



BAB II

TINJUAN PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) skizofrenia merupakan suatu sindrom dengan berbagai penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat tergantung atas pertimbangan pengaruh genetik, fisik, dan budaya. Menurut Maslim R dalam PPDGJ-III dan DSM-5 tahun 2013, skizofrenia dideskripsikan sebagai sindroma yang disebabkan oleh berbagai macam penyebab (sebagian besar belum diketahui) dengan perjalanan penyakit yang luas (tidak selalu kronis), dan sejumlah akibat yang tergantung oleh pengaruh genetik, sosial budaya, dan fisik. Khas dari gangguan psikosis termasuk skizofrenia, didapatkan gejala positif yaitu waham, halusinasi, pembicaraan dan perilaku yang kacau, juga gejala negatif yaitu alogia, asosia, afek tumpul, avolisi dan anhedonia (Yudhantara DS dan Istiqomah R, 2018).

2.1.2 Gejala dan Tanda

Menurut Maslim R dalam PPDGJ-III dan DSM-5 2013, tanda atau gejala skizofrenia diantaranya adanya satu gejala yang sangat jelas, dua atau lebih gejala yang kurang jelas dari beberapa gejala berikut :

- a. Thought echo : bergemanya isi pikiran diri sendiri yang diulang-ulang dalam kepala, tidak dengan keras, dengan kualitas yang sama atau berbeda
- b. Withdrawal or thought insertion : terisinya atau terambilnya isi pikiran asing dari luar kedalam pikiran atau sebaliknya

- c. Thought broadcasting : tersiarnya isi pikiran dari dalam keluar sehingga orang lain mengetahui.
- d. Delusion of control : waham tentang adanya suatu kekuatan dari luar yang mengendalikan dirinya.
- e. Delusion of influence : waham tentang adanya kekuatan dari luar yang mempengaruhi dirinya.
- f. Delusion of passivity : waham tentang adanya suatu kekuatan dari luar sehingga membuat dirinya (geraknya tubuh/anggota gerak, pikiran, penginderaan khusus atau tindakan) pasrah dan tidak berdaya
- g. Delusional perception : pengalaman indrawi yang sangat khas dan tidak wajar, biasa bersifat mistik atau mukjizat.
- h. Halusinasi auditorik yaitu terdengar suara halusinasi yang terus berkomentar terhadap perilaku atau berbagai suara yang didengar atau suara halusinasi yang berasal dari bagian tubuh pasien. Individu mungkin mengalami halusinasi, yaitu pengalaman sensorik yang tidak nyata, seperti mendengar suara-suara yang tidak ada atau melihat gambar-gambar yang tidak ada. Mereka juga mungkin menunjukkan distorsi persepsi, di mana mereka menginterpretasikan informasi dari lingkungan dengan cara yang tidak akurat atau tidak wajar.
- i. Waham menatap lain budaya setempat menganggap tidak wajar juga mustahil, misal tentang keyakinan agama, politik tertentu, atau kemampuan dan kekuatan diatas manusia biasa (mengendalikan cuaca atau mampu berkomunikasi dengan makhluk asing).

- j. Menetapnya halusinasi yang berasal dari panca-indra apapun, baik disertai dengan waham yang mengambang ataupun yang setengah berbentuk tanpa adanya kandungan afektif yang jelas, atau disertai oleh ide-ide yang berlebihan dan menetap, dan selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terjadi setiap hari terus menerus.
- k. Terputusnya arus pikiran atau terjadi sisipan (interpolation), sehingga berakibat pembicaraan menjadi tidak relevan (inkoherensi), atau neologisme.
- l. Gaduh-gelisah (ex-citement) yang merupakan perilaku katakonik, posturing yaitu posisi tubuh tertentu, atau negativisme.
- m. Gejala-gejala negative, seperti bicara yang jarang, sikap sangat apatis, dan menumpuknya respon emosional yang tak wajar, biasanya mengakibatkan penderita menarik diri dari pergaulan social juga kinerja sosial yang menurun, tetapi hal-hal tersebut harus jelas semuanya tidak terjadi karena depresi maupun medikasi neuroleptika.

2.1.3 Diagnosis Skizofrenia

Persyaratan normal untuk diagnosis skizofrenia adalah dari gejala dan tanda harus ada setidaknya satu gejala yang sangat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih apabila gejala-gejala itu kurang jelas). Apabila didapati kondisi yang memenuhi kriteria gejala tetapi baru dialami kurang dari satu bulan, maka harus dibuat diagnosis Gangguan Psikotik Lir Skizofrenia Akut (F23.2). Apabila gejala-gejala berlanjut lebih dari satu bulan dapat dilakukan klasifikasi ulang (Paramitha Eva, 2018).

2.1.4 Jenis-Jenis Skizofrenia

Beberapa tipe skizofrenia yang diidentifikasi berdasarkan variabel klinik menurut ICD-10 antara lain sebagai berikut.

- a. Skizofrenia paranoid ciri utama adalah adanya waham kejar dan halusinasi auditorik namun fungsi kognitif dan afek masih baik.
- b. Skizofrenia hebefrenik ciri utama adalah pembicaraan kacau, tingkah laku kacau, dan afek yang datar atau inappropriate.
- c. Skizofrenia katatonik ciri utama adalah gangguan pada psikomotorik yang dapat meliputi motoric immobility, aktivitas motorik berlebihan, sikap negative yang ekstrim serta gerakan yang tidak terkendali.
- d. Skizofrenia tak terinci tidak ada gejala yang memenuhi kriteria skizofrenia paranoid, hebefrenik maupun katatonik.
- e. Depresi pasca skizofrenia
- f. Skizofrenia residual setidaknya pernah mengalami satu episode skizofrenia sebelumnya dan saat ini gejala tidak menonjol.
- g. Skizofrenia simpleks
- h. Skizofrenia lainnya
- i. Skizofrenia yang tak tergolongkan.

2.1.5 Faktor Penyebab

- a. Usia

Usia 25-35 tahun memiliki kemungkinan resiko 1,8 kali lebih besar terkena skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun (Zahnia and Wulan Sumekar, 2020).

- b. Jenis kelamin

Proporsi pasien Skizofrenia terbanyak adalah laki-laki (72%) dengan kemungkinan berisiko 2,37 kali lebih besar terkena skizofrenia dibandingkan perempuan. Laki-laki lebih besar kemungkinan terkena gangguan jiwa karena laki-laki yang menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup, sedangkan perempuan lebih rendah berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan laki-laki karena perempuan lebih bisa menghadapi situasi kehidupan lebih baik dibandingkan dengan laki-laki. Meskipun beberapa sumber lainnya mengatakan bahwa wanita lebih tinggi mempunyai risiko untuk menderita stress psikologis dan juga wanita relatif lebih rentan terhadap trauma. Sementara prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan perempuan adalah sama.

c. Pekerjaan

Pada kelompok skizofrenia, proporsi yang tidak bekerja sebesar 85,3% sehingga orang yang tidak bekerja kemungkinan mempunyai risiko 6,2 kali lebih tinggi menderita skizofrenia dibandingkan yang bekerja. Orang yang tidak bekerja lebih mudah menjadi stres yang berhubungan dengan peningkatan kadar hormon stres (katekolamin) dan menimbulkan perasaan tidak berdaya, hal ini disebabkan karena orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap masa depan dan lebih memiliki semangat hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak bekerja).

d. Status perkawinan

Seseorang yang belum menikah mempunyai kemungkinan resiko untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan yang menikah sebab, status marital perlu untuk pertukaran ego ideal dan menentukan perilaku antara suami dan istri guna memperoleh kedamaian, perhatian dan kasih sayang adalah hal mendasar

untuk mencapai kehidupan yang bermakna dan memuaskan (Zahnia and Wulan Sumekar, 2020)

e. Konflik keluarga

Berisiko 1,13 kali lipat untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan tidak ada konflik keluarga (Zahnia and Wulan Sumekar, 2020).

f. Status ekonomi

Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6 kali untuk mengalami gangguan jiwa Skizofrenia dibandingkan dengan orang yang berekonomi tinggi. Tekanan ekonomi membuat orang menjadi rentan dan terjadi berbagai peristiwa yang menyebabkan gangguan jiwa. Penyebab gangguan jiwa bukan sekadar stressor psikososial melainkan juga stressor ekonomi. Kedua stressor ini saling berkaitan, dan membuat persoalan yang sudah kompleks menjadi lebih kompleks.

g. Faktor genetik

Hal ini telah dibuktikan melalui penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia, khususnya anak-anak kembar identik. Prevalensi bagi saudara kandung 7% hingga 15%. Bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 7% hingga 16%. Bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40% hingga 68%. Bagi heterozigot 2% hingga 15%, dan kasus monozigot 61% hingga 86%. Kemungkinan potensi yang diturunkan untuk mendapatkan skizofrenia melalui gen resesif. Potensi ini mungkin bisa kuat atau lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi manifestasi skizofrenia atau tidak.

2.2 Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional (Yunitasari,2018). Dukungan emosional berarti memberikan perhatian, pengertian, dan dorongan kepada pasien. Peran dan fungsi keluarga adalah memberikan bantuan dan dukungan keluarga kepada anggota keluarga yang membutuhkan (Ocktavia Siagian et al., 2022). Anggota keluarga harus siap memberikan bantuan dan pertolongan ketika dibutuhkan karena tempat terbaik bagi penderita skizofrenia adalah berada diantara orang-orang yang dicintai dan mencintainya, yaitu keluarganya. Dukungan keluarga diwujudkan dalam bentuk kasih sayang, kepercayaan, kehangatan, kepedulian, saling mendukung dan menghormati (Dinata & Pribadi, 2023). Proses penyembuhan keadaan psikologis pasien Skizofrenia sangat terbantu jika anggota keluarga yang menunjukkan perhatian, kasih sayang tulus kepada pasien. Menurut Friedman dalam (Yuliyanti T dan Zakiyah E, 2016). Dukungan keluarga adalah proses yang terjadi seumur hidup, dukungan diberikan pada setiap siklus pertumbuhan kehidupan. Dengan dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai tingkat kecerdasan dan kecerdikan yang berbeda-beda, sehingga dapat meningkatkan kesehatan keluarga dan kemampuan beradaptasi.

2.3 Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan persepsi subjektif dari diri sendiri terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari yang dialami (Daulay et al., 2021). Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi

kualitas hidup seseorang yaitu faktor demografi, kontrol, peluang yang potensial, keterampilan, dukungan keluarga, peristiwa kehidupan, sumber daya, perubahan lingkungan dan perubahan politik. Kualitas hidup yang buruk sering dikaitkan dengan perasaan tertekan, kurangnya kendali atas gejala dan kehidupan secara umum dan kualitas hidup yang baik dikaitkan dengan rasa sejahtera, kendali dan otonomi, persepsi diri yang positif, rasa memiliki, menjadi bagian dan berpartisipasi dalam kegiatan yang menyenangkan dan bermakna serta memiliki pandangan positif tentang masa depan (Sulistyowati & Insiyah, 2020). Penderita skizofrenia memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan masyarakat pada umumnya, bahkan jika dibandingkan dengan pasien penyakit fisik yang lain (Christina Rahayuningrum et al., 2021).

2.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Skizofrenia

Pentingnya dukungan keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa dapat dipandang dari berbagai segi, salah satunya yaitu keluarga tempat individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya. Dukungan dari keluarga akan mempengaruhi kualitas hidup pasien skizofrenia, dimana hal tersebut dihubungkan dengan kepuasan hidup, kebahagiaan, moral dan kesehatan pasien. Pengaruh tersebut berhubungan dengan kemampuan fungsional pasien skizofrenia, sehingga akan mengurangi tingkat kekambuhan (Dinata & Pribadi, 2023).