

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Skizofrenia**

##### **1. Definisi Skizofrenia**

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik (kegilaan) dengan gangguan dasar kepribadian, distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham yang kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, efek abnormal yang tidak terpadu dengan situasi biasanya (Ayub, 2011). Menurut Maslim (2013) dalam buku Panduan Pedoman Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III skizofrenia merupakan sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya.

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapatnya perpecahan (schism) antara pikiran, emosi dan perilaku pasien yang terkena. Perpecahan pada pasien digambarkan dengan adanya gejala fundamental (atau primer) spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi, khususnya kelonggaran asosiasi. Gejala fundamental lainnya adalah gangguan afektif, autisme, dan ambivalensi. Sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi (Stuart, 2013).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan sindrom dengan berbagai macam penyebab dan perjalanan yang banyak dan beragam, dimana kepribadian mengalami keretakan, alam pikir, perasaan, dan perbuatan individu terganggu. Pada orang normal, alam pikiran, perasaan, dan perbuatan ada kaitannya atau searah, tetapi pada klien skizofrenia ketiga alam itu terputus, baik satu maupun semuanya (Simanjuntak, 2008).

## 2. Psikodinamika Skizofrenia

Sindrom gejala yang kompleks pada skizofrenia memunculkan berbagai faktor tentang etiologi gangguan skizofrenia :

### a. Faktor predisposisi

Beberapa faktor predisposisi yang berkontribusi pada munculnya respon neurobiologi seperti:

- 1) Faktor genetik Sebagai besar penelitian mengindikasikan hubungan genetik dan pola familial. Semakin dekat hubungan darah dengan individu yang menderita skizofrenia, semakin tinggi risiko genetik terhadap skizofrenia. Penelitian yang paling penting memusatkan pada penelitian anak kembar yang menunjukkan bahwa kembar identik (kembar monozigot) berisiko mengalami gangguan skizofrenia sebesar 50%, sedangkan kembar fraternal (kembar dizigot) berisiko hanya 15%. Hal ini mengindikasikan bahwa skizofrenia sedikit diturunkan. Penelitian penting lain menunjukan bahwa anak-anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita

skizofrenia memiliki resiko 15%, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia (Videbeck, 2011).

## 2) Faktor struktur dan fungsi otak (neuroanatomi)

Hipotesis perkembangan saraf dalam perkembangan skizofrenia didasarkan pada observasi skizofrenia pada bayi yang terpajan dengan infeksi virus pada trimester kedua serta tanda neurologis ringan yang ditemukan ketika mengevaluasi klien skizofrenia. Faktor perkembangan, struktur saraf, biokimia, dan lingkungan mempengaruhi kemampuan individu dalam memproses informasi. Masalah dalam memfokuskan perhatian, mengkaji stimulus, dan menetapkan makna afek terhadap pengalaman dapat mengganggu kognisi dan menghambat kemampuan berinteraksi secara afektif dengan lingkungan. Faktor hambatan dalam memproses informasi terus terjadi karena ketidakmampuan memodulasi stresor biologis (O'Brien, 2013).

## 3) Faktor neurotransmitter (neurokimia)

Penurunan aktivitas lobus frontal pada klien skizofrenia dianggap berkaitan dengan penurunan aktivitas glutamatergik dan dengan gejala negatif serta defisit kognitif. Peningkatan aktivitas dopamin mesolimbik diperkirakan berkaitan dengan efek farmakologis obat antipsikotik dalam memblok dopamin dan pengaruh obat tersebut pada berbagai sistem neurotransmitter (Kaplan, 2010).

#### 4) Faktor psikososial

Menurut teori psikoanalisis, kerusakan yang menentukan penyakit mental adalah gangguan dalam organisasi 'ego'. Gangguan ini terjadi sebagai akibat distorsi dalam hubungan timbal balik antara bayi dan ibunya, dimana si anak tidak dapat berkembang melampaui fase oral dari perkembangan jiwanya. Didapati juga bahwa penderita skizofrenia tidak pernah dapat mencapai hubungan yang erat dengan ibunya pada masa bayinya. Beberapa psikoanalisis beranggapan bahwa gangguan pada fungsi ego seseorang dapat menyebabkan perasaan bermusuhan. Distorsi hubungan ibu-bayi ini kemudian mengakibatkan terbentuknya suatu kepribadian yang peka terhadap stress. Teori psikoanalisis beranggapan bahwa berbagai gejala skizofrenia mempunyai arti simbolik untuk si penderita secara individu (Simanjutak, 2008).

#### b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi disebut juga faktor pencetus respon neurobiologis meliputi:

##### 1) Lingkungan

Faktor lingkungan yang menjadikan pencetus terjadinya skizofrenia lingkungan yang mempengaruhi atau menimbulkan penyakit diantara lain: ekonomi, pendidikan, masalah rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup, perubahan kebiasaan hidup,

pola aktivitas sehari-hari, kesukaran berhubungan dengan orang lain, isolasi sosial, kurangnya dukungan sosial, tekanan kerja, stigmatisasi, kemiskinan, kurangnya alat transportasi dan ketidakmampuan mendapatkan pekerjaan (Simanjutak, 2008).

## 2) Sikap atau perilaku

Sikap atau perilaku juga menjadikan pencetus skizofrenia karena sikap atau perilaku timbul terdapat merasa tidak mampu, tekanan psikologis, putus asa, merasa gagal, kehilangan kendali diri (demoralisasi), merasa punya kekuatan berlebihan dengan gejala tersebut, merasa malang, dari segi usia maupun kebudayaan, rendahnya kemampuan sosialisasi, perilaku agresif, perilaku kekerasan, ketidak adekuatan pengobatan dan ketidak adekuatan penanganan gejala stresor seseorang terpaksa mengadakan adaptasi (penyesuaian diri) untuk menanggulangi stresor (tekanan) yang timbul. Namun, tidak semua orang mampu mengadakan adaptasi dan mampu menanggulangnya, sehingga dampak dari stresor yang ada berdampaklah seseorang terkena skizofrenia (Hawari, 2012). Dari penyebab skizofrenia diatas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia sampai sekarang belum diketahui dasar penyebab skizofrenia secara pasti. Dapat dikatakan bahwa faktor keturunan mempunyai pengaruh. Faktor yang mempercepat, yang menjadikan manifestasi atau faktor pencetus atau presipitasi faktor seperti

penyakit badaniah atau stress psikologis, biasanya bisa menyebabkan skizofrenia (Maramis, 2009).

### 3. Perjalanan Penyakit

Sebanyak 90% pasien yang mengalami episode psikotik yang pertama akan sembuh dalam waktu 1 tahun, tetapi sekitar 80% akan mengalami episode berikutnya dalam 5 tahun. Penelitian baru-baru ini menemukan bahwa 75% pasien akan menghentikan pengobatannya dalam waktu 18 bulan pertama, dan mereka yang menghentikan pengobatan antipsikotik tersebut memiliki peluang 5 kali lebih besar untuk kambuh. Selain menjalani pengobatan, menghindari penggunaan zat terlarang (khususnya ganja) dan stress yang berlebihan dapat mengurangi risiko kambuh. Penelitian secara Kohort menemukan bahwa setelah 10 tahun sejak pasien didiagnosis menderita skizofrenia, sebagian kecil pasien (sekitar 15%) sembuh sepenuhnya, sekitar 50% mengalami kekambuhan tanpa atau dengan disabilitas ringan yang relatif di antara periode-periode kambuh; dan 25% menderita penyakit kronis dengan gejala yang menetap dan disabilitas yang signifikan. Prognosis yang lebih baik dijumpai di negara berkembang: hal ini mungkin karena struktur sosial, dukungan keluarga dan/atau kecilnya stigma. Faktor prognosis yang baik mencakup onset yang akut, gejala positif, komponen efektif yang kuat (misalnya tertekan), subtype paranoid, kepribadian pramorbid yang baik, trauma lahir, kecerdasan lebih tinggi, dan hasil pemeriksaan MRI/CT scan yang normal. Faktor prognosis yang buruk mencakup jenis kelamin pria, onset

pada saat usia muda, lajang, isolasi sosial, penggunaan obat terlarang, onset awal yang tersembunyi gejala negatif, kelas sosio ekonomi rendah, kepribadian pramorbid abnormal, dan riwayat keluarga positif skizofrenia (Cooper, 2012). Perjalanan penyakit Skizofrenia dapat dibagi menjadi 4 fase yaitu fase premorbid, fase prodromal, fase aktif dan fase residual.

- a. Pada fase premorbid, ditandai dengan periode munculnya ketidaknormalan fungsi, walaupun hal ini dapat terjadi sebagai akibat dari efek penyakit tertentu. Indikator premorbid dari psikosis, diantaranya adalah riwayat psikiatri keluarga, riwayat prenatal, dan komplikasi obstetrik dan defisit neurologis. Faktor premorbid lain adalah pribadi yang terlalu pemalu dan menarik diri, hubungan sosial yang kurang baik dan menunjukkan perilaku antisosial (Townsend, 2009).
- b. Pada fase prodromal, biasanya timbul gejala gejala non spesifik yang lamanya bisa dalam hitungan minggu, bulan atau pun lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Fase prodromal dimulai dengan adanya perubahan fungsi premorbid dan meluas sampai munculnya gejala psikotik. Fase ini dapat terjadi dalam beberapa minggu atau bulan, tetapi banyak penelitian menyatakan bahwa fase prodromal terjadi antara 2 sampai 5 tahun. Pada fase ini tanda-tanda psikotik mulai muncul dengan intensitas rendah. Pengenalan tanda dan gejala dan penanganan pada fase ini perlu diperhatikan agar tidak berkembang menuju fase aktif (Townsend, 2009). 13

- c. Pada fase aktif, gejala positif atau psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Hampir semua individu datang berobat pada fase ini, bila tidak mendapat pengobatan gejala-gejala tersebut dapat hilang spontan suatu saat mengalami eksaserbasi atau terus bertahan (Townsend, 2009).
- d. Pada fase residual, dimana gejala-gejalanya sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif atau psikotiknya sudah berkurang. Di samping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase di atas, penderita skizofrenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa, eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial), dan kewaspadaan (Luana, 2007). Fase residual biasanya mengikuti fase aktif penyakit. Selama fase residual, gejala dari masa akut dapat hilang atau tidak mencolok lagi. Gejala negatif mungkin masih ada, dan afek datar dan kerusakan fungsi peran biasa terjadi. Kerusakan residual biasanya berkembang antara masa-masa aktif psikosis (Townsend, 2009).

#### 4. Kriteria Diagnostik

Pasien dikatakan Skizofrenia apabila termasuk pada kriteria diagnostik di bawah ini :

- a. Gejala-gejala yang khas : 2 atau lebih dari gejala berikut yang bermakna dalam periode 1 bulan (atau kurang jika berhasil diterapi):
  - 1) Waham. 2) Halusinasi. 3) Pembicaraan yang janggal (misal sering

derailment atau inkohorensi). 4) Perilaku janggal atau katatonik 5) Adanya gejala negatif (seperti afek datar, alogia, abulia). Catatan : Hanya satu dari kriteria A yang diperlukan jika waham-nya janggal atau jika halusinasinya berupa suara yang terus menerus mengomentari tingkah laku atau pikiran yang bersangkutan atau berisi 2 (atau lebih) suara-suara yang saling bercakap-cakap.

- b. Disfungsi sosial atau pekerjaan: 1 atau lebih dari area fungsional utama menunjukkan penurunan nyata di bawah tingkat yang dicapai sebelum onset dalam suatu rentang waktu yang bermakna sejak onset gangguan (atau bila onset pada masa anak-anak atau remaja terdapat kegagalan pencapaian tingkat interpersonal, akademik atau okupasi lainnya) seperti pekerjaan, hubungan interpersonal atau perawatan diri.
- c. Durasi: tanda-tanda gangguan terus berlanjut dan menetap sedikitnya 6 bulan. Periode 6 bulan ini meliputi 1 bulan gejala-gejala fase aktif yang memenuhi kriteria A (atau kurang bila berhasil diterapi) dan dapat juga mencakup fase prodromal atau residual. Selama berlangsung. fase prodromal atau residual ini, tanda-tanda gangguan dapat bermanifestasi hanya sebagai gejala-gejala negatif saja atau lebih dari atau 2 dari gejala- gejala dalam kriteria A dalam bentuk yang lebih ringan (seperti kepercayaan-kepercayaan ganjil, pengalaman perseptual yang tidak biasa).

- d. Penyingkiran skizofektif dan gangguan mood: Gangguan skizoafektif dan mood dengan gambaran psikotik dikesampingkan karena : (1) tidak ada episode depresi, mania atau campuran keduanya yang terjadi bersamaan dengan gejala-gejala fase aktif, (2) jika episode mood terjadi intra fase aktif maka perlangsungannya relatif singkat dibanding periode fase aktif dan residual.
- e. Penyingkiran kondisi medis dan zat: Gangguan ini bukan disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari suatu zat (seperti obat-obatan medikasi atau yang disalah gunakan) atau oleh suatu kondisi medis umum.
- f. Hubungan dengan suatu gangguan perkembangan pervasif: Jika terdapat riwayat autistik atau gangguan pervasif lainnya maka tambahan diagnosa skizofrenia hanya dibuat bila juga terdapat delusi atau halusinasi yang menonjol dalam waktu sedikitnya 1 bulan (atau kurang jika berhasil diterapi). Klasifikasi berdasarkan perjalanannya (longitudinal; hanya dipakai setelah minimal 1 tahun berlalu semenjak onset dari gejala-gejala fase aktif pertama):
- 1) Episodik dengan gejala-gejala residual interepisode (episode ditandai dengan keadaan kekambuhan dari gejala-gejala psikosis) juga tentukan jika disertai gejala-gejala negatif yang menonjol.
  - 2) Episodik tanpa gejala-gejala residual interepisode.

- 3) Kontinyu (gejala-gejala psikosis jelas ada sepanjang periode observasi) juga tentukan jika disertai gejala-gejala negatif yang menonjol.
  - 4) Episode tunggal dengan remisi parsial; juga tentukan jika disertai gejala-gejala negatif yang menonjol.
  - 5) Episode tunggal dengan remisi penuh
  - 6) Pola lainnya atau yang tidak ditentukan (DSM IV TR)
5. Tanda dan Gejala Gejala- gejala skizofrenia adalah sebagai berikut:
- a. Gejala positif
    - 1) Waham : keyakinan yang salah , tidak sesuai dengan kenyataan , dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang ( waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
    - 2) Halusinasi: gangguan penerimaan pencaindra tanpa stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan)
    - 3) Perubahan arus pikir :
      - a) Arus pikir terputus: dalam pembicaran tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaran.
      - b) Inkoheren: berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau)
      - c) Neologisme: menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
      - d) Perubahan perilaku

- (1) Hiperaktif : perilaku motorik yang berlebihan
- (2) Agitasi : perilaku yang menunjukkan kegelisahan
- (3) Iritabilitas : mudah tersinggung (Keliat, 2011)

b. Gejala negatif

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

- 1) Pendataran afektif (ekspresi afektif atau hidup emosi) merupakan ekspresi perasaan yang tampil sesaat dari perasaan seseorang pada waktu pemeriksaan dan merupakan penyesuaian yang langsung daripada hidup mental dan instingual, penderita skizofrenia respon emosional yang tidak sesuai, alam perasaan yang datar tanpa ekspresi serta tidak serasi, maupun afek klien dangkal (Ibrahim, 2011).
- 2) Sikap masa bodoh
- 3) Pembicaraan berhenti tiba-tiba
- 4) Menarik diri dari pergaulan sosial
- 5) Menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari (Keliat, 2011)

6. Klasifikasi Skizofrenia

Adapun klasifikasi dari skizofrenia adalah:

- a. Skizofrenia Paranoid (F20.0) Jenis skizofrenia dimana penderitanya mengalami bayangan dan khayalan tentang penganiayaan dan kontrol dari orang lain dan juga kesombongan yang berdasarkan kepercayaan

bahwa penderitanya itu lebih mampu dan lebih hebat dari orang lain.  
(Videbeck, 2011)

- b. Skizofrenia Tak Teratur / Skizofrenia Hebefrenik (F.20.1) Jenis skizofrenia yang sifatnya ditandai terutama oleh gangguan dan kelainan di pikiran. Seseorang yang menderita skizofrenia sering menunjukkan tanda tanda emosi dan ekspresi yang tidak sesuai untuk keadaannya. Halusinasi dan khayalan adalah gejala gejala yang sering dialami untuk orang yang menderita skizofrenia jenis ini. (Videbeck, 2011)
- c. Skizofrenia Katatonik (F.20.2) Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional (Maramis, 2009). Merupakan salah satu tipe skizofrenia yang gambaran klinisnya didominasi oleh suatu hal berikut ini, yaitu :
  - 1) Stupor katatonik  
Pasien tidak berespons terhadap lingkungan atau orang. Menunjukkan pengurangan hebat dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan atau pengurangan dari pergerakan. Walaupun penampilan klinisnya demikian, pasien sering menyadari hal-hal yang sedang berlangsung disekitarnya.
  - 2) Kekakuan (rigiditas) katatonik  
Mempertahankan sikap kaku terhadap semua upaya untuk menggerakkan dirinya.
  - 3) Kegaduhan katatonik

Kegaduhan aktivitas motorik yang tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan yang datang dari luar.

4) Sikap tubuh katatonik

Secara sadar mengambil sikap tidak wajar atau aneh.

5) Kegembiraan katatonik

Pasien sangat aktif dan gembira. Mungkin dapat mengancam jiwanya (misal, karena kelelahan).

d. Skizofrenia Residual (F.20.5)

Tipe ini merupakan sisa-sisa (residu) dari gejala skizofrenia yang tidak begitu menonjol. Misalnya alam perasaan yang tumpul dan mendatar serta tidak serasi (*inappropriate*), penarikan diri dari pergaulan sosial, tingkah laku eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional atau pelanggaran asosiasi pikiran (Hawari, 2012).

e. Skizofrenia tak terinci (F.20.3)

Terdapat gejala psikotik yang jelas dan tidak dapat diklasifikasikan dalam salah satu kategori yang telah disebutkan diatas, atau yang memenuhi lebih dari satu tipe kriteria.

1) Suatu tipe skizofrenia yang gambaran klinisnya ditandai dengan waham yang jelas, halusinasi, inkoherensi, atau tingkah laku kacau

2) Tidak memenuhi kriteria dari salah satu tipe yang telah disebutkan di atas atau memenuhi lebih dari kriteria dalam satu tipe (Ibrahim, 2011)

## 7. Penatalaksanaan Skizofrenia

Ada tiga fase pengobatan dan pemulihan skizofrenia (Ikawati, 2011) :

### a. Terapi fase akut

Pada fase ini pasien menunjukkan gejala psikotik yang intensif. Biasanya pada fase ini ditandai dengan munculnya gejala positif dan negatif. Pengobatan pada fase ini bertujuan untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga tidak membahayakan terhadap diri sendiri maupun orang lain. Terapi utamanya adalah dengan menggunakan obat dan biasanya dibutuhkan rawat inap. Pemilihan antipsikotik yang benar dan dosis yang tepat dapat mengurangi gejala psikotik dalam waktu enam minggu.

### b. Terapi fase stabilisasi

Pada fase ini pasien masih mengalami gejala psikotik dengan intensitas yang lebih ringan. Pada fase ini pasien masih memiliki kemungkinan yang besar untuk kambuh sehingga dibutuhkan pengobatan yang rutin untuk menuju ke tahap pemulihan yang lebih stabil. Terapi fase pemeliharaan Pada fase ini dilakukan terapi jangka panjang dengan harapan dapat mempertahankan kesembuhan, mengontrol gejala, mengurangi resiko, kekambuhan, mengurangi durasi rawat inap, dan mengajarkan, keterampilan untuk hidup mandiri. Terapinya meliputi obat-obatan, terapi suportif, pendidikan keluarga dan konseling, serta rehabilitasi pekerjaan social Pada fase ini dilakukan terapi jangka panjang dengan harapan dapat mempertahankan kesembuhan,

mengontrol gejala, mengurangi resiko, kekambuhan, mengurangi durasi rawat inap, dan mengajarkan, keterampilan untuk hidup mandiri. Terapinya meliputi obat-obatan, terapi suportif, pendidikan keluarga dan konseling, serta rehabilitasi pekerjaan sosial.

c. Terapi Non Farmakologi

Ada beberapa pendekatan psikososial yang dapat digunakan untuk pengobatan skizofrenia. Intervensi psikososial merupakan bagian dari perawatan yang komprehensif dan dapat meningkatkan kesembuhan jika diintegrasikan dengan terapi farmakologis. Intervensi psikososial ditujukan untuk memberikan dukungan emosional pada pasien. Pilihan pendekatan dan intervensi psikososial di dasarkan kebutuhan khusus pasien sesuai dengan keparahan penyakitnya.

1) *Program for Assertive Community Treatment (PACT)*

PACT merupakan program rehabilitasi yang terdiri dari manajemen khusus dan intervensi aktif oleh satu tim menggunakan pendekatan yang sangat terintegrasi. Program ini dirancang khusus untuk pasien yang fungsi sosialnya buruk dan bertujuan untuk mencegah kekambuhan dan memaksimalkan fungsi sosial dan pekerjaan. Unsur-unsur kunci dalam PACT adalah menekankan kekuatan pasien dalam beradaptasi dengan kehidupan masyarakat, penyediaan dukungan dan layanan konsultasi untuk pasien, memastikan bahwa pasien tetap dalam program perawatan. Laporan dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa PACT

efektif untuk memperbaiki gejala, mengurangi lama perawatan di rumah sakit dan memperbaiki kondisi kehidupan secara umum.

#### 2) Intervensi Keluarga

Prinsipnya adalah bahwa keluarga pasien harus dilibatkan dan terlibat dalam penyembuhan pasien. Anggota keluarga diharapkan berkontribusi untuk perawatan pasien dan memerlukan pendidikan, bimbingan dan dukungan serta pelatihan membantu mereka mengoptimalkan peran mereka.

#### 3) Terapi Perilaku Kognitif

Dalam terapi ini dilakukan koreksi atau modifikasi terhadap keyakinan (delusi), fokus terhadap halusinasi pendengaran dan menormalkan pengalaman psikotik pasien sehingga mereka bisa tampil secara normal. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terapi perilaku efektif dalam mengurangi frekuensi dan keparahan gejala positif. Namun ada resiko penolakan yang mungkin disebabkan oleh pertemuan mingguan yang mungkin terlalu membebani pasien-pasien dengan gejala negatif berat.

#### 4) Terapi Pelatihan Keterampilan Sosial

Terapi ini didefinisikan sebagai penggunaan teknik perilaku atau kegiatan pembelajaran yang memungkinkan pasien untuk memenuhi tuntutan interpersonal, perawatan diri dan menghadapi tuntutan masyarakat. tujuannya adalah memperbaiki kekurangan

tertentu dalam fungsi sosial pasien. Terapi ini tidak efektif untuk mencegah kekambuhan atau mengurangi gejala.

#### 5) Terapi Elektrokonvulsif (ECT)

Dalam sebuah kajian sitematik menyatakan bahwa penggunaan ECT dan kombinasi dengan obat-obat antipsikotik dapat dipertimbangkan sebagai pilihan bagi penderita skizofrenia terutama jika menginginkan perbaikan umum dan pengurangan gejala yang cepat (*American Psychiatric Assosiated*, 2013).

#### 6) Terapi Farmakologi

Secara umum, terapi penderita skizofrenia menjadi tiga tahap yakni terapi akut, terapi stabilisasi dan terapi pemeliharaan. Terapi akut dilakukan pada tujuh hari pertama dengan tujuan mengurangi agitasi, agresi, ansietas. Benzodiazepin biasanya digunakan dalam terapi akut. Penggunaan benzodiazepin akan mengurangi dosis penggunaan obat antipsikotik. Terapi stabilisasi dimulai pada minggu kedua atau ketiga. Terapi stabilisasi bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi serta perbaikan kebiasaan dan perasaan. Pengobatan pada tahap ini dilakukan dengan obat-obat antipsikotik. Terapi pemeliharaan bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Dosis pada terapi pemeliharaan dapat diberikan setengah dosis akut. Klozapin merupakan antipsikotik yang hanya digunakan apabila pasien mengalami resistensi terhadap antipsikotik yang lain (Crismon, 2008)

Antipsikotik merupakan penatalaksanaan yang utama. Antipsikotik efektif mengobati “gejala positif” pada episode akut (misalnya halusinasi, waham, fenomena *passivity*) dan mencegah kekambuhan. Antipsikotik tipikal (konvensional) dan atipikal (generasi ke-2) sama-sama efektif dalam mengobati gejala positif. Tetapi mempunyai riwayat efek samping yang berbeda. Antipsikotik atipikal menyebabkan efek samping motorik yang lebih ringan, tetapi beberapa berhubungan dengan penambahan berat badan dan diabetes. Hanya klozapin, prototipe obat psikotik atipikal, yang telah terbukti efek dalam mengobati psikosis yang tidak merespon obat antipsikotik lainnya. Antipsikotik atipikal dapat efektif mengobati gejala negatif. Pasien yang tidak tenang, overaktif, atau kasar memerlukan penenang (dengan antipsikotik tipikal atau atipikal atau dengan benzodiazepin) (Katona, Claudia & Mary, 2012).

Pengobatan dapat dilakukan secara oral, intramuskular, atau dengan injeksi depot jangka panjang, meningkatkan kepatuhan, memungkinkan kontak secara teratur dengan perawat psikiatri komunitas (*Community psychiatric nurses, CPN*) atau klinik, dan menghindari metabolisme tahap awal. Pentalaksanaannya adalah dengan dosis terendah yang secara efektif mengendalikan gejala dan meminimalkan efek samping (Katona, Claudia & Mary, 2012). Obat-obat antipsikotik juga dikenal sebagai neuroleptik dan juga

sebagai trankuiliser mayor. Obat antipsikotik pada umumnya membuat tenang dengan mengganggu kesadaran dan tanpa menyebabkan eksitasi paradoksikal. Antipsikotik pada terapi psikosis akut maupun kronik, suatu gangguan jiwa yang berat. Ciri terpenting obat antipsikotik adalah: Berguna mengatasi agresivitas, hiperaktivitas dan labilitas emosional pada pasien psikotik. Dosis besar tidak menyebabkan koma yang dalam ataupun anesthesia. Dapat menimbulkan gejala ekstrapiramidal yang reversibel atau ireversibel. Tidak ada kecenderungan untuk menimbulkan ketergantungan fisik dan psikis (Gunawan, *et al.* 2007). Golongan obat antipsikotik ada 2 macam yaitu: 1. Golongan antipsikotik tipikal: chlorpromazine, fluperidol, haloperidol, loxapine, molindone, mesoridazine, perphenazine, thioridazine, thiothixene, trifluperezine. 2. Golongan antipsikotik atipikal : aripiprazole, clozapin, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone (Gunawan, 2007)

Penggunaan obat yang rasional adalah penggunaan obat yang memenuhi kriteria tepat obat, tepat indikasi dan mutu, tepat dosis dan tepat pasien. Sangat disadari bahwa tujuan kebijakan obat rasional hanya dapat dicapai jika obat digunakan secara tepat dan benar. Obat semestinya hanya digunakan ketika obat diperlukan. Sehingga penggunaan obat rasional sangat diperlukan. Tepat indikasi berarti pemilihan obat didasarkan pada indikasi adanya

suatu gejala yang tertulis di rekam medik. Tepat obat adalah pemilihan obat yang aman dan sesuai untuk pasien yang sesuai dengan Drug Therapy The New England Journal Of Medicine tahun 2003. Tepat pasien adalah ketepatan penggunaan obat yang tidak mempunyai kontraindikasi dengan kondisi pasien. Tepat dosis adalah ketepatan pemilihan dosis, frekuensi dan durasi yang disesuaikan dengan dosis lazim menurut standar Drug Information Handbook.

## **B. Kekambuhan**

### 1. Definisi kekambuhan

Kambuh didefinisikan sebagai berulangnya atau kambuhnya gejala penyakit status mental serupa dengan apa yang telah dialami sebelumnya The Free Dictionary (2016, dalam Tlhowe, *et al.* 2016). Pencegahan kekambuhan dalam perawatan kesehatan mental adalah sangat penting untuk memanfaatkan keluarga menjadi pendekatan yang berharga dalam pencegahan kekambuhan. Menurut Berglund, Vahlne dan Edman (2003, dalam Tlhowe, *et al.* 2016) merawat orang dengan gangguan jiwa dapat menjadi beban bagi keluarganya, sementara kurangnya dukungan dari keluarga dapat mengakibatkan kekambuhan.

Mencegah kekambuhan sangat penting karena mengurangi dampak negatif dari penyakit mental pada individu, keluarga dan masyarakat. Mencegah kambuh dapat meningkatkan kualitas hidup orang dengan penyakit mental,

yang memungkinkan mereka ikut berperan dalam kegiatan rekreasi, pekerjaan, bersosialisasi, dan keluarga juga dapat menjadi pendekatan yang sangat berharga dalam mencegah kekambuhan (Tlhowe, *et all.* 2016).

## 2. Faktor Penyebab Kekambuhan

Menurut Yosep & Sutini (2016) mengatakan salah satu faktor penyebab kambuh gangguan jiwa adalah keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku klien di rumah. Menurut Sulliger (1988) dan Carson (1987), klien dengan diagnosa skizofrenia diperkirakan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua, dan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit karena perlakuan yang salah di rumah atau di masyarakat.

Empat faktor penyebab klien kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit, menurut Sullinger (1988 dalam Yosep & Sutini, 2016).

- a. Klien; Sudah umum diketahui bahwa klien 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 (Appleton, 1982 dikutip oleh Sullinger, 1988).
- b. Dokter (pemberian resep); Mekan obat yang teratur dapat mengurami kambuh, namun pemakaian obat neuroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping *Tardive Diskinesia* yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Dokter yang

memberi resep diharapkan tetap waspada mengidentifikasi dosis terapiutik yang dapat mencegah kambuh dan efek samping.

- c. Penanggung jawab klien; Setelah pulang ke rumah maka perawat puskesmas tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien di rumah.
- d. Keluarga; Berdasarkan penelitian di Inggris (Vaugh, 1976 & di AS Synder, 1981 dalam Yosep & Sutini, 2016) memperlihatkan bahwa keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik, banyak melibatkan diri dengan klien diperkirakan kambuh dalam waktu 9 bulan, hasilnya 57% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi dan 17% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi keluarga yang rendah. Selain itu klien juga mudah dipengaruhi oleh stress yang menyenangkan (naik pangkat, menikah) maupun yang menyedihkan (kematian atau kecelakaan). Dengan terapi keluarga klien dan keluarga dapat mengatasi dan mengurangi stress.

Herz dan Menville (1980, dikutip oleh Sullinger, 1988, dalam Yosep & Sutini, 2016) mengkaji beberapa kambuh yang diidentifikasi oleh klien dan keluarganya, yaitu: *Nervous*, tidak nafsu makan, sukar konsentrasi, sulit tidur, depresi, tidak ada minat, menarik diri.

### 3. Angka Kejadian Kekambuhan

Keluarga merupakan faktor yang sangat penting dalam proses kesembuhan pasien gangguan jiwa. Keluarga merupakan lingkungan

terdekat pasien. Dengan keluarga yang bersikap terapeutic dan mendukung pasien, masa kesembuhan pasien dapat dipertahankan selama mungkin. Sebaliknya, jika keluarga kurang mendukung, angka kekambuhan menjadi lebih cepat. Berdasarkan penelitian, ditemukan bahwa angka kambuh pada pasien gangguan jiwa tanpa terapi keluarga sebesar 25-50%, sedangkan angka kambuh pada pasien yang mendapat terapi keluarga adalah sebesar 5-10% (Keliat & Akemat, 2009).

### **C. Dukungan Keluarga**

Hasil penelitian didapatkan sebagian pasien mendapatkan dukungan keluarga yaitu sebanyak 35 orang (50,0%). Penelitian ini didukung oleh teori Keliat dalam Irma (2009), keluarga merupakan sistem pendukung utama dalam memberi perawatan langsung pada setiap keadaan pasien baik itu sehat maupun sakit. Merupakan suatu kondisi yang umum apabila dalam suatu keluarga memiliki keterbatasan-keterbatasan, baik keterbatasan dalam pengetahuan/informasi tentang penyakit maupun dalam perawatan untuk anggota keluarga yang mengalami masalah gangguan jiwa.

Hal ini juga dibuktikan oleh teori Dolan (2006), yang mengemukakan bahwa dukungan keluarga yang tinggi dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, dan mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari-hari. Hal ini sejalan dengan teori Tomb (2007), kekacauan dinamika keluarga ini

memegang peranan penting dalam menimbulkan kekambuhan. Penderita yang dipulangkan kerumah lebih cenderung kambuh pada tahun berikutnya dibandingkan dengan penderita yang ditempatkan pada lingkungan residensial. Penderita yang paling beresiko untuk kambuh adalah penderita yang berasal dari keluarga dengan suasana permusuhan keluarga yang cemas berlebihan dan terlalu protektif terhadap penderita.

Lain juga halnya dengan penelitian Taufik (2014), yang berjudul hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Ghrasia DIY yaitu sebanyak 66 dari 85 responden memiliki dukungan keluarga cukup yaitu sebesar (77,6%). Dukungan keluarga yang tinggi merupakan hal penting dalam proses kesembuhan penyakit seseorang terutama dukungan keluarga. Untuk itu diharapkan keluarga harus memberikan dukungan pada pasien skizofrenia agar bisa sembuh dan tidak mengalami kekambuhan lagi.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Wijayanti (2010), yang berjudul hubungan dukungan sosial keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia di Rumah Sakit Puri Nirmala Yogyakarta yaitu sebagian besar dukungan keluarga dengan kategori sedang sebesar (43,24%). Sebanyak 34 orang (48,6%) penderita skizofrenia jarang mengalami kekambuhan. Hal ini didukung oleh teori Nurdiana (2007) bahwa, tingkat kekambuhan skizofrenia disebabkan oleh peran keluarga yang membua tkeyakinan klien akan kesembuhan tentang dirinya meningkat, menyebabkan klien mempunyai semangat dan motivasi dalam proses penyembuhan dan rehabilitasi dirinya

karena menurut teori suasana keluarga yang mendukung, menghargai dan mempunyai pandangan positif menghasilkan perasaan positif yang berarti.

Hasil penelitian didapatkan hasil bahwa dari 70 responden, sebanyak 34 orang (48,6%) penderita skizofrenia jarang mengalami kekambuhan. Penelitian yang sama juga dilakukan Fitra (2015), berjudul hubungan antara faktor kepatuhan mengkonsumsi obat dukungan keluarga dan lingkungan masyarakat dengan kekambuhan skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta yaitu jarang mengalami kekambuhan sebesar (58%). Lain halnya dengan penelitian yang dilakukan Pratama (2015) yang berjudul hubungan keluarga pasien terhadap kekambuhan skizofrenia di Badan Pelayanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Jiwa Aceh yaitu dengan kategori kambuh sebesar (50%) dan tidak kambuh sebesar (50%).

Penelitian yang sama juga dilakukan Madrifai (2015), berjudul hubungan peran keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Cawas Klaten yaitu lebih dari separuh klien mengalami kekambuhan sering yaitu sebesar (63%) karena peran keluarga yang rendah semakin sering kekambuhan skizofrenia yang terjadi berarti semakin kurang kepedulian keluarga pada klien dan menimbulkan kerugian bagi keluarga. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Wijayanti (2010), yang berjudul hubungan dukungan sosial keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia di Rumah Sakit Puri Nirmala Yogyakarta yaitu kekambuhan skizofrenia dengan kategori jarang sebanyak 20 dari 37 responden (54,1%).

Lain juga halnya dengan penelitian Taufik (2014), yang berjudul

hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Ghrasia DIY yaitu kekambuhan dengan kategori tinggi yaitu sebesar (43,5%), rata-rata pasien yang mempunyai riwayat skizofrenia lebih sering mengalami kekambuhan dibandingkan dengan pasien gangguan jiwa pada umumnya, karena kekambuhan skizofrenia berpengaruh pada dukungan, peran dan lingkungan keluarga.

#### **D. Peran Keluarga**

Keluarga merupakan tempat individu pertama memulai hubungan interpersonal dengan lingkungan, suatu sistem yang utuh dan tidak terpisahkan sehingga jika ada satu yang terganggu yang lain ikut terganggu. Keluarga menurut Sullinger (1988) merupakan salah satu penyebab klien gangguan jiwa menjadi kambuh lagi. Oleh karena itu diharapkan jika keluarga ikut berperan dalam mencegah klien kambuh setidaknya membantu klien untuk dapat mempertahankan derajat kesehatan mentalnya karena keluarga secara emosional tidak dapat dipisahkan dengan mudah (Nasir & Muhith, 2011).

Setelah klien pulang ke rumah, sebaiknya klien melakukan perawatan lanjutan pada puskesmas di wilayah yang mempunyai program kesehatan jiwa. Perawat komunitas yang menangani klien dapat menganggap rumah klien sebagai “ruang perawatan”. Perawat, klien, dan keluarga besar sama untuk membantu proses adaptasi klien di dalam keluarga dan masyarakat. Perawat dapat membuat kontrak dengan keluarga tentang jadwal kunjungan rumah dan *after care* di puskesmas. Jadwal kunjungan rumah dan *after care* dapat dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan klien. Perawat membantu klien dan

keluarga menyesuaikan diri di lingkungan keluarga, dalam hal sosialisasi, perawatan mandiri dan kemampuan memecahkan masalah. Perawat dapat memantau dan mengidentifikasi gejala kambuh dan segera melakukan tindakan sehingga dapat dicegah perawatan kembali di rumah sakit (Yosep & Sutini, 2016).

#### **E. Kepatuhan Minum Obat**

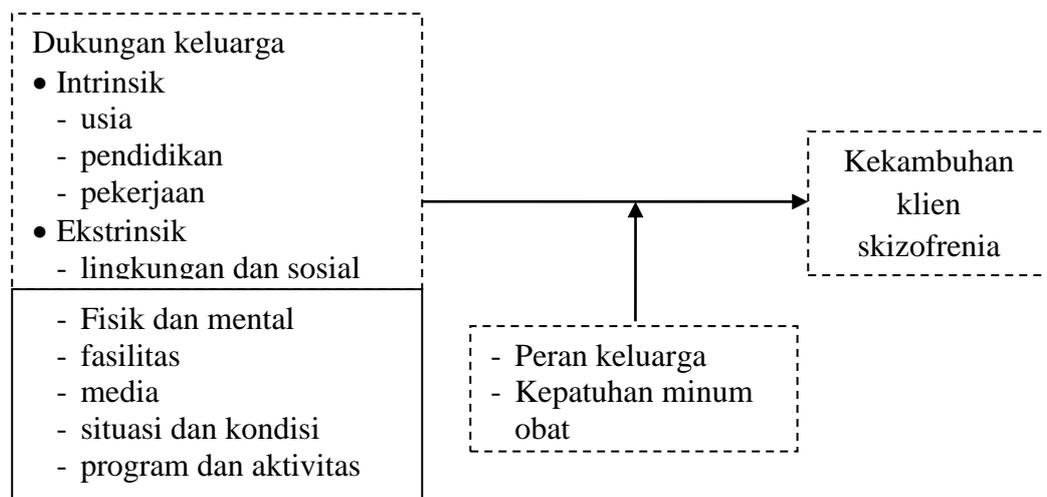
Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 84 responden yang diteliti presentase yang paling banyak yaitu ketidakpatuhan minum obat sebanyak 63 responden (78,8%). Hal ini sesuai dengan teori Stuart dan Laraia (2005) yang mengatakan bahwa, sebagian besar pasien skizofrenia mengalami ketidakpatuhan dalam mengkonsumsi obat. Selain itu, Niven (2002) juga menambahkan bahwa pasien skizofrenia rata-rata memiliki perilaku ketidakpatuhan dalam mengkonsumsi obat. Ketidakpatuhan dikarenakan banyaknya jumlah obat yang diminum, adanya efek samping yang membuat pasien tidak nyaman, serta tidak adanya pengawasan keluarga.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian sebelumnya Yoga (2011), yang mengatakan bahwa paling banyak pasien memiliki perilaku tidak patuh dalam minum obat sebanyak 27 responden (62,5%). Purnamasari (2013) juga menambahkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia berada pada kategori tidak patuh minum obat sebanyak 42 responden (84%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 80 responden yang diteliti persentase yang paling banyak untuk tingkat kekambuhan yaitu pada kategori tinggi sebanyak 40 responden dengan persentase 50%. Hasil ini sesuai dengan

teori Stuart dan Laraia (2005) yang menyatakan bahwa rata-rata pasien dengan riwayat skizofrenia lebih sering mengalami kekambuhan. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Rahmayanti (2008), yang mengatakan bahwa tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia pada kategori tinggi > 5 kali dengan persentase 56% sebanyak 14 orang. Ruspawan dkk (2011) juga menambahkan bahwa paling banyak pasien skizofrenia mengalami tingkat kekambuhan pada kategori tinggi dengan persentase 27,6%.

## F. Kerangka Teori



Keterangan:

: tidak diteliti

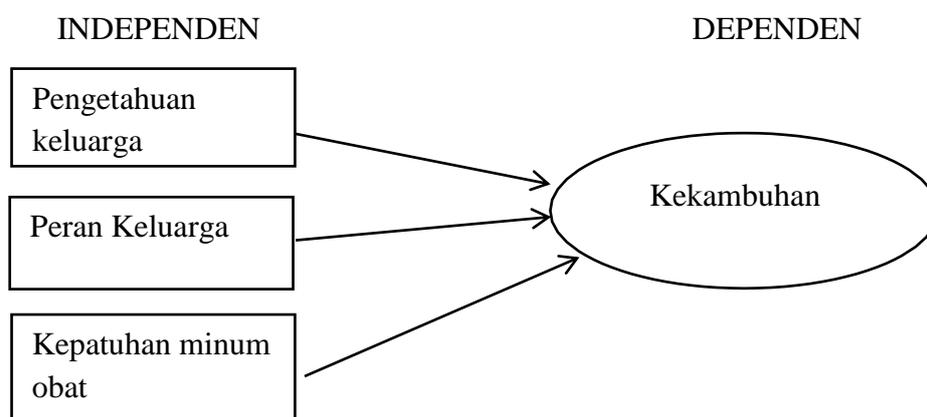
: area yang diteliti

Gambar 1: Kerangka Teori  
Widayatun (2019), (Sarangih, 2014). (Felicia, 2017).

### G. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan. Kerangka konsep ini terdiri dari variabel-variabel serta hubungan variabel yang satu dengan yang lain (Notoatmodjo, 2017).

Berdasarkan landasan teori tersebut diatas, maka kerangka konsep dari penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2: Kerangka Konsep

### H. Hipotesis

Menurut Dantes (2012) hipotesis sebagai praduga atau asumsi yang harus diuji melalui data atau fakta yang diperoleh dengan jalan penelitian. Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk pertanyaan. Hipotesis dikatakan sementara karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori, (Sugiyono, 2017).

Berdasarkan landasan teori tersebut, maka hipotesis dari penelitian ini adalah:

1. Terdapat hubungan antara jenis skizofrenia dengan frekuensi kekambuhan
2. Terdapat hubungan antara pengetahuan keluarga dengan frekuensi kekambuhan
3. Terdapat hubungan antara peran keluarga dengan frekuensi kekambuhan
4. Terdapat hubungan antara keteraturan minum obat dengan frekuensi kekambuhan.