

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. DEFINISI

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *schizein* yang berarti terpisah atau pecah, dan *phren* yang artinya jiwa. Pada skizofrenia terjadi pecahnya atau ketidakserasian antara afeksi, kognitif dan perilaku. Secara umum, simptom skizofrenia dapat dibagi menjadi tiga golongan: yaitu simptom positif, simptom negatif, dan gangguan dalam hubungan interpersonal.

Skizofrenia merupakan suatu deskripsi 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. Pasien Skizofrenia memiliki gejala-gejala antara lain gangguan proses pikiran (bentuk, langkah dan isi pikir), gangguan afek dan emosi, gangguan kemauan, gangguan psikomotor dan gejala sekunder berupa waham dan halusinasi (Maramis & Maramis, 2009).

Pada umumnya, skizofrenia ditandai oleh penyimpangan fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*). Kesadaran yang jernih (*clear consciousness*) dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara,

B. EPIDEMIOLOGI

Sekitar satu persen dari populasi penduduk dunia diperkirakan mengidap skizofrenia dalam hidupnya. Di Indonesia diperkirakan jumlahnya sekitar dua sampai empat juta jiwa yang akan terkena penyakit ini. Prevalensi dari jumlah pasien skizofrenia umumnya tiga per empat dari jumlah tersebut berada pada usia 16 sampai 25 tahun pada laki-laki. Pada kaum perempuan, skizofrenia biasanya mulai diderita pada usia 25 hingga 30 tahun. Onset dari skizofrenia tersebut pada pasien laki-laki lebih muda dibanding dengan pasien perempuan, hampir separuh dari pasien laki-laki dirujuk ke rumah sakit jiwa sebelum usia 25 tahun. Pada jumlah pasien perempuan adalah sepertiganya. Dan penyebaran penyakit yang ini lebih cenderung menyebar di antara anggota keluarga yang sedarah (Yuindartanto, 2009).

C. ETIOLOGI

Beberapa teori-teori berikut ini akan mendukung bagaimana proses penyakit skizofrenia.

1. Model Diatesis-stres

Model diatesis stress merupakan integrasi faktor biologis, faktor psikososial dan faktor lingkungan. Model ini mendalilkan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (diatesis) yang jika dikenai oleh suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stress, memungkinkan perkembangan skizofrenia. Komponen lingkungan mungkin biologikal

memiliki peran disini. Sedangkan dasar biologikal dari diatesis selanjutnya dapat terbentuk oleh pengaruh epigenetik seperti penyalahgunaan obat, stress psikososial, dan trauma.

Kerentanan yang dimaksud disini adalah kecenderungan mengapa orang tersebut dapat menjadi skizofrenia. Semakin besar kerentanan seseorang maka stressor kecilpun dapat menyebabkan menjadi skizofren. Semakin kecil kerentanan maka butuh stresor yang besar untuk membuatnya menjadi penderita skizofrenia (Kaplan & Saddock, 2003).

2. Faktor Neurobiologi

Pada sebuah penelitian menunjukkan bahwa pada pasien skizofrenia ditemukan adanya kerusakan pada bagian otak tertentu. Namun sampai kini belum diketahui bagaimana hubungan antara kerusakan pada bagian otak tertentu dengan munculnya gejala penyakit skizofrenia. Terdapat beberapa area tertentu dalam otak yang berperan dalam membuat seseorang menjadi patologis, yaitu sitem limbik, korteks frontal, cerebellum dan ganglia basalis. Keempat area tersebut saling berhubungan, sehingga disfungsi pada satu area mungkin melibatkan proses patologis primer pada area yang lain.

Skizofrenia sendiri terjadi akibat dari peningkatan aktivitas neurotransmitter *dopaminergik*. Peningkatan ini mungkin merupakan akibat dari meningkatnya pelepasan *dopamine*, terlalu banyaknya reseptor *dopamine*, turunya nilai ambang, atau hipersentivitas reseptor *dopamine*,

dan di sini diidentifikasi faktor tersebut (Kaplan & Saddock, 2003)

3. Faktor Genetika

Penelitian tentang genetik telah membuktikan faktor genetik/keturunan merupakan salah satu penyumbang bagi seseorang untuk menjadi penderita skizofrenia. Resiko seseorang menderita skizofren akan menjadi lebih tinggi jika terdapat anggota keluarga lainnya yang juga menderita skizofren, apalagi jika hubungan keluarga dekat. Penelitian terhadap anak kembar menunjukkan pengaruh genetik melebihi pengaruh lingkungan pada munculnya skizofrenia, dan kembar satu telur memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami skizofrenia (Kaplan & Saddock, 2003).

Tabel 1. Prevalensi skizofrenia pada populasi tertentu dalam Kaplan & Saddock (2003)

No.	Kategori Prevalensi	Persentase
1	Populasi umum	1%
2	Saudara kandung pasien Skizofren	8%
3	Anak dengan salah satu orangtua Skizofren	12%
4	Kembar dua telur dari pasien Skizofren	12%
5	Anak dengan kedua orangtua Skizofren	40%

6	Kembar satu telur dari pasien	47%
	Skizofren	

4. Jenis Kelamin

Jenis laki-laki dan perempuan sebagai dimorfisme seksual ditentukan oleh pasangan kromosom XY untuk laki-laki dan XX untuk perempuan. Akibat perbedaan kromosom tersebut akan menyebabkan perbedaan juga dalam bentuk (morfologis) fisik, hormone, gonad dan psikologis. Persoalan jenis kelamin pada riwayat skizofrenia menjadi cerita yang panjang. Pada awalnya peneliti beranggapan bahwa insidensi skizofrenia pada laki-laki sama besarnya seperti yang terjadi pada perempuan. Akan tetapi jika dilihat dari kecenderungan gangguan jiwa yang berat maka banyak didominasi laki-laki. Menurut Sarason & Sarason (1987) gangguan afektif lebih sering terjadi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki, dan ini diwariskan dari ibu, sehingga disimpulkan bahwa pewarisan untuk gangguan afektif dari gen *seks linked* dibawa oleh kromosom X, dan perempuanlah yang mempunyai kecenderungan lebih besar (Soekarto, 2004).

Abnormalitas perkembangan jiwa pada anak dan remaja sebelum munculnya gangguan psikotik dibedakan dari jenis kelaminnya. Pada anak laki-laki mempunyai kecenderungan iritable, selalu berselisih paham dan bersifat melawan atau menyerang. Tetapi dalam perkembangannya, pada perempuan kurang terlihat abnormalitasnya dibandingkan laki-laki pada

mengandung gejala afektif dan lebih sedikit mengandung gejala negatif dibandingkan laki-laki (Soekarto, 2004).

5. Faktor Psikososial

a). Teori Tentang Individu Pasien

Pada **Teori Psikoanalitik**, Freud beranggapan bahwa skizofrenia adalah hasil dari fiksasi perkembangan, yang muncul lebih awal daripada gangguan neurosis. Menurut Freud, kerusakan ego (*ego defect*) memberikan kontribusi terhadap munculnya simptom skizofrenia. Disintegrasi ego yang terjadi pada pasien skizofrenia merepresentasikan waktu dimana ego belum atau masih baru terbentuk. Secara umum, dalam pandangan psikoanalitik tentang skizofrenia, kerusakan ego mempengaruhi interpretasi terhadap realitas dan kontrol terhadap dorongan dari dalam (Yuindartanto, 2009).

Lalu berbeda dengan model yang kompleks dari Freud, **Teori Psikodinamik** mementingkan hipersensitivitas terhadap berbagai stimulus. Hambatan dalam membatasi stimulus menyebabkan kesulitan dalam setiap fase perkembangan selama masa kanak-kanak dan mengakibatkan stress dalam hubungan interpersonal. Menurut pendekatan psikodinamik, gejala positif diasosiasikan dengan onset akut sebagai respon terhadap faktor pemicu/pencetus, dan erat kaitannya dengan adanya konflik. Gejala negatif berkaitan erat dengan faktor biologis, dan karakteristiknya adalah absennya perilaku/fungsi tertentu.

akibat konflik intrapsikis, namun mungkin juga berhubungan dengan kerusakan ego yang dialaminya (Yuindartanto, 2009).

b). Teori Tentang Keluarga

Beberapa pasien skizofrenia biasanya berasal dari keluarga dengan disfungsi, yaitu perilaku keluarga yang patologis. Secara signifikan kondisi tersebut akan meningkatkan stres emosional yang harus dihadapi oleh pasien skizofrenia. Pada **Teori Double Bind**, konsep yang dikembangkan oleh Gregory Bateson (1998) ini menjelaskan keadaan keluarga dimana anak menerima pesan yang bertolak belakang dari orangtua berkaitan dengan perilaku, sikap maupun perasaannya. Akibatnya anak menjadi bingung menentukan mana pesan yang benar, sehingga kemudian ia menarik diri kedalam keadaan psikotik untuk melarikan diri dari rasa konfliknya itu (Yuindartanto, 2009).

Selanjutnya pada **Teori Schims and Skewed Families**, menurut Theodore Lidz (1994), pada pola pertama atau *schims* terdapat perpecahan yang jelas antara orangtua, salah satu orang tua akan menjadi sangat dekat dengan anak yang berbeda jenis kelaminnya. Sedangkan pada pola keluarga *skewed*, terjadi hubungan yang tidak seimbang antara anak dengan salah satu orangtua yang melibatkan perebutan kekuasaan antara kedua orangtua, dan menghasilkan dominasi dari salah satu orangtua (Yuindartanto, 2009).

Dan yang terakhir dalam **Teori Pseudomutual and Pseudohostile**

suppress ekspresi emosi dengan menggunakan komunikasi verbal yang *pseudomutual* atau *pseudohostile* secara konsisten. Pada keluarga tersebut terdapat pola komunikasi yang unik, yang mungkin tidak sesuai dan menimbulkan masalah jika anak berhubungan dengan orang lain di luar rumah. Sehingga mengurangi kemampuan seorang anak untuk berinteraksi di lingkungannya (Yuindartanto, 2009).

D. Kekambuhan

Kambuh atau *relapse* adalah kembalinya suatu penyakit setelah nampaknya mereda. Relaps menunjukkan kembalinya gejala-gejala penyakit sebelumnya yang cukup parah dan mengganggu aktifitas sehari-hari dan memerlukan rawat inap dan rawat jalan yang tidak terjadwal (Dorland, 2002). Gejala-gejala kambuh meliputi 2 hal yaitu : Gejala Positif dan Gejala Negatif. Gejala Positif meliputi : halusinasi (somatic, taktil, pendengaran, pengecapan) , delusi, waham, rasa bersalah, curiga berlebihan, tinglah laku *agresif*, serta gangguan arus pikir. Sedangkan Gejala Negatif meliputi : afek datar atau ekspresi muka yang tidak berubah-ubah, penurunan spontanitas, tidak ada kontak mata, afek tidak spesifik, sikap tubuh tidak ekspresif, acuh tidak peduli dan warna emosi yang tumpul.

Pada kekambuhan, terdapat tahap-tahap yang terbagi menjadi 5 yaitu : Tahap I adalah ketegangan yang berlebihan (*over extension*). Di tahap ini penderita mengeluh merasa tidak berdaya, gejala-gejalanya adalah

berlebihan, tidak dapat berkonsentrasi dan lupa kata-kata dalam penataan kalimat. Tahap II, atau tingkat kesasaran yang terbatas akan menyebabkan kecemasan yang dialami pasien pada tahap satu berlanjut menjadi depresi. Gejala lainnya adalah tampak bosan, apatis, obsesional dan phobia, serta dapat terjadi somatisasi. Penderita menarik diri dari aktivitas sehari-hari. Tahap III yaitu tahap *disinhibition*, menyebabkan timbulnya gejala *hipomania*, *halusinasi* serta delusi dan gagalnya mekanisme pembelaan. Selanjutnya Tahap IV yaitu *psychotic disorganization* membuat gejala psikosis tampak jelas dan halusinasi serta delusi yang terus-menerus, penderita akhirnya kehilangan kontrol. Dan terakhir pada Tahap V atau tahap *Psychotic resolution* biasanya terjadi di rumah sakit dan penderita terlihat seperti robot dan nampak bingung (Stuart & Sundeens, 1988).

Menurut Sullinger dalam Keliat (1996) ada 4 faktor penyebab penderita kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Penderita

Sudah umum diketahui bahwa penderita yang gagal memakan obat secara teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% klien yang pulang dari rumah sakit tidak memakan obat secara teratur. Pada penderita skizofrenia, kegagalan ini terjadi karena adanya gangguan orientasi realita dan ketidakmampuan dalam pengambilan keputusan (Keliat, 1996).

2. Dokter sebagai pemberi resep

tardive dyskinesia yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Untuk itu perlu diidentifikasi dosis terapeutik yang dapat mencegah kambuh serta efek sampingnya. Selain itu, penderita yang jarang kontrol ke Dokter juga akan memicu kekambuhan. Oleh sebab itu seharusnya pasien dan dokter mempunyai jadwal yang teratur untuk melakukan kontrol dan pemberian edukasi yang lengkap tentang pentingnya proses *follow-up* (Keliat, 1996).

3. Penanggung jawab penderita

Setelah penderita pulang ke rumah maka pihak Rumah Sakit tetap bertanggung jawab atas program adaptasi penderita di rumah dan seharusnya menunjuk orang yang bertanggung jawab pada pasien ini. Penanggung jawab penderita mempunyai kesempatan lebih banyak untuk bertemu dengan penderita sehingga dapat mengidentifikasi gejala kekambuhan dan segera mengambil tindakan (Keliat, 1996).

4. Keluarga

Keluarga sebagai sistem terdiri dari anggota keluarga yang saling berinteraksi dan saling ketergantungan antara sesamanya, hidup dalam lingkungan fisik, psikologis dan sosial. Ketergantungan dan saling mempengaruhi antar elemen dalam keluarga dapat mempengaruhi nilai, keyakinan, sikap dan perilaku yang dapat dijadikan sebagai potensi untuk meningkatkan taraf kesehatan. Peran serta keluarga sebagai salah satu faktor

Penyebab keluarga menjadi sangat berpengaruh, diketahui karena keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya. Keluarga juga merupakan institusi pendidikan utama bagi individu untuk belajar mengembangkan keyakinan, sikap dan perilaku. Semua ini merupakan persiapan individu untuk berperan secara optimal dalam masyarakat. Keluarga sendiri adalah suatu sistem, maka jika ada gangguan yang terjadi pada salah satu anggota dapat mempengaruhi seluruh sistem. Keluarga dapat menjadi salah satu faktor *relapse* pada skizofrenia karena ketidaktahuan keluarga tentang cara merawat dan menangani perilaku pasien dirumah (Iwan, 2005).

E. Ekspresi Emosi dan Kekambuhan pada Skizofrenia

Ekspresi emosi adalah suatu penilaian kualitatif dari jumlah emosi yang ditampakkan, terutama dalam lingkungan keluarga. Ekspresi emosi adalah salah satu faktor dalam proses penyembuhan bagi orang-orang yang didiagnosa dengan penyakit psikologis. Tiga macam perilaku yang dapat menggambarkan EE (ekspresi emosi) adalah hostilitas, kritik dan keterlibatan emosional yang berlebihan yang akan menentukan ke arah mana pasien yang telah sembuh akan dilakukan terapi (Leff, 1986).

Pengaruh keluarga terhadap hasil akhir dari pasien dapat berupa komentar negatif dan perbuatan non verbal. Interaksi dan tekanan ini yang akan menyebabkan situasi penuh stress pada pasien yang sedang dalam masa

muncul, pasien seringkali tidak mengetahui apa yang terjadi. Kadangkala pasien tidak mengerti apa yang harus diperbuat selama masa *sensitive* penyembuhan mereka disebabkan karena terlalu banyak kritik dan rasa kasihan yang diberikan orang lain (Leff, 1986).

Berdasarkan penelitian di Inggris dan Amerika keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik, tidak ramah, banyak menekan dan menyalahkan), hasilnya sebanyak 57% penderita dari keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi kembali dirawat dan hanya 17% dari keluarga dengan ekspresi emosi keluarga yang rendah yang dirawat kembali (Yosep, 2007).

Selain itu penderita juga mudah dipengaruhi oleh stres yang menyenangkan (naik pangkat, menikah) maupun yang menyedihkan (kematian/kecelakaan). Dengan terapi keluarga penderita dan keluarga dapat mengatasi dan mengurangi stres. Cara terapi biasanya dengan mengumpulkan semua anggota keluarga dan memberi kesempatan menyampaikan perasaan-perasaannya. Memberi kesempatan untuk menambah ilmu dan wawasan baru kepada penderita gangguan jiwa, memfasilitasi untuk menemukan situasi dan pengalaman baru bagi penderita (Yosep, 2007).

F. Dukungan Sosial Keluarga dan Kekambuhan pada Skizofrenia

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan

... keluarga terdiri atas suami, istri, anak

dan untuk Indonesia dapat meluas mencakup saudara dari kedua belah pihak (Rachmayanti, 2002).

Titik berat pada penelitian tentang dukungan sosial keluarga dan gangguan psikotik terutama skizofrenia adalah pada efek yang menghapuskan hubungan traumatik sendiri seperti pernyataan emosi dan rasa kebersamaan yang semu. Aspek-aspek dukungan sosial keluarga terdiri dari empat aspek yaitu aspek informatif, aspek emosional dan aspek penilaian atau penghargaan serta aspek instrumental (Townsend, 1998).

Hal ini menunjukkan bahwa kuat lemahnya dukungan sosial keluarga terhadap penderita berpengaruh terhadap tingkat kesembuhan skizofrenia. Semakin kuat dukungan sosial keluarga terhadap penderita memungkinkan semakin cepat tingkat kesembuhan skizofrenia, begitu juga sebaliknya. Demikian juga halnya dengan kekambuhan skizofrenia, terkait dengan kuat lemahnya dukungan sosial keluarga (Rachmayanti, 2002).

Terdapat 2 fase kebutuhan sosial yang penting selama periode penyembuhan (Breier & Strauss, 1994). Fase kebutuhan sosial tersebut adalah:

1. Fase penyembuhan, penderita sangat membutuhkan perhatian dari keluarganya karena tidak dapat mandiri, fungsi hubungan sosial yang digunakan di sini adalah macam dukungan dan ventilasi.
2. Fase pembentukan kembali. Fungsi hubungan sosial yang digunakan adalah motivasi, saling memberi dan menerima serta pengawasan gejala.

Hal ini berarti pengobatan skizofrenia harus dilakukan dengan cara

ketidakmampuan individual yang di tunjukkan merupakan hasil dari benturan-benturan yang dialami dalam kehidupan yang harus diatasi secara menyeluruh. (Purwanto, 2010).

G. Kepatuhan minum obat dan Kekambuhan pada Skizofrenia

Kepatuhan adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perilaku pasien dalam minum obat secara benar tentang dosis, frekuensi dan waktunya. Kepatuhan pada pasien skizofrenia terdiri dari kepatuhan terhadap terapi setelah pengobatan (kontrol), penggunaan obat secara tepat dan mengikuti anjuran perubahan perilaku. Dapat disimpulkan bahwa pasien dikatakan patuh minum obat jika meminum obat sesuai dosis, frekuensi, waktu dan benar obat (Nursalam, 2009).

Keluarga sebagai orang yang terdekat dengan pasien harus mengetahui prinsip 5 benar dalam minum obat yaitu pasien yang benar, obat yang benar, dosis yang benar, cara atau rute yang benar, dan waktu pemberian minum obat yang benar dimana kepatuhan terjadi bila aturan pakai dalam obat yang diresepkan serta pemberiannya di rumah sakit diikuti dengan benar. Jika terapi ini dilanjutkan setelah pasien pulang penting agar pasien mengerti dan meneruskan terapi tersebut dengan benar tanpa pengawasan, ini sangat penting terutama pada penyakit gangguan jiwa (Tambayong, 2002).

Ketidakpatuhan terhadap minum obat merupakan masalah utama dalam pengobatan. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan

tidak mengertinya tentang pentingnya mengikuti aturan pengobatan yang ditetapkan sehubungan dengan prognosisnya, sukarnya memperoleh obat diluar rumah sakit, mahalnnya harga obat, dan kurangnya perhatian dan kepedulian keluarga yang mungkin bertanggung jawab atas pembelian atau pemberian obat itu kepada pasien (Tambayong, 2002).

Berbagai upaya pengobatan dan teori model konsep perawatan jiwa telah dilaksanakan, akan tetapi masih banyak pasien yang mengalami perawatan ulang atau kekambuhan dan menetap di rumah sakit jiwa. Pasien dengan diagnose skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama dan 70% pada tahun kedua atau setelah pulang dari rumah sakit, serta kekambuhan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit jiwa (Widodo, 2003).

H. Kerangka Konsep

