

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Pengertian

Menurut PPDGJ III, pengertian skizofrenia sendiri adalah suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada penimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya. Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar atau tumpul. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Maslim, 2001).

Gangguan-gangguan yang ada pada skizofrenia meliputi gangguan kognitif, afektif, perilaku, dan motivasi yang kemudian menyebabkan gangguan lain yaitu gangguan adaptasi pasien terhadap lingkungan. Mulai penyakit ini tergolong dini yaitu sekitar masa remaja akhir dan dewasa muda. Skizofrenia sering menyebabkan kegagalan terhadap individu dalam mencapai ketrampilan yang diperlukan untuk hidup dan menyebabkan beban

bagi keluarga dan masyarakat. Skizofrenia dapat bersifat menetap atau kronis, kambuh-kambuhan sehingga perlu terapi jangka lama (Hawari, 2003) .

Reaksi psikologik pada penderita skizofrenia berbeda dengan penderita cacat mental atau psikologis karena kerusakan otak. Pasien Skizofrenia memiliki suatu disharmoni pada jiwa-jiwanya, dengan banyak tendensi-tendensi yang kontradiktif sehingga kepribadiannya seolah-olah terbelah (*skizos* = terbelah atau bercabang, *phrein* = jiwa) (Kaplan *et al.*, 1997).

b. Etiologi

Menurut Kaplan *et al* (2007) walaupun skizofrenia dibicarakan seakan-akan merupakan penyakit tunggal, kategori diagnostik dapat termasuk berbagai gangguan yang tampak dengan gejala perilaku yang agak mirip. Skizofrenia kemungkinan merupakan suatu kelompok gangguan dengan penyebab yang berbeda dan secara pasti memasukkan pasien yang gambaran klinisnya, respon pengobatannya, dan perjalanan penyakitnya adalah bervariasi.

1. Model *Diastesis-Stres*

Mendalilkan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (*diastesis*) yang, jika dikenai oleh suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stres, memungkinkan perkembangan gejala skizofrenia. Pada model *diastesis-stres* yang

paling umum diastesis atau stres dapat biologis atau lingkungan atau mungkin keduanya. Komponen lingkungan dapat biologis (contoh : infeksi) atau psikologis (contoh : situasi keluarga yang tegang atau kematian teman dekat). Dasar biologis lebih lanjut yang dibentuk diastesis lebih lanjut adalah oleh pengaruh epigenetik, seperti penyalahgunaan zat, stres psikologis, dan trauma (Kaplan *et al* .,2007)

2. Faktor Biologis

Penyebab skizofrenia tidak diketahui. Seiring dengan berkembangnya jaman selama dekade yang lalu semakin banyak penelitian telah melibatkan peranan patofisiologis untuk daerah tertentu di otak, termasuk sistem limbik, korteks frontalis, dan ganglia basalis. Tentu saja, ketiga daerah itu saling berhubungan, sehingga disfungsi pada salah satu daerah mungkin melibatkan patologi primer di daerah lainnya (Kaplan *et al* .,2007).

3. Genetika

Banyak penelitian yang telah dilakukan menyatakan dengan kuat bahwa suatu komponen genetika terhadap penurunan skizofrenia. Penelitian klasik awal pada tahun 1930-an menemukan, jika ada salah satu anggota menderita skizofrenia maka seseorang dari anggota keluarga tersebut kemungkinan besar akan menderita skizofrenia pula dan hal ini berhubungan dengan

dekatnya hubungan persaudaraan, sebagai contoh sanak saudara derajat pertama atau derajat kedua. Kembar monozigotik memiliki angka kesesuaian yang tertinggi (Kaplan *et al* .,2007).

4. Faktor Psikososial

Karena perkembangan pemahaman tentang biologi dan pengobatan farmakologis skizofrenia yang aman dan efektif, maka telah menekankan bahwa untuk pentingnya mengerti masalah individu, keluarga, dan sosial yang mempengaruhi pasien. Jika skizofrenia adalah penyakit yang menyerang otak, maka diduga penyakit ini sejalan dengan penyakit yang menyerang organ lain seperti infark miokardium dan diabetes dimana penyakit ini dipengaruhi oleh stres psikososial. Juga tak lupa dengan penyakit kronis seperti penyakit paru-paru kongestif kronis, dimana terapi obat saja kurang mendapatkan perbaikan klinis yang maksimal. Jadi penting disini untuk juga mempertimbangkan faktor psikologis juga dapat mempengaruhi skizofrenia (Kaplan *et al* .,2007).

c. Gejala Klinis

Menurut Kaplan *et al* (2007) menyebutkan 3 masalah inti yang ditimbulkan dari gejala dan tanda dari skizofrenia. Pertama, tidak ada gejala/tanda yang patognomonik pada skizofrenia, jadi setiap tanda atau gejalanya dapat ditemukan di gangguan psikotik atau neurologis lainnya. Kedua, gejala pada pasien berubah seiring dari berjalannya waktu. Ketiga, tidak lupa mempertimbangkan tingkat

pendidikan, intelektual, dan keanggotaan kultural dan subkultural pada pasien. Gambaran klinis pada skizofrenia yakni :

1. Tanda dan gejala pramorbid.
2. Pemeriksaan status mental.
3. Mood, perasaan, dan afek.
4. Gejala afektif lainnya yaitu yang paling sering terjadi adalah halusinasi auditorik, halusinasi kinestetik, ilusi.
5. Gangguan pikiran.
6. *Impulsive*, bunuh diri, dan pembunuhan.
7. Sensorium dan kognisi (orientasi terganggu).
8. Daya ingat: intak.
9. Pertimbangan dan tilikan: buruk
10. Kehilangan minat yang menyolok, malas, menarik diri secara sosial, tidak ada inisiatif, sikap pasif.

Gejala-gejala Skizofrenia berdasarkan Hawari (2001):

1. Gejala Negatif

Berikut gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a. Afek tumpul dan mendatar. Gambaran ini terlihat pada dari wajahnya yang tidak memperlihatkan ekspresi.

- b. Menarik diri, tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun.
- c. Kontak emosional sangat miskin, sukar diajak bicara, pendiam.
- d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e. Sulit dalam berfikir abstrak.
- f. Pola pikir stereotip.

2. Gejala positif

Gejala-gejala positif yang tampak pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a. Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional atau masuk akal, meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.
- b. Kekacauan alam pikir, dapat dilihat dari isi pembicaraan si pasien. Misalnya, kacau sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- c. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam. Mondar-mandir agresif. Bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- d. Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya
- e. Penuh kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya

- f. Menyimpan rasa permusuhan
- g. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indra tanpa disertai dengan adanya stimulus atau rangsangan. Misalnya, penderita mendengar adanya bisikan atau suara-suara ditelinganya padahal tidak ada sumber suara atau bisikan disekitar penderita.

d. Dampak dari gangguan jiwa kronis

Menurut Kelliat (1996), gangguan jiwa kronis memiliki dampak bagi penderita sehingga menyebabkan mereka tidak mampu melakukan fungsi sosial secara mandiri. Hospitalisasi yang lama memberi konsekuensi kemunduran pada penderita yang ditandai dengan hilangnya motivasi dan tanggung jawab, apatis, dan menghindar dari hubungan sosial. Kemampuan dasar sering terganggu, seperti perawatan mandiri dan afektifitas hidup seharian. Hal ini menyebabkan penderita tidak dapat sesuai dengan harapan lingkungan dimana penderita tinggal. Jurnal *Fortune* (2002) menyebutkan bahwa ada 3 area dampak yang ditimbulkan dari skizofrenia bagi penderita, yaitu:

1. Dampak pada kehidupan sehari-hari

Penderita susah untuk mendapatkan pekerjaan bagi mereka yang diketahui memiliki riwayat gangguan jiwa kronis seperti skizofrenia (Bordieri & Drehmer, 1986).

2. Tekanan psikologis

Karena stigma yang kuat muncul sehingga menimbulkan diskriminasi, pengucilan, dan penolakan menyebabkan tekanan psikologis pada pasien seperti penurunan *self-esteem*, kesulitan untuk mencari dan mempertahankan teman-temannya, kesulitan untuk mencari pekerjaan, dan keengganan untuk terbuka tentang penyakit mereka (Wahl & Harman, 1989)

3. Kelalaian pemenuhan kebutuhan kesehatan fisik

Stigma yang muncul ternyata juga dapat mempengaruhi para tenaga medis untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien penyandang gangguan jiwa yang juga mengalami *physical illness*. Sehingga mereka tidak mendapat *treatment* yang se-adekuat dengan pasien non gangguan jiwa, bahkan hal ini dapat mengakibatkan kematian bagi si pasien sendiri (Fortune, 2002)

2. Terapi

Menurut buku Kaplan *et al*, (2007) , terapi untuk penderita skizofrenia terdiri dari beberapa kategori,yaitu:

1. Hospitalisasi

Tujuan utama dari perawatan di rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostik, menstabilkan medikasi, keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh, dan perilaku yang sangat kacau atau tidak sesuai, seperti ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar, seperti makan, minum, pakaian, dan tempat berlindung. Hal yang harus ditegakkan pada tujuan utama yaitu ikatan efektif antara penderita dan sistem pendukung masyarakat.

2. Terapi Somatik

Terapi ini yang dimaksud adalah antipsikotik atau yang sering disebut adalah neuroleptik. Terdapat 2 kelas utama, yaitu :

a. Antagonis reseptor dopamin

Obat ini efektif untuk mengatasi gejala-gejala positif penderita skizofrenia seperti waham. Contoh dari obat golongan ini adalah seperti klorpomazin dan haloperidol. Efek samping yang ditimbulkan oleh obat ini rigiditas dan tremor atau lebih dikenal sindrom ekstrapiramidal.

b. Antagonis serotonin dopamin (SDA)

Obat ini memiliki efek yang hampir sama dengan obat diatas namun selain gejala positif, obat ini juga dapat mengatasi gejala negatif skizofrenia. Efek samping yang ditimbulkan sedikit sehingga SDA atau yang sering disebut dengan atipikal menggeser antagonis reseptor dalam penanganan pertama untuk skizofrenia. Contoh dari obat

golongan ini yaitu klopazin, risperidon, olanzapin, sertindol, kuetiapin, dan ziprasidon (Kaplan BJ dan Sadock VA, 2010)

3. Terapi Psikososial

Terapi ini yang menjadi sorotan utama yaitu kemampuan dan kekurangan pasien. Terapi perilaku termasuk dalam terapi ini, dimana dia menggunakan hadiah ekonomi dan latihan ketrampilan sosial untuk memenuhi diri sendiri, latihan praktis, dan komunikasi interpersonal. Untuk perilaku adaptif dapat didorong dengan pujian atau hadiah yang dapat ditebus untuk hal-hal yang diharapkan, seperti hak istimewa dan pas jalan di rumah sakit. Dengan demikian, harapannya frekuensi perilaku maladaptif atau menyimpang dapat diturunkan, seperti berbicara lantang, berbicara sendirian di masyarakat, dan postur tubuh yang aneh.

3. Fungsi Sosial

a. Pengertian

Definisi dari fungsi sosial telah digunakan secara luas, namun ada konsesus yang membatasi jабaran secara jelas dari definisinya tersebut karena konsepnya yang sering tertukar atau tumpang tindih seperti, 'kinerja sosial', '*social adjustment*' (bagaimana seseorang menyesuaikan dirinya dengan harapan di masyarakat), 'disfungsi

sosial'(ketidakmampuan orang dalam membaur dan menjalankan fungsi sosialnya di masyarakat),'adaptasi sosial'(kemampuan seseorang untuk hidup sesuai dengan interpersonal, sosial, dan norma budaya),'kompetensi sosial'(kemampuan keseluruhan dari orang untuk berdampak positif pada lingkungan sosial) (Burns, *et al*, 2007).

Fungsi sosial telah diartikan secara global sebagai kapasitas dari seseorang dalam berfungsi di masyarakat dalam peran yang berbeda-beda seperti ibu rumah tangga, pekerja, mahasiswa, pasangan, dan anggota keluarga dan teman. Dalam hal ini juga termasuk pada tingkat kepuasan mereka dalam memenuhi perannya, menjaga atau merawat diri mereka sendiri, dan seberapa mereka meluangkan waktu dan kegiatan rekreasinya (Priebe, 2007).

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya hendaya nyata pada taraf kemampuan fungsional sebelumnya, yang dapat terlihat dalam bidang pekerjaan, hubungan sosial, dan kemampuan merawat diri sendiri (Bentsen, (2001). 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) . Gangguan fungsi sosial merupakan karakteristik penting dan mendasar yang menyebabkan pasien skizofrenia tidak mampu menyesuaikan diri dengan kehidupan sehari-hari . Banyak pasien

skizofrenia yang sangat sedikit terlibat dalam perilaku sosial, cenderung terisolasi, dan lebih terlibat dengan fantasi dan impian-impian (Ambarini, 2007)

b. Pengukuran Fungsi Sosial

Terlepas dari fakta bahwa terganggunya fungsi sosial merupakan ciri khas yang penting pada skizofrenia, penilaian pada personal dan fungsi sosial belum begitu berkembang dari beberapa kontroversi dan ketidakpastian. Ketersediaan *range* dari beberapa instrumen yang berbeda-beda sudah ada, namun belum ada persetujuan yang pasti skala mana yang akan digunakan (Brissos, Sofia *et al.*, 2011).

1) *Social Function Scale*

Menurut Weissman (1975-1981) dalam jurnal *The Social Function Scale : The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patient* (2012) skala-skala yang ada memiliki limit dalam penggunaannya pada gangguan kronik seperti skizofrenia. Weissman menyarankan bahwa untuk menilai fungsi sosial pada skizofrenia di populasi seharusnya lebih ke karakteristik yang fundamental, seperti tingkat kemandirian (kompetensi dan performa), keterikatan

sosial atau ketergantungan, fungsi interpersonal, dan aktivitas sehari-hari.

SFS menggunakan bermacam-macam pendekatan dalam mengitung *basic skills*, sikap sosial, dan lain lain. SFS juga membedakan antara berkurangnya kompetensi dan berkurangnya performa. Maksud dari berkurangnya kompetensi adalah ketiadaan atau hilangnya sebuah *skills*, sedang berkurangnya perfoma adalah ketidakfungsian atau tidak terpakainya sebuah *skills* seseorang (Wood dan Bax Birch *et al.*,2012)

2) *Personal and Social Performance*

Menurut jurnal Brissos, *et al.*, (2011) mengatakan, fungsi sosial diukur dengan PSP dan GAF. Penilaian PSP didasarkan oleh 4 objek indikator, yaitu:

- a. Aktivitas sosial (termasuk pekerjaan dan pembelajaran)
- b. Hubungan sosial dan personal
- c. Perawatan diri
- d. *Disturbing* dan sikap keagresivan

Semua ini dinilai atau dimasukan dalam 6 skala keparahan (*absent* sampai sangat parah). Total skor dibagi dalam 3 tingkatan:

- a. 71-100: *mild functioning difficulties* (dimana 91-100 menandakan keberfungsian yang adekuat)
- b. 31-71 : *reflecting varying degrees of difficulties*
- c. 0-30 : menunjukkan keparahan pada keberfungsian sehingga membutuhkan dukungan intensif dan perawatan.

4. Psikoedukasi

a. Definisi psikoedukasi

Merupakan suatu proses *treatment* atau rehabilitasi yang ditujukan untuk penderita gangguan psikiatri dimana dia dalam bentuk pendidikan ataupun pelatihan. Target utama dalam psikoedukasi adalah untuk meningkatkan dan mengembangkan penderita dalam menerima penyakitnya ataupun gangguan yang mereka alami, meningkatkan partisipasi dalam terapi, dan mengembangkan *coping mechanism* ketika penderita dihadapi oleh suatu masalah yang dikaitkan dengan penyakit tersebut (Bordbar, 2010).

Menurut Walsh (2010), psikoedukasi adalah suatu intervensi atau perlakuan yang ditujukan untuk individu, keluarga, dan kelompok dimana dia fokus dalam mendidik partisipannya akan

tantangan yang signifikan dalam hidup, membantu mengembangkan sumber-sumber dukungan dan sikap dan perilaku dalam menghadapi tantangan yang ada,serta mengembangkan ketrampilan coping.

Menurut Lukens *et al.*, (2004) *treatment* yang diberikan secara profesional dimana mengintegrasikan intervensi psikoterapeutik dan edukasi.

b. Fokus Psikoedukasi

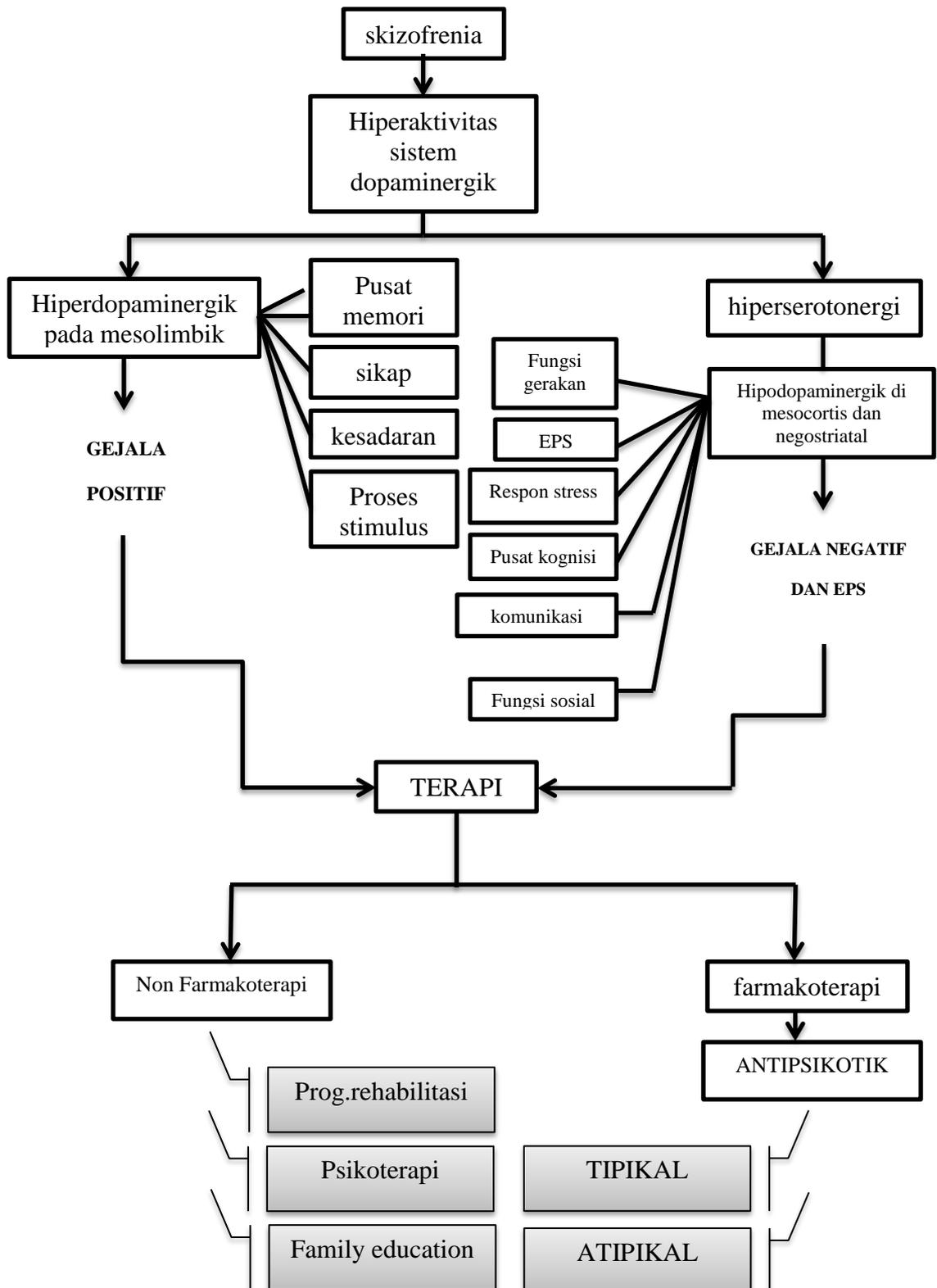
Ada 9 hal yang menjadi fokus dalam psikoedukasi menurut Walsh (2010), yaitu:

1. Mendidik penderita tentang tantangan hidup.
2. Membantu mengembangkan sumber-sumber dukungan dan dukungan sosial dalam menghadapi suatu tantangan.
3. Mengembangkan *coping mechanism*
4. Mengembangkan dukungan emosional
5. Mengurangi *sense of stigma* dari partisipan
6. Membantu penderita dalam mengubah sikap dan *belief* terhadap suatu gangguan (*disorder*)
7. Mengidentifikasi dan mengeksplorasi perasaan terhadap suatu isu
8. Meningkatkan ketrampilan dalam menyelesaikan suatu masalah
9. Meningkatkan ketrampilan *crisis-intervention*

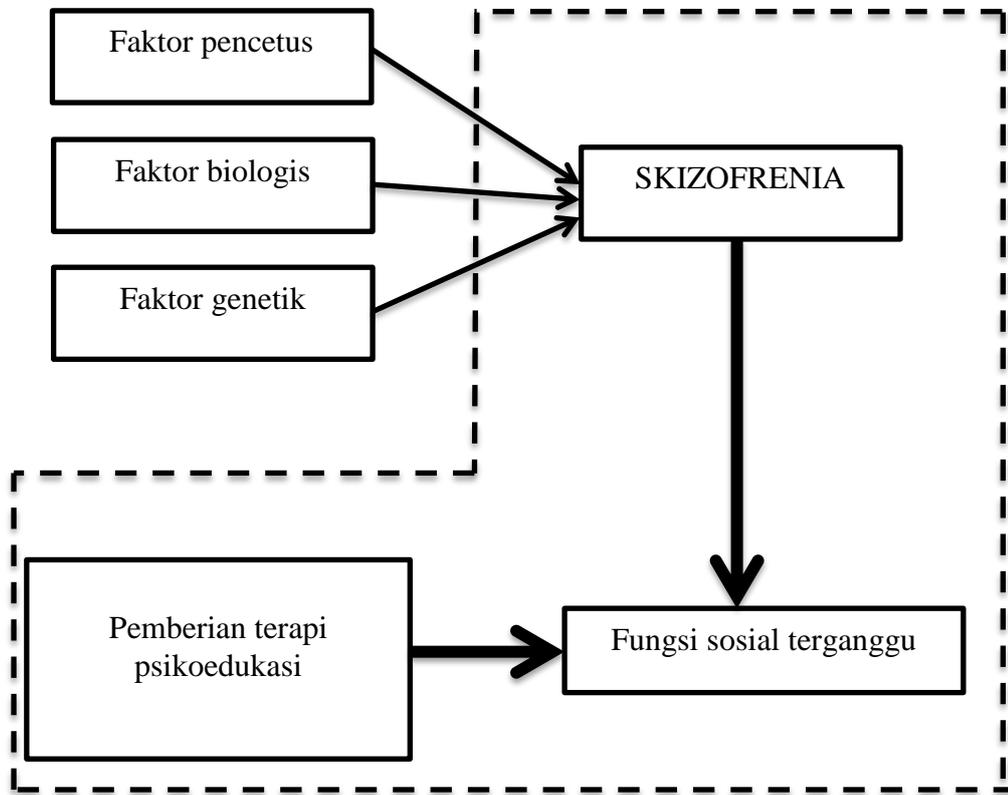
c. Indikasi Psikoedukasi

Treatment ini dapat dilakukan untuk keluarga dengan gangguan jiwa seperti skizofrenia, depresi mayor, dan gangguan bipolar. Psikoedukasi juga bisa ditujukan untuk keluarga dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa (Stuart & Laraia, 2005).

B. Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep



Keterangan :

- - - - - : akan diteliti

→ : alur penelitian

D. Hipotesis

Berdasarkan tinjauan pustaka dan dasar teori tersebut diatas, dapat diajukan hipotesis sebagai berikut:

Ho : Tidak ada pengaruh psikoedukasi terhadap fungsi sosial orang dengan skizofrenia

H1 : Ada pengaruh dalam pemberian psikoedukasi terhadap fungsi sosial orang dengan skizofrenia