

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang terjadi dalam jangka panjang yang ditandai dengan gangguan proses berpikir dan tanggapan emosi yang lemah. Hal ini menyebabkan sebagian pasien mengalami perubahan struktural dan fungsional di otak bahkan sejak in utero (dalam kandungan) bahkan pada masa kanak-kanak, remaja atau keduanya. Teori-teori yang ada saat ini berkombinasi untuk menghasilkan gambaran dan perjalanan klinis yang sangat bervariasi serta melibatkan banyak gen dengan mutasi yang umum termasuk delesi dan insersi besar (variasi jumlah salinan. Skizofrenia merupakan gangguan yang dapat mempengaruhi mental manusia dan efek buruk yang ditimbulkan biasanya bertahan lama hingga membutuhkan perawatan seumur hidup (Harkomah *et al.*, 2018).

Psikosis menimbulkan persepsi pikiran atau imajinasi dari pasien sebagai kenyataan yang mencakup halusinasi sehingga menggambarkan mispersepsi pikiran. Gejala tingkat pertama skizofrenia meliputi halusinasi pendengaran, pikiran yang tidak rasional, kepasifan individu, delusi serta pasien menganggap waham sebagai persepsi yang nyata.

2.1.2 Epidemiologi Skizofrenia

Penyakit skizofrenia pada negara di seluruh dunia telah mencapai 450 juta jiwa dan lebih dari 50% individu yang menderita gangguan tersebut tidak mendapatkan pelayanan yang memadai dan tepat sasaran. Kejadian skizofrenia pada wanita lebih rendah dibandingkan pada pria dengan kejadian tahunan berjumlah 15,2% per 100.000 penduduk. Hampir 70% dari mereka dirawat di bagian psikiatri

dikarenakan skizofrenia. Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk yang banyak memiliki prevalensi skizofrenia yang tinggi, tetapi data skizofrenia sangat disayangkan tidak dimiliki oleh Indonesia, sehingga perlu dilakukan kajian skizofrenia secara komprehensif agar pencegahan penyakit tersebut bisa dilakukan dengan baik (Zahnia and Sumekar, 2016).

Di Indonesia prevalensi angka dari masalah kesehatan jiwa dikatakan tergolong yang termasuk sedang dibandingkan dengan negara yang lain yaitu berkisar sebesar 6,55% jiwa. Hingga kini diperkirakan bahwa jumlah penderita gangguan jiwa berat mencapai kurang lebih 2,5 juta yang dinyatakan pada 33 rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia. Dari Data Riset Kesehatan Dasar 2013, tercatat bahwa jumlah penderita dengan gangguan mental berat berkisar sebanyak 1,7% per 1000 orang (Pinilih *et al.*, 2015).

Satu persen antara jenis kelamin laki-laki maupun perempuan dari populasi dunia yang menderita skizofrenia dengan gejala yang biasanya muncul pertama kali kemungkinan pada masa remaja atau awal masa dewasa. Lebih dari separuh pasien skizofrenia pria mempunyai usia awitan 8-25 tahun dan pada wanita 25-35 tahun. Kerugian karena perawatan dan kebutuhan yang mahal merupakan masalah kesehatan pada penderita skizofrenia sehingga pada penelitian pasien rawat inap maupun rawat jalan dilaporkan bahwa rasio kematian pasien skizofrenia dikatakan meningkat (Zahnia and Sumekar, 2016).

2.1.3 Etiologi Skizofrenia

Etiologi skizofrenia dikaitkan dengan sejumlah faktor yang meningkatkan risiko kejadian skizofrenia. Faktor-faktor penyebab terjadinya skizofrenia adalah sebagai berikut :

2.1.3.1 Faktor genetik dan lingkungan sosial

Faktor genetik terlibat dalam kerentanan terhadap perkembangan skizofrenia. Penelitian pada keluarga menunjukkan bahwa risiko mengalami skizofrenia lebih besar pada keluarga biologis pasien daripada 1% populasi umum, namun yang jelas skizofrenia bukanlah penyakit genetik sepenuhnya. 13 kali lipat sampai 15 kali lipat anak-anak yang lahir dari orang tua dengan skizofrenia memiliki risiko paling tinggi (40%-50%), pada anak kembar monozigotik (identik) dari seseorang dengan skizofrenia. Saudara dari proband dengan skizofrenia memiliki tujuh sampai sepuluh kali lipat peningkatan risiko gangguan ini. Karena tingkat kecocokan tidak 100% pada kembar monozigot maka faktor non genetik juga berkontribusi pada perkembangan kelainan ini (Ananda, 2019).

2.1.3.2 Faktor Prenatal

Faktor ini sering dialami pada saat prenatal terpanjang dengan epidemi influenza antara bulan ketiga dan ketujuh kehamilan. Sering juga terjadi pada mereka yang lahir di akhir musim dingin atau awal musim semi. Kemungkinan diperkirakan penyebab faktor prenatal ini karena infeksi virus maternal (Ananda, 2019).

2.1.3.3 Faktor Perinatal

Penelitian mengatakan bahwa skizofrenia lebih sering dialami oleh mereka yang menderita komplikasi obstetric selama lahiran. Penyebabnya kemungkinan karena trauma pada otak, misalnya persalinan dengan forceps dan hipoksia (Ananda, 2019).

2.1.3.4 Kepribadian (Skizotipal)

Pasien yang mengalami gangguan ini memiliki keanehan atau ketidaknormalan pada penampilan, ide, perilaku dan bicara serta hubungan antar personal. Kejadian ini lebih sering terjadi pada keluarga tingkat pertama pasien dan dianggap sebagai bagian dari spectrum genetik skizofrenia (Ananda, 2019).

2.1.3.5 Stresor Psikososial

Faktor ini dapat menimbulkan anggapan bahwa peristiwa hidup dapat bertindak sebagai faktor presipitasi (stimulus yang mengancam individu) pada orang yang beresiko mengalami skizofrenia. Namun pada hipotesis ini, bukti terbarunya tidak konsisten dan tidak memberi dukungan kuat secara keseluruhannya (Ananda, 2019).

2.1.3.6 Keluarga Pasien

Perubahan pada bangkitan fisiologis memungkinkan dapat menimbulkan peningkatan angka rekurensi pada pasien yang hidup dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi tinggi. Keluarga yang suka memberi kritik mengenai pasien cenderung terlibat berlebihan secara emosional (Ananda, 2019).

2.1.3.7 Faktor Sosial

Kurangnya stimulasi dalam lingkungan sosial terhadap pasien dengan skizofrenia kronik dapat mengakibatkan peningkatan gejala-gejala “negatif”, terutama secara sosial melakukan penarikan diri yang mempengaruhi penumpukan ide-ide. Keadaan ini disebut juga dengan kemiskinan pergaulan dalam bersosialisasi. Sebaliknya, jika stimulasi sosial yang

berlebihan dapat berperan menjadi suatu stresor psikososial (Ananda, 2019).

2.1.3.8 Neurotransmitter

Gambaran klinis gangguan ini disebabkan karena adanya hiperaktivitas dopaminergik sentral dalam sistem mesolimbik-mesokorteks berdasarkan hipotesis dopamine pada skizofrenia (Ananda, 2019).

2.1.3.9 Patologi Perkembangan Saraf

Riset dari saraf struktural dengan pneumoensefalografi *X-ray computerized tomography* (CT) dan magnetic resonance imaging (MRI) memperlihatkan kalau pembesaran ventriculus cerebri dirasakan sebagian dari 14 penderita skizofrenia. Biasanya pembesaran tersebut dipercaya bukan diakibatkan oleh penyembuhan, terjalin dikala awitan penyakit serta umumnya nonprogresif (Ananda, 2019).

2.1.3.10 Faktor-faktor Psikoimunologis

Pergantian imunologis yang ditemui pada skizofrenia meliputi pergantian sel darah putih serta immunoglobulin dan terdapat kemungkinan diakibatkan oleh peradanga, misalnya virus (Ananda, 2019).

2.1.3.11 Faktor-faktor Psikoneuroendokrinologis

Hormon yang sudah dilaporkan nampak berganti pada skizofrenia meliputi gonadotropin, somatotropin, somatostatin, substansi P serta hormon pelepas tirotropin (TRH). Sebagian zat hormonal, semacam fragmen menyamai kolesistokinin (CCK), CCK-8, berguna dalam penyembuhan skizofrenia (Ananda, 2019).

2.2 Terapi Skizofrenia

2.2.1 Terapi Nonfarmakologi

Pengobatan nonfarmakologi pada penderita skizofrenia berbentuk pendekatan psikososial. Intervensi psikososial ialah bagian dari perawatan yang komprehensif serta bisa tingkatkan kesembuhan bila diintegrasikan dengan pengobatan farmakologis. Intervensi psikososial diperuntukan buat membagikan sokongan emosional pada penderita.

Pengobatan psikososial dimaksudkan pengidap supaya sanggup kembali menyesuaikan diri dengan area sosial sekitarnya serta sanggup menjaga diri, sanggup mandiri tidak bergantung pada orang lain sehingga tidak jadi beban bagi keluarga serta warga. Pengidap sepanjang ini menempuh pengobatan psikososial ini sebaiknya masih senantiasa konsumsi obat psikofarmaka sebagaimana pula halnya waktu menempuh psikoterapi (Fitrianidiah, 2017).

Berikut beberapa terapi psikososial dalam penyakit skizofrenia, yaitu :

2.2.1.1 Terapi Kelompok

Terapi kelompok adalah salah satu tipe pengobatan humanistik. Pada pengobatan ini, sebagian pengidap berkumpul dan saling berbicara sehingga pengobatan berfungsi seperti fasilitator serta bagaikan pemberi arah di dalamnya. Para partisipan pengobatan ini saling membagikan feedback pemikiran yang dirasakan. Partisipan didorong dalam kondisi sosial untuk saling berkomunikasi, sehingga para partisipan bisa memperluas pengalaman dalam keahlian berbicara.

Pengobatan kelompok untuk skizofrenia umumnya memusatkan pada rencana, permasalahan, serta ikatan dalam kehidupan nyata. Kelompok bisa jadi terorientasi secara

sikap, terorientasi secara psikodinamika, ataupun suportif. Pengobatan kelompok efisien dalam menurunkan isolasi sosial, rasa persatuan dan tes realitas untuk penderita skizofrenia dapat meningkat. Kelompok yang mengetahui dengan metode suportif, bukannya dalam metode interpretatif, tampaknya sangat membantu untuk penderita skizofrenia (Fitrianidiah, 2017).

2.2.1.2 Terapi Perilaku

Terapi ini adalah aplikasi dari prinsip belajar untuk pencegahan sikap maladaptif. Orientasi pengobatan ini terletak pada minatnya dalam menanggulangi dengan tepat keluhan yang hendak ditampilkan penderita, serta melatih penderita dalam mendapatkan keahlian baru untuk mengatur kehidupan supaya lebih efisien.

Pendekatan perilaku membuktikan pemikiran positif serta optimis terhadap sikap manusia yang dianggap tidak universal. Metode untuk kurangi kecemasan umumnya berkaitan dengan memasang stimulus yang memunculkan kecemasan dengan stimulus netral. Pada kontrol stimulus suasana di luar diri orang dikelola agar sikap yang diinginkan muncul dan terus dilaksanakan. Apabila sikap muncul dan menetap maka diberi penguatan positif. Penguatan sendiri terbagi menjadi 2, yaitu penguatan positif dan penguatan negatif. Penguatan positif bisa berbentuk hadiah, dan sebaliknya penguatan negatif bisa berbentuk penghindaran ataupun penghilangan stimulus yang membuat perasaan tidak aman serta tidak berkaitan dengan hukuman.

2.2.1.3 Terapi Individual

Menyatukan ikatan umumnya susah dilakukan oleh penderita skizofrenia yang seringkali suka menyendiri hingga menolak keakraban dan menaruh kepercayaan. Terdapat pengamatan yang teliti dari jauh, kesabaran serta ketulusan hati lebih disukai daripada merendahkan diri. Kunci dari pengobatan individu dengan pendekatan strategi, penerapan komunikasi merupakan bagaimana penderita bisa mengatakan perasaannya, bisa mengatakan sikap yang diperankannya serta menilainya cocok dengan keadaan kenyataan. Essensi dari pengobatan individu ini mencakup segala aspek kehidupan yang menjadi beban psikisnya. Perihal ini membolehkan dalam proses pengobatan individu permasalahan yang terjalin pada penderita, hendaknya dieksplorasi hingga pada titik kasus yang krusial serta didiskusikan sesuai dengan suasana, keadaan, dan keahlian yang dimiliki penderita (Fitriandiah, 2017).

2.2.2 Terapi Farmakologi

Obat-obatan yang digunakan dalam menyembuhkan skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengendalikan halusinasi, delusi serta pergantian pola pikir yang terjalin pada skizofrenia. Antipsikotik pertama diperkenalkan 50 tahun yang lalu dan terapi obat-obatan pertama yang efisien dalam menyembuhkan skizofrenia. Ada 2 jenis obat antipsikotik yang diketahui yaitu disebut juga dengan antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal.

Antipsikotik mempunyai aktivitas yang nyaris sama dalam memblok aktivitas dari neurotransmitter dopamin. Tetapi, ada bermacam jenis skizofrenia yang menggambarkan pemicu fisiologi yang berbeda, sehingga bisa dikatakan antipsikotik ini mempunyai tingkatan daya guna yang berbeda dalam tiap penderita yang berbeda. Pemilihan tipe antipsikotik mempertimbangkan indikasi psikosis yang dominan serta

efek samping obat. Apabila gejala negatif lebih menonjol dari gejala positif, pilihannya merupakan obat antipsikotik atipikal (golongan generasi kedua), dan kebalikannya bila dinyatakan gejala positif yang lebih menonjol dibanding gejala negatif, pilihannya merupakan tipikal (golongan generasi pertama) (Fitriandiah, 2017).

Antipsikotik telah diklasifikasikan secara luas menjadi dua kelompok yaitu antipsikotik tipikal dan atipikal. Agen yang lebih tua (yaitu, yang diperkenalkan di Amerika Serikat sebelum tahun 1990) disebut sebagai antipsikotik antagonis atau antagonis konvensional atau antagonis reseptor dopamin dengan aktivitas farmakologis yang dikaitkan dengan blokade reseptor pusat dopamin, khususnya sub tipe reseptor D2. Agen ini juga telah disebut sebagai obat penenang utama, neuroleptik, dan antipsikotik first generation (Ningsih, 2019).

2.2.5.1 Antipsikotik Generasi (APG-1)

Antipsikotik Generasi (APG-1) merupakan obat golongan tipikal yang merupakan antagonis reseptor dopamin berafinitas tinggi. Aksi terapi dari obat-obat antipsikotik tipikal secara langsung memblok reseptor dopamin tipe 2 (D2) yang spesifik di jalur dopamin mesolimbik. Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Terdapat empat jalur obat yang bekerja menghambat jalur dopamin ini. Penting dalam teori dopamin, yaitu jalur mesolimbik, mesokorteks, nigrostriatal, dan tuberoinfundibuler.

Aksi memblok reseptor dopamin tipe 2 mempunyai efek menurunkan hiperaktifitas dalam jalur yang menyebabkan munculnya gejala positif dari psikotik. Semua antagonis reseptor dopamin dengan preparat liquid lebih efisien diabsorpsi dibandingkan dengan tablet atau kapsul. Waktu

paruh Haloperidol adalah kira-kira 24 jam. Efek samping obat golongan tipikal adalah timbulnya gejala ekstrapiramidal. Gejala ekstrapiramidal yang terjadi bisa berupa dystonia dan akathisia. Efek samping lain yang sangat berbahaya adalah Sindroma Neuroleptik Maligna yang ditandai dengan hipertermia, rigiditas, akinesia, mutisme, kebingungan, agitasi, hipertensi hingga kolapsnya sistem kardiovaskular (Ningsih, 2019).

2.2.5.2 Anti Psikotik Generasi (APG-2)

Antipsikotik Generasi (APG-2) merupakan obat atipikal. Cara kerja APG-2 yaitu dengan memblok reseptor dopamin dan reseptor 5 HT-2, karena efektif untuk menurunkan atau menghilangkan gejala positif maupun negatif. Karena sebab itulah saat ini Risperidon menjadi terapi firstline pasien skizofrenia menggantikan obat antipsikotropika tipikal.

Dosis efektif Risperidone yang digunakan sebesar 2,7 mg/hari dan aman digunakan pada fase akut psikotik dengan dosis dibawah 4 mg/hari. Pemberian Risperidon 4 mg/hari menunjukkan kerja yang sangat cepat dalam menangani psikosis atau skizofrenia dibandingkan dengan pemberian Haloperidol 10 mg/hari terutama selama minggu pertama.

Penggunaan obat antipsikotik yang direkomendasikan berdasarkan American Psychiatric Association (APA) menyebutkan bahwa rentang dosis untuk Haloperidol adalah 5 sampai 20 mg/hari setara dengan Risperidon 2 sampai 8 mg/hari. Sediaan Risperidon yang disediakan oleh sistem JKN menurut Pedoman Penerapan Formularium Nasional adalah tablet salut 1 mg dan 2 mg serta tablet 3 mg. Risperidon diabsorpsi dengan cepat dari saluran cerna setelah pemberian peroral sebesar 70-85%. Proses absorpsi tidak

dipengaruhi oleh makanan sehingga dapat diberikan dengan atau tanpa makanan. Risperidon mencapai konsentrasi plasma puncak dalam 2 jam. Risperidon terlihat lebih unggul bila dibandingkan dengan penggunaan jenis antipsikotik tipikal dan rata-rata terjadinya relaps lebih rendah. Obat ini juga dilaporkan dapat menimbulkan gejala ekstrapiramidal, namun sangat kecil dibandingkan dengan antipsikotik tipikal. Efek samping yang ditimbulkan oleh Risperidon adalah meningkatkan konsentrasi prolaktin yang memicu terjadinya galaktore dan gangguan menstruasi pada wanita serta gangguan seksual pada pria. Efek samping lain yang mungkin terjadi adalah konstipasi, takikardi dan peningkatan berat badan.

Tabel 2.1 Perbedaan Antipsikotik Tipikal dengan Atipikal
(Ningsih, 2019)

No	Tipikal	Atipikal
1	Generasi lama	Generasi baru
2	Memblok reseptor dopamine D2	Memblok reseptor 5-HT (serotonin), afinitas efek blok D2 rendah
3	Efek samping EPS besar	Efek samping EPS rendah Efek untuk mengatasi gejala baik positif maupun negatif
4	Efek untuk mengatasi gejala positif Potensi rendah: Klorpromazin, Mesoridazin	Clozapin, Risperidon, Olanzapin, Quetiapin, Ziprasidon, Aripiprazol
6	Potensi tinggi : Flufenazin, Perfenazin, Haloperidol	Thiotixene,
7	Pada dasarnya potensi tidak berhubungan dengan efektifitas obat. Jika digunakan dalam dosis yang	Terdapat hubungan kuat antara sistem dopaminergik dan serotonergik. Serotonin digunakan dalam dosis yang memodulasi fungsi dopamin

ekuipoten semua antipsikotik Saat ini lebih banyak tipikal sama efikasinya digunakan sebagai pilihan, (contoh: 15 mg Haloperidol karena relatif lebih aman. ekuivalen dengan 750 mg klorpromazin)

2.3 Pengukuran Terapi Skizofrenia

2.3.1 *Positive And Negative Syndrome Scale-Excited Component (PANSS-EC)*

Analisis efektivitas terapi dinilai dengan PANSS-EC (*Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component*). PANSS-EC (*Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component*) atau PANSS komponen gaduh gelisah merupakan subskala yang telah divalidasi dari PANSS yang digunakan untuk mengukur gejala-gejala agitasi, dan menilai 5 (lima) gejala, yaitu : buruknya control terhadap impuls, ketegangan, permusuhan, ketidak-kooperatifan dan gaduh gelisah. Pada fase akut skizofrenia merupakan fase emergensi yang butuh instrument penilaian yang cepat dan efektif (Montoya, 2011). Maka dari itu, instrument PANSS yang terdiri dari 30 butir gejala tersebut disederhanakan menjadi 5 butir gejala yang disebut dengan PANSS-EC. Lima butir gejala tersebut berupa :

- a) Gaduh gelisah (P4) merupakan hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respon terhadap stimulus, waspada berlebihan atau labilitas perasaan yang berlebihan;
- b) Permusuhan (P7) merupakan ekspresi verbal dan non verbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif agresif, caci maki, dan penyerangan;
- c) Ketegangan (G4) yang merupakan manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, kecemasan, dan agitasi seperti kekakuan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan;
- d) Ketidakkooperatifan (G8) merupakan gejala aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk

pewawancara, staf rumah sakit atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, dan penolakan terhadap otoritas selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga;

- e) Pengendalian impuls yang buruk (G14) merupakan gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur, sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa peduli konsekuensinya.

Masing-masing gejala dinilai oleh dokter pada skala 1-7. Apabila ditemukan hasil total skor 25-35 pada pengukuran PANSS gaduh gelisah pasien, maka pasien tersebut dapat dikategorikan dalam indikasi untuk dilakukan perawatan di rumah sakit. Penilaian PANSS-EC dimulai dari 1 (tidak ada) sampai dengan 7 (sangat parah); nilai berkisar antara 5 sampai 35. Jika nilai ≥ 20 maka berarti pasien memiliki gejala klinis dengan agitasi parah. Adapun nilai rata-rata ≥ 20 klinis menunjukkan adanya agitasi akut.

Dari perspektif klinis, PANSS-EC adalah salah satu skala yang paling sederhana tetapi paling intuitif yang digunakan untuk menilai pasien gaduh gelisah. Pasien Skizofrenia fase akut akan pindah ke fase stabil jika nilai PANSS-EC ≤ 15 . Penilaian PANSS-EC dilakukan pada awal (pre-test) dan akhir (post-test) masa pengobatan (Ningsih, 2019).

2.3.2 *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) & the Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS)*

(SANS) dan (SAPS) dikembangkan pada tahun 1980 untuk mengisi kesenjangan yang mencolok dalam perlengkapan yang secara efisien mengukur tingkatan keparahan gejala negatif serta gejala positif. Skala standar yang mengukur gejala positif ataupun negatif tidak ada saat itu, serta indikasi negatif kerap diabaikan, baik dalam secara

klinis ataupun dalam riset, sedangkan gejala positif kadang-kadang sangat ditekankan. SAPS dan SANS biasanya digunakan untuk memperhitungkan indikasi skizofrenia yang sudah dikenal sejak tahun 1980-an. Klimidis et al. dan Minas, dkk. menganjurkan struktur multidimensi yang terdiri dari paling tidak 3 jenis, yaitu halusinasi/delusi, gejala gangguan positif dan negatif, daripada cuma membagi gejala skizofrenia menjadi gejala positif dan negatif. Gejala menggunakan SAPS dan SANS menciptakan model 3 ukuran yang terdiri dari aspek psikotik, tidak terorganisir, dan negatif (Kumari *et al.*, 2017).

2.3.3 *Negative Symptoms Assesment-16 (NSA-16)*

Skala NSA-16 dikembangkan oleh Alphs et al. pada tahun 1989. NSA-16 memeriksa keberadaan, keparahan, dan macam-macam gejala negatif yang terpaut dengan skizofrenia. Itu dimaksudkan untuk instrumen yang ringkas dan mudah digunakan dengan watak psikometrik yang kokoh dalam perihal validitas, reliabilitas, sensitivitas terhadap pergantian, dan utilitas klinis yang baik.

NSA-16 merupakan wawancara semi-terstruktur yang berisi 16 item komprehensif yang memperhitungkan sindrom skizofrenia negatif dan mencakup faktor-faktor berikut, yaitu komunikasi, pengaruh emosi, keterlibatan sosial, motivasi, serta keterbelakangan. Faktor-faktor ini dinilai dengan wawancara terstruktur luas serta didefinisikan dengan baik untuk standarisasi penilaian.

Studi ini dukungan untuk model multidimensi dari gejala negatif pada skizofrenia dan menawarkan dimensi yang bermanfaat dalam evaluasi gejala negatif. Pengukuran standar dari gejala negatif dicapai dalam uji coba internasional, lebih lanjut menunjang validitas NSA-16. Dawn Velligan et al. memeriksa apakah perubahan gejala negatif (NSA-16) berhubungan dengan perubahan hasil fungsional. Hasil

menampilkan kalau ikatan antara perubahan gejala negatif dan perubahan hasil fungsional secara kompleks mendorong gejala negatif dalam skala fungsional sosial dan pekerjaan (SOFAS) daripada kebalikannya.

Keterbatasan utama NSA-16 merupakan ketergantungan yang besar pada fungsi ataupun perilaku, apalagi adanya pengalaman semacam berkurangnya dorongan sosial dan tingkat keparahannya diukur pada frekuensi interaksi sosial. SANS dan NSA-16 keduanya memberikan evaluasi yang berfokus pada gejala negatif, namun mereka wajib digunakan bersama dengan skala peringkat gejala positif (Kumari *et al.*, 2017).

2.3.4 *Clinical Global Impression Schizophrenia (CGI-SCH)*

Skala CGI-SCH memperhitungkan gejala positif, negatif, tekanan mental, kognitif, serta keparahan skizofrenia secara totalitas. Skala (CGI-SCH) merupakan instrumen evaluasi pendek yang awal mulanya dikembangkan dari skala Clinical Global Impression (CGI) serta skala Penderita CGI-Bipolar (CGI-BP). Kemudian dikembangkan lagi dalam menekuni hasil penyembuhan antipsikotik skizofrenia dalam suatu riset studi observasional (*Skizofrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO)*).

Riset ini merumuskan kalau skala CGI-SCH merupakan instrumen yang valid dan andal dalam mengevaluasi tingkatan keparahan serta respons penyembuhan pada skizofrenia. Pemberian instrumen simpel, ringkas, hingga cepat yang menjadikannya skala yang pas untuk digunakan dalam riset observasi dalam aplikasi klinis teratur.

CGI-SCH merupakan skala yang lebih simpel sebab cuma terdiri dari 2 jenis yaitu tingkatan keparahan penyakit serta tingkatan perubahan. Tingkatan keparahan jenis penyakit mengevaluasi suasana sepanjang seminggu saat sebelum evaluasi, sebaliknya tingkatan jenis perubahan

mengevaluasi pergantian dari penilaian. Tiap jenis berisi 5 peringkat yang berbeda (positif, negatif, tekanan mental, kognitif, dan global) yang dievaluasi memakai skala ordinal 7 poin. CGI-SCH tidak mempunyai reliabilitas antar penilai yang baik, sensitivitas terhadap pergantian, serta koefisien korelasi yang rendah untuk peringkat tekanan mental/depresi (Kumari *et al.*, 2017).

2.3.5 *Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS) & Brief Negative Symptom Scale (BNSS)*

Pada tahun 2005, Institut Nasional Kesehatan Mental mengadakan konferensi pengembangan konsensus dari tanda-tanda negatif. 2 skala indikasi negatif generasi mendatang dihasilkan dari pertemuan BNSS dan CAIN. Kedua dimensi ini digunakan dalam berbagai penelitian dalam buletin skizofrenia membagikan perbandingan psikometrik langsung awal dari skala ini. Penemuan dari penelitian ini menampilkan kalau kedua skala mempunyai watak psikometrik yang baik.

CAINS merupakan perlengkapan yang efisien serta tervalidasi dalam mengukur gejala negatif pada skizofrenia. Skala tersebut menampilkan konsistensi internal yang baik, stabilitas uji ulang, serta konvensi antar penilai. CAINS pula menampilkan validitas konvergen yang kokoh, yang ditetapkan oleh keterkaitan dengan dimensi gejala negatif yang lain.

CAINS dan BNSS menarik karena kehandalan dan formatnya yang mudah diakses, meskipun begitu, skala yang lebih sederhana, mudah diakses, mudah digunakan, yang menggabungkan model multidimensi skizofrenia, membahas komponen psikososial dan kognitif masih belum dikembangkan. Sehingga skala yang lebih lama tidak memasukkan penelitian terbaru tentang gejala negatif yang ditetapkan

oleh konferensi pengembangan konsensus NIMH tentang gejala negatif (CAINS dan BNSS) (Kumari *et al.*, 2017).

2.4 Gejala Skizofrenia

Pada skizofrenia tidak ada gejala yang patognomik khusus. Ada pula perwujudan klinis yang dicermati pada pasien dengan skizofrenia terdiri dari 2 gejala positif (*hard symptoms*) dan gejala negatif (*soft symptoms*), yaitu :

2.4.1 Gejala positif (*hard symptoms*) pada skizofrenia, antara lain :

- a) Delusi (waham) merupakan suatu kepercayaan yang tidak rasional (tidak masuk akal), tidak benar, tidak berganti (*fixed*), serta tidak bersumber pada realitas atau kenyataan. Walaupun sudah dibuktikan secara obyektif kalau keyakinannya itu tidak rasional, pengidap senantiasa meyakini kebenarannya.
- b) Halusinasi ialah anggapan sensoris yang tidak benar dan tidak bersumber pada kenyataan, merupakan pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus), misalnya pengidap mendengar suara-suara ataupun bisikan-bisikan ditelinganya sementara tidak ada sumber dari suara ataupun bisikan tersebut.
- c) Ambivalen yaitu memiliki dua kepercayaan ataupun keyakinan yang bertentangan dengan seseorang yang sama, suatu peristiwa, ataupun suatu situasi. Ia memiliki perasaan ataupun pikiran yang berlawanan.
- d) *Associative loosen* (kekacauan alam pikiran) dimana pengidap mempunyai pikiran ataupun ide yang terpisah-pisah serta tidak terdapat ikatan satu dengan yang lain. Perihal ini bisa dilihat dari isi pembicaraannya, misalnya bicarannya kacau sehingga tidak bisa diiringi alur pikirannya.
- e) Echopraxia ialah meniru gerakan ataupun gerak-gerik dari orang yang lagi diamatinya.
- f) *Flight of idea* dimana pengidap mengatakan kata-kata terus menerus ataupun meloncat-loncat dari topik yang satu ke topik yang lain.

- g) *Ideas of reference* adalah yang tidak lazim kalau peristiwa eksternal membawa makna yang khusus buat dirinya.
- h) Perseverasi memegang teguh sesuatu ide ataupun topik, mengulang-ulang sesuatu kalimat ataupun kata, hingga menolak usaha untuk mengganti topik.
- i) Gaduh, risau, tidak bisa diam, mondar-mandir, kasar, bicara dengan semangat, serta gembira berlebihan.

Tanda atau gejala positif skizofrenia sebagaimana yang telah dijabarkan diatas sangatlah mengusik lingkungan (keluarga) serta merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa pengidap berobat.

2.4.2 Gejala negatif (*soft symptoms*) pada skizofrenia, antara lain:

- a) Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan mendatar. Tidak ada ekspresi wajah yang bisa menampilkan emosi, perasaan, ataupun moodnya.
- b) Menarik ataupun mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak ingin berteman ataupun kontak mata dengan orang lain, dan suka melamun (*day dreaming*).
- c) Alogia cenderung bicara sangat minim, pembicaraan tidak berarti ataupun tidak bermakna.
- d) Anhedonia ialah tidak merasakan kegembiraan ataupun kesenangan dalam hidupnya, dengan relasinya ataupun dengan aktivitasnya.
- e) Apatitis ialah acuh dengan orang lain, kejadian ataupun aktivitasnya.
- f) Katatonia ialah imobilitas yang ditimbulkan secara psikologis kala pengidap tidak bergerak, kaku semacam dalam kondisi separuh sadar (*trance*).
- g) Tidak ada ataupun kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak memiliki inisiatif, tidak memiliki upaya atau usaha, tidak memiliki spontanitas, monoton, dan tidak mau apa-apa serta serba malas (kehilangan nafsu).

Tanda atau gejala negatif skizofrenia acapkali tidak disadari ataupun kurang dicermati oleh pihak keluarga, sebab dikira tidak mengusik sebagaimana halnya pada pengidap skizofrenia yang menampilkan tanda atau gejala positif. Oleh karenanya, pihak keluarga acapkali terlambat membawa pengidap berobat. Tanda atau gejala yang umum ada pada gejala positif ialah delusi, halusinasi, kekacauan yang mencolok dalam berpikir, berdialog serta tingkah laku. Tanda atau gejala yang umum nampak pada gejala negatif ialah efek datar (emosi ataupun mood tidak nampak pada wajah), merasa tidak aman dengan orang lain serta menarik diri, tidak memiliki keinginan ataupun tekad, ataupun dorongan dalam menyelesaikan pekerjaan. Tanda atau gejala positif bisa dikendalikan dengan obat-obatan, namun pada gejala negatif dapat bertahan terus menerus sekalipun gejala positif telah menurun. Tanda atau gejala ini yang bertahan terus menerus ini merupakan penghalang dalam pengobatan serta keahlian optimal untuk melakukan fungsinya sehari-hari. Dalam pengalaman praktek, gejala positif skizofrenia baru muncul pada episode kronis, sebaliknya pada stadium kronis (menahun) indikasi negatif skizofrenia lebih menonjol. Namun tidak jarang, baik gejala positif ataupun gejala negatif saling berbaur, tergantung pada stadium penyakitnya (Saputri, 2018).

2.5 Patofisiologi Skizofrenia

Menurut penelitian dapat mengaitkan sistem dopaminergik dan serotonergik. Ada ikatan kokoh antara sistem dopaminergik dengan serotonergik dimana serotonergik memodulasi fungsi dopamin sehingga penurunan aktivitas serotonin dapat berhubungan dengan kenaikan aktivitas dopamin. *Computed Axial Tomography scans* (CAT-scans) dengan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) pada subtype dari skizofrenia menggambarkan terbentuknya kenaikan dimensi ventrikel, paling utama pada bagian ventrikel lateral. Riset terakhir pula mengatakan kalau terjadi penurunan otak yang jelas dibandingkan dengan kontrol.

Beberapa hipotesis ataupun teori mengenai patofisiologi skizofrenia :

1) Hipotesis dopaminergik

Dopamin sebagai neurotransmitter ditemukan pada tahun 1958 dengan observasi mengenai obat-obatan antipsikotik adalah antagonis reseptor dopamin, sehingga munculah hipotesis dopaminergik sebagai patofisiologi dari skizofrenia. Banyak fakta yang menunjang kalau terjadi kerusakan reseptor dopamin pada pengidap skizofrenia.

Bersumber pada riset Positron Emission Tomography (PET) nampak terdapatnya kerusakan pada otak yang meliputi peningkatan metabolisme glukosa pada frontal lobe serta temporal lobe bagian kiri. Perihal ini mengindikasikan terdapatnya hiperaktivitas dopaminergik pada area mesolimbik dan hipoaktivitas dopaminergik pada prefrontal korteks. Dari riset di atas pula ditemukan kalau terjadi kenaikan densitas reseptor D2 pada jaringan otak si penderita skizofrenia. Jalur dopaminergik pada otak terdapat 4 macam yang memiliki fungsi-fungsi tertentu. Keempat jalur tersebut disebut dengan jalur nigrostriatal, mesolimbik, mesokortikal, serta tuberoinfundibular.

Pergantian dopamin yang sangat banyak ataupun sangat sedikit dapat memunculkan simptom skizofrenia. Hiperaktivitas dopamin pada jalur mesolimbik dapat memunculkan gejala positif, tetapi hipoaktivitas dopamin pada jalur mesokortikal akan memunculkan gejala negatif.

2) Disfungsi Glutamatergik

Glutamat dihipotesiskan ikut serta dalam patofisiologi skizofrenia sebab saat reseptor NMDA (N-metil-D-aspartat) diblok memakai antagonisnya yaitu ketamin dengan PCP (phencyclidine), timbul dampak yang mirip dengan simptom kognitif yang berkaitan dengan skizofrenia. Glutamatergik merupakan salah satu sistem neurotransmitter eksitatori yang tersebar luas di otak. Jalur glutamat kortikostriatal mempunyai

dampak yang bertentangan yaitu untuk membatasi/menghambat fungsi dopaminergik dari stratum ventral yang menyebabkan meningkatnya aktivitas penghambatan sistem limbik. Penurunan jalur glutamatergik mempengaruhi secara langsung di jalur dopaminergik melalui interneuron GABA (gamma-aminobutyric acid). Defisiensi glutamatergik menimbulkan gejala yang mirip dengan hiperaktivitas dopaminergik.

3) Abnormalitas Serotonin (5-HT)

Pada sebagian permasalahan skizofrenia ditemui terjadinya kenaikan konsentrasi serotonin perifer. Reseptor serotoninergik ada pada akson dopaminergik yang dikenal kalau terdapatnya stimulasi pada reseptor tersebut akan menurunkan pelepasan dopamin. Penderita skizofrenia dengan abnormalitas otak mempunyai konsentrasi 5-HT lebih tinggi. Perihal ini berhubungan dengan membesarnya dimensi ventrikular.

4) Abnormalitas Norepinefrin (NE)

Pada sebagian permasalahan skizofrenia ditemui terjadinya kenaikan konsentrasi NE pada struktur limbik dari penderita skizofrenia paranoid kronis (Lestari, 2019).

2.6 Diagnosa Skizofrenia

Menurut penelitian, diagnosa skizofrenia meliputi seperti adanya gangguan-gangguan primer (gangguan proses berfikir, gangguan emosi, gangguan keinginan, autisme) dan disharmoni (keretakan, perpecahan ataupun ketidakseimbangan) pada unsur-unsur karakter (proses berfikir, dampak/emosi, keinginan, dan psikomotor), serta diperkuat dengan tanda-tanda sekunder (waham, halusinasi, gejala katatonik ataupun gejala psikomotor yang lain).

Diagnosa skizofrenia akut ditetapkan sejak munculnya gejala sampai dengan sebelum enam bulan yang ditandai dengan salah satu ataupun lebih gejala halusinasi/waham. Sedangkan diagnosa untuk skizofrenia kronik ditetapkan

setelah enam bulan ataupun lebih yang ditandai dengan dua atau lebih gejala seperti halusinasi, waham, inkoheren ataupun neologisme, perubahan sikap, serta gejala negatif.

Menurut penelitian secara klinis untuk mengatakan apakah seseorang menderita skizofrenia atau tidaknya, maka diperlukan kriteria diagnostik sebagai berikut :

- 2.6.1 Delusi/waham yang aneh (isinya jelas tetapi tidak masuk akal) dengan tidak bersumber pada realitas, sebagai contoh misalnya :
 - 2.6.1.1 Waham dikendalikan oleh sesuatu kekuatan luar (*delusions of being controlled*)
 - 2.6.1.2 Waham penyaran pikiran (*thought broadcasting*)
 - 2.6.1.3 Waham penyisipan pikiran (*thought insertion*)
 - 2.6.1.4 Waham penyedotan pikiran (*thought withdrawal*)
- 2.6.2 Delusi/waham somatik yang berlebih, keagamaan, nihilistik ataupun waham yang lain yang bukan waham kejar ataupun cemburu.
- 2.6.3 Delusi/waham kerja ataupun cemburu (*delusions of persecution of jealousy*) atau waham tuduhan (*delusion of suspicion*) yang diiringi halusinasi dalam wujud apapun (halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, serta perabaan)
- 2.6.4 Halusinasi pendengaran bisa berbentuk suara yang senantiasa memberikan pendapat tentang tingkah laku ataupun pemikirannya, atau juga mendengar dua atau lebih suara yang saling bersahut-sahutan (diskusi).
- 2.6.5 Halusinasi pendengaran kebanyakan yang berisi lebih dari satu atau dua kata yang tidak berhubungan dengan kesedihan (depresi) atau kegembiraan (*euforia*).

- 2.6.6 Inkoherensi, ialah kelonggaran asosiasi (ikatan) pemikiran yang jelas, jalan pikiran yang tidak lazim, isi pemikiran dan pembicaraan kaku, bahkan kemiskinan pembicaraan yang diiringi oleh paling sedikit satu dari yang diucap :
- 2.6.6.1 Afek (alam perasaan) yang tumpul, mendatar dan tidak serasi (*inappropriate*)
- 2.6.6.2 Bermacam waham ataupun halusinasi
- 2.6.6.3 Katatonia (kekakuan) dan tingkah laku lain yang sangat kacau (*disorganised*)
- 2.6.6.4 Deforiorasi (kemunduran/ kemerosotan) dari taraf fungsi adaptasi (penyesuaian diri) dalam bidang pekerjaan, ikatan sosial serta perawatan dirinya.
- 2.6.6.5 Jangka waktu gejala penyakit berlangsung secara terus menerus sepanjang paling sedikit 6 bulan dalam suatu periode didalam kehidupan seorang, diiringi dengan adanya sebagian gejala penyakit pada saat diperiksa sekarang (Santikara, 2017).

2.7 Klasifikasi Skiofrenia

Skizofrenia dipecah dalam 5 jenis ataupun kelompok yang memiliki spesifikasi masing-masing, yang kriterianya didominasi hal-hal berikut :

2.7.1 Skizofrenia Tipe Hebefrenik.

Seorang yang mengidap skizofrenia jenis hebefrenik disebut juga dengan *disorganized type* ataupun “kacau balau” yang ditandai dengan tanda-tanda antara lain sebagai berikut:

2.7.1.1 Inkoherensi.

Inkoherensi ialah jalan pemikiran yang kacau, tidak bisa dipahami apa artinya. Perihal ini bisa dilihat dari perkata yang diucapkan tidak terdapat hubungannya satu dengan yang lain.

2.7.1.2 Alam Perasaan (mood, *affect*)

Alam perasaan (mood,*affect*) yang datar tanpa ekspresi dan tidak serasi (*incongruous*) ataupun ketolol-tolongan (*silly*).

2.7.1.3 Perilaku

Tertawa kekanak-kanakan (*giggling*), senyum yang menampilkan rasa puas diri ataupun senyum yang cuma dihayati sendiri.

2.7.1.4 Waham (*delusion*)

Tidak jelas serta tidak sistematis (terpecah rusak) tidak terorganisir bagaikan sesuatu kesatuan.

2.7.1.5 Perilaku aneh

Perilaku aneh, misalnya menggerenyotkan bibir sendiri, menampilkan gerakan-gerakan aneh, berkelakar, mengucapkan kalimat yang diulang-ulang serta kecenderungan dalam menarik diri secara ekstrim dari ikatan sosial.

Pihak keluarga sebaiknya mewaspadaikan manakah salah seseorang anggota keluarga yang menampilkan tanda-tanda tersebut di atas dengan proaktif membawanya ke dokter (psikiater). Karena yang bersangkutan tidak merasa dirinya sakit dan karenanya tidak terdapat motivasi buat berobat.

2.7.2 Skizofrenia Tipe Katatonik.

Seorang yang mengidap skizofrenia jenis katatonik menunjukkan tanda-tanda sebagai berikut :

2.7.2.1 Stupor Katatonik.

Merupakan pengurangan hebat dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan pengurangan dari pergerakan atau kegiatan

spontan sehingga terlihat semacam “patung” ataupun diam membisu (*mute*).

2.7.2.2 *Negativisme* Katatonik.

Suatu perlawanan yang tampaknya tanpa motif terhadap seluruh perintah ataupun upaya dalam menggerakkan dirinya.

2.7.2.3 Kekakuan (*rigidity*) Katatonik.

Mempertahankan suatu perilaku kaku terhadap seluruh upaya dalam menggerakkan dirinya.

2.7.2.4 Kegaduhan Katatonik.

Kegaduhan kegiatan motorik yang tampaknya tidak bertujuan dengan tidak dipengaruhi oleh rangsangan luar.

2.7.2.5 Sikap tubuh katatonik.

Perilaku yang tidak normal ataupun aneh. Pihak keluarga sebaiknya mewaspadaikan manakah salah seorang anggota keluarga yang menampilkan tanda-tanda di atas serta lebih proaktif membawanya ke dokter (psikiater). Yang bersangkutan tidak merasa dirinya sakit, karenanya tidak mendapat motivasi untuk berobat. Pengidap acapkali tidak ingin makan ataupun minum dan tidak tidur sehari-hari bahkan berminggu-minggu sehingga yang bersangkutan mengalami dehidrasi (kekurangan cairan tubuh) dengan keadaan fisik yang amat kurang baik. Apabila perihal ini dibiarkan, kemungkinan besar pengidap bisa berakhir dengan kematian.

2.7.3 **Skizofrenia Tipe Paranoid.**

Seorang yang mengidap skizofrenia jenis paranoid menampilkan tanda-tanda sebagai berikut:

2.7.3.1 Waham (*delusion*) Kejar ataupun Waham Kebesaran.

Misalnya kelahiran luar biasa (*exalted birth*), misi ataupun utusan menjadi penyelamat bangsa, dunia, ataupun agama, misi kenabian ataupun mesias, ataupun perubahan tubuh. Waham cemburu acapkali pula ditemui.

2.7.3.3 Gangguan Alam Perasaan dan Perilaku.

Misalnya kecemasan yang tidak menentu, kemarahan, suka bertengkar serta berdebat dan tindak kekerasan.

2.7.3.4 Kebingungan tentang identitas diri.

Acapkali ditemui kebingungan tentang bukti diri jenis kelamin dirinya (*gender identity*) ataupun ketakutan kalau dirinya diprediksi sebagai seseorang yang homoseksual, ataupun merasa dirinya didekati oleh orang-orang homoseksual.

Pihak keluarga sebaiknya mewaspadai manakah salah seseorang anggota keluarga yang menunjukkan tanda-tanda tersebut serta proaktif membawanya ke dokter (psikiater). Yang bersangkutan tidak merasa dirinya sakit dan karenanya tidak mendapat motivasi dalam berobat.

2.7.4 Skizofrenia Tipe Residual.

Jenis ini ialah sisa-sisa (*residu*) dari indikasi skizofrenia yang tidak begitu menonjol. Misalnya alam perasaan yang tumpul serta mendatar dan tidak serasi (*inappropriate*), penarikan diri dari pergaulan sosial, tingkah laku eksentrik, pemikiran tidak logis dan tidak rasional ataupun pelanggaran asosiasi benak. Walaupun tanda-tanda skizofrenia tidak aktif ataupun tidak menampilkan tanda-tanda positif skizofrenia, sebaiknya pihak keluarga senantiasa mewaspadai serta membawanya berobat supaya yang bersangkutan bisa menjalankan

fungsi kehidupannya sehari-hari dengan baik dan produktif. Jadi, sebaiknya penderita hendaknya jauhi menyendiri, melamun, memperbanyak aktivitas/kesibukan dan pergaulan (sosialisasi).

2.7.5 Skizofrenia Tipe Tidak Tergolongkan.

Jenis ini tidak bisa dimasukkan dalam tipe-tipe yang sudah dijabarkan, tetapi cerminan klinisnya terdapat adanya waham, halusinasi, inkoherensi ataupun tingkah laku kacau. Untuk pihak keluarga, tanda-tanda tersebut lumayan jelas untuk dikenali dan karenanya yang bersangkutan hendaknya lekas dibawa berobat ke dokter (psikiater) supaya tidak meningkat parah.

Kalangan skizofrenia yang lain, yaitu:

2.7.6 Skizofrenia simpleks.

Ialah suatu wujud psikosis (gangguan jiwa yang ditandai dengan terganggunya realitas/ RTA serta uraian diri/ insight yang kurang baik) yang perkembangannya lamban serta lambat-laun menjadi sikap yang aneh, ketidakmampuan penuhi tuntutan warga, dan penurunan keahlian/ keterampilan total. Tidak ada waham ataupun halusinasi. Dengan bertambahnya kemiskinan ikatan sosial, bisa menjurus kearah kehidupan gelandangan dan orang menjadi terbenam dalam dirinya, bermalas-malasan serta tidak dapat pengarahan atau tujuan hidupnya. Pengidap skizofrenia simpleks ini bisa dilihat di jalan-jalan ataupun di tempat-tempat kumuh dengan baju seadanya yang lusuh (nyaris telanjang) serta badan yang kotor (tidak sempat mandi/menjaga diri). Pengidap skizofrenia simpleks ini secara sosial dikatakan pula sebagai “gelandangan psikotik” yang membutuhkan penampungan sosial misalnya di Panti Rehabilitasi Sosial guna mendapatkan pengobatan atau rehabilitasi supaya mereka tidak menggelandang lagi (berkeliaran).

2.7.7 Kendala Skizofreniform (episode skizofrenia kronis).

Cerminan klinis skizofreniform ini sama dengan skizofrenia, perbedaannya yaitu pada fase-fase perjalanan penyakit (fase aktif, prodromal, dan residual) kurang dari 6 bulan namun lebih lama dari 2 minggu. Secara klinis pengidap lebih sering menampilkan gejala emosi atau kebingungan semacam dalam kondisi mimpi (*dreamlike state*).

Jenis/kelompok ini cerminan klinisnya cenderung mencuat hingga lenyap (*resolution*) secara cepat (kronis), diobati ataupun tanpa diobati, gangguan jiwa jenis ini bisa pulih dengan sendirinya. Dengan kata lain kendala skizofreniform ini merupakan kendala jiwa yang mirip skizofrenia, dikatakan pula sebagai episode skizofrenia akut, tetapi apabila perjalanan penyakitnya bersinambung melebihi 6 bulan lamanya barulah dikatakan sebagai skizofrenia. Pihak keluarga sebaiknya senantiasa mewaspadai kendala jiwa ini selagi belum melampaui kurun waktu 6 bulan serta perlu bertanya pada dokter (psikiater) agar perjalanan penyakitnya tidak bersinambung jauh menjadi gangguan jiwa skizofrenia.

2.7.8 Skizofrenia Laten.

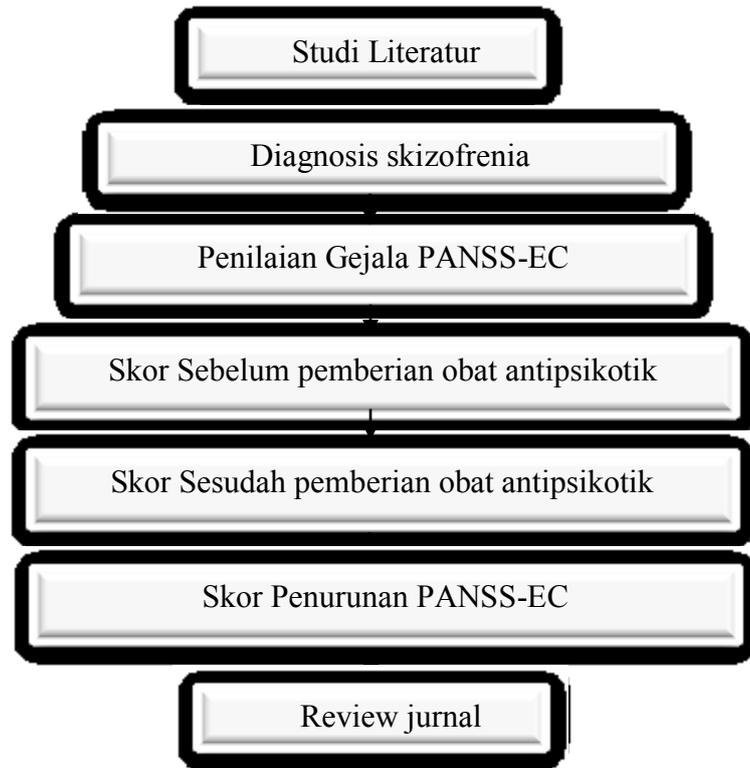
Sampai saat ini belum ada suatu konvensi yang bisa diterima secara universal untuk memberikan cerminan klinis keadaan ini, oleh karenanya jenis ini tidak diajarkan untuk dipakai secara universal. Walaupun demikian, cerminan yang bisa dicatat antara lain sikap yang eksentrik ataupun tidak konsekuen serta kenaahan alam perasaan yang memberikan kesan semacam skizofrenia. Walaupun demikian, hendaknya pihak keluarga bertanya pada dokter (psikiater) supaya yang bersangkutan bisa diterima secara sosial dan berperan secara produktif dan bila perlu mendapat pengobatan psikiatrik yang mencukupi supaya penyakitnya tidak bersinambung jadi aktif (tanda-tanda positif skizofrenia).

2.7.9 Gangguan Skizoafektif.

Cerminan klinis jenis ini didominasi oleh gejala pada alam perasaan (*mood, affect*) diiringi waham serta halusinasi. Gangguan alam perasaan yang menonjol merupakan perasaan gembira yang kelewatan (maniakal) ataupun kesedihan yang mendalam (tekanan mental) yang berubah-ubah. Pihak keluarga sebaiknya mewaspadaikan perubahan-perubahan alam perasaan yang ekstrim ini, yaitu disaat dalam keadaan maniakal dan dalam keadaan depresif.

Dalam keadaan maniakal, pengidap acapkali lepas kendali dan melanggar rambu-rambu moral etika sosial (perbuatan/ tingkah laku yang memalukan), sebaliknya apabila dia terletak dalam keadaan depresif, dia bisa melakukan aksi bunuh diri. Tanda-tanda gangguan skizoafektif ini lumayan jelas dikenali oleh pihak keluarga, oleh sebab itu secepatnya segera dibawa ke dokter (psikiater). Jadi kesimpulannya, pengelompokan jenis skizofrenia dilihat dari indikasi yang sangat menonjol (dominan) disamping gejala universal yang mendasari skizofrenia itu sendiri. Misalnya pada skizofrenia jenis hebefrenik, indikasi yang sangat menonjol yaitu sikap kekanak-kanakan. Pada skizofrenia jenis katatonik, gejala yang menonjol yaitu kelakuan motoric (otot alat gerak), serta pada skizofrenia jenis paranoid gejala yang sangat menonjol ialah waham (*delusion*) dan lain sebagainya (Saputri, 2018).

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian

