

**PERBEDAAN SOCIAL DISABILITY PASIEN SKIZOFRENIA  
YANG MENJALANI PROSES REHABILITASI DENGAN  
PASIEN SKIZOFRENIA YANG TIDAK MENJALANI  
PROSES REHABILITASI**

**KARYA ILMIAH**



**OLEH  
MERRI HAFNI, S.Psi.M.Si**



**FAKULTAS PSIKOLOGI  
UNIVERSITAS MEDAN AREA  
MEDAN  
2005**

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah ini.

Selama mengerjakan penulisan ini penulis banyak mendapat dorongan dan bantuan yang diperoleh dari semua pihak yang bertujuan untuk penyempurnaan penulisan ini, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa apa yang disajikan dalam penulisan ini masih terdapat banyak kelemahan, oleh karena itu segala saran dan sumbangan pemikiran dari berbagai pihak sangat penulis harapkan untuk penyempurnaan tulisan ini.

Semoga tulisan ini bermanfaat bagi para pembaca .

Medan, 2005

Penulis

# DAFTAR ISI

Halaman

KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI .....	ii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Permasalahan .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	13
<b>BAB II LANDASAN TEORITIS</b>	
A. <i>Social Disability</i> .....	15
1. Pengertian <i>Social Disability</i> .....	15
2. Gambaran Umum Individu yang Mengalami <i>Social Disability</i> .....	18
3. Ciri-ciri Individu yang Mengalami <i>Social Disability</i> .....	19
4. Aspek-aspek <i>Social Disability</i> .....	20
5. Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya <i>social disability</i> pada pasien skizofrenia .....	25
B. Skizofrenia .....	27
1. Pengertian skizofrenia .....	27
2. Epidemiologi .....	30
3. Etiologi Skizofrenia .....	33
4. Kriteria Diagnostik Skizofrenia .....	37
5. Tipe-tipe Skizofrenia .....	42
6. Perjalanan Penyakit dan Prognosis .....	45



C. Rehabilitasi Pasien Skizofrenia .....	50
1. Pengertian Rehabilitasi .....	50
2. Falsafah dan Motivasi upaya rehabilitasi .....	51
3. Aspek-aspek Rehabilitasi .....	54
4. Maksud dan Tujuan Dasar Rehabilitasi .....	55
5. Program-program Rehabilitasi .....	56
6. Arus Pasien dalam Unit Rehabilitasi di Rumah Sakit Jiwa .....	61
D. Pasien Skizofrenia yang Menjalani Proses Rehabilitasi dan yang Tidak Menjalani Proses Rehabilitasi .....	64
1. Pengertian Pasien Skizofrenia .....	64
2. Problema Perawatan Terhadap Pasien Skizofrenia ....	66
3. Perawatan Pasien dalam Unit Rehabilitasi di Rumah Sakit Jiwa .....	69
<b>BAB III PEMBAHASAN</b> .....	<b>72</b>
<b>BAB IV. KESIMPULAN</b> .....	<b>78</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>79</b>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Permasalahan

Ilmu pengetahuan telah berkembang dengan pesat saat ini dan telah banyak melahirkan kemajuan-kemajuan untuk kesejahteraan umat manusia. Namun sebaliknya kemajuan teknologi dan usaha pembangunan dimasa mendatang menyebabkan masyarakat menjadi semakin ruwet dan kompleks; kontak sosial menjadi semakin longgar bahkan banyak terjadi disintegrasi masyarakat dan disintegrasi perorangan. Semua kejadian ini mendorong semakin banyak timbulnya gangguan-gangguan psikis. Masyarakat modern di abad mendatang oleh Kuntjoro (1995) diperkirakan akan ditandai oleh hilangnya penyakit organis dan somatis serta akan lebih banyak muncul penyakit mental.

Masyarakat modern yang selalu memburu keuntungan komersial dan sangat individualis itu selalu penuh persaingan, rivalitas dan kompetisi sehingga banyak mengandung unsur-unsur eksplosif, sebagai akibatnya banyak penduduk yang menderita ketegangan urat syaraf dan tekanan batin yang sewaktu-waktu bisa meledak menjadi gangguan psikis, maka kebudayaan modern yang serba berpacu itu merefleksikan bentuk kebudayaan eksplosif, yaitu satu *high tension culture* (kebudayaan berketegangan tinggi) yang sangat melelahkan jiwa-raga penduduknya

dan menstimulir banyak gangguan psikis yang berkembang menjadi penyakit mental (Kartono, 1997)

Masalah kejiwaan itu begitu luas, kompleks, mengandung banyak misteri dan hal-hal yang menarik, sehingga selalu saja menantang manusia untuk mengadakan studi intensif terhadapnya. Luas dan kompleksitasnya tidak hanya disebabkan oleh tidak atau belum mempunya orang mengkuantifisir gejala-gejala kejiwaan yang misterius itu, akan tetapi gejala-gejalanya juga bisa didekati dari bermacam-macam perspektif dan disiplin ilmu. Dokter, Psikiater, Psikolog, Pendidik, Jaksa dan Hakim, Ekonom, dan profesi lain, semuanya bisa menyajikan wawasan yang khas dan berbeda-beda mengenai gejala kejiwaan manusia, khususnya gejala-gejala patologis yang berkembang ditengah masyarakat.

Akibat gejala-gejala patologis yang dialami penderita gangguan skizofrenia, membuat mereka terlihat berbeda dalam penampilan, cara berbicara dan tingkah lakunya, sehingga keluarga dan masyarakat sering menoiak keberadaan mereka. Pemisahan secara sosial atau *social isolated* terhadap individu yang mengalami gangguan kejiwaan membuat kehidupan sosial mereka menjadi mundur dan semakin tidak terampil secara sosial. Individu yang dianggap tidak terampil secara sosial oleh Kuntjoro (1989) disebut mengalami *social disability*. Masalah *social disability* walaupun semula merupakan masalah yang bersifat individual sekarang telah berkembang menjadi masalah masyarakat/sosial. Dampak dari penderita *social disability* turut ditanggung oleh keluarga, masyarakat dan pemerintah, dimana keluarga, masyarakat dan pemerintah tersebut juga ikut bertanggung jawab baik

secara materil (beban biaya hidup dan perawatan serta bantuan sehari-hari hidup penderita) maupun secara moril. Untuk itu masalah *social disability* harus segera ditangani dengan serius.

*Social disability* menurut Kuntjoro (1989) merupakan ketidakmampuan seseorang untuk bersikap dan bertindak laku yang dapat diterima oleh lingkungan sosialnya. Individu-individu yang dalam kehidupannya menuruti kemauan sendiri tanpa mengindahkan norma sosial dan mengganggu lingkungan dianggap tidak terampil secara sosial. Individu-individu demikian adalah orang yang sakit jiwa atau perilakunya menyimpang dan tidak dapat diterima oleh lingkungannya. Makin berat gangguannya makin keras pula usaha masyarakat untuk mengusir, menolak atau mengisolasi dengan alasan ketertiban, keamanan dan ketentraman.

Gangguan jiwa dan *social disability* adalah dua masalah yang sama-sama berat dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain, keduanya saling mempengaruhi, dimana gangguan kejiwaan yang termasuk golongan kronik dan yang tidak jelas perjalanan penyakitnya dapat menimbulkan serta memperparah keadaan *social disability*. Dari sekian banyaknya gangguan kejiwaan, skizofrenia adalah salah satu yang terberat dan dianggap yang paling banyak menimbulkan *social disability*.

Menurut Supratiknya (1995) skizofrenia adalah gangguan psikotik berat yang ditandai dengan distorsi berat atas realitas, menarik diri dari interaksi sosial, disorganisasi dan fragmentasi persepsi, pikiran dan emosi. Selanjutnya dikemukakan bahwa ciri utama dari penderita gangguan skizofrenia adalah mengalami kekacauan

fungsi sehari-hari baik dalam pekerjaan, hubungan sosial maupun kebiasaan merawat diri (*self-care*).

Lebih lanjut lagi dijelaskan oleh Kuntjoro (1989) bahwa pasien skizofrenia merupakan pasien psikosis yang cenderung menjadi *kronis* (menahun); dalam perjalanan penyakitnya bersifat *kronik-progresif* dengan *eksaserbasi* (kekambuhan) akut dan hendaya (*impairment*) yang makin bertambah berat disertai adanya *residual* (berulang) diantara episode penyakitnya. Keadaan itu menyebabkan sebagian besar dari mereka memerlukan perawatan jangka panjang di rumah sakit jiwa. Dampak negatif yang timbul adalah sebagian besar tempat tidur di rumah sakit jiwa terisi oleh mereka; sebagai contoh atas dasar data faktual yang diambil dari Rumah Sakit Jiwa Bogor oleh Kuntjoro (1988) jumlah pasien inap sebanyak 655 orang (laki-laki dan wanita), pasien skizofrenia (dalam berbagai tipe) berjumlah 522 orang dan non-skizofrenia 133 orang. Atas dasar data tersebut pasien skizofrenia mencapai 80%. Data ini diperoleh dari rumah sakit jiwa yang besar, sedangkan di rumah sakit jiwa yang kecil data tersebut paling sedikit mencapai 50%. Di Amerika Serikat (Kaplan & Sadock, 1995) pasien skizofrenia menggunakan kira-kira 50% dari semua tempat tidur di rumah sakit mental, sedang menurut penelitian Regier & Robin (dalam Halgin & Whitbourne, 1995) penderita skizofrenia mencapai 1% populasi, walaupun hanya mencakup persentase kecil dalam populasi namun ini menjadikan sedemikian banyaknya manusia lain harus turut dalam menjaganya. Keadaan tersebut juga mengakibatkan ketidaklancaran operasional rumah sakit jiwa sebagai instansi yang harus melayani kebutuhan masyarakat, disamping itu pasien skizofrenia ini karena

kondisi mentalnya maka sangat sukar untuk dikembalikan ke masyarakat. Taksiran kasar menyatakan bahwa yang terdiagnosis sebagai penderita skizofrenia ini kian meningkat mencapai 12% sampai 12,5% untuk ukuran rumah sakit jiwa maka terjadi kenaikan populasi sebanyak 40 % (NIMH, 1986; Rosentain, et al., 1989).

Biaya finansial untuk pasien skizofrenia sendiri sangat besar, di Amerika saja memerlukan biaya yang besar sekali. Kira-kira 1% dari pendapatan nasional Amerika Serikat, kira-kira 40 Milyard Dolar ditahun 1985 (Kaplan & Sadock, 1995). McGuire (1991) mengadakan penelitian pada keluarga yang mengalami gangguan skizofrenia, keluarga penderita skizofrenia itu harus menghabiskan hampir \$4.000 dan 789 jam untuk perawatan yang membutuhkan total biaya \$12.000 pertahun. Dalam gangguan ini kita dapat melihat secara lebih jauh bahwa simtom ini begitu menakutkan dan membuat stress bagi mereka yang pernah mengalaminya dan hampir bagi semua teman dan keluarganya juga.

Simptom-simptom skizofrenia yang begitu menakutkan tersebut dapat menjadi sangat dominan dan bahkan menguasai seluruh tingkah laku pasien skizofrenia, hal itu menurut Kuntjoro (1989) merupakan akibat dari pasien skizofrenia adalah pasien psikotik yang memiliki gejala psikiatrik yang sangat kompleks dan komplit. Akibat yang lebih lanjut dari tingkah laku simptomatik tersebut membuat tingkah laku sosial dan tingkah laku lainnya sangat mundur dan terhalang keberadaannya (tergantung kondisi dan derajat gangguannya). Keadaan ini menyebabkan keterampilan sosial pasien skizofrenia ini menjadi buruk, mereka tidak dapat bertahan atau dipertahankan hidup bersama keluarga dan terpaksa menjadi

penghuni rumah sakit jiwa untuk memperoleh pengobatan, perawatan, resosialisasi dan rehabilitasi. Adanya kemunduran dalam keterampilan sosial pada pasien skizofrenia ini menjadi salah satu sebab penyesuaian diri makin buruk sehingga ditolak oleh lingkungan sosialnya. Dalam pengalaman kerja Kuntjoro (1989) dengan perawat psikiatri (*psikiatric nurse*) diperoleh kesan bahwa pasien skizofrenia dalam masa perawatan panjang, keterampilan sosial dan penyesuaian dirinya semakin bertambah buruk. Sikap dan tingkah lakunya menjadi rutin, stereotipik dan autistik menuju ke arah institusionalisasi, misalnya selalu duduk dengan sikap yang sama di tempat yang sama disertai dengan gerak-gerak tangan dan mulut yang sama pula. Bila keadaan tersebut berlarut terus bertahun-tahun mereka akan bertingkah laku dalam taraf vegetative atau animal, yang dikuasai oleh refleks-refleks dan insting-insting dalam memenuhi dorongan biologis saja.

Pendapat di atas tersebut juga didukung oleh pernyataan Direktorat Kesehatan Jiwa (Dit. Kes. Wa., 1996) bahwa pasien skizofrenia ini karena gangguan dasarnya terletak pada dasar kepribadiannya, maka terjadi disfungsi dalam berbagai aspek kejiwaannya, baik fungsi pikir, perasaan dan kehendak, sehingga dalam kehidupan sosial mengalami penurunan. Hal tersebut menyebabkan pula kemunduran dalam keterampilan sosial maupun penyesuaian diri. Mereka tak mampu lagi menempatkan diri ditengah-tengah keluarganya ataupun masyarakatnya. Keadaan itu akan bertambah buruk jika dalam proses pelayanan di rumah sakit jiwa tidak diperoleh penanganan yang terpadu (*integrated*) yang sesuai dengan keadaan gangguannya.

Keadaan *social disability* pada pasien skizofrenia tergantung dari tingkat keparahan simptom psikologis yang dialami pasien tersebut. Seperti yang telah kita ketahui semakin dominan tingkah laku simptomatologik menguasai seluruh tingkah lakunya akan semakin buruk juga *social disability* yang dialami oleh pasien. Perbaikan tingkah laku simptomatik terhadap pasien skizofrenia dengan menggunakan obat-obatan psikofarmaka yang modern umumnya memang berhasil mempercepat hilangnya/kurangnya gejala-gejala psikiatrik, tetapi pengobatan secara medik saja tanpa ditindaklanjuti oleh usaha rehabilitasi akan membuat pasien mengalami kekambuhan, melembaga (institusionalisasi) bahkan terjadi kronisitas (pasien menahun yang memenuhi rumah sakit jiwa) sehingga menyebabkan semakin bertambah buruknya *social disability* yang dialami pasien skizofrenia.

Akibat gangguan skizofrenia ini sulit diterima diantara orang normal maka para penderita gangguan skizofrenia dikirim ke rumah sakit jiwa untuk dirawat secara intensif juga untuk mengusahakan pengobatan. Agar *social disability* pada pasien skizofrenia dapat berkurang, Direktorat Kesehatan Jiwa (1985) menyatakan bahwa hendaknya tim rehabilitasi (*rehabilitation team*) harus mempersiapkan pasien secara total baik organis, biologik, psikik, sosiokultural dan vokasional, sehingga pasien secara fisik, mental dan sosial dapat menyesuaikan diri di lingkungan masyarakat dan juga dapat mandiri serta berguna dalam masyarakat dan usaha tersebut dikenal dengan usaha rehabilitasi.

Rehabilitasi adalah suatu proses yang kompleks meliputi berbagai disiplin dan merupakan gabungan dari usaha medik, sosial, edukasional dan vokasional yang

terpadu untuk mempersiapkan, menyalurkan/menempatkan dan membina seseorang agar dapat mencapai kembali taraf kemampuan fungsional setinggi mungkin (Dit. Kes. Wa.: Juklak Sub Proyek Peningkatan dan Pembinaan Usaha Rehabilitasi Pasien Mental serta Penanggulangan Psikotik Gelandangan dan Korban Pasung Tahun 1981/1982 dan WHO, 1980). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 36 Tahun 1980 tentang Usaha Kesejahteraan Sosial bagi Penderita Cacat menyebutkan rehabilitasi adalah suatu proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan penderita cacat mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat, sedangkan tujuan dari rehabilitasi itu sendiri adalah mengembalikan individu untuk menjadi warga yang produktif, memiliki peranan dan dapat berintegrasi dengan masyarakat lingkungannya.

Untuk menyelenggarakan rehabilitasi secara terpadu dan tepat kiranya tidak mudah karena dalam pengalaman upaya rehabilitasi mental di rumah sakit jiwa, sebagian besar orang masih beranggapan bahwa rehabilitasi merupakan kegiatan *ekstramural* dari pengobatan pasien mental, sehingga selalu diorientasikan pada pengobatan-pengobatan secara medis saja, kadang pasien hanya diberikan pengobatan medis tanpa memperhatikan masalah-masalah pekerjaan dan sosial pasien. Atas dasar anggapan dan mungkin pula kurang pengertian tentang pentingnya upaya rehabilitasi, ada kecenderungan pelayanannya dipisahkan dari pengobatan atau bahkan dilakukan *ala kadarnya* tanpa menyadari tujuannya atau upaya rehabilitasi sama sekali tidak dilaksanakan.

Memang dalam kenyataan tidak semua pasien perlu direhabilitasikan secara lengkap, ada pasien setelah memperoleh terapi medik segera dapat pulang kembali dan mencapai kondisi seperti semula (dikenal sebagai rehabilitasi spontan), akan tetapi ada juga pasien yang tidak dapat segera dipulangkan dan tidak secara cepat memperoleh kondisi sebaik semula. Pasien yang tidak secara cepat memperoleh kondisi yang lebih baik dan tidak dapat segera dipulangkan merupakan bagian yang cukup besar dan mereka inilah yang sebaiknya segera memperoleh pelayanan rehabilitasi. Apabila pasien tersebut tidak mendapatkan rehabilitasi akan membuat pasien tidak dapat mencapai keterampilan sosial yang lebih baik. Seperti yang diungkapkan oleh Kuntjoro (1989) bahwa gangguan jiwa skizofrenia bersifat berat dan mendalam karena itu membutuhkan penanganan yang mencakup semua segi kehidupan baik fisik, mental, emosional, kultural pendidikan, keluarga, pekerjaan, agama maupun segi-segi lain dalam kehidupan manusia. Untuk itu apabila dalam penanggulangannya hanya ditujukan kepada gangguan klinisnya saja, yaitu atas dasar sasaran gejala (*target symptom*) atau secara lebih khusus tertuju kepada tingkah laku simptomatologik (*symptomatologic behavior*) tanpa menangani tingkah laku sosial, tingkah laku okupasional dan tingkah laku lainnya, berarti pasien hanya memperoleh penyembuhan sementara. Mereka akan mengalami kekambuhan secara berulang, sehingga akhirnya dianggap sebagai pasien residivis dan umumnya keadaannya menjadi sangat mundur (regresi). Keadaan demikian akan menimbulkan rasa pesimis bagi para petugas rumah sakit jiwa bahwa pasien skizofrenia ini tak dapat diobati.

Pentingnya usaha rehabilitasi direkomendasikan oleh *Asean Forum on the Rehabilitation of the Psychosocial Disabled Persons*; Jakarta, 29 Nopember - 4 Desember 1981 bahwasanya untuk mencapai pengkaryaan yang menguntungkan bagi para penderita cacat psikososial dan agar sumber daya manusia tersebut dapat dipergunakan bagi kemanfaatan yang sebesar-besarnya, maka adalah sangat penting bila kemampuan kerja para cacat psikososial dikembalikan dan dikembangkan secara optimal, dengan jalan mengintegrasikan semua usaha dalam suatu proses rehabilitasi yang berkoordinasi dan berkesinambungan serta bahwasanya stigma sosial yang melekat pada para cacat psikososial adalah merupakan suatu halangan yang besar bagi rehabilitasi mereka, maka dianggap perlu untuk senantiasa menghimbau masyarakat untuk mengusahakan toleransi, penerimaan dan/atau penghargaan terhadap para cacat psikososial, serta menghimbau pula untuk menyediakan kesempatan bekerja yang sama untuk berkarya dan berusaha.

Lembaga khusus yang digunakan untuk merawat masalah gangguan mental adalah Rumah Sakit Jiwa. Menurut Setyonegoro (1981) rumah sakit jiwa adalah suatu tempat pengobatan/perawatan untuk membuat para pasien gangguan jiwa terlepas dari penyakitnya. Dalam proses pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit baik berupa terapi (treatment), perawatan, resosialisasi dan rehabilitasi perlu dicari dan diterapkan teknik terapi yang sesuai dan efektif untuk meningkatkan keterampilan sosial, sehingga pasien-pasien skizofrenia dapat dikurangi kekambuhannya serta dapat disalurkan kembali kekeluarga atau masyarakat (Maddison & Leabeater, dalam *Psychiatric Nursing*, 1970).

Perawatan terhadap pasien dalam rumah sakit jiwa berbeda-beda sesuai dengan tingkat keparahan penyakit yang diderita. Arus pasien dalam proses rehabilitasi pasien mental seperti yang tercantum dalam Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa di Indonesia (1985) mengungkapkan bahwa secara garis besarnya pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa ada tiga kegiatan pokok: prevensi-promosi, kuratif (pemulihan dan pelayanan) dan rehabilitasi, serta pengembangan program. Pasien datang dari masyarakat berobat ke rumah sakit jiwa diterima di unit rawat jalan, selanjutnya diadakan pemeriksaan, assessment dan diagnosa sementara, selanjutnya ditentukan sebagai: pasien rawat jalan dengan memperoleh terapi medik atau terapi yang lain atau untuk konsultasi psikologik dan atau langsung dirujuk ke instansi lain dan rawat nginap (opname). Untuk pasien rawat nginap tersebut selanjutnya diadakan pemeriksaan yang lebih lengkap untuk menentukan diagnosa yang tetap dan memperoleh terapi medik secara intensif. Dengan terapi medik intensif akan terjadi perubahan-perubahan atau kemajuan, sehingga selanjutnya dapat ditentukan bahwa pasien dapat langsung dipulangkan (sebagai rehabilitasi spontan), tetap memperoleh terapi medik intensif (bagi yang tidak ada kemajuan) dan di rehabilitasi.

Berdasarkan uraian yang panjang diatas maka kita dapat mengetahui bahwa sebelum dipulangkan pasien tidak semuanya menjalani proses rehabilitasi, tetapi ada pasien skizofrenia setelah tingkah laku simtomatologiknya berkurang langsung dipulangkan tanpa terlebih dahulu menjalani proses rehabilitasi, padahal beberapa penelitian yang dilakukan Leff, Martono, Sosrokoesomo dan Direktorat Kesehatan

Jiwa seperti yang dijelaskan dibawah, membuktikan bahwa kombinasi antara pemberian obat psikofarmaka dengan rehabilitasi dapat meningkatkan keterampilan sosial pasien skizofrenia.

Dari hasil penelitian aspek keluarga dan kekambuhan pada skizofrenia yang dilakukan Leff, Dkk. (1990) untuk mengevaluasi manfaat intervensi psikososial pada keluarga penderita skizofrenia yang dikombinasikan dengan pemberian neuroleptik, sebagian besar memperlihatkan hasil yang bermakna dalam menurunkan angka kekambuhan. Maka dianggap perlu untuk memasukkan suatu intervensi psikososial berupa rehabilitasi pada keluarga dalam pengobatan skizofrenia yang memang sifatnya multidimensional dan interaksional. Kombinasi ini dikatakan oleh Martono (1990) lebih baik dari pemberian obat saja atau intervensi psikososial saja, pemberian obat yang rasional dan intervensi yang tepat dapat menurunkan/mencegah kekambuhan dan meningkatkan kemampuan adaptasi sosial penderita skizofrenia.

Penelitian yang dilakukan oleh Direktorat Kesehatan Jiwa (1985) mengenai keadaan hubungan sosial penderita cacat psikososial memperkuat hasil penelitian di atas. Penelitian tersebut membuktikan bahwa dari 1222 pasien yang direhabilitasi di rumah sakit jiwa diseluruh Indonesia persentasi tinggi yaitu 59,98% segi fungsi sosialnya sedang, 29,21% adalah baik dan 8,35% adalah kurang. Sosrokoesomo (1985) menemukan bahwa *social disability* pada pasien skizofrenia yang dipulangkan setelah menjalani proses rehabilitasi dalam taraf yang baik karena sebelum dipulangkan mereka telah mendapat pendidikan rehabilitasi terlebih dahulu.

Penelitian yang dilakukan oleh *Epidemiological Catchment Area/ECA* dan *National Institute of Mental Health/NIMH* (dalam Kaplan & Sadock, 1997) menemukan bahwa usia puncak onset (masa perjalanan penyakit mulai dari tidak bergejala sampai pada gejalanya timbul dengan sangat jelas) skizofrenia berkisar antara 20 sampai 35 tahun, onset skizofrenia sebelum usia 10 tahun atau sesudah 50 sangat jarang terjadi. Kaplan dan Sadock (1997) melalui penelitiannya juga membuktikan bahwa pria lebih mungkin terganggu oleh gejala negatif dibanding wanita, wanita juga mempunyai fungsi sosial yang lebih baik daripada pria. Pada umumnya hasil akhir untuk pasien skizofrenia wanita lebih baik daripada hasil akhir pasien skizofrenia pria.

Setelah melihat kembali uraian tentang pasien skizofrenia dengan berbagai masalahnya, maka masalah kecacatan sosial/*social disability* pada pasien skizofrenia tersebut merupakan sebagian permasalahan penting yang perlu diteliti dan ditekan keberadaannya. Berangkat dari permasalahan diatas penulis ingin membedakan tingkat *social disability* pada pasien skizofrenia yang menjalani proses rehabilitasi dengan yang tidak menjalani proses rehabilitasi di Rumah Sakit Jiwa Medan, selain itu peneliti juga ingin membuktikan apakah ada perbedaan *social disability* antara wanita dan pria.

## **B. Tujuan Penulisan**

Sebagaimana yang biasanya terjadi, bahwa setiap penelitian tidak akan berjalan tanpa adanya suatu tujuan penelitian yang dijabarkan terlebih dahulu, maka

tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan tingkat *social disability* antara penderita gangguan skizofrenia yang menjalani proses rehabilitasi dengan yang tidak menjalani proses rehabilitasi

## BAB II

### LANDASAN TEORITIS

#### *A. Social Disability*

Semakin memburuknya keterampilan sosial dan penyesuaian diri yang dialami oleh penderita *social disability* membuat mereka semakin terasing dalam lingkungannya. Penolakan-penolakan yang dilakukan masyarakat terhadap penderita-penderita *social disability* akan semakin memburuk keadaan mereka. Gambaran-gambaran mengenai *social disability* dapat dilihat dibawah ini:

#### **1. Pengertian *Social disability***

Menurut World Health Organization (WHO, 1989) *social disability* adalah ketidakmampuan individu dalam melakukan hubungan sosial secara sehat dengan orang disekitarnya, karena ketidakmampuan mereka untuk bersosialisasi tersebut, beberapa individu memiliki masalah untuk menjalani hidup yang sama dengan individu yang normal. Sulit untuk mereka dalam melakukan semua aktivitas seperti yang dilakukan oleh individu normal disekitar mereka.

Kuntjoro (1989) mengungkapkan kemunduran sosial atau *social disability* adalah ketidakmampuan individu untuk bersikap dan bertingkah laku yang dapat diterima oleh lingkungan sosialnya. Individu yang dalam kehidupannya menurut kemauan sendiri tanpa mengidentifikasikan norma sosial dan mengganggu lingkungan dianggap tidak terampil secara sosial atau disebut mengalami *social*

*disability* atau kemunduran sosial. Individu akan hidup dalam dunianya sendiri (autistik) yang tidak dapat dimengerti dan tidak dapat diterima oleh orang lain. Hal ini berarti pula individu tidak mengindahkan tuntutan lingkungan sosialnya atau tidak mampu menyesuaikan diri, yang selanjutnya disebut sebagai cacat psikososial (*psychosocial disability*) oleh WHO (1980).

Pengertian yang lebih rinci mengenai *social disability* diungkapkan oleh Direktorat Kesehatan Jiwa (1996) yaitu suatu keadaan dimana individu bertingkah laku yang tidak lazim, kacau atau secara sosial tidak dapat diterima atau tidak pantas muncul, yang dimaksud dengan tingkah laku yang tidak lazim adalah tingkah laku yang diperlihatkan oleh pasien yang sifatnya tidak biasa, aneh dan kadang-kadang tidak dapat diterima oleh masyarakat. Namun perlu diperhatikan pula bahwa gaya hidup seorang individu berbeda dari gaya hidup orang lain, terutama apabila dia berasal dari suku atau masyarakat kebudayaan tertentu.

Di Indonesia istilah cacat mempunyai arti dari ketiga keadaan: "*Impairment, Disabilities dan Handicap*", karena sangat luasnya pengertian dari istilah-istilah *impairment, disabilities dan handicap* maka Forum Asean merekomendasikan penggunaan definisi-definisi yang ditetapkan oleh WHO (1989) dengan maksud untuk memudahkan kepentingan komunikasi. Istilah-istilah tersebut didefinisikan sebagai berikut:

**a. *Impairment***

*Impairment* adalah hilangnya atau adanya kelainan (abnormalitas) daripada struktur atau fungsi yang bersifat psikologik, fisiologik atau anatomik. Cacat dapat

bersifat sementara (temporer) atau menetap (permanen). Termasuk disini apa saja yang biasa disebut dengan anomali *defect* yang terjadi pada anggota gerak, organ, jaringan atau struktur tubuh, termasuk sistem fungsi mental. Kondisi cacat merupakan *eksteriorasi* keadaan patologik yang prinsipnya mencerminkan gangguan kesehatan yang terjadi pada tingkat organ.

**b. Disabilities (disability)**

*Disability* merupakan keterbatasan atau kurangnya kemampuan (akibat dari adanya cacat) untuk melakukan kegiatan dalam batas-batas dan cara yang dianggap normal bagi manusia. Kondisi ini dapat bersifat sementara, menetap dan membaik atau memburuk. Dapat timbul sebagai akibat langsung adanya cacat atau secara tak langsung sebagai reaksi individu, khususnya secara psikologik pada cacat fisik dan sensorik.

**c. Handicap**

*Handicap* adalah kemunduran pada seseorang, akibat adanya cacat atau disabilitas, yang membatasinya atau mencegahnya untuk dapat berperan yang normal bagi individu (sesuai umur, sex dan faktor sosial-budaya). Kondisi ini ditandai dengan adanya ketidaksesuaian antara prestasi seseorang atau statusnya dengan harapannya sendiri ataupun kelompoknya. *Handicap* adalah merupakan sosialisasi daripada cacat dan disabilitas dan mencerminkan konsekwensi bagi individu dalam budayanya, sosialnya, ekonominya dan lingkungannya yang berpangkal pada adanya cacat dan disabilitas.

Berdasarkan beberapa pendapat diatas maka dapat disimpulkan bahwa *social disability* adalah ketidakmampuan dalam melakukan satu atau lebih kegiatan menurut umur, sex dan peranan sosial yang normatif dianggap sebagai unsur-unsur yang bersifat esensial dan dasar dari kehidupan sehari-hari, seperti merawat diri, hubungan sosial dan bekerja (melakukan kegiatan yang menunjang hidupnya) atau keterampilan yang tidak dimiliki individu untuk bersikap dan bertingkah laku yang dapat diterima oleh lingkungan sosialnya, dimana sikap dan tingkah laku yang diperlihatkan individu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari dapat mengganggu lingkungannya.

## **2. Gambaran Umum Individu yang Mengalami *Social disability***

Gambaran umum mengenai individu yang mengalami *social disability* diberikan oleh WHO (1989) yang menjelaskan bahwa angka rata-rata kematian diantara individu yang mengalami *social disability* lebih banyak dibanding individu normal. Seringkali kekurangan perhatian dalam sosialisasi tentang faktor lingkungan yang dapat menyebabkan dan menggandakan *social disability*. Individu yang mengalami *social disability* tidak mempunyai kunci masuk kedalam kelompok masyarakat dan kesempatan untuk bersama-sama dengan masyarakat lain, seperti lembaga kesehatan, sekolah dan institusi pendidikan, program pelatihan keahlian, program pelatihan kerja dan pekerjaan.

Dalam beberapa negara, wanita dewasa yang mengalami *social disability* bisa ditolak oleh suami dan diasingkan anak-anaknya, bahkan individu dewasa yang

mengalami *social disability* hanya mempunyai pendidikan yang rendah dibandingkan individu dewasa yang normal. Pemisahan secara sosial (*social isolated*) terhadap individu yang mengalami *social disability* semakin memperburuk keadaannya. Di banyak *society* (lingkungan masyarakat), individu yang mengalami *social disability* dipisahkan dari individu yang normal karena kepercayaan yang dianut oleh masyarakat setempat. Sikap negatif dan perilaku yang mendiskriminasikan individu yang mengalami *social disability* dianggap sebagai suatu keharusan.

### **3. Ciri-ciri Individu yang Mengalami *Social disability***

World Health Organization (1989) mengungkapkan bahwa individu ditetapkan mengalami *social disability* apabila individu tidak dapat melakukan aktivitas yang biasanya dapat dilakukan oleh individu normal, berupa:

- 1). Tidak dapat makan dan minum sendiri
- 2). Tidak bisa menjaga kebersihan diri
- 3). Tidak mampu memakai pakaian sendiri
- 4). Tidak mengerti instruksi yang mudah/simple
- 5). Tidak mampu atau merasa sulit dalam mengekspresikan kebutuhan, pikiran dan perasaannya
- 6). Tidak mengerti gerakan dan tanda-tanda untuk komunikasi
- 7). Tidak mampu menggunakan gerakan-gerakan dan tanda-tanda untuk komunikasi yang dimengerti oleh individu lain

- 8). Tidak dapat berkomunikasi dengan berbicara dan menggunakan bahasa dengan individu lain disekelilingnya
- 9). Tidak ikut bergabung dalam aktivitas keluarga
- 10). Tidak turut melakukan aktivitas dalam masyarakat
- 11). Tidak mempunyai pekerjaan dan tidak mempunyai penghasilan yang memadai untuk membiayai kebutuhan hidup sehari-hari
- 12). Kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dalam rumah tangga

Individu dapat dikategorikan mengalami *social disability* apabila mengalami keadaan diatas, dimana tidak dapat melakukan aktivitas yang biasanya dapat dilakukan individu normal sehari-hari.

#### 4. Aspek-aspek *Social disability*

*Social disability*, dalam buku-buku terapi okupasional (*occupational therapy*) dan perawatan psikiatri (*psychiatric nursing*) yang dikemukakan oleh Kuntjoro (1989), bahwa dalam analisis aktivitas pasien secara garis besar ada tiga aspek pokok yaitu: (a). tingkah laku yang berhubungan dengan kegiatan kebutuhan hidup sehari-hari (*activity daily living = ADL*), (b). tingkah laku sosial dan (c ). Tingkah laku okupasional. Masing-masing aspek pokok tersebut bila dijabarkan lebih lanjut adalah sebagai berikut:

- a. Tingkah laku yang berhubungan dengan kegiatan kebutuhan sehari-hari (*activity daily living/ADL*) meliputi:
  - 1). tingkah laku bangun tidur

- yaitu semua tingkah laku/perbuatan pasien sewaktu bangun tidur.
- 2). tingkah laku buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK)  
yaitu semua bentuk tingkah laku/perbuatan yang berhubungan dengan BAB dan BAK.
  - 3). tingkah laku waktu mandi  
yaitu tingkah laku sewaktu akan mandi, dalam kegiatan mandi dan sesudah mandi.
  - 4). tingkah laku ganti pakaian  
yaitu tingkah laku yang berhubungan dengan keperluan berganti pakaian.
  - 5). tingkah laku makan dan minum  
yaitu tingkah laku yang dilakukan sewaktu akan makan dan minum, sedang melakukan makan dan minum serta sesudah makan dan minum.
  - 6). tingkah laku menjaga kebersihan diri  
yaitu perbuatan yang berhubungan dengan kebutuhan kebersihan diri (mengurus diri sendiri), baik yang berhubungan dengan kebersihan pakaian, badan, kumis, jenggot, kuku dan lain-lain.
  - 7). tingkah laku menjaga keselamatan diri  
yaitu sejauh mana pasien mengerti dan dapat menjaga keselamatan dirinya sendiri, seperti; tidak menggunakan/menaruh benda tajam sembarangan, tidak merokok sambil tiduran, memanjat ditempat yang berbahaya tanpa tujuan positif dan sebagainya.
  - 8). tingkah laku pergi tidur

yaitu perbuatan yang mengiringi seorang pasien untuk pergi tidur. Pada pasien gangguan jiwa tingkah laku pergi tidur ini perlu diperhatikan karena sering merupakan gejala primer yang muncul pada gangguan jiwa. Dalam hal ini yang dinilai bukan gejala insomnia (gangguan tidur) tetapi bagaimana seorang pasien mau mengawali tidurnya.

b. Tingkah laku sosial yaitu tingkah laku yang berhubungan dengan kebutuhan sosial seseorang dalam kehidupan bermasyarakat. Hal ini meliputi:

1). kontak sosial terhadap teman

yaitu tingkah laku pasien untuk melakukan hubungan sosial dengan sesama pasien, misalnya mau menegur kawannya, mau berbicara dengan kawannya dan sebagainya.

2). kontak sosial terhadap petugas

yaitu tingkah laku pasien untuk melakukan hubungan sosial dengan petugas seperti tegur sapa, menjawab pertanyaan waktu ditanya, bertanya jika ada kesulitan dan sebagainya.

3). kontak mata waktu berbicara

yaitu suatu sikap sewaktu pasien berbicara dengan orang lain seperti memperhatikan dan saling menatap/adu pandang sebagai tanda adanya kesungguhan dalam berkomunikasi.

4). bergaul

yaitu tingkah laku yang berhubungan dengan kemampuan bergaul dengan orang lain secara kelompok (lebih dari dua orang).

5). mematuhi tata tertib

yaitu tingkah laku yang berhubungan dengan ketertiban yang harus dipatuhi dalam perawatan rumah sakit.

6). sopan santun

yaitu tingkah laku yang berhubungan dengan tata krama atau sopan santun pasien terhadap kawannya dan petugas maupun orang lain.

7). menjaga kebersihan lingkungan

yaitu tingkah laku seseorang/pasien yang bersifat mengendalikan diri untuk tidak mengotori lingkungannya, misalnya; tidak meludah sembarangan, tidak membuang puntung rokok sembarangan dan sebagainya.

c. Tingkah laku okupasional yaitu tingkah laku yang berhubungan dengan kegiatan seseorang untuk melakukan pekerjaan, hobby dan rekreasi sebagai salah satu kebutuhan kehidupannya. Hal ini meliputi:

1). tertarik pada kegiatan/pekerjaan

yang dimaksud adalah timbulnya rasa tertarik dan tergugah pada diri individu untuk berbuat sesuatu, baik berupa pekerjaan, hobi dan rekreasi, misalnya; menyapu, mau membantu orang lain, mau bermain, mau menonton dan sebagainya.

2). mau melakukan kegiatan/pekerjaan

yang dimaksud adalah bentuk kegiatan/tindakan yang dilakukan individu untuk bekerja, berekreasi, melaksanakan hobi ataupun melakukan kegiatan positif lainnya misalnya; sembahyang, membaca dan sebagainya.

- 3). aktif/rajin melakukan kegiatan atau pekerjaan  
yaitu tingkah laku individu atau pasien yang telah mau melakukan kegiatan/pekerjaan dengan menunjukkan keaktifan/kerajinannya.
- 4). produktif dalam melakukan kegiatan/pekerjaan  
yang dimaksud dalam hal ini adalah adanya hasil perbuatan yang dapat diamati/observasi, misalnya kalau seorang pasien menyapu dapat dilihat dari hasil sapuannya baik kuantitatif (banyak sedikitnya) maupun kualitatif (bersih tidaknya), begitu pula jika mencuci piring, membuat kerajinan tangan, membersihkan halaman dan sebagainya.
- 5). terampil dalam melakukan kegiatan/pekerjaan  
yang dimaksud adalah sejauh mana pasien memiliki kemampuan, kecakapan dan keterampilan dalam melakukan perbuatannya (wajar, tidak kaku, enak dilihat orang sehingga tidak menimbulkan rasa khawatir bagi petugas/orang lain).
- 6). menghargai hasil pekerjaan dan milik pribadi  
yang dimaksud ialah tingkah laku pasien untuk menghargai (punya tenggang rasa) terhadap hasil pekerjaannya sendiri dan hasil pekerjaan orang lain.
- 7). mau menerima perintah, larangan dan kritik  
yang dimaksud adalah sikap dan perbuatan pasien terhadap perintah, larangan maupun kritik dari orang lain. Sikap dan perbuatan tersebut berupa reaksi pasien bila diperintah/disuruh, dilarang/dikritik, reaksi tersebut dapat lambat, cepat, menolak, tak mengindahkan dan sebagainya.

Dari uraian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa aspek utama dari *social disability* adalah: tingkah laku yang berhubungan dengan kegiatan kebutuhan hidup sehari-hari (*activity daily living/ADL*), tingkah laku sosial, dan tingkah laku okupasional.

#### **5. Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya *social disability* pada pasien skizofrenia**

Birchwood (1987) membuktikan bahwa munculnya gejala pada kekambuhan dan ketidakmampuan adaptasi sosial adalah berhubungan dengan:

- a). Cara dan efektivitas keluarga dalam mengatasi permasalahan
- b). Hilangnya kohesi dalam keluarga
- c). Cara mengambil keputusan yang tidak konsisten
- d). Beban keluarga yang dirasa berlebihan

Liberman (1989) menambahkan bahwa yang mengakibatkan makin buruknya *social disability* diantara pasien skizofrenia adalah:

- a). Jumlah dan bentuk stressor dalam kehidupan
- b). Ketidakmampuan menyelesaikan masalah
- c). Dukungan sosial yang kurang

Menurut penelitian Klerman (1971) yang menemukan bahwa timbulnya *social functioning impairment* diakibatkan oleh tingkah laku simptomatik yang dialami oleh pasien skizofrenia tersebut. Weissman & Bothwell (1976) melanjutkan penelitian

tersebut dan menambahkan bahwa semakin buruk simptomatik psikiatriknya akan semakin buruk juga social functioningnya.

Direktorat Kesehatan Jiwa (1997) menyatakan bahwa kadang-kadang pasien skizofrenia tidak dapat diterima dengan baik oleh lingkungan keluarga dan masyarakat yang dapat menimbulkan dan memperparah *social disability* yang diderita oleh pasien skizofrenia. Hal tersebut disebabkan oleh bermacam faktor, berupa:

- a. Sebagian masyarakat percaya kecacatan adalah akibat hukuman Tuhan, pengaruh makhluk halus dan akibat berhubungan dengan penderita skizofrenia, karena kepercayaan ini maka keluarga dan masyarakat menempatkan pasien skizofrenia didalam rumah saja. Hal ini mengakibatkan pasien mempunyai perasaan bahwa kedudukannya didalam keluarga kurang penting dibandingkan anggota lainnya.
- b. Akibat gangguan yang dideritanya beberapa pasien skizofrenia terlihat berbeda dalam penampilan, cara berbicara dan tingkah lakunya, sehingga keluarga dan masyarakat sering mempunyai pendapat bahwa pasien berbeda dengan mereka.
- c. Anak-anak atau orang dewasa terkadang tidak memperhatikan apa yang dikatakan pasien skizofrenia atau menertawakan kesulitan pasien. Mereka memandang pasien kurang penting dibandingkan anggota masyarakat lainnya.
- d. Keluarga dan masyarakat yang menertawakan pasien skizofrenia disebabkan karena mereka tidak mengerti pasien skizofrenia, tidak mengetahui mengenai kecacatan dan sebabnya.

Dari berbagai uraian diatas dapat disimpulkan bahwa faktor penyebab utama yang dapat memperburuk keterampilan sosial atau menyebabkan timbulnya *social disability* adalah: stigma sosial dari masyarakat, kurangnya dukungan keluarga dan tingkat keparahan simptom psikologik yang diderita oleh pasien skizofrenia itu sendiri.

## **B. Skizofrenia**

Masalah kejiwaan dan penyakit mental begitu luas, kompleks, mengandung banyak misteri dan hal-hal yang menarik, sehingga selalu menantang manusia untuk mengadakan studi intensif terhadapnya. Dari sekian banyaknya penyakit mental, skizofrenia merupakan salah satu penyakit mental yang banyak menarik perhatian para ahli didunia. Sampai saat ini banyak perbedaan pendapat tercipta diantara para ahli mengenai fenomena skizofrenia. Para peneliti dan tenaga medis sekarang mengetahui bahwa skizofrenia sangat kompleks dengan gangguan yang multi faktor dan dapat terwujud dalam berbagai bentuk yang berbeda antara satu individu dengan individu lainnya, seperti gambaran yang dapat dilihat dibawah ini.

### **1. Pengertian Skizofrenia**

Asal kata skizofrenia menurut Morel (dalam Coleman, dkk., 1980) menggunakan istilah *Demence Precoce* atau gangguan mental dini untuk melukiskan bentuk psikosis tertentu yang sesuai dengan pengertian skizofrenia sekarang, hal tersebut dilaporkan dalam bentuk kasus yang terjadi pada seorang pemuda remaja

yang ditandai adanya kemunduran/keruntuhan fungsi intelek yang gawat sekali. Berikutnya Kraepelin (dalam Coleman, dkk., 1980) mensistematisasikan istilah tersebut menjadi *Dementia Praecox* yang merupakan kemerosotan otak (*dementia*) yang diderita oleh orang muda (*praecox*) yang pada akhirnya dapat menyebabkan kekaburan keseluruhan kepribadian. Kraepelin percaya bahwa halusinasi, delusi dan tingkah laku yang aneh pada penderita skizofrenia dapat dikatakan sebagai kelainan fisik atau suatu penyakit. Puncaknya, psikiater Eugen Bleuler (dalam Coleman, dkk., 1980) memperkenalkan istilah skizofrenia atau “jiwa yang terbelah”, sebab gangguan ini ditandai dengan disorganisasi proses berpikir, rusaknya koherensi antara pikiran dan perasaan, serta berorientasi diri kedalam dan menjauh dari realitas. Pendek kata, terjadi perpecahan antara intelek dan emosi.

Sesuai dengan perkembangannya pengertian skizofrenia semakin meluas, seperti yang diberikan oleh Kaplan & Sadock (1994) bahwa skizofrenia adalah sebagai suatu gangguan dengan etiologi tidak diketahui, ditandai oleh gejala psikotik yang secara berarti mengganggu fungsi dan menyangkut gangguan dalam perasaan, berpikir dan berperilaku. Gangguan ini kronik dan umumnya memiliki fase prodromal, fase aktif dengan delusi, halusinasi atau keduanya dan suatu fase residual dimana gangguan itu mungkin dalam keadaan remisi.

Halgin dan Whitbourne (1995) menyatakan skizofrenia merupakan suatu gangguan akibat suatu rangkaian simptom seperti gangguan dalam isi pikiran, bentuk pikiran, persepsi, afeksi, kepekaan diri, motivasi, tingkah laku dan fungsi interpersonal.

Sebagai ahli psikoanalisa, Freud (dalam Roan, 1979) mengatakan bahwa skizofrenia adalah suatu peristiwa regresi atau penarikan diri yang narsistik akibat kelemahan struktur ego (*ego organization*) karena faktor psikogen atau somatik. Definisi yang hampir sama berasal dari Cameron & Rychlak (1985) yaitu gangguan skizofrenia adalah usaha regresi untuk melarikan tension dan kecemasan dengan cara mengabaikan hubungan realitas objek interpersonal dan membentuk delusi dan halusinasi.

Definisi yang lebih rinci mengenai skizofrenia bersumber dari Classification of Mental and Behavioural Disorder (The ICD - 10) dan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ -III), yang mengemukakan bahwa gangguan skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan gangguan dasar pada kepribadian, terjadi 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 tidak terpadu dengan situasi nyata/sebenarnya dan autisme. Selain itu Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM -IV) memberikan pengertian skizofrenia sebagai gangguan yang setidaknya 6 bulan terakhir dan termasuk setidaknya 1 bulan simptom dari fase aktif termasuk juga dua atau lebih mengalami; delusi, halusinasi, disorganisasi bahasa, disorganisasi berat atau perilaku katatonik, simptom negatif.

Berdasarkan beberapa pendapat diatas maka dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan psikosis dengan tipe gangguan utama terletak pada

dasar kepribadiannya sehingga proses pikir, alam perasaan dan psikomotornya terganggu, karena itu asosiasi, afeksi, atensi dan aktivitasnya juga terganggu.

## 2. Epidemiologi

Di Amerika Serikat prevalensi skizofrenia seumur hidup dilaporkan secara bervariasi terentang dari 1 sampai 1,5%; konsisten dengan rentang tersebut, penelitian *Epidemiological Catchment Area (ECA)* yang disponsori oleh *National Institute of Mental Health (NIMH)* melaporkan prevalensi (penderita penyakit tertentu untuk daerah dan waktu tertentu) seumur hidup sebesar 1,3%. Kira-kira 0,025 sampai 0,05% populasi total diobati untuk skizofrenia dalam satu tahun. Walaupun duapertiga dari pasien yang diobati tersebut membutuhkan perawatan di rumah sakit, hanya kira-kira setengah dari semua pasien skizofrenik mendapat pengobatan, tidak tergantung pada keparahan penyakit (dalam Kaplan & Sadock, 1997).

### a. Usia dan Jenis Kelamin

Prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan wanita adalah sama, tetapi dua jenis kelamin tersebut menunjukkan perbedaan dalam onset (masa perjalanan penyakit mulai dari tidak bergejala sampai pada gejalanya timbul dengan sangat jelas) dan perjalanan penyakit. Laki-laki mempunyai onset skizofrenia yang lebih awal daripada wanita. Lebih dari setengah pasien skizofrenia adalah laki-laki tetapi hanya sepertiga pasien skizofrenia wanita mempunyai perawatan di rumah sakit psikiatrik yang pertamanya sebelum usia 25 tahun. Usia puncak onset untuk laki-laki adalah 15 sampai 25 tahun, untuk wanita usia puncak adalah 25 sampai 35 tahun.

Onset skizofrenia sebelum usia 10 tahun atau sesudah 50 tahun adalah sangat jarang. Kira-kira 90% pasien dalam pengobatan skizofrenia adalah antara usia 15 dan 55 tahun. Beberapa penelitian telah menyatakan bahwa laki-laki adalah lebih mungkin daripada wanita untuk terganggu oleh gejala negatif dan bahwa wanita lebih mungkin memiliki fungsi sosial yang lebih baik daripada laki-laki. Pada umumnya, hasil akhir untuk pasien skizofrenia wanita lebih baik daripada hasil akhir untuk pasien skizofrenia laki-laki.

#### **b. Musim Kelahiran**

Suatu temuan kuat dalam penelitian skizofrenia adalah bahwa individu yang kemudian menderita skizofrenia lebih mungkin dilahirkan di musim dingin dan awal musim semi dan lebih jarang dilahirkan di akhir musim semi dan musim panas. Secara spesifik, di belahan bumi utara, termasuk Amerika Serikat, individu skizofrenia lebih sering dilahirkan di bulan Januari sampai April. Di belahan bumi selatan, individu skizofrenia lebih sering dilahirkan dari bulan Juli sampai September.

#### **c. Distribusi Geografis**

Skizofrenia tidak tersebar secara merata menurut geografis di seluruh Amerika Serikat atau di seluruh dunia. Secara historis, prevalensi skizofrenia di Timur Laut dan Barat Amerika Serikat adalah lebih tinggi daripada daerah lainnya.

#### **d. Angka Reproduksi**

Pemakaian obat psikoterapetik, kebijaksanaan di rumah sakit, deinstitutionalisasi di rumah sakit negara, penekanan pada rehabilitasi dan perawatan yang didasarkan pada kualitas pasien skizofrenia semuanya menyebabkan

peningkatan umum angka perkawinan dan fertilitas diantara individu skizofrenia, karena faktor-faktor tersebut jumlah anak yang dilahirkan dari orang tua skizofrenik menjadi dua kali lipat dari tahun 1935 sampai 1955.

**e. Penyakit Medis**

Beberapa penelitian telah menemukan bahwa sampai 80% dari semua pasien skizofrenik mempunyai penyakit medis.

**f. Hubungan dengan Penggunaan dan Penyalahgunaan Zat**

Kira-kira 30% sampai 50% pasien skizofrenik memenuhi kriteria diagnostik untuk penyalahgunaan alkohol atau ketergantungan alkohol, kanabis dan kokain.

**g. Kepadatan Populasi**

Prevalensi skizofrenia telah dikorelasikan dengan kepadatan populasi setempat di kota-kota dengan populasi yang lebih dari satu juta orang. Korelasi tersebut lebih lemah pada kota dengan 100.000 sampai 500.000 orang dan tidak ditemukan pada kota dengan populasi kurang dari 100.000 orang. Efek kepadatan populasi mengindikasikan bahwa kecenderungan timbulnya gangguan skizofrenia pada anak-anak dari salah satu atau kedua orang tua skizofrenia kemungkinannya dua kali lebih tinggi di kota dari pada di pedesaan. Pengamatan tersebut menyatakan bahwa stressor sosial dilingkungan perkotaan mungkin mempengaruhi perkembangan skizofrenia pada orang yang berada dalam resiko.

**h. Pertimbangan Kultural dan Sosioekonomi.**

Stress yang dialami oleh anggota kelompok sosioekonomi rendah berperan dalam perkembangan skizofrenia. Dilaporkan prognosis skizofrenia lebih baik pada

negara yang kurang berkembang dimana pasien diintegrasikan ulang kedalam masyarakat dan keluarganya secara lebih lengkap daripada mereka yang berada di masyarakat Barat.

#### **i. Biaya Finansial**

Biaya finansial di Amerika Serikat kira-kira 1% dari pendapatan Nasional Amerika ditujukan untuk pengobatan penyakit mental, persentasi tersebut kira-kira 40 milyar ditahun 1985, ditambahkan angka mencapai 100 milyar dolar setiap tahunnya. Sebagian besar jumlah tersebut berhubungan untuk menutupi biaya langsung dan tidak langsung dari skizofrenia.

#### **i. Bunuh Diri**

Bunuh diri adalah penyebab umum kematian diantara pasien skizofrenik. Kira-kira 50% dari semua pasien skizofrenia mencoba bunuh diri sekurangnya satu kali selama hidupnya dari 10% sampai 15% pasien skizofrenia meninggal karena bunuh diri selama periode follow-up 20 tahun.

#### **j. Tempat Tidur Rumah Sakit Jiwa**

Pasien skizofrenia menggunakan kira-kira 50% dari semua tempat tidur di rumah sakit jiwa dan berjumlah untuk kira-kira 16% dari semua pasien psikiatrik yang mendapatkan suatu jenis pengobatan.

### **3. Etiologi Skizofrenia**

Sampai saat ini tidak satu orangpun dapat mengatakan dengan tepat sebab-sebab gangguan skizofrenia, skizofrenia merupakan gangguan yang tidak ditimbulkan

oleh satu faktor saja, setiap subtype mempunyai sebab-sebab sendiri. Davidoff (1991) mengulas beberapa penemuan yang menonjol mengenai penyebab gangguan skizofrenia.

**a. Keterlibatan faktor keturunan**

Secara umum dapat dikatakan semakin dekat hubungan genetiknya dengan pasien, semakin besar pula kemungkinannya untuk menderita gangguan tersebut. Hal ini sering disebut *concordant*, yaitu anak kembar dari satu telur mempunyai kemungkinan tiga sampai enam kali lebih besar untuk sama-sama menderita gangguan skizofrenia dibandingkan dengan anak kembar dari dua telur.

**b. Faktor lingkungan**

Terbukti melalui beberapa penelitian yang menyatakan bahwa ibu yang biasanya terlalu melindungi, hubungan perkawinan orangtua yang kurang sehat, kesalahan dalam pola komunikasi diantara anggota keluarga dan *double bind* dapat menimbulkan skizofrenia.

Skizofrenia tidak diduga sebagai suatu penyakit tunggal tetapi sebagai sekelompok penyakit dengan ciri-ciri klinik umum. Banyak teori penting telah diajukan mengenai etiologi dan ekspresi gangguan ini, salah satunya yang diungkapkan oleh Residen Bagian Psikiatri UCLA (1997), yaitu:

**a. Teori biologik dan genetik**

Penelitian keluarga (termasuk penelitian kembar dan adopsi) sangat mendukung teori bahwa faktor genetik peran penting dalam transmisi skizofrenia atau paling tidak memberi suatu sifat kerawanan dan juga dapat menjadi penyebab

peningkatan insidens dari sindrom mirip-mirip skizofrenia (gangguan kepribadian skizoafektif, skizotipik, dan lainnya) yang terjadi dalam keluarga.

#### **b. Hipotesis neurotransmitter**

Penelitian terakhir memperlihatkan adanya kelebihan reseptor dopaminergik dalam susunan syaraf pusat (SSP) penderita skizofrenik. Pada hakekatnya, neuroleptik diduga efektif karena kemampuannya memblokir reseptor dopaminergik. Penelitian mengenai skizofrenik yang tidak diobati juga mengungkapkan suatu kelebihan dari reseptor dopaminergik yang secara langsung berlawanan dengan teori bahwa temuan ini malah berhubungan dengan pemberian neuroleptik.

#### **c. Pencetus psikososial**

Stressor sosiolingkungan sering menyebabkan timbulnya serangan awal dan kekambuhan skizofrenia serta dapat diduga sebagai suatu terobosan kekuatan protektif, dengan tetap mempertahankan kerawanan secara psikobiologik dalam pengendalian. Tiga tindakan emosi yang dinyatakan (EE) dilingkungan rumah; komentar kritis, permusuhan dan keterlibatan emosional yang berlebihan terbukti menyebabkan peningkatan angka kekambuhan skizofrenia.

Etiologi atau penyebab skizofrenia yang lebih rinci dijelaskan oleh Kaplan & Sadock (1997) sebagai berikut:

#### **a. Model Diatesis-Stress**

Suatu model untuk integrasi faktor biologis dan faktor psikososial dan lingkungan adalah model diatesis-stress. Model ini mendalilkan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (diatesis) yang jika dikenai oleh suatu

pengaruh lingkungan yang menimbulkan stress akan memungkinkan perkembangan gejala skizofrenia.

#### **b. Faktor Biologis**

Semakin banyak penelitian telah melibatkan peranan patofisiologis untuk daerah tertentu di otak termasuk sistem limbik, korteks frontalis dan ganglia basalis, ketiga daerah tersebut saling berhubungan sehingga disfungsi pada salah satu daerah tersebut mungkin melibatkan patologi primer di daerah lainnya sehingga menjadi suatu tempat potensial untuk patologi primer pasien skizofrenik.

#### **c. Genetika**

Penelitian klasik awal tentang genetika dari skizofrenia dilakukan ditahun 1930-an, menemukan bahwa seseorang kemungkinan menderita skizofrenia jika anggota keluarga lainnya juga menderita skizofrenia dan kemungkinan seseorang menderita skizofrenia adalah berhubungan dengan dekatnya hubungan persaudaraan tersebut.

#### **d. Faktor Psikososial**

Klinisi harus mempertimbangkan faktor psikologis yang mempengaruhi skizofrenia karena para ahli telah membuktikan bahwa terapi obat saja tidak cukup untuk mendapatkan perbaikan klinis yang maksimal. Secara historis telah diperdebatkan bahwa suatu faktor psikososial secara langsung dan secara kausatif berhubungan dengan perkembangan skizofrenia.

Dari beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa faktor penyebab utama skizofrenia adalah: faktor biologis, faktor genetik, faktor sosial dan psikologis serta interaksi diantara faktor-faktor tersebut.

#### **4. Kriteria Diagnostik Skizofrenia**

Meskipun gangguan skizofrenia telah terungkap dari beribu-ribu subjek pada abad lalu, para ahli skizofrenia tidak dapat memberikan suatu konsensus tentang simptom yang sebenarnya dan karakteristiknya. Para peneliti dan tenaga medis sekarang mengetahui bahwa skizofrenia sangat kompleks dengan gangguan yang multi faktor dan dapat terwujud dalam berbagai bentuk yang berbeda antara satu individu dengan individu lainnya. Untuk memperjelas gambaran klinis skizofrenia, DSM – IV memberikan kriteria diagnostik skizofrenia sebagai berikut:

##### **a. Gejala karakteristik**

Gejala skizofrenia berupa dua (atau lebih) gejala berikut, masing-masing ditemukan untuk bagian waktu yang bermakna selama periode 1 bulan (atau kurang jika diobati dengan berhasil).

- 1). waham
- 2). halusinasi
- 3). bicara terorganisasi (misalnya sering menyimpang atau inkoheren)
- 4). perilaku terdisorganisasi atau katatonik yang jelas
- 5). gejala negatif, yaitu; pendataran afektif, alogia atau tidak ada kemauan(avolition)

catatan: Hanya satu gejala kriteria A yang diperlukan jika waham adalah kacau atau halusinasi terdiri dari suara yang terus-menerus mengomentari perilaku atau pikiran pasien atau dua atau lebih suara yang saling bercakap satu sama lainnya.

b. Disfungsi sosial/pekerjaan

Untuk bagian waktu yang bermakna sejak onset gangguan, satu atau lebih fungsi utama, seperti pekerjaan, hubungan interpersonal atau perawatan diri adalah jelas dibawah tingkat yang dicapai sebelum onset (atau jika onset pada masa anak-anak atau remaja, kegagalan untuk mencapai tingkat pencapaian interpersonal, akademik atau pekerjaan yang diharapkan).

c. Durasi

Tanda gangguan terus menerus menetap selama sekurangnya 6 bulan. Periode 6 bulan ini harus termasuk sekurangnya 1 bulan gejala (atau kurang jika diobati dengan berhasil) yang memenuhi kriteria A (yaitu gejala fase aktif) dan mungkin termasuk periode gejala prodromal atau residual. Selama periode prodromal atau residual, tanda gangguan mungkin dimanifestasikan hanya oleh gejala negatif atau dua atau lebih gejala yang dituliskan dalam kriteria A dalam bentuk yang diperlemah (misalnya keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim).

d. Penyingkiran skizoafektif dan gangguan mood

Gangguan skizoafektif dan gangguan mood dengan ciri psikotik telah disingkirkan karena: (1) tidak ada episode depresif berat, manik atau campuran yang telah terjadi bersama-sama dengan gejala fase aktif, atau (2) jika episode mood telah

terjadi selama gejala fase aktif, durasi totalnya adalah relatif singkat dibandingkan durasi periode aktif dan residual.

e. Penyingkiran zat/kondisi medis umum

Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari suatu zat (misalnya obat yang disalahgunakan, suatu medikasi) atau suatu kondisi medis umum.

f. Hubungan dengan gangguan perkembangan *pervasif*.

Jika terdapat riwayat adanya gangguan autistik atau gangguan perkembangan *pervasif* lainnya, diagnosis tambahan skizofrenia dibuat hanya jika waham atau halusinasi yang menonjol juga ditemukan untuk sekurangnya satu bulan (atau kurang jika diobati secara berhasil).

Kriteria diagnostik yang diberikan Halgin dan Whitbourne (1995), yaitu:

a. Gangguan pada isi pikiran

Delusi atau kepercayaan salah yang mendalam merupakan gangguan pikiran yang paling umum dan sering dihubungkan dengan skizofrenia. Delusi ini mencakup delusi rujukan, penyiksaan, kebesaran, cinta, kesalahan diri, kontrol, nihil atau dosa dan pengkhianatan. Delusi lain berkenaan dengan kepercayaan irasional mengenai suatu proses berpikir, seperti percaya bahwa pikiran bisa disiarkan, dimasuki yang lain atau hilang dari alam pikirannya karena paksaan dari orang lain atau objek dari luar. Delusi somatik meliputi kepercayaan yang salah dan aneh tentang kerja tubuh, misalnya pasien skizofrenia menganggap bahwa otaknya sudah dimakan rayap.

b. Gangguan pada bentuk pikiran, bahasa dan komunikasi

Proses berpikir dari pasien skizofrenia dapat menjadi tidak terorganisasi dan tidak berfungsi, kemampuan berpikir mereka menjadi kehilangan kohesivitas dan logika, cara mereka mengekspresikan ide dalam pikiran dan bahasa dapat menjadi tidak dimengerti, akan sangat membingungkan jika kita berkomunikasi dengan penderita gangguan pikiran. Contoh umum gangguan berpikir adalah inkoheren (tidak berhubungan), kehilangan asosiasi, neologisme, blocking dan pemakaian kata-kata yang salah.

c. Gangguan persepsi: Halusinasi

Halusinasi adalah salah satu simptom skizofrenia yang merupakan kesalahan dalam persepsi yang melibatkan kelima alat indera kita, walaupun halusinasi tidak begitu terikat pada stimulus yang diluar tetapi kelihatan begitu nyata bagi pasien skizofrenia. Halusinasi tidak berada dalam kontrol individu, tetapi terjadi begitu spontan walaupun individu mencoba menghalanginya.

d. Gangguan afeksi (perasaan)

Pasien skizofrenia selalu mengekspresikan emosinya secara abnormal dibandingkan dengan orang lain. Secara umum, perasaan itu konsisten dengan keadaan emosi, tetapi reaksi yang ditampilkan tidak sesuai dengan perasaannya.

e. Gangguan psikomotor

Pasien skizofrenia kadang akan berjalan dengan aneh dan cara yang berantakan, memakai pakaian aneh atau membuat mimik yang aneh atau pasien skizofrenia akan memperlihatkan gangguan katatonik stupor (suatu keadaan dimana tidak

lagi meresponi stimulus dari luar, mungkin tidak mengetahui bahwa ada orang disekitarnya), katatonik rigid (mempertahankan suatu posisi tubuh atau tidak mengadakan gerakan) dan katatonik gerakan (selalu mengulang suatu gerakan tubuh).

f. Gangguan kemampuan hubungan interpersonal

Pasien skizofrenia mengalami kesulitan dalam mengadakan hubungan dengan orang lain karena ketidakmampuan mengontrol keadaan emosi dan karena keanehan dari pikiran dan tingkah laku mereka. Akhirnya orang lain menjauhi mereka dan bagian terpenting kesempatan dari hubungan dengan realita menjadi hilang. Ada juga pasien skizofrenia yang mengadakan isolasi dengan sendirinya. Isolasi sosial akan selalu menyebabkan kerusakan dalam hubungan sosial, setelah sekian lama mereka akan ditolak dan diperlakukan jauh kedalam alam fantasi dan delusi.

g. Gangguan kepekaan diri

Pasien skizofrenia selalu bingung akan identitas keberadaan mereka, mereka tidak begitu pasti akan keberadaan diri mereka yang benar atau tidak, selalu bertanya-tanya keberadaan dirinya yang pasti.

h. Gangguan motivasi

Pasien skizofrenia mungkin akan mendapatkan bahwa dirinya tidak termotivasi yang dikarenakan kekurangan dorongan atau *interest* (keinginan) dalam mengikuti suatu kejadian tingkah laku atau karena adanya ambivalensi dalam suatu pemilihan.

## 5. Tipe-tipe Skizofrenia

Tipe skizofrenia menurut ICD-X dan PPDGJ III, meliputi:

### a). Skizofrenia Paranoid (F20.0)

Ini adalah jenis skizofrenia yang paling sering dijumpai di negara manapun. Gambaran klinis didominasi oleh waham-waham yang secara relatif stabil, seringkali bersifat paranoid, disertai oleh halusinasi-halusinasi terutama halusinasi pendengaran. Gangguan-gangguan afektif, dorongan kehendak (*volition*) dan pembicaraan serta gejala-gejala katatonik tidak menonjol.

### b). Skizofrenia Hebefrenik (F20.1)

Suatu bentuk skizofrenia dengan perubahan afektif yang tampak jelas dan secara umum juga dijumpai waham dan halusinasi yang bersifat mengambang serta terputus-putus (*fragmentary*), perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan serta umumnya *mannerisme*. Suasana perasaan (*mood*) pasien dangkal dan tidak wajar (*inappropriate*) sering disertai oleh cekikikan (*giggling*) atau perasaan puas diri (*self-satisfied*), senyum sendiri (*self-absorbed smiling*) atau sikap yang angkuh dan agung (*lofty manner*). Proses pikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan tak menentu serta inkoheren. Ada kecenderungan tetap menyendiri (*solitary*) dan perilaku tampak hampa tujuan dan hampa perasaan.

### c). Skizofrenia Katatonik (F20.2)

Gangguan psikomotor yang menonjol merupakan gambaran yang penting dan dominan serta dapat bervariasi antara kondisi ekstrem seperti hiperkinesia dan

stupor atau antara sifat penurut yang otomatis dan negativisme. Sikap dan posisi tubuh yang dipaksakan dapat dipertahankan untuk jangka waktu yang lama. Episode kegelisahan disertai kekerasan (*violent*) mungkin merupakan gambaran keadaan ini yang mencolok.

d). Skizofrenia Tak Terinci (Undifferentiated) (F20.3)

Kondisi-kondisi yang memenuhi kriteria diagnostik umum untuk skizofrenia tetapi tidak sesuai dengan subtype paranoid, hebefrenik dan katatonik atau memperlihatkan gejala lebih dari satu sub tipe tanpa gambaran predominasi yang jelas untuk suatu kelompok diagnosis yang khas.

e). Depresi Pasca-Skizofrenik (F20.4)

Suatu episode depresif yang mungkin berlangsung lama dan timbul sesudah suatu serangan penyakit skizofrenia. Beberapa gejala skizofrenik harus tetap ada tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya. Gangguan depresif ini disertai oleh suatu peningkatan resiko bunuh diri.

f). Skizofrenia Residual (F20.5)

Suatu stadium kronis dalam perkembangan gangguan skizofrenia dimana telah terjadi progresi yang jelas dari stadium awal (terdiri dari satu atau lebih episode dengan gejala psikotik yang memenuhi kriteria umum untuk skizofrenia) ke stadium lebih lanjut yang ditandai secara khas oleh gejala-gejala negatif jangka panjang, walaupun belum tentu ireversibel.

g). Skizofrenia Simpleks (F20.6)

Suatu kelainan yang tidak lazim dimana ada perkembangan yang bersifat perlahan tetapi progresif mengenai keanehan tingkah laku, ketidakmampuan untuk memenuhi tuntutan masyarakat dan penurunan kinerja secara menyeluruh, tidak terdapat waham dan halusinasi. Ciri-ciri negatif yang menonjol adalah afek yang menumpul, hilangnya dorongan kehendak dan bertambahnya kemunduran sosial.

f). Skizofrenia Lainnya (F20.8), Termasuk: skizofrenia senestopatik, gangguan skizofreniform YTT. Tak termasuk: gangguan lir-skizofrenia akut, skizofrenia siklik, skizofrenia laten

h). Skizofrenia YTT (F20.9)

Tipe-tipe skizofrenia yang disebutkan dalam DSM-IV didasarkan terutama pada presentase klinis, yaitu:

a). Tipe Paranoid (295.30)

Secara klasik, skizofrenia tipe paranoid ditandai terutama oleh adanya waham persekutorik (waham kejar) atau waham kebesaran. Pasien skizofrenia paranoid menunjukkan regresi yang lambat dari kemampuan mentalnya, tegang, pencuriga, berhati-hati dan tak ramah. Mereka juga dapat bersikap bermusuhan atau agresif. Pasien skizofrenia paranoid kadang-kadang dapat menempatkan diri mereka sendiri secara adekuat didalam situasi sosial. Kecerdasan mereka tidak terpengaruh oleh kecenderungan psikosis mereka dan tetap intak.

b). Tipe Terdisorganisasi (295.10)

Tipe terdisorganisasi (sebelumnya dinamakan hebefrenik), ditandai oleh regresi yang nyata keperilaku primitif, terdisinhibisi dan tidak teratur. Pasien biasanya aktif tetapi dengan cara yang tidak bertujuan dan tidak konstruktif, gangguan pikiran mereka menonjol dan kontak dengan kenyataan buruk, respon emosional tidak sesuai, seringkali meledak tertawanya tanpa alasan. Sering digambarkan sebagai kekanak-kanakan atau bodoh.

c). Tipe Katatonik (295.20)

Ciri klasik dari tipe katatonik adalah gangguan nyata pada fungsi motorik, yang mungkin berupa stupor, negativisme, rigiditas, kegembiraan atau posturing, kadang-kadang pasien menunjukkan perubahan yang cepat antara kegembiraan dan stupor.

d). Tipe Tidak Tergolongkan (undifferentiated type) (295.90)

Pasien yang jelas mengalami skizofrenia tetapi tidak mudah dimasukkan kedalam salah satu tipe, digolongkan kedalam tipe tidak tergolongkan.

e). Tipe Residual (295.60)

Penumpukan emosional, penarikan sosial, perilaku eksentrik, pikiran yang tidak logis dan pengenduran asosiasi ringan adalah sering ditemukan pada tipe residual, tetapi hal tersebut tidak menonjol dan tidak disertai oleh afek yang kuat.

## **6. Perjalanan Penyakit dan Prognosis**

### **a. Perjalanan Penyakit**

Perjalanan penyakit skizofrenia yang dijelaskan oleh Kaplan & Sadock (1997) menyatakan bahwa suatu pola gejala premorbid mungkin merupakan tanda pertama dari penyakit, walaupun gejala biasanya dikenali secara retrospektif. Secara karakteristik, gejala dimulai pada masa remaja diikuti dengan perkembangan gejala prodromal dalam beberapa hari sampai beberapa tahun. Onset gejala yang mengganggu terlihat disesuaikan oleh suatu perubahan sosial atau lingkungan seperti pindah sekolah, pengalaman dengan kematian sanak saudara. Sindroma prodromal (fase awal penyakit) dapat berlangsung selama satu tahun atau lebih sebelum onset gejala psikotik yang jelas.

Setelah episode psikotik yang pertama, pasien memiliki periode pemulihan yang bertahap, yang dapat diikuti oleh lamanya periode fungsi yang relatif normal, tetapi relaps biasanya terjadi jika pola umum dari penyakit yang ditemukan dalam lima tahun pertama setelah diagnosis biasanya memperkirakan perjalanan yang diikuti pasien. Masing-masing relaps psikosis diikuti oleh pemburukan lebih lanjut pada fungsi dasar pasien. Perjalanan klasik skizofrenia adalah satu eksaserbasi dan remisi. Perbedaan utama antara skizofrenia dan gangguan mood adalah pasien skizofrenia gagal untuk kembali ke fungsi dasar setelah masing-masing relaps. Seringkali suatu depresi pasca psikotik yang dapat diobservasi secara klinis mengikuti suatu episode psikotik dan kerentanan pasien skizofrenik terhadap stress biasanya selama hidup. Gejala positif cenderung menjadi parah dengan berjalannya

waktu, tetapi gejala negatif yang menimbulkan ketidakmampuan secara sosial atau gejala defisit dapat meningkat keparahannya. Walaupun kira-kira sepertiga dari semua pasien skizofrenik mempunyai eksistensi sosial yang marginal atau terintegrasi, sebagian besar memiliki kehidupan yang ditandai oleh tidak adanya tujuan, inaktivitas, perawatan dirumah sakit yang sering dan tinggal dilingkungan perkotaan, tunawisma dan kemiskinan.

Klasifikasi perjalanan penyakit longitudinal menurut DSM-IV: Dapat diterapkan hanya setelah sekurangnyanya satu tahun lewat sejak onset awal gejala aktif.

- 1). Episodik dengan gejala residual interepisode  
(episode didefinisikan oleh timbulnya kembali gejala psikotik yang menonjol)  
juga sebutkan jika: “dengan gejala negatif yang menonjol”
- 2). Episodik tanpa gejala residual interepisodik
- 3). Kontinu (gejala psikotik yang menonjol ditemukan diseluruh periode observasi),  
juga sebutkan jika “dengan gejala negatif yang menonjol”
- 4). Episode tunggal dalam remisi: juga sebutkan jika “dengan gejala negatif yang menonjol”
- 5). Episode tunggal dalam remisi penuh
- 6). Pola lain atau tidak ditentukan

Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ-III) mengklasifikasikan perjalanan gangguan skizofrenia menjadi 8 kelompok, yakni:

- 1). Berkelanjutan (F20.x0)
- 2). Episodik dengan kemunduran progresif (F20.x1)

- 3). Episodik dengan kemunduran stabil (F20.x2)
- 4). Episodik berulang (F20.x3)
- 5). Remisi tak sempurna (F20.x4)
- 6). Remisi Sempurna (F20.x5)
- 7). Lainnya (F20.x8)
- 8). Periode pengamatan kurang dari satu tahun (F20.x9)

#### **b. Prognosis**

Beberapa penelitian telah menemukan bahwa lebih dari periode 5 sampai 10 tahun setelah perawatan psikiatrik pertama kali di rumah sakit karena skizofrenia, hanya kira-kira 10% sampai 20% pasien dapat digambarkan memiliki hasil yang baik, lebih dari 50% pasien dapat digambarkan memiliki hasil yang buruk dengan perawatan di rumah sakit yang berulang, eksaserbasi gejala, episode gangguan mood berat dan usaha bunuh diri. Walaupun terdapat angka-angka yang kurang bagus tersebut, skizofrenia memang tidak selalu memiliki perjalanan penyakit yang memburuk dan sejumlah faktor dihubungkan dengan prognosis yang baik. Rentang angka pemulihan yang dilaporkan didalam literatur adalah 10% sampai 60% dan perkiraan yang beralasan adalah bahwa 20% sampai 30% dari semua pasien skizofrenia mampu untuk menjalani kehidupan yang agak normal. Kira-kira 20% sampai 30% dari pasien terus mengalami gejala yang sedang dan 40% sampai 60% dari pasien terus terganggu secara bermakna oleh gangguannya selama seluruh hidupnya (Kaplan & Sadock, 1997).

Gambaran yang menunjukkan prognosis baik dan buruk dalam skizofrenia (Kaplan & Sadock, 1997) digambarkan dibawah ini:

- 1). Skizofrenia prognosis baik berkaitan dengan
  - a). Onset lambat
  - b). Faktor pencetus yang jelas
  - c). Onset akut
  - d). Riwayat sosial, seksual dan pekerjaan pramorbid yang baik
  - e). Gejala gangguan mood (terutama gangguan depresif)
  - f). Menikah
  - g). Riwayat keluarga gangguan mood
  - h). Sistem pendukung yang baik
  - i). Gejala positif
- 2). Skizofrenia prognosis buruk berkaitan dengan
  - a). Onset muda
  - b). Tidak ada faktor pencetus
  - c). Onset tidak jelas
  - d). Riwayat sosial, seksual dan pekerjaan pramorbid yang buruk
  - e). Perilaku menarik diri, autistik
  - f). Tidak menikah, bercerai, atau janda/duda
  - g). Riwayat keluarga skizofrenia
  - h). Sistem pendukung yang buruk
  - i). Gejala negatif

- j). Tanda dan gejala neurologis
- k). Riwayat trauma prenatal
- l). Tidak ada remisi dalam tiga tahun
- m). Banyak relaps
- n). Riwayat penyerangan

### C. Rehabilitasi Pasien Skizofrenia

Pasien skizofrenia menurut Sullivan (dalam Dit. Kes. Wa., 1985) dianggap menderita suatu gangguan psikososial yang walaupun cukup serius namun tetap memungkinkan pihak luar dapat mendekatinya secara perikemanusiaan karena tidak semua pasien skizofrenia mengalami kemunduran kearah *deteriorasi*. Hal tersebut memungkinkan untuk dilaksanakan dan dikembangkannya upaya rehabilitasi terhadap pasien skizofrenia.

#### 1. Pengertian Rehabilitasi

Untuk lebih memahami rehabilitasi, WHO *Expert Commite on Medical Rehabilitation* memberikan pengertian rehabilitasi sebagai serangkaian usaha yang terkoordinasi, terdiri dari upaya medis, sosial, eduksional dan vokasional untuk melatih kembali seseorang (yang *handicap*) agar dapat mencapai kemampuan fungsional pada taraf setinggi mungkin (dalam Dit. Kes. Wa., 1997).

Rehabilitasi menurut Juklak Sub Proyek Peningkatan Serta Penanggulangan Psikotik Gelandangan dan Korban Pasung Tahun 1981/1982 (dalam Dit. Kes. Wa.,

1985) adalah suatu proses yang kompleks, yang meliputi berbagai disiplin dan merupakan gabungan dari usaha medik, sosial, edukasional dan vokasional yang terpadu untuk mempersiapkan, menyalurkan/menempatkan dan membina seseorang agar dapat mencapai kembali taraf kemampuan fungsional setinggi mungkin.

Hampir sama dengan pendapat diatas Peraturan Pemerintah R.I. No. 36 Tahun 1980 tentang usaha kesejahteraan sosial bagi penderita cacat (dalam Dit. Kes. Wa., 1985) yang menerangkan bahwa rehabilitasi merupakan proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan penderita cacat mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat.

Berdasarkan berbagai pengertian rehabilitasi diatas, dapat disimpulkan bahwa rehabilitasi adalah serangkaian usaha yang terpadu dan terarah dengan menggunakan pendekatan multi-disipliner: medik, sosial, edukasional dan vokasional untuk mengembalikan individu menjadi warga negara yang produktif, memiliki peranan dan dapat berintegrasi dengan masyarakat dilingkungannya.

## **2. Falsafah dan motivasi upaya rehabilitasi**

Sesudah Perang Dunia II, upaya rehabilitasi berkembang pesat dan mempunyai dasar falsafah yang lebih kokoh, sejalan dengan berkembangnya faham hak azasi manusia. Falsafah rehabilitasi berubah "*from charity to right*", berarti bahwa pertolongan dalam upaya rehabilitasi dijalankan berdasarkan pemberian hak azasi sebagai manusia seutuhnya. Dasar ini kiranya sesuai dengan falsafah Pancasila

sebagai falsafah Negara Republik Indonesia, khususnya dengan sila Perikemanusiaan yang adil dan beradab dan sila Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Disamping didorong oleh atau berdasarkan pada falsafah kemanusiaan tersebut, upaya rehabilitasi juga didorong atas pertimbangan ekonomi. Melalui upaya rehabilitasi diharapkan ketergantungan pasien terutama ketergantungan secara ekonomi dapat diperpendek, maka dengan demikian beban keluarga dapat diperingan, karena pasien setelah memperoleh pelayanan rehabilitasi diarahkan menjadi individu yang berswadaya, swasembada (mandiri) dan berguna didalam masyarakat. Disamping itu dengan adanya proses rehabilitasi dampak kecacatan yang ada pada diri pasien baik terhadap diri, keluarga maupun masyarakat dapat diperkecil atau sama sekali dihilangkan.

Atas dasar pemberian atau dan pengembalian hak azasi yang ada pada diri pasien/rehabilitan akan mempunyai arti yang lebih positif baik bagi upaya rehabilitasi itu sendiri maupun bagi rehabilitannya, karena pertolongan atau bantuan yang diberikan dalam upaya rehabilitasi kepada rehabilitan, dimaksudkan agar mampu mengembalikan kesadaran, kemauan, potensi, inisiatif dan sebagainya sehingga akhirnya rehabilitan mampu menolong dirinya dan dapat mempertahankan hak azasinya untuk hidup bersama warga masyarakat yang lain.

Untuk memperkuat motivasi para petugas rehabilitasi pasien mental kiranya perlu diketahui beberapa prinsip yang memungkinkan bahwa rehabilitasi pasien mental itu dapat dijalankan (Dit. Kes. Wa., 1985) yaitu:

- a). Gangguan mental tidak pernah merusak seluruh kepribadian manusia atau tingkah lakunya. Ini berarti bahwa bagaimanapun parahnya penyakit yang diderita seorang pasien mental selalu masih ada kepribadian dan tingkah laku yang sehat dalam diri pasien tersebut. Merupakan kewajiban ahli terapi dan rehabilitasi mental untuk menemukan bidang-bidang tersebut dan perlu menilai potensi/kemampuan dari bidang-bidang itu untuk lebih dikembangkan lagi.
- b). Tingkah laku manusia selalu dapat diarahkan atau dibina kepada jurusan yang mengandung sejumlah reaksi/response yang baru. Selanjutnya dapat diharapkan bahwa pasien mental dapat dilatih untuk memberikan reaksi/response yang tertentu, yang lebih efektif.
- c). Tingkah laku manusia selalu mengindahkan adanya/tidak adanya faktor-faktor tertentu (khususnya faktor yang dapat menimbulkan tekanan sosial pada individu) sehingga dengan demikian reaksi/response manusia tersebut sampai taraf tertentu dapat diramalkan, sehingga periahan-lahan pasien mental dapat dilatih untuk mentaati peraturan permainan.
- d). Sikap dan tekanan sosial dalam kelompok sangat penting dalam menunjang atau menghambat tingkah laku individu dalam kelompok sosial tersebut. Menciptakan suasana kebersamaan dalam terapi agar tercipta rasa tanggung jawab, rasa keadilan dan rasa kemanusiaan.
- e). Rehabilitasi adalah proses transisi dan proses kesiapan kearah pengembalian pasien mental kemasyarakat dan oleh sebab itu masyarakat perlu menghayati pentingnya peranan yang dipegangnya dalam proses rehabilitasi tersebut.

### **3. Aspek-aspek rehabilitasi**

Rehabilitasi penderita cacat adalah multi kompleks, yang artinya menurut Direktorat Kesehatan Jiwa (1985) persoalannya tidak hanya menyangkut bidang medis, tetapi juga dalam bidang-bidang lain. Maka usaha-usaha pertolongan agar para rehabilitan bisa terlepas dari permasalahan yang dihadapi secara keseluruhan harus menyangkut aspek-aspek rehabilitasi berikut:

#### **a. Medik.**

Suatu usaha rehabilitasi yang bertujuan untuk mengurangi kecacatan serta meningkatkan kemampuan yang ada secara medis/psikiatris dengan menggunakan obat-obatan psikofarmaka.

#### **b. Psikologik dan Sosial.**

Merupakan suatu usaha rehabilitasi yang bertujuan mempersiapkan individu agar sejauh mungkin mampu melaksanakan fungsi psikis dan sosialnya secara wajar dalam masyarakat dengan menggunakan terapi-terapi psikologi dan sosial berupa; psikoterapi individual dan kelompok, terapi keluarga, terapi rekreasi, terapi kesenian, terapi olahraga dan lain-lain. Untuk tercapainya penyesuaian diri, harga diri juga tercapainya pandangan dan sikap yang sehat dari masyarakat terhadap rehabilitan.

#### **c. Reedukasi dan Vokasional.**

Suatu usaha rehabilitasi yang bertujuan meningkatkan taraf pengetahuan individu yang sesuai dengan kemampuan dan ketidakmampuannya dengan meningkatkan taraf pengetahuan individu sehingga individu dapat bekerja/berusaha secara produktif dan berguna.

#### **d. Legislatif dan Administratif.**

Usaha rehabilitasi yang bertujuan kearah terbentuknya peraturan perundang-undangan yang mengatur usaha rehabilitasi pasien mental.

Menurut uraian diatas maka aspek-aspek rehabilitasi adalah aspek medik, psikologik dan sosial, reedukatif dan vokasional serta legislatif dan administratif.

#### **4. Maksud dan tujuan dasar rehabilitasi**

Rehabilitasi yang merupakan suatu usaha terpadu untuk mengembalikan kemampuan individu ketaraf yang akseptabel, dari pengertian tersebut dapat dirumuskan maksud dan tujuan rehabilitasi pasien mental (Dit. Kes. Wa., 1985) dengan jelas berupa:

- a. Mencapai perbaikan fisik dan mental sebesar-besarnya.
- b. Penempatan/penyaluran dalam pekerjaan dengan kapasitas maksimal.
- c. Penyesuaian diri dalam hubungan perorangan dan sosial secara memuaskan sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berswadaya, swasembada (mandiri) dan berguna.

Tujuan rehabilitasi yang diberikan Peraturan Pemerintah R.I. No. 36 tahun 1980 tentang usaha kesejahteraan sosial bagi penderita cacat (dalam Dit. Kes. Wa., 1985) adalah untuk mengembalikan dan mengembangkan fungsi fisik, mental dan sosial sehingga penyandang cacat tersebut bisa berfungsi dalam masyarakat sesuai dengan kemampuan, bakat, taraf pendidikan dan pengalaman. Sejalan dengan pendapat tersebut, WHO (1980) merumuskan tujuan rehabilitasi sebagai penggunaan

secara terpadu dan terkoordinasi daripada tindakan medik, sosial, pendidikan dan vokasional untuk melatih kembali individu kearah kemungkinan tertinggi dari tingkatan kemampuan fungsional.

Setelah melihat beberapa pendapat ahli diatas maka dapat disimpulkan bahwa tujuan rehabilitasi adalah mencapai perbaikan fisik dan mental sebesar-besarnya serta melakukan penempatan vokasional dengan mempersiapkan keterampilan yang memadai sehingga mereka dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan maupun sosial secara memuaskan juga dapat berfungsi aktif sebagai anggota masyarakat yang berswadaya dan berguna.

##### **5. Program-program rehabilitasi**

Sesuai dengan pengertian secara operasional tentang rehabilitasi yaitu suatu rangkaian dan koordinasi usaha-usaha yang berifat medis-psikiatris, sosial, pendidikan dan vokasional untuk melatih atau mendidik seseorang agar mencapai kemampuan fungsional setinggi mungkin, maka upaya rehabilitasi tersebut menurut Direktorat Kesehatan Jiwa (1985) merupakan proses yang bertahap untuk mengembalikan individu baik hak dan fungsinya sebagai warga masyarakat yang mandiri dan berguna. Proses usaha tersebut hendaknya diatur melalui tahap kerja sebagai berikut: tahap persiapan, tahap penempatan dan tahap pengawasan. Untuk masing-masing tahap disusun suatu program yang terperinci sehingga perkembangan kemampuan rehabilitan dapat diketahui.

### a. Tahap persiapan

Tahap persiapan merupakan serangkaian upaya untuk mempersiapkan rehabilitan agar selanjutnya dapat disalurkan kedalam masyarakat, melalui kegiatan:

- (1). Seleksi, evaluasi dan uji kerja (*work assessment*). Seleksi dilakukan atas dasar *case conference* yang dihadiri oleh masing-masing anggota team profesi, yang mempertimbangkan hasil evaluasinya dengan dasar musyawarah menuju suatu kesimpulan untuk membuat suatu program yang jelas dan terperinci untuk masing-masing rehabilitan. Hasil seleksi yang berupa program untuk rehabilitan langsung menentukan apakah seorang rehabilitan dapat mengikuti proses rehabilitasi secara lengkap (yaitu mengikuti terapi kerja dan latihan kerja atau dipersiapkan ke *sheltered workshop*) atau cukup mengikuti terapi kerja saja atau belum dapat diberikan aktivitas dalam unit rehabilitasi, sehingga sementara ditangguhkan rehabilitasinya (masih memerlukan pelayanan medik psikiatrik secara intensif).

Seleksi bagi setiap calon rehabilitan disesuaikan dengan tujuan seleksi itu sendiri, untuk menentukan apakah seorang calon sudah dapat mengikuti aktivitas rehabilitasi atau seleksi untuk mempersiapkan penyaluran. Oleh karena itu seleksi tidak cukup sekali saja, ada dua seleksi penerimaan yaitu seleksi pada waktu calon rehabilitan mulai

dikirim ke unit rehabilitasi dan seleksi pada waktu akan disalurkan ke masyarakat.

Untuk seleksi yang pertama, calon rehabilitan ditentukan atas dasar pemeriksaan medis psikiatris, apakah sudah memiliki kontak psikik dan sosial agar dapat diberi aktivitas yang bersifat psikologis, sosial, edukasional dan vokasional. Kemudian membuat program kerja untuk calon rehabilitan yang diterima, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Biasanya program jangka pendek berupa pemberian aktivitas yang sesuai dengan keadaan rehabilitan pada saat itu, sedangkan program jangka panjang berupa mempersiapkan rehabilitan untuk penyaluran nantinya apakah rehabilitan perlu mengikuti latihan kerja atau cukup dengan terapi kerja saja.

Seleksi yang kedua adalah untuk menilai apakah rehabilitan sudah siap untuk disalurkan ke keluarga atau masyarakat dengan mempertimbangkan penyesuaian psikososial rehabilitan serta kesiapan keluarga atau masyarakat untuk menerima rehabilitan.

- (2). Terapi kerja (*okupasiterapi/occupational therapy*). Atas dasar hasil seleksi, maka pasien selanjutnya dikirimkan ke Terapi Kerja untuk diberi aktivitas terapi sesuai dengan saran dan program hasil seleksi tersebut. Kegiatan yang dilakukan dalam terapi kerja umumnya dan seharusnya dalam waktu yang relatif singkat, sebaiknya tidak lebih dari dua atau tiga minggu untuk setiap pasien. Tugas pokok petugas terapi kerja adalah

membangkitkan aktivitas positif melalui pekerjaan atau aktivitas lain (diskusi, bermain, relaksasi dan lain-lain) yang bersifat terapeutik dan mengevaluasi perkembangan tingkah laku pasien secara teratur dan kontinu (dari hari ke hari) untuk mengetahui efek terapi yang diberikan. Pemberian aktivitas yang terapeutik adalah terapis dapat memulihkan/meningkatkan kembali daya konsentrasi, kemampuan komunikasi, daya ingat, kemauan dan sebagainya melalui berbagai kegiatan yang sesuai dengan diri pasien.

- (3). Latihan kerja (*vocational training*). Rehabilitan yang mengikuti latihan kerja adalah yang telah diseleksi dan diprogramkan untuk mengikuti latihan kerja agar mereka memiliki keterampilan kerja sebagai bekal untuk kembali kemasyarakat sebagai warga yang mandiri dan berguna. Dalam melatih kerja hendaknya tingkat kesukaran pekerjaan tersebut selalu diperhatikan dan disesuaikan dengan kemampuan rehabilitan.
- (4). Latihan keterampilan sosial (*social skills training*). Sering disebut sebagai terapi keterampilan sosial (*social skills therapy*), yaitu teknik latihan dengan menggunakan hadiah ekonomi untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi kebutuhan diri sendiri, latihan praktis dan komunikasi interpersonal.

### **b. Tahap penempatan/penyaluran.**

Setelah rehabilitan dipersiapkan melalui kegiatan seleksi terapi dan latihan kerja, maka selanjutnya adalah penempatan kedalam masyarakat. Usaha penempatan ini tidak lain merupakan tujuan akhir upaya rehabilitasi yaitu menyalurkan rehabilitan ke masyarakat sebagai warga masyarakat yang mandiri dan berguna. Penempatan dapat dilakukan kedalam keluarga atau masyarakat, ke instansi lain seperti perusahaan atau panti rehabilitasi serta ditempatkan kedalam *sheltered workshop*.

Penyaluran kekeluarga berfungsi untuk mempertahankan kesehatan rehabilitan dan untuk menjaga hubungan antara rehabilitan dengan keluarganya atau masyarakat sekitarnya. *Sheltered workshop* dijalankan bagi rehabilitan yang benar-benar tidak dapat dipulangkan kekeluarga/masyarakat. Bengkel kerja terlindung (*sheltered workshop*) dilakukan untuk memperkerjakan rehabilitan yang terampil/memiliki kemampuan kerja akan tetapi karena sesuatu hal mereka tidak dapat hidup bersaing dalam masyarakat yang bersifat umum

### **c. Pengawasan.**

Tahap pengawasan terhadap rehabilitan seharusnya sudah dilakukan sejak mengikuti persiapan rehabilitasi. Pengawasan ini dimaksudkan agar kondisi kesehatan rehabilitan selalu terjaga, baik fisik maupun mentalnya. Untuk melakukan pengawasan terhadap rehabilitan yang belum disalurkan perlu disediakan pelayanan psikiatrik dalam unit rehabilitasi, agar rehabilitan yang dinilai mengalami kemunduran atau tidak pernah ada kemajuan dapat segera memperoleh terapi serta secara periodik diperiksa keadaan kesehatannya. Pelaksanaan pengawasan dapat

dilakukan dalam dua bentuk: pengawasan kedalam dan pengawasan keluar. Pengawasan kedalam bertujuan memelihara kesehatan fisik dan mental rehabilitan dengan mengadakan pelayanan medik-psikiatrik dan usaha-usaha lain yang bersifat meningkatkan kesehatan fisik dan mental rehabilitan. Pengawasan keluar yaitu ditujukan kepada rehabilitan yang sudah disalurkan, hal ini dapat dilakukan dengan mengadakan *home visit* (kunjungan rumah), *job visit* (kunjungan ketempat kerja/tempat penyaluran) dan mengadakan pelayanan *after care* (perawatan lanjutan bagi rehabilitan/pasien).

#### **6. Arus Pasien dalam Unit Rehabilitasi di Rumah Sakit Jiwa**

Dapat dimengerti dalam waktu yang relatif singkat, tidaklah mungkin menolong pasien secara tuntas dan sempurna, maka perlu adanya sistem rujukan pelayanan terhadap pasien disesuaikan dengan kemampuan masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia (Puskesmas, RSUD, RSJ). Bila perlu dirujuk kefasilitas yang lebih memadai dan dilanjutkan dengan rawat jalan atau rawat inap (Dit. Kes. Wa., 1996).

Usaha rehabilitasi pasien mental telah dimulai dikembangkan dan dilaksanakan sejak tahun 1969 berdasarkan sarana yang ada disetiap fasilitas rumah sakit jiwa. Dalam pelita I dan II usaha tersebut dapat ditingkatkan dengan melengkapi sarana yang diperlukan di rumah sakit jiwa, sehingga sekarang pada setiap fasilitas rumah sakit jiwa telah ada unit rehabilitasi dengan berbagai kegiatan

dan usaha yaitu meliputi: persiapan, penempatan/penyaluran dan pengawasan (Direktorat Kesehatan Jiwa, 1985).

Arus pasien dalam proses rehabilitasi pasien mental seperti tercantum dalam Pedoman Rehabilitasi Pasien Rumah Sakit Jiwa di Indonesia (Dit. Kes. Wa. 1985).

- a. Dalam garis besarnya pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa ada tiga kegiatan pokok: Prevensi-Promosi, Kuratif (pemulihan dan pelayanan) dan Rehabilitasi, serta Pengembangan Program.
- b. Pasien datang dari masyarakat berobat ke rumah sakit jiwa diterima di unit rawat jalan. Pasien yang dirawat jalan menurut Dorland (1998) adalah seorang pasien yang datang ke rumah sakit, klinik atau balai pengobatan untuk mendapat pengobatan, namun tidak menempati ranjang pengobatan. Jadi pasien skizofrenia yang dirawat jalan merupakan pasien yang diidentifikasi sebagai pasien skizofrenia yang datang ke rumah sakit jiwa untuk mendapatkan pengobatan tetapi tidak menempati ranjang perawatan.

Setelah diterima selanjutnya diadakan pemeriksaan, assessment dan diagnosis sementara terhadap pasien, kemudian ditentukan sebagai:

- 1). Pasien rawat jalan dengan memperoleh terapi medik/terapi yang lain atau untuk konsultasi psikologik atau langsung dirujuk ke instansi lain.
- 2). Rawat inap (opname). Pasien rawat inap ialah pasien yang memerlukan perawatan dalam rumah sakit (Dorland, 1998), jadi pasien skizofrenia yang dirawat inap adalah pasien yang didiagnosa mengalami simptom-simptom skizofrenia dan dipandang perlu untuk dirawat dalam rumah sakit.

- c. Untuk pasien rawat inap tersebut selanjutnya diadakan pemeriksaan yang lebih lengkap untuk menentukan diagnosa yang tetap dan memperoleh terapi medik secara intensif.
- d. Dengan terapi medik intensif akan terjadi perubahan-perubahan/kemajuan, sehingga selanjutnya dapat ditentukan:
  - 1). dapat langsung dipulangkan (sebagai rehabilitasi spontan)
  - 2). tetap memperoleh terapi medik intensif (bagi yang tidak ada kemajuan)
  - 3). direhabilitasi
- e. Bagi pasien yang ditentukan untuk direhabilitasi maka prosesnya sebagai berikut:
  - 1). Diadakan seleksi dan pengujian kerja (*work assessment*)
  - 2). Dikirim ke terapi kerja (terapi okupasi-*occupational therapy*)
  - 3). Diadakan evaluasi selama mengikuti terapi kerja
  - 4). Atas dasar evaluasi tersebut pasien akan ditentukan sebagai pasien yang segera dipulangkan (sebagai rehabilitasi spontan) atau diteruskan ke latihan kerja (*vokational training*)
- f. Diadakan evaluasi selama berada dalam latihan kerja
- g. Atas dasar evaluasi point f tersebut ditentukan untuk:
  - 1). disalurkan pulang kekeluarga dengan membawa pulang bekal keterampilan kerja (rehabilitasi vokasional).
  - 2). disalurkan keinstansi lain (mis. Ke panti rehabilitasi sosial, ketempat kerja dimasyarakat dan lain-lain).
  - 3). ditempatkan dalam *sheltered workshop*.

- h. Bagi rehabilitan yang sudah disalurkan selanjutnya diadakan pengawasan dengan:
- 1). pelayanan *home visit*
  - 2). pelayanan *after care/day care/night care*

#### **D. Pasien Skizofrenia yang Menjalani Proses Rehabilitasi dan yang tidak Menjalani Proses Rehabilitasi di Rumah Sakit Jiwa**

##### **1. Pengertian Pasien Skizofrenia**

Pasien adalah individu yang menjalani pengobatan untuk kesembuhan penyakitnya (Dorlan, 1998). Amir (1997) berpendapat bahwa pasien adalah individu yang sedang menderita penyakit gangguan badaniah/rohaniah yang perlu ditolong agar lekas sembuh dan berfungsi kembali melakukan kegiatannya sebagai salah satu anggota masyarakat. Pasien adalah titik sentral dalam usaha-usaha penyembuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Konsep teoritis/nosologi pasien skizofrenia baru dimulai pada abad XIX, sejak itu para ahli setuju bahwa pasien psikosis skizofrenia diberi batasan sebagai gangguan jiwa yang ditandai dengan terjadinya perubahan kepribadian seseorang yang *irreversible* dan menuju kearah kerusakan atau kehancuran total, sehingga individu yang mengalaminya menjadi *disabled* dan *handicapped* (cacat = invalid) dan tidak dapat berfungsi lagi sebagaimana layaknya (Roan, 1979). Lebih lanjut lagi beliau mengatakan bahwa pasien skizofrenia adalah individu yang mengalami gangguan pada pengalaman mengenai realitas dari dunia dan dirinya sendiri,

penderita yang mengalami kesulitan dalam berpikir atau berbicara secara benar/koheren antara masalah-masalah yang sedang dipikirkan atau dibicarakan serta mungkin mereka akan tersiksa oleh bayangan atau suara tersebut.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pasien skizofrenia merupakan individu yang di diagnosa sebagai pasien psikosis dengan tipe gangguan utama pada dasar kepribadiannya sehingga proses pikir, alam perasaan dan psikomotornya terganggu, dalam perjalanan penyakitnya bersifat kronik progresif dengan eksaserbasi akut dan hendaya yang makin bertambah berat disertai adanya residual diantara episode penyakitnya. Keadaan itu menyebabkan sebagian besar dari mereka memerlukan perawatan jangka panjang di rumah sakit jiwa.

Jadi menurut uraian diatas maka pasien skizofrenia yang menjalani proses rehabilitasi adalah pasien skizofrenia yang telah mendapatkan perubahan dari keadaan simptom psikiatriknya dan menempati panti rehabilitasi serta mendapatkan tindakan terpadu dari usaha medik, sosial, edukasional dan vokasional untuk mengembalikan dan mengembangkan fungsi fisik, mental dan sosial dari pasien agar dapat berfungsi dalam masyarakat sesuai dengan bakat, taraf pendidikan dan pengalamannya. Pasien skizofrenia yang menjalani proses rehabilitasi selanjutnya disebut sebagai rehabilitan.

Sedangkan pasien skizofrenia yang tidak menjalani proses rehabilitasi adalah pasien skizofrenia yang telah memperoleh terapi medik intensif dan telah mengalami perubahan-perubahan/kemajuan, juga dapat mencapai kondisi seperti semula

(sebelum sakit), sehingga dapat langsung dipulangkan tanpa menjalani proses rehabilitasi yang lengkap terlebih dahulu (sebagai rehabilitasi spontan).

## 2. Problema Perawatan Terhadap Pasien Skizofrenia

Pasien skizofrenia umumnya baik fisik maupun mentalnya cenderung mengalami kemunduran yang progresif sehingga dalam perawatan banyak menimbulkan permasalahan. Menurut perawatan psikiatri (Haber, 1978), problema perawatan bagi pasien skizofrenia sangat banyak dan luas. Akan tetapi untuk mempermudah dalam mempelajari serta menangani, maka problemnya dapat dibedakan sebagai berikut:

### a. Problema yang berhubungan dengan lamanya perawatan

Sudah dikenal bahwa pasien skizofrenia ini memerlukan perawatan jangka panjang (*long stay hospitalization*), sehingga timbulnya sifat pelembagaan (*institutionalization*) sering tak dapat dihindarkan. Keadaan itu biasanya memperburuk keadaan diri pasien. Begitu pula dari para petugas atau khususnya perawat psikiatri, karena pasien sangat lama mereka hadapi dan umumnya keadaannya menetap atau semakin buruk, seolah-olah upaya yang dilakukan tiap hari tidak ada manfaatnya. Akhirnya timbul rasa bosan, acuh, jengkel dan sebagainya yang akan memperburuk sikapnya dalam melayani pasien.

### b. Problema yang berhubungan dengan perawatan fisik

Tingkah laku pasien skizofrenia sangat erat hubungannya dengan tipenya; sebagai contoh skizofrenia tipe paranoid, selalu curiga, karena itu untuk makan,

minum termasuk minum obat harus benar-benar diperhatikan dan dilayani. Tipe skizofrenia simpleks, selalu masa bodoh, kotor, sembarangan dan harus selalu dipaksa untuk melakukan sesuatu. Lain lagi tipe katatonik, karena keadaannya kadang-kadang seperti patung sama sekali tak dapat makan, sehingga untuk menjaga kesehatan fisik terpaksa diberi makan dengan zonde, sedangkan tipe hebefrenia kadang sangat menjadi regresi, kembali seperti bayi atau anak kecil, main yang kotor-kotor begitu juga makannya. Dengan gambaran keadaan tersebut maka seorang perawat psikiatri selalu dituntut untuk melakukan pendekatan secara khusus agar dalam menjaga kondisi fisik pasien skizofrenia ini dapat dilaksanakan dengan baik; apabila kondisi tidak diperhatikan dengan sendirinya akan memperburuk kondisi keseluruhan diri pasien.

c. Problema yang berhubungan dengan keadaan mental emosional

Keadaan mental dan emosional pasien skizofrenia ini umumnya buruk, mereka tak mampu lagi berpikir logis dan sistematis, sehingga tingkah lakunya menjadi aneh, menjengkelkan, menggelikan, mengerikan dan sebagainya. Mereka tak mampu berasosiasi, tak dapat mengadakan atensi, mereka sering atau selalu hidup dalam alam autistik (bicara sendiri, tertawa sendiri) sedangkan dunia realitas tak dihiraukan lagi. Begitu pula keadaan emosinya, kadang menjadi sangat labil, emosional, tetapi kadang menjadi sangat dangkal dan tidak wajar (*inadequate*). Keadaan itu semua memerlukan pendekatan dan perlakuan secara khusus oleh perawat psikiatri. Apabila pendekatan dan perlakuan terhadap pasien skizofrenia ini salah atau sembarangan, hal ini sering menimbulkan masalah bagi perawatnya atau

sebaliknya bagi pasiennya, karena itu seorang perawat psikiatri dalam menghadapi pasien sering dituntut menjadi multi peran.

d. Problema yang berhubungan dengan aktivitas

Pasien skizofrenia secara umum tingkah lakunya aneh (*bizarre*), sehingga kemungkinan bertingkah laku positif, relatif sedikit atau tingkah laku dan aktivitas didominasi tingkah laku simptomatik, karena itu apabila pasien dibiarkan saja akan segera tenggelam dalam tingkah laku skizofrenik yang semakin mendalam. Oleh karena itu tingkah laku positifnya yang sangat sedikit tersebut harus selalu memperoleh stimulasi positif agar pasien dapat mempertahankan tingkah normatif untuk lebih ditingkatkan atau dikembangkan

e. Problema yang berhubungan dengan keadaan sosial pasien skizofrenia

Pasien skizofrenia dengan keadaan aslinya menarik diri (*withdrawal*) dari lingkungan sosialnya, apalagi jika dalam perawatan di rumah sakit jiwa tidak memperoleh tindakan terapi segera dan kontinu serta perlakuan yang positif, maka pasien akan segera menjadi regresi dan merosot segala keadaannya. Hal yang lebih buruk lagi jika dari pihak keluarga semakin menjauhi atau bahkan memutuskan hubungan, maka dengan sengaja atau tidak keluarga menyerahkan sepenuhnya kepada rumah sakit jiwa. Keadaan semacam ini juga merupakan tantangan bagi petugas rumah sakit jiwa, bahwa disamping harus melayani perawatan dan pengobatan masih harus dituntut pula menjaga agar hubungan sosial antara pasien dan keluarga jangan sampai terputus, karena itu pendekatan sosial terhadap keluarga harus dijalankan dan dijalin sehingga proses hospitalisasi antara petugas dan keluarga

bekerja sama dalam menggalang dan menanggulangi keadaan pasien, baik secara moril maupun materil.

### **3. Perawatan Pasien dalam Unit Rehabilitasi di Rumah Sakit Jiwa**

Seperti yang telah disebutkan diatas bahwa skizofrenia merupakan penyakit psikosis yang amat berat sehingga sebagian besar dari pasien skizofrenia memerlukan perawatan jangka panjang di rumah sakit jiwa. Dibawah ini adalah gambaran perawatan yang dikemukakan oleh Dit. Kes. Wa. (1985).

Perawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Didasarkan pada ilmu dan kiat perawatan berbentuk pelayanan Bio-Psiko-Sosio-Spiritual yang komprehensif ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat, yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Pelayanan perawatan berupa bantuan, diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri. Kegiatan dilakukan dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan serta pemeliharaan kesehatan dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan utama (*primary health care*).

Usaha kesehatan semula hanya berupa usaha perawatan/pengobatan (kuratif) terhadap pasien dengan tujuan penyembuhan dari sakit atau memulihkan kesehatannya. Dengan berkembangnya ilmu dan teknologi terutama berkembangnya pengetahuan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan atau yang

menyebabkan sakit/penyakit, maka kemudian juga diusahakan pencegahan (*prevensi*) penyakit dan peningkatan derajat kesehatan (*promotion of health*). Selanjutnya berkembang pula usaha kesehatan yang lain yang disebut rehabilitasi, yaitu yang pada dasarnya bertujuan memulihkan fungsi daripada organ ataupun organisme secara keseluruhan (*human function*).

Usaha kesehatan yang hanya berupa usaha kuratif saja tentunya kurang sesuai dengan tuntutan dan perkembangan psikiatri modern karena suatu pengobatan untuk mencapai penyembuhan sesuatu yang tidak lengkap jika pasien tersebut secara total baik organik biologik, psikik, sosio-kultural dengan vokasional, sehingga pasien secara fisik, mental dan sosial dapat menyesuaikan diri dilingkungan masyarakat dan juga dapat mandiri dan berguna dalam masyarakat.

Memang dalam kenyataan tidak semua pasien perlu direhabilitasikan secara lengkap, jika mereka setelah memperoleh terapi medik segera dapat pulang kembali dan mencapai kondisi seperti semula (dikenal sebagai rehabilitasi spontan), akan tetapi mereka yang tidak segera dapat dipulangkan dan tidak secara cepat memperoleh kondisi semula merupakan bagian yang cukup besar dan mereka inilah yang sebaiknya segera memperoleh pelayanan rehabilitasi.

Dengan adanya penemuan obat-obatan psiko-farmaka yang modern umumnya mempercepat hilangnya/kurang gejala-gejala psikiatrik. Keadaan yang demikian hendaknya segera diteruskan dengan usaha rehabilitasi yang telah direncanakan, sehingga kemungkinan pasien menjadi melembaga (*institusionalisasi*) akan terhindar, dengan demikian terhindar pula terjadinya kronisitas (pasien menahun yang

memenuhi rumah sakit jiwa). Maka dengan adanya pelayanan rehabilitasi, mobilitas pengelolaan pasien di rumah sakit jiwa akan tampak, sehingga dinamika kehidupan pasien itu sendiri tidak menjadi pudar karena pelayanan hospitalisasi yang terlalu lama. Begitu pula hendaknya pelayanan rehabilitasi merupakan pelayanan sosial yang berorientasi pada situasi keluarga (*home like situation*) dan situasi masyarakat yaitu pasien melakukan berbagai pekerjaan/aktivitas sesuai dengan kemampuan dan keinginannya dengan mematuhi aturan dan disiplin.

Dalam sejarah perawatan pasien mental terkenal adanya perlakuan dari masyarakat yang kejam, penderitaan dengan cacian yang mengharukan dalam memperlakukan pasien, sampai sekarang adanya stigma ini masih sangat dirasakan. Terbukti penolakan secara halus selalu dilakukan dan secara diam-diam tetap menganggap pasien sebagai sampah masyarakat. Walaupun demikian jalan masih terbuka untuk memberi pengertian kepada masyarakat agar anggapan tersebut dapat dirubah menjadi anggapan yang lebih baik. Dengan cara melakukan pelayanan rehabilitasi yang berorientasi pada masalah sosialnya dalam rumah sakit jiwa, diharapkan kesan negatif yang selalu dibayangkan oleh masyarakat, keluarga maupun pasien sendiri dapat dihilangkan.

Unit rehabilitasi adalah unit fungsional dilingkungan organisasi rumah sakit jiwa yang berada dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit Jiwa.

Rumah Sakit Jiwa dalam jaringan pelayanan kesehatan jiwa menurut Sosrokoesomo (dalam Dit. Kes. Wa., 1996) merupakan rumah sakit rujukan untuk

**UNIVERSITAS MEDAN AREA**

gangguan jiwa dan masalah kesehatan jiwa. Setyonegoro (1981) menyatakan bahwa rumah sakit jiwa adalah suatu lembaga khusus yang digunakan untuk merawat masalah gangguan mental berupa masalah medik, psikologik dan sosial untuk membuat para pasien terlepas dari penyakitnya.

### **BAB III**

### **PEMBAHASAN**

Pasien skizofrenia adalah pasien psikosis yang paling berat gangguannya sehingga sebagian besar memerlukan perawatan jangka panjang di rumah sakit jiwa, menurut Gorfild & Bergin (1978) ketergangguan perilaku skizofrenia mencakup tiga jenis tingkah laku yaitu tingkah laku simptomatik, sosial dan tingkah laku lainnya termasuk tingkah laku okupasional. Tingkah laku simptomatik adalah yang berhubungan dengan gejala psikiatri seperti halusinasi, delusi, autisme, bizar, agitasi dan sebagainya. Tingkah laku sosial adalah tingkah laku untuk memenuhi kebutuhan sosial seperti komunikasi, bergaul, bersahabat, menolong dan lain-lain. Tingkah laku lainnya adalah tingkah laku untuk memenuhi kebutuhan psikis seperti belajar, kerja, berekreasi, kontak mata waktu bicara, mencintai diri atau orang lain dan sebagainya. Tingkah laku sosial dan lain-lain ini sukar dibedakan karena keduanya untuk memenuhi kebutuhan hidup secara sosial.

Akibat adanya tingkah laku simptomatik menyebabkan terhalangnya fungsi sosial dan tingkah laku lainnya termasuk tingkah laku okupasional pasien dan hal itu

menyebabkan *social disability* pasien semakin memburuk. Keparahan *social disability* yang dialami oleh pasien skizofrenia diungkapkan oleh Goldman (1992) yang mengatakan bahwa pasien skizofrenia berada dalam taraf terendah fungsi sosialnya. Penelitian mengukur fungsi sosial tersebut dilakukan oleh Goldman dengan menggunakan *Global Assessment of Functioning* (GAF) dalam DSM-IV.

Klerman (1971) dalam hasil penelitiannya mengungkapkan bahwa tingkah laku simptomatik yang dialami oleh para pasien skizofrenia membuat para pasien tersebut tidak mempunyai peranan dalam kehidupan sosialnya yang disebutnya sebagai cacat secara sosial (*social role impairment*). Penelitian lebih lanjut yang dilakukan Weissman & Bothwell (1976) juga mengungkapkan bahwa dengan perbaikan dari tingkah laku simptomatik dapat meningkatkan peranan sosialnya. Pasien skizofrenia yang telah mendapat pengobatan selama empat minggu dan mengalami perubahan dalam tingkah laku simptomatiknya mendapat perbaikan dalam peranan sosialnya.

Panjangnya waktu perawatan di rumah sakit jiwa juga dapat membuat para pasien semakin buruk fungsi sosialnya (Gordon, et al, 1985). Untuk itu Gordon cenderung untuk membuat perawatan dalam periode yang lebih pendek dan segera memulangkan pasien kedalam masyarakat apabila tingkah laku simptomatiknya telah berkurang serta menyarankan tetap berobat jalan untuk lebih memperbaiki tingkah laku simptomatiknya.

Perawatan yang panjang memang dapat memperburuk keadaan *social disability* pasien skizofrenia, tetapi Link & Dohrenwend (1980) membuktikan bahwa

20% kasus pasien skizofrenia yang tidak mendapat perawatan meningkat menjadi 40% banyaknya. Penelitian yang mereka lakukan selanjutnya mengungkapkan pada kasus-kasus pasien yang tidak mendapat perawatan tersebut menunjukkan fungsi sosial yang semakin memburuk dibanding pasien skizofrenia mendapat perawatan yang memadai. Hasil penelitian mereka mengungkapkan bahwa simptom-simptom psikiatri telah banyak menyebabkan meningkatnya kecacatan dalam fungsi sosial (*disability in social functioning*) pasien skizofrenia tersebut.

Obat-obatan psiko-farmaka memang telah terbukti mampu mengurangi gejala psikiatrik pasien skizofrenia yang sangat kompleks dan komplisit, sehingga pasien tidak selalu mengalami deteriorasi (pemburukan). Menurut Hartono & Hartono (1997) 10% -60% penderita skizofrenia yang langsung dipulangkan setelah gejala psikiatriknya berkurang dapat hidup dengan agak normal, kira-kira 20% - 30% tetap menderita gejala-gejala dan 40% - 60% mengalami hendaya berat seumur hidup. Sesuai data tersebut diketahui bahwa perbaikan aspek medik saja belum cukup karena diperlukan perawatan yang terpadu (*integrated*) yang meliputi aspek medik, sosial, edukasional dan aspek okupasional untuk mengembalikan fungsi human pasien skizofrenia agar dapat berintegrasi dengan masyarakat lingkungannya.

Dari hasil penelitian aspek keluarga dan kekambuhan pada skizofrenia yang dilakukan Leff Dkk. (1990) untuk mengevaluasi manfaat intervensi psikososial pada penderita skizofrenia yang dikombinasikan dengan pemberian neuroleptik, sebagian besar memperlihatkan hasil yang bermakna dalam menurunkan angka kekambuhan. Maka dianggap perlu untuk memasukkan suatu intervensi psikososial berupa

rehabilitasi pada pasien skizofrenia dalam pengobatan skizofrenia yang memang sifatnya multidimensional dan interaksional. Kombinasi ini dikatakan oleh Martono (1990) lebih baik dari pemberian obat saja atau intervensi psikososial saja, pemberian obat yang rasional dan intervensi yang tepat dapat menurunkan/mencegah kekambuhan dan meningkatkan kemampuan adaptasi sosial penderita skizofrenia.

Direktorat Kesehatan Jiwa (1985) mengadakan penelitian tentang keadaan psikososial rehabilitan mengenai hubungan sosial dan menemukan bahwa dari 1222 pasien yang direhabilitasi di rumah sakit jiwa diseluruh Indonesia persentasi tinggi yaitu 59,98% segi fungsi sosialnya sedang, 29,21% adalah baik dan 8,35% adalah kurang. Hal tersebut juga ditegaskan oleh Dohrenwend dkk (1983) yang mengatakan bahwa meskipun pasien skizofrenia sulit dalam perawatannya tetapi hasil penelitiannya mengungkapkan bahwa pasien yang dalam klub rehabilitasi sudah berkurang simptom psikologiknya dan fungsi sosialnya semakin membaik.

Weissman dkk. (1978) serta Harry & Sturt (1981) menemukan bahwa seiam ini fungsi sosial (*social functioning*) adalah dipengaruhi oleh simptom psikologik yang dialami pasien mental. Semakin buruk simptom psikologiknya maka akan semakin buruk fungsi sosial pasien tersebut. Jadi pasien yang simptom psikologiknya sudah membaik akan mempertinggi fungsi sosialnya. Hal ini mengindikasikan bahwa pasien skizofrenia yang sudah membaik simptom psikologiknya dan sudah dalam tahap rehabilitasi maka dapat membuat fungsi sosialnya lebih baik.

Sosrokoesoemo (1985) mengatakan bahwa pemulangan/penyaluran pasien skizofrenia itu kekeluarga atau masyarakat setelah menjalani program rehabilitasi bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatannya serta mencegah kekambuhannya. Pendapat diatas didukung oleh Rihadini dan Hartono (1997) yang menyatakan bahwa pasien skizofrenia yang dipulangkan setelah menjalani program rehabilitasi 72% dapat melaksanakan kembali fungsinya sebagai anggota masyarakat yang mandiri dan berguna sedang sisanya akibat berbagai faktor harus kembali menjalani perawatan dalam rumah sakit (rawat inap) karena mengalami kekambuhan..

Penelitian yang dilakukan oleh *Epidemiological Catchment Area/ECA* dan *National Institute of Mental Health/NIMH* (dalam Kaplan & Sadock, 1997) menemukan bahwa usia puncak onset skizofrenia berkisar antara 20 sampai 35 tahun, onset skizofrenia sebelum usia 10 tahun atau sesudah 50 sangat jarang terjadi. Kaplan dan Sadock (1997) melalui penelitiannya juga membuktikan bahwa pria lebih mungkin terganggu oleh gejala negatif dibanding wanita, wanita juga mempunyai fungsi sosial yang lebih baik daripada pria. Pada umumnya hasil akhir untuk pasien skizofrenia wanita lebih baik daripada hasil akhir pasien skizofrenia pria.

Bila diperhatikan dari uraian diatas dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan taraf *social disability* antara pasien skizofrenia yang menjalani proses rehabilitasi dan tidak menjalani proses rehabilitasi, dimana *social disability* yang dialami oleh pasien skizofrenia yang menjalani proses rehabilitasi berada dalam taraf yang lebih ringan dibandingkan dengan pasien skizofrenia yang tidak menjalani proses rehabilitasi.

Hal itu terjadi karena pasien skizofrenia yang menjalani proses rehabilitasi sebelum dipulangkan telah mendapatkan pelatihan sosial dan pendidikan vokasional sehingga pasien tersebut memiliki keterampilan-keterampilan sebagaimana yang dimiliki oleh individu normal sebagai bekal untuk kembali kemasyarakat sebagai warga yang mandiri dan berguna. Juga dapat diketahui bahwa *social disability* pasien skizofrenia yang berjenis kelamin pria lebih buruk dibanding pasien skizofrenia wanita, karena anggapan bahwa pria lebih dikuasai oleh gejala negatif dan mempunyai fungsi sosial yang buruk dibanding wanita.

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN**

Berdasarkan penjabaran yang telah dikemukakan pada bab sebelumnya maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada perbedaan *social disability* antara pasien skizofrenia yang menjalani proses rehabilitasi dengan pasien skizofrenia yang tidak menjalani proses rehabilitasi. *Social disability* pasien skizofrenia yang menjalani program rehabilitasi akan lebih ringan dibandingkan pasien skizofrenia yang tidak menjalani rehabilitasi, sehingga apabila suatu saat pasien skizofrenia dipulangkan ke keluarganya, mereka telah dapat memiliki ketrampilan sosial yang cukup untuk berinteraksi dengan lingkungannya.

Mengingat bahwa faktor lingkungan dalam upaya rehabilitasi sangat berperan untuk mencegah atau mengurangi agar tidak terjadi *social disability* yang lebih berat, maka para pasien skizofrenia yang telah mendapat terapi medik tidak harus segera dibawa pulang oleh pihak keluarga karena mereka perlu menjalani program rehabilitasi. Program ini dapat dilakukan oleh tenaga ahli yang profesional antara lain; dokter/psikiater, perawat, psikolog, okupasiterapis, instruktur, pekerja sosial yang berminat membantu para pasien skizofrenia untuk mencegah memburuknya *social disability* dan kekambuhan pada pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association.** 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amir, Amri.** 1997. Bunga Rampai Hukum Kesehatan. Jakarta; Widya Medika
- Arikunto, S.** 1993. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis. Jakarta; Penerbit Bina Aksara.
- Asean Forum On The Rehabilitation Of The Psychosocially Disabled Persons.** 1981. Toward a Better Future for the Psychosocially Disabled. Jakarta
- Azwar, S.** 1986. Reliabilitas dan Validitas, Seri Pengukuran Psikologi. Yogyakarta; Liberty.
- Azwar, S.** 1992. Reliabilitas dan Validitas. Yogyakarta; Sigma Alpha.
- Birchwood, M. J.** 1987. Specific and Non Specific Effects of Educational intervention with Families Living a Schizophrenic Relative, Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Cameron, N. Rychlak, J. F.** 1985. Personality Development and Psychopatology A Dynamic Approach, Second Edition. Boston; Houghton Mifflin Company.
- Coleman, J. C., Butcher, J. N. And Carson, R. C.** 1980. Abnormal Psychology and Modern Life. Glenfiew, III; Scott, Foresman & Company.
- Davidoff, L.** 1991. Psikologi Suatu Pengantar, alih bahasa oleh; Mira Juniati. Edisi Kedua. Jakarta; Penerbit Erlangga.
- Direktorat Kesehatan Jiwa.** 1985. Buku Laporan Daftar Isian Pasien Mental Rehabilitasi (DIPAM Rehabilitasi). Jakarta; Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Direktorat Kesehatan Jiwa.
- Direktorat Kesehatan Jiwa.** 1985. Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa di Indonesia, Cetakan Kedua. Jakarta; Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Direktorat Kesehatan Jiwa.

- Direktorat Kesehatan Jiwa.** 1993. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia, Edisi III, PPDGJ III, Jakarta; Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Direktorat Kesehatan Jiwa.
- Direktorat Kesehatan Jiwa.** 1996. Pedoman Pelayanan dan Perawatan Kedaruratan Psikiatrik. Cetakan kedua. Jakarta; Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Direktorat Kesehatan Jiwa.
- Direktorat Kesehatan Jiwa.** 1997. Program Rehabilitasi Bersumber Daya Masyarakat, Paket Pelatihan untuk Keluarga Penca Kegiatan Sosial. Cetakan Kedua. Jakarta; Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Direktorat Kesehatan Jiwa.
- Dorland, S.** 1998. Illustrated Medical Dictionary. Twenty Sixth Edition. Philadelphia; WB Saunders Company.
- Dohrenwend, BS., Dohrenwend, BP., Link, B., Levav, I.** 1983. Social Functioning of Psychiatric Patients in Contrast with Community Cases in the General Population. Arch Gen Psychiatry. Vol. 40; November 1983, 1174 – 1182.
- Dohrenwend, BS., Cook, D., Dohrenwend, BP.** 1989. Measurement of Social Functioning in Community Population. London; Grant McIntyre.
- Garfield, S., Bergin, A.** 1978. Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change, an Empirical Analysis, New York, Brisbane, Toronto; John Wiley & Son
- Goldman, H.** 1992. Revising Axis V for DSM: a review of measures of social functioning. American Journal Psychiatry. Vol. 149: 9, September 1992.
- Gordon, R. E.** 1985. Predicting Length of Hospital Stay of Psychiatric Patients. American Journal Psychiatry. September, 1985; Vol. 145: 1265 – 1269.
- Gordon, R. E.** 1985. Aggravating Stress and Functional Level as Predictors of Length of Psychiatric Hospitalization. Hosp Community Psychiatry. Vol. 36; 773 – 774.
- Haber.** 1978. Comprehensive Psychiatry Nursing, Toronto: McGraw Hill Book Company.
- Halgin, R. P., Whitbourne, S. K.** 1995. Abnormal Psychology The Human Experience of Psychological Disorder. New York, McGraw Hill Book Co.

- Hadi, S.** 1986. Teknik Penyusunan Skala Ukur. Yogyakarta. Penerbit Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Hadi, S.** 1987. Metodologi Research. Yogyakarta; Yayasan Penerbit Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Hurry, J., Sturt, E.** 1981. Social Performance in a Population Sample: Relation to Psychiatric Symptom. London. Grant McIntyre.
- Hartono, DP., Hartono Ms.** 1997. FOLLOW-UP pada Penderita Skizofrenia setelah pulang 6 bulan atau lebih dari perawatan di RSJP Semarang. Jiwa Majalah Psikiatri: Indonesian Psychiatric Quarterly XXX No. 2. Jakarta: Yayasan Kesehatan Jiwa Dharma Wangsa.
- Kaplan, HI., Sadock, BJ.** 1994. Buku Saku Psikiatri Klinik. Alih bahasa oleh: Dr Willie Japaries. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kaplan, HI., Sadock, BJ.** 1997. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition. New York; Williams & Wilkins.
- Kartono, Kartini.** 1997. Psikologi Abnormal dan Abnormalitas Seksual. Jakarta. Penerbit CV. Mandar Maju.
- Kuntjoro, Z. S.** 1995. Peran Psikologi Dalam Pembangunan Kualitas Manusia Sebagai Sumber Daya Pembangunan pada PJPT II: Peran Psikolog dalam Bidang Pelayanan Klinis. Lustrum VI, Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Kuntjoro, Z. S.** 1989. Perbedaan Pengaruh Pemberian Hadiah Melalui Pendekatan Instruksi dan Pendekatan Persuasi dalam Terapi Tingkah Laku Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Bogor. Disertasi (tidak diterbitkan). Jakarta; Universitas Indonesia.
- Klerman, GL.** 1971. Clinical research In Depression. Arch Gen Psychiatry. Vol. 24: 305 – 319.
- Leff, J., Wigg, NN., Bedi, H., Menon, DK., Kuipers, L., Korten, A., Ernberg, G., Day, R., Sartorius, N., Jablensky, A.** 1990. Relatives Expressed Emotion and the Course of Schizophrenia in Chandigarh. A two Year Follow UP of a First Contact Sample. Brit., Journal Psychiatry. Vol. 156: 351 – 356.
- Liberman, R.P.** 1989. A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenia Patients. Arch General Psychiatry. Vol. 141: 121 –134.

- Link, B., Dohrenwend, BP.** 1980. Formulation of Hypotheses about the Ratio of Untreated Cases in the True Prevalence Studies of Functional Psychiatry Disorder in Adults in The United States. New York: Praeger Publisher.
- Maddison & Leabeater.** 1970. Psychiatric Nursing. Third Edition. Churchill Livingstone.
- Martono, H.** 1990. Pengaruh Keluarga Dalam Kekambuhan Skizofrenia dan Intervensi Psikososial sebagai Upaya Pencegahan ( Suatu Tinjauan Kepustakaan). Jiwa Majalah Psikiatri: Indonesian Psychiatric Quarterly; XXIII. No. 4. Jakarta; Yayasan Kesehatan Jiwa Dharma Wangsa.
- Masrun.** 1981. Rehabilitasi dan Cara-cara Pendekatannya dalam Metodologi Penelitian. Lembaga Penelitian Doktor. Yogyakarta: UGM.
- Nazir, M.** 1989. Metode Penelitian, Jakarta; Penerbit Ghalia Jakarta.
- Residen Bagian Psikiatri UCLA.** 1997. Buku Saku Psikiatri. Alih bahasa oleh: dr. R.F. Maulany. Cetakan I. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Rihadini & Hartono, MS.** 1997. Perjalanan Penyakit Penderita Episode Skizofrenia Akut yang Tinggal di Kodya Semarang. Jiwa, Indonesian Psychiatry Quarterly XXX Vol. 2: Jakarta; Yayasan Kesehatan Dharma Wangsa.
- Roan, W. M.,** 1979. Ilmu Kedokteran Jiwa. Psikiatri, edisi pertama, Jakarta: PT. Gelora Jaya.
- Supratiknya, A.** 1995. Mengenal Perilaku Abnormal. Yogyakarta; Penerbit Kanisius.
- Setyonegoro, RK.** 1981. Masalah Kesehatan Jiwa di Indonesia: Karya Ilmiah III Direktorat Kesehatan Jiwa. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Direktorat Kesehatan Jiwa.
- Walgito, B.** 1983. Psikologi Sosial; Suatu Pengantar. Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Weissman, MM., Bothwell, S.** 1976. Assessment of Social adjustment by Patient Self- Report. Arch Gen Psychiatry. Vol. 33, September 1976: 1111 – 1115.

- Weissman, MM., Prusoff, BA., Thompson, BA.** 1978. Social Adjustment by Patient Self-Report in a Community Sample and in Psychiatric out Patients. Journal Nerv Ment DIS. Vol. 166: 317 – 326.
- WHO.** 1980. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva: England. USA.
- WHO.** 1989. Training in the Community for People with Disabilities: A Program for the United Nations Decade od Disabled Persons Carried Out in Cooperation. Geneva. England. USA.
- WHO.** 1989. Training Package for a Family Member of a Person With a Disability. Social Activities. Geneva: England. USA.
- WHO.** 1992. The ICD – 10: Classification of Mental and Behavioral Disorder. Geneva: England. USA.