

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Pengertian Skizofrenia

Pengertian skizofrenia menurut Pedoman Penggolongan diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III) adalah suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat tergantung pada pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Skizofrenia merupakan kumpulan dari beberapa gejala klinis yang penderitanya akan mengalami gangguan dalam kognitif, emosional, persepsi serta gangguan dalam tingkah laku. Penderita gangguan jiwa akan mengalami menunjukkan gejala gangguan persepsi, seperti waham dan halusinasi (Kaplan *and* Sadock's, 2007).

Menurut Issacs (2005) skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk berpikir, berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, menunjukkan emosi, perilaku dan sikap yang tidak dapat diterima secara sosial. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang penderitanya tidak mampu menilai realitas dengan baik, pemahaman diri buruk dan sering disertai adanya gejala halusinasi dan waham. Skizofrenia adalah penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik,

pemikiran konkret, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal serta kesulitan dalam memecahkan masalah (Stuart, 2007).

b. Penggolongan Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang berlangsung menahun, sering kambuh dan kondisi kejiwaan pasien semakin lama semakin merosot, penggolongan gangguan ini menurut (Doenges, *et. al.*, 2007; Isaacs, 2005; Sadock & Sadock, 1998) terdiri dari :

1) Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid merupakan skizofrenia dengan karakteristik penderita mengalami keluhan mudah tersinggung, menyerang dan melakukan perilaku kekerasan, halusinasi dan waham curiga.

2) Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik merupakan salah satu jenis skizofrenia yang ditandai dengan retardasi psikomotor yang khas atau aktivitas motorik tanpa tujuan ataupun kelelahan. Mengalami gangguan psikomotor misalnya stupor, rigiditas, *euphoria*, *negativism*, dalam berbicara sering *echolalia* atau *eugopraxia*.

3) Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik merupakan jenis skizofrenia yang ditandai dengan percakapan dan perilaku yang kacau, afek yang datar atau tidak tepat, gangguan asosiasi pasien mempunyai sikap

yang aneh, menunjukkan perilaku menarik diri secara social yang ekstrim serta mengabaikan *hygiene*.

4) Skizofrenia tak Terinci

Jenis skizofrenia ini tidak termasuk dalam kriteria tipe skizofrenia spesifik lainnya, tipe ini memenuhi kriteria lebih dari satu atau perjalanan episode terakhir tidak diketahui. Penderita akan mengalami delusi, halusinasi, dan inkoherensia.

5) Skizofrenia Residual

Skizofrenia residual menunjukkan afek yang tidak sesuai, cenderung menarik diri dari masyarakat. Skizofrenia residual sering ditandai dengan setidaknya satu episode skizofrenia sebelumnya, tetapi saat ini tidak psikotik, menarik diri dari masyarakat, afek datar serta asosiasi longgar.

c. Penyebab Skizofrenia

Penyebab skizofrenia pada umumnya tidak diketahui, akan tetapi terdapat hal-hal yang diketahui sebagai faktor presipitasi dan faktor presdisposisi terjadinya skizofrenia antara lain:

1) Herediter

Faktor genetik merupakan salah satu penyebab skizofrenia. Orangtua yang menderita skizofrenia maka kemungkinan anaknya akan menderita skizofrenia sebesar 15%. Apabila kedua orangtua menderita skizofrenia maka resiko anaknya menderita skizofrenia

meningkat menjadi 35%. Seseorang yang mempunyai saudara kandung menderita skizofrenia, kemungkinan juga akan mengalami skizofrenia. Pada anak kembar, keduanya akan mempunyai kesempatan yang sama untuk menderita skizofrenia. Pada kembar identik (*monozygote*) mempunyai resiko sebesar 50%, sedangkan pada kembar yang fraternal (*dizygote*) mempunyai resiko sebesar 15% (Stuart *and* Laraia, 2007).

2) Faktor Biologi

Penyebab skizofrenia pada umumnya tidak diketahui, tetapi terdapat beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa salah satu penyebab skizofrenia adalah adanya peranan patofisiologis untuk salah satu daerah tertentu pada otak, termasuk sistem limbik, korteks frontalis, dan ganglia basalis. Gangguan pada sistem limbik dapat memunculkan gejala positif pada penderita sedangkan gangguan pada korteks frontalis dapat memunculkan gejala negatif pada penderita skizofrenia (Stuart *and* Laraia, 2007).

3) Faktor Psikososial

Masalah pada individu, keluarga dan sosial dapat mempengaruhi pasien skizofrenia. Faktor psikososial harus diperhatikan, karena jika skizofrenia merupakan suatu penyakit otak, maka kemungkinan penyakit ini sejalan dengan penyakit organ lain, seperti diabetes yang mengalami penyakitnya dipengaruhi oleh stress

d. Gambaran Klinis Skizofrenia

Kaplan & Sadock (1997) menyebutkan tanda dan gejala klinis skizofrenia. Tanda dan gejala klinis tersebut antara lain :

- 1) Pemeriksaan status mental,
- 2) Mood, perasaan dan afek,
- 3) Gejala afektif lainnya yaitu halusinasi dan ilusi,
- 4) Gangguan pikiran,
- 5) Impulsive, bunuh diri,
- 6) Orientasi terganggu,
- 7) Kehilangan minat, malas, menarik diri secara sosial, tidak ada inisiatif, dan sikap pasif.

Gejala skizofrenia menurut Hawari (2001) adalah :

1) Gejala negatif

Gejala negatif yang diperlihatkan penderita skizofrenia adalah :

- a) Afek tumpul atau datar yang ditunjukkan dari wajahnya yang tanpa ekspresi.
- b) Menarik diri, tidak mau bergaul ataupun bersosialisasi dengan yang lain.
- c) Pasien cenderung diam dan sukar diajak bicara.
- d) Menarik diri dari pergaulan sosial, pasien apatis dan pasif.
- e) Sulit dalam berfikir abstrak.
- f) Pola pikir stereotip.
- g) Kebersihan diri kurang.

2) Gejala positif

Gejala positif pada penderita skizofrenia antara lain adalah :

- a) Delusi, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (masuk akal), dan pasien tetap meyakini kebenarannya.
- b) Kekacauan dalam alam pikir yang dapat terlihat dari pembicaraan pasien. Pasien sering berbicara kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pembicaraannya.
- c) Pasien gaduh dan tidak dapat diam, pasien sering mondar-mandir dan terkadang gembira berlebihan.
- d) Pasien merasa dirinya serba mampu dan melebihi dari manusia biasa.
- e) Pikirannya penuh dengan kecurigaan dan sering merasa ada orang yang sedang mengancam dirinya.
- f) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan. Misalnya halusinasi pendengaran, pasien mendengar bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara tersebut.

e. Penatalaksanaan Skizofrenia

Gangguan jiwa skizofrenia adalah salah satu penyakit yang cenderung berlanjut (kronis/menahun). Oleh karenanya terapi pada skizofrenia memerlukan waktu relatif lama berbulan bahkan bertahun, hal tersebut dimaksudkan untuk menekan sekecil mungkin kekambuhan. Terapi yang

dimaksud meliputi terapi dengan obat-obatan anti skizofrenia (psikofarmaka), psikoterapi, terapi psikososial dan terapi psikoreligius.

1) Psikofarmaka

Obat psikofarmaka yang akan diberikan ditujukan pada gangguan neurotransmitter sehingga gejala-gejala klinis dapat dihilangkan atau dengan kata lain penderita skizofrenia dapat diobati. Banyak jenis obat psikofarmaka yang digunakan untuk mengobati penderita skizofrenia, masing-masing jenis obat psikofarmaka ada kelebihan dan kekurangannya selain juga ada efek samping. Adapun obat psikofarmaka yang ideal yaitu yang memenuhi syarat-syarat antara lain sebagai berikut:

- a) Dosis rendah dengan efektivitas terapi dalam waktu yang relatif singkat.
- b) Tidak ada efek samping, walaupun ada relatif kecil.
- c) Dapat menghilangkan dalam waktu relatif singkat baik gejala positif maupun gejala negatif skizofrenia.
- d) Lebih cepat memulihkan fungsi kognitif (daya pikir dan daya ingat).
- e) Tidak menyebabkan kantuk.
- f) Memperbaiki pola tidur.
- g) Tidak menyebabkan habituasi, adiksi dan dependensi.
- h) Tidak menyebabkan lemas otot.
- i) Dan, kalau mungkin pemakaiannya dosis tunggal.

2) Psikoterapi

Psikoterapi kejiwaan atau psikoterapi pada penderita skizofrenia, baru dapat diberikan apabila penderita dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*) sudah kembali pulih dan pemahaman diri (*insight*) sudah baik. Psikoterapi diberikan dengan catatan bahwa penderita masih mendapatkan terapi psikofarmaka. Berikut adalah jenis-jenis psikoterapi yang dapat diberikan kepada penderita sesuai dengan kebutuhan dan latar belakang penderita sebelum sakit:

a) Psikoterapi Suportif

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memberikan dorongan, semangat dan motivasi agar penderita tidak merasa putus asa dan semangat juangnya dalam menghadapi hidup ini tidak kendur dan menurun.

b) Psikoterapi Re-edukatif

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memberikan pendidikan ulang yang maksudnya memperbaiki kesalahan pendidikan diwaktu lalu dan juga dengan pendidikan ini dimaksudkan mengubah pola pendidikan yang lama dengan yang baru sehingga penderita lebih adaptif terhadap dunia luar.

c) Psikoterapi Re-konstruktif

Jenis terapi ini dimaksudkan untuk memperbaiki kembali (re-konstruksi) keperibadian yang telah mengalami keretakan menjadi keperibadian yang utuh seperti semula sebelum sakit.

d) Psikoterapi Kognitif

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memulihkan kembali fungsi kognitif (daya fikir dan daya ingat) rasional sehingga penderita mampu membedakan nilai-nilai moral etika, mana yang baik dan buruk, mana yang boleh dan tidak, mana yang halal dan haram dan lain sebagainya.

e) Psikoterapi Psikodinamik

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan seseorang jatuh sakit dan upaya untuk mencari jalan keluarnya. Dengan psikoterapi ini diharapkan penderita dapat memahami kelebihan dan kelemahan dirinya dan mampu menggunakan mekanisme pertahanan diri dengan baik.

f) Psikoterapi Perilaku

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memulihkan gangguan perilaku yang terganggu (maladaptif) menjadi perilaku yang adaptif (mampu menyesuaikan diri). Kemampuan adaptasi penderita perlu dipulihkan agar penderita mampu berfungsi kembali secara wajar dalam kehiduannya sehari-hari baik di

rumah, di sekolah/kampus, di tempat kerja dan lingkungan sosialnya.

g) Psikoterapi Keluarga

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memulihkan hubungan penderita dengan keluarganya. Psikoterapi ini diharapkan keluarga dapat memahami mengenai gangguan jiwa skizofrenia dan dapat membantu mempercepat proses penyembuhan penderita.

h) Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktifitas kelompok adalah metode terapi ketika pasien ditemui dalam rancangan waktu tertentu dengan tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan tertentu pula.

Secara umum tujuan dari psikoterapi adalah untuk memperkuat struktur kepribadian, mematangkan kepribadian (*maturing personality*), memperkuat ego (*ego strength*), meningkatkan citra diri (*self esteem*) dan memulihkan kepercayaan diri (*self confidence*).

3) Terapi Psikososial

Salah satu dampak dari skizofrenia adalah terganggunya fungsi social penderita atau hendaya (*impairment*). Hendaya ini terjadi dalam berbagai bidang fungsi rutin kehidupan sehari-hari, seperti dalam bidan studi (sekolah/kuliah), pekerjaan, hubungan sosial dan perawatan diri. Dengan terapi psikososial dimaksudkan agar penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial

sekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat.

4) Terapi Psikoreligius

Terapi keagamaan yang dimaksudkan adalah berupa ritual kegiatan keagamaan seperti sembahyang, berdo'a, memanjatkan puji-pujian kepada tuhan, ceramah keagamaan dan kajian kitab suci dan lain sebagainya.

f. Prognosis

Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa lebih dari periode 5 sampai 10 tahun setelah perawatan psikiatrik pertama kali di rumah sakit karena skiofrenia, hanya kira-kira 10%-20% pasien dapat digambarkan memiliki hasil yang baik. Lebih dari 50% pasien dapat digambarkan memiliki hasil yang buruk, dengan perawatan di rumah sakit yang berulang, eksaserbasi gejala, episode gangguan mood berat, dan usaha bunuh diri. Walaupun angka-angka yang kurang bagus tersebut, skizofrenia memang tidak selalu memiliki perjalanan penyakit yang buruk, dan sejumlah faktor telah dihubungkan dengan prognosis yang baik.

Secara umum prognosis skizofrenia tergantung pada :

- 1) Usia pertama kali timbul (onset) : makin muda makin buruk.
- 2) Mula timbulnya akut atau kronik : bila akut lebih baik.

- 3) Tipe skizofrenia: episode skizofrenia akut dan katatonik lebih baik.
- 4) Cepat, tepat serta teraturnya pengobatan yang didapat.
- 5) Ada atau tidaknya faktor pencetusnya : jika ada lebih baik.
- 6) Ada atau tidaknya faktor keturunan : jika ada lebih jelek.
- 7) Kepribadian prepsikotik : jika skizoid, skizotim atau introvert lebih jelek.
- 8) Keadaan sosial ekonomi : bila rendah lebih jelek.

2. Terapi Aktifitas Kelompok (TAK)

Terapi aktifitas kelompok adalah metode terapi ketika pasien ditemui dalam rancangan waktu tertentu dengan tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan tertentu pula. Terapi kelompok merupakan salah satu jenis penanganan pada pasien gangguan jiwa yang anggotanya dipilih secara berhati-hati dan pasien yang mempunyai gangguan emosional yang dipertemukan dalam suatu kelompok, dibimbing oleh terapis yang telah terlatih. Fokus pelaksanaan TAK adalah membuat sadar diri, peningkatan hubungan interpersonal, membuat perubahan ataupun ketiganya (Keliat & Akemat, 2005).

Menurut Keliat & Akemat (2004), TAK dibagi menjadi 4 macam, yaitu :

a. TAK Sosialisasi

TAK sosialisasi adalah upaya/terapi yang digunakan untuk memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah klien dengan masalah hubungan sosial. Tujuan dari TAK ini adalah meningkatkan hubungan

sosial klien di dalam kelompok secara bertahap, sehingga klien dapat berinteraksi dengan individu lain yang ada di sekitarnya.

b. TAK Stimulasi Persepsi

TAK stimulasi persepsi adalah terapi kelompok yang menggunakan aktifitas mempersepsikan stimulus yang terkait dengan kehidupan sehari-hari untuk didiskusikan di dalam kelompok. Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi dan pemecahan masalah.

c. TAK Stimulasi Sensori

TAK stimulasi sensori adalah upaya menstimulasi semua panca indera (sensori) agar memberi respon yang adekuat. Aktivitas yang dapat dilakukan adalah stimulus terhadap penglihatan dan pendengaran, seperti mendengarkan nyanyian.

d. TAK Orientasi Realitas

TAK orientasi realitas adalah terapi untuk mengorientasikan keadaan nyata kepada klien, yaitu diri sendiri, orang lain, lingkungan/tempat, dan waktu. TAK pada penelitian ini dapat dimasukkan menjadi salah satu jenis TAK sosialisasi dan TAK orientasi realitas karena pada pelaksanaan TAK kebersihan diri salah satu tujuannya adalah untuk meningkatkan hubungan sosial pasien di dalam kelompok dan juga mengorientasikan keadaan nyata pasien pada diri sendiri dan lingkungan.

3. Kualitas Hidup

a. Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan suatu bentuk yang multidimensi dan sampai saat ini belum didapatkan suatu definisi yang dapat diterima secara universal, namun WHO (1996) mencoba mendefinisikan sebagai suatu persepsi individu pada posisinya dalam kehidupan dalam konteks kebudayaan dan sistem yang berlaku dimana mereka tinggal, dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian (Brennan, 1999).

b. Unsur-unsur dalam Kualitas Hidup

1) Kualitas Hidup Subjektif

Kualitas hidup subjektif biasanya didefinisikan sebagai kepuasan hidup. Kualitas hidup subjektif yang baik berhubungan dengan lebih sedikit keparahan gejala negatif dan depresi, kualitas hidup objektif yg baik dan kapasitas fungsional sehari-hari yang baik. Kapasitas fungsional sehari-hari yang rendah dan gejala positif, negatif, dan depresi yang parah telah dihubungkan dengan kualitas hidup yang rendah. Kemampuan kognitif berhubungan dengan kapasitas fungsional dan komunitas, dan juga mempengaruhi kepuasan hidup (Evans *et. al.*, 2003; Twamley *et. al.*, 2002; Patterson *et. al.*, 2001; Green and Nuechterlein, 1999; Green, 1996; Green *et. al.*, 2000). Penampilan kognitif yang jelek dan laporan status fungsional diri seperti (belum nikah, fungsi sosial yang rendah,

dukungan sosial yang kecil) berhubungan dengan kualitas hidup subjektif yang rendah. (Corrigan and Buican, 1995; Norman *et. al.*, 2000; Lehman *et. al.*, 1983a). Kemampuan kognitif yang baik dapat diartikan insight yang baik, lebih depresif dan kesejahteraan subjektif yang lebih rendah. (Hofer *et. al.*, 2005b; Ruggeri *et. al.*, 2005; Corrigan and Buican, 1995). Karakteristik demografik dan klinis mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Kualitas hidup subjektif berhubungan dengan ketidaknyamanan emosi , faktor positif, faktor negatif, gejala-gejala ekstrapiramidal, dan faktor kognitif. Yang paling signifikan adalah ketidaknyamanan emosi dan gejala-gejala ekspiramidal. Kualitas hidup subjektif dinilai oleh pasien sendiri.

2) Kualitas Hidup Objektif

Kualitas hidup objektif biasanya didefinisikan sebagai partisipasi di aktivitas dan hubungan interpersonal. Kualitas hidup objektif yang baik berhubungan dengan lebih sedikit keparahan gejala negatif dan depresi, penampilan kognitif yang baik dan kapasitas fungsional sehari-hari yang baik. Indikator dari kualitas hidup objektif adalah situasi hidup, status perkawinan, status pekerjaan, status mengemudi dan keterlibatan di aktivitas sosial. Kualitas hidup objektif berhubungan dengan faktor negatif, faktor kognitif, ketidaknyamanan emosional, gejala-gejala ekstrapiramidal, dan dosis dari antipsikotik. Yang paling penting adalah faktor

negatif. Kualitas hidup objektif dinilai oleh observer. Indikatornya adalah kesehatan dan kondisi hidup, sosiodemografi, dan fungsi peran.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Penelitian tentang kualitas hidup seseorang dengan gangguan skizofrenia mulai mendapat perhatian, saat kepedulian tentang pengaruh penyakit mental yang khronis pada masyarakat meningkat. Meskipun tidak ada konsensus diantara para peneliti mengenai definisi dan konsep kualitas hidup namun karakteristik tertentu dari pasien seperti situasi kehidupan, hubungan dengan keluarga dan masyarakat, kegiatan diwaktu luang, keuangan, keamanan/hukum, pekerjaan, agama dan lingkungan telah diketahui sebagai faktor utama yang mempengaruhi kualitas kehidupan orang dengan gangguan skizofrenia (mental khronis) (Lehman, 1995).

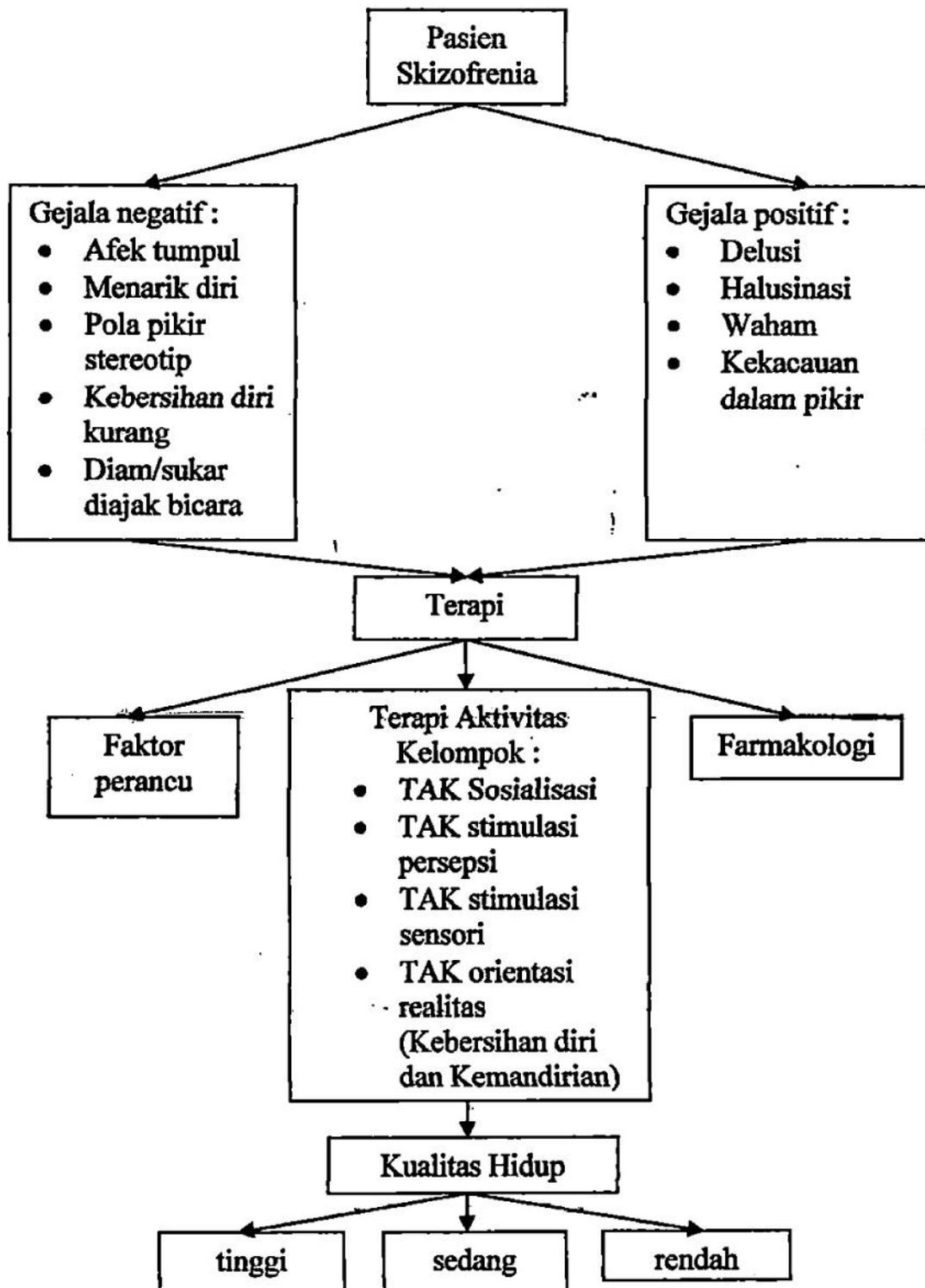
Pada penelitian Bryson (2002) para pasien skizofrenia sering mengungkapkan perasaan mereka tentang manfaat bekerja dalam meningkatkan kualitas hidup mereka dengan memberi alasan untuk bangun setiap pagi harinya, karena mereka akan melakukan suatu pekerjaan yang mereka yakin mendapatkan hasil (upah) nantinya. Dengan bekerja mendekatkan mereka pada proses sosial normal, menawarkan akses yang lebih besar untuk berinteraksi interpersonal dan

Kaiser (2000) berpendapat bahwa sangatlah penting untuk membedakan antara kualitas hidup sebagai kriteria evaluasi fenomena yang berkaitan dengan penyakit (gejala negatif) dan kualitas hidup sebagai penilaian subjektif oleh pasien sebagai evaluasi subjektif terhadap diri seseorang, kehidupan sosial dan materi duniawi seseorang. Lehman (1993) mengatakan bahwa konsistensi laporan secara umum kuat dan paling kuat pada 6 bulan terakhir perawatan pasien skizofrenia

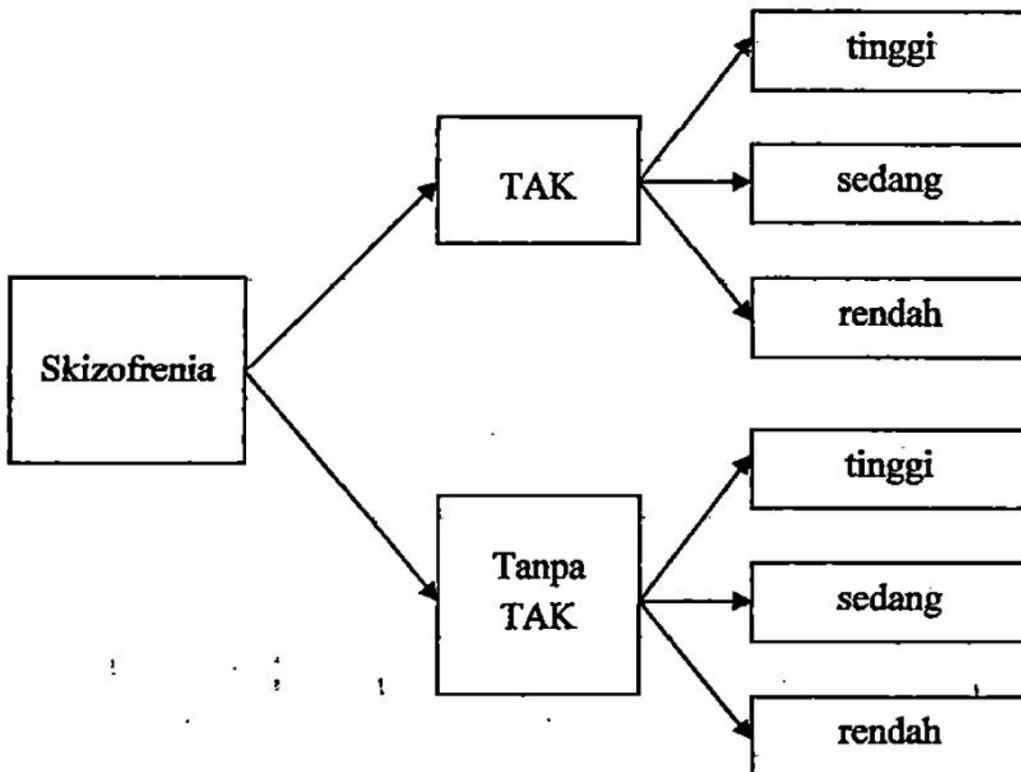
Bekerja adalah salah satu kelengkapan dan kebutuhan yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia. Dengan bekerja seseorang melepaskan agresinya, berkreasi, berteman, sehingga merasa berguna bagi masyarakat, dan tentu saja menunjang hidup diri sendiri serta keluarga (Wijaksana, 2007). Bagi pasien yang pernah mengalami gangguan jiwa tentu hal ini bukan sesuatu pengecualian, malah problemnya akan lebih besar karena dapat mencetuskan kekambuhan sakitnya. Lebih buruk lagi pasien yang mengalami pemutusan hubungan kerja secara sepihak lepas dari soal apakah hal itu pada tempatnya atau bukan. Keluarga pasien sering juga mengharapkan pekerjaan untuk pasien yang berbentuk formal, sekalipun ia tahu jika perusahaan tersebut adalah miliknya maka ia (pasien) pun tidak dapat dipekerjakan di perusahaan itu apalagi yang memerlukan kontinuitas dalam pelayanan. Hal ini sering menimbulkan kegagalan pasien untuk bekerja. Untuk itulah kita harus beralih ke sektor-sektor informal

dalam membantu pasien dengan segala kelemahan/kelebihan karena gejala sisa sakitnya (Morris, 2005).

B. Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

D. Hipotesis

Terdapat pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok terhadap kualitas hidup pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul.