

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia adalah penyakit kejiwaan serius yang ditandai dengan munculnya gejala positif, negatif dan kognitif yang mempengaruhi hampir semua aspek aktivitas mental, termasuk persepsi, perhatian (atensi), ingatan serta emosi (Lieberman, *et al.*, 2012). Skizofrenia bersifat kronik dan sebagian besar penderita akan menderita kecacatan sepanjang hidupnya (Moore, 2008), serta memiliki karakteristik yaitu adanya periode remisi dan eksaserbasi (Townsend, 2015). Gejala-gejala pada pasien skizofrenia berhubungan dengan berbagai tingkat gangguan sosial dan fungsional yang persisten (Lieberman, *et al.*, 2012).

2. Epidemiologi

a. Usia dan Jenis Kelamin

Awitan terjadi lebih dini pada pria dibandingkan wanita. Usia puncak awitan adalah 10-25 tahun untuk pria dan 25-35 tahun untuk wanita. Wanita memiliki dua puncak distribusi usia, yaitu kurang lebih 3-10% wanita mengalami awitan penyakit di usia paruh baya yakni diatas usia 40 tahun (Sadock, *et al.*, 2015).

Pasien yang mengalami pengobatan skizofrenia hampir 90% berusia antara 15-55 tahun, awitan skizofrenia dibawah 10 tahun dan diatas 60 tahun sangat jarang. Awitan yang terjadi setelah usia 45 tahun memiliki istilah tersendiri yaitu skizofrenia awitan-lambat (Sadock, *et al.*, 2015)

Insidensi pada keduanya seimbang, walaupun pria cenderung memiliki awitan yang lebih awal daripada wanita dan derajat penyakit yang lebih parah (Semple & Smyth, 2013), namun ada sebuah *systematic review* menunjukkan sebaliknya, yaitu bahwa insidensi pada pria lebih besar dibandingkan wanita dengan rata-rata rasio pria dibandingkan wanita 1.4:1 (McGrath, *et al.*, 2008).

Wanita cenderung memiliki derajat penyakit yang lebih ringan, gejala negatif yang lebih sedikit dan hasil akhir yang lebih baik daripada pria (Murray, *et al.*, 2008), selain itu data juga menunjukkan bahwa wanita lebih cenderung memiliki kemampuan fungsi sosial yang lebih baik daripada pria sebelum awitan penyakit (Sadock, *et al.*, 2015).

b. Insidensi

Insidensi adalah perkiraan jumlah kasus awitan-pertama suatu penyakit dalam populasi tertentu per 1000 orang yang beresiko (Sadock, *et al.*, 2009). Insidensi skizofrenia diseluruh dunia diperkirakan 0,2 – 0,8% per tahun (Maramis & Maramis, 2009),

sedangkan insidensi skizofrenia di Amerika dan Britania Raya adalah 0,15% per tahun (Semple & Smyth, 2013).

Data WHO (2004) menunjukkan bahwa terdapat 26,3 juta penderita Skizofrenia di dunia, termasuk 6,2 juta yang berasal dari Asia Tenggara yang menempati peringkat kedua tertinggi didunia setelah Pasifik Barat. Sedangkan di Indonesia, berdasarkan data dari 33 Rumah Sakit Jiwa (RSJ) di seluruh Indonesia disebutkan bahwa jumlah penderita gangguan jiwa berat mencapai 2,5 juta orang (Utomo, 2013).

c. Prevalensi

Prevalensi adalah perkiraan jumlah kasus per 1000 orang yang beresiko pada suatu populasi pada waktu tertentu (*point prevalence*) atau selama periode tertentu (*period prevalence*) (Sadock, *et al.*, 2009). Prevalensi seumur hidup pasien skizofrenia sekitar 15-19/1000 penduduk dan prevalensi pada suatu waktu tertentu berkisar antara 2-7/1000 penduduk (Semple & Smyth, 2013). Data Riset kesehatan dasar (2013) menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat termasuk Psikosis dan Skizofrenia di Indonesia adalah 1,7 orang per mil (Riskesdas, 2013), artinya ada 1-2 penduduk dari 1000 penduduk yang menderita gangguan jiwa berat dan provinsi D.I.Y merupakan provinsi dengan penderita gangguan jiwa berat tertinggi di Indonesia dengan angka kejadian 2,7 orang per mil atau 2-3 penduduk per 1000 penduduk (Riskesdas, 2013).

d. Komorbiditas Medis

Gangguan medis yang serius lebih umum terjadi pada orang dengan skizofrenia dan berhubungan dengan peningkatan disabilitas, berkurangnya kualitas hidup, dan mortalitas dini (Mueser & Jeste, 2008). Penelitian menunjukkan hingga 80% dari semua pasien skizofrenia mengamali penyakit medis yang signifikan pada saat yang bersamaan dan bahwa hingga 50% kondisi ini mungkin tidak terdiagnosis (Sadock, *et al.*, 2015)

Kondisi medis yang umum terjadi pada pasien skizofrenia dibandingkan populasi umum meliputi, diabetes, PPOK, HIV/AIDS dan hepatitis B serta C (Mueser & Jeste, 2008), selain itu tuberkulosis, epilepsi, arteriosklerosis serta penyakit jantung iskemik juga umum terjadi (Semple & Smyth, 2013).

Data prevalensi menunjukkan, orang dengan skizofrenia hampir 75% memiliki kondisi medis penyerta, dan banyak dari mereka memiliki lebih dari satu gangguan medis, sekitar 33% Orang menderita diabetes, 25% menderita hipertensi dan 12,5% memiliki penyakit kardiovaskular lainnya, sedangkan orang dengan gangguan jiwa serius diperkirakan hampir 25% menderita PPOK, 25% terinfeksi virus hepatitis B, 20% terinfeksi virus hepatitis C dan paling tinggi hingga 25% terinfeksi HIV. Gangguan medis tersebut dihubungkan dengan faktor gaya hidup, seperti merokok, penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol, praktek hubungan seksual yang tidak aman, obesitas, diet

yang buruk, dan olahraga yang kurang, sebagai tambahannya pengobatan antipsikotik secara umum meningkatkan resiko bertambahnya berat badan atau penyakit medis, termasuk diabetes (Mueser & Jeste, 2008).

e. Angka Harapan Hidup

Pasien dengan skizofrenia diketahui memiliki angka harapan hidup lebih rendah dari orang normal yaitu sekitar 20% (Semple & Smyth, 2013) atau 11-20 tahun lebih rendah (Laursen, *et al.*, 2014). Angka harapan hidup yang menurun ini terkait dengan berbagai penyebab, salah satunya bunuh diri yang merupakan penyebab paling umum dari kematian pasien skizofrenia, terhitung 10-38% dari penyebab dari seluruh kematian pada pasien skizofrenia (Semple & Smyth, 2013).

f. Kecacatan

Data Beban Penyakit Dunia (*Global Burden Disease*) yang dilansir WHO menunjukkan, meskipun gangguan jiwa memiliki angka mortalitas dini atau *year of life lost* (YLLs) yang rendah, namun gangguan jiwa merupakan penyakit menyumbang proporsi kecacatan terbesar dengan jumlah umur dalam tahun yang tidak produktif atau *year lived with disability* (YLDs) terbesar, yaitu 22,9% yang berarti orang dengan gangguan jiwa kehilangan rata-rata 22,9 tahun umur produktifnya akibat penyakitnya, diatas gangguan muskuloskeletal (21.3%), penyakit kardiovaskular (2,8%) serta kanker (0.6%) dan

skizofrenia merupakan penyakit dengan berat kecacatan tertinggi dari seluruh penyakit yang ada didalam data GBD 2010 (Whiteford, *et al.*, 2013).

g. Pekerjaan Hidup

Penelitian yang dilakukan di Negara Polandia menunjukkan bahwa 95% pemberi kerja (*employers*) tidak berkeinginan untuk memperkerjakan orang dengan skizofrenia (ODS) untuk posisi apapun. Penelitian kedua di negara yang sama menunjukkan 70% responden percaya bahwa orang dengan gangguan kejiwaan seharusnya tidak diperkerjakan sebagai pengasuh anak, dokter, atau pemerintahan. Data juga menunjukkan bahwa hanya 10% dari orang dengan gangguan jiwa di Polandia yang memiliki pekerjaan dibanding dengan 48% dari orang pada populasi umum (McDaid, 2008).

Penelitian survei cross-sectional 732 orang dengan skizofrenia dari 27 negara menunjukkan, 70% orang dengan skizofrenia tidak memiliki pekerjaan, dan hampir separuhnya mengalami diskriminasi dalam pencarian atau mempertahankan pekerjaannya (Thornicroft, *et al.*, 2009)

h. Biaya Kesehatan

Bank Dunia melansir bahwa skizofrenia merupakan penyakit yang menghabiskan biaya kesehatan peringkat 13 tertinggi berdasarkan survey yang dilakukan (Kingdon & Turkington, 2005). Biaya finansial penyakit ini di Amerika Serikat diperkirakan melampaui biaya semua

kanker bila digabungkan (Sadock, *et al.*, 2015). Biaya langsung bagi pasien skizofrenia di Amerika Serikat diperkirakan mencapai miliaran dolar per tahun. Hal ini belum termasuk biaya tidak langsung, seperti perawatan keluarga dan hilangnya pendapatan (Halgin & Whitbourne, 2010). Sebuah Penelitian *Systematic Review* menunjukkan bahwa biaya tidak langsung pasien skizofrenia menyumbang 49-89% dari total biaya terkait pasien skizofrenia (Chong, *et al.*, 2014), hal ini menunjukkan bahwa, gejala yang ada pada pasien skizofrenia, tidak hanya menimbulkan distress bagi individu pengidapnya, namun juga bagi keluarganya (Halgin & Whitbourne, 2010).

Pasien dengan skizofrenia juga dihubungkan dengan biaya medis untuk penyakit komorbid yang lebih besar dibandingkan pada pasien non-skizofrenia yang memiliki penyakit komorbid yang sama yaitu sekitar 99% lebih tinggi pada penyakit hipertensi, 293% pada penyalahgunaan obat terlarang dan 105% pada diabetes (Lafeuille, *et al.*, 2014).

3. Etiologi

Skizofrenia seringkali dibahas sebagai satu penyakit, namun walaupun demikian, skizofrenia memiliki etiologi, manifestasi klinis, respon pengobatan dan perjalanan penyakit yang beragam (Sadock, *et al.*, 2015) Beberapa etiologi skizofrenia antara lain (Semple & Smyth, 2013; Sadock, *et al.*, 2015; Sadock & Sadock, 2010).

a. Faktor Biokimia

1) 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). 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 (Sadock, *et al.*, 2015).

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 (Sadock, *et al.*, 2015).

2) Aktivitas berlebihan serotonergik (5-HT)

Hipotesis saat ini menyebutkan bahwa pelepasan berlebihan serotonin menyebabkan gejala positif maupun negatif pada pasien skizofrenia (Sadock, *et al.*, 2015). Beberapa penjelasan mengenai teori ini antara lain, efikasi Clozapin pada skizofrenia resistant-treatment untuk menghilangkan gejala yang ada dapat dicapai karena kombinasi antara sifat antagonisme dopaminergik dan serotonergik pada clozapin, sedangkan Obat LSD yang bekerja sebagai agonis parsial dari reseptor 5-HT dihubungkan dengan munculnya gangguan sensori dan halusinasi (Semple & Smyth, 2013).

3) Aktivitas berlebihan α -adrenergik,

Data menunjukkan bahwa sistem noradrenergik memodulasi sistem dopaminergik dengan cara tertentu sehingga kelainan sistem noradrenergik mempredisposisikan pasien untuk sering relaps (Sadock & Sadock, 2010). Peningkatan jumlah norepinefrin dapat ditemukan pada cairan LCS pasien skizofrenia dengan gejala psikotik akut (Semple & Smyth, 2013).

4) Penurunan aktivitas 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 (Sadock, *et al.*, 2015).

5) Penurunan aktivitas glutaminergik,

Antagonis reseptor NMDA, (misalnya ketamin, PCP) telah terbukti menginduksi gejala positif dan negatif skizofrenia pada sukarelawan sehat (mungkin melalui modulasi sistem DA) dan memperburuk gejala pasien dengan skizofrenia, sedangkan obat anti-psikotik clozapin dapat melemahkan efek ketamin tersebut (Semple & Smyth, 2013).

6) Penurunan reseptor asetilkolin dan nikotin,

Penelitian postmortem pada skizofrenia telah menunjukkan penurunan reseptor muskarinik dan nikotinat dalam kaudatus-putamen, hippocampus, dan daerah tertentu di korteks prefrontal. Reseptor ini berperan dalam pengaturan sistem neurotransmitter yang terlibat dalam kognisi, yang terganggu pada skizofrenia (Sadock, *et al.*, 2015).

7) Gangguan Neuropeptid

Neuropeptida, seperti substansi P dan neurotensin, terlokalisasi dengan neurotransmitter katekolamin serta indolamin dan mempengaruhi kerja neurotransmitter ini. Perubahan dalam mekanisme neuropeptida bisa memfasilitasi, menghambat, atau mengubah pola penembakan sistem saraf (Sadock, *et al.*, 2015).

b. Neuropatologi

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 langkah signifikan dalam mengungkap dasar neuropatologi skizofrenia antara lain adanya gangguan pada ventrikel serebral, sistem limbik, korteks prefrontal, thalamus, ganglia basalis, batang otak dan serebellum (Sadock, *et al.*, 2015).

c. Faktor Genetik

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

- 1) Neuregulin (NRG1) pada kromosom 8p21-22 yang memiliki peran ganda dalam perkembangan otak, plastisitas sinaptik dan sinyal glutamat.
- 2) Dysbindin (DTNBP1) pada kromosom 6p22 yang membantu mengatur pelepasan glutamat.
- 3) 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:

Tabel 1. 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%

(Semple & Smyth, 2013)

d. Model diatesis-stres

Menurut model diatesis-stres, seseorang mungkin memiliki kerentanan spesifik (diatesis) yang, bila diaktifkan oleh pengaruh yang penuh tekanan, memungkinkan timbulnya gejala skizofrenia. Pada model diatesis-stres, diatesis atau stres dapat berupa stres biologis, lingkungan atau keduanya. 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 (Sadock & Sadock, 2010).

4. Gambaran Klinis

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

- a. 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 yang paling penting, halusinasi (persepsi yang salah dari berbagai indra) dan delusi/waham (kepercayaan yang diyakini dengan pasti, memenuhi pikiran pasien, yang tidak sesuai sosiokultural) (Lambert & Naber, 2012).
- b. 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, penumpukan atau ketidaksesuaian emosi, dan penurunan aktivitas. Orang dengan skizofrenia sering memperlihatkan gejala negatif jauh sebelum gejala positif muncul (Lambert & Naber, 2012).
- c. Gejala terdisorganisasi yang terdiri dari pikiran, bicara dan perilaku yang kacau (Lambert & Naber, 2012).

Tabel 2. Gejala-gejala utama pada skizofrenia

Positif	Halusinasi	<ul style="list-style-type: none"> - Persepsi pengalaman sensori yang nyata tanpa adanya sumber eksternal - Paling sering auditorik, namun dapat muncul pada jenis sensori lain - Sifat umum halusinasi auditorik : <ol style="list-style-type: none"> 1) Sumber Eksternal 2) Komentar tentang tindakan atau pikiran pasien 3) Dialog antara dua atau lebih suara
Negatif	Delusi	- Keyakinan salah yang menetap
	Afek	- Ekpresi emosi berkurang (misal afek tumpul), apatis atau tanpa motivasi
	Sosial	<ul style="list-style-type: none"> - Penarikan - Kurangnya keinginan kontak sosial
Terdisorganisasi	Kognitif	- Alogia/miskin bicara
	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)

5. Pedoman Diagnostik

a. DSM-V

Diagnosis gangguan skizofrenia ditegakkan saat pasien mengalami 2 gejala dari gejala 1 sampai 5 dari kriteria A pada tabel (e.g. bicara kacau), kriteria B mensyaratkan adanya gangguan fungsi,

gejala harus bertahan selama minimal 6 bulan, dan diagnosis dari gangguan skizoafektif atau gangguan mood harus ditepis (Sadock, *et al.*, 2015). Berikut Kriteria Diagnostik Skizofrenia yang lengkap dalam DSM-V :

1) 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 satunya harus (1), (2), atau (3):

- a) Delusi/Waham
- b) Halusinasi
- c) Bicara Kacau (contoh: sering melantur atau inkoherenasi)
- d) Perilaku yang sangat kacau atau katatonik
- e) Gejala negatif, (yaitu: ekspresi emosi yang berkurang atau kehilangan minat)

2) 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).

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 (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 (cth., keyakinan aneh, pengalaan perseptual yang tidak lazim).

4) Eksklusi gangguan mood dan skizoafektif

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

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

5) Eksklusi kondisi medis umum/zat

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

6) 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).

(Sadock, *et al.*, 2015)

b. PPDGJ-III

Instrumen alat bantu diagnostik skizofrenia di Indonesia adalah dengan menggunakan PPDGJ-III, berikut kriteria diagnosis skizofrenia:

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

a) *Thought echo*, yaitu isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda ; atau *thought insertion or withdrawal*, yaitu isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan *thought broadcasting*, yaitu isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya;

b) *Delusion of control*, yaitu waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau *delusion of influence* yaitu waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau *delusion of passivity*, yaitu waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang "dirinya" dimana secara jelas merujuk ke pergerakan

tubuh / anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus); *delusional perception*, yaitu pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat;

- c) Halusinasi auditorik antara lain (1) Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau (2) Mendiskusikan perihal pasien-pasien di antara mereka sendiri (di antara berbagai suara yang berbicara), atau (3) Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh;
 - d) Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dan dunia lain);
- 2) Atau paling sedikit dua gejala di bawah ini yang harus selalu ada secara jelas:
- a) Halusinasi yang menetap dan panca-indra apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus-menerus;

- b) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berkitab inkohereni atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme;
 - c) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor;
 - d) Gejala- gejala “negatif”, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, 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;
- 3) Adanya gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal)
- 4) Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dan beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu sikap larut dalam diri sendiri (*self-absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial (Maslim, 2001).

6. Perjalanan Penyakit

Skizofrenia biasanya muncul dalam 3 fase yaitu fase prodromal, fase aktif dan fase residual.

a. Fase Prodromal

DSM-IV-TR mengkarakteristikan fase prodromal sebagai fase dengan gangguan fungsi yang jelas sebelum fase aktif, yang tidak diakibatkan gangguan mood atau substansi psikoaktif dan paling tidak melibatkan 2 tanda dan gejala, antara lain :

- 1) Isolasi atau penarikan diri dari sosial yang jelas
- 2) Gangguan dalam fungsi peran sebagai pencari nafkah, pelajar, atau ibu rumah tangga
- 3) Kebiasaan aneh yang jelas
- 4) Gangguan higiene dan rawat diri
- 5) Afek tumpul atau tidak semestinya
- 6) Miskin bicara, miskin konten bicara, *digresif*, *vague*, *overelaborate* atau bicara *circumstantial*
- 7) Kepercayaan aneh atau pikiran magis yang mempengaruhi
- 8) Pengalaman perseptual yang tidak biasa
- 9) Kurangnya inisiatif, keinginan atau energi

Anggota keluarga atau teman pasien mungkin melaporkan adanya perubahan personalitas. Secara tipikal tersembunyi, fase ini mungkin dapat bertahan beberapa bulan atau tahun.

b. Fase Aktif

Pasien menunjukkan gejala psikotik yang jelas selama fase aktif. Evaluasi psikiatrik mungkin akan menemukan delusi, halusinasi, hilangnya asosiasi, inkoherensi, dan tingkah laku katatonik. Riwayat psikosial pasien mungkin memberitahukan adanya stressor khusus sebelum onset fase ini.

c. Fase residual

Fase residual mengikuti fase aktif dan muncul ketika paling tidak 2 gejala disebutkan pada fase prodromal menetap berdasarkan DSM-IV-TR,. Gejala tersebut bukan merupakan hasil dari gangguan mood ataupun akibat substansi psikoaktif.

Fase residual menyerupai fase prodromal, kecuali gangguan yang mempengaruhi dalam afek dan peran fungsional biasanya lebih parah. Delusi dan halusinasi mungkin tetap ada.

(Durkin, *et al.*, 2013)

7. Klasifikasi Skizofrenia

DSM-IV-TR mengklasifikasi skizofrenia berdasarkan presentasi klinisnya menjadi 5 subtype, antara lain skizofrenia paranoid, terdisorganisasi/hebefrenik, katatonik, tak terdiferensiasi, dan residual, sedangkan revisi kesepuluh *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* (ICD-10) menggunakan sembilan subtype antara lain skizofrenia paranoid, skizofrenia terdisorganisasi /

hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia tak terdiferensiasi, depresi pascaskizofrenia, skizofrenia residual, skizofrenia simpleks, skizofrenia lain dan skizofrenia YTT. Subtipe-subtipe tersebut tidak secara erat berhubungan dengan prognosis yang berbeda, untuk memeriksa prognosis pasien skizofrenia direkomendasikan memeriksa prediktor prognosisnya yang spesifik (Sadock & Sadock, 2010).

Tabel 3. Kategori Skizofrenia

ICD-10	DSM-IV	Gejala Kunci
Skizofrenia Paranoid	Tipe Paranoid	Delusi dan Halusinasi
Skizofrenia Hebefrenik	Tipe Terdisorganisasi (<i>Disorganized</i>)	Bicara Terdisorganisasi atau Kacau (Sering konyol/dangkal) dan afek tumpul atau tidak sesuai
Skizofrenia Katatonik	Tipe Katatonik	Gangguan Psikomotor
Skizofrenia Tidak Terdiferensiasi	Tipe Tidak Terdiferensiasi	Memenuhi kriteria umum, tetapi tidak ada gejala spesifik subtipe yang mendominasi
Depresi Pasca-Skizofrenik		Beberapa gejala residual, tetapi gambaran depresi mendominasi
Skizofrenia Residual	Tipe Residual	Gejala positif sebelumnya kurang terlihat; Gejala negatif menonjol
Skizofrenia Simpleks		Tidak ada delusi atau halusinasi - sebuah "keadaan defek" (gejala negatif) secara bertahap muncul tanpa episode akut

(Semple & Smyth, 2013)

a. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia tipe ini ditandai dengan preokupasi terhadap satu atau lebih waham atau halusinasi auditorik yang sering serta tidak adanya perilaku spesifik yang sugestif untuk tipe hebefrenik atau katatonik. Secara klasik, skizofrenia tipe paranoid terutama ditandai dengan adanya waham kejar atau kebesaran. Pasien skizofrenia paranoid biasanya mengalami episode pertama penyakit pada usia yang lebih tua dibanding pasien skizofrenia hebefrenik dan katatonik. Pasien yang skizofrenianya terjadi pada akhir usia 20-an atau 30-an biasanya telah memiliki kehidupan sosial yang mapan yang dapat membantu mengatasi penyakitnya, dan sumber ego pasien paranoid cenderung lebih besar dibanding pasien skizofrenia hebefrenik atau katatonik. Pasien skizofrenia paranoid menunjukkan regresi kemampuan mental, respons emosional, dan perilaku yang lebih ringan dibandingkan pasien skizofrenia tipe lain.

Pasien skizofrenia paranoid biasanya tegang, mudah curiga, berjaga-jaga, berhati-hati, dan terkadang bersikap bermusuhan atau agresif, namun mereka kadang-kadang dapat mengendalikan diri mereka secara adekuat pada situasi sosial. Inteligensi mereka dalam area yang tidak dipengaruhi psikosisnya cenderung tetap utuh.

b. Skizofrenia Terdisorganisasi/Hebefrenik

Skizofrenia tipe terdisorganisasi (sebelumnya disebut hebefrenik) ditandai dengan regresi nyata ke perilaku primitif, tak terinhibisi, dan

kacau serta dengan tidak adanya gejala yang memenuhi kriteria tipe katatonik. Awitan subtype ini biasanya dini, sebelum usia 25 tahun. Pasien hebefrenik biasanya aktif namun dalam sikap yang nonkonstruktif dan tak bertujuan. Gangguan pikir menonjol dan kontak dengan realitas buruk. Penampilan pribadi dan perilaku sosial berantakan, respons emosional mereka tidak sesuai dan tawa mereka sering meledak tanpa alasan jelas. Seringai atau meringis yang tak pantas lazim dijumpai pada pasien ini, yang perilakunya paling baik dideskripsikan sebagai konyol atau tolol.

c. Skizofrenia Katatonik

Gambaran klasik tipe katatonik adalah gangguan nyata fungsi motorik, mencakup stupor, negativisme, rigiditas, eksitasi atau berpostur. Pasien terkadang menunjukkan perubahan yang sangat signifikan antara eksitasi dan stupor ekstrem. Gambaran terkait meliputi stereotipi, manerisme, dan fleksibilitas serea. Mutisme terutama lazim ditemukan. Selama stupor atau eksitasi katatonik, pasien memerlukan pengawasan yang cermat untuk mencegah mereka menyakiti diri sendiri atau orang lain. Perawatan medis mungkin diperlukan karena adanya malnutrisi, kelelahan, hiperpireksia, atau cedera yang disebabkan diri sendiri.

d. Skizofrenia Tak Terdiferensiasi

Seringkali, pasien yang jelas-jelas tidak dapat dengan mudah dimasukkan ke satu atau tipe lain. DSM-IV-TR mengklasifikasi pasien ini sebagai skizofrenia tipe tak terdiferensiasi.

e. Skizofrenia Residual

Skizofrenia tipe residual ditandai dengan bukti kontinu adanya gangguan skizofrenia tanpa serangkaian gejala aktif atau gejala yang memadai untuk memenuhi diagnosis skizofrenia tipe lain. Emosi menumpul, penarikan sosial, perilaku eksentrik, pemikiran tidak logis, dan asosiasi longgar ringan, seringkali tampak pada tipe ini. Jika terjadi waham atau halusinasi, biasanya tidak prominen atau tidak disertai afek yang kuat.

(Sadock, *et al.*, 2015)

DSM-V memberikan berbagai perubahan dalam klasifikasi skizofrenia, salah satunya adalah dihilangkannya subtipe skizofrenia sebelumnya, hal ini dikarenakan pengklasifikasian subtipe skizofrenia dalam DSM-IV menunjukkan gambaran buruk dari heterogenitas skizofrenia, memiliki stabilitas diagnostik yang rendah, tidak menunjukkan pola yang khas dari respon pengobatan ataupun perjalanan penyakit secara longitudinal, dan polanya tidak diwariskan, selain itu subtipe tersebut juga diketahui memiliki reliabilitas yang buruk serta nilai prognostik yang tidak berarti (Tandon, *et al.*, 2013). Peneliti dan klinisi banyak yang merasa bahwa kategorisasi tersebut

gagal menangkap aspek yang esensial yang mendasari perbedaan simtom individu, selain itu mereka juga memperhatikan fakta bahwa kategorisasi subtipe tersebut tidak valid di dunia nyata seperti yang seharusnya (Halgin & Whitbourne, 2010).

DSM-V mengganti subtipe sebelumnya dengan sistem pengkategorian yang lebih membantu untuk mengikuti perubahan alami penyakit skizofrenia seiring waktu, penjelasan yang diberikan menyediakan informasi tentang status pasien (keparahan dari psikosis) dan stadium dari gangguan yang pasien alami (karakteristik episodik).

1) Episode Pertama, saat ini dalam episode akut

Pertemuan pertama manifestasi klinis gangguan jiwa dengan kriteria gejala dan waktu. Episode akut, adalah periode waktu dimana kriteria gejala terpenuhi.

2) Episode pertama, saat ini dalam remisi parsial

Remisi Parsial adalah periode waktu saat perbaikan muncul setelah episode sebelumnya dikelola dan kriteria definisi dari gangguan hanya sebagian yang terpenuhi.

3) Episode pertama, saat ini dalam remisi penuh

Remisi Penuh adalah periode waktu setelah episode sebelumnya dimana tidak terdapat gejala gangguan spesifik yang muncul.

4) Beberapa episode, saat ini dalam episode akut

Beberapa episode dapat ditentukan setelah minimum 2 episode, yaitu setelah episode pertama, sebuah remisi dan minimum satu relaps. Episode akut telah didefinisikan diatas

5) Beberapa episode, saat ini dalam remisi parsial

Beberapa episode dan remisi parsial telah didefinisikan diatas

6) Beberapa episode, saat ini dalam remisi sempurna

Beberapa episode dan remisi parsial telah didefinisikan diatas

7) Kontiniu

Gejala yang memenuhi kriteria gejala diagnostik adalah sisa dari sebagian besar perjalanan penyakit, dengan periode gejala dibawah batas, yang sangat pendek dibandingkan perjalanan penyakit secara keseluruhan.

8) Tidak Spesifik

Informasi yang tersedia tidak cukup untuk mengkategorikan perjalanan penyakit.

(Silber, 2014)

8. Manajemen

Skizofrenia merupakan penyakit kronis yang mempengaruhi hampir semua aspek kehidupan penderitanya, karenanya prinsip terapi pasien skizofrenia memiliki tiga tujuan : 1) menurunkan atau menghilangkan gejala, 2) memaksimalkan kualitas hidup dan fungsi

adaptif, 3) meningkatkan dan mempertahankan pemulihan dengan membantu pasien dalam mencapai tujuan kehidupan pribadi seperti pekerjaan dan hubungan sosial (APA, 2006).

Tatalaksana optimal orang dengan skizofrenia fokus dalam berbagai kelompok gejala dan gangguan kronis. Rencana penatalaksanaan akan dipandu berdasarkan berbagai faktor termasuk fase dari penyakit penderita (akut, stabil atau fase stabilisasi), berat gejala, karakter gejala, gangguan fungsional, serta tujuan tatalaksana individual tertentu. Kombinasi antara tatalaksana farmakologis dan psikososial merupakan tatalaksana yang biasanya dilakukan pada kebanyakan kasus (Tyrer & Silk, 2008).

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.

a. Farmakoterapi

Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik (yang baru dialami atau yang kambuh) yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan di sini adalah mengurangi gejala psikotik yang parah. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu dua sampai tiga minggu. Walaupun masih ada waham dan halusinasi, penderita tidak begitu terpengaruh lagi dan menjadi lebih kooperatif,

mau ikut serta dalam kegiatan lingkungannya dan mau turut terapi kerja.

Setelah empat sampai delapan minggu, pasien masuk ke tahap stabilisasi sewaktu gejala-gejala sedikit banyak sudah teratasi, tetapi resiko relaps masih tinggi, apalagi bila pengobatan terputus atau pasien mengalami stres. Sesudah gejala-gejala mereda, maka dosis dipertahankan selama beberapa bulan lagi, jika serangan itu baru yang pertama kali. Jika serangan skizofrenia itu sudah lebih dari satu kali, maka sesudah gejala-gejala mereda, obat diberi terus selama satu atau dua tahun.

Setelah enam bulan, pasien masuk fase rumatan (*maintenance*) yang bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Kepada pasien dengan skizofrenia menahun, neuroleptika diberi dalam jangka waktu yang tidak ditentukan lamanya dengan dosis yang naik turun sesuai dengan keadaan pasien (seperti juga pemberian obat kepada pasien dengan penyakit badaniah yang menahun, misalnya diabetes melitus, hipertensi, payah jantung, dan sebagainya). Senantiasa kita harus waspada terhadap efek samping obat.

Strategi rumatan adalah menemukan dosis efektif terendah yang dapat memberikan perlindungan terhadap kekambuhan dan tidak mengganggu fungsi psikososial pasien. Hasil pengobatan akan lebih baik bila antipsikotik mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit. Tidak ada dosis standar untuk obat ini, tetapi dosis

ditetapkan secara individual. Pemilihan obat lebih banyak berdasarkan profil efek samping dan respon pasien pada pengobatan sebelumnya. Ada beberapa kondisi khusus yang perlu diperhatikan, misalnya 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 antipsikotik atipik, demikian pula pada pasien yang menunjukkan gejala kognitif atau gejala negatif yang menonjol.

Untuk pasien yang pertama kali mengalami episode skizofrenia, pemberian obat harus diupayakan agar tidak terlalu memberikan efek samping, karena pengalaman yang buruk dengan pengobatan akan mengurangi ketaatberobatan (*compliance*) atau kesetiaberobatan (*adherence*). Dianjurkan untuk menggunakan antipsikotik atipik atau antipsikotik tipikal tetapi dengan dosis yang rendah.

(Maramis & Maramis, 2009)

b. Psikoterapi dan Rehabilitasi

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. Teknik terapi perilaku

kognitif (*Cognitive Behaviour Therapy*) 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, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama. Pemikiran masalah filsafat atau kesenian bebas dalam bentuk melukis bebas atau bermain musik bebas, tidak dianjurkan sebab dapat menambah autisme. Bila dilakukan juga, maka harus ada pemimpin dan ada tujuan yang lebih dahulu sudah ditentukan

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.

(Maramis & Maramis, 2009)

9. Prognosis

Maramis & Maramis (2009) menyebutkan bahwa sepertiga dari pasien skizofrenia yang datang berobat dalam tahun pertama setelah serangan pertama akan sembuh sama sekali (*full remission/recovery*),

sepertigayang 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 antara lain:

- a. Sekitar 15-20% dari episode pertama tidak akan kambuh.
- b. Beberapa orang akan tetap bekerja
- c. 52% tanpa gejala psikotik dalam 2 tahun terakhir.
- d. 52% tanpa gejala negatif.
- e. 55% menunjukkan fungsi sosial yang baik/cukup baik

(Semple & Smyth, 2013)

Prognosis dapat ditetapkan juga dengan mempertimbangkan berbagai faktor, antara lain :

- a. Kepribadian prepsikotik. Bila skizoid dan hubungan antarmanusia memang kurang memuaskan maka prognosis lebih jelek.
- b. Bila skizofrenia timbul secara akut, maka prognosis lebih baik daripada bila penyakit itu mulai secara pelan-pelan.

- c. 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 simpleks mempunyai prognosis yang sama jelek, biasanya jenis skizofrenia ini menuju kearah kemunduran mental.
- d. Umur : makin muda umur permulaannya, makin jelek prognosis.
- e. Pengobatan : makin lekas diberikan penobatan, makin baik prognosisnya.
- f. Dikatakan bahwa bila terdapat faktor pencetus, seperti penyakit badaniah atau stres psikologis, maka prognosisnya lebih baik.
- g. Faktor keturunan : prognosis menjadi lebih berat bila didalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita skizofrenia.

(Maramis & Maramis, 2009)

B. Fungsi Sosial

1. Pengertian

Fungsi sosial dapat diartikan sebagai kualitas dan kedalaman hubungan interpersonal individu, serta kemampuan seseorang untuk memenuhi peran dan harapan yang didefinisikan oleh masyarakat (Corrigan & Mueser, 2008) termasuk didalamnya kapasitas seseorang untuk berfungsi dalam berbagai peran sosial seperti, ibu rumah tangga,

pekerja, pelajar, pasangan, anggota keluarga ataupun teman (Aiquian & Elea Ulloa, 2009). Fungsi sosial memiliki beragam segi dan alaminya dapat dipahami dengan cara menilai berbagai domain kehidupan, antara lain fungsi peran, hubungan sosial, perawatan diri, ketrampilan hidup mandiri, waktu luang, aktivitas rekreasi serta integrasi ke masyarakat (Corrigan & Mueser, 2008).

Fungsi sosial menjadi perhatian utama pada penderita gangguan jiwa karena beberapa alasan, antara lain keterlibatannya dalam kriteria diagnostik gangguan kejiwaan, perannya sebagai gejala premorbid, kemampuannya dalam memprediksi perjalanan penyakit yaitu gejala kekambuhan dan rawat inap kembali, serta secara harfiah merupakan dimensi yang penting dalam kehidupan manusia (Corrigan & Mueser, 2008).

Gangguan pada fungsi sosial merujuk pada ketidakpuasan pada performa peran, hubungan interpersonal yang sehat dan citra-diri positif yang menyebabkan individu tidak tentram dengan dirinya sendiri (Datar, *et al.*, 2010). Faktor-faktor yang berhubungan dengan disabilitas psikiatrik dapat berdampak pada fungsi sosial, termasuk diantaranya gejala, fungsi kognitif, kemampuan sosial, dan faktor lingkungan serta sumber daya (Corrigan & Mueser, 2008). Fungsi sosial yang berkurang merupakan prediktor yang penting untuk kualitas hidup (Bellack, *et al.*, 2007) dan Sebuah penelitian yang dilakukan di enam negara di Eropa mendapatkan,

lebih dari 80 % pasien skizofrenia dewasa mengalami masalah fungsi sosial yang menetap (Hunter, *et al.*, 2010).

2. 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).

C. Kualitas Hidup

1. Definisi

Kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan sesuai dengan sistem budaya dan nilai-nilai tempat mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan hidup, harapannya dan standar yang ingin dicapainya (WHOQOL Group, 1994), selain itu kualitas hidup dapat diartikan juga sebagai istilah yang digunakan untuk menunjukkan seberapa baik kebutuhan individu terpenuhi atau sejauh mana individu atau kelompok merasa puas atau tidak puas dalam berbagai domain kehidupan (Costanza, *et al.*, 2007).

Kualitas hidup memiliki dua komponen yaitu komponen objektif misalnya fungsi sosial dan lingkungan serta komponen subjektif misalnya

kesejahteraan, kepuasan atau kebahagiaan hidup (Ritsner, 2011). Terdapat sebuah konsensus diantara peneliti kesehatan berkaitan dengan komponen, dimensi atau domain minimal yang perlu disertakan dalam menilai kualitas hidup, empat domain tersebut antara lain fungsi fisik, emosional & psikologikal, sosial, serta gejala terkait efek pengobatan atau penyakit (King & Hinds, 2011).

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, antara lain:

- a. Faktor Sosio-Demografi yaitu jenis kelamin, onset usia, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan dan tingkat penghasilan (Souza & Coutinho, 2006; Cardoso, *et al.*, 2005).
- b. Faktor Klinis yaitu penggunaan jenis dan dosis obat yang digunakan, poli farmasi psikoaktif, efek samping obat yang dikonsumsi, terlambatnya mendapat pengobatan, agitasi selama wawancara (Souza & Coutinho, 2006; Cardoso, *et al.*, 2005), komorbiditas medis berupa penyakit penyerta, baik yang berhubungan dengan fisik maupun psikis, dapat memperburuk kualitas hidup pasien gangguan jiwa, terutama skizofrenia (Aloba, *et al.*, 2013).
- c. Fungsi sosial
Fungsi sosial memiliki peran yang cukup besar dalam menentukan kualitas hidup seseorang. Hal ini ditunjukkan dengan pasien skizofrenia yang tidak mampu untuk menyesuaikan diri dengan kehidupan sehari-hari maupun menjalankan fungsi sosial yang lain

akibat adanya gangguan pada fungsi tersebut, hingga kemudian berdampak pada penurunan kualitas hidupnya (Rosita, 2011).

3. Penilaian Kualitas Hidup

Kualitas hidup saat ini telah menjadi penilaian penting dalam ilmu kedokteran yang berurusan dengan penderita penyakit kronis serta disabilitas (Patel, *et al.*, 2010). Mueser & Jeste, (2008) menjelaskan bahwa kualitas hidup diperkenalkan dan dipopulerkan dalam ilmu kejiwaan untuk pasien dengan gangguan jiwa berat khususnya skizofrenia, karena klinisi merasa bahwa penurunan gejala lewat pengobatan tidak akan cukup untuk mengatasi penyakit pasien tersebut.

Orang dengan gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia, gangguan bipolar, demensia, dan cacat intelektual memiliki skor kualitas hidup yang lebih rendah daripada orang yang tidak terkena, selain itu gangguan jiwa berat juga dihubungkan dengan penurunan kualitas hidup yang lebih besar dibandingkan gangguan mental umumnya seperti gangguan mood dan kecemasan (Patel, *et al.*, 2010).

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 SF-36, WHO-QOL, *Sickness Impact Profile*, *Quality of Well-Being Scale*, *Health Utilities Index Mark 3* dan EQ-5D, sedangkan untuk pasien tertentu semisal KDQOL untuk pasien dengan gangguan ginjal dan SQLS

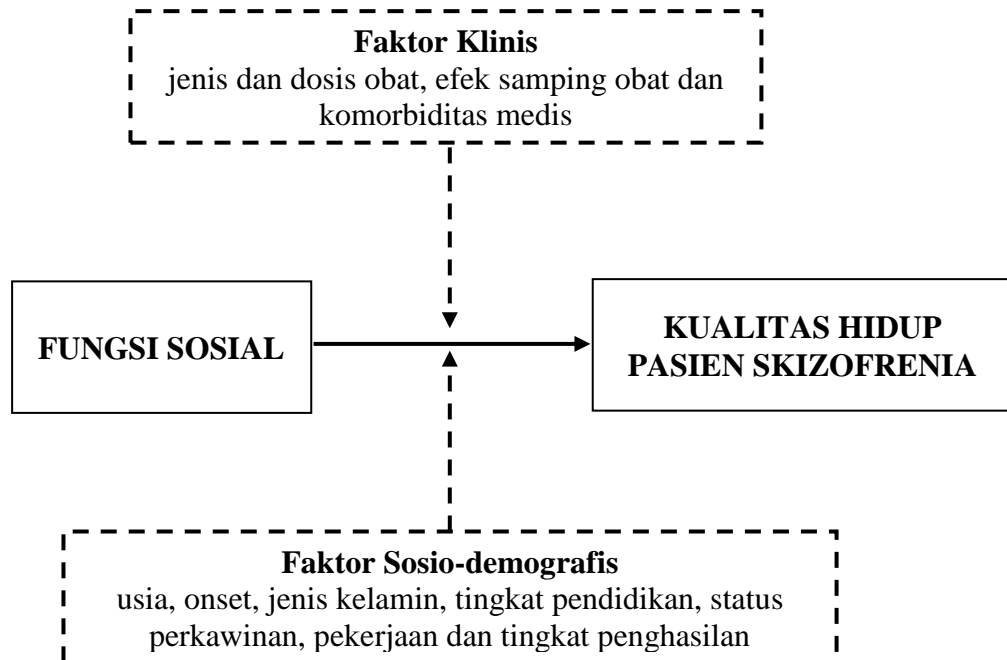
(*Schizophrenia Quality of Life Scale*) untuk pasien skizofrenia (Fayers & Hays, 2005).

Tabel 4. Instrumen Penilaian Kualitas Hidup.

No	Alat Ukur	Domain yang dinilai	Items
1	WHO-QOL	Kesehatan fisik, kondisi psikologis, level ketidakbergantungan, hubungan sosial, karakteristik lingkungan dan penekanan spiritual	100
2	WHO-QOL BREF	Kesehatan fisik, kondisi psikologis, hubungan sosial, lingkungan	26
3	SF-36	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	EORT QOL-30	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)

D. Kerangka Konsep



E. Hipotesis

Berdasarkan tinjauan pustaka dan landasan teori, maka hipotesis penelitian ini adalah terdapat hubungan antara fungsi sosial dengan kualitas hidup pasien skizofrenia.