atau pembicaraan tidak relevan atau neologisme.
- (3) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), sikap tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas serea, negativisme, mutisme, dan stupor.
- (4) Gejala-gejala negatif, seperti sikap masa bodoh (*apatis*), pembicaraan yang terhenti, dan respon 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.

Perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku perorangan, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, tak bertujuan, sikap malas,

sikap berdiam diri (*self absorbed attitude*) dan penarikan diri secara sosial (Sample & Smyth, 2013).

2) DSM V

Berikut Kriteria Diagnostik Skizofrenia yang lengkap dalam DSM-V :

a) Karakteristik Gejala

Terdapat 2 atau lebih dari kriteria dibawah ini, masing-masing terjadi dalam kurun waktu yang signifikan selama 1 bulan (atau kurang bila telah berhasil diobati). Paling tidak salah satu harus ada (delusi), (halusinasi), atau (bicara kacau) :

(1) Delusi/Waham

(2) Halusinasi

(3) Bicara Kacau (sering melantur atau inkoherensi)

(4) Perilaku yang sangat kacau atau katatonik

(5) Gejala negatif (ekspresi emosi yang berkurang atau kehilangan minat)

b) Disfungsi Sosial/Pekerjaan

Selama kurun waktu yang signifikan sejak awitan gangguan, terdapat satu atau lebih disfungsi pada area fungsi utama; seperti pekerjaan, hubungan interpersonal, atau perawatan diri, yang berada jauh di bawah tingkat yang dicapai sebelum awitan (atau jika awitan pada masa anak-anak atau remaja, ada kegagalan untuk mencapai beberapa tingkat

pencapaian hubungan interpersonal, akademik, atau pekerjaan yang diharapkan).

c) Durasi

Tanda kontinu gangguan berlangsung selama setidaknya 6 bulan. Periode 6 bulan ini harus mencakup setidaknya 1 bulan gejala (atau kurang bila telah berhasil diobati) yang memenuhi kriteria A (yi. gejala fase aktif) dan dapat mencakup periode gejala prodromal atau residual. Selama periode gejala prodromal atau residual ini, tanda gangguan dapat bermanifestasi sebagai gejala negatif saja atau 2 atau lebih gejala yang terdaftar dalam kriteria A yang muncul dalam bentuk yang lebih lemah (keyakinan aneh, pengalaan perseptual yang tidak lazim).

d) Eksklusi gangguan mood dan skizoafektif

Gangguan skizoafektif dan gangguan depresif atau bipolar dengan ciri psikotik telah disingkirkan baik karena:

- (1) Tidak ada episode depresif manik, atau campuran mayor yang terjadi bersamaan dengan gejala fase aktif.
- (2) Jika episode mood terjadi selama gejala fase aktif durasi totalnya relatif singkat dibandingkan durasi periode aktif dan residual.

e) Eksklusi kondisi medis umum/zat

Gangguan tersebut tidak disebabkan efek fisiologis langsung suatu zat (obat yang disalahgunakan, obat medis) atau kondisi medis umum.

f) Hubungan dengan keterlambatan perkembangan global

Jika terdapat riwayat gangguan autistik atau keterlambatan perkembangan global lainnya, diagnosis tambahan skizofrenia hanya dibuat bila waham atau halusinasi yang prominen juga terdapat selama setidaknya satu bulan (atau kurang bila telah berhasil diobati) (Kaplan & Sadock, 2015).

g. Terapi Skizofrenia

Pengobatan skizofrenia secara signifikan telah berkembang sejak awal abad ke-20. Penemuan klorpromazin pada tahun 1954 membantu memberikan pilihan farmakologi dalam pengobatan skizofrenia saat ini. Banyak obat menargetkan berbagai subtipe reseptor, mekanisme umum aksi mereka adalah sama, tujuannya adalah menurunkan aktivitas dopamin. Berbagai metode telah digunakan agar menghasilkan pengobatan yang baik. Pengobatan skizofrenia dibagi menjadi beberapa bagian, yaitu (Mueser & Jeste, 2008):

1) Gejala Akut Skizofrenia

Pasien yang didiagnosis skizofrenia kemudian mengikuti terapi rawat inap sedini mungkin akan lebih baik daripada pasien lainnya. Terapi awal skizofrenia diberikan untuk menghindari dampak yang lebih buruk dari skizofrenia. Terapi awal skizofrenia memiliki beberapa tujuan, yaitu:

- a) Mengurangi potensi bahaya
- b) Menurunkan agitasi dan ketidakkooperatifan
- c) Mengurangi keparahan gejala positif dan negatif pasien
- d) Meningkatkan kualitas tidur dan perawatan diri pasien.

Pada beberapa hari pertama, dokter fokus pada gejala-gejala yang muncul pada pasien, sehingga akan mudah tertangani. Standar yang biasa digunakan adalah pemberian kombinasi obat generasi lama dan baru, pemberian haloperidol dan lorazepam serta obat-obat seperti risperidon, olanzapine yang memiliki efek samping lebih kecil.

2) Stabilisasi

Setelah tujuan terapi untuk fase akut telah tercapai, terapi dilanjutkan ke tahap selanjutnya, yaitu tahap stabilisasi, yang merupakan fase transisi dari terapi rawat inap dan rawat jalan. Tujuan pengobatan fase ini adalah sebagai berikut:

- a) Optimalisasi obat, untuk menurunkan frekuensi dosis, berhenti kecuali jika dibutuhkan (untuk mengurangi efek samping obat).

- b) Kepatuhan obat, medikasi selama 6 bulan diawal dapat mengurangi risiko kekambuhan sebesar 30% dibandingkan dengan tidak mengambil obat sama sekali.
- c) Terapi Insight untuk membantu pasien memahami penyakit mereka dan kebutuhan atas obat.

Ini adalah tahap yang paling penting dari pengobatan, karena kesadaran pasien berkaitan erat dengan proses perawatan dan hasil dari pengobatan. Pasien dituntut untuk memahami resiko buruk jika tidak patuh mengikuti proses pengobatan, disamping itu pasien juga perlu tahu efek samping dari pengobatan yang sedang dilakukan.

3) Pemeliharaan

Fase ini dilakukan saat rawat jalan, dan merupakan fase yang terus-menerus. Tujuan pengobatan adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, meningkatkan kepatuhan minum obat dan menghindari kambuhnya gejala-gejala pasien.

4) Obat-obatan yang digunakan

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati skizofrenia disebut dengan anti psikotik. Ada dua kelompok anti psikotik, yaitu kelompok lama dan baru. Obat anti psikotik yang termasuk kelompok lama adalah klorpromazin, haloperidol dan thioridazine. Kelompok anti psikotik generasi baru adalah olanzapine, risperidone, clozpine, quetiapine dan amisulprida. Perbedaan yang

paling terlihat pada kedua kelompok tersebut adalah kelompok anti psikotik lama lebih banyak memiliki efek samping daripada kelompok baru (Killackey, *et. al.*, 2009). Beberapa contoh dari anti psikotik adalah (Frederick, 2007):

- a) Haloperidol: Anti psikotik kelompok lama, efektif digunakan untuk menurunkan gejala positif skizofrenia
- b) Risperidone : Efikasi dari risperidone lebih kuat daripada haloperidol dalam mengobati gejala positif dan negatif skizofrenia. Tidak menyebabkan gejala ekstrapiramidal
- c) Olanzapine: Olanzapine lebih efektif daripada haloperidol dalam mengobati gejala negatif skizofrenia. Tidak menyebabkan gejala ekstrapiramidal
- d) Clozapine: Clozapine adalah agen prototype generasi kedua. Lebih efektif 30-50% pada pasien skizofrenia.
- e) Aripiprazole : Aripiprazole merupakan antagonis dopamin di post sinaps reseptor D2 dan agonis reseptor dopamin pre sinaps.
- f) Ziprasidone : Ziprasidone menghambat serotonin dan norepinefrin reuptake dan memberikan efek anti depresan.

h. Prognosis

Penanganan skizofrenia bisa dibilang tidak mudah, karena jumlah kekambuhan pasien skizofrenia baik di negara maju dan negara berkembang yakni sekitar 50-92% tidak peduli keadaan ekonomi dan

kemakmuran negara tersebut. Pasien skizofrenia masih sangat memungkinkan mengalami kekambuhan yang muncul dalam periode 2 tahun, sehingga membutuhkan terapi selain farmakoterapi (Kazadi, 2008).

Maramis & Maramis (2009) menyebutkan bahwa 1/3 dari pasien skizofrenia yang datang berobat dalam tahun pertama setelah serangan pertama akan sembuh sama sekali (*full remission/recovery*), 1/3 yang lain dapat dikembalikan ke masyarakat walaupun masih didapati cacat sedikit dan masih harus sering diperiksa dan diobati selanjutnya dan sisanya biasanya, mereka tidak dapat berfungsi didalam masyarakat dan menuju kemunduran mental, sehingga mungkin menjadi penghuni tetap rumah sakit jiwa.

Pasien yang menghentikan pengobatan disebutkan 60-70% akan mengalami kekambuhan dalam satu tahun, dan 85% dalam 2 tahun, dibandingkan dengan pasien yang tetap aktif melaksanakan pengobatan yaitu 10-30% (Puri, *et, al.*, 2014).

Perkiraan perjalanan penyakit dan prognosis pasien skizofrenia pada penelitian kohort dengan *follow-up* selama 13 tahun (Mason, *et, al.*, 1995) dalam (Semple & Smyth, 2013) antara lain :

- 1) Sekitar 15-20% dari episode pertama tidak akan kambuh.
- 2) Beberapa orang akan tetap bekerja
- 3) 52% tanpa gejala psikotik dalam 2 tahun terakhir.
- 4) 52% tanpa gejala negatif.

5) 55% menunjukkan fungsi sosial yang baik atau cukup baik

Prognosis dapat ditetapkan juga dengan mempertimbangkan berbagai faktor, antara lain (Maramis & Maramis, 2009):

- 1) Kepribadian prepsikotik. Bila skizoid dan hubungan antar manusia memang kurang memuaskan maka prognosis lebih jelek.
- 2) Bila skizofrenia timbul secara akut, maka prognosis lebih baik daripada bila penyakit itu mulai secara pelan-pelan.
- 3) Jenis: Prognosis jenis katatonik yang paling baik dari semua jenis. Sering penderita dengan skizofrenia katatonik sembuh dan kembali ke kepribadian prepsikotik. Kemudian menyusul prognosis jenis paranoid. Banyak dari penderita ini dapat dikembalikan ke masyarakat. Skizofrenia hebefrenik/terdisorganisasi dan skizofrenia simplek mempunyai prognosis yang sama jelek, biasanya jenis skizofrenia ini menuju kearah kemunduran mental.
- 4) Umur: makin muda umur permulaannya, makin jelek prognosis.
- 5) Pengobatan: makin lekas diberikan pengobatan, makin baik prognosisnya.
- 6) Dikatakan bahwa bila terdapat faktor pencetus, seperti penyakit badaniah atau stres psikologis, maka prognosisnya lebih baik.
- 7) Faktor keturunan: prognosis menjadi lebih berat bila didalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita skizofrenia.

2. Kepatuhan minum obat

a. Definisi Kepatuhan minum obat

Kepatuhan minum obat didefinisikan sebagai sejauh mana pasien mengikuti instruksi yang diberikan oleh tenaga medis, mencari perhatian medis, meminum obat secara tepat, melakukan imunisasi dan modifikasi gaya hidup menuju lebih baik seperti menjaga kebersihan, menghindari rokok dan melakukan aktivitas fisik yang cukup (WHO, 2003). Kepatuhan adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perilaku pasien dalam minum obat secara benar tentang dosis, frekuensi dan waktunya (Nursalam, 2007)

Kepatuhan pada pasien skizofrenia terdiri dari kepatuhan terhadap terapi setelah pengobatan (kontrol), penggunaan obat secara tepat, mengikuti anjuran perubahan perilaku (Kaplan & Sadok, 2010). Dapat disimpulkan bahwa pasien dikatakan patuh minum obat jika meminum obat sesuai dosis, frekuensi, waktu dan benar obat.

Menurut Niven (2002) faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan obat, adalah:

1) Penderita atau individu

a). Sikap atau motivasi pasien ingin sembuh

Motivasi yang paling kuat adalah dalam diri individu sendiri, motivasi individu yang ingin mempertahankan kesehatan dirinya sangat berpengaruh terhadap faktor-faktor yang

berhubungan dengan perilaku penderita dalam kontrol penyakitnya

b) Keyakinan

Penderita yang memiliki keyakinan yang kuat dan tidak mudah putus asa menerima keadaan sakitnya merupakan perilaku yang baik. Keyakinan yang kuat dari penderita meningkatkan kepatuhan dalam meminum obat.

2) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari penderita. Penderita akan merasa tentram apabila mendapatkan perhatian dan dukungan yang cukup dari keluarga. Dukungan yang diberikan akan menimbulkan kepercayaan diri penderita untuk menghadapi dan mengelola penyakitnya dengan lebih baik, serta menuruti saran-saran yang diberikan untuk menunjang pengelolaan penyakitnya.

3) Dukungan sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional merupakan faktor penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis. Dukungan sosial yang diberikan kepada pasien mampu meningkatkan kepatuhan meminum obat

4) Dukungan petugas kesehatan

Dukungan petugas kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Edukasi tentang hidup

sehat yang diberikan oleh petugas kesehatan mampu mempengaruhi perilaku hidup penderita, sehingga penderita dapat beradaptasi dengan program pengobatan penyakitnya.

Kepatuhan pengobatan berhubungan dengan perilaku pengobatan pasien dan secara khusus mengacu pada sejauh mana pasien mengikuti rencana pengobatan yang telah disepakati bersama. Ketidakpatuhan terhadap pengobatan yang diketahui terkait dengan hasil pengobatan yang lebih buruk khususnya dalam pengelolaan penyakit kronis (Alene *et al.*, 2012).

Kepatuhan pengobatan pasien skizofrenia sangat penting terhadap perbaikan keadaan pasien. Ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatan yang seharusnya dijalani dapat meningkatkan jumlah pasien skizofrenia yang harus diberikan perawatan lebih lanjut. Penelitian yang pernah dilakukan di California menjelaskan bahwa semakin rendah pemenuhan pengobatan pasien skizofrenia akan menyebabkan semakin tingginya kemungkinan pasien tersebut untuk dilakukan rawat inap.

b. Metode untuk menilai kepatuhan minum obat pasien

Kepatuhan minum obat bisa dideteksi dengan metode kualitatif melalui pengisian beberapa jenis kuisisioner kepatuhan minum obat seperti *Drug Inventory Attitude -10* (DAI-10) atau *Medication Adherence Rating Scale* (MARS), dan beberapa jenis yang lain. Cara untuk mendeteksi yang lain adalah dengan mengetahui dari pengakuan

pasien sendiri, skrining urin dan saliva, pembaruan resep (kerutinan kontrol) dan jumlah pil yang diambil, atau skrining serum. Hanya saja hal ini memang sulit untuk dilakukan karena mungkin akan dipengaruhi pada kesalahan dalam dosis dan waktu pemberian, meminum obat yang seharusnya tidak boleh, dan kesalahan dalam pemberian resep (Fenton *et al.*, 1997).

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) adalah salah satu alat untuk mendeteksi ketidakpatuhan pasien dalam minum obat. Kuisisioner dijawab dengan jawaban iya atau tidak pada nomor 1 hingga 7, pada nomor 8 jawaban berupa spektrum sering hingga tidak pernah. Kuisisioner ini terdiri atas 8 pertanyaan terkait perilaku pasien terhadap pengobatannya. MMAS memiliki sensitifitas sebesar 93% dan spesifisitas sebesar 53% pada sebuah studi kepatuhan minum obat anti hipertensi (Morisky, 2008). Sebuah penelitian yang pernah dilakukan di negara palestina membuktikan bahwa kuisisioner ini dapat digunakan untuk pasien skizofrenia. Hasil penelitian tersebut adalah lebih dari 70% pasien skizofrenia mengalami ketidakpatuhan minum obat (Sweileh WM, 2012). Pada sebuah penelitian validitas dan reliabilitas dari MMAS pada pasien hipertensi didapatkan validitas $p = 0.5$ dan reliabilitas sebesar 0,83 (Morisky, 2008)

3. Fungsi Sosial

a. Definisi Fungsi Sosial

Keberfungsian sosial adalah kemampuan individu dalam melakukan kegiatan-kegiatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar diri dan menjalankan tugas-tugas serta peran sosialnya. Keberfungsian sosial pasien Skizofrenia diungkap melalui skala keberfungsian sosial yang disusun berdasarkan aspek keberfungsian sosial dari Suharto (2009) yaitu memenuhi/merespon kebutuhan dasarnya, melaksanakan peran sosial sesuai dengan status dan tugas-tuganya, serta menghadapi goncangan dan tekanan.

Ballerini (2002) menyatakan bahwa gangguan keberfungsian sosial dialami oleh pasien Skizofrenia mengakibatkan perubahan pada kemampuan sosial. Kenyataan tersebut ditandai dengan perilaku yang tidak berorientasi pada kenyataan, adanya pemikiran/ide yang kaku dan tidak adaptif serta ketidakmampuan dalam pergaulan sosial.

Wiramihardja (2005) menjelaskan keberfungsian sosial pasien Skizofrenia dari dua segi yang berbeda. Pertama diamati dari segi usia, keberfungsian sosial pasien Skizofrenia meningkat seiring usia yang disebabkan oleh penanganan yang membantu mereka lebih stabil dan atau karena keluarga mereka belajar mengenali simptom-simptom awal terjadi atau kambuhnya gangguan.

Menurut Achlis (2011) keberfungsian sosial adalah kemampuan seseorang dalam melaksanakan tugas dan peranannya selama berinteraksi dalam situasi sosial tertentu yang bertujuan untuk mewujudkan nilai dirinya demi pencapaian kebutuhan hidup. Indikator peningkatan keberfungsian sosial dapat dilihat dari ciri-ciri seperti yang diungkapkan Achlis (2011):

- 1) Individu mampu melaksanakan tugas-tugas kehidupan, peranan dan fungsinya
- 2) Individu intens menekuni hobi serta minatnya
- 3) Individu memiliki sifat afeksi pada dirinya dan orang lain atau lingkungannya
- 4) Individu menghargai dan menjaga persahabatan
- 5) Individu mempunyai daya kasih sayang yang besar serta mampu mendidik
- 6) Individu semakin bertanggung jawab terhadap tugas dan kewajibannya
- 7) Individu memperjuangkan tujuan hidupnya
- 8) Individu belajar untuk disiplin dan manajemen diri
- 9) Individu memiliki persepsi dan pemikiran yang realistis.

b. Penilaian Fungsi Sosial

Penilaian fungsi sosial pasien skizofrenia dapat dilakukan dengan empat cara yaitu observasi langsung, *self-report*, pelaporan dari pengasuh, dan dengan alat ukur. Penilaian dengan alat ukur

memiliki kelebihan yaitu dapat mengatasi keterbatasan dari tiga cara sebelumnya antara lain pengumpulan data yang lebih cepat dan gambaran yang lebih shahih (Reverger, 2012). Alat ukur yang dapat digunakan untuk menilai fungsi sosial antara lain *Global Assessment of Functioning (GAF)*, *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)* serta *Personal and Social Performance Scale (PSP)* (Purnama, *et al.*, 2012).