

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Dasar Teori

1. Definisi Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa atau gangguan mental adalah sindrom atau pola perilaku seseorang yang secara klinik cukup bermakna dan secara khas berkaitan dengan gejala penderitaan (*distress*) atau kecacatan (*impairment/disability*) dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia dengan peningkatan resiko untuk mengalami kehilangan kebebasan, kesakitan, kecacatan maupun kematian (DSM-IV, 1994). Disfungsi tersebut dalam segi perilaku, psikologik atau biologik dan gangguan itu tidak semata-mata terletak di dalam hubungan antara orang dengan masyarakat (Maslim, 2003).

Gangguan jiwa tidak hanya merupakan kumpulan gejala (sindrom) psikiatrik tetapi juga gangguan emosional atau psikososial dan kegilaan. Gangguan jiwa berhubungan erat dengan keadaan genetik, struktur otak, fungsi syaraf, hormon, obat – obatan, gangguan kognitif, gangguan emosional, trauma, hubungan dengan orang lain dan keadaan sosial ekonomi. Dengan kata lain, gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan – keadaan yang tidak normal, baik fisik maupun mental (Daradjat, 1994).

2. Epidemiologi Gangguan Jiwa

Survei yang dilakukan oleh Prigerson (2001) kepada 5877 korban, 1703 diantaranya mengalami trauma hasilnya bencana dan perang merupakan penyebab trauma yang paling berat. Laki – laki yang mengikuti peperangan memiliki resiko tinggi untuk mengalami PTSD, begitu juga yang mengalami kejadian bencana yang menimbulkan PTSD.

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang paling berat dan merupakan gangguan jiwa di rumah sakit jiwa di Indonesia. Angka pasien skizofrenia di Indonesia sebesar 3/1000 penduduk, di Amerika Serikat kejadiannya lebih tinggi (*lifetime prevalence rates*) yaitu mencapai 1/100 penduduk (Prawirohardjo, 1985).

Epidemiologi depresi adalah 70-868 per 100.000 penduduk dan biasanya untuk negara – negara non-barat relatif lebih rendah dibanding negara – negara barat (Salan, 1989). Untuk gangguan bipolar biasanya dimulai dengan episode deperesi dengan persentase pada wanita 75% dan pada pria 67% (Kaplan, 2009).

Dalam salah satu penelitian yang dimasukkan ke dalam DSM-III-R (DSM edisi ketiga yang direvisi), diperkirakan gangguan psikosis singkat sebanyak 1,4 per 100.000 orang (Kaplan, 2009).

Gangguan konversi merupakan gangguan yang menyebabkan perubahan fungsi tubuh dengan prevalensi kejadian sebanyak 25-33% namun hanya 5-16 % dari penderita gangguan konversi yang menyadari adanya gangguan dalam dirinya kemudian datang ke psikiater untuk berkonsultasi (Soekarto, 2006).

Di Indonesia, prevalensi gangguan – gangguan psikiatrik seperti psikosis terutama pada orang-orang diatas 65 tahun adalah 5 % sedangkan gangguan neurosis lebih tinggi prevalensinya yaitu 10 %. Pada orang dengan gangguan manik, biasanya meningkat pada usia 65 tahun yang ditengah-tengahnya sering diselingi denga episode depresi. Neurosis jarang mulai pertama kali pada usia lanjut (Soekarto, 2002).

3. Klasifikasi Gangguan Jiwa

Daradjat (1994) menyatakan bahwa gangguan jiwa dibagi menjadi psikosis dan Neurosis. Klasifikasi gangguan jiwa neurosis dan psikosis adalah :

a. Neurosis

Merupakan gangguan jiwa ringan yang menunjukkan adanya gejala fisik maupun mental dan tidak disertai kelainan organ (Soekarto, 2002). Pada gangguan neurosis, seseorang masih mengetahui dan merusak kesukarannya, serta kepribadiannya tidak jauh dari realitas (Daradjat, 1994).

Menurut pembagian DSM-IV, yang termasuk dalam gangguan neurosis adalah:

1.) Gangguan Kecemasan (Anxietas)

Anxietas merupakan ketakutan dalam merespon sesuatu. Anxietas bisa disebut normal jika merupakan reaksi adaptasi atau respon terhadap ancaman fisik maupun psikis. Kecemasan disebut sebagai gangguan ketika timbul berulang-ulang dengan episode tetap yang intensif dan sering (Tierney, 2005).

Anxietas fobik adalah kecemasan yang persisten, tidak rasional, intensif dan ketakutan dalam merespon benda, kegiatan atau situasi tertentu. Terdiri dari

agorafobia tanpa gangguan panik, agorafobia dengan gangguan panik, fobia sosial dan fobia khas. Agorafobia adalah kecemasan dalam keadaan terkurung, tanpa jalan keluar atau pelarian yang menyebabkan terus – menerus menahan derita dan ditandai dengan *distress*.

Gangguan panik adalah serangan takut yang cepat (biasanya 10 menit), mendadak, dengan gejala minimal empat dari 13 gejala yaitu denyut jantung yang abnormal, khawatir, berkeringat, gemetar, sesak nafas, merasa tercekik, gangguan abdomen, pusing atau letih, perasaan yang tidak jelas, takut menjadi gila atau kehilangan kontrol, takut mati, kaku, merasa panas (*hot flashes*) (Soekarto, 2002).

Gangguan obsesif-kompulsif atau OCD (*Obsesive-Compulsive Disorder*) adalah pikiran, impuls atau gambaran kejadian ulangan, persisten dan mengganggu yang menyebabkan kecemasan dan *distress* (Tierney, 2005).

Gangguan stress pascatraumatik atau PTSD adalah kejadian traumatik yang berulang dan menyebabkan seseorang merasa ketakutan dan tidak dapat bertindak tanpa bantuan orang lain (Tierney, 2005). PTSD merupakan suatu sindrom kecemasan, labilitas autonomik, ketidakrentanan emosional dan kilas balik dari pengalamanyang pedih, stress fisik maupun emosi yang melampaui batas ketahanan orang. Menurut Ackley dan Ladwig (2006), PTSD merupakan respon penderitaan dan ketakutan terhadap trauma. Tanda-tanda dari keadaan ini adalah berusaha menghindar, merasa tertindas, sengsara , susah konsentrasi, kepekaan berlebih, mimpi buruk, kesiagaan berlebih, putus asa, panik, deperesi, sakit kepala dan gangguan pencernaan.

Gangguan stres pascatraumatik cepat dapat timbul setiap saat setelah stresor, sedangkan gangguan stres pascatraumatik yang lambat (*delayed*) dapat timbul 30 tahun kemudian setelah trauma. Sebagian kecil pasien akan mengidap gangguan stres pascatraumatik kronik berkelanjutan terus. Faktor penyebab timbulnya PTSD adalah kejadian traumatik baik berupa fisik maupun psikis seperti perang, kebakaran, penganiayaan, bencana alam, perkosaan atau melihat seseorang mengalami kecelakaan serta pembunuhan (Sbordone, 2000).

Faktor yang mempengaruhi timbulnya PTSD ini termasuk taraf hebatnya stressor dan kerentanan pasien. Anak-anak dan lansia lebih rentan dibandingkan orang dewasa muda, diduga karena anak-anak belum berkembang mekanisme penanggulungannya terhadap stress hebat dan pada lansia sudah kaku mekanisme penanggulungannya sehingga tidak mampu beradaptasi terhadap stress yang tak terduga. Gejala-gejala yang timbul setelah seseorang mengalami PTSD adalah gangguan makan, perilaku seksual dan keinginan bunuh diri (Seng, 2004).

PTSD dibagi menjadi 2 jenis berdasarkan onsetnya yaitu *Acute Stress Disorder* (ASD) dan *Chronic Stress Disorder* (CSD). Seseorang dikatakan ASD apabila gejala-gejala trauma timbul dalam 1 sampai 3 bulan setelah terpapar kejadian traumatik. Apabila gejala – gejala timbul lebih 3 bulan setelah terpapar kejadian traumatik disebut CSD. Beberapa orang, lebih dari 6 bulan setelah terpapar traumatik baru timbul gejala, maka didiagnosis sebagai PTSD lambat. Perbedaan yang mendasar pada PTSD akut dan PTSD kronik adalah pada kriteria diagnostik ASD, gejala yang timbul tampak lebih keras dan lebih parah dibandingkan pada CSD (Bryant, 1997). Menurut mereka ditahun 1998, 40%

penderita ASD tidak berkembang menjadi CSD dan seseorang yang didiagnosis ASD tidak berkembang menjadi CSD.

Gangguan stres akut ditandai dengan gejala yang serupa dengan PTSD, terjadi secara cepat dan merupakan akibat dari peristiwa yang sangat traumatik (Soekarto, 2002). Beda stres akut dengan PTSD adalah gangguannya sementara, biasanya hilang dalam beberapa jam atau hari. Gejala yang timbul adalah disorientasi, gejala otonomik, penyempitan perhatian dan lapangan kesadaran (Heriani, 2006).

2.) Gangguan Somatoform

Menunjukkan gejala fisik yang tidak dapat dihubungkan dengan penyakit organik dan tampaknya berasal dari fisik (Dorland, 2002). Pada somatoform tidak disertai kelainan fungsi dan anatomis organ. Ciri gangguan somatoform adalah adanya keluhan gejala fisik yang berulang-ulang disertai dengan permintaan pemeriksaan medik, meskipun sudah berkali-kali terbukti hasilnya negatif (Maslim, 2003).

Gangguan somatisasi menurut Soekarto (1994) adalah gangguan yang bersifat polisimpatik (banyak gejala) dan biasanya muncul pada dekade ketiga. Ditambahkan oleh Maslim (2003) bahwa gejala-gejala tersebut tidak dapat dijelaskan dan berlangsung sedikitnya 2 tahun. Keluhan umum gangguan somatisasi adalah sakit kepala, kelelahan, sakit di dada, perut, saluran kencing, mual dan pingsan. Biasanya lebih banyak terjadi pada wanita daripada pria (Hajam, 2006).

Gangguan konversi yaitu kehilangan sebagian atau seluruh integrasi normal (dibawah kendali kesadaran), seperti ingatan masa lalu, kontrol terhadap gerakan tubuh, kesadaran identitas dan penginderaan segera (Maslim, 2003). Sesuai dengan pernyataan dari Hajam (2006), gangguan konversi terdiri dari tiga bagian yaitu konversi sensorik (kesulitan menerima atau mengolah stimuli sensori), konversi motorik (tidak mamapu mengontrol kontraksi otot, tremor tanpa dasar fisik) dan konversi autonomik (berpengaruh pada sistem pencernaan, reproduksi, berhentinya menstruasi, perut dan buah dada membesar, serta mual di pagi hari).

Hypochondriasis adalah gangguan somatik yang ditandai dengan preokupasi fungsi tubuh dan interpretasi sensasi normal (denyut jantung, berkeringat, kerja peristaltik dan gerakan usus) atau abnormalitas (pilek, nyeri dan pembengkakan ringan kelenjar getah bening), sebagai indikasi problem yang membutuhkan perhatian medis (Dorland, 2002). Untuk diagnosis pasti adalah adanya keyakinan yang menetap sekurang-kurangnya satu penyakit fisik, serta tidak mau menerima nasehat dokter bahwa tidak ditemukan abnormalitas fisik yang melandasi keluhan-keluhannya (Maslim, 2003).

3.) Gangguan Disosiatif

Tanda yang spesifik adalah suatu penghancuran dalam fungsi integritas kesadaran yang umum, memori, identitas atau persepsi terhadap lingkungan dan gangguan ini bisa mendadak, pelan-pelan, sepiintas atau kronik (Maslim, 2002). Menurut Soekarto (2002) yang merujuk dari PPDGJ-III, yang termasuk dalam gangguan disosiatif adalah amnesia disosiatif, fugue disosiatif, stupor disosiatif, motorik disosiatif dan gangguan tran serta kesurupan.

b. Psikosis

Psikosis adalah setiap kelainan jiwa mayor (berat) dengan penyebab organik (fisik) atau kejiwaan (psikis) yang ditandai oleh gangguan kepribadian dan kehilangan kontak dengan kenyataan, sering timbul waham, halusinasi atau ilusi (Dorland, 2002). Pada psikosis, kepribadiannya sangat terganggu, tidak ada integritas dan jauh dari alam kenyataan (Daradjat, 1994).

Gangguan psikosis digolongkan menjadi gangguan yang khas (terdiri dari gangguan afektif, paranoid dan skizofrenia) dan gangguan yang tidak khas (terdiri dari gangguan skizoafektif, skizofreniform, skizofrenia tak terinci dan gangguan psikosis relatif singkat).

1.) Gangguan psikosis yang khas

a.) Gangguan afektif merupakan gangguan manifestasi eksternal dari respon emosi. Afek sendiri merupakan ekspresi wajah yang dilihat oleh pengamat (Kaplan, 2009). Gangguan afektif diwarnai oleh afek efori (manik) atau afek disfuri (depresi). Gangguan afektif ini terdiri dari:

i.) Gangguan Unipolar yaitu gangguan yang terjadi hanya satu warna yaitu afek efori (manik) saja atau afek disfuri (depresi) saja. Sebagian besar gangguan ini, yang muncul depresi (Soekarto, 2002)

ii.) Gangguan Bipolar yaitu gangguan afektif dengan episode manik dan depresi muncul silih berganti, biasanya diawali dengan episode depresi dan dilanjutkan dengan episode manik seterusnya (Soekarto, 2002). Gangguan bipolar terdiri dari berbagai episode, pada gangguan bipolar I, episode manik tunggal adalah pasien selalu mengalami episode dahulu.

Gangguan bipolar I ini rekuran, kriteria diagnostiknya didasarkan pada episode yang paling akhir, seperti: gangguan bipolar I episode terakhir hipomanik; gangguan bipolar I episode terakhir manik; gangguan bipolar I episode terakhir campuran; gangguan bipolar I episode depresi; gangguan bipolar I episode terakhir tidak ditentukan (Kaplan, 2009).

Pada gangguan afektif terdapat episode manik dan depresi. Episode manik adalah gangguan mood yang meningkat, meluap-luap atau lekas marah. Mood yang meningkat berupa euforia dan sering infeksius (Kaplan, 2009). Episode depresi adalah salah satu bentuk gangguan jiwa pada alam perasaan (mood/afektif) yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa (Hawari, 1997). Sedangkan menurut Maramis (1995), depresi adalah suatu jenis perasaan atau emosi dengan komponen psikologik murung, sedih, putus asaan tidak bahagia, yang mempuanya tiga gejala dominan yaitu gangguan tidur, kegelisahan dan emosi yang rendah. Karakteristik depresi diikuti oleh tanda tanda penting, yaitu perasaan depresi atau anhedonia (kehilangan ketertarikan dan kesukaan terhadap hampir semua aktifitas yang dialami setiap hari), ditambah dengan kondisi psikologi (seperti penurunan konsentrasi) dan kondisi somatis (seperti insomnia) (Tierney, 2005). Dan depresi yang berat akan timbul keinginan bunuh diri (Martaniah, 1989).

Sumber lainnya menyatakan bahwa depresi adalah suatu penyakit jiwa dengan gejala utama sedih dan dapat disertai gejala-gejala psikologik lainnya, gangguan somatik maupun gangguan psikomotor dalam kurun waktu tertentu dan

digolongkan ke dalam penyakit jiwa afektif (Prawirodihardjo, 1989). Kemudian ada pula yang mengartikan depresi seperti ganggan mood, yaitu kelainan melankolia yang berkepanjangan, timbul tanpa alasan yang jelas atau suatu reaksi berlebihan terhadap suatu kejadian yang menjadi pemicunya. Ada dua jenis depresi yaitu depresi reaktif (depresi yang terjadi dengan alasan yang jelas dan pemicunya peristiwa luka, mempunyai gejala psikologik) dan depresi endogenous (depresi yang terjadi tanpa alasan yang jelas dan tidak dapat diaitkan dengan satu pemicu dalam pengalaman hidupnya dan mempunyai gejala psikologik serta somatik) (Shreeve, 1991). Wilkinson (1995) menyatakan bahwa depresi reaktif disebut juga neurotik dan depresi endogenousnya disebut psikotik.

Pedoman dari PPDGJ-III (1993) untuk menentukan episode depresi, yaitu:

- i. Selama minimal 2 minggu dan hampir setiap hari mengalami suasana perasaan depresi, kehilangan minat dan berkurangnya energi sehingga mudah lelah serta berkurangnya aktivitas.
 - ii. Keadaan tersebut paling sedikit dua minggu dan hampir setiap hari dengan gejala konsentrasi, perhatian, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berguna.
 - iii. Gejala-gejala tersebut menyebabkan hambatan psikososial seperti cacat fungsi pekerjaan, hubungan sosial dan kegiatan sehari-hari.
- b.) **Gangguan paranoid (waham)** ditandai oleh keyakinan yang salah dan menetap serta tidak dapat dibuktikan dalam kenyataan. Pada gangguan ini, sedikitnya waham harus ada selama sebulan dan sistematis serta tidak bizar. Respon emosional pasien biasanya sesuai dengan isi waham, hipersensitifitas

dan siaga berlebih sehingga pasien akan memilih kehidupan sosial menyendiri.

- c.) **Skizofrenia** berasal dari kata *schizo* yang berarti pecah atau terbelah dan *phrein* yang berarti jiwa, sehingga skizofrenia diartikan terbelahnya jiwa atau *splitting of the mind* (Prawirodihardjo, 1985). Hawari (1997) menyatakan bahwa skizofrenia merupakan suatu gangguan psikotik yang kronik, sering mereda namun timbul hilang dengan manifestasi klinis yang amat luas variasinya serta penderita tidak mampu menilai realitas dan diri sendiri. Skizofrenia banyak ditampilkn di UGD (Unit Gawat Darurat) karena hebatnya gejala, ketidakmampuan pasien untuk merawat diri, tidak ada daya tilik diri dan keruntuhan sosial yang lamabat laun menjauhkan pasien dari lingkungannya. Keadaan ini sering disertai halusinasi (menghina, mengancam), perilaku bizar, inkoherensi dan agitasi.

Tipe – tipe klinis skizofrenia menurut Shives (1998) adalah :

i. Tipe Hibe frenik

Skizofrenia ini terjadi karena seseorang tidak dapat memnuhi masa transisi dari remaja menuju dewasa sehingga terjadi onset dini. Diagnosisnya dapat ditentukan pada usia 15-25 tahun. Manifestasi klinis yang ada pada skizofrenia hebrefenik adalah: afek tumpul (tertawa ketika mendengar sesoran dibunuh), bicara tidak terorganisir (bicara tidak jelas dan seperti menggerutu), perilaku sehari-hari yang tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari, halusinasi dan delusi (pikiran yang tidak masuk akal serta tidak sistematis).

ii. Tipe katatonik

Gejala yang timbul pada skizofrenia katatonik, adalah sikap tubuh katatonik (tidak menyadari posisi tubuh yang aneh), menarik diri dari lingkungan, kaku katatonik (merasa tubuhnya tidak dapat digerakkan), negativisme katatonik (resisten terhadap instruksi atau usaha untuk menggerakkan tubuh), rangsangan katatonik (merespon stimulus yang adadan teragitasi secara ekstrim), perubahan yang tidak terduga dari satu posisi ke posisi lainnya, fleksibilitas yang aku, echololia dan echopraxia.

iii. Tipe paranoid

Perilaku utama yang tampak adalah curiga berlebih. Manifestasi klinis dari skizofrenia paranoid adalah mekanisme pertahanan proyeksi yang berlebihan (cenderung menyalahkan orang lain atas kegagalan yang dialami), kekerasan (perilaku yang membahayakan untuk melindungi diri sendiri), perilaku argumentatif (membuat argumen terhadap rasa kecurigaannya), halusinasi, delusi faham kebesaran, menyalahkan dan cemburu serta bersifat mistik.

iv. Tipe residual

Skizofrenia residual merupakan bagian dari remisi yang parsial. Pasien ini setidaknya pernah mengalami satu episode skizofrenia tetapi tidak menunjukkan gejala psikotik yang berlebihan.

2.) Gangguan psikosis yang tidak khas

a.) **Gangguan skizoafektif** adalah sindrom yang merupakan kombinasi dari skizofrenia dan gangguan afektif. Gejala yang muncul paling sedikit dua minggu (Soekarto, Adi, 2002). Konsep gangguan skizoafektif yang disebutkan Kaplan; Saddock (1997), yaitu:

- i. Sebagai satu tipe gangguan skizofrenia atau gangguan afektif (mood)
- ii. Sebagai kombinasi dari kedua gangguan skizofrenia dan gangguan afektif
- iii. Sebagai gangguan yang sama sekali dari kedua kondisi tersebut
- iv. Sebagai pengelompokan beraneka ragam gangguan yang mengandung semua tiga kemungkinan diatas

Gangguan skizoafektif lebih jarang dibandingkan dengan masing-masing gangguan skizofrenia dan gangguan afektif secara sendiri-sendiri. Keadaan yang muncul adalah keadaan energik manik, mudah tersinggung, kebutuhan tidur yang sedikit, mungkin berada bersama dengan gagasan atau perilaku bizar dan afek yang menyempit atau tidak serasi (Kaplan; 2009)

- b.) **Gangguan skizofreniform** identik dengan gejala skizofrenia kecuali bahwa gejalanya telah ada lebih dari satu bulan namun kurang dari enam bulan. Merupakan gangguan delusional seperti skizofrenia, suatu gangguan yang kronis tetapi ditandai oleh adanya waham sebagai gejala yang menonjol (Kaplan; 2009).
- c.) **Skizofrenia yang tak terinci** digunakan untuk menunjukkan orang dengan gejala psikotik campuran (delusi, halusinasi, perilaku dan bicara yang tidak terorganisir, serta gejala negatif skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan ke dalam katagori lainnya) (Shives, 1998).
- d.) **Gangguan psikosis relatif singkat** ditandai dengan durasi yang singkat (sekurang-kurangnya satu hari dan tidak lebih dari satu bulan) dan ada gejala skizofrenik (Kaplan; 2009).

4. Etiologi Gangguan Jiwa

Secara umum penyebab gangguan jiwa dibagi menjadi tiga faktor, yaitu:

- i. Faktor fisiogenik, yaitu penyakit jiwa yang ada hubungannya dengan kelainan otak. Contohnya tumor, infeksi, kekurangan vitamin, gangguan endokrin.
- ii. Faktor psikogenik, yaitu penyakit jiwa yang ditimbulkan oleh faktor-faktor kejiwaan dan merupakan penyesuaian emosi yang patologik
- iii. Faktor defisiensi mental, misalnya cacat mental

Semakin modern dan industrial suatu masyarakat, semakin besar pula stressor psikososial yang menyebabkan seorang jatuh sakit karena tidak mampu mengatasinya dan akhirnya timbul gangguan jiwa (Hawari, 1997).

Penyebab **psikosis** ada dua macam, yaitu:

- i. Disebabkan oleh adanya kerusakan pada anggota tubuh (otak, sentral saraf) atau hilangnya kemampuan berbagai kelenjar dan saraf. Hal ini bisa terjadi karena konsumsi obat-obatan dan alkohol.
- ii. Disebabkan oleh gangguan neurosis yang berlarut-larut sehingga mencapai puncaknya tanpa suatu penyelesaian yang wajar (Daradjat, 1994).

Depresi, ada beberapa faktor yang menyebabkan depresi, diantaranya yaitu :

c. Faktor biologis

i. Genetik

Sanak saudara tingkat pertama dari penderita depresi beresiko 2-3 kali menderita depresi daripada masyarakat umum (Kaplan, 2009).

ii. Gangguan hormonal

Gangguan kelenjar tiroid dapat menyebabkan depresi, begitu juga hormon seks, seperti pada wanita yang mendekati masa menstruasi, menopause, atau setelah persalinan (Kaplan, 2009).

Gangguan neurotransmitter

Dopamin, serotonin dan adrenalin dikenal neurotransmitter yang berada di otak. Apabila fungsinya terganggu, menyebabkan berbagai gangguan psikiatrik termasuk depresi (Kaplan, 2009).

d. Faktor psikologis

Menurut teori kognitif Beck, bahwa depresi disebabkan karena cara berfikir yang salah, sehingga penarikan kesimpulan menjadi salah. Hal ini disebabkan karena pengalaman yang tidak menyenangkan, emnyalahkan diri sendiri dan menilai negatif terhadap diri sendiri. Dan menurut teori ketidakberdayaan Seligman, depresi disebabkan rasa tidak berdaya karena tidak dapat mengontrol kejadian yang penting seperti kematian orang yang dicintai, ketidakberhasilan dalam sekolah atau kerja (Martaniah, 1989).

e. Faktor sosial

Depresi dapat terjadi pada individu yang tidak bisa menghadapi tuntutan akan sosialisasi nilai yang berlaku dalam masyarakat (Kayam, 1989).

Skizofrenia merupakan gangguan serius yang hingga saat ini masih sebagian dimengerti. Penyebab dari skizofrenia adalah kombinasi dari berbagai macam faktor dan juga memerlukan berbagai macam terapi (Kaplan, 2009).

Faktor pencetus timbulnya skizofrenia adalah:

1.) Faktor jasmaniah

- i. Setelah menderita penyakit infeksi atau melahirkan anak
- ii. Dalam masa penderitaan penyakit infeksi
- iii. Penyakit otak organik

2.) Faktor psikologik

- i. Kehilangan teman dehta, kegagalan dalam kerja, kelelahan hebat secara fisik dan emosional, ancaman terhadap kelangsungan hidup (perasaan terganggu)
- ii. Prevalensi skizofrenia pada penjahat, tinggi
- iii. Malapetaka besar seperti perang, tidak meningkatkan kejadian skizofrenia (Roan, 1991).

3.) Faktor keturunan

Ada faktor keturunan yang juga menentukan timbulnya skizofrenia terutama pada anak kembar satu telur. Diduga, potensi untuk mendapatkan skizofrenia diturunkan melalui gen yang resesif. Potensi ini selanjutnya tergantung pada lingkungan individu apakah mendukung timbulnya skizofrenia atau tidak (Maramis, 1995).

5. Manifestasi Klinis Gangguan Jiwa

Tanda merupakan temuan obyektif yang ditemui oleh dokter sedangkan gejala adalah pengalaman subyektif yang digambarkan oleh pasien. Sindroma merupakan kumpulan tanda dan gejala. Sebagian besar dari gangguan jiwa adalah

sindroma, dari sindroma biasanya mewakili berbagai titik mulai dari perilaku normal hingga patologis. Tanda-tanda khusus pada gangguan jiwa yaitu:

- i. Ada gejala klinis yang bermakna yang berupa sindrom atau pola perilaku dan sindroma atau pola psikologik
- ii. Gejala klinis tersebut menimbulkan penderitaan (*distress*) yang berupa rasa nyeri, tidak nyaman, tidak tenteram, terganggu dan disfungsi organ tubuh.
- iii. Gejala klinis tersebut juga menimbulkan disabilitas (*dissability*) dalam aktifitas sehari-hari seperti mandi, makan, berpakaian dan kebersihan diri.

Gejala lazim **depresi** adalah konsentrasi dan perhatian kurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimis, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu, nafsu makan berkurang (PPDGJ-III, 1993).

Gejala-gejala **skizofrenia** yang biasanya muncul adalah gejala negatif (tanpa ekspresi, menarik diri dari pergaulan sosial, suka melamun, sukar diajak bicara, pendiam, pasif, sulit berfikir abstrak, pola pikir stereotopik) dan gejala positif (delusi atau keyakinan yang tidak rasional, kekacauan alam pikir, agresif yang berupa gaduh, gelisah, tidak bisa diam, mondar-mandir, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, merasa dirinya hebat, serba bisa, pikirannya penuh kecurigaan, menyimpan rasa permusuhan, halusinasi) (Hawari, 2001).

6. Patofisiologi Gangguan Jiwa

Skizofrenia terjadi akibat adanya aktivitas dopaminergik berlebihan. Teori tersebut muncul dari adanya penelitian, yaitu khasiat dan potensi antipsikotik

(kecuali untuk clozapine) adalah berhubungan dengan kemampuan untuk bertindak sebagai antagonist reseptor dopaminergik tipe 2 (D_2). Kemudian obat-obatan yang meningkatkan aktivitas dopaminergik adalah amfetamin (salah satu psikomimetik). Walaupun hipotesis dopamine tentang skizofrenia banyak dibahas, namun antagonis dopamine efektif dalam mengobati hampir semua pasien psikotik dan pasien teragitasi berat. Beberapa data elektrofisiologis menyatakan bahwa neuron dopaminergik mungkin meningkatkan kecepatan pembakaran sebagai respon dari pemaparan jangka panjang dengan obat antipsikotik. Akibat dari penggunaan obat antipsikotik dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan pada ganglia basalis yang menyebabkan pasien mempunyai pergerakan yang aneh dan berulang ulang pada bagian wajah, mulut, pipi dan otot leher yang disebut *tardive dyskinesia* (Kaplan, 2009).

Menurut kriteria diagnostik DSM-IV, seseorang dapat mengalami PTSD apabila mendapatkan serangan berulang dari kejadian traumatik, mimpi buruk, kilas balik kejadian atau stimulus yang dapat membuat seseorang teringat kembali pada kejadian traumatik tersebut (DSM-IV, 1994). Faktor resiko PTSD diantaranya respon yang berlebihan suatu rangsangan persepsi buruk terhadap suatu kejadian, kemampuan bertahan hidup yang rendah, tinggal jauh dari keluarga, dukungan sosial yang tidak mencukupi, paparan kejadian trauma yang tinggi dan orang – orang yang bekerja di sekitar kejadian bencana (polisi, pemadam kebakaran, petugas kesehatan di unit gawat darurat, pekerja di unit kesehatan mental) (Ackley, 2006).

Depresi, manifestasinya berupa kumpulan keluhan kesah, gejala yang berupa refleksi gangguan psikologik yang terbatas pada segi afektif yaitu afektif yaitu sedih, murung, tidak bergairah, pesimismis, merasa berdosa dan rendah diri (Prawirodihardjo, 1989). Manifestasinya lainnya berupa gejala yang saling berakitan dari berbagai segi, tidak hanya segi psikis (gangguan afek, konsentrasi, ingatan, perasaan kosong, terlambat dalam berfikir, merasa dikejar-kejar, gelisah) namun juga somatik (penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, gangguan tidur, gangguan abdomen, gangguan libido, berdebar-debar, sesak nafas, tremor, cemas).

Dampak dari gangguan jiwa dapat mempengaruhi berbagai macam hal, yaitu:

i. **Aktivitas hidup sehari-hari**

Pasien tidak mampu melakukan fungsi dasar secara mandiri (misalnya: kebersihan diri), sehingga akan ditolak oleh keluarga masyarakat.

ii. **Hubungan Interpersonal**

Proses adaptasi pasien terhadap lingkungan yang buruk dan kurang stimulus, menyebabkan pasien digambarkan sebagai individu yang apatis, menarik diri, terisolasi dari teman dan keluarga serta memiliki ketrampilan interpersonal yang minimal.

iii. **Sumber Koping**

Isolasi dan gangguan fungsi pada pasien menyebabkan koping pasien tidak akibatnya koping pasien melemah dan tidak ada penambahan koping baru sehingga pasien tidak dapat berespon secara adaptif dalam menghadapi stres dan mudah masuk ke dalam keadaan krisis.

iv. **Kebutuhan terapi yang lama**

Pasien yang mengalami gangguan jiwa kronis, harus dirawat di rumah sakit selama enam bulan terus-menerus atau dua kali satu tahun.

v. **Harga diri rendah**

Harga diri yang rendah ini terutama muncul dalam identitas dan perilaku. Pasien menganggap dirinya tidak mampu untuk mengatasi kekurangan, takut gagal, dan tidak berani mencapai sukses.

vi. **Motivasi**

Pasien gangguan jiwa kronis mempunyai pengalaman gagal berulang dan menganggap pengalaman baru sebagai sumber kegagalan bukan kesempatan untuk sukses. Keadaan ini tidak memotivasi pasien untuk mencoba pengalaman baru dan membuat pasien menjadi kronis.

vii. **Kekuatan**

Kekuatan, kemampuan atau ketrampilan yang dimiliki dan pernah digunakan pasien, perlu distimulasi kembali untuk meningkatkan fungsi pasien sedapat mungkin (Kelliat, 1996).

7. Erupsi Gunung Merapi

Gunung Merapi merupakan Gunung api yang menunjukkan gejala vulkanisme paling aktif di dunia. Gunung api ini terletak di bagian sentral Pulau Jawa, dan secara administratif terletak di Kabupaten Sleman yang terbagi ke dalam beberapa wilayah. Sebelah selatan termasuk ke dalam wilayah Kabupaten Sleman Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, sebelah utara termasuk ke dalam wilayah Kabupaten Boyolali, sebelah barat termasuk ke dalam wilayah Kabupaten

Magelang dan sebelah timur-tenggara termasuk ke dalam Kabupaten Klaten. Tiga kabupaten yang terakhir termasuk Provinsi Jawa Tengah. Jumlah penduduk dari 4 kabupaten di sekitar Gunung Merapi tercatat sebanyak 3.921.507 jiwa (BPS, 2001)

Gunung Merapi adalah salah satu dari 129 Gunung Api Aktif dan satu dari 15 Gunung Api Kritis atau sangat potensial untuk meletus (Direktorat Vulkanologi, 1979).

Peningkatan status gunung Merapi dari "normal aktif" menjadi "waspada" pada tanggal 20 September 2010. Pada tanggal 26 Oktober 2010 pukul 17.02 WIB Gunung Merapi meletus, yang terletak di wilayah kabupaten yaitu Kabupaten Magelang, Kabupaten Klaten dan Kabupaten Boyolali di Provinsi Jawa Tengah serta Kabupaten Sleman di Provinsi DI Yogyakarta. Pada tanggal 5 November 2010 pukul 01.00 - 06.00 terjadi erupsi lanjutan yang lebih besar daripada erupsi pertama dengan radius luncuran awan panas semakin jauh sehingga menimbulkan korban meninggal dan luka-luka.

Hingga tanggal 4 Desember 2010 WIB Pusat Vulkanologi dan Mitigasi Bencana Geologi melaporkan bahwa status aktivitas gunung Merapi masih sudah mulai menurun, maka status aktivitas gunung Merapi ditetapkan pada tingkat SIAGA (level 3). Ancaman bahaya langsung berupa awan panas dalam skala kecil dan ancaman tidak langsung berupa lahar.

Perkembangan permasalahan kesehatan akibat meletusnya Gunung Merapi yang terletak di Kabupaten Magelang, Kabupaten Klaten dan Kabupaten Boyolali di Provinsi Jawa Tengah serta Kabupaten Sleman di Provinsi D.I. Yogyakarta,

berdasarkan informasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten terkait, Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta dan PPK Regional Jawa Tengah pada tanggal 5 Desember 2010 sampai pukul 21.30 WIB sebagai berikut :

Total korban meninggal sebanyak : 370 orang (Luka Bakar : 197 orang dan Non luka bakar : 173 orang). Jumlah korban yang dirawat inap/luka berat kumulatif sebanyak 3.095 orang (Luka Bakar : 274 orang dan Non Luka Bakar : 2.821 orang). Korban yang masih menjalani rawat inap sebanyak 178 orang. Jumlah korban luka ringan/dirawat jalan kumulatif sebanyak 61.229 orang (Depkes, 2010).

8. Bencana Alam sebagai Stressor Timbulnya Gangguan Jiwa

Bencana alam adalah salah satu stressor psikososial yang digolongkan sebagai malapetaka. Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang dan memerlukan adaptasi atau penanggulangan terhadap stres yang timbul. Stres adalah respon terhadap stressor. Stressor ini dapat berupa trauma yang diakibatkan oleh berbagai faktor yang menimbulkan respon stres pada tubuh (Idiani, 2002).

Trauma terjadi secara mendadak dan luar biasa. Peristiwa yang terjadi memaksa seseorang untuk menguasai dan menghadapi perasaannya. Trauma adalah kejadian yang tidak dapat dipertimbangkan, kengerian dan terkejut bercampur menjadi satu dalam peristiwa yang terjadi dalam waktu yang singkat. Bencana yang terjadi begitu cepat membuat para korban merasa bingung. Timbulnya perilaku-perilaku aneh sangat beralasan, bukan hanya dikarenakan terjadinya bencana alam melainkan karena begitu banyaknya penderitaan yang

dialami. Bencana yang mengakibatkan hilangnya kepemilikan materi dan keluarga dalam sekejap, apalagi dalam jumlah besar, sangat potensial menggoreskan trauma yang sangat dalam bagi orang dewasa, khususnya anak-anak. Mereka yang merasakan penderitaan ini sangat wajar jika mengalami gangguan seperti bingung, sedih, takut dan merasa kehilangan (Monahan, 1993).

Terdapat beberapa gejala stres pasca trauma, yaitu respon emosi yang tumpul, lepas atau berkurang, merasa bahwa dirinya tidak nyata, tidak mampu mengingat bagian yang penting dari peristiwa traumatik itu sendiri.

Tekanan lingkungan yang telah hancur dapat menjadi faktor stres pasca trauma seperti akibat suatu bencana, seperti hancurnya rumah akibat bencana gempa bumi, banjir, tsunami, kerusuhan. Kematian seseorang yang dicintai, dapat menjadi faktor penyebab terjadinya stres pasca trauma seperti kematian orang tua, adik, kakak, saudara, kakek, nenek. Kecelakaan dapat menjadi faktor penyebab stress pasca trauma karena dari kecelakaan tersebut seseorang atau kelompok yang mengalami seperti kecelakaan kapal laut maka tidak mau lagi menaiki atau menggunakan jasa kapal laut. Bencana alam (gempa bumi, angin puyuh, letupan gunung berapi, dan sebagainya) menyebabkan seseorang atau kelompok dapat mengalami stress pasca trauma setelah mengalami bencana alam (Naqiyah, 2006).

B. Kerangka Konsep

