

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia (*schizophrenia*) berasal dari kata *schism* yang berarti perpecahan dan *frenia* yang berarti jiwa. Istilah tersebut pertama kali diperkenalkan oleh Eugene Bleuler (Sadock & Sadock, 2010) untuk menjelaskan adanya perpecahan antara pikiran, emosi, dan perilaku.

Skizofrenia dideskripsikan sebagai suatu sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan 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 (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*) (Maslim, 2013).

Halgin & Whitbourne (2010) menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan gangguan dengan serangkaian simtom yang meliputi gangguan konteks berpikir, bentuk pemikiran, persepsi, afek, rasa terhadap diri (*sense of self*), motivasi, perilaku, dan fungsi interpersonal. Arif (2006) juga menjelaskan bahwa skizofrenia termasuk gangguan mental yang disebut psikosis, dimana pasien dengan gangguan mental jenis ini tidak dapat mengenali realitas atau

tidak memiliki kontak dengan realitas. Veague (2007) menambahkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang disebabkan oleh beberapa kerusakan mental yang mempengaruhi isi pikiran, pembicaraan, dan perilaku. Gejala psikotik yang utama antara lain: delusi (waham), halusinasi, pembicaraan kacau (*disorganized speech*), tingkah laku kacau (*disorganized behaviour*), dan simtom-simtom negatif. Kondisi itulah yang mengakibatkan sebagian besar orang dengan skizofrenia terisolasi dari lingkungannya.

b. Epidemiologi Skizofrenia

Skizofrenia dapat ditemukan hampir di seluruh dunia. *American Psychiatric Association* (2013) menyebutkan, 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia. Penelitian serupa oleh WHO menyebutkan, prevalensi skizofrenia di masyarakat berkisar 1-3 per mil penduduk, sedangkan di Indonesia sendiri menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (2013) diperkirakan prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia adalah 1,7 orang per mil.

Prevalensi skizofrenia pada pria dan wanita adalah sama, namun awitan terjadi lebih dini pada pria dibanding wanita. Usia puncak awitan adalah 8 sampai 25 tahun untuk pria dan 25 sampai 35 tahun untuk wanita. Awitan skizofrenia dibawah usia 10 tahun atau diatas usia 60 tahun sangat jarang. Secara umum, hasil akhir pasien skizofrenia wanita lebih baik dibanding hasil akhir pasien skizofrenia pria (Sadock & Sadock, 2010). Prevalensi penyakit ini meningkat pada

pasien dengan riwayat keluarga skizofrenia (Sinaga, 2007).

Skizofrenia ditemukan dalam semua masyarakat dan wilayah geografis. Angka kejadian dan tingkat prevalensinya lebih besar di perkotaan daripada di pedesaan dan cenderung lebih berat pada negara maju dibanding negara berkembang. Perbedaan ini sebelumnya telah dikaitkan dengan fenomena penyimpangan sosial, dimana individu rentan terkena stres atau depresi dalam melakukan aktivitas sosial maupun pekerjaan mereka (Sadock & Sadock, 2005).

c. Etiologi Skizofrenia

Menurut Sadock & Sadock (2010) penyebab skizofrenia meliputi beberapa faktor, diantaranya:

1) *Dhiatesis-Stress Model*

Teori *Dhiatesis-Stress Model* ini dapat diterangkan dalam dua bagian yaitu: *Dhiatesis Model* dan *Stress Model*. *Dhiatesis Model* yang menyatakan bahwa penyebab skizofrenia adalah faktor genetik sebagai predisposisi biologis, seperti: kerusakan struktur otak, ketidakmampuan menerima dan mengorganisasikan informasi yang kompleks, serta kekacauan sistem regulasi neurotransmitter. *Stress Model* berhubungan dengan kemampuan seorang individu untuk menyelesaikan permasalahan dengan jalan keluar yang tepat (Maslim, 2013). Model ini menjelaskan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan kondisi tubuh spesifik (diatesis), jika dikenai oleh suatu pengaruh lingkungan

yang menimbulkan stres sehingga memungkinkan akan terjadinya perkembangan gejala skizofrenia (Sadock & Sadock, 2010).

2) Faktor *Biologis*

Menurut Sadock & Sadock (2010) daerah otak utama yang terlibat dalam gangguan skizofrenia yaitu sistem limbik dan ganglia basalis. Sistem limbik dihipotesiskan terlibat dalam dasar neuropatologi skizofrenia karena perannya dalam pengendalian emosi, sedangkan ganglia basalis menjadi pusat perhatian teoritis skizofrenia karena ganglia basalis terlibat dalam pengendalian gerakan, yang dilihat dari banyaknya pasien skizofrenia yang menunjukkan gerakan aneh seperti seringai wajah, berjalan yang ganjil, dan stereotipi. Setelah itu muncul hipotesis dopamin. Teori dopamin mengemukakan bahwa aktivitas dopamin yang tinggi menyebabkan aktivitas neurologis yang tinggi di daerah-daerah khusus dalam otak dan rangsangan yang tinggi itu mengganggu fungsi kognitif, sehingga menyebabkan simptom-simptom skizofrenia seperti halusinasi dan delusi (Semiun, 2006).

3) Faktor *Genetik*

Studi klasik mengenai genetika skizofrenia menunjukkan bahwa seseorang memiliki kecenderungan menderita skizofrenia bila terdapat anggota keluarga yang mengidap gangguan tersebut. Semakin dekat hubungan seseorang dengan penderita skizofrenia maka semakin besar risikonya untuk menderita gangguan tersebut

(Sadock & Sadock, 2010). Faktor genetik ini akan muncul secara nyata dalam manifestasi perilaku apabila dipengaruhi oleh faktor lingkungan (Yunita, 2015).

Tabel 1. Prevalensi Skizofrenia berdasarkan Predisposisi Genetik

Predisposisi genetik	Prevalensi (%)
Populasi umum	1,0
Saudara kandung bukan kembar pasien skizofrenia	8,0
Anak dengan salah satu orang tua penderita skizofrenia	12,0
Kembar dizigotik pasien skizofrenia	12,0
Anak yang kedua orang tuanya menderita skizofrenia	40,0
Kembar monozigotik pasien skizofrenia	47,0

4) Faktor Psikososial

Freud (Sadock & Sadock, 2010) dari segi pandangan psikodinamika berpendapat bahwa apabila neurosis melibatkan suatu konflik antara ego dan id, psikosis dapat dipandang sebagai suatu konflik antara ego dan dunia luar (lingkungan). Dapat diambil contoh, penyakit skizofrenia mungkin sejalan dengan penyakit kronik lain misalnya infark miokardium, diabetes melitus, penyakit paru kongestif kronik. Penyakit-penyakit kronik tersebut dapat menjadi faktor psikososial yang mempengaruhi terjadinya skizofrenia. Kehilangan orang terdekat juga dapat memicu terjadinya skizofrenia.

d. Diagnosis Skizofrenia

Berdasarkan Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III, pedoman diagnostik untuk skizofrenia adalah:

- 1) 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):
 - a) *Thought echo, thought insertion or withdrawal, thought broadcasting*
 - b) *Delusion of control, delusion of influence, delusion of passivity, delusional perception*
 - c) *Halusinasi auditorik seperti, berkomentar, mendiskusikan, dan berasal dari salah satu bagian tubuh*
 - d) *Waham-waham menetap jenis lainnya*
- 2) Atau paling sedikit dua gejala di bawah ini yang harus selalu ada secara jelas:
 - a) *Halusinasi yang menetap*
 - b) *Arus pikiran yang terputus (break) atau yang mengalami sisipan (interpolation)*
 - c) *Perilaku katatonik*
 - d) *Gejala-gejala negatif*
- 3) Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal)

- 4) Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behaviour*) (Maslim, 2013).

e. Gejala Klinis Skizofrenia

Menurut Hawari (2007) gejala klinis skizofrenia meliputi:

1) Gejala Positif

Gejala positif secara umum meliputi manifestasi-manifestasi yang lebih aktif dari perilaku abnormal atau adanya distorsi dari perilaku normal, meliputi:

- a) Delusi, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (masuk akal) dan pasien tetap meyakini kebenarannya.
- b) Kekacauan dalam alam pikir yang dapat terlihat dari pembicaraan pasien. Pasien sering berbicara kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pembicaraannya.
- c) Pasien gaduh dan tidak dapat diam, pasien sering mondar-mandir dan terkadang gembira berlebihan.
- d) Pasien merasa dirinya serba mampu dan melebihi dari manusia biasa.
- e) Pikirannya penuh dengan kecurigaan dan sering merasa ada orang yang sedang mengancam dirinya.
- f) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan.

2) Gejala Negatif

Gejala negatif melibatkan adanya defisit dalam perilaku abnormal, misalnya dalam hal pembicaraan dan motivasi. Gejala negatif tersebut meliputi:

- a) Afek tumpul atau datar yang ditunjukkan dari wajahnya yang tanpa ekspresi.
- b) Menarik diri, tidak mau bergaul ataupun bersosialisasi dengan yang lain.
- c) Pasien cenderung diam dan sukar diajak bicara.
- d) Menarik diri dari pergaulan sosial, pasien apatis dan pasif.
- e) Sulit dalam berfikir abstrak.
- f) Pola pikir stereotipi.
- g) Kebersihan diri kurang.

Menurut Maramis (2009) gejala psikotik ditandai oleh abnormalitas dalam bentuk dan isi pikiran, persepsi, dan emosi serta perilaku. Berikut beberapa gejala yang dapat diamati pada penderita skizofrenia:

a) Penampilan dan perilaku umum

Tidak ada penampilan dan perilaku yang khas skizofrenia. Pasien cenderung tidak memperhatikan penampilan, kerapian, dan higiene. Mereka juga cenderung menarik diri dari lingkungan sosial.

b) Gangguan pembicaraan

Inti gangguan skizofrenia memang terdapat pada proses pikir, yang terganggu terutama adalah asosiasi. Asosiasi longgar berarti tidak adanya hubungan antar ide. Kalimatnya tidak saling berhubungan. Bentuk yang lebih parah adalah inkoherensi. Tidak jarang pasien menggunakan arti simbolik, atau terdapat asosiasi bunyi (*clang association*) oleh karena pikiran sering tidak mempunyai tujuan tertentu. Semua ini menyebabkan jalan pikiran pada skizofrenia sukar atau tidak dapat diikuti dan dimengerti.

Neologisme adalah kadang-kadang pasien dengan skizofrenia membentuk kata baru untuk menyatakan arti yang hanya dipahami oleh dirinya sendiri. Mutisme sering tampak pada pasien dengan skizofrenia katatonik. Pikiran seakan terhenti, tidak timbul ide lagi, keadaan ini disebut *blocking*, biasanya berlangsung beberapa detik saja tapi kadang-kadang sampai beberapa hari.

c) Gangguan perilaku

Salah satu gangguan aktivitas motorik pada pasien skizofrenia adalah gejala katatonik yang dapat berupa stupor atau gaduh gelisah. Stupor katatonik juga bisa didapati fleksibilitas area dan katalepsi. Gejala katalepsi adalah bila suatu posisi badan dipertahankan untuk waktu yang lama.

Fleksibilitas area yaitu bila anggota badan dibengkokkan terasa suatu tahanan seperti pada lilin atau malam dan posisi itu dipertahankan agak lama. Gangguan perilaku lain adalah stereotipi dan manerisme. Berulang-ulang melakukan suatu gerakan atau mengambil sikap badan tertentu disebut stereotipi. Stereotipi pembicaraan dinamakan verbigerasi. Manerisme adalah stereotipi tertentu pada skizofrenia, yang dapat dilihat dalam bentuk grimas pada mukanya atau keanehan berjalan dan gaya berjalan.

Negativisme yaitu menentang atau justru melakukan yang berlawanan dengan apa yang disuruh. Ekholali (penderita meniru kata-kata yang diucapkan orang lain) dan ekhopraksi (penderita meniru perbuatan atau gerakan orang lain) termasuk dalam gangguan ini.

d) Gangguan afek

Kedangkalan respon emosi (*emotional blunting*), misalnya penderita menjadi acuh tak acuh pada hal-hal penting untuk dirinya sendiri. Anhedonia sering didapati. Parathimi adalah apa yang seharusnya menimbulkan rasa senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih atau marah. Paramimi adalah penderita merasa senang dan gembira, akan tetapi ia menangis. Parathimi dan paramimi dinamakan *incongruity of affect* atau *inadequat*.

Skizofrenia menunjukkan hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik (*emotional rapport*). Terpecahnya kepribadian maka dua hal yang berlawanan mungkin akan timbul bersama-sama. Ini dinamakan ambivalensi afektif. Sensitivitas emosi yaitu penderita skizofrenia sering menunjukkan hipersensitivitas terhadap penolakan, bahkan sebelum menderita sakit. Sering hal ini menimbulkan isolasi sosial untuk menghindari penolakan.

e) Gangguan persepsi

Keadaan skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain. Paling sering pada skizofrenia adalah halusinasi pendengaran, halusinasi penciuman, halusinasi pengecapan atau halusinasi rabaan. Halusinasi penglihatan agak jarang pada penderita skizofrenia.

f) Gangguan pikiran

Skizofrenia terdapat waham yang sering tidak logis sama sekali dan sangat bizar. Penderita tidak menginsafi hal ini dan baginya wahamnya merupakan fakta yang tidak dapat dirubah oleh siapapun. Waham dinamakan menurut isinya yaitu waham kebesaran atau *expansif*, waham nihilistik, waham kejar, waham sindiran, waham dosa, dan sebagainya.

f. Perjalanan Penyakit dan Prognosis Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu gangguan progresif berat yang kebanyakan dimulai pada masa remaja atau dewasa awal dan biasanya memiliki hasil akhir yang buruk. Pola gejala premorbid dapat menjadi bukti pertama adanya penyakit meski gejala tersebut biasanya hanya dikenali secara retrospektif. Secara karakteristik, gejala bermula pada masa remaja dan diikuti munculnya gejala prodromal dalam hitungan hari sampai beberapa bulan. Sindrom prodromal ini dapat berlangsung selama setahun atau lebih sebelum awitan gejala psikotik yang nyata. Perjalanan penyakit skizofrenia yang klasik adalah adanya eksaserbasi dan remisi. Setelah episode psikotik yang pertama, pasien berangsur-angsur sembuh dan kemudian dapat berfungsi relatif normal untuk waktu yang lama, namun pasien biasanya mengalami relaps dan pola penyakit selama 5 tahun pertama setelah diagnosis umumnya mengindikasikan perjalanan penyakit pasien. Gejala positif cenderung menjadi kurang parah seiring berjalannya waktu, namun gejala negatif atau defisit yang melumpuhkan secara sosial dapat meningkat keparahannya (Sadock & Sadock, 2010).

Sejumlah studi telah menunjukkan bahwa selama periode 5 sampai 10 tahun setelah rawat inap psikiatrik yang pertama untuk skizofrenia, hanya sekitar 10 sampai 20 persen pasien yang dapat dideskripsikan memiliki hasil akhir yang baik. Lebih dari 50 persen pasien dapat digambarkan memiliki hasil akhir yang buruk, dengan rawat inap berulang, eksaserbasi gejala, episode gangguan *mood* mayor, dan percobaan bunuh diri (Sadock & Sadock, 2010).

g. Penanganan Skizofrenia

Penanganan penderita skizofrenia harus secepat mungkin dilakukan karena keadaan psikotik yang semakin lama akan menimbulkan kemunduran mental penderita semakin besar. Walaupun penderita tidak mencapai kesembuhan yang sempurna, dengan pengobatan dan bimbingan yang baik seorang penderita skizofrenia dapat ditolong untuk berfungsi terus, maupun bekerja sederhana di rumah ataupun di luar rumah (Maramis, 2004). Berikut beberapa teknik penanganan atau pengobatan gangguan skizofrenia yang dikemukakan oleh Sadock & Sadock (2010), yaitu:

1) Terapi Biologis

a) Farmakoterapi

Terapi ini bertujuan hanya untuk mengatasi gejala-gejala dengan penggunaan obat antipsikotik sehingga tidak bias menyembuhkan gangguan skizofrenia. Obat anti psikotik dibagi menjadi dua kelas utama, yaitu:

(1) Antagonis reseptor dopamin

Obat golongan ini efektif dalam penanganan gejala positif seperti waham pada orang skizofrenia. Contoh obat antagonis reseptor dopamin adalah klorpromazin dan haloperidol. Namun efek samping yang ditimbulkan dari obat ini adalah gejala rigiditas dan tremor seperti pada parkinson (sindrom ekstrapiramidal).

(2) Antagonis serotonin dopamin

Obat golongan ini sama efektifnya dalam penanganan gejala positif bahkan pada gejala negatif skizofrenia. Efek samping yang ditimbulkan pun minimal, sehingga antagonis serotonin dopamin atau disebut dengan obat antipsikotik atipikal menggeser antagonis reseptor dopamin dalam penanganan pertama skizofrenia. Contoh obat antagonis serotonin dopamin adalah klozapin, risperidon, olanzapin, sertindol, kuetiapin, dan ziprasidon.

2) Terapi Psikososial

Terapi bertujuan untuk meningkatkan kemampuan sosial, kecukupan diri, keterampilan praktis, dan komunikasi interpersonal sehingga pasien skizofrenia dapat hidup mandiri. Terapi ini bisa dilakukan di rumah sakit, rumah, klinik rawat jalan, pusat kesehatan jiwa, bahkan di suatu kelompok sosial. Terapi ini dapat dilakukan dengan berbagai metode, seperti pelatihan keterampilan sosial, terapi keluarga, terapi kelompok, terapi perilaku kognitif, dan psikoterapi individual.

2. Instrumen Pengukuran Gejala Klinis Skizofrenia

a. Instrumen *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS)

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ialah salah satu instrumen penelitian yang paling penting untuk pasien dengan gangguan jiwa berat atau skizofrenia (Obermeier, *et al.*, 2011). PANSS

pertama kali dibuat oleh Stanley Kay, Lewis Opler, dan Abraham Fiszbein di tahun 1987 yang diambil dari dua instrumen terdahulu yaitu *Brief Psychiatry Rating Scale* (BPRS) dan *Psychopathology Rating Scale* (PRS) (Kay, 1987 dalam Ambarwati, 2009).

PANSS terdiri dari 33 butir yang masing-masing dinilai dalam 7 skala poin. Tujuh butir dikelompokkan dalam skala positif, tujuh butir yang lain dikelompokkan dalam skala negatif, enam belas butir menilai psikopatologi umum, dan terdapat tiga butir tambahan yang menilai adanya resiko agresi.

PANSS dapat menunjukkan reliabilitas internal yang tinggi, validitas yang disusun dengan baik, dan sensitivitas yang baik untuk perubahan gejala dalam jangka pendek maupun jangka panjang. PANSS merupakan pengukuran yang sensitif dan spesifik dari manipulasi *farmakologi* pada gejala-gejala positif dan juga gejala negatif dari skizofrenia. Validitas dari masing-masing sub skala dikonfirmasi dengan eksplorasi dari klasifikasi pasien berdasarkan kelas gejala dominan. Salah satu kekuatan PANSS adalah konsistensinya dalam skoring pasien secara individual sejalan dengan waktu dan juga perjalanan penyakit (Khalimah, 2009).

1) Skor PANSS

Masing-masing item dinilai sebagai berikut:

1 = tidak ada

2 = minimal

3 = ringan

4 = sedang

5 = agak berat

6 = berat

7 = sangat berat

2) Total skor PANSS

Semua skor masing-masing item dijumlah dengan hasil sebagai berikut:

- a) Sakit ringan = ± 61
- b) Sakit sedang = ± 78
- c) Terlihat nyata sakit = ± 96
- d) Sakit berat = ± 118
- e) Sakit sangat berat = ± 147

3) Presentase perubahan total skor PANSS

Presentase perubahan total skor PANSS yang mengindikasikan adanya perbaikan klinis adalah sebagai berikut:

- a) Perbaikan minimal (*minimally improved*): penurunan skor ± 19%-28%
- b) Banyak perbaikan (*much improved*): penurunan skor ± 40%-53%
- c) Sangat banyak perbaikan (*very much improved*): penurunan skor ± 71%-53%

Selain itu penilaian perbaikan klinis atau keberhasilan terapi dapat dilihat dari penurunan kriteria sakit dari skor total PANSS (Nurmiati, 2008).

4) Cara Penggunaan PANSS

Penilaian PANSS dilakukan melalui wawancara terstruktur. Dalam hal ini dilakukan oleh pewawancara yang telah memenuhi kriteria. Waktu yang dibutuhkan untuk wawancara sekitar 30-40 menit, yang terdiri dari:

- a) Fase awal: 10-15 menit, tidak terstruktur, nondirektif, membina rapport, riwayat penyakit, onset.
- b) Fase kedua: 10-15 menit, semi terstruktur, terarah tanpa provokatif, tanpa penyelidikan spesifik, sudah dapat terungkap tentang halusinasi, kecurigaan, tilikan, dan rasa bersalah.
- c) Fase ketiga: 5-10 menit, terstruktur, pertanyaan spesifik tentang suasana hati, ansietas, orientasi, pemikiran abstrak.
- d) Fase keempat: 5-10 menit, direktif, menegaskan informasi, observasi respon dibawah stress (Nurmiati, 2008).

b. Instrumen *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS)

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) merupakan instrumen yang dikembangkan oleh Overall dan Gorham pada tahun 1962. BPRS adalah suatu skala pengukuran yang digunakan untuk menilai keparahan simtom positif dan simtom negatif pada pasien gangguan psikotik dan menilai perubahan gejala pada pasien psikotik, termasuk menilai gangguan berpikir, *emotional withdrawal* dan retardasi, ansietas dan depresi, serta sifat permusuhan dan kecurigaan (American Psychiatric Association, 2000).

BPRS dikembangkan untuk memberikan teknik penilaian yang cepat terhadap evaluasi perubahan pasien dengan gejala psikotik. Alat ukur ini digunakan *karena* ringkas, efisien, dan cepat karena hanya membutuhkan waktu 10 hingga 20 menit, serta ekonomis karena prosedur evaluasi yang lebih rinci (Leutch, 2005).

Instrumen 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 (Lestari, 2015).

1) Keadaan yang Dinilai

Tanda dan gejala yang dinilai menggunakan BPRS meliputi:

(1) kekhawatiran somatik, (2) kecemasan, (3) penarikan emosi, (4) kekacauan pengertian, (5) perasaan bersalah/berdosa, (6) ketegangan, (7) sikap dan pelagaan, (8) kebesaran, (9) perasaan sedih, (10) rasa permusuhan, (11) kecurigaan, (12) tingkah laku halusinatorik, (13) kemunduran motorik, (14) ketidakmauan kerjasama, (15) isi pikiran yang lazim/aneh, (16) afek tumpul, (17) ekstasi, (18) gangguan orientasi.

2) Skor BPRS

Skor BPRS adalah skala penilaian psikiatrik yang berfungsi untuk mengetahui derajat berat ringannya psikotik yang terdiri atas

18 butir penilaian yang dinilai secara objektif, dengan ketentuan pemberian skor sebagai berikut:

1 = tidak didapatkan tanda dan gejala

2 = didapatkan tanda dan gejala ringan

3 = didapatkan tanda dan gejala sedang

4 = didapatkan tanda dan gejala agak berat

5 = didapatkan tanda dan gejala berat

6 = didapatkan tanda dan gejala sangat berat

X = bila tanda atau gejala yang didapatkan sulit atau tidak dapat dilakukan penelitian

3. Pelatihan Keterampilan Sosial

a. Pengertian Pelatihan Keterampilan Sosial

Keterampilan sosial menurut Hargie adalah kemampuan individu untuk berkomunikasi efektif dengan orang lain baik secara verbal maupun nonverbal sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada pada saat itu, dimana keterampilan ini merupakan perilaku yang dipelajari. Keterampilan sosial berasal dari kata terampil dan sosial. Kata keterampilan berasal dari terampil karena di dalamnya terkandung suatu proses belajar. Kata sosial digunakan karena pelatihan ini bertujuan untuk mengajarkan suatu kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Dengan demikian pelatihan keterampilan sosial adalah pelatihan yang bertujuan untuk mengajarkan kemampuan berinteraksi dengan orang lain kepada individu-individu yang tidak terampil

menjadi terampil dengan orang-orang di sekitarnya, baik dalam hubungan formal maupun informal (Rhamdani, 2008).

Pelatihan keterampilan sosial adalah suatu intervensi yang dirancang untuk membantu orang meningkatkan keterampilan komunikasi mereka, mengekspresikan emosi mereka, dan meningkatkan efektivitas mereka di dalam situasi sosial. Pelatihan keterampilan sosial menggunakan suatu pendekatan pemecahan masalah dan turunannya, yang di dalamnya para klien berpartisipasi dalam mengidentifikasi keterampilan yang mereka inginkan (Roberts & Greene, 2009).

Pelatihan keterampilan sosial mengandung banyak aplikasi, tetapi pelatihan keterampilan sosial ini secara khusus berguna bagi para klien yang didiagnosis menderita penyakit jiwa, yang sering mengalami suatu kebutuhan yang meningkat akan penguatan keterampilan sosial mereka. Kelompok pelatihan keterampilan sosial ternyata efektif dengan para klien yang mengalami berbagai penyakit jiwa, seperti gangguan skizofrenia (Roberts & Greene, 2009).

Pelatihan keterampilan sosial kadang-kadang disebut sebagai terapi keterampilan perilaku. Terapi ini secara langsung dapat mendukung dan berguna untuk pasien bersama dengan terapi farmakologis. Selain gejala yang biasa tampak pada pasien skizofrenia, beberapa gejala yang paling jelas terlihat melibatkan hubungan orang tersebut dengan orang lain. Pelatihan keterampilan sosial telah terbukti

mengurangi angka *relaps* sebagaimana yang terukur melalui kebutuhan rawat inap (Sadock & Sadock, 2010).

Proses pemberian pelatihan keterampilan sosial terdiri dari pemberian instruksi, menunjukkan contoh perilaku, melakukan *role play*, dan pemberian umpan balik atau penguatan pada perilaku yang tepat untuk meningkatkan perilaku yang diharapkan. Materi pelatihan disusun berdasarkan komponen keterampilan sosial yaitu *expressive skills* dan *receptive skills* (Bellack, *et al.*, 2004).

Pelatihan keterampilan sosial merupakan percobaan yang sistematis dan membantu pasien meningkatkan hubungan interpersonal dan perilaku sosial penderita skizofrenia (Bellack, *et al.*, 2004).

b. Tahapan Pelatihan Keterampilan Sosial

Menurut Rhamdani (2008) pada prinsipnya pelatihan keterampilan sosial dapat dilaksanakan melalui 4 tahap, yaitu:

- 1) *Modelling*, yaitu tahap penyajian model yang dibutuhkan peserta pelatihan secara spesifik, detil, dan sering.
- 2) *Role playing*, yaitu tahap bermain peran dimana peserta pelatihan *mendapat* kesempatan untuk memerankan suatu interaksi sosial yang sering dialami sesuai dengan topik interaksi yang diperankan model.
- 3) *Performance feedback*, yaitu tahap pemberian umpan balik. Umpan balik ini harus diberikan segera setelah peserta pelatihan

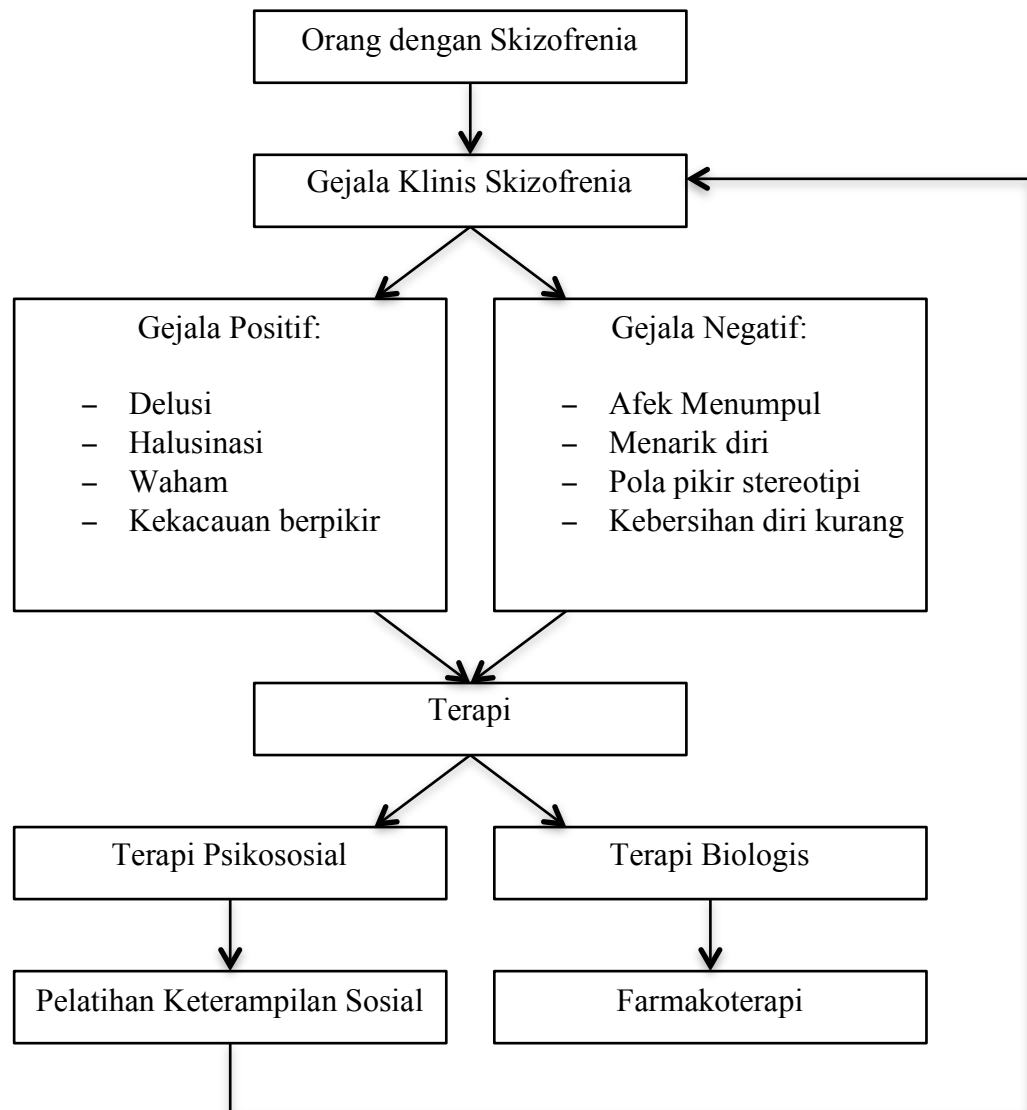
mencoba agar mereka yang memerankan tahu seberapa baik ia menjalankan langkah-langkah pelatihan ini.

- 4) *Transfer training*, yaitu tahap pemindahan keterampilan yang diperoleh individu selama pelatihan ke dalam kehidupan sehari-hari.

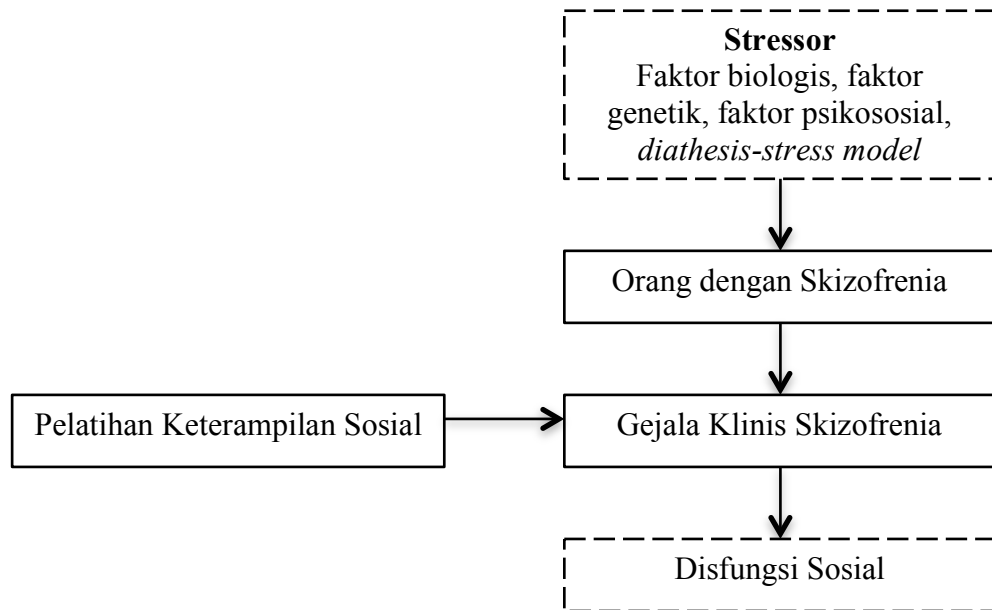
c. Pelaksanaan Pelatihan Keterampilan Sosial

Pelatihan keterampilan sosial dapat dilakukan secara individual maupun kelompok. Jika pelatihan dilakukan secara kelompok, ada beberapa syarat yang harus dipenuhi, antara lain besarnya kelompok hendaknya tidak lebih dari 12 orang. Kelompok yang terlalu besar akan membawa akibat negatif, karena masing-masing anggota kelompok akan memiliki kesempatan berlatih yang sedikit. Selain itu, homogenitas kelompok juga perlu diperhatikan. Peserta-peserta yang relatif homogen lebih baik daripada yang heterogen. Artinya perbedaan kelemahan dan kelebihan peserta tidak terlalu besar.

Pelaksanaan pelatihan keterampilan sosial ini, dapat dilakukan dalam format terapi, artinya dilaksanakan dalam beberapa kali pertemuan, atau dalam format *workshop*, yaitu dilakukan dalam waktu satu atau dua hari penuh. Penentuan format ini sangat berkaitan dengan peserta pelatihan (Rhamdani, 2008).

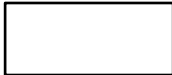
B. Kerangka Teori**Gambar 1. Kerangka Teori**

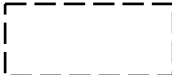
C. Kerangka Konsep




Gambar 2. Kerangka Konsep

Keterangan:

 = Variabel yang diteliti

 = Variabel yang tidak diteliti

 = Arah hubungan

D. Hipotesis

Berdasarkan tinjauan pustaka dan dasar teori yang telah dijelaskan diatas, dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut:

Ho : Tidak terdapat pengaruh pelatihan keterampilan sosial terhadap gejala klinis orang dengan skizofrenia di komunitas.

H1 : Terdapat pengaruh pelatihan keterampilan sosial terhadap gejala klinis orang dengan skizofrenia di komunitas.