

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Definisi

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III) skizofrenia merupakan sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, tak selalu bersifat kronis, dan tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Eugen Bleuler (1857-1939) adalah orang yang pertama kali mencetuskan istilah *scizofrenia*, yang menggantikan menggantikan *demensia prekoks* dalam literatur. *Skisme* sendiri diartikan sebagai perpecahan antara pikiran, emosi, dan perilaku pada pasien dengan gangguan ini. Bleuler menyatakan beberapa gejala fundamental yang terkait dengan skizofrenia. Gejala tersebut meliputi gangguan asosiasi, gangguan afektif, autisme, dan ambivalensi yang dirangkum menjadi empat A: asosiasi, afek, autisme dan ambivalensi (Sadock, et al., 2015).

Menurut Ming. T, Tsuang pada bukunya (Tsuang, et al., 2011) kata “scizofrenia” dan “scizofrenic” biasanya disalah artikan dalam percakapan sehari-hari dan di media berita. Sebagian besar dari mereka

mengartikan skizofrenia sebagai orang-orang yang berbeda dari orang normal karena memiliki gangguan tingkah laku, karakter, dan sakit secara mental. Sebagai contoh, orang yang tidak bisa mengambil keputusan atau tidak bisa membedakan antara perasaan benci dan cinta untuk alasan tertentu bisa saja di 'lebel' sebagai *scizofrenic*. Di beberapa negara, terutama di masa lalu, skizofrenia di artikan sebagai 'pengaruh' roh jahat atau, ironisnya, sebagai indikator dari tingkat superioritas suatu agama. Orang dengan skizofrenia biasanya dihukum atau dipuja tergantung dari kepercayaan dan kultur suatu tempat.

Miskonsepsi yang paling sering mengenai skizofrenia sekarang adalah orang-orang yang kepribadiannya lebih dari satu/multipel. Tentu saja ini tidak benar, namun ironisnya sampai beberapa dekade yang lalu miskonsepsi ini masih sering digunakan di dunia kedokteran, psikologi, dan sosiologi. Penggunaan kata yang sebetulnya tepat untuk skizofrenia adalah untuk mendiagnosis suatu kondisi mental yang kompleks dan spesifik, serta mencakup kriteria-kriteria tertentu. Miskonsepsi ini juga sangat mempengaruhi tindakan-tindakan medis yang akan dijalankan untuk mengobati pasien. Penggunaan kata "skizofrenia" yang tepat memiliki fungsi yang sangat penting dan krusial untuk menentukan penyebab penyakit, perjalanan gangguan mental dan pengobatan klinis pasien (Tsuang, et al., 2011).

b. Epidemiologi

1) Secara Umum

Skizofrenia adalah masalah kesehatan masyarakat yang mempengaruhi populasi dunia secara global. Data epidemiologis sejak dua dekade yang lalu menyebutkan perkiraan kejadian skizofrenia adalah 1-2 permil populasi, namun penelitian WHO sekarang menampilkan bahwa angka ini sudah meningkat menjadi 1-3% populasi umum (Tsuang, et al., 2011). Efek kepadatan penduduk sejalan dengan pengamatan prevalensi skizofrenia. Kota dengan lebih dari 1 juta orang penduduk memiliki tingkat kejadian skizofrenia yang lebih tinggi daripada kota dengan penduduk 100.000-500.000. Pengamatan ini menyatakan bahwa stressor sosial di suasana perkotaan mempengaruhi timbulnya skizofrenia pada orang yang berisiko (Sadock, et al., 2015).

2) Berdasarkan umur, jenis kelamin, dan genetik.

Menurut DSM-IV-TR, insidensi tahunan skizofrenia berkisar antara 0,5 sampai 5,0 per 10.000 dengan beberapa variasi geografik. Angka kejadian pada pria setara dengan wanita, tetapi kedua jenis kelamin tersebut berbeda awitan dan perjalanan penyakitnya. Awitan terjadi lebih dini pada pria dibanding wanita yaitu sekitar umur 8 sampai 25 tahun pada pria dan umur 25 sampai 35 tahun pada wanita (Sadock, et al., 2015). Faktor genetik juga berperan dalam prevalensi skizofrenia. Beberapa penelitian

tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia telah banyak dilakukan. Prevalensi angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8%; bagi saudara kandung adalah 7-15%; bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia adalah 7-16%; bagi kedua orang tua menderita skizofrenia 40-60%; bagi kembar dua telur (heterozigot) adalah 2-15%; bagi kembar satu telur (monozigot) adalah 61-86% (Maramis, 2009)

3) Infeksi dan musim saat lahir

Penelitian menemukan hipotesis kuat bahwa orang-orang yang mengalami skizofrenia kemungkinan besar dilahirkan pada akhir musim semi dan musim panas. Pada belahan bumi utara, termasuk di Amerika Serikat, orang dengan skizofrenia lebih sering dilahirkan pada bulan Januari sampai April. Pada belahan bumi selatan, orang dengan skizofrenia lebih sering dilahirkan pada bulan Juli sampai September. Faktor resiko musim, seperti virus atau menu makanan tiap musim, mungkin berlaku dalam hal ini (Sadock, et al., 2015).

Data epidemiologis menunjukkan adanya hubungan antara tingginya insiden skizofrenia setelah paparan influenza pra-lahir. Beberapa studi menunjukkan bahwa frekuensi skizofrenia meningkat setelah terpapar influenza (Sadock, et al., 2015).

4) Faktor sosioekonomik dan kultural

Skizofrenia digambarkan terdapat pada semua kebudayaan dan status kelompok sosioekonomi. Di negara maju, jumlah pasien skizofrenik yang tidak seimbang berada pada kelompok sosioekonomik lemah.

a) Ekonomi

Skizofrenia muncul di fase awal kehidupan dan masa produktif seseorang, maka penyakit ini mengakibatkan gangguan yang signifikan dan berkepanjangan (Sadock, et al., 2015). Pasien skizofrenia membutuhkan biaya yang tinggi untuk proses pengobatan di rumah sakit, rehabilitasi, dan layanan dukungan. Estimasi total biaya pasien skizofrenia jika dikombinasikan bahkan mencapai angka setinggi pengobatan penyakit cancer. Beberapa penelitian di Amerika Serikat juga menunjukkan bahawa 15-45% penderita skizofrenia adalah gelandangan.

b) Kultur

Penduduk Indonesia masih banyak yang tidak tahu bahwa skizofrenia adalah gangguan medis. Banyak orang yang mengira bahwa gejala pada skizofrenia terjadi karena hal-hal gaib. Yang umum ditemui, penderita skizofrenia atau keluarga penderita mengira mendapatkan guna-guna dari luar sehingga penderita biasanya dibawa ke orang pintar atau penyembuh

alternatif. Mereka menganggap gejala-gejala seperti halusinasi, ilusi, waham, dan proses pikir yang terganggu bukanlah gangguan medis.. Banyak dari masyarakat, terutama di pedesaan masih belum mengerti bahwa penyebab dari gejala-gejala psikotik tersebut muncul akibat ketidakseimbangan neurotransmitter berupa dopamin di otak.

c) Rawat Inap

Perkembangan obat anti psikotik yang efektif dan perubahan pendekatan dalam teknik pengobatan serta pengklasifikasian orang dengan gangguan mental yang lebih baik selama beberapa dekade telah merubah pola rawat inap pasien skizofrenia (Sadock, et al., 2015). Walaupun perkembangan pengobatan antipsikotik telah sangat signifikan, tetapi angka kemungkinan kekambuhan pasien skizofrenia setelah 2 tahun rawat inap pertama selesai masih sangat tinggi, angka ini mencapai 40-60% . Kekambuhan meningkatkan beban pengasuh dan menambah beban ekonomi yang signifikan pada keluarga dan lingkungan sosial pasien skizofrenia (Boyer, 2013).

c. Etiologi

Skizofrenia didiskusikan seolah-olah sebagai suatu penyakit tunggal namun katagori diagnostiknya mencakup sekumpulan gangguan, mungkin dengan kausa yang heterogen, tapi dengan gejala perilaku yang sedikit banyak yang serupa (Sadock, et al., 2015)

Menurut Kaplan & Sadock (2015) faktor-faktor yang menyebabkan skizofrenia, antara lain :

1) Faktor Genetik

Dapat dipastikan bahwa terdapat kontribusi genetik pada beberapa, atau seluruh bentuk skizofrenia. Sebagai contoh, pada individu yang memiliki saudara dengan kelainan skizofrenia akan memiliki kemungkinan yang lebih tinggi untuk terpapar skizofrenia juga daripada individu yang tidak memiliki saudara dengan skizofrenia. Kemungkinan tersebut berhubungan dengan tingkat kedekatan individu dan saudaranya yang menderita skizofrenia. Pada kasus kembar monozigotik yang memiliki gen identik, terdapat kemungkinan 50% untuk menderita skizofrenia jika saudaranya menderita skizofrenia.. Tingkat ini 4 sampai 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kemungkinan yang ditemukan di saudara tingkat pertama lainnya (saudara, orang tua, atau keturunan “tiri”). Peran faktor genetik ini lebih jauh merefleksikan penurunan angka kejadian skizofrenia pada saudara tingkat kedua dan tingkat ketiga. Pada studi terhadap kembar monzigotik yang diadopsi,

kembar yang dibesarkan orangtua asuh tampak mengalami skizofrenia dalam jumlah yang sama dengan kembarnya yang dibesarkan oleh orangtua biologisnya. Temuan ini mengemukakan bahwa pengaruh genetik berpengaruh besar dalam kemungkinan terjadinya skizofrenia, namun faktor lingkungan juga harus terlibat dalam menentukan terjadinya skizofrenia.

Beberapa penemuan juga menunjukkan usia ayah memiliki hubungan dalam kemungkinan terjadinya skizofrenia. Pada penelitian pasien skizofrenia tanpa riwayat sakit baik dalam garis keturunan ayah ataupun ibu, ditemukan fakta bahwa mereka yang lahir dari ayah dengan usia lebih tua dari 60 tahun memiliki kemungkinan menderita skizofrenia juga. Mungkin, spermatogenesis yang buruk ditemukan pada pria yang lebih tua daripada pria yang lebih muda.

2) Faktor Biokimia

a) Hipotesis Dopamin

Hipotesis ini menyatakan bahwa skizofrenia timbul akibat aktivitas dopaminergik yang berlebihan. Teori ini berkembang berdasarkan dua pengamatan. Pertama, kemanjuran serta potensi sebagian besar obat antipsikotik (yaitu, antagonis reseptor dopamin), berkorelasi dengan kemampuannya bertindak sebagai antagonis reseptor dopamin tipe 2 (D₂). Kedua, obat yang meningkatkan aktivitas dopaminergik, yang

terkenal adalah amfetamin, bersifat psikotomimetik. Teori dasar ini tidak menguraikan apakah hiperaktivitas dopaminergik disebabkan pelepasan dopamin yang berlebihan, reseptor dopamin yang terlalu banyak, hipersensitivitas reseptor dopamin terhadap dopamin, atau kombinasi mekanisme tersebut. Jalur dopamin di otak yang terlibat juga tidak dirinci dalam teori ini, meski jalur mesokortikal dan mesolimbik paling sering disebut. Peran signifikan dopamin dalam patofisiologi skizofrenia sejalan dengan studi yang mengukur konsentrasi plasma metabolit utama dopamin, asam homovalinat. Studi melaporkan adanya korelasi positif antara konsentrasi asam homovanilat dan tingkat keparahan gejala yang timbul pada pasien. Penurunan asam homovalinat berkorelasi dengan perbaikan gejala pada setidaknya beberapa pasien (Sadock, et al., 2015).

b) Norepinefrin.

Sejumlah peneliti melaporkan bahwa pemberian obat antipsikotik jangka panjang menurunkan aktivitas neuron noradrenergik di lokus seruleus dan bahwa efek terapeutik beberapa obat antipsikotik mungkin melibatkan aktivitasnya pada reseptor adrenergik alfa-1 dan adrenergik alfa-2. Meski hubungan antara aktivitas dopaminergik dan noradrenergik masih belum jelas, terdapat peningkatan jumlah data yang

menyatakan bahwa sistem noradrenergik memodulasi sistem dopaminergik dalam suatu cara sehingga abnormalitas sistem noradrenergik mempredisposisikan pasien untuk mengalami relaps yang sering (Sadock, et al., 2015).

c) Glutamat.

Glutamat telah terlibat karena konsumsi *phencyclidine*, antagonis glutamat, memproduksi sindrom akut yang serupa dengan skizofrenia. Hipotesis tentang glutamat termasuk hiperkatifitas, hipoaktifitas, dan *glutamate-induced neurotoxicity* (Sadock, et al., 2015).

d) Asetilkolin dan Nikotin.

Pada data *postmortem* (data yang diambil dari orang yang telah meninggal) pasien skizofrenia menunjukkan adanya penurunan kadar muskarinik dan reseptor nikotin di daerah putamen bagian kaudal, hipokampus, dan beberapa bagian *prefrontal cortex*. Reseptor-reseptor ini berperan penting dalam regulasi *neurotransmitter* yang berperan dalam kesadaran sebagai individu pada seorang, yang mengalami gangguan pada pasien skizofrenia (Sadock, et al., 2015).

d. Neuropathology

Pada abad ke-19, ahli neuropatologi tidak mampu menemukan dasar neuropatologi skizofrenia sehingga mereka mengklasifikasikan skizofrenia sebagai gangguan fungsional. Namun, pada akhir abad ke-

20 , para peneliti membuat suatu langkah signifikan dalam mengungkap dasar neuropatologi potensial skizofrenia, terutama di sistem limbik dan ganglia basalis, termasuk abnormalitas neuropatologi atau neurokimiawi di korteks serebri, talamus, dan batang otak. Berkurangnya volume otak yang dilaporkan secara luas terdapat pada otak skizofrenik tampaknya, merupakan akibat berkurangnya kepadatan akson, dendrit, dan sinaps yang memfasilitasi fungsi asosiatif otak. Densitas sinaptik paling tinggi pada usia 1 tahun, kemudian menurun hingga mencapai nilai dewasa pada awal masa remaja. Suatu teori, yang sebagian didasarkan pada pengamatan bahwa pasien sering menunjukkan gejala skizofrenia selama masa remaja, menyatakan bahwa skizofrenia timbul akibat pemangkasan sinaps yang berlebihan selama fase perkembangan ini (Sadock, et al., 2015).

1) Ventrikel Cerebri

Computed tomography (CT scan) dari pasien skizofrenia telah menunjukkan adanya pembesaran yang konsisten pada bagian lateral dan beberapa pengurangan volume kortikal. Penurunan volume zona abu-abu (*cortical gray matter*) terdapat pada fase awal skizofrenia. Beberapa investigasi telah dilakukan untuk menentukan apakah abnormalitas yang di deteksi *CT scan* tersebut bersifat progresif atau statis. beberapa penelitian telah menyimpulkan bahwa lesi yang ditemukan pada *CT scan* muncul pada fase awal penyakit dan tidak berkembang menjadi lebih

buruk. Namun, beberapa penelitian lain menunjukkan bahwa lesi tersebut berlanjut menjadi lebih buruk selama pasien menderita skizofrenia. Dengan demikian, apakah proses patologis yang aktif terus berkembang pada pasien skizofrenia masih belum pasti (Sadock, et al., 2015).

2) Sistem Limbik

Berkat perannya dalam pengendalian emosi, sistem limbik dihipotesiskan terlibat dalam dasar neuropatologi skizofrenia. Bahkan, area otak ini terbukti menjadi subyek studi neuropatologi paling subur untuk skizofrenia. Banyak studi sampel otak skizofrenik *postmortem* yang terkontrol baik menunjukkan adanya pengurangan ukuran regio yang meliputi amigdala, hipokampus, dan giru parahipokampus. Temuan neuro patologi ini sejalan dengan pengamatan yang diambil dari studi pencitraan resonansi magnetic (MRI) pasien skizofrenia. Dilaporkan pula adanya disorganisasi neuron di dalam hipokampus pasien skizofrenia (Sadock, et al., 2015).

3) Cortex Prefrontal

Terdapat penelitian *postmortem* yang mendukung ke tidak normalan di cortex prefrontal pada pasien skizofrenia. Telah ditemukan juga defisit fungsional pada wilayah prefrontal dari pencitraan otak dengan menggunakan MRI. Telah ditemukan juga

bahwa beberapa gejala skizofrenia memang sama dengan pasien dengan *lobotomies* atau sindrom frontal lobe.

4) Ganglia basalis

Ganglia basalis telah menjadi pusat perhatian teoritis skizofrenia setidaknya untuk dua alasan. Pertama, banyak pasien skizofrenia menunjukkan gerakan aneh, bahkan saat tidak ada gangguan pergerakan terinduksi obat (contohnya, diskinesia tarda). Gerakan aneh tersebut dapat mencakup cara berjalan yang ganjil, seringai wajah, dan stereotipi. Karena ganglia basalis terlibat dalam pengendalian gerakan, penyakit pada ganglia basalis disangkutkan dalam patofisiologi skizofrenia. Kedua, dari semua gangguan neurologis yang mungkin memiliki psikosis sebagai gejala terkait, gangguan pergerakan yang melibatkan ganglia basalis (sebagai contoh, penyakit huntington) adalah salah satu yang paling sering dikaitkan dengan psikosis pada pasien yang terkena. Studi neuropatologi tentang ganglia basalis menghasilkan laporan yang beragam dan inkonklusif mengenai hilangnya sel atau reduksi volume globulus pallidus dan substansia nigra. Sebaliknya, banyak studi yang menunjukkan adanya peningkatan jumlah reseptor dopamin tipe 2 di nukleus kaudatus, putamen, dan nukleus akumbens. Namun, pertanyaan yang tetap belum terjawab adalah apakah peningkatan tersebut terjadi sekunder setelah pasien menerima pengobatan antipsikotik. Sejumlah peneliti telah mulai

mempelajari sistem serotonergik di ganglia basalis; suatu peran serotonin dalam gangguan psikotik diusulkan berdasarkan kegunaan klinis obat antipsikotik dengan aktivitas serotonergic (contohnya, klocapin dan risperidon).

e. Metabolisme Otak

Beberapa penelitian menggunakan *magnetic resonance spectroscopy*, teknik untuk mengukur konsentrasi dari molekul-molekul spesifik pada otak, menemukan bahwa pasien dengan skizofrenia memiliki kadar phosphomonoester yang rendah dan inorganic phosphate, namun ditemukan pula tingginya kadar phosphodiester daripada orang normal. Selain itu, pada pasien skizofrenia juga ditemukan konsentrasi N-asetil aspartate (merupakan penanda neuron) yang juga lebih rendah pada hippocampus dan frontal lobus

f. Gejala-Gejala Skizofrenia

Bleuler membagi gejala-gejala skizofrenia menjadi 2 kelompok :

- 1) Gejala-gejala primer:
 - a) Gangguan proses pikir
 - b) Gangguan emosi
 - c) Gangguan kemauan
 - d) Autisme
- 2) Gejala-gejala Sekunder:
 - a) Waham

b) Halusinasi

c) Gejala Katatonik atau gangguan psikomotor yang lain.

Tsuang membagi dua gejala skizofrenia secara garis besar : gejala positif dan gejala negative (Tsuang, et al., 2011).

Gejala negatif muncul dan mendominasi pada fase ‘prodromal’ dan ‘residual’ dari skizofrenia. (Tsuang, et al., 2011). Gejala positif diartikan secara umum sebagai tingkah laku yang tidak ditemui di orang normal, sedangkan gejala negatif adalah gejala-gejala yang berhubungan dengan tingkah laku pasif pasien namun cenderung tidak terlihat dan diabaikan oleh orang-orang sekitar. Gejala positif muncul dan mendominasi tingkah laku pasien pada fase “aktif” skizofrenia. Fase aktif dari pasien biasanya berujung kepada rawat inap di rumah sakit atau dirujuk ke ahli karena mengganggu orang-orang di sekitar mereka. Sebagai contoh, pada pasien yang mengalami gejala delusi, dia berkata pada orang-orang di sekitarnya bahwa ia sedang dikejar-kejar oleh makhluk aneh dan meminta mereka menghentikan makhluk aneh tersebut dan menolongnya.

d) Gejala Negatif

Gejala Negatif Skizofrenia mencakup afek mendatar atau menumpul, miskin bicara (alogia) atau isi bicara, bloking, kurang merawat diri, kurang motivasi, anhedonia, dan

penarikan diri secara sosial (Neil A Rector, 2005). Gejala negatif dari pasien skizofrenia cenderung berkaitan dengan gangguan ekspresi emosi dan kurangnya kapasitas pasien untuk merespon lingkungan di sekitar pasien yang sebagian besar bersifat dinamis. (Moogeh Bahoroori., 2010)

e) Gejala Positif

Gejala-gejala ini meliputi delusi/waham, halusinasi, dan ilusi. Berdasarkan dari letak gangguan, gejala-gejala positif ini bisa diklasifikasikan sebagai :

- (1) Gangguan persepsi : Mengganggu persepsi, atau kemampuan untuk menyadari stimulus yang datang melalui indera.
- (2) Gangguan kognitif : Mempengaruhi pemrosesan informasi
- (3) Gangguan emosi atau motorik : Karena gejala-gejala ini sangat mudah untuk dikenali, bahkan oleh orang awam, gejala-gejala positif ini memiliki peran penting dalam membangun gambaran umum pasien skizofrenia.

Halusinasi auditorik adalah kelainan persepsi yang paling umum terjadi pada kasus skizofrenia (Tsuang, et al., 2011). Sering sekali, halusinasi auditori ini datang dalam bentuk suara-suara yang terkadang memberikan komentar dan menyisipkan persepsi tersendiri pada pasien skizofrenia. Bahkan terkadang muncul dalam bentuk

percakapan sehingga membuat pasien skizofrenia berkomunikasi secara konstan dengan halusinasi tersebut. Beberapa bentuk halusinasi lain diantaranya : Halusinasi visual, halusinasi penciuman (misanya mencium wewangian), ataupun halusinasi somatik yang merupakan persepsi pasien terhadap organ tubuhnya.

Membedakan antara halusinasi dan ilusi adalah hal yang sangat mendasar dalam memeriksa gejala-gejala skizofrenia. Halusinasi merupakan persepsi atau pengalaman yang timbul tanpa adanya suatu stimulus nyata, sedangkan ilusi diartikan sebagai persepsi yang muncul sebagai respon dari stimulus-stimulus tertentu (sebagai contoh, pasien skizofrenia menganggap takut dengan tali karena menganggap talisebagai ular).

Delusi/waham merupakan kepercayaan yang salah atau keyakinan palsu yang dianut pasien secara sadar tanpa adanya stimulus dari luar. (Maramis, 2009) Mayer-gross membagi waham dalam 2 kelompok, yaitu

- (4) Waham Primer : merupakan waham yang timbul secara tidak logis sama sekali, tanpa penyebab apa-apa dari luar. Sebagai contoh : seorang istri sedang berbuat serong akibat melihat cicak berjalann dan berhenti dua kali, atau seorang penderita skizofrenia berteriak “dunia akan

kiamat” akibat melihat sekore anjing mengangkat kaki terhadap sebatang pohon untuk kencing

- (5) Waham Sekunder : biasanya logis, dapat diikuti dan merupakan cara bagi penderita untuk menerangkan gejala-gejala skizofrenia lain.

Waham dinamakan menurut isinya : waham kebesaran atau expansif, waham nihilistik, waham kejaran, waham dosa, dan sebagainya

g. Pedoman Diagnostik Skizofrenia

Kriteria Diagnostik DSM-IV-TR Skizofrenia

- 1) Gejala karakteristik: Dua (atau lebih) poin berikut, masing-masing terjadi dalam porsi waktu yang signifikan selama periode 1 bulan (atau kurang bila telah berhasil diobati).
- 2) Disfungsi sosial/okupasional: Selama suatu porsi waktu yang signifikan sejak awitan gangguan, terdapat satu atau lebih area fungsi utama, seperti pekerjaan, hubungan interpersonal, atau perawatan diri, yang berada jauh di bawah tingkatan yang telah dicapai sebelum awitan (atau apabila awitan terjadi pada masa kanak-kanak atau remaja, kegagalan mencapai tingkat pencapaian interpersonal, akademik, atau okupasional yang diharapkan).
- 3) 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 (yaitu 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 dua atau lebih gejala yang terdaftar dalam Kriteria A yang muncul dalam bentuk yang lebih lemah (contoh,: keyakinan aneh, pengalaman perseptual yang tidak lazim).

- 4) Eksklusi gangguan mood dan *skizoafektif* : gangguan skizoafektif dan gangguan *mood* dengan ciri psikotik telah disingkirkan baik karena (1) tidak adanya episode depresif, manik atau campuran mayor yang terjadi bersamaan dengan gejala fase aktif; maupun (2) jika episode *mood* terjadi selama gejala fase aktif, durasi totalnya relatif singkat dibanding periode aktif dan residual.
- 5) Eksklusi kondisi medis/zat umum : gangguan tersebut tidak disebabkan efek fisiologis langsung suatu zat (cth., obat yang disalahgunakan, obat medis) atau kondisi medis umum
- 6) Hubungan antara gangguan perkembangan pervasif: jika terdapat riwayat gangguan autistik atau gangguan perkembangan pervasif lainnya, diagnosis tambahan skizofrenia hanya dibuat bila waham atau halusinasi yang prominen juga terdapat selama setidaknya satu bulan(atau kurang bila telah diobati)

h. Jenis-jenis Skizofrenia

Maramis membagi skizofrenia menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya (Maramis, 2009)

1) Skizofrenia *Simplex*

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis *simplex* adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis skizofrenia ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia makin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi pengangguran. Bila tidak ada orang yang menolongnya ia mungkin akan menjadi pengemis, pelacur, atau “penjahat” (Maramis, 2009)

2) Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid adalah tipe skizofrenia dimana pasien skizofrenia merasa dikejar-kejar orang dan akan dibunuh. Gejala-gejala yang mencolok adalah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Baru dengan pemeriksaan yang teliti ternyata ada juga gangguan proses berfikir, gangguan afek, emosi, dan kemauan. Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah umur 30 tahun. Permulaannya mungkin subakut, tetapi

mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan skizoid.

3) Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah : gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti *mannerism*, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik.

4) Skizofrenia Katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh-gelisah katatonik atau stupor katatonik. Gejala yang penting dari skizofrenia tipe ini berupa gejala-gejala psikomotor seperti mutisme, muka tanpa mimik seperti topeng, Stupor (suatu kondisi dimana penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang beberapa bulan), makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul di dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan

5) Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol.

Gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan dalam pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya rawat diri.

i. Manajemen Skizofrenia

Maramis (2009) menyatakan bahwa pengobatan pada pasien skizofrenia harus dilakukan secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan lebih besar penderita menuju ke kemunduran mental.

1) Farmakoterapi

Pengobatan antipsikotik, yang diperkenalkan awal 1950-an, telah merevolusi penanganan skizofrenia. Kurang lebih dua sampai empat kali lipat pasien mengalami relaps bila diobati dengan plasebo dibandingkan mereka yang diobati dengan obat antipsikotik. Namun obat-obat ini hanya menyembuhkan gejala, bukan menyembuhkan skizofrenia (Sadock, et al., 2015). Obat-obat tersebut, antara lain :

a) Antagonis Reseptor Dopamin.

Obat ini terutama digunakan untuk gejala-gejala positif skizofrenia. Obat ini memiliki persentase kecil untuk mengembalikan fungsi mental pasien skizofrenia. Obat ini juga memiliki efek samping mengganggu dan serius. Efek samping

yang paling sering mengganggu adalah akatisia dan gejala lirk-parkinsonian berupa rigiditas dan tremor.

b) Antagonis Serotonin-Dopamin (SDA).

Antagonis Serotonin-Dopamin (SDA) menimbulkan gejala ekstrapiramidal yang minimal atau tidak ada, berinteraksi dengan sub tipe reseptor dopamin yang berbeda dibanding antipsikoti standar, dan mempengaruhi baik reseptor glutamat maupun serotonin. Obat ini juga disebut *obat antipsikotik atipikal* yang tampaknya efektif untuk pasien skizofrenia dalam kisaran yang lebih luas dibanding agen antipsikotik antagonis reseptor dopamin yang tipikal. Golongan ini setidaknya sama efektifnya dengan haloperidol untuk gejala positif skizofrenia, secara unik efektif untuk gejala negatif skizofrenia.

Indikasi pemberian obat antipsikotik pada skizofrenia adalah untuk 2 tujuan yaitu: mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Pemilihan obat lebih banyak berdasarkan profil efek samping dan respons pasien pada pengobatan sebelumnya. Beberapa kondisi khusus dalam pemberian farmakoterapi, misal pada wanita hamil lebih dianjurkan haloperidol karena obat ini mempunyai data keamanan yang paling baik. Pada pasien yang sensitif terhadap efek samping ekstrapiramidal lebih baik diberi

antipsikotikatif, demikian pula pada pasien yang menunjukkan gejala kongnitif atau gejala negatif yang menonjol. Untuk pasien yang baru pertama kali mengalami episode skizofrenia, pemberian obat harus diupayakan agar tidak terlalu memberikan efek samping yang merugikan pada pasien.

2) Psikoterapi dan Rehabilitasi

Studi mengenai efek psikoterapi individual dalam penanganan skizofrenia telah memberikan data bahwa terapi ini bermanfaat dan bersifat tambahan terhadap efek terapi farmakologis (Sadock, et al., 2015). Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisis tidak membawa hasil yang diharapkan bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita skizofrenia karena justru menambah isolasi dan autisme. Yang dapat membantu penderita adalah psikoterapi suportif individual atau kelompok, serta bimbingan praktis dengan maksud mengembalikan penderita ke masyarakat (Maramis, 2009).

Teknik terapi perilaku kongnitif belakangan dicoba pada penderita skizofrenia dengan hasil yang menjanjikan. Terapi kerja sangat baik untuk mendorong penderita bergaul dengan orang lain, penderita lain, perawat dan dokter dengan tujuan agar pasien tidak lagi mengasingkan diri. Perlu juga diperhatikan lingkungan penderita. Bila mungkin, diatur sedemikian rupa sehingga ia tidak

mengalami stres terlalu banyak. Lingkungan sekitar yang tidak stabil serta hostilitas dan ikut campur emosional yang dialami pasien dari orang-orang yang dekat dengannya akan membawa resiko tinggi untuk kambuh. Untuk itu terapi keluarga dapat bermanfaat

2. Kualitas Hidup

a. Definisi

Kualitas hidup merupakan konsep yang kompleks dan multidimensional. Mendefinisikan kualitas hidup cukup sulit karena bersifat subjektif untuk setiap individu. Kualitas hidup mendeskripsikan istilah yang merujuk pada emosional, sosial, dan kesejahteraan fisik seseorang, juga kemampuan mereka untuk berfungsi dalam kehidupan sehari-hari (Bagheri, 2005). Tidak ada konsep tunggal dan universal mengenai definisi dari kualitas hidup. Walaupun demikian, definisi kualitas hidup menurut WHO berfokus pada evaluasi subjektif seseorang yang berbeda antara tiap individu. Kualitas hidup merupakan konsep tingkatan, terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik seseorang, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial dan hubungan mereka kepada karakteristik lingkungan mereka. (Cardoso, et al., 2005)

Kualitas hidup telah menjadi salah satu faktor independen yang berasosiasi dalam hasil terapi pada penyakit-penyakit mental. (Boyer, 2013). Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seperti

keuangan, kesehatan, keamanan, keadaan lingkungan, dan lain-lain. Kecukupan secara finansial tidak selalu berbanding lurus dengan kualitas hidup seseorang. Banyak faktor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, salah satunya adalah tingkat kesehatan mental seseorang. Penyakit psikologis secara signifikan mempengaruhi semua aspek kehidupan dari seseorang, dan juga berarti mempengaruhi kualitas hidup seseorang. (Sima Farid Kian., 2014)

b. Cara pengukuran kualitas hidup

Instrumen-instrumen penilaian telah diciptakan untuk menilai kualitas hidup dan masing-masing memiliki domain-domain yang dinilai dan diantaranya ada yang digunakan untuk menilai kualitas hidup orang pada umumnya, sampai khusus untuk pasien tertentu beberapa contohnya adalah *the 36-item Short Form Health Survey(SF-36)*, *The World Health Organization Quality of Life (WHO-QOL)*, *Sickness Impact Profile*, *Quality of Well-Being Scale*, *Health Utilities Index Mark 3* dan *Euro Quality of Life(EQ-5D)*, sedangkan untuk pasien tertentu semisal KDQOL untuk pasien dengan gangguan ginjal dan SQLS (*Schizophrenia Quality of Life Scale*) untuk pasien skizofrenia. (Fayers & Hays, 2005)

Tabel 1. Contoh Instrumen Penilaian Kualitas Hidup.

No	Alat Ukur	Domain yang dinilai	Items
1	<i>The World Health Organization Quality of Life (WHO-QOL)</i> ,	Kesehatan fisik, kondisi psikologis, level ketidakbergantungan, hubungan sosial, karakteristik lingkungan dan penekanan spiritual	100
2	<i>THE World Health Organization Quality of Life-BREF (WHO-QOL BREF)</i>	Kesehatan fisik, kondisi psikologis, hubungan sosial, lingkungan	26
3	<i>Short Form Health Survey (SF-36)</i>	Fungsi Fisik, Keterbatasan Peran akibat masalah kesehatan, keterbatasan peran akibat masalah emosional, fungsi sosial, kesejahteraan emosional, energi atau kelelahan, nyeri, dan persepsi kesehatan secara umum	35
4	<i>Euro Quality of Life (EQOL-5D-30)</i>	Fungsi Fisik, Fungsi Peran, Fungsi Kognitif, Fungsi Emosional, Fungsi Sosial, Gejala, dan Dampak Finansial	30
5	<i>Lehman Quality of Life Interview (QoLI)</i>	Situasi hidup, hubungan keluarga, hubungan sosial, kegiatan rekreasi, keuangan, keamanan dan hukum, pekerjaan dan sekolah, kesehatan, agama, dan lingkungan	153
6	<i>Lehman Quality of Life Interview (QoLI) – Brief Version</i>	Situasi hidup, hubungan keluarga, hubungan sosial, kegiatan rekreasi, keuangan, keamanan dan hukum, pekerjaan dan sekolah, kesehatan, agama, dan lingkungan	74

(Ferrell & Coyle, 2010; Fayers & Hays, 2005; Cobb, et al., 2012; Sajatovic & Ramirez, 2012)

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi

Cardoso menjelaskan beberapa faktor atau variabel yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien skizofrenia (Cardoso, 2005), yaitu :

- 1) Variabel Sosio-Demografi, antara lain jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan dan tingkat penghasilan.
- 2) Variabel Klinis, antara lain penggunaan poli farmasi psikoaktif, efek samping obat yang dikonsumsi, terlambatnya mendapat pengobatan, dan agitasi selama wawancara.

Penelitian (Souza & Coutinho, 2006) juga menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penderita skizofrenia, yaitu :

- 1) Faktor Demografi

Faktor demografi yang mempengaruhi kualitas hidup pasien skizofrenia yaitu: jenis kelamin, onset usia, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan, dan tingkat pendidikan

- 2) Faktor Klinis

Faktor klinis yang mempengaruhi kualitas hidup adalah jenis dan dosis obat yang digunakan. Penderita Skizofrenia yang tinggal disuatu komunitas, dilihat dari gangguan fungsi sosial, biasanya memiliki kualitas hidup yang buruk, dibandingkan dengan orang yang sehat.

d. Kualitas hidup pasien skizofrenia

Penelitian tentang kualitas hidup seseorang dengan gangguan skizofrenia mulai mendapat perhatian, saat kepedulian tentang pengaruh penyakit mental kronis dalam masyarakat mulai meningkat. Kualitas hidup telah diakui di dunia psikologi bersama dengan pendekatan tradisional dalam mengobati penyakit mental kronis.

Penelitian terakhir telah menunjukkan bahwa tingkat kualitas hidup telah menjadi faktor independen dalam hasil akhir dari penyakit-penyakit kronis (Boyer, 2013). Pendekatan dengan mengukur kualitas hidup pasien dapat menjadi faktor penentu dalam menentukan strategi treatment pasien.

Jenis-jenis terapi baru, farmakologis maupun non-farmakologi terapi mulai berfokus pada lapangan baru yaitu untuk meningkatkan kualitas hidup orang dengan skizofrenia. Hal ini mulai diakui di seluruh dunia (Moogeh Bahoorori., 2010).

Maramis (2009) menyebutkan, dahulu bila diagnosa skizofrenia dibuat maka ini berarti sudah tidak ada harapan lagi bagi orang yang bersangkutan, bahwa kepribadiannya selalu akan menuju ke arah kemunduran mental (detoriasi mental). Dan apabila seorang dengan skizofrenia kemudian menjadi sembuh, maka diagnosanya harus diragukan. Sekarang dengan pengobatan modern ternyata, bahwa bila penderita itu datang berobat dalam tahun pertama setelah serangan pertama, maka kira-kira sepertiga dari mereka akan sembuh sama sekali (*full remission* atau *recovery*). Sepertiga yang lain dapat dikembalikan ke masyarakat walaupun masih didapati cacat sedikit dan mereka masih sering diperiksa dan diobati selanjutnya (*social recovery*) (Maramis, 2009)

3. Faktor Demografi

Demografi berasal dari kata Yunani, yaitu demos yang berarti rakyat atau penduduk dan graphein yang berarti menggambar atau menulis. Oleh karena itu, demografi dapat diartikan sebagai tulisan atau gambaran tentang penduduk, terutama tentang kelahiran, perkawinan, kematian, dan migrasi.

George w. Barclay (1970) mendefinisikan demografi sebagai ilmu yang memberikan gambaran secara statistik tentang penduduk. Demografi mempelajari perilaku penduduk secara menyeluruh bukan perorangan. Faktor-faktor demografi yang mempengaruhi tinggi rendahnya statistik data penduduk , yaitu : fertilitas, mortalitas, dan migrasi; yang pada gilirannya menyebabkan perubahan pada jumlah, struktur, dan persebaran penduduk. (Barclay, 1958)

Beberapa faktor demografi yang berpengaruh pada pasien skizofrenia antara lain :

a. Jenis Kelamin

Prevalensi skizofrenia pada pria dan wanita sama. . Namun, kedua jenis kelamin tersebut berbeda awitan dan perjalanan penyakitnya. Awitan terjadi lebih dini pada pria dibanding wanita yaitu sekitar umur 8 sampai 25 tahun pada pria dan umur 25 sampai 35 tahun pada wanita (Sadock, et al., 2015). Faktor genetik juga berperan

dalam prevalensi skizofrenia. Beberapa penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia telah banyak dilakukan. Prevalensi angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8%; bagi saudara kandung adalah 7-15%; bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia adalah 7-16%; bagi kedua orang tua menderita skizofrenia 40-60%; bagi kembar dua telur (heterozigot) adalah 2-15%; bagi kembar satu telur (monozigot) adalah 61-86% (Maramis, 2009)

b. Usia

Sebagian besar pasien skizofrenia memiliki awitan di usia produktif, sekitar umur 15-55 tahun (Sadock, et al., 2015). Hal ini tentu akan membebankan keluarga dan lingkungan sosial dari pasien skizofrenia mengingat tidak hanya biaya pengobatan skizofrenia saja yang tinggi, namun juga pasien tidak bisa bekerja di usia produktifnya akibat skizofrenia. Skizofrenia menimbulkan beban bagi pemerintah, keluarga serta masyarakat oleh karena produktivitas pasien menurun dan akhirnya menimbulkan beban biaya yang besar bagi pasien dan keluarga (Kementrian Kesehatan, 2013). Menurut sudut pandang pemerintah, gangguan ini menghabiskan biaya kesehatan yang besar. Gangguan skizofrenia yang muncul pada usia produktif dicirikan sebagai skizofrenia awitan-awal (Ingram, 1995). Hampir 90 persen pasien yang mejalani pengobatan skizofrenia berusia antara 15-55 persen (Sadock, et al., 2015). Sampai saat ini, sebagian besar

penelitian skizofrenia difokuskan terutama pada pasien yang lebih muda. Akan tetapi, pergeseran demografi, yang menciptakan populasi yang jauh lebih besar pada usia senior, telah membantu untuk menumbuhkan minat penelitian pada orang yang lebih dewasa dengan skizofrenia. Diperkirakan bahwa sampai dengan 0,5% dari orang tua berusia lebih dari 65 tahun memiliki skizofrenia. (Wetherel & Jeste, 2011) Jumlah kelahiran yang konstan di beberapa negara-negara berkembang juga memastikan bahwa jumlah penduduk senior akan terus bertambah besar di masa mendatang, statistik ini diperkirakan akan meningkat secara substansial selama 30 tahun ke depan. Berdasarkan penelitian, kedua jenis onset usia dari skizofrenia memiliki faktor resiko yang sama untuk terkena skizofrenia.

c. Tingkat pendidikan

Pendidikan adalah proses dimana seseorang belajar melalui masyarakat, melalui sekolah, perguruan tinggi, universitas dan lembaga lainnya yang dengan sengaja menyalurkan warisan budaya dan akumulasi pengetahuan serta nilai-nilai dan keterampilan untuk generasi selanjutnya (Union, 2013). Pendidikan merupakan sarana strategis untuk meningkatkan kualitas seseorang, juga suatu bangsa. Selain sebagai suatu sarana sosial, pendidikan juga merupakan salah satu dasar dari penentu kualitas hidup seseorang. Individu dengan kemampuan yang terbatas/edukasi yang rendah serta kompetensi yang kurang akan tersisih dari kompetisi pekerjaan dan memiliki prospek

ekonomi yang buruk. Berdasarkan penelitian, individu yang keluar dari sekolah sejak dini akan menghadapi resiko normatif dari masyarakat disekitarnya seperti dikucilkan karena kemampuannya yang berkurang, juga menghadapi resiko kemiskinan yang lebih tinggi (Union, 2013). Individu dengan pendidikan yang rendah juga akan berkurang partisipasinya dalam kehidupan sipil dan politik di masyarakat. Sebagian besar pasien skizofrenia mengalami kegagalan dalam mencapai tingkat pendidikan yang lebih tinggi, pekerjaan atau pernikahan (Judy M. Versola-Russo, 2006). Pencapaian pendidikan yang lebih rendah sangat berhubungan dengan pasien skizofrenia. Hal ini diakibatkan berkurangnya kemampuan memperhatikan materi edukasi pada pasien, juga kesulitan dalam mempelajari hal-hal yang baru, kondisi kelainan neurologis yang mayor, atau onset penyakit yang kurang dari 18 tahun (Tsuang, 2001)

d. Status Pekerjaan

Kondisi pengangguran merusak kesehatan populasi secara umum (Bartley, 1994), dan merupakan suatu kondisi yang wajar dialami oleh penderita gangguan jiwa, terlebih di negara berkembang. Sebagai contoh, di Inggris Raya sekitar 92% dari penderita skizofrenia adalah pengangguran (Birttain, 2015) Banyak faktor yang menjadi penyebabnya, namun yang paling utama adalah kondisi psikotik pasien skizofrenia yang cenderung susah untuk di kontrol. Pasien-pasien dengan skizofrenia lebih sulit untuk beradaptasi dengan kondisi yang

penyakit jiwa yang penuh tekanan dalam dunia kerja. Kondisi waham ditambah dengan ilusi serta halusinasi yang muncul ketika gejala psikis datang cenderung mengakibatkan impuls spontan yang mengganggu berbagai jenis area pekerjaan (Steven Marwaha, 2004). Penelitian menunjukkan bahwa 70%/mayoritas pasien skizofrenia tidak memiliki pekerjaan (Thornicroft G, 2004), padahal jika kita selidiki lebih lanjut berdasarkan uji epidemiologi WHO 2004 sesungguhnya Indonesia menduduki peringkat pertama dengan DALY rate sekitar 321.870 untuk prevalensi skizofrenia (Organization, 2011). Penelitian Mallett *et al* tahun 2002 menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan timbulnya skizofrenia (Mallet R, 2002). Menurutnya orang yang tidak bekerja mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mengalami skizofrenia dibandingkan orang yang bekerja. Orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stress, hal ini berhubungan dengan tingginya kadar hormon stress (kadar *cathecholamine*) dan mengakibatkan ketidakberdayaan. Orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap masa depan dan lebih memiliki semangat hidup yang besar dibandingkan dengan orang yang tidak bekerja (Kessler RC, 2006)

e. Status Pernikahan

Pernikahan telah menjadi faktor penting yang berkaitan dengan kualitas hidup, onset dari timbulnya depresi, dan keparahan gejala depresi (Grove, et al., 1983). Skizofrenia memiliki kaitan yang erat

dengan memburuknya fungsi-fungsi sosial individu. Sudah banyak penelitian-penelitian yang mencoba untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan seperti : ‘Apakah pasien skizofrenia (terutama pria) yang terkontrol akan menikah secara normal sekali dalam hidupnya ?’ atau ‘Apakah status lajang meningkatkan resiko timbulnya skizofrenia ?’ dan ‘Apakah status lajang memberikan faktor resiko memburuknya *outcome* pada pasien skizofrenia?’

Status lajang pada pasien skizofrenia banyak dihubungkan dengan gejala-gejala klinis seperti rawat inap (Sanguinetti, et al., 1996), bunuh diri (Harkavy Friedman, et al., 1999), rendahnya kualitas hidup (Cardoso, et al., 2005), depresi dan profil simtom yang tidak stabil (Thara & Srinivasan, 1997), serta kegagalan fungsi sosial (Ganev, 2000).

C. Hipotesis

Berdasarkan uraian di atas, hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan antara faktor-faktor demografi yang diuji (jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, Status Pekerjaan dan status pernikahan) dengan kualitas hidup pasien skizofrenia