

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pengertian Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertingkah laku (Nasir dan Muhith, 2011), sedangkan menurut Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III) menyebutkan bahwa gangguan jiwa adalah adanya kelompok gejala atau perilaku yang ditemukan secara klinis yang disertai adanya penderitaan distress pada kebanyakan kasus yang berkaitan dengan terganggunya fungsi seseorang (Maslim, 2001).

Gangguan jiwa menurut Depkes RI (2008) adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran (www.depkes.go.id).

American Psychiatric Association (2000) mendefinisikan bahwa gangguan jiwa sebagai suatu sindrom atau pola psikologis atau perilaku yang penting secara klinis yang terjadi pada seseorang yang dikaitkan dengan adanya distress misal gejala nyeri dan disabilitas yaitu kerusakan pada satu atau lebih area fungsi yang penting

atau disertai peningkatan resiko kematian yang menyakitkan, nyeri, disabilitas atau sangat kehilangan kebebasan.

Kriteria umum untuk mendiagnosis gangguan jiwa yaitu meliputi ketidakpuasan dengan karakteristik, kemampuan, prestasi diri, serta hubungan yang tidak efektif atau tidak memuaskan dan koping yang tidak efektif. Selain itu perilaku individu yang tidak diharapkan dan mendapat sanksi secara budaya, serta bukan perilaku yang menyimpang yang menjadi indikasi gangguan jiwa (*American Psychiatric Association, 2000*).

2. Skizofrenia

a. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008). Skizofrenia biasanya dapat terdiagnosis pada masa remaja akhir dan dewasa awal, skizofrenia sendiri jarang terjadi pada masa anak-anak. Insiden puncak terjadinya skizofrenia adalah antara umur 15 sampai 25 tahun untuk pria, dan untuk wanita yaitu pada umur 25 sampai 35 tahun (*American Psychiatric Association, 2000*).

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan JiwaIII (PPDGJIII) Skizofrenia merupakan suatu sindrom yang disebabkan oleh

bermacam penyebab yang ditandai dengan penyimpangan pikiran dan persepsi serta afek yang tidak wajar. Pasien dengan diagnosis Skizofrenia akan mengalami kemunduran dalam kehidupan sehari-hari, hal ini ditandai dengan hilangnya motivasi dan tanggung jawab, selain itu pasien cenderung apatis, menghindari kegiatan dan mengalami gangguan dalam penampilan (Maslim, 2001).

Gejala skizofrenia secara garis besar dapat dibagi dalam dua kelompok, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif atau gejala nyata yaitu berupa waham, halusinasi, dan kekacauan pikiran, gaduh gelisah dan perilaku yang tidak teratur. Gejala negatif atau gejala samar seperti afek datar, tidak memiliki kemauan atau kehendak, menarik diri atau isolasi diri dari pergaulan, cenderung pendiam dan sulit diajak berkomunikasi, pasif, apatis atau acuh tak acuh. Gejala positif dapat dikontrol dengan pengobatan dan terapi, tetapi seringkali gejala negatif menetap setelah gejala psikotik berkurang. Gejala negatif seringkali menetap sepanjang waktu dan menjadi masalah penghambat utama dalam proses pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari pasien skizofrenia (Videbeck, 2008).

b. Etiologi Skizofrenia

Videbeck (2008) menjelaskan bahwa teori biologi skizofrenia berfokus pada faktor genetik, faktor neuroanatomi dan neurokimia

(struktur dan fungsi otak), serta imunovirologi (respon tubuh terhadap paparan suatu virus). Sadock & Kaplan (2010) menjelaskan lebih lanjut etiologi skizofrenia sebagai berikut :

1) Model Diatesis-Stress

Model ini mendalilkan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (diatesis) yang jika diketahui oleh suatu lingkungan yang menimbulkan stress memungkinkan timbulnya gejala skizofrenia. Pada model ini yang paling umum adalah diatesis atau stres dapat juga biologis atau lingkungan atau mungkin keduanya. Komponen lingkungan dapat biologis atau psikologis, dasar biologis untuk suatu diatesis dibentuk lebih lanjut oleh pengaruh epigenetik, seperti penyalahgunaan zat, stress psikologis, dan trauma.

2) Faktor Biologis

Penyebab skizofrenia 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 mungkin melibatkan patologi primer di daerah lainnya.

3) Genetika

Faktor genetik telah dibuktikan secara kuat oleh berbagai macam penelitian bahwa suatu komponen genetika terhadap diturunkannya skizofrenia. Seseorang kemungkinan berisiko menderita skizofrenia jika anggota keluarga lainnya menderita skizofrenia dan kemungkinan seseorang menderita dengan dekatnya hubungan persaudaraan tersebut.

4) Faktor Psikososial

Kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang ditahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, dan menarik diri dari hubungan sosial pada penderita skizofrenia. Hubungan interpersonal yang buruk dari penderita skizofrenia akan berkembang jika dalam masa anak-anak tidak dapat mempelajari interpersonal dengan baik.

c. Jenis-jenis Skizofrenia

Krapelin membagi skizofrenia menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan menjadi salah satu jenis gejala utama. Jenis-jenis skizofrenia menurut Krapelin dalam Maramis (2009) dan Maslim (2001) yaitu :

1) Skizofrenia Paranoid

Gejala yang mencolok dalam skizofrenia jenis ini adalah waham primer disertai dengan waham-waham sekunder dan

halusinasi. Skizofrenia jenis ini sering mulai sesudah umur 30 tahun. Permulaannya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan skizoid, mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak, dan kurang percaya pada orang lain.

2) Skizofrenia Hebefrenik

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

3) 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.

4) Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis skizofrenia simplex ini adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Pada permulaan penderita mungkin kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan.

5) Skizofrenia Tak Terinci (*Undifferentiated*)

Skizofrenia ini memperlihatkan gejala lebih dari satu sub tipe tanpa gambaran pedominasi yang jelas untuk suatu kelompok diagnosis yang khas.

6) Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat dengan 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 pembicaraan, ekspresi non verbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

d. Penanganan Skizofrenia

1) Farmakoterapi

Indikasi pemberian obat antipsikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Hasil pengobatan akan lebih baik bila antipsikotik mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit (Maramis, 2009). Antipsikotik yang

juga dikenal sebagai neuroleptik digunakan karena keefektifannya dalam mengurangi gejala psikotik.

Antipsikotik tipikal atau yang lebih dulu digunakan adalah antagonis dopamine. Antipsikotik terbaru atau antipsikotik atipikal yang digunakan adalah antagonis serotonin dan antagonis dopamine. Antipsikotik tipikal mengatasi tanda-tanda positif skizofrenia seperti waham, halusinasi, gangguan pikiran dan gangguan psikotik lainnya tetapi tidak memiliki efek yang tampak pada tanda-tanda negative. Antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala psikotik, tetapi untuk banyak klien obat ini juga mengurangi tanda-tanda negatif seperti tidak memiliki kemauan dan motivasi, menarik diri dari masyarakat, dan anhedonia.

Dua antipsikotik ini tersedia dalam bentuk injeksi depot untuk terapi rumatan, flufenazin atau proxilin, dalam sediaan dekanolat dan enantat, dan haloperidol dekanolat. Efek obat-obatan ini berlangsung dua sampai empat minggu sehingga antipsikotik tidak perlu diberikan setiap hari. Durasi kerja obat ialah 7 sampai 28 hari untuk flufenazin dan 4 minggu untuk haloperidol (Videback, 2008).

Efek samping antipsikotik dapat berkisar dari ketidaknyamanan ringan sampai gangguan gerakan permanen

(Videback, 2008). Banyaknya efek samping yang timbul dari obat antipsikotik ini sehingga sering menjadi alasan utama klien menghentikan atau mengurangi dosis obat ini. Efek samping neurologis yang timbul yaitu efek samping ekstrapiramidal (reaksi distonia akut, akatisa, dan parkinsonisme). Efek samping non neurologis meliputi sedasi, fotosensitivitas, dan gejala anti kolinergik seperti mulut kering, pandangan kabur, konstipasi, retensi urin, dan hipotensi ortostatik (Videback, 2008).

2) Terapi Kejang Listrik

Terapi Kejang Listrik dapat memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita, serta mencegah serangan yang akan datang. Kelebihan Terapi Kejang Listrik yaitu lebih mudah diberikan, dapat dilakukan secara ambulant, bahaya lebih sedikit, lebih murah dan tidak memerlukan tenaga yang khusus (Maslim, 2009).

3) Psikoterapi dan Rehabilitasi

Terapi kerja untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain, perawat, dan dokter, supaya penderita skizofrenia tidak mengasingkan diri lagi, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama (Maramis, 2009).

4) Lobotomi Prefrontal

Dilakukan bila terapi lain yang diberikan secara intensif selama kira-kira 5 tahun tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya (Maramis, 2009).

1. Keluarga

a. Definisi keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan keadaan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI , 2013). Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan, ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2013).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah dua orang atau lebih yang dipersatukan oleh ikatan perkawinan, ikatan darah yang tinggal dalam satu rumah dan saling berinteraksi satu sama lain dalam perannya masing-masing.

b. Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2013) yaitu :

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga yang berbasis pada kekuatan keluarga. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, saling mengasuh dan menerima, cinta kasih, mendukung, dan menghargai sehingga kebutuhan psikososial keluarga dapat terpenuhi.

2) Fungsi sosial

Keluarga merupakan tempat sosialisasi dimana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, dan perilaku melalui hubungan interaksi.

3) Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi berguna untuk menjaga kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

4) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan keluarga (sandang, papan, pangan) dan cara mendapatkan sumber-sumber untuk meningkatkan status kesehatan keluarga.

5) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan meliputi tanggung jawab merawat anggota keluarga dengan penuh kasih sayang, identifikasi

masalah kesehatan keluarga penggunaan sumber daya yang ada di masyarakat untuk mengatasi kesehatan keluarga.

c. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Tugas keluarga dalam bidang kesehatan menurut Friedman (2013) yaitu

:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan.
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
- 4) Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- 5) Mempertahankan hubungan dengan (menggunakan) fasilitas kesehatan masyarakat.

d. Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Nadeak, 2010). Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang dapat membantu dalam mengkopling stressor. Friedman (2013) menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat menimbulkan efek

penyangga yaitu dukungan keluarga menahan efek-efek negatif dari stress terhadap kesehatan dan efek utama yaitu dukungan keluarga yang secara langsung mempengaruhi peningkatan kesehatan.

Cobb (2002) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai adanya kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondisinya, dukungan keluarga tersebut diperoleh dari individu maupun kelompok.

e. Macam-macam Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2013) menyatakan bahwa dukungan keluarga mempunyai jenis-jenis sebagai berikut :

1) Dukungan Informasional

Dukungan Informasional keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk memberikan saran atau masukan, nasehat atau arahan dan memberikan informasi-informasi penting sangat dibutuhkan klien gangguan jiwa dalam upaya meningkatkan status kesehatannya (Bomar, 2004). Friedman (2013) menjelaskan lebih lanjut bahwa dukungan informasi yang diberikan keluarga terhadap klien merupakan salah satu bentuk fungsi keperawatan kesehatan yang telah diterapkan keluarga terhadap klien.

2) Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada klien gangguan jiwa dengan menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide, atau perasaan seseorang (Bomar, 2004). Dukungan penghargaan merupakan dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial pada anggota keluarga. Klien gangguan jiwa akan mendapatkan pengakuan atas kemampuan dan keahliannya dengan yang diberikan dukungan penghargaan dari keluarga.

3) Dukungan Instrumental

Dukungan Instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu, melayani, dan mendengarkan klien gangguan jiwa dalam menyampaikan perasaannya (Bomar, 2004). Friedman (2013) menjelaskan lebih lanjut bahwa dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarganya.

4) Dukungan Emosional

Dukungan emosional merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga dalam memberikan perhatian, kasih sayang, dan empati (Bomar, 2004). Menurut Friedman (2013) dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga termasuk klien gangguan jiwa.

f. Dukungan Sosial Keluarga

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami, istri, dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 2013). Bomar (2004) menambahkan sumber-sumber dukungan sosial banyak diperoleh individu dari lingkungan sekitarnya. Sumber dukungan sosial merupakan aspek paling penting untuk diketahui dan dipahami dengan pengetahuan pemahamann tersebut, seseorang akan tau kepada siapa orang itu mendapatkan dukungan sosial sesuai dengan

situasi dan keinginan yang spesifik, sehingga dukungan sosial memiliki makna yang berarti antar kedua belah pihak.

Sumber dukungan sosial menurut Cutrona (2000) ada 5 yaitu :

- 1) Sumber informal yaitu keluarga, teman, tetangga.
- 2) Sumber formal yaitu tenaga professional maupun lembaga.
- 3) Sumber semi-formal yaitu dukungan dari kelompok-kelompok misalnya suatu lembaga kelompok.
- 4) Jaringan Informal.
- 5) Sumber-sumber lain yang berminat pada dukungan sosial.

Dari beberapa defenisi diatas dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial adalah perilaku yang dilakukan oleh seseorang untuk membantu orang yang sedang mengalami suatu masalah agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi secara efektif.

2. Pengertian BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*)

Pemulihan atau kesembuhan klien skizofrenia dapat dipantau dengan berbagai alat ukur. Salah satu alat ukur untuk menilai perkembangan pemulihan atau kesembuhan pada pasien skizofrenia adalah menggunakan alat ukur BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) yaitu skala penilaian psikiatrik yang terdiri dari 18 item dengan skala likert (0 = tidak ada gejala, 6 = gejala sangat berat). Alat ukur ini telah digunakan secara luas dan divalidasi sehingga instrument ini dapat digunakan untuk memantau

kemajuan pengobatan harian penderita psikosis yang di rawat inap sehingga memudahkan penatalaksanaan penderita, terutama dalam hal penentuan saat rehabilitasi dan kapan penderita diperbolehkan pulang atau berobat jalan (Sukarto, 2002).

BPRS adalah alat ukur yang dirancang untuk menilai perubahan dalam keparahan psikopatologi. BPRS pada awalnya dirancang untuk mengukur perubahan gejala pada pasien dengan penyakit psikotik. Dengan demikian, item pada BPRS berfokus pada gejala yang umum pada pasien dengan gangguan psikotik, termasuk skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya, serta yang ditemukan pada pasien dengan gangguan suasana hati yang parah, terutama mereka yang memiliki ciri-ciri psikotik (*American Psychiatric Association, 2000*).

BPRS merupakan instrument yang dikembangkan oleh Overall dan Gorham pada tahun 1962. Dengan instrument ini, pemeriksa dapat mengetahui derajat berat ringannya psikosis. Instrument ini telah lazim digunakan diluar negeri, terutama untuk memantau kemajuan pengobatan dan berbagai penelitian khasiat obat terhadap gangguan psikotik, serta dapat pula untuk menilai adanya gangguan afektif atau timbulnya psikosis (Sweinger, 1983).

Instrument ini sangat mudah digunakan karena masing-masing butir penilaian disertai definisi operasional dan petunjuk besaran nilai atau skor

masing-masing secara tegas dan jelas. Apabila BPRS dapat digunakan untuk mengetahui timbulnya psikosis, maka sebaliknya diharapkan dapat pula digunakan untuk mengetahui hilangnya atau terbebasnya penderita dari tanda dan gejala psikosis.

BPRS dikembangkan untuk memberikan teknik penilaian yang cepat terhadap evaluasi perubahan pasien dengan gejala psikotik. Instrument ini sangat efisien untuk digunakan dalam menilai pengobatan perubahan pada pasien kejiwaan terutama dengan gejala psikotik, sementara pada saat yang sama BPRS dapat menghasilkan deskripsi komprehensif pada karakteristik gejala utama. Alat ukur ini digunakan karena ringkas, efisiensi, cepat karena hanya membutuhkan waktu 10 hingga 20 menit dan ekonomis karena prosedur evaluasi lebih rinci (Leutch, 2005).

Untuk mencapai efektivitas maksimum dalam penggunaan Skala *Brief* ini dilakukan prosedur wawancara standar dan penjelasan lebih rinci tentang konsep setiap gejala yang didefinisikan secara singkat dalam laporan skala penilaian sendiri. Penilai harus memasukkan nomor mulai dari 1 (tidak hadir) ke 6 (sangat parah), 0 dimasukkan jika item tersebut tidak dinilai kemudian perawat atau anggota tim membuat peringkat independen di 18 daerah gejala. Setiap daerah gejala kemudian diambil dengan alasan untuk penilaian tertentu yang akan dibahas. Dalam pengisian ini kadang terjadi

perbedaan tertentu dalam penafsiran skala rating sehingga perbedaan-perbedaan dalam penafsiran harus dihilangkan (Gorham, 1998).

3. Kualitas Hidup

a. Definisi

Kualitas hidup merupakan persepsi individu dalam hidup ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai dimana individu itu tinggal dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Konsep umum kualitas hidup dianggap sebagai tambahan yang berguna untuk konsep kesehatan tradisional dan status fungsional. Penilaian kualitas hidup yang baik mencakup ukuran kesehatan fisik seseorang, ukuran fisik, sosial dan fungsi psikologis (WHO, 1998).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Menurut Cardoso (2005) faktor atau variabel yang mempengaruhi kualitas hidup pasien skizofrenia adalah :

1) Variabel Sosio-demografi

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

2) Variabel Klinis

Variabel klinis yang berhubungan dengan kualitas hidup adalah penggunaan polifarmasi psikoaktif, efek samping obat yang dikonsumsi, terlambatnya mendapat pengobatan, dan agitasi selama wawancara. Penderita skizofrenia yang tinggal dikomunitas, 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).

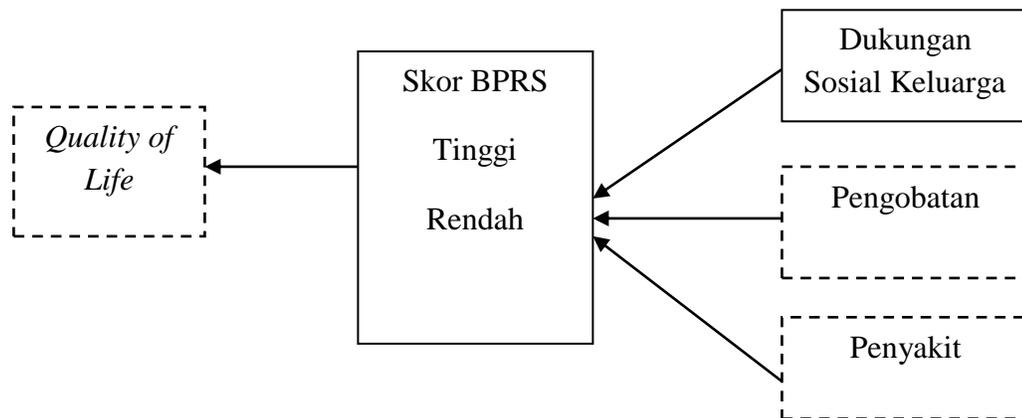
c. Dimensi Kualitas Hidup

Menurut WHOQoL (*The World Health Organization Quality ofLife group*, 1998) kualitas hidup terdiri dari 4 bidang, meliputi :

- 1) Kesehatan fisik berhubungan dengan kesakitan dan kegelisahan, ketergantungan pada perawatan medis, energi, dan kelelahan, mobilitas tidur dan istirahat, aktivitas kehidupan sehari-hari, dan kapasitas kerja.

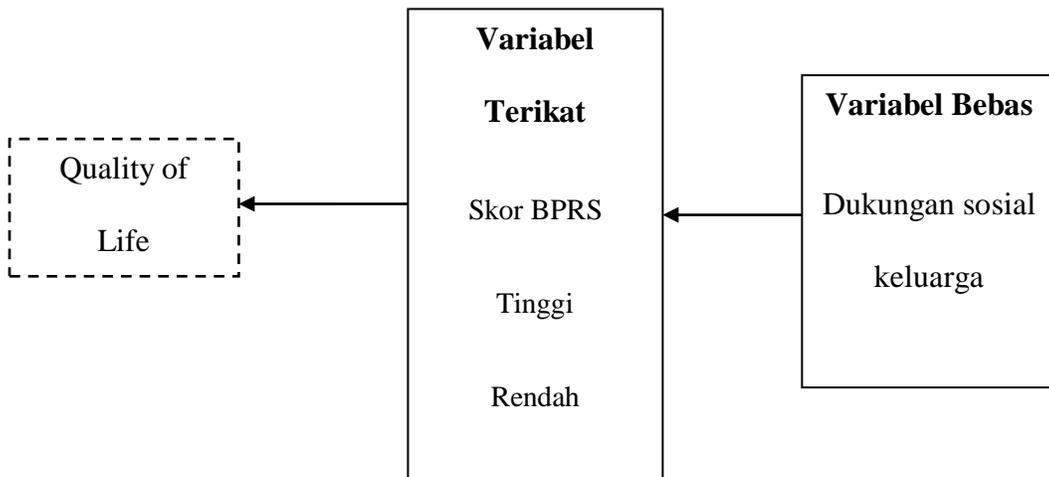
- 2) Kesehatan psikologis berhubungan dengan pengaruh positif dan negatif spiritual, pemikiran pembelajaran, daya ingat dan konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, serta penghargaan terhadap diri sendiri.
- 3) Hubungan sosial terdiri dari hubungan personal, aktivitas seksual dan hubungan sosial.
- 4) Dimensi lingkungan terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik, lingkungan fisik, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi dan ketrampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi, atau aktivitas pada waktu luang.

B. Kerangka Teori



Gambar 1.1 Kerangka teori
(Fenton&Cole 1995, Slately 1994, McFarlane 1995)

C. Kerangka Konsep



Gambar 1.2 Kerangka Konsep
(Fenton&Cole 1995, Slately 1994, McFarlane 1995)

D. Hipotesis

Ho: Tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan skor BPRS pada pasien skizofrenia di RSJ Grhasia DIY.

Ha: Terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan skor BPRS pada pasien skizofrenia di RSJ Grhasia DIY.