

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofren

a. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan satu gangguan psikotik yang kronik, sering mereda, namun timbul hilang dengan manifestasi klinik yang amat luas variasinya. penyesuaian pramorbid, gejala dan perjalanan penyakit yang amat bervariasi (Kaplan & Saddock, 2010). Definisi skizofrenia menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ, 2001) menjelaskan bahwa skizofrenia adalah suatu sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit tak selalu bersifat kronis atau (*deteriorating*) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya.

b. Epidemiologi

The lifetime risk skizofrenia di dunia adalah antara 15 sampai 19 per 1.000 populasi sedangkan *point prevalence* adalah antara 2 sampai 7 per 1000. Ada beberapa perbedaan antara negara-negara, namun tidak signifikan ketika dibatasi oleh gejala-gejala utama skizofrenia. Insidensi skizofrenia di UK dan US adalah 15 kasus baru per 100.000 penduduk, dengan laki-laki memiliki onset lebih awal dibandingkan perempuan (Sample & Smith, 2013; Tianli, L. *et al*

2014). Menurut penelitian Riskesdas (2013), prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Prevalensi psikosis tertinggi di D.I.Y dan Aceh (masing-masing 2,7%), artinya ada 1-2 penduduk dari 1000 penduduk yang menderita gangguan jiwa berat dan provinsi D.I.Y merupakan provinsi dengan penderita gangguan jiwa berat tertinggi di Indonesia dengan angka kejadian 2,7 orang per mil atau 2-3 penduduk per 1000 penduduk (Riskesdas, 2013).

c. Etiologi

Etiologi atau penyebab skizofrenia yang lebih rinci dijelaskan oleh Kaplan dan Sadock (2010) sebagai berikut:

1) 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 stress akan memungkinkan perkembangan gejala skizofrenia.

2) Faktor biologis

Semakin banyak penelitian telah melibatkan peranan patofisiologi 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.

3) Genetika

Penelitian menunjukkan bahwa seseorang kemungkinan menderita skizofrenia jika anggota keluarga lainnya juga menderita skizofrenia, dan kemungkinan seseorang menderita skizofrenia adalah hubungan dengan dekatnya persaudaraan. Kembar monozigotik memiliki angka kesesuaian yang tertinggi. Penelitian pada kembar monozigotik yang diadopsi menunjukkan bahwa kembar yang diasuh oleh orang tua angkat mempunyai skizofrenia dengan kemungkinan yang sama besarnya seperti saudara kembarnya yang dibesarkan oleh orang tua kandung. Temuan tersebut menyatakan bahwa pengaruh genetik melebihi pengaruh lingkungan.

4) Faktor psikososial

a) Teori Psikoanalitik dan Psikodinamik

Freud beranggapan bahwa skizofrenia adalah hasil dari fiksasi perkembangan, dan merupakan konflik antara ego dan dunia luar. Kerusakan ego memberikan kontribusi terhadap munculnya simptom skizofrenia. Secara umum kerusakan ego mempengaruhi interpretasi terhadap realitas dan control

terhadap dorongan dari dalam. Sedangkan pandangan psikodinamik lebih mementingkan hipersensitivitas terhadap berbagai stimulus menyebabkan kesulitan dalam setiap fase perkembangan selama anak-anak dan mengakibatkan stress dalam hubungan interpersonal. Simtom positif diasosiasikan dengan onset akut sebagai respon terhadap factor pemicu/pencetus, dan erat kaitanya dengan adanya konflik. Simtom negative berkaitan erat dengan faktor biologis, sedangkan gangguan dalam hubungan interpersonal mungkin timbul akibat kerusakan intrapsikis, namun mungkin juga berhubungan dengan kerusakan ego yang mendasar.

b) Teori Belajar

Anak-anak yang nantinya mengalami skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir yang tidak rasional dengan mengintimidasi orang tua yang juga memiliki masalah emosional yang signifikan. Hubungan interpersonal yang buruk dari pasien skizofrenia berkembang karena pada masa anak-anak mereka belajar dari model yang buruk.

c) Teori Tentang Keluarga

Pasien skizofrenia sebagaimana orang yang mengalami penyakit non psikiatri berasal dari keluarga dengan disfungsi, perilaku keluarga yang patologis yang secara signifikan

meningkatkan stress emosional yang harus dihadapi oleh pasien skizofrenia.

d) Teori Sosial

Industrialisasi dan urbanisasi banyak berpengaruh dalam menyebabkan skizofrenia. Meskipun ada data pendukung, namun penekanan saat ini adalah dalam mengetahui pengaruhnya terhadap waktu timbulnya onset dan keparahan penyakit.

d. Gejala *Klinis Skizofrenia*

Menurut (PPDGJ, 2001) tentang skizofren harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):

1) *Thought echo, Thought insertion or withdrawal, Thought broadcasting*

a) *Thought echo* adalah isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda.

b) *Thought insertion or withdrawal* adalah isi pikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*).

c) *Thought broadcasting* adalah isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umumnya mengetahuinya

- 2) *Delusion of control* , *Delusion of influence* , *Delusion of passivity* ,
Delusion perception
- a) *Delusion of control* adalah waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.
 - b) *Delusion of influence* adalah waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.
 - c) *Delusion of passivity* adalah waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu *kekuatan* dari luar (tentang dirinya secara jelas, merujuk ke pergerakan tubuh serta anggota gerak atau pikiran, tindakan atau penginderaan khusus).
 - d) *Delusion perception* adalah pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik dan mukjizat.
- 3) Halusional Auditorik dapat berupa suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien. Dan mendiskusikan perihal pasien di antara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh).
- 4) Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu

mengendalikan cuaca atau berkomunikasi dengan makhluk asing atau dunia lain).

- 5) Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.
- 6) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*) yang berakibat inkohrensia atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.
- 7) Perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), negativisme, mutisme, dan stupor.
- 8) Gejala negatif seperti sikap apatis, bicara yang jarang dan respons emosional yang menumpul tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neureptika.

Kriteria diagnostik skizofrenia menurut DSM-IV TR paling tidak, terdapat enam kriteria diagnostic skizofrenia menurut *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder* (DSM-IV TR, 2004) sebagai berikut :

1) *Symptom-Symptom* atau gejala-gejala khas

Dua atau lebih dari yang berikut ini, masing-masing muncul cukup jelas selama jangka waktu satu bulan (atau kurang, bila ditangani dengan baik) :

- a) Delusi
- b) Halusinasi
- c) Pembicaraan kacau
- d) Tingkah kacau atau katatonik
- e) *Sympton-symptom* negatif

2) *Disfungsi* sosial / okupasional

3) *Durasi*

Symptom-symptom gangguan ini tetap ada untuk paling sedikit 6 bulan. Periode 6 bulan ini paling tidak mencakup paling tidak 1 bulan di mana *symptom-symptom* muncul.

- 4) Tidak termasuk gangguan *schizoaffective* atau gangguan *mood*.
- 5) Tidak termasuk gangguan karena zat atau karena kondisi medis.
- 6) Hubungan dengan *Pervasive Developmental Disorder*. Bila ada riwayat *Autistic Disorder* atau gangguan PDD lainnya, diagnosis tambahan skizofrenia hanya dibuat bila ada halusinasi atau delusi yang menonjol, selama paling tidak 1 bulan.

Adapun gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal). Harus ada suatu perubahan yang

konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.

Menurut Harald S (2015). Skizofrenia memiliki gejala yang sangat kompleks yang ditunjukkan oleh kumpulan gejala yang didominasi oleh psikosis. Gejala-gejala skizofrenia dibagi menjadi dua, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif skizofrenia adalah halusinasi, delusi, dan paranoid sedangkan yang termasuk dalam gejala negatif skizofrenia adalah motivasi diri rendah, apatis, kehilangan konsentrasi, dan enggan untuk bersosialisasi dengan masyarakat.

e. Pedoman *Diagnosis*

Diagnosis gangguan skizofrenia ditegakkan saat pasien mengalami 2 gejala dari gejala 1 sampai 5 dari kriteria A pada tabel (e.g. bicara kacau), kriteria B mensyaratkan adanya gangguan fungsi, gejala harus bertahan selama minimal 6 bulan, dan diagnosis dari gangguan skizoafektif atau gangguan mood harus ditepis (Sadock, et al., 2015). Berikut Kriteria Diagnostik Skizofrenia yang lengkap dalam DSM-V :

1) Karakteristik Gejala

Terdapat 2 atau lebih dari kriteria dibawah ini, masing-masing terjadi dalam kurun waktu yang signifikan selama 1 bulan

(atau kurang bila telah berhasil diobati). Paling tidak salah satunya harus (1), (2), atau (3):

- a) Delusi/Waham
- b) Halusinasi
- c) Bicara Kacau (sering melantur atau inkoherensi)
- d) Perilaku yang sangat kacau atau katatonik
- e) Gejala negatif, (ekspresi emosi yang berkurang atau kehilangan minat)

2) Disfungsi Sosial/Pekerjaan

Selama kurun waktu yang signifikan sejak awitan gangguan, terdapat satu atau lebih disfungsi pada area fungsi utama; seperti pekerjaan, hubungan interpersonal, atau perawatan diri, yang berada jauh di bawah tingkat yang dicapai sebelum awitan (atau jika awitan pada masa anak-anak atau remaja, ada kegagalan untuk mencapai beberapa tingkat pencapaian hubungan interpersonal, akademik, atau pekerjaan yang diharapkan).

3) Durasi

Tanda kontinu gangguan berlangsung selama setidaknya 6 bulan. Periode 6 bulan ini harus mencakup setidaknya 1 bulan gejala (atau kurang bila telah berhasil diobati) yang memenuhi kriteria A (gejala fase aktif) dan dapat mencakup periode gejala prodromal atau residual. Selama periode gejala prodromal atau residual ini, tanda gangguan dapat bermanifestasi sebagai gejala

negatif saja atau 2 atau lebih gejala yang terdaftar dalam kriteria A yang muncul dalam bentuk yang lebih lemah (keyakinan aneh, pengalasan perseptual yang tidak lazim).

4) Eksklusi gangguan mood dan skizoafektif

Gangguan skizoafektif dan gangguan depresif atau bipolar dengan ciri psikotik telah disingkirkan baik karena

- a) Tidak ada episode depresif manik, atau campuran mayor yang terjadi bersamaan dengan gejala fase aktif, maupun
- b) Jika episode mood terjadi selama gejala fase aktif durasi totalnya relatif singkat dibandingkan durasi periode aktif dan residual.

5) Eksklusi kondisi medis umum/zat

Gangguan tersebut tidak disebabkan efek fisiologis langsung suatu zat (obat yang disalahgunakan, obat medis) atau kondisi medis umum.

6) Hubungan dengan keterlambatan perkembangan global

Jika terdapat riwayat gangguan autistik atau keterlambatan perkembangan global lainnya, diagnosis tambahan skizofrenia hanya dibuat bila waham atau halusinasi yang prominen juga terdapat selama setidaknya satu bulan (atau kurang bila telah berhasil diobati). (Sadock, et al., 2015)

f. Penggolongan *Skizofrenia*

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut PPDGJ III, yaitu :

- 1) Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
 - a) Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b) Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual; waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
 - c) Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
- 2) Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
 - a) Memenuhi kriteria skizofrenia .
 - b) Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
 - c) Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
 - d) Gejala bertahan 2-3 minggu.
 - e) Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.

- f) Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, *mannerism*, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan.
 - g) Afek dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*in appropriate*), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
 - h) Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren.
- 3) Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
- a) Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
 - b) Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
 - c) Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
 - d) Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
 - e) Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
 - f) Rigiditas (kaku).
 - g) Flexibilitas cerea (*waxy flexibility*) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.

- h) Command *automatism* (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
 - i) Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
- 4) Skizofrenia tak terinci atau *undifferentiated* (F 20. 3)
- a) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
 - b) Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
 - c) Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia.
- 5) Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
- a) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini.
 - b) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
 - c) Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu.

Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).

6) Skizofrenia residual (F 20. 5)

- a) Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, erawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
- b) Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- c) Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
- d) Tidak terdapat *dementia* atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

7) Skizofrenia simpleks (F 20. 6)

- a) Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari:

(1) Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.

(2) Disertai dengan perubahan – perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

b) Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan sub tipe skizofrenia lainnya.

8) Skizofrenia lainnya (F.20.8)

Termasuk skizofrenia *chenesthopathic* (terdapat suatu perasaan yang tidak nyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.

9) Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

g. Penatalaksanaan *Skizofrenia*

Walaupun terapi antipsikotik merupakan pengobatan yang penting untuk skizofrenia, penelitian telah menemukan bahwa intervensi psikososial, termasuk psikoterapi, dapat mendukung perbaikan klinis. Modalitas psikososial harus diintegrasikan secara cermat ke dalam regimen terapi obat dan harus mendukung regimen tersebut. Sebagian besar pasien skizofrenia mendapatkan manfaat dari

pemakaian kombinasi pengobatan antipsikotik dan psikososial (Kaplan & Sadock, 2010).

1) Perawatan di Rumah Sakit (Hospitalisasi)

Indikasi utama untuk 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, termasuk ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar, seperti makanan, pakaian, dan tempat berlindung. Tujuan utama perawatan di Rumah Sakit yang harus ditegakkan adalah ikatan efektif antara pasien dan sistem pendukung masyarakat.

Perawatan di rumah sakit menurunkan stres pada pasien dan membantu mereka menyusun aktivitas harian mereka. Lamanya perawatan di rumah sakit tergantung pada keparahan penyakit pasien dan tersedianya fasilitas pengobatan rawat jalan. Penelitian telah menunjukkan bahwa perawatan singkat di rumah sakit (empat sampai enam minggu) adalah sama efektifnya dengan perawatan jangka panjang di rumah sakit dan bahwa rumah sakit dengan pendekatan perilaku yang aktif adalah lebih efektif daripada institusi yang biasanya dan komunitas terapeutik berorientasi-tilikan.

Rencana pengobatan di rumah sakit harus memiliki orientasi praktis ke arah masalah kehidupan, perawatan diri sendiri, kualitas hidup, pekerjaan, dan hubungan social. Perawatan di rumah sakit harus diarahkan untuk mengikat pasien dengan fasilitas pascarawat, termasuk keluarganya, keluarga angkat, *board-and-care homes*, dan *half-way house*, pusat perawatan di siang hari (*day care center*) dan kunjungan rumah kadang-kadang dapat membantu pasien tetap di luar rumah sakit untuk periode waktu yang lama dan dapat memperbaiki kualitas kehidupan sehari-hari pasien.

2) Farmakoterapi

Obat antipsikotik, diperkenalkan pada awal tahun 1950, telah mengalami perkembangan yang revolusioner dalam pengobatan skizofrenia. Kira-kira dua sampai empat kali banyaknya pasien yang kambuh ketika diterapi dengan plasebo dibandingkan dengan terapi dengan obat antipsikotik. Akan tetapi obat ini menyembuhkan gejala dari penyakit dan tidak mengobati skizofrenia (Kaplan & Sadock, 2010).

Obat antipsikotik terdiri dari dua kelas mayor seperti antagonis reseptor dopamin (misalnya chlorpromazine, haloperidol) dan SDAs (misalnya risperidon) dan Clozapin. Indikasi pemberian obat antipsikotik pada skizofrenia adalah pertama untuk mengendalikan gejala aktif dan kedua mencegah kekambuhan. Efektivitas antipsikotik dalam pengobatan

skizofrenia telah dibuktikan oleh berbagai penelitian buta ganda yang terkontrol. Untuk antipsikotik tipikal atau generasi pertama, tidak ada bukti bahwa obat yang satu lebih daripada yang lain untuk gejala-gejala tertentu (Maramis, 2009).

Penggunaan obat antipsikotik dalam pengobatan skizofrenia harus mengikuti lima prinsip utama yaitu (Kaplan & Sadock, 2010):

- a) Klinis harus secara hati-hati menentukan target simptom untuk diterapi.
- b) Antipsikotik yang telah bekerja dengan baik sebelumnya pada pasien harus digunakan lagi. Pada kejadian yang tidak mendapatkan informasi, pilihan antipsikotik biasanya didasarkan pada efek samping dari obat tersebut.
- c) Waktu minimum pemberian permulaan antipsikotik adalah empat sampai enam minggu dengan dosis yang adekuat. Jika permulaan tidak berhasil, obat antipsikotik yang berbeda, biasanya dari kelas yang berbeda, dapat dicoba. Akan tetapi reaksi yang tidak menyenangkan dari pasien pada pemberian dosis pertama obat antipsikotik berhubungan erat dengan ketidaktaatan dan respon yang jelek ke depannya.
- d) Pada umumnya, penggunaan lebih dari satu obat antipsikotik pada saat yang bersamaan jarang, jika pernah, atas indikasi. Akan tetapi, pada terapi yang khusus pasien resisten kombinasi

obat antipsikotik dengan obat yang lain, sebagai contoh, carbamazepin (tegretol) bisa diindikasikan.

- e) Pasien harus diberikan terapi rumatan dengan dosis minimal yang efektif. Dosis rumatan lebih rendah dibandingkan dengan dosis selama kontrol simtom selama episode psikotik.

Skizofrenia adalah suatu gangguan yang berlangsung lama dan fase psikotiknya memiliki tiga fase yaitu fase akut, stabilisasi, dan fase stabil. Penanggulangan memakai antipsikotik diindikasikan terhadap semua fase tersebut.

3) Penanggulangan berdasarkan fase

Menurut Maramis (2009) strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik (yang baru dialami atau yang kambuh) yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan di sini adalah mengurangi gejala psikotik yang parah. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu dua sampai tiga minggu. Walaupun masih ada waham dan halusinasi, penderita tidak begitu terpengaruh lagi dan menjadi lebih kooperatif, mau ikut serta dalam kegiatan lingkungannya dan mau turut terapi kerja.

Setelah empat sampai delapan minggu, pasien masuk ke tahap stabilisasi sewaktu gejala-gejala sedikit banyak sudah teratasi, tetapi resiko relaps masih tinggi, apalagi bila pengobatan terputus atau pasien mengalami stres. Sesudah gejala-gejala

mereda, maka dosis dipertahankan selama beberapa bulan lagi, jika serangan itu baru yang pertama kali. Jika serangan skizofrenia itu sudah lebih dari satu kali, maka sesudah gejala-gejala mereda, obat diberi terus selama satu atau dua tahun.

Setelah enam bulan, pasien masuk fase rumatan (*maintenance*) yang bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Kepada pasien dengan skizofrenia menahun, neuroleptika diberi dalam jangka waktu yang tidak ditentukan lamanya dengan dosis yang naik turun sesuai dengan keadaan pasien (seperti juga pemberian obat kepada pasien dengan penyakit badaniah yang menahun, misalnya diabetes melitus, hipertensi, payah jantung, dan sebagainya). Senantiasa kita harus waspada terhadap efek samping obat.

Strategi rumatan adalah menemukan dosis efektif terendah yang dapat memberikan perlindungan terhadap kekambuhan dan tidak mengganggu fungsi psikososial pasien. Hasil pengobatan akan lebih baik bila antipsikotik mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit. Tidak ada dosis standar untuk obat ini, tetapi dosis ditetapkan secara individual. Pemilihan obat lebih banyak berdasarkan profil efek samping dan respon pasien pada pengobatan sebelumnya. Ada beberapa kondisi khusus yang perlu diperhatikan, misalnya pada wanita hamil lebih dianjurkan haloperidol, karena obat ini mempunyai data keamanan yang

paling baik. Pada pasien yang sensitif terhadap efek samping ekstrapiramidal lebih baik diberi antipsikotik atipik, demikian pula pada pasien yang menunjukkan gejala kognitif atau gejala negatif yang menonjol.

Untuk pasien yang pertama kali mengalami episode skizofrenia, pemberian obat harus diupayakan agar tidak terlalu memberikan efek samping, karena pengalaman yang buruk dengan pengobatan akan mengurangi ketaatberobatan (*compliance*) atau kesetiaberobatan (*adherence*). Dianjurkan untuk menggunakan antipsikotik atipik atau antipsikotik tipikal tetapi dengan dosis yang rendah.

h. Prognosis

Maramis & Maramis (2009) menyebutkan bahwa 1/3 dari pasien skizofrenia yang datang berobat dalam tahun pertama setelah serangan pertama akan sembuh sama sekali (*full remission/recovery*), 1/3 yang lain dapat dikembalikan ke masyarakat walaupun masih didapati cacat sedikit dan masih harus sering diperiksa dan diobati selanjutnya dan sisanya biasanya, mereka tidak dapat berfungsi didalam masyarakat dan menuju kemunduran mental, sehingga mungkin menjadi penghuni tetap rumah sakit jiwa.

Pasien yang menghentikan pengobatan disebutkan 60-70% akan mengalami kekambuhan dalam satu tahun, dan 85% dalam 2 tahun,

dibandingkan dengan pasien yang tetap aktif melaksanakan pengobatan yaitu 10-30% (Puri, et al., 2014).

Perkiraan perjalanan penyakit dan prognosis pasien skizofrenia pada penelitian kohort dengan *follow-up* selama 13 tahun (Mason, et al., 1995; Semple & Smyth, 2013) antara lain :

- 1) Sekitar 15-20% dari episode pertama tidak kambuh.
- 2) Beberapa orang akan tetap bekerja
- 3) 52% tanpa gejala psikotik dalam 2 tahun terakhir.
- 4) 52% tanpa gejala negatif.
- 5) 55% menunjukkan fungsi sosial yang baik atau cukup baik

Prognosis dapat ditetapkan juga dengan mempertimbangkan berbagai faktor, antara lain (Maramis & Maramis, 2009) :

- 1) Kepribadian prepsikotik. Bila skizoid dan hubungan antarmanusia memang kurang memuaskan maka prognosis lebih jelek.
- 2) Bila skizofrenia timbul secara akut, maka prognosis lebih baik daripada bila penyakit itu mulai secara pelan-pelan.
- 3) Jenis : Prognosis jenis katatonik yang paling baik dari semua jenis. Sering penderita dengan skizofrenia katatonik sembuh dan kembali ke kepribadian prepsikotik. Kemudian menyusul prognosis jenis paranoid. Banyak dari penderita ini dapat dikembalikan ke masyarakat. Skizofrenia hebefrenik/terdisorganisasi dan skizofrenia simplek mempunyai prognosis yang sama jelek, biasanya jenis skizofrenia ini menuju ke arah kemunduran mental.

- 4) Umur : makin muda umur permulaannya, makin jelek prognosis.
- 5) Pengobatan : makin lekas diberikan pengobatan, makin baik prognosisnya.
- 6) Dikatakan bahwa bila terdapat faktor pencetus, seperti penyakit badaniah atau stres psikologis, maka prognosisnya lebih baik.
- 7) Faktor keturunan : prognosis menjadi lebih berat bila didalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita skizofrenia.

2. Fungsi Kognitif

a. Definisi Fungsi Kognitif

Fungsi kognitif adalah merupakan aktivitas mental secara sadar seperti berpikir, mengingat, belajar dan menggunakan bahasa. Fungsi kognitif juga merupakan kemampuan atensi, memori, pertimbangan, pemecahan masalah, serta kemampuan eksekutif seperti merencanakan, menilai, mengawasi dan melakukan evaluasi (Strub et al., 2000).

b. Faktor yang mempengaruhi

Fungsi kognitif seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, beberapa diantaranya yaitu latar belakang pendidikan, tingkat intelegensi dan adanya penyakit atau kelainan mental yang mengganggu fungsi normalnya. Hal-hal tersebut dapat mempengaruhi hasil tes fungsi kognitif yang dilakukan oleh pasien skizofrenia,

dimana pada tes mengenai kemampuan abstrak pasien lah yang paling dipengaruhi oleh faktor-faktor tersebut (Sadock *et al.*, 2015).

c. Klasifikasi Fungsi Kognitif

Fungsi kognitif terdiri dari:(Modul Neurobehavior PERDOSSI, 2008)

1) Atensi

Atensi adalah kemampuan untuk bereaksi atau memperhatikan satu stimulus dengan mampu mengabaikan stimulus lain yang tidak dibutuhkan. Atensi merupakan hasil hubungan antara batang otak, aktivitas limbik dan aktivitas korteks sehingga mampu untuk fokus pada stimulus spesifik dan mengabaikan stimulus lain yang tidak relevan. Konsentrasi merupakan kemampuan untuk mempertahankan atensi dalam periode yang lebih lama. Gangguan atensi dan konsentrasi akan mempengaruhi fungsi kognitif lain seperti memori, bahasa dan fungsi eksekutif.

2) Bahasa

Bahasa merupakan perangkat dasar komunikasi dan modalitas dasar yang membangun kemampuan fungsi kognitif. Jika terdapat gangguan bahasa, pemeriksaan kognitif seperti memori verbal dan fungsi eksekutif akan mengalami kesulitan atau tidak dapat dilakukan. Fungsi bahasa meliputi 4 parameter, yaitu :

a) Kelancaran

Kelancaran mengacu pada kemampuan untuk menghasilkan kalimat dengan panjang, ritme dan melodi yang normal. Metode yang dapat membantu menilai kelancaran pasien adalah dengan meminta pasien menulis atau berbicara secara spontan.

b) Pemahaman

Pemahaman mengacu pada kemampuan untuk memahami suatu perkataan atau perintah, dibuktikan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan perintah tersebut.

c) Pengulangan

Kemampuan seseorang untuk mengulangi suatu pernyataan atau kalimat yang diucapkan seseorang.

d) Penamaan

Merujuk pada kemampuan seseorang untuk menamai suatu objek beserta bagian-bagiannya. Gangguan bahasa sering terlihat pada lesi otak fokal maupun difus, sehingga merupakan gejala patognomonik disfungsi otak. Penting bagi klinikus untuk mengenal gangguan bahasa karena hubungan yang spesifik antara sindroma afasia dengan lesi neuroanatomi.

3) Memori

Fungsi memori terdiri dari proses penerimaan dan penyandian informasi, proses penyimpanan serta proses mengingat. Semua hal yang berpengaruh dalam ketiga proses tersebut akan mempengaruhi fungsi memori. Fungsi memori dibagi dalam tiga

tingkatan bergantung pada lamanya rentang waktu antara stimulus dengan *recall*, yaitu :

- a) Memori segera (*immediate memory*), rentang waktu antara stimulus dengan recall hanya beberapa detik. Disini hanya dibutuhkan pemusatan perhatian untuk mengingat (*attention*)
- b) Memori baru (*recent memory*), rentang waktu lebih lama yaitu beberapa menit, jam, bulan bahkan tahun.
- c) Memori lama (*remote memory*), rentang waktunya bertahun-tahun bahkan seusia hidup. Gangguan memori merupakan gejala yang paling sering dikeluhkan pasien. Istilah amnesia secara umum merupakan efek fungsi memori. Ketidakmampuan mempelajari materi baru setelah brain insult disebut *amnesia anterograd*. Sedangkan *amnesia retrograd* merujuk pada amnesia pada yang terjadi sebelum *brain insult*. Hampir semua pasien demensia menunjukkan masalah memori pada awal perjalanan penyakitnya. Tidak semua gangguan memori merupakan gangguan organik. Pasien depresi dan ansietas sering mengalami kesulitan memori. Istilah amnesia psikogenik jika amnesia hanya pada satu periode tertentu, dan pada pemeriksaan tidak dijumpai defek pada *recent memory*.

4) Visuospasial

Kemampuan visuospasial merupakan kemampuan konstruksional seperti menggambar atau meniru berbagai macam gambar (misal : lingkaran, kubus) dan menyusun balok-balok. Semua lobus berperan dalam kemampuan konstruksi dan lobus parietal terutama hemisfer kanan berperan paling dominan. Menggambar jam sering digunakan untuk skrining kemampuan visuospasial dan fungsi eksekutif dimana berkaitan dengan gangguan di lobus frontal dan parietal.

5) Fungsi eksekutif

Fungsi eksekutif dari otak dapat didefinisikan sebagai suatu proses kompleks seseorang dalam memecahkan masalah / persoalan baru. Proses ini meliputi kesadaran akan keberadaan suatu masalah, mengevaluasinya, menganalisa serta memecahkan / mencari jalan keluar suatu persoalan.

d. *Cognitive Behavioural Therapy*

- 1) Terapi perilaku kognitif bertujuan untuk memulihkan pengalaman emosional yang menyedihkan atau perilaku disfungsional dengan mengubah cara pandang pasien dalam menafsirkan dan mengevaluasi pengalaman yang telah terjadi. Terapi perilaku kognitif mendorong pasien untuk mengidentifikasi bias pengalaman yang dialami pasien, sehingga gejala psikosis akan selalu muncul pada diri pasien (Jones, et, al, 2012).

2) Perlakuan CBT yang ditujukan pada pasien psikosis pada penelitian Birchwood membedakan antara "quasi-neuroleptik" terhadap dampak CBT pada gejala psikotik (misalnya, halusinasi) dan pengobatan mereka. Birchwood (2006) menunjukkan bahwa CBT mungkin fokus pada berikut :

- a) Pengurangan distress atau pengurangan depresi dan masalah perilaku yang terkait dengan keyakinan tentang simtomatologi psikotik.
- b) Kesulitan mengontrol emosi pada individu yang berisiko tinggi menyebabkan gejala psikosis.
- c) Gejala kekambuhan untuk mencegah kekambuhan pada psikosis.
- d) "Penyerta" depresi dan kecemasan sosial, termasuk stigma yang berkembang atas pasien.
- e) Pengelolaan terhadap stres, sehingga meningkatkan ketahanan terhadap stres hidup dan mencegah kekambuhan psikotik.
- f) Meningkatkan harga diri dan kepercayaan diri sosial pada orang dengan psikosis.

3. Fungsi Sosial

a. Definisi Fungsi Sosial

Fungsi sosial dapat diartikan sebagai kualitas dan kedalaman hubungan interpersonal individu, serta kemampuan seseorang untuk memenuhi peran dan harapan yang didefinisikan oleh masyarakat.

Fungsi sosial memiliki beragam segi dan alaminya dapat dipahami dengan cara menilai berbagai domain kehidupan, antara lain fungsi peran, hubungan sosial, perawatan diri, ketrampilan hidup mandiri, waktu luang, aktivitas rekreasi serta integrasi ke masyarakat (Corrigan & Mueser, 2008).

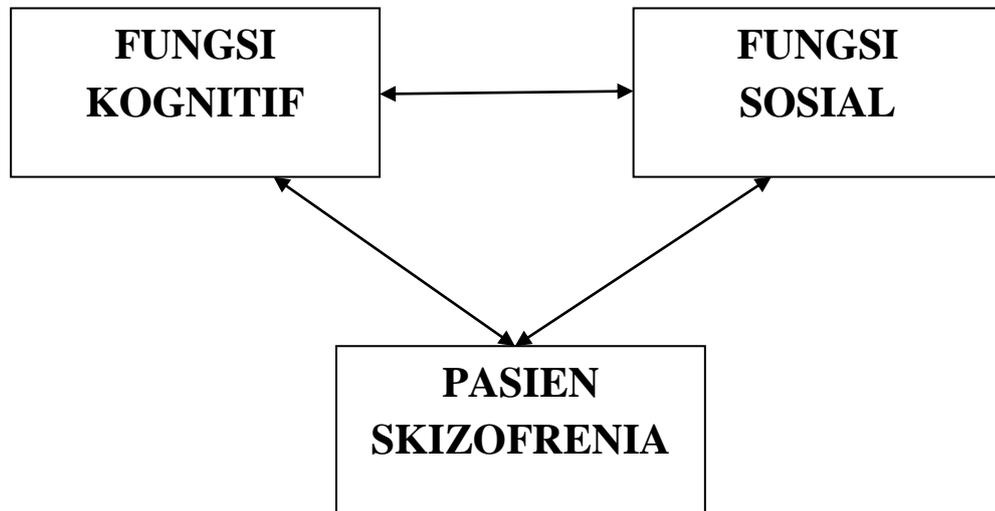
Fungsi sosial menjadi perhatian utama pada penderita gangguan jiwa karena beberapa alasan, antara lain keterlibatannya dalam kriteria diagnostik gangguan kejiwaan, perannya sebagai gejala *premorbid*, kemampuannya dalam memprediksi perjalanan penyakit yaitu gejala kekambuhan dan rawat inap kembali, serta secara harfiah merupakan dimensi yang penting dalam kehidupan manusia (Corrigan & Mueser, 2008).

Gangguan pada fungsi sosial merujuk pada ketidakpuasan pada performa peran, hubungan interpersonal yang sehat dan citra-diri positif yang menyebabkan individu tidak tentram dengan dirinya sendiri (Datar, et al., 2010). Faktor-faktor yang berhubungan dengan disabilitas psikiatrik dapat berdampak pada fungsi sosial, termasuk diantaranya gejala, fungsi kognitif, kemampuan sosial, dan faktor lingkungan serta sumber daya (Corrigan & Mueser, 2008). Fungsi sosial yang berkurang merupakan prediktor yang penting untuk kualitas hidup (Bellack, et al., 2007) dan 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).

b. Penilaian Fungsi Sosial

Penilaian fungsi sosial pasien skizofrenia dapat dilakukan dengan empat cara yaitu observasi langsung, *self-report*, pelaporan dari pengasuh, dan dengan alat ukur. Penilaian dengan alat ukur memiliki kelebihan yaitu dapat mengatasi keterbatasan dari tiga cara sebelumnya antara lain pengumpulan data yang lebih cepat dan gambaran yang lebih shahih. (Reverger, 2012). Alat ukur yang dapat digunakan untuk menilai fungsi sosial antara lain *Global Assessment of Functioning (GAF)*, *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)* serta *Personal and Social Performance Scale (PSP)* (Purnama, *et al.*, 2012).

B. Kerangka Konsep**C. Hipotesis**

Terdapat Hubungan antara Fungsi Kognitif dengan Fungsi sosial pasien skizofrenia di wilayah Puskesmas daerah Yogyakarta.