

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah sekumpulan sindroma klinik yang ditandai dengan perubahan kognitif, emosi, persepsi dan aspek lain dari perilaku (Kaplan & Saddock, 2007). Menurut PPDGJ III Skizofrenia merupakan suatu deskripsi sindrom yang penyebabnya banyak belum diketahui dan perjalanan penyakit yang bersifat luas tidak selalu bersifat kronis atau “*deteriorating*”, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Umumnya Skizofrenia di tandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*). Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (PPDGJ III,2013).

b. Etiologi Skizofrenia

1) Faktor Genetik

Seseorang yang menderita skizofrenia mempunyai resiko sebesar 10% untuk memiliki keturunan dengan

penyakit serupa. Kedua orang tua yang menderita skizofrenia memiliki resiko yang lebih besar untuk mempunyai keturunan dengan skizofrenia, yaitu sebesar 40%. Kembar zigotik memiliki resiko sebesar 10%, dan kembar monozigotik memiliki resiko sebesar 40-50% (Frakenburg, 2014).

2) Hipotesis Dopamin

Skizofrenia timbul akibat aktivitas dopaminergik yang berlebihan. Sejumlah studi pendahuluan mengindikasikan bahwa pada kondisi eksperimental yang terkontrol secara seksama, konsentrasi asam homovanilat plasma dapat menggambarkan konsentrasi asam homovanilat di sistem saraf pusat (Saddock, 2004).

3) Metabolisme

Sebagian orang menyangka bahwa skizofrenia di sebabkan oleh suatu gangguan metabolisme, karena penderita skizofrenia tampak pucat dan tidak sehat. Ujung ekstremitas agak sianotis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun. Belakangan ini teori metabolisme mendapat perhatian kembali karena berhubungan dengan penelitian dengan memakai obat halusinogenik, seperti Meskalin dan Asam Lisergik Diethylamide (LSD-25). Obat ini menimbulkan gejala yang mirip dengan skizofrenia, tetapi reversibel. Di perkirakan skizofrenia di sebabkan oleh suatu

“*inborn error of metabolism*”, tetapi hubungan terakhir belum ditemukan (Maramis, 2004).

4) Faktor Perinatal

Komplikasi kehamilan memiliki hubungan dengan tingginya insidensi kejadian skizofrenia. Anak yang lahir saat musim dingin mungkin berada dalam resiko untuk menderita skizofrenia (Frakenburg, 2014). Wanita dengan malnutrisi atau terkena infeksi virus saat hamil adalah salah satu resiko tinggi melahirkan anak yang dapat terkena skizofrenia (Brown, 2011)

c. Perjalanan Penyakit

Perjalanan penyakit skizofrenia di golongan menjadi 3 fase menurut Algin & Whitbourne (2010) yaitu fase prodromal, fase aktif dan fase residual:

1) Fase aktif

Fase aktif tidak selalu muncul tanpa adanya peringatan terlebih dahulu. Fase aktif adalah fase dimana muncul gejala-gejala seperti delusi, halusinasi, ucapan tidak teratur, perilaku terganggu, dan gejala negatif misalnya ketidak mampuan bicara atau kurangnya inisiatif.

2) Fase Prodromal

Fase prodromal yaitu suatu periode yang mendahului fase aktif selama individu menunjukkan deteriorasi/penurunan progresif dalam fungsi sosial dan

interpersonal. Fase ini dicirikan dengan beberapa perilaku maladaptif, seperti penarikan diri dari lingkungan sosial, ketidakmampuan untuk bekerja secara produktif, keeksentrikan, tidak terawat, emosi yang tidak tepat, pikiran dan ucapan yang aneh, kepercayaan yang tidak biasa, pengalaman persepsi yang aneh, serta energi dan inisiatif yang menurun.

3) Fase Residual

Fase aktif diikuti dengan fase residual, ketika terdapat indikasi gangguan berkelanjutan yang sama dengan perilaku fase prodromal.

d. Penatalaksanaan

Menurut Hawari (2001) terapi untuk pasien skizofrenia dikelompokkan menjadi 4 yaitu:

1) Psikofarmaka

Dari sudut organobiologi sudah diketahui bahwa pada skizofrenia dan juga gangguan jiwa lainnya terdapat gangguan pada fungsi neurotransmitter sel-sel susunan saraf pusat otak yaitu pelepasan zat dopamin dan serotonin yang mengakibatkan gangguan alam pikir, alam perasaan dan perilaku. Jenis obat psikofarmaka yang dapat digunakan untuk penatalaksanaan skizofrenia adalah golongan generasi pertama dan golongan generasi kedua. Contoh obat dari

golongan generasi pertama adalah Clorpromazine, Trifluoperazine, Thioridazine dan Haloperidol, dan dari golongan generasi kedua adalah Risperidone, Clozapine, Quetiapine, dan Olanzapine.

2) Psikoterapi

Psikoterapi atau terapi kejiwaan baru dapat diberikan apabila penderita dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana menilai realitas sudah kembali pulih dan pemahaman diri (*insight*) sudah baik. Tetapi psikoterapi diberikan dengan catatan bahwa penderita masih tetap menjalani terapi psikofarmaka. Psikoterapi ini banyak macam ragamnya tergantung dari kebutuhan dan latar belakang penderita sebelum sakit. Contohnya Psikoterapi suportif dimaksudkan untuk memberikan dorongan, semangat dan motivasi, psikoterapi psikodinamik dimaksudkan untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan seseorang menjadi sakit dan upaya untuk mencari jalan keluarnya.

3) Terapi Psikososial

Dengan terapi psikososial dimaksudkan agar penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan

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

4) Terapi Psikoreligius

Terapi keagamaan terhadap penderita skizofrenia ternyata mempunyai manfaat. Terapi keagamaan yang dimaksudkan dalam penelitian diatas adalah berupa kegiatan ritual keagamaan seperti sembahyang, berdoa, memanjatkan puji-pujian kepada Tuhan, ceramah keagamaan dan kajian kitab suci dan lain sebagainya.

2. Psikoedukasi

a. Definisi Psikoedukasi

Psikoedukasi adalah suatu intervensi yang dapat dilakukan pada individu, keluarga, dan kelompok yang fokus pada mendidik partisipannya untuk menghadapi tantangan signifikan dalam hidup, membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan dan dukungan sosial dalam menghadapi tantangan tersebut, dan mengembangkan keterampilan coping untuk menghadapi tantangan tersebut (Walsh, 2010).

Psikoedukasi adalah metode edukatif yang bertujuan untuk memberikan informasi yang diperlukan dan pelatihan untuk keluarga dengan orang sakit psikiatri/gangguan mental yang

bekerja bersama-sama dengan profesional kesehatan mental sebagai bagian dari rencana perawatan klinis secara keseluruhan untuk anggota keluarga yang sakit. Psikoedukasi telah muncul sebagai pengobatan tambahan yang efektif yang secara signifikan dapat meningkatkan tingkat pemahaman orang tentang gangguan mental, memastikan aktif partisipasi pasien dan pengasuh mereka dalam perawatan serta membuat perawatan psikiatri diterima orang sakit mental dan pengasuh mereka Bhattacharjee *et al* (2011).

Psikoedukasi, baik individu ataupun kelompok tidak hanya memberikan informasi-informasi penting terkait dengan permasalahan partisipannya tetapi juga mengajarkan keterampilan-keterampilan yang dianggap penting bagi partisipannya untuk menghadapi situasi permasalahannya. Psikoedukasi kelompok dapat diterapkan pada berbagai kelompok usia dan level pendidikan (Roudhoh,2010).

b. Fokus Psikoedukasi

Berdasarkan dari urian pengertian diatas dapat di tarik kesimpulan bahwa menurut Walsh (2010) fokus psikoedukasi antara lain:

- 1) Mendidik partisipan mengenai tantangan dalam hidup
- 2) Membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan dan dukungan sosial dsalam menghadapi tantangan hidup

- 3) Mengembangkan keterampilan coping untuk menghadapi tantangan hidup
 - 4) Mengembangkan dukungan emosional
 - 5) Mengurangi sense of stigma dari partisipan
 - 6) Mengubah sikap dan belief dari partisipan terhadap suatu gangguan
 - 7) Mengidentifikasi dan mengeksplorasi perasaan terhadap suatu isu
 - 8) Mengembangkan ketrampilan penyelesaian masalah
 - 9) Mengembangkan keterampilan crisis intervention
- c. Tujuan Psikoedukasi

Tujuan dari psikoedukasi adalah mengembangkan dan meningkatkan penerimaan pasien terhadap penyakit atau gangguan yang di derita, meningkatkan partisipasi pasien dalam terapi dan mengembangkan mekanisme coping ketika pasien mendapati masalah yang berkaitan dengan gangguan tersebut (Bordbar, 2010).

3. Gejala Klinis

Menurut Hawari (2001) gejala klinis skizofrenia dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif skizofrenia biasanya baru muncul pada episode akut sedangkan pada stadium kronis (menahun) gejala negatif lebih menonjol

- 1) Gejala positif berupa :
 - a) Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional atau tidak masuk akal
 - b) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan atau stimulus
 - c) Kekacauan pikir bisa dilihat dari isi pembicaraannya seperti berbicara kacau tidak dapat di mengerti
 - d) Gaduh, gelisah, agresif, gembira berlebihan.
- 2) Gejala negatif berupa :
 - a) Gangguan perasaan (*affect*) tumpul dan datar
 - b) Menarik atau mengasingkan diri (*withdrawn*), sering melamun
 - c) Tidak ada atau kehilangan kehendak/semangat
 - d) Miskin pembicaraan
 - e) Pola pikir stereotip

4. Kriteria Diagnosis

Menurut Kaplan & Sadock (2004), terdapat beberapa kriteria diagnostik skizofrenia di dalam DSM-IV antara lain :

1) Karakteristik Gejala

Terdapat dua atau lebih dari kriteria dibawah ini, masing-masing ditemukan secara signifikan selama periode satu bulan atau kurang, bila berhasil ditangani :

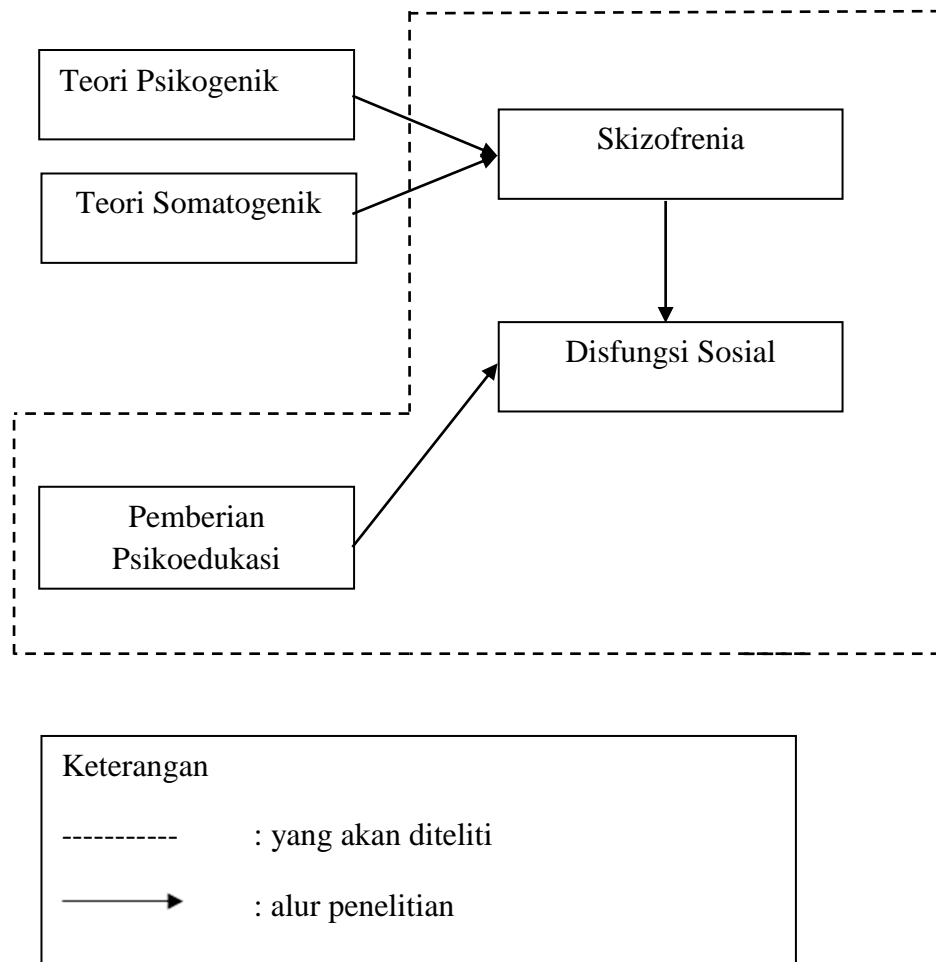
- a) Delusi (waham)

- b) Halusinasi contohnya halusinasi auditory yaitu pasien merasa ada bisikkan atau di ajak berbicara tetapi tidak ada sumber yang terlihat jelas
 - c) Pembicaraan yang tidak terorganisasi
 - d) Perilaku yang tidak terorganisasi secara luas atau munculnya perilaku katatonik yang jelas.
 - e) Gejala negatif, yaitu adanya afek yang datar, alogia, atau avolisi (tidak adanya kemauan).
- 2) Disfungsi sosial: untuk bagian waktu yang bermakna sejak onset gangguan, satu atau lebih fungsi utama, seperti pekerjaan, hubungan interpersonal, atau perawatan diri, adalah jenis dibawah tingkat yang dicapai sebelum onset (atau jika onset pada masa anak-anak atau remaja, kegagalan untuk mencapai tingkat pencapaian interpersonal, akademik, atau pekerjaan yang diharapkan).
- 3) Durasi: tanda gangguan terus-menerus menetap selama sekurangnya 6 bulan. Periode 6 bulan ini harus termasuk sekurangnya 1 bulan gejala (atau kurang jika diobati dengan berhasil) yang memenuhi kriteria A (yaitu, gejala fase aktif) dan mungkin termasuk periode gejala prodromal atau residual. Selama periode prodromal atau residual, tanda gangguan mungkin dimanifestasikan hanya oleh gejala negatif atau dua atau lebih gejala yang dituliskan dalam kriteria A dalam bentuk

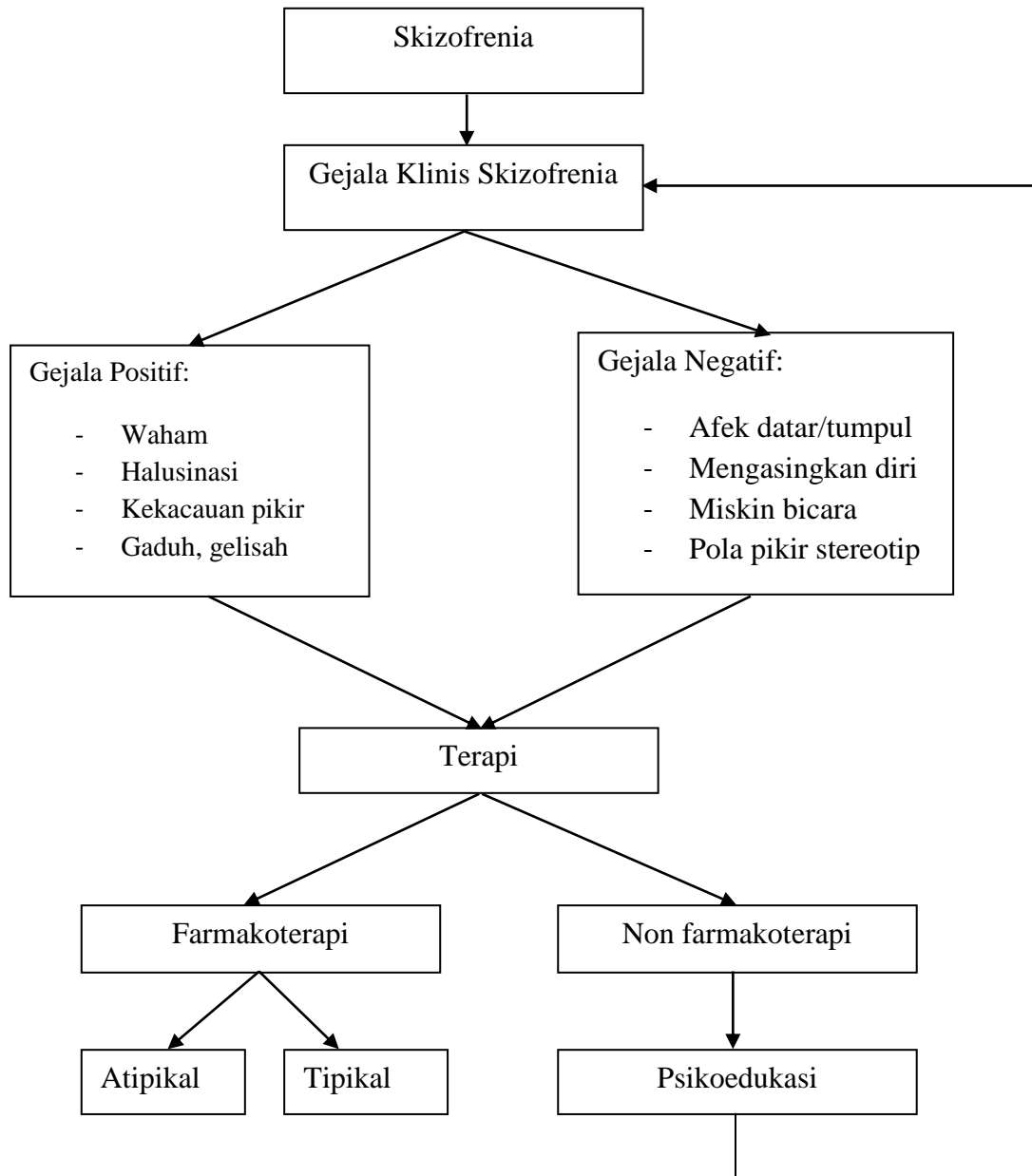
yang diperlemah (misalnya, keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim).

- 4) Penyingkiran gangguan skizoafektif dan gangguan mood: gangguan skizoafektif dan gangguan mood dengan ciri psikotik berat telah disingkirkan karena: tidak ada episode depresi berat, manik, atau campuran yang telah terjadi bersama-sama dengan gejala fase aktif, atau jika episode mood telah terjadi selama gejala fase aktif, durasi totalnya adalah relatif singkat dibandingkan durasi periode aktif dan residual.
- 5) Penyingkiran zat/kondisi medis umum: gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari suatu zat misalnya obat yang disalah gunakan atau suatu kondisi medis umum.

Hubungan dengan gangguan perkembangan pervasif: jika terdapat adanya riwayat gangguan autistik atau gangguan perkembangan pervasif lainnya, diagnosis tambahan skizofrenia dibuat hanya jika waham atau halusinasi yang menonjol juga ditemukan sekurangnyanya satu bulan atau kurang jika di obati tidak berhasil.

B. Kerangka Konsep**Gambar 1. Kerangka Konsep**

C. Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori

D. Hipotesis

Pemberian Psikoedukasi berpengaruh terhadap penurunan gejala klinis orang dengan skizofrenia di komunitas sesudah dilakukan intervensi.