

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia adalah gangguan yang benar-benar membingungkan dan menyimpan banyak tanda tanya (teka-teki). Kadangkala Skizofrenia dapat berpikir dan berkomunikasi dengan jelas, memiliki pandangan yang tepat dan berfungsi secara baik dalam kehidupan sehari-hari. Namun pada saat yang lain, pemikiran dan kata-kata terbalik, mereka kehilangan sentuhan dan tidak mampu memelihara sendiri (Nolen & Hoeksema, 2004).

Skizofrenia menurut DSM IV adalah adanya dua atau lebih dari karakteristik gejala delusi, halusinasi, gangguan bicara, misalnya inkoheren, tingkah laku katatonik dan adanya gejala-gejala negatif (Stuart & Sundeen, 1998).

Skizofrenia menurut Adolf Meyer adalah bahwa Skizofrenia dan gangguan mental lainnya adalah reaksi terhadap berbagai stres kehidupan, yang dinamakannya sindrom suatu reaksi Skizofrenik. Kemudian Sullivan, pendiri bidang psikoanalitik interpersonal, menekankan isolasi sosial sebagai penyebab dan gejala Skizofrenia (Kaplan & Sadock, 1997).

Skizofrenia disebabkan oleh salah satu dari tiga kemungkinan berikut: (1) terjadi hambatan terhadap sinyal-sinyal saraf di berbagai area pada *lobus prefrontalis* atau terjadi *disfungsional* pada pengolahan sinyal-sinyal, (2) perangsangan yang berlebihan terhadap sekelompok neuron yang mensekresi dopamin dipusat-pusat perilaku otak, termasuk di *lobus frontalis* dan (3) abnormalitas fungsi dari bagian-bagian penting pada pusat-pusat sistem pengatur laku limbik di sekeliling hipokampus di otak (Guyton & Hall, 1997).

2. Epidemiologi

Skizofrenia seumur hidup dilaporkan secara bervariasi dengan rentang dari 1- 1,5 % konsisten dengan rentang tersebut, penelitian *Epidemiological Catchment Area* (ECA) yang disponsori oleh *National Institute of Mental Health* (NIHM) melaporkan prevalensi seumur hidup sebesar 1,3 %.Kira-kira 0,025 sampai 0,05 % penduduk total diobati untuk Skizofrenia dalam satu tahun (Kaplan & Sadock, 1997).

3. Etiologi

Menurut Kaplan & Sadock 1997, etiologi Skizofrenia terbagi sebagai berikut:

a. Model *diatesis-stress*

Suatu model untuk integrasi faktor biologis dan faktor psikososial dan lingkungan adalah model *diatesis-stress*. Model ini merumuskan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (*diatesis*)

yang jika dikenai oleh suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stres akan memungkinkan perkembangan gejala Skizofrenia.

b. Faktor biologis

Semakin banyak penelitian telah melibatkan peranan patofisiologis untuk daerah tertentu di otak termasuk sistem limbik, korteks *frontalis* dan *ganglia basalis*. Ketiga daerah tersebut saling berhubungan sehingga disfungsi pada salah satu daerah tersebut mungkin melibatkan patologi primer di daerah lainnya sehingga menjadi suatu tempat potensial untuk patologi primer pasien Skizofrenik

4. Manifestasi Klinis

Gejala-gejala Skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok menurut Bleuler, yaitu primer dan sekunder.

a. Gejala-gejala primer :

1. Gangguan proses pikiran (bentuk, langkah, isi pikiran).

Pada Skizofrenia inti gangguan memang terdapat pada proses pikiran. Yang terganggu terutama ialah asosiasi. Kadang-kadang satu ide belum selesai diutarakan, sudah timbul ide lain. Atau terdapat pemindahan maksud, umpamanya maksudnya 'tani' tetapi dikatakan 'sawah', tidak jarang juga digunakan arti simbolik, seperti dikatakan 'merah' bila dimaksudkan 'berani'.

2. Gangguan afek dan emosi

Gangguan ini pada Skizofrenia mungkin berupa :

- a. Kedangkalan afek dan emosi (*emotional blunting*), misalnya penderita menjadi acuh tak acuh terhadap hal-hal penting untuk dirinya sendiri seperti keadaan keluarganya dan masa depannya. Perasaan halus sudah hilang.
- b. Parathimi : apa yang seharusnya menimbulkan rasa senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih atau marah.
- c. Paramimi : penderita merasa senang dan gembira, akan tetapi ia menangis. Parathimi dan paramimi bersama-sama dalam bahasa Inggris dinamakan *incongruity of affect* dalam bahasa Belanda hal ini dinamakan *inadequat*.
- d. Kadang-kadang emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai kesatuan, umpamanya sesudah membunuh anaknya penderita menangis berhari-hari, tetapi mulutnya tertawa. Semua ini merupakan gangguan afek dan emosi yang khas untuk Skizofrenia. Gangguan afek dan emosi lain adalah :
 - e. Emosi yang berlebihan, sehingga kelihatan seperti dibuat-buat, seperti penderita yang sedang bermain sandiwara.
 - f. Yang penting juga pada Skizofrenia adalah hilangnya kemampuan untuk melakukan hubungan emosi yang baik (*emotional rapport*). Karena itu sering kita tidak dapat merasakan perasaan penderita.
 - g. Karena terpecah belahnya kepribadian, maka dua hal yang berlawanan mungkin terdapat bersama-sama, umpamanya mencintai dan membenci

satu orang yang sama atau menangis dan tertawa tentang satu hal yang sama. Ini dinamakan ambivalensi pada afek.

3. Gangguan kemauan

Banyak penderita dengan Skizofrenia mempunyai kelemahan kemauan. Mereka tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan.

4. Gejala psikomotor

Juga dinamakan gejala-gejala katatonik atau gangguan perbuatan. Kelompok gejala ini oleh Bleuler dimasukkan dalam kelompok gejala Skizofrenia yang sekunder sebab didapati juga pada penyakit lain.

Sebetulnya gejala katatonik sering mencerminkan gangguan kemauan. Bila gangguan hanya ringan saja, maka dapat dilihat gerakan-gerakan yang kurang luwes atau yang agak kaku. Penderita dalam keadaan stupor tidak menunjukkan pergerakan sama sekali. Stupor ini dapat berlangsung sehari-hari, berbulan-bulan dan kadang-kadang bertahun-tahun lamanya pada Skizofrenia yang menahun. Mungkin penderita mutistik. Mutisme dapat disebabkan oleh waham, ada sesuatu yang melarang ia bicara. Mungkin juga oleh karena sikapnya yang negativistik atau karena hubungan penderita dengan dunia luar sudah hilang sama sekali hingga ia tidak ingin mengatakan apa-apa lagi.

Sebaliknya tidak jarang penderita dalam keadaan katatonik menunjukkan hiperkinesia, ia terus bergerak saja, maka keadaan ini dinamakan logorea. Kadang-kadang penderita menggunakan atau membuat kata-kata yang baru yang dinamakan neologisme.

b. Gejala- gejala sekunder :

1. Waham

Pada Skizofrenia, waham sering tidak logis dan tidak masuk akal. Tetapi penderita tidak menyadari hal ini dan menganggap hal itu adalah benar.

2. Halusinasi

Pada Skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan gejala yang hampir tidak dijumpai dalam keadaan lain. Paling sering pada keadaan Skizofrenia ialah halusinasi (auditif atau akustik) dalam bentuk suara manusia, bunyi barang-barang atau siulan. Kadang-kadang terdapat halusinasi penciuman (olfaktorik), halusinasi citarasa (gustatorik) atau halusinasi singgungan (taktil). Umpamanya penderita mencium kembang kemanapun ia pergi, atau ada orang yang menyinarinya dengan alat rahasia atau ia merasa ada racun dalam makanannya .

5. Kriteria Diagnosis Skizofrenia

Skizofrenia ditandai adanya distorsi pikiran dan persepsi yang mendasar dan khas, dan adanya afek yang tidak wajar atau tumpul.

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi ketiga (PPDGJ III) membagi simtom Skizofrenia dalam kelompok-kelompok penting, dan yang sering terdapat secara bersama-sama untuk diagnosis.

Kelompok simtom tersebut:

- a. *Thought echo, thought insertion, thought withdrawal*, dan *thought broadcasting*.
- b. Waham dikendalikan, waham dipengaruhi, atau *passivity* yang jelas merujuk pada pergerakan tubuh atau pergerakan anggota gerak, atau pikiran, perbuatan atau perasaan khusus, dan persepsi delusional.
- c. Suara halusinasi yang berkomentar secara terus-menerus terhadap perilaku pasien atau mendiskusikan perihal pasien di antara mereka sendiri, atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari satu bagian tubuh.
- d. Waham-waham menetap jenis lain yang menurut budayanya dianggap tidak wajar serta sama sekali mustahil, seperti misalnya mengenai identitas keagamaan atau politik, atau kekuatan dan kemampuan manusia super (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain).
- e. Halusinasi yang menetap dalam setiap modalitas, apakah disertai baik oleh waham yang mengambang/melayang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun oleh ide-ide

berlebihan yang menetap atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus-menerus.

f. Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan yang berakibat inkohereni atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme.

g. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah, sikap tubuh tertentu, atau fleksibilitas serea, negativisme, mutisme, dan stupor.

h. Simtom negatif, seperti sikap apatis, pembicaraan terhenti dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.

i. Suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku perorangan, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, tak bertujuan, sikap malas, sikap berdiam diri dan penarikan diri secara sosial.

Untuk menegakkan diagnosis Skizofrenia harus ada sedikitnya satu simtom tersebut di atas yang amat jelas (dan biasanya dua simtom atau lebih, apabila simtom tersebut kurang tajam atau kurang jelas) dari simtom yang termasuk salah satu dari kelompok (a) sampai dengan (d) tersebut di atas, atau paling sedikit dua simtom dari kelompok (e) sampai dengan (h) yang harus selalu ada secara jelas selama kurun waktu satu bulan atau lebih.

Selain itu *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revised* (DSM-IV-TR) membagi Skizofrenia atas sub tipe secara klinik,

berdasarkan kumpulan simtom yang paling menonjol.

Pembagian sub tipe Skizofrenia:

1. Tipe katatonik, yang menonjol simtom katatonik.
2. Tipe *disorganized*, adanya kekacauan dalam bicara dan perilaku, dan afek yang tidak sesuai atau datar.
3. Tipe paranoid, simtom yang menonjol merupakan adanya preokupasi dengan waham atau halusinasi yang sering.
4. Tipe tak terinci (*undifferentiated*) , adanya gambaran simtom fase aktif, tetapi tidak sesuai dengan kriteria untuk Skizofrenia katatonik, *disorganized*, atau paranoid. Atau semua kriteria untuk Skizofrenia katatonik, *disorganized*, dan paranoid terpenuhi
5. Tipe residual, merupakan kelanjutan dari Skizofrenia, akan tetapi simtom fase aktif tidak lagi dijumpai.

B. Pengetahuan

1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar

pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam pembentukan tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

2. Sumber Pengetahuan

Pengetahuan berasal dari pengalaman, informasi yang disampaikan kepada orang lain, surat kabar, majalah, buku dan media elektronik (Notoatmodjo, 2003).

3. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan kognitif terdiri atas beberapa tingkatan :

a. Tahu

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam tingkatan ini adalah mengingat kembali terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, yang dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau pada kondisi yang sebenarnya.

d. Analisis

Analisis atau kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis

Sintesis menunjukkan pada suatu komponen untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

f. Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

4. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor (Notoatmodjo, 2003) yaitu :

- a. Pendidikan. Pendidikan merupakan hal yang paling penting dan yang diperlukan di dalam pengetahuan.
- b. Umur. Umur merupakan variabel yang harus diperhatikan, angka kesakitan atau angka kematian menunjukkan hubungan dengan umur.
- c. Pekerjaan. Pekerjaan merupakan suatu aktivitas atau kegiatan seseorang untuk memperoleh pengetahuan guna memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

C. Keluarga

1. Defenisi

Menurut Departemen Kesehatan (1988), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka hidup dalam suatu rumah tangga, melakukan interaksi satu sama lain menurut perannya masing-masing serta menciptakan dan mempertahankan suatu budaya (Bailon dan Maglaya, 1978 dalam Sudiharto, 2007). Menurut Friedman (1998), keluarga merupakan satu atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga.

2. Tipe keluarga

Tipe keluarga dapat dikelompokkan menjadi enam bagian yaitu :

- a. Keluarga Inti (*nuclear family*) terdiri dari suami, istri, dan anak-anak, baik karena kelahiran maupun adopsi.
- b. Keluarga Besar (*extended family*) terdiri dari keluarga inti ditambah keluarga yang lain (hubungan darah) misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu termasuk keluarga modern, seperti orang tua tunggal, keluarga tanpa anak, serta keluarga pasangan sejenis.

- c. Keluarga berantai (*social family*) keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali.
- d. Keluarga asal (*family of origin*) merupakan suatu unit keluarga tempat asal seseorang dilahirkan.
- e. Keluarga komposit (*composite family*) adalah keluarga dari perkawinan poligami dan hidup bersama.
- f. Keluarga tradisional dan nontradisional, dibedakan menurut ikatan perkawinan. Keluarga tradisional diikat oleh perkawinan. Sedangkan, keluarga nontradisional tidak diikat oleh perkawinan (Sudiharto, 2007).

3. Struktur keluarga

Struktur keluarga ada bermacam-macam, diantaranya adalah :

- a. Patrilineal. Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari anak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
- b. Matrilineal. Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari anak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
- c. Patrilokal. Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
- d. Matrilokal. Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

e. Keluarga Kawin. Keluarga kawin adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri (Setiadi, 2006).

4. Fungsi keluarga

Setiap anggota keluarga memiliki kebutuhan dasar fisik, pribadi dan sosial yang berbeda. Menurut Friedman (1998) bahwa keluarga memiliki 5 fungsi dasar, yaitu:

a. Fungsi Afektif

Merupakan fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

b. Fungsi Sosialisasi

Merupakan fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

c. Fungsi Reproduksi

Merupakan fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

Merupakan fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi Perawatan

Merupakan fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi .

5. Peran keluarga

Berbagai peran yang terdapat dalam keluarga adalah sebagai berikut:

a. Peran Ayah : ayah sebagai suami dari istri dan anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman sebagai kepala keluarga, sebagai anggota kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

b. Peran Ibu : sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya. Di samping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

c. Peran Anak : anak-anaknya melaksanakan peranan psiko sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual. (Effendi, 1998).

D. Kualitas Hidup

1. Definisi

Kualitas hidup adalah istilah yang merujuk pada emosional, sosial dan kesejahteraan fisik seseorang, juga kemampuan mereka untuk berfungsi dalam kehidupan sehari-hari (Donald, 2001). Kualitas hidup merupakan persepsi individu dari posisi laki-laki/wanita dalam hidup ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai dimana laki-laki/wanita itu tinggal, dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Hal ini merupakan konsep tingkatan, terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik seseorang, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan hubungan mereka kepada karakteristik lingkungan mereka (WHO, 1994).

Menurut Unit Penelitian Kualitas Hidup Universitas Toronto, kualitas hidup adalah tingkat dimana seseorang menikmati hal-hal penting yang mungkin terjadi dalam hidupnya. Masing-masing orang memiliki kesempatan dan keterbatasan dalam hidupnya yang merefleksikan interaksinya dan lingkungan sedangkan kenikmatan itu sendiri terdiri dari dua komponen yaitu pengalaman dari kepuasan dan kepemilikan atau prestasi (Universitas Toronto, 2004).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

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

- a. Variabel Sosio-demografi

Variabel sosio-demografi yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien Skizofrenia adalah: jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan dan tingkat penghasilan

b. Variabel Klinis

Variabel klinis yang berhubungan dengan kualitas hidup adalah penggunaan poli farmasi psikoaktif, efek samping obat yang dikonsumsi, terlambatnya mendapat pengobatan, dan agitasi selama wawancara.

Penelitian de Souza *et al.* (2009) juga menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penderita Skizofrenia, yaitu :

a. Faktor Sosiodemografi

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

b. Faktor Klinis

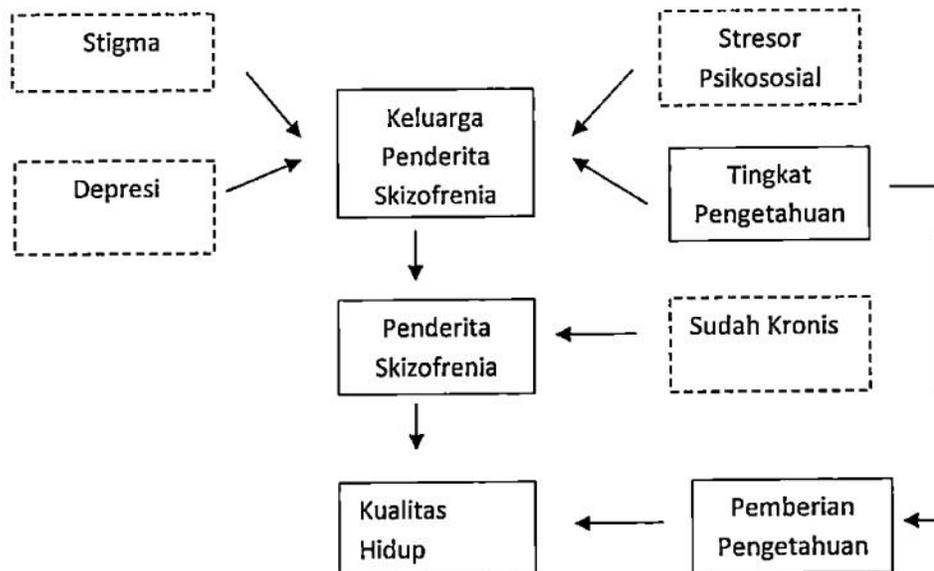
Faktor klinis yang mempengaruhi kualitas hidup adalah jenis dan dosis obat yang digunakan.

Penderita Skizofrenia yang tinggal di suatu komunitas, dilihat dari adanya gangguan fungsi sosial, biasanya memiliki kualitas hidup yang buruk, dibandingkan dengan orang yang sehat (De Souza *et al.*, 2006), sedangkan dilihat dari faktor onset usianya, semakin muda onset usia penderita Skizofrenia, semakin besar penurunan neuropsikologi (IQ, memori dan fungsi psikomotor), sehingga mempengaruhi kemampuan

aktifitas dan fungsionalnya dalam kehidupannya dan akan mempengaruhi kualitas hidup penderita Skizofrenia (Biswas *et al*, 2006).

Hampir seluruh penelitian tentang kualitas hidup menggunakan instrumen kuesioner. Data yang terkumpul menggunakan kuesioner yang terstruktur. Biasanya mengandung beberapa item yang dapat memilih ukuran variasi dari kualitas hidup contohnya kuesioner untuk penderita Skizofrenia (*the Lehman Quality of Life Interview*).

E. Kerangka Konsep



F. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tinjauan pustaka dan dasar teori diatas, dapat diajukan hipotesis sebagai berikut: terdapat hubungan pengetahuan Skizofrenia pada keluarga Skizofrenia dengan kualitas hidup penderita Skizofrenia.