

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Skizofrenia

a. Definisi

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III), skizofrenia adalah suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetic, fisik, dan sosial budaya (Maslim, 2001).

Skizofrenia menurut DSM IV adalah adanya dua atau lebih dari karakteristik gejala delusi, halusinasi, gangguan bicara, misalnya inkoheren, tingkah laku katatonik dan adanya gejala-gejala negatif (Stuart & Sundeen, 1998).

Skizofrenia menurut Adolf Meyer adalah bahwa skizofrenia dan gangguan mental lain lainnya adalah reaksi terhadap berbagai stress kehidupan, yang dinamakannya sindrom suatu reaksi skizofrenik. Kemudian Sullivan, pendiri bidang psikoanalitik interpersonal menekankan isolasi sosial sebagai penyebab dan gejala skizofrenia (Kaplan & Sadock, 2010).

b. Epidemiologi

Di Amerika Serikat prevalensi skizofrenia seumur hidup dilaporkan secara bervariasi terentang dari 1 sampai 1,5 persen. Konsisten dengan rentang tersebut, penelitian *Epidemiological Catchment Area* (ECA) yang disponsori oleh *National Institute of Mental Health* (NIHM) melaporkan prevalensi seumur hidup sebesar 1,3 persen. Kira-kira 0,025 sampai 0,05 persen populasi total diobati untuk skizofrenia dalam satu tahun (Kaplan & Sadock, 2010).

c. Etiologi

Etiologi skizofrenia dijelaskan dalam berbagai faktor sebagai berikut:

1) Faktor genetik

Genetik merupakan faktor predisposisi skizofrenia. Resiko paling tinggi pada anak kembar yang menunjukkan bahwa anak kembar identic berisiko mengalami skizofrenia sebesar 50%. Individu yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia memiliki risiko 15% sampai 35%. Hal ini mengindikasikan bahwa skizofrenia merupakan penyakit yang diturunkan (Stuart & Laraia, 2005).

a) Faktor neuroanatomi dan neurokimia

Klien skizofrenia mengalami perubahan sistem pada neurotransmitter otaknya. Jaringan neuron yang mentransmisikan informasi berupa sinyal-sinyal listrik dari sel

saraf melalui aksonnya mengalami malfungsi. Transmisi sinyal melewati sinaps memerlukan suatu rangkaian kompleks peristiwa biokimia. Teori kimia yang paling sering dibahas pada skizofrenia adalah mencakup dopamine dan serotonin. Klien skizofrenia mengalami peningkatan dopamine yang merupakan faktor penyebab skizofrenia. Obat-obatan yang dapat meningkatkan aktivitas pada sistem dopaminergic (amfetamin dan levodopa) yang bisa menyebabkan reaksi paranoid yang sama dengan skizofrenia.

Teori tentang serotonin menjelaskan bahwa serotonin merupakan faktor utama neurokimia yang mempengaruhi skizofrenia. Serotonin memiliki efek pada dopamine, yang mampu mengontrol dopamine yang mengalami peningkatan, tetapi apabila serotonin kelebihan akan berperan dalam perkembangan skizofrenia. Antipsikotik atipikal yang terbaru seperti klozapin merupakan antagonis dopamin dan serotonin, serta dapat menghasilkan penurunan gejala psikotik dan mengurangi tanda-tanda negative skizofrenia (Videbeck, 2008).

b) Faktor imunovirologi

Mortensen (1999) dalam Videbeck (2008), Perubahan patologik otak pada klien penderita skizofrenia dapat disebabkan oleh pajanan virus atau respon imun tubuh terhadap virus yang dapat mengubah fisiologis otak.

Menurut Kaplan dan Sadock (2010), etiologi skizofrenia adalah 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 kerentanan spesifik (*diastesis*). Pengaruh lingkungan yang menimbulkan stress akan memungkinkan perkembangan gejala skizofrenia.

2) Faktor biologis

Dekade yang lalu semakin banyak penelitian yang telah melibatkan peranan patofisiologis untuk daerah tertentu di otak, termasuk sistem limbik, korteks frontalis, dan ganglia basalis. Ketiga daerah tersebut saling brehubungan, sehingga disfungsi pada salah satu daerah mungkin melibatkan patologi primer di daerah lain.

d. Manifestasi Klinis

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

1) 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 secara sosial (Maramis & Maramis, 2009).

2) Gangguan Pembicaraan

Skizofrenia ditandai dengan adanya gangguan pembicaraan antara lain pembicaraan yang inkoheren atau pembicaraan yang kacau/melantur dan juga bisa disertai dengan pembicaraan yang tidak relevan atau tidak nyambung (Maslim, 2001).

Tidak jarang pasien menggunakan arti simbolik, atau terdapat asisoasi 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 (Maramis & Maramis, 2009).

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 (Maramis & Maramis, 2009).

3) Gangguan Perilaku

Salah satu gangguan aktivitas motorik pada pasien skizofrenia adalah gejala katatonik yang dapat berupa stupor atau gaduh gelisah (*excitement*). 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. Ekholalia (penderita meniru kata-kata yang diucapkan orang lain) dan ekhopraxia (penderita meniru perbuatan atau gerakan orang lain) termasuk dalam gangguan ini.

4) 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 *inadequaat*.

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.

5) Gangguan Persepsi

Keadaan skizofrenia , Paling sering dijumpai adalah halusinasi pendengaran (auditorik atau akustik), halusinasi penciuman (olfaktorik), halusinasi pengecapan (gustatorik) atau halusinasi rabaan (taktil). Halusniasi penglihatan (optik) agak jarang pada penderita skizofrenia.

6) Gangguan Pikiran

Mayer-Gross membagi waham dalam dua kelompok; yaitu waham primer dan waham sekunder (Maramis & Maramis, 2009).

Waham primer timbul secara tidak logis sama sekali, tanpa penyebab apa-apa dari luar. Waham sekunder biasanya logis kedengarannya, dapat diikuti dan merupakan cara bagi penderita untuk menerangkan gejala-gejala skizofrenia lain (Maramis & Maramis, 2009).

Macam gangguan isi pikiran yang lain sebagai berikut.

- a) Thought of echo yaitu isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya dan isi pikirannya ulangan,

walaupun isinya sama namun kualitasnya berbeda (Maslim, 2001).

- b) Thought insertion or withdrawal yaitu isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (Maslim, 2001).
 - c) Thought broadcasting yaitu isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain mengetahuinya (Maslim, 2001).
 - d) Delusion of control yaitu waham tentang dirinya dikendalikan oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar.
 - e) Delusion of influence yaitu waham tentang dirinya dipengaruhi oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar.
 - f) Delusion of passivity yaitu waham tentang dirinya berdaya dan pasrah terhadap kekuatan tertentu dari luar.
 - g) Delusion perception yaitu pengalaman indrawi yang tak wajar dan bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.
- 7) Penegakkan diagnosis skizofrenia ditegakkan menurut pedoman penegakkan diagnosis skizorenia yaitu apabila ada gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (Maslim, 2001). Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku pribadi (personal behaviour), bermanifestasi hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap

larut dalam diri sendiri, dan penarikan diri secara sosial (Maslim, 2001)

e. Jenis-jenis Skizofrenia

Menurut Maramis (2009), jenis-jenis skizofrenia dibagi sebagai berikut.

1) Skizofrenia paranoid

Gejala yang mencolok pada skizofrenia paranoid adalah waham primer, waham sekunder, dan halusinasi. Kepribadian penderita sebelum sakit dapat digolongkan skizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak, dan kurang percaya pada orang lain.

2) Skizofrenia hebefrenik

Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan, dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan. Waham dan halusinasi banyak sekali ditemukan.

3) Skizofrenia Katatonik

Gejalanya mungkin gaduh-gelisah katatonik atau stupor katatonik. Stupor katatonik gejala yang penting adalah gejala psikomotor seperti: mutisme (kadang dengan mata tertutup), muka tanpa mimik (seperti topeng), stupor (penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang lama), bila diganti posisinya

penderita menentang (negativisme), makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul di dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan. Terdapat grimis dan katalepsi.

Gaduh-gelisah katatonik terdapat hiperaktivitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi rangsangan dari luar.

4) Skizofrenia simplex

Gejala utama pada skizofrenia simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses berpikir jarang sekali ditemukan, waham dan halusinasi juga jarang sekali terdapat. Fase permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan.

5) Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah negatif yang lebih menonjol.

f. Farmakoterapi

Indikasi pemberian antipsikotik pada skizofrenia adalah mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Tujuan pengobatan untuk mengurangi gejala psikotik yang parah (Maramis & Maramis, 2009). Fenotiazin mengurangi waham dan halusinasi dalam waktu 2-3 minggu, walaupun masih terdapat waham dan halusinasi

tetapi penderita menjadi lebih kooperatif, mau ikut serta dalam kegiatan lingkungan dan mau turut terapi kerja. Obat golongan antagonis reseptor dopamin efektif dalam penanganan skizofrenia terutama terhadap gejala positif, misalnya waham, namun obat golongan ini memiliki efek samping yaitu pasien akan mengalami akatsia dan gejala lir-parkinsonian berupa rigiditas dan tremor (Sadock & Kaplan, 2010). Obat golongan antagonis serotonin dopamin menimbulkan gejala ekstrapiramidal yang minimal atau bahkan tidak ada dibandingkan dengan obat golongan antagonis reseptor dopamin (Sadock & Kaplan, 2010).

Pasien masuk dalam tahap stabilisasi setelah 4-8 minggu, gejala sedikit banyak sudah teratasi namun resiko relaps masih tinggi apalagi bila pasien mengalami stres dan putus pengobatan. Apabila sudah pernah terkena skizofrenia maka setelah gejala mereda, obat diberi terus selama satu atau dua tahun. Setelah 6 bulan, pasien masuk fase rumatan yang bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Antipsikotik diberikan dalam jangka waktu yang tidak ditentukan lamanya dengan dosis naik turunesuai keadaan pasien. Hasil pengobatan akan lebih baik bila antipsikotik mulai diberikan dalam dua tahun pertama dari penyakit (Maramis & Maramis, 2009).

g. Prognosis

Beberapa penelitian telah menemukan bahwa lebih dari periode 5 sampai 10 tahun setelah perawatan psikiatrik pertama di rumah sakit

karena skizofrenia, hanya kira-kira 10%-20% pasien dapat digambarkan memiliki hasil yang baik. Lebih dari 50% pasien dapat digambarkan memiliki hasil yang buruk, dengan perawatan di rumah sakit berulang, eksaserbasi gejala, episode gangguan mood berat, dan usaha bunuh diri. Skizofrenia memang tidak selalu memiliki perjalanan penyakit yang memburuk, dan sejumlah faktor telah dihubungkan dengan prognosis yang baik (Kaplan & Sadock, 2010).

2. Pelatihan keterampilan sosial

a. Definisi

Pelatihan keterampilan sosial adalah suatu intervensi yang dirancang untuk membantu orang meningkatkan keterampilan komunikasi, mengekspresikan emosi, dan meningkatkan efektifitas di dalam situasi sosial (Robert & Greene, 2009). Gimpel dan Merrell (1998) mengungkapkan definisi keterampilan sosial adalah kemampuan individu untuk berkomunikasi efektif dengan orang lain baik secara verbal maupun non verbal sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada pada saat itu (www.psychologymania.com, 09 Mei 2016). Terapi keterampilan sosial secara langsung membantu dan berguna bagi pasien dan merupakan tambahan alami bagi terapi farmakologis. Disamping gejala personal dari skizofrenia, beberapa gejala skizofrenia yang paling terlihat adalah menyangkut hubungan pasien dengan orang lain, termasuk kontak mata yang buruk, keterlambatan respon yang tidak lazim, ekspresi wajah yang aneh, tidak

adanya spontanitas dalam situasi sosial, dan persepsi yang tidak akurat atau tidak adanya persepsi emosi terhadap orang lain, perilaku tersebut secara spesifik dipusatkan di dalam latihan keterampilan perilaku/sosial (Kaplan & Sadock, 2010).

b. Bentuk-bentuk latihan keterampilan sosial

Bellack *et al.* (1997) dalam Albert. E. Robert & Gilbert J. Greene, (2009) merumuskan tujuh kategori keterampilan sosial sebagai berikut:

- 1) Percakapan
- 2) Ketegasan
- 3) Persahabatan dan berpacaran
- 4) Kehidupan bermasyarakat
- 5) Manajemen konflik
- 6) Manajemen pengobatan
- 7) Kejuruan

Setiap kategori terdiri dari tiga hingga sembilan keterampilan spesifik yang berkaitan misalnya keterampilan spesifik yang termasuk dalam manajemen konflik yaitu:

- 1) Meninggalkan situasi yang menegangkan
- 2) Tidak sepakat dengan pendapat orang lain tanpa adu mulut
- 3) Menanggapi tuduhan yang tidak benar
- 4) Melakukan kompromi dan negosiasi
- 5) Pemecahan masalah.

c. Pelaksanaan pelatihan keterampilan sosial

Kelompok pelatihan biasanya terdiri dari enam hingga sepuluh orang, tiap sesi selama 45 menit atau dua kali seminggu dalam waktu 8-12 minggu (16-24 kali pertemuan) (Robert & Greene, 2009). Bulkeley dan Cramer (1990) menjelaskan dalam Ramdhani (2016) bahwa pelatihan keterampilan sosial dapat dilakukan dengan bermain peran, menirukan model yang diperankan video, menirukan model yang diperankan teman sebaya, dan setting in vivo. Beberapa teknik dan tahapan yang digunakan dalam pelatihan keterampilan sosial antara lain:

- 1) *Modelling*, yaitu tahap penyajian model yang dibutuhkan peserta pelatihan secara spesifik, detil, dan sering. Dilakukan dengan memperlihatkan contoh berperilaku yang spesifik, misalnya keterampilan memulai pembicaraan, mengakhiri pembicaraan, dll.
- 2) *Role playing* atau bermain peran, yaitu tahap bermain peran dimana peserta pelatihan mendapat kesempatan untuk memerankan suatu interaksi sosial yang sering dialami sesuai yang diperankan oleh model.
- 3) *Performance feedback*, yaitu tahap pemberian umpan balik. Umpan balik harus segera diberikan pada peserta setelah mereka mencoba memerankan agar mereka tahu seberapa penting menjalankan langkah-langkah pelatihan ini.

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

d. Tujuan dan perilaku sasaran untuk terapi keterampilan sosial

Tabel I. Tujuan dan perilaku sasaran untuk terapi keterampilan sosial

Fase	Tujuan	Perilaku sasaran
Stabilisasi dan penilaian	Menegakkan ikatan terapeutik. Menilai kinerja sosial dan keterampilan persepsi. Menilai perilaku yang memprovokasi emosi yang diekspresikan.	Empati dan <i>rapport</i> . Komunikasi verbal dan non verbal.
Kinerja sosial dalam keluarga	Mengekspresikan perasaan positif dalam keluarga. Mengajarkan strategi efektif untuk menghadapi konflik.	Kepatuhan, penghargaan, minat pada yang lain. Respon menghindari terhadap kritik, menyatakan kesukaan dan penolakan.
Persepsi sosial dalam keluarga	Mengidentifikasi isi, konteks, dan arti pesan secara benar.	Membaca pesan. Melabel suatu gagasan. Meringkaskan maksud orang lain.
Hubungan di luar keluarga	Meningkatkan keterampilan sosial. Meningkatkan keterampilan prakejuruan dan kejuruan.	Keterampilan bercakap-cakap. Bersahabat. Aktivitas rekreasional.
Pemeliharaan	Generalisasi keterampilan dalam situasi baru.	Wawancara kerja, kebiasaan kerja.

Tabel diambil dari Kaplan & Sadock (2010)

3. Kepatuhan

a. Definisi

Perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap identifikasi kemudian menjadi tahap internalisasi. Tahap inilah biasanya kepatuhan akan muncul (Sarwono, 2004). Tahap kepatuhan awalnya bersifat sementara artinya bahwa mula-mula individu mematuhi anjuran atau instruksi tetapi berdasarkan rasa keterpaksaan

atau ketidakpahaman dimana pada tahap ini biasanya masih di bawah pengawasan keluarga. Kepatuhan kemudian dapat muncul karena individu merasa takut terhadap keluarga tanpa memahami sepenuhnya arti manfaat dari tindakan tersebut, tahap ini disebut tahap identifikasi.

Tahap berikutnya adalah sikap internalisasi. Tahap inilah individu dapat menjadi optimal dimana individu mulai berfikir dan merasakan bahwa perilaku baru yang dianjurkan bermanfaat dan memiliki nilai positif dan dapat diintegrasikan ke dalam nilai-nilai dari hidupnya (Sarwono, 2004). Faktor yang mempengaruhi kepatuhan seseorang adalah: Pengetahuan dan keahlian mengenai isu-isu yang ada, motivasi yang menyangkut tentang perilaku apa yang dilakukan, sikap yaitu stimulus dan dorongan untuk menaati anjuran yang ada, evaluasi dan seleksi dari pilihan-pilihan berupa pernyataan yang menunjukkan rasa suka atau tidak suka pada suatu objek. Individu dapat menjadi optimal dimana individu mulai berfikir dan merasakan perilaku baru yang dianjurkan.

Kepatuhan Klien adalah sejumlah mana perilaku klien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan. Kepatuhan merupakan manifestasi dari suatu sikap dan perilaku berkaitan erat dengan motivasi. Ketidakpatuhan adalah perilaku individu atau pemberi asuhan yang tidak mematuhi ketentuan (Sarwono, 2004).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah:

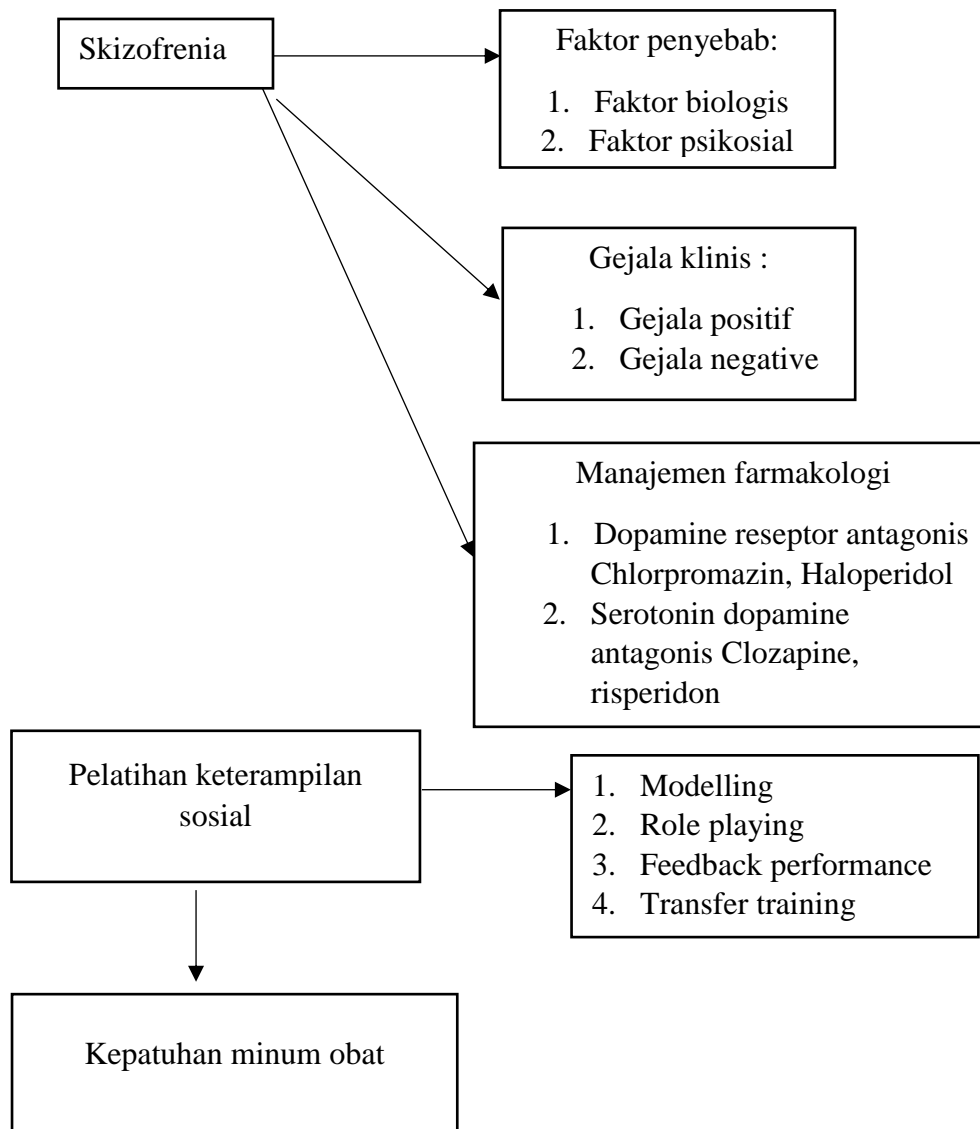
1) Faktor intrinsik adalah faktor yang tidak perlu rangsangan dari luar, berasal dari diri sendiri, yang terdiri dari:

- a) Motivasi adalah daya menggerakkan manusia untuk berperilaku.
- b) Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan sepanjang bahwa pendidikan tersebut ialah pendidikan yang aktif seperti penggunaan buku-buku dan kaset oleh klien secara mandiri.
- c) Pemahaman terhadap instruksi

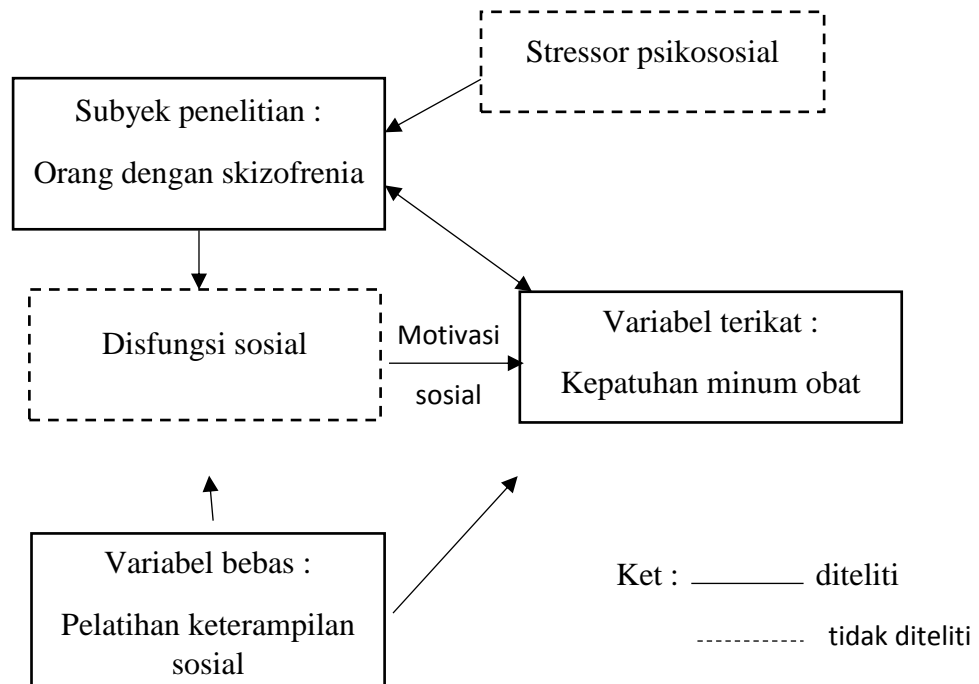
Individu tidak dapat memahami instruksi jika dia salah paham tentang instruksi yang diberikan kepadanya. Kegagalan keprofesionalan kesehatan dalam memberikan informasi yang tepat, penggunaan istilah medis yang kurang dimengerti oleh klien, dan pemberian banyak instruksi yang harus diingat klien.

2) Faktor ekstrinsik adalah faktor yang perlu rangsangan dari luar, yang terdiri dari:

- a) Dukungan sosial
- b) Dukungan dari profesional kesehatan (Irwanto, 1998)

B. Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



D. Hipotesis penelitian

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

Ho : Tidak terdapat pengaruh pelatihan keterampilan sosial terhadap kepatuhan minum obat pada orang dengan skizofrenia.

H1 : Terdapat pengaruh pelatihan keterampilan sosial terhadap kepatuhan minum obat pada orang dengan skizofrenia.