

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham yang kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan autisme. Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang paling sering. Hampir 1% penduduk di dunia menderita skizofrenia selama hidup mereka. Gejala skizofrenia biasanya muncul pada usia remaja akhir atau dewasa muda. Onset pada laki-laki biasanya antara 15-25 tahun dan pada perempuan antara 25-35 tahun. Prognosis biasanya lebih buruk pada laki-laki bila dibandingkan dengan perempuan. Onset setelah umur 40 tahun jarang terjadi (Elvira, 2013).

Skizofrenia paranoid merupakan gangguan jiwa berat yang memiliki karakteristik antara lain yaitu sangat sensitif, emosional dan mudah sekali cemas. Berdasarkan observasi penulis di RSJ Grhasia, penderita skizofrenia paranoid memerlukan penanganan medis untuk menyembuhkan penyakitnya, meskipun seratus persen tidak bisa kembali normal. Terapi medis dengan menggunakan obat-obatan dapat menetralkan seperti tingkah laku kacau, gaduh gelisah, waham, serta halusinasi pendengaran.

2. Penyebab

Menurut teori (Elvira, 2013) mengenai skizofrenia yang saat ini banyak dianut adalah sebagai berikut :

a. Genetik

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8 %; bagi saudara kandung 7-15%; bagi anak dengan salah satu orangtua yang menderita skizofrenia 7-16%; bila kedua orangtua menderita skizofrenia 40-68%; bagi kembar dua telur (heterozigot) 2- 15%; bagi kembar satu telur (monozigot) 61-86%.

b. Neurokimia

1) Hipotesis dopamin

Skizofrenia disebabkan oleh neuroaktifitas pada jaras dopamin mesolimbik. Hal ini didukung oleh temuan bahwa amfetamin yang kerjanya meningkatkan pelepasan dopamin dapat menginduksi psikosis yang mirip skizofrenia; dan obat psikotik (terutama obat tipe tipikal/ klasik) bekerja dengan cara memblok reseptor dopamin terutama reseptor D2. Keterlibatan neurotransmitter lainnya seperti serotonin, noradrenalin, GABA, glutamat dan neuropeptid lain masih terus diteliti oleh para ahli.

2) Hipotesis perkembangan saraf

Studi autopsi dan pencitraan otak memperlihatkan abnormalitas struktur dan morfologi otak penderita skizofrenia antara lain berupa berat otak yang rata-rata lebih kecil 6% daripada otak normal dan ukuran anterior-posterior yang 4% lebih pendek; pembesaran ventrikel otak non spesifik; gangguan metabolisme di daerah frontal dan temporal; dan kelainan susunan seluler pada struktur saraf di beberapa daerah korteks dan subkorteks tanpa adanya gliosis yang menandakan kelainan tersebut terjadi pada saat perkembangan. Studi neuropsikologis mengungkapkan defisit di bidang atensi, pemilihan konseptual, 12 fungsi eksekutif dan memori pada penderita skizofrenia. Semua bukti tersebut melahirkan hipotesis perkembangan saraf yang menyatakan bahwa perubahan patologis gangguan ini terjadi pada tahap awal kehidupan, mungkin sekali akibat pengaruh genetik dan dimodifikasi oleh faktor maturasi dan lingkungan.

3. Tanda Dan Gejala

a. Gejala Primer

- 1) Gangguan proses pikiran (bentuk, langkah dan isi pikiran) yang terganggu terutama aspek asosiasi, kadang-kadang suatu ide belum selesai diutarakan, sudah muncul ide yang lain. Sering ditandai oleh: menggunakan arti simbolik, terdapat clang association, jalan pikirannya tidak dapat dimengerti / inkoherensi, menyamakan hal-hal. Terjadi

bloking beberapa detik sampai beberapa hari, ada penderita yang mengatakan bahwa seperti ada yang lain didalam dirinya yang berfikir dan tanda sejenis lainnya.

2) Gangguan afek dan emosi

Dapat berupa :

- a) Kedangkalan afek dan emosi, klien menjadi acuh tak acuh pada hal-hal yang penting dalam hidupnya.
- b) Parathimi ; merasa sedih atau marah yang seharusnya timbul rasa tenang dan gembira.
- c) Paramimi ; klien menangis padahal merasa senang dan bahagia.
- d) Emosi, afek dan ekspresinya tidak mengalami kesatuan.
- e) Emosi yang berlebih. Hilang kemampuan untuk mengandalkan hubungan emosi yang baik.
- f) Ambivalensi pada afek : dua hal yang bertentangan berada pada satu objek

3) Gangguan kemauan

Ditandai antara lain :

- a) Tidak dapat mengambil keputusan
- b) Tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan
- c) Melamun dalam waktu tertentu yang lama.
- d) Negativisme ; perbuatan yang berlawanan dengan perlawanan

- e) Ambivalensi kemauan ; menghendaki dua hal yang berlawanan pada waktu yang sama
- f) Otomatisme ; merasa kemauannya dipengaruhi oleh orang lain atau tenaga dari luar sehingga ia berbuat otomatis.

4) Gangguan psikomotor

- a) Stupor : tidak bergerak dalam waktu yang lama.
- b) Hiperkinesia; terus bergerak dan tampak gelisah
- c) Stereotipi ; berulang melakukan gerakan atau sikap
- d) Verbigerasi ; stereotipi pembicaraan
- e) Manerisme ; stereotipi tertentu pada pada skizofrenia, grimaces pada muka atau keanehan berjalan dan gaya.
- f) Katalepsi ; posisi badan dipertahankan dalam waktu yang lama.
- g) Fleksibilitas cerea ; bila anggota badan dibengkokkan terasa suatu tahanan seperti lilin.
- h) Negativisme ; menentang atau justru melakukan berlawanan dengan apa yang disuruh.
- i) Otomatisme komando ; kebalikan dari negativisme.
- j) Echolalia; meniru kata-kata yang diucapkan orang lain.

b. Gejala Sekunder

1) Waham atau delusi

Keyakinan yang salah yang tidak dapat diubah dengan penalaran atau bujukan. Sangat tidak logis dan kacau tetapi klien tidak menyadari

hal tersebut dan menganggap sebagai fakta dan tidak dapat diubah oleh siapapun.

Jenis-jenis waham mencakup :

- a) kebesaran ; seseorang memiliki suatu perasaan berlebih dalam kepentingan atau kekuasaan.
- b) curiga ; seseorang merasa terancam dan yakin bahwa orang lain bermaksud untuk membahayakan atau menncurigai dirinya.
- c) Siar ; semua kejadian dalam, lingkungan sekitarnya diyakini merujuk / terkait kepada dirinya.
- d) kontrol ; seseorang percaya bahwa objek atau oang tertentu mengontrol perilakunya.

2) Halusinasi ;

Istilah ini menggarbarkan persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indra. Halusinasi pendengaran dan penglihatan yang sering,halusinasi penciuman, perabaan, dan pengecapan juga dapat terjadi.

Tanda gangguan yang berlangsung secara terus menerus sedikitnya selama 6 bulan adalah :

- a) Kecurigaan yang ekstrim terhadap orang lain.
- b) Halusinasi

Modalitas sensori yang tercakup dalam halusinasi :

- Pendengaran / auditorius

Mendengar suara atau bunyi, biasanya suara orang. Suara dapat berkisar dari suara yang sederhana sampai suara orang bicara mengenai pasien, untuk menyelesaikan percakapan antara dua orang atau lebih tentang pasien yang berhalusinasi. Jenis lain termasuk pikiran yang dapat didengar pasien yaitu pasien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkan oleh pasien dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu, kadang-kadang hal yang berbahaya.

- Penglihatan / visual

Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar geometris, gambar kartun, dan gambar atau panorama yang luas dan kopleks. Penglihatan dapat berupa sesuatu yang menyenangkan atau yang menakutkan (seperti melihat monster).

4. Asuhan keperawatan pasien skizofrenia

a. Pengkajian

tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Cara pengkajian lain berfokus

pada 5 (lima) aspek, yaitu fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual. Untuk dapat menjangkau data yang diperlukan, umumnya dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. isi pengkajian meliputi:

- 1) Identitas klien.
- 2) Keluhan utama/ alasan masuk.
- 3) Faktor predisposisi.
- 4) Faktor presipitasi.
- 5) Penilaian stresor
- 6) Sumber koping
- 7) Mekanik koping

Data pengkajian keperawatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi pengkajian perilaku, faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki klien.

Pengkajian tersebut dapat diuraikan menjadi :

- 1) Pengkajian perilaku

Perilaku yang berhubungan dengan persepsi mengacu pada identifikasi dan interpretasi awal dari suatu stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra tersebut digambarkan dalam rentang respon neurobiologis dari respon adaptif, respon transisi dan respon maladaptif.

2) Faktor predisposisi

Faktor predisposisi yang berpengaruh pada pasien halusinasi dapat mencakup:

a) Dimensi biologis

Meliputi abnormalitas perkembangan sistem syaraf yang berhubungan dengan repon neurobiologis maladaptif yang menunjukkan melalui hasil penelitian pencitraan otak, zat kimia, otak dan penelitian pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi yang menunjukkan peran genetik pada skizofrenia.

b) Psikologis

Teori psikodinamika untuk terjadinya respons neurobiologis yang maladaptif belum didukung oleh penelitian.

c) Sosial budaya

Stres yang menumouk dapat menunjang awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

3) Faktor presipitasi

Faktor predisposisi yang berpengaruh pada pasien halusinasi dapat mencakup:

a) Stressor biologis

Stresor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif meliputi gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak yang mengatur proses informasi dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

b) Stressor lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

c) Pemicu gejala

Pemicu merupakan perkusor dan stimuli yang menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu biasanya terdapat pada respons neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

d) Penilaian stressor

Tidak terdapat riset ilmiah yang menunjukkan ilmiah yang menunjukkan bahwa stres tidak menyebabkan skizofrenia. Namun studi mengenai relaps dan eksaserbasi gejala membuktikan bahwa stres, penilaian individu terhadap stresor, dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan gejala.

e) Sumber koping

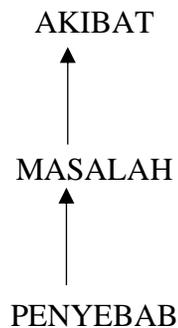
Sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Kekuatan dapat meliputi modal, seperti intelegensi atau kreativitas yang tinggi.

f) Mekanisme koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neubiologis maladaptif meliputi:

- 1) regresi, berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas hidup sehari-hari.
- 2) Proyeksi, sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi.

b. Pohon masalah



c. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi

dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurun, membatasi, mencegah dan merubah (Dermawan & Rusdi, 2013).

d. Rencana keperawatan

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan. Merupakan pedoman tertulis untuk perawatan klien. Rencana perawatan terorganisasi sehingga setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan perawatan yang diberikan. Rencana asuhan keperawatan yang dirumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka panjang (Yosep, 2011).

e. Implementasi keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik

dilaksanakan untuk memodifikasi. faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien.

f. Evaluasi keperawatan

Menurut Direja (2011), evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu: Evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai berikut :

- 1) S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur dengan menanyakan kepada pasien langsung.
- 2) O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan.
- 3) A : Analisis ulang atas data subjektif data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.
- 4) P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon pasien yang terdiri dari tindakan lanjut pasien dan tindakan lanjut oleh perawat.

B. *Supportive Therapy*

Supportive therapy adalah bentuk psikoterapi yang dapat diterapkan secara individu maupun kelompok. Tujuan dari terapi ini adalah untuk melakukan evaluasi diri, melihat kembali cara menjalani hidup, eksplorasi berbagai pilihan yang ada, dan mengajukan pertanyaan pada diri sendiri terkait hal-hal yang diinginkan di masa depan (Palmer, 2011). *Supportive therapy* termasuk salah satu intervensi. Teknik ini diyakini mampu meningkatkan rasa percaya diri terhadap diri sendiri dan lingkungan sekitar.

Supportive therapy dapat diterapkan pada semua usia, dimulai dari anak-anak, remaja, dan dewasa.. dapat pula digunakan secara individual atau kelompok. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terapi supportif efektif untuk menangani berbagai permasalahan terkait skizofrenia. Penelitian yang dilakukan oleh Harkomah dkk (2018) menunjukkan bahwa *supportive therapy* merupakan salah satu terapi yang dapat berpengaruh pada keterampilan sosialisasi pada penderita skizofrenia. Penelitian lain oleh Pardede (2017) menunjukkan adanya pengaruh *supportive therapy* untuk mengurangi dorongan bunuh diri pada pasien skizofrenia.

Supportive therapy berupaya untuk membantu agar subjek dapat menjalankan fungsinya secara lebih efektif dengan cara memberikan dukungan secara personal. Terapis tidak meminta subjek berubah, akan tetapi terapis berperan sebagai pendamping. Terapis mendorong subjek untuk melakukan refleksi situasi terhadap kehidupan mereka di lingkungan. Secara umum dapat disimpulkan bahwa *supportive therapy* memiliki tujuan untuk memperkuat fungsi psikologis subjek

agar lebih sehat dan diharapkan muncul pola-pola perilaku yang lebih adaptif. Tujuan lain dari *supportive therapy* adalah mengurangi konflik intrapsikis yang seringkali berdampak pada munculnya gejala-gejala gangguan mental. Empati, dorongan dan dukungan merupakan aspek yang harus diberikan oleh terapis. Selain itu terapis juga perlu membangun hubungan saling percaya. Kepercayaan seorang klien pada terapis akan memberikan pengaruh dalam proses terapi (Mutiara, 2017). Terapi suportif dapat mengarah pada peningkatan adaptasi, fungsi interpersonal, kestabilan emosi, ketahanan dalam mengatasi masalah, dan meningkatkan harga diri. Bentuk terapi sering kali paling berguna dalam mendukung pasien melalui masa krisis, tetapi juga bisa efektif dalam mencapai keuntungan dalam jangka panjang berkaitan dengan situasi kronis.

Beberapa Sikap yang dilakukan oleh terapis saat melakukan *supportive therapy* adalah :

1. Berusaha membangun, mengubah dan menguatkan impuls-impuls tertentu serta membebaskan diri dari impuls yang mengganggu secara masuk akal dan sesuai hati nurani.
2. Berusaha meyakinkan pasien dengan alasan yang masuk akal tentang realitas yang ada. topik pembahasan adalah tentang ide dan kebiasaan pasien yang mengarah pada terjadinya gejala.

Terapi ini terdiri dari beberapa tahapan dan masing-masing memiliki tujuan yang berbeda. diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Konfrontasi Asses Belief

Menginterpretasikan mengenai system keyakinan subjek yang timbul sebagai akibat persepsi yang salah mengenai suatu masalah. Dilakukan klarifikasi, reformulasi, empatik, nasehat, pujian serta penegasan.

2. Dispute Irrasional Belief

Menggoyahkan dan menyusun kembali system keyakinan subjek dari irrasional menjadi rasional, dilakukan klarifikasi, reformulasi, empatik, nasehat, pujian serta penegasan.

3. Pemberian Dukungan

Memberikan support dan dukungan kepada subjek dan membantu subjek menemukan rasa percaya dirinya.

4. Teknik Pernafasan

Memberikan metode pernafasan kepada subjek, sehingga dapat membantu melepaskan emosi pada saat marah atau tertekan.

5. Berfikir Logis

Memberikan cara kepada subjek untuk menggunakan cara berfikir logis agar terhindar dari berprasangka terhadap lingkungan sekitar.

6. Jadwal Harian

Membantu subjek membuat jadwal harian yang dapat dilakukan pada saat ia berada dirumah.

Ada beberapa sesi yang dilakukan untuk intervensi suportif terapi:

Pada sesi 1 dilakukan building raport dan kontrak terapi. Pada sesi ini subjek mengatakan ingin pulang, subjek juga menceritakan harapan-harapan serta keinginannya pada saat ia berada dirumah. Subjek juga menjelaskan alasan kenapa ia berada dirumah sakit. Peneliti dan subjek membuat kesepakatan untuk intervensi, subjek menyetujui untuk dilakukannya terapi selama beberapa hari kedepan agar bisa membantu subjek menjadi lebih baik dan mengurangi beban yang dirasakannya selama ini.

Sesi ke-2 dan 3 yaitu konfrontasi *asses belief* dan *dispute irrasional belief* dalam sesi ini, peneliti menanyakan tentang keyakinan yang dimiliki oleh subjek, membantu subjek berfikir logis dan bersama-sama dengan subjek mencari tahu serta memberikan penjelasan kepada subjek terhadap keyakinan yang dimiliki oleh subjek. Pada sesi ini peneliti memberikan apresiasi terhadap subjek atas kejujuran dan penerimaan terhadap permasalahan yang dihadapi.

Sesi ke-4 pemberian dukungan dan berfikir logis, dalam hal ini Subjek diajak untuk melihat potensi-potensi yang dapat dikembangkan pada dirinya. Terapis memberikan penguatan agar subjek memahami berbagai pemikiran irasional dan berbagai perilaku yang selama ini menjadi penghambat dalam kehidupannya. Sugesti konkrit diberikan pada subjek untuk menentukan tujuan dan hal-hal yang selanjutnya akan dilakukan agar subjek tidak mengalami kekambuhan serta dapat berfungsi dengan lebih adaptif dalam kehidupan sehari-hari, baik di lingkungan keluarga, lingkungan sosial, dan lingkungan pekerjaan.

Sesi ke-5 adalah teknik pernafasan, peneliti mengajarkan kepada klien tentang teknik pernafasan untuk membantu klien meringankan rasa marah dan emosi.

Sesi ke-6 adalah berfikir logis, peneliti mengajak subjek untuk mencari tahu darimana munculnya prasangka-prasangka subjek. Peneliti memberikan cara kepada subjek untuk menggunakan cara berfikir logis agar terhindar dari berprasangka terhadap lingkungan sekitar.

Sesi ke- 7 adalah membuat jadwal harian, dalam hal ini peneliti meminta subjek untuk membuat jadwal harian kegiatan yang akan dilakukan subjek saat subjek kembali pulang kerumah. Subjek membutuhkan jadwal harian untuk membantu menemukan aktivitas yang bermanfaat saat berada dirumah. Hal ini juga akan membantu subjek untuk lebih disiplin dalam menjalankan rutinitas sehari hari dan disiplin dalam meminum obat.

Terapi suportif kelompok dan individu memiliki perbedaan yaitu pada sesi yang akan dilakukan. Pada terapi individu ada 7 sesi yang akan dilakukan. Sedangkan pada terapi suportif kelompok dilakukan dengan 4 sesi dan 45- 60 menit setiap sesinya.