

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Terapi Musik

1. Defenisi Terapi Musik

Terapi musik didefinisikan sebagai aktivitas terapi yang menggunakan musik sebagai media untuk meningkatkan, memelihara, atau mengembangkan kesehatan mental, fisik, atau emosional. Selain kemampuan non-verbal, kreativitas, dan musikalitas alami, ketika digunakan ia juga bertindak sebagai mediator untuk membangun hubungan, ekspresi diri, komunikasi, dan pertumbuhan (Djohan, 2020).

Terapi musik diberikan oleh seorang terapis musik, yang merupakan bagian dari suatu tim yang mungkin terdiri dari dokter, pekerja sosial, psikolog, guru, atau orang tua. Musik adalah media terapi yang paling penting. Aktivitas musik membantu menumbuhkan rasa saling percaya dan mengembangkan fungsi fisik dan mental klien secara teratur dan terprogram. Contoh intervensinya antara lain bernyanyi, mendengarkan musik, memainkan alat musik, membuat musik, mengikuti gerakan musik, dan melatih imajinasi. (Djohan, 2020).

2. Tujuan Dan Manfaat Terapi Musik

Terapi musik memiliki tujuan memulihkan, memelihara, mengurangi emosi negatif dan gejala fisik serta meningkatkan kesejahteraan psikologi. Musik memiliki kekuatan dalam menenangkan, menginspirasi, memberikan energi, dan membangkitkan semangat. Efek pemberian terapi musik dalam mengelola kecemasan adalah memberikan relaksasi pikiran, meminimalisir stres yang tidak diinginkan, dan mudah diterima oleh pendengar (Auliya & Yudiarso 2023).

(Julianti & Siregar 2022) menyimpulkan manfaat utama terapi musik menurut beberapa pakar, yaitu:

a. Relaksasi

Relaksasi yang pasti pasien rasakan setelah terapi musik adalah perasaan damai dan tenteram, serta tubuh lebih berenergi. Selama

terapi musik, tubuh memiliki peluang besar untuk merasakan relaksasi total. Selama relaksasi total ini, sel-sel dalam tubuh diperbarui dan penyembuhan terjadi. Produksi hormon menjadi lebih seimbang.

b. Meningkatkan kecerdasan

Terapi musik yang mempengaruhi kecerdasan seseorang disebut efek Mozart. Fenomena ini dilaporkan oleh Frances *et al.* Ia telah meneliti dan menjelaskan bahwa janin dan bayi dalam kandungan merupakan usia yang tepat untuk merangsang sel otak anak dan meningkatkan kecerdasan. Hal ini terjadi karena otak anak sedang dalam masa pertumbuhan dan perkembangan, sehingga sangat baik jika menerapkan hal-hal yang positif.

c. Meningkatkan motivasi

Motivasi bersifat pribadi dan berdasarkan emosi tertentu. Ketika seseorang sedih atau tidak bersemangat lagi untuk mengerjakan sesuatu dengan tuntas dan baik. Bila termotivasi, seseorang akan melaksanakan pekerjaan dan semua aktivitasnya dengan baik. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa jenis musik tertentu dapat meningkatkan motivasi, energi, dan antusiasme seseorang.

d. Pengembangan diri

Musik yang didengarkan seseorang mempengaruhi kualitas orang itu sendiri. Misalnya, orang yang sedang patah hati cenderung mendengarkan lagu-lagu sedih tentang patah hati. Hal ini akan membuat masalahnya semakin buruk dan membuat orang tersebut semakin melekat pada patah hati mereka. Misalnya saja jika Anda mengubah tema atau jenis musik yang Anda dengarkan, seperti mendengarkan musik motivasi, maka emosi dan pikiran Anda akan terfokus pada motivasi Anda sehingga motivasi Anda akan meningkat. Seseorang dapat memiliki kepribadian apa pun tergantung pada jenis musik yang didengarkannya.

e. Meningkatkan kemampuan mengingat

Mendengarkan dan memutar musik dapat mencegah kehilangan ingatan dan demensia. Fenomena ini mungkin terjadi karena otak yang memproses musik terletak di dekat area otak yang memproses memori. Dengan kata lain, saat Anda melatih otak dengan mendengarkan musik, otak Anda juga ikut berlatih untuk meningkatkan daya ingat. Berdasarkan teori ini, negara-negara Eropa menggunakan musik sebagai terapi untuk meningkatkan prestasi akademik siswa, dan pusat rehabilitasi juga menggunakan musik sebagai terapi untuk mengatasi demensia. Hal ini sesuai dengan penelitian (Fiana & Cahyani 2019) bahwa terapi musik dapat menjaga kemampuan kognitif pada pasien demensia.

f. Kesehatan jiwa

Di era globalisasi, musik digunakan oleh para psikolog dan psikiater untuk menangani kesehatan mental individu, termasuk gangguan psikologis, gangguan jiwa, dan gangguan mental.

g. Kesehatan fisik

Musik mempengaruhi sistem saraf, yang mengontrol tekanan darah, detak jantung, dan fungsi otak. Oleh karena itu, orang yang mendengarkan musik juga mengukur tekanan darah, fungsi otak, dan detak jantungnya. Penerapan terapi musik dalam fungsi kesehatan dapat dalam bentuk meditasi dengan iringan musik, mendengarkan musik, memainkan alat musik, menggerakkan tubuh ke ritme musik, menyanyi musik, dll. Terapi musik telah digunakan sejak zaman Yunani kuno, ketika musik digunakan untuk penyembuhan spiritual dan psikologis.

3. **Jenis-Jenis Musik**

Ada banyak jenis musik yang dapat digunakan dalam intervensi terapeutik, antara lain musik klasik, musik instrumental, jazz, dangdut, pop, rock, dan kerongkong. Terapi musik dapat mengurangi agresi, memberikan ketenangan, mengendalikan emosi sebagai pendidikan

moral, meningkatkan perkembangan mental, dan menyembuhkan gangguan psikologis (Agustina, 2021).

4. **Musik Dangdut**

Dangdut sebagai musik rakyat menjadi genre musik yang lahir dan populer di Indonesia. Bahkan, hasil survei Skala Survei Indonesia (SSI) tentang jenis musik di tahun 2022 yang digemari masyarakat Indonesia menampilkan 58,1% respondennya memilih dangdut sebagai musik yang paling disenangi (Dihni, 2022).

Musik Dangdut memang salah satu musik yang efektif untuk meringankan stress. Selain iramanya yang mendorong pendengarnya bergoyang, lirik di dalam lagu-lagunya sangat sederhana, dan lugas. Temanya menggambarkan pengalaman dan perasaan kebanyakan orang. Bahasa menjadi bagian penting dari lagu. Melalui bahasa pesan yang terdapat pada lirik lagu dapat tersampaikan. Di dalam musik dangdut terdapat sebuah power yang mampu menstabilkan kembali performa gelombang otak pasien (Alfionita & Wrathatnala 2016).

5. **Manfaat Dan Kelebihan Terapi Musik Dangdut**

Manfaat diberikannya terapi musik dangdut pada pasien yaitu dapat membantu menurunkan, menstabilkan depresi dan mengalihkan perhatian pasien terhadap suara-suara yang tidak menyenangkan bagi pasien. Selain itu, pasien mampu melatih beradaptasi, mampu berkomunikasi, mengembalikan kepercayaan diri, berinteraksi dan bersosialisasi serta meningkatkan gairah untuk hidup di lingkungan masyarakat. Manfaat dan kelebihan musik dapat disimpulkan pada musik dangdut berlangsung pasien tetap menunjukkan respon dengan cara tertentu. Respon pada pasien dapat membuat pasien senang dan tenang. Terapi musik digunakan untuk sebagai hiburan, agar pasien sejenak melupakan beban permasalahannya dan dapat mengurangi depresi (Alfionita, 2016).

6. **Penatalaksanaan Musik Dangdut**

Terapi musik dapat membantu dalam penanganan penderita depresi agar keadaan tetap stabil dan tidak mengalami kekambuhan. Terapi musik dangdut diberikan pada pasien selama 6 hari dan diberikan dalam waktu 10 menit dua lagu/hari dalam waktu yang telah ditentukan bersama pasien. pasien mendengarkan musik secara bersama-sama sambil bernyanyi dan berjoget. Pada hari terakhir dilakukan terapi musik dangdut, dengan cara yang sama, pasien menunjukkan tidak takut relative tenang, ada kontak mata dan pengurangan tanda gejala penurunan depresi (Pahlawan, 2020).

7. **Evaluasi Terapi Musik Dangdut**

Menurut (Kartika, dkk., 2020) Terapi Musik dangdut memiliki dampak yang bermakna secara statistik pada skor depresi kelompok orang dengan skizoprenia di RSJD. Dr Ariz Zainudin Surakarta.

8. **Standar Operasional Prosedur Pemberian Terapi Musik Dangdut**

Tabel 2.1

Standart Operasional Prosedur (SOP)	Terapi musik
Pengertian	Pemanfaatan kemampuan musik dan elemen musik oleh terapis kepada klien.
Tujuan	Memperbaiki kondisi fisik, emosional, mengurangi rasa nyeri
Alat	CD/tape musik/handphone/earphone/headset
Referensi	Pancani, P.N., (2021) STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR Terapi Musik, Denpasar: https://repository.poltekkes-denpasar.ac.id

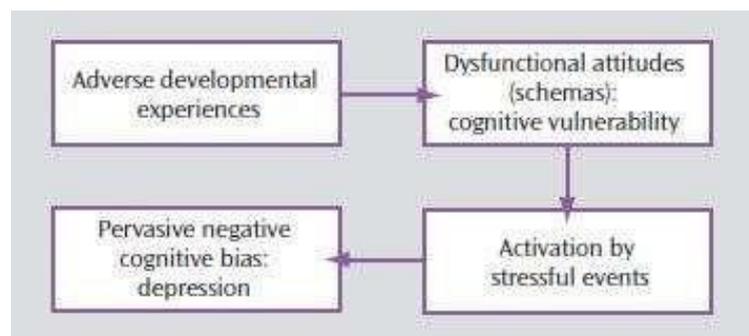
Prosedur	<p>Pre interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan keperawatan atau catatan medis klien (jika ada) 2. Observasi vital sign dan skala nyeri pasien 3. Siapkan alat-alat 4. Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontra indikasi 5. Cuci tangan <p>Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Beri salam dan panggil klien dengan namanya 7. Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien/keluarga <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan 9. Jaga privasi klien. Memulai kegiatan dengan cara yang baik 10. Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan yaitu relaksasi dan mengurangi rasa sakit. 11. Menetapkan ketertarikan klien terhadap musik. 12. Identifikasi pilihan musik klien. 13. Berdiskusi dengan klien dengan tujuan berbagi pengalaman dalam musik. 14. Pilih pilihan musik yang mewakili pilihan musik klien 15. Bantu klien untuk memilih posisi yang nyaman 16. Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan musik. 17. Pastikan tape musik/CD/ handphone dan perlengkapan dalam kondisi baik. 18. Dukung dengan headphone dan earphone/ head set jika diperlukan. 19. Memberi KIE terapi Musik akan diberikan selama 15 menit setelah itu musik akan dihentikan 20. Atur volume musik agar nyaman untuk pasien 21. Berikan Terapi musik selama 15 menit <p>Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 22. Evaluasi hasil kegiatan (kenyamanan klien) 23. Merapikan alat dan pasien 24. Mencuci tangan
-----------------	--

B. Depresi

1. Defenisi Depresi

Depresi ialah suatu gangguan perasaan yang serius dan mempengaruhi bagaimana seseorang berpikir, merasakan, dan menjalani kehidupannya sehari-hari. Orang yang mengalami depresi sering kali merasa sedih, putus asa, dan kehilangan minat dalam aktivitas yang sebelumnya mereka nikmati. Depresi klinis adalah kondisi medis yang berlangsung lebih lama dan memiliki gejala yang lebih parah. Depresi dapat bervariasi dalam keparahannya, mulai dari bentuk ringan hingga parah. Depresi dapat mempengaruhi siapa saja. Terdapat beberapa jenis depresi antara lain depresi mayor, depresi persisten, depresi bipolar, depresi pasca melahirkan, depresi musiman, dan depresi psikotik (Puspita, 2024).

Depresi merupakan hal yang pasti dapat terjadi pada manusia. Masa depresi adalah masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan adanya perubahan pada dirinya. Terjadinya perubahan yang spesifik pada suasana hati dengan perubahan menuju ke negatif salah satunya sedih dan kecewa, terjadinya kemunduran pada diri dan adanya perubahan dalam tingkat aktivitas yaitu mengalami kemunduran dalam beraktivitas atau bisa dapat mengalami peningkatan yang tidak wajar (Al Aziz, 2020).



Gambar 2.1 Proses terjadinya depresi karena munculnya peristiwa negative.

2. Tanda dan gejala depresi

Gangguan depresi pada individu pada umumnya pasti akan menunjukkan gejala-gejala, baik gejala secara fisik, psikis maupun sosial. Berikut penjelasan gejala depresi (Anissa, 2024)

a. Gejala fisik

Secara garis besar, gejala fisik sangat mudah untuk di tebak. Gejala-gejala yang akan ditimbulkan ialah; gangguan pola tidur, penurunan tingkat aktivitas, penurunan efisiensi kerja, lebih mudah lelah dan sakit.

b. Gejala psikis

Tanda-tanda yang mungkin muncul mengenai depresi dari segi psikis antara lain; kehilangan rasa percaya diri, sensitif, merasa bahwa dirinya tidak berguna, dan perasaan bersalah.

c. Gejala sosial

Gejala sosial adalah sebuah gejala yang berawal dari diri sendiri dan dari lingkungan sekitar, seperti lingkungan keluarga dan lingkungan masyarakat. Lingkungan tentunya akan memberikan dampak yang negatif. Permasalahan yang sering terjadi pada lingkungan sekitar adalah kurang berinteraksi dengan teman-teman rekan kerja, atasan, maupun bawahan. Permasalahannya bukan sekedar berbantuk konflik, tetapi perasaan cemas, malu, dan minder jika sedang berada di kelompok dan tidak merasa nyaman untuk saling berinteraksi secara normal.

Gejala-gejala berdasarkan *diagnostic and statistical manual of mental disorder, revised fifth edition* (DSM-V) mengenai *major depression disorder*, antara lain:

- a. Perasaan depresi hampir sepanjang hari dan setiap hari. Dapat berubah mood yang mudah tersinggung pada anak-anak dan remaja.
- b. Penurunan kesenangan atau minat secara drastis dalam semua aktivitas hampir semua aktivitas, hampir setiap hari, hampir sepanjang hari.

- c. Terjadi kehilangan atau penambahan berat badan yang signifikan (5% lebih dari tubuh dalam sebulan tanpa upaya untuk diet maupun penambahan berat badan), atau suatu peningkatan atau penurunan selera makan.
- d. Setiap hari atau hampir setiap hari mengalami insomnia atau hipersomnia (tidur berlebihan).
- e. Perasaan tidak berharga atau pun rasa bersalah yang berlebihan atau tidak tepat hampir setiap hari.

3. Etiologi Depresi

Penyebab terjadinya depresi pada individu belum di ketahui secara pasti. Tetapi terdapat 2 faktor yang dapat menyebabkan depresi yaitu faktor internal dan faktor eksternal (Puspita, 2024):

d. Faktor internal

1) Predisposisi Genetik

Penelitian telah menunjukkan bahwa individu yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat depresi memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami kondisi yang sama. Namun, tidak semua orang dengan predisposisi genetik akan mengalami depresi.

2) Penelitian pada Kembar

Studi pada kembar identik dan fraternal memberikan wawasan tentang peran genetika dalam depresi. Kembar identik memiliki gen yang sama, sedangkan kembar fraternal hanya berbagi sekitar 50% dari gen mereka. Jika satu kembar identik mengalami depresi, kembar lainnya memiliki risiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan kembar fraternal.

3) Variasi Genetik

Beberapa gen telah diidentifikasi yang mungkin mempengaruhi risiko seseorang untuk mengembangkan depresi. Namun, tidak ada "gen depresi" tunggal; sebaliknya, kombinasi dari beberapa

gen yang berinteraksi dengan faktor lingkungan dan kehidupan dapat meningkatkan risiko.

4) Faktor Lingkungan dan Genetik

Meskipun genetika memainkan peran, interaksi antara genetika dan lingkungan juga penting. Trauma, kehilangan, atau stres berat dapat memicu depresi pada individu dengan predisposisi genetik.

5) Epigenetik

Epigenetik adalah studi tentang perubahan dalam ekspresi gen yang tidak disebabkan oleh perubahan dalam urutan DNA. Faktor lingkungan, seperti stres atau trauma, dapat menyebabkan perubahan epigenetik yang mempengaruhi risiko depresi.

e. Faktor Ekstrenal

1) Trauma dan Kehilangan

Pengalaman traumatis, seperti kekerasan fisik atau emosional, atau kehilangan orang yang dicintai, dapat memicu depresi. Trauma dapat mengubah cara otak menangani emosi dan stres.

2) Stres

Stres berkepanjangan, baik dari pekerjaan, hubungan, atau situasi keuangan, dapat meningkatkan risiko seseorang terkena depresi. Stres dapat mengganggu keseimbangan kimia otak dan sistem respons stres.

3) Pengalaman masa kecil (anak-anak) yang mengalami pengabaian, pelecehan, atau trauma lainnya memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengembangkan depresi di kemudian hari.

4) Hubungan dan Interaksi Sosial

Hubungan interpersonal yang buruk atau isolasi sosial dapat meningkatkan risiko depresi. Manusia adalah makhluk sosial, dan koneksi positif dengan orang lain sangat penting untuk kesejahteraan emosional.

5) Kondisi Kesehatan Fisik

Penyakit kronis, cedera, atau kondisi kesehatan lainnya dapat mempengaruhi mood seseorang dan meningkatkan risiko depresi.

Demikian pula, depresi dapat mempengaruhi respons tubuh terhadap penyakit.

6) Substansi

Penggunaan alkohol atau obat-obatan dapat meningkatkan risiko depresi. Beberapa obat resep juga memiliki efek samping yang dapat memicu depresi.

4. **Jenis-Jenis Depresi**

Depresi dapat muncul dalam berbagai bentuk, beberapa diantaranya meliputi (Tasalim, 2024).

f. Depresi Mayor (*Major Depressive Disorder*)

Ditandai dengan episode depresi berat yang berlangsung setidaknya dua minggu dan mengganggu fungsi sehari-hari

g. Distimia (*Persistent Depressive Disorder*)

Bentuk depresi kronis dengan gejala yang lebih ringan namun berlangsung selama dua tahun atau lebih.

h. Gangguan Afektif Musiman (*Seasonal Affective Disorder*)

Depresi yang terjadi pada musim tertentu, biasanya selama musim dingin, ketika terdapat kurangnya sinar matahari.

i. Depresi Postpartum

Depresi yang dialami oleh wanita setelah melahirkan, yang dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk merawat bayi dan diri sendiri.

j. Gangguan Bipolar

Ditandai dengan perubahan suasana hati yang ekstrem antara episode mania (sangat bahagia atau iritasi) dan depresi.

5. Klasifikasi Depresi

Ada berbagai klasifikasi depresi menurut ICD-10 dan PPDGJ III yaitu sebagai berikut (Anissa, 2024)

- 1) Pedoman diagnostik episode depresi ringan
 - a. Sekurang-kurangnya harus ada 2 sampai 3 gejala utama depresi seperti yang di sebutkan.
 - b. Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya .
 - c. Tidak ada boleh gejala yang berat diantara lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
 - d. Hanya sedikit kesulitan dalam bekerja dan kegiatan sosial yang dilakukan.
- 2) Pedoman diagnostik episode depresi sedang
 - a. Sekurang-kurangnya harus ada 2 dan 3 gejala utama.
 - b. Ditambah sekurang-kurangnya 3 atau 4 dari gejala lainnya.
 - c. Lama seluruh episode berlangsung minimum 2 minggu.
 - d. Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, dan urusan rumah tangga.
- 3) Pedoman diagnostik episode depresi berat tanpa gejala psikotik
 - a. Semua 3 gejala utama harus ada.
 - b. Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berinteritas berat.
 - c. Bila ada gejala penting (misalnya retardasi psikomotor) yang menyolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banya gejaanya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresi berat masih dapat dibenarkan.
 - d. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada tarif yang sangan terbatas.

- 4) Pedoman diagnostik episode depresi berat dengan gejala psikotik Episode depresi berat yang memenuhi kriteria gejala utama dan penyerta lainnya dengan waham, halusinasi, atau stupor depresi. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan, atau malapetaka yang mengancam dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau auditorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor depresi.

6. **Penilaian Skala Depresi *Beck Depression Inventory* (BDI)**

Penilaian skala depresi *Beck Depression Inventory* (BDI), BDI merupakan alat tes yang digunakan untuk membantu mengungkapkan tingkat depresi seseorang. Alat ukur tersebut dibuat oleh Beck pertama kali pada tahun 1976. Pada tahun 1996 BDI direvisi dengan tujuan untuk menjadi lebih konsisten dengan kriteria dsm-iv. Becket oll memberi nama hasil revisi tersebut dengan BDI-II. Alat ukur ini dibuat untuk digunakan pada individu usia 13 tahun ke atas. BDI-II ini terdiri dari 21 item pertanyaan untuk memperkirakan tingkat depresi pada orang yang sehat maupun yang sakit. Skor 0-13 mengindikasikan tidak depresi, skor 14-19 mengindikasikan depresi ringan, skor 20-28 mengindikasikan depresi sedang, skor 29-63 mengidentifikasi defresi berat. Pertanyaan-pertanyaan yang di berikan kesedihan, pesimisme, kegagalan masa lalu, tidak menyukai diri, kegawatan diri, perasaan bersalah, kehilangan kesenangan, keraguan, perubahan pola tidur, cepat marah, perubahan nafsu makan, dan kehilanagan kemampuan berkonsentrasi (Anissa, 2024).

7. **Penatalaksanaan Depresi**

Pada pasien skizofrenia dengan gejala depresi di rumah sakit jiwa biasanya menggunakan terapi spesialis dan komplementer. Berikut adalah beberapa contoh terapi spesialis dan komplementer (kumalasari, dkk., 2021):

k. Terapi spesialis

Terapi spesialis merupakan terapi generalis yang sudah dimodifikasi. Beberapa contoh terapi spesialis antar lain ialah; terapi *cognitive therapy* (CT), *Behavior Therapy* (BT), *Cognitive Behavior Therapy* (CBT), *Acceptance Commitment Therapy* (ACT).

l. Terapi komplementer

Terapi ini merupakan terapi alternatif. Terapi ini terdiri dari 5 kategori yaitu; kategori pertama, *mind body therapy* misalnya yoga, terapi musik, tai chi. Kategori kedua, *alternative medical system* misalnya *naturopathy*, *homeopathy*, *tradisional chinese medicine*. Kategori ketiga, terapi biologis misalnya terapi herbal, terapi nutrisi, *food combining*. Kategori keempat, terapi manipulatif dan sistem tubuh misalnya *massage*, terapi cahaya dan warna, hidroterapi. Kategori kelima, terapi energi misalnya reiki, kupuntur, dan akupresur.

C. Skizofrenia

1. Defenisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah salah satu jenis gangguan psikotik yang kronis ditandai dengan adanya gangguan pola pikir, emosi dan tingkah laku. Penderita gangguan jiwa skizofrenia seringkali juga memiliki masalah kontak dengan kehidupan realitasnya (Pratiwi, 2024).

Skizofrenia adalah gangguan kronis yang melemahkan dan menyentuh setiap aspek kehidupan orang yang terpengaruh. Orang dengan skizofrenia secara tidak langsung akan terpisah dari masyarakat sekitar. Mereka gagal menjalankan fungsi dan peran yang diharapkan sebagai siswa, pekerjaan, atau pasangan, dan keluarga serta komunitas, juga orang-orang disekitarnya menjadi tidak toleran dengan perilaku dan sikap menyimpang yang dimunculkan (Pati, 2022).

2. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala skizofrenia tidak ada yang patognomonik. Heteroanamnesis, riwayat hidup penting, gejala bisa berubah dengan berjalannya waktu, tingkat kecerdasan, latar belakang pendidikan dan budaya akan mempengaruhi gejala (Fitrikasari & Kartikasari 2022).

- a. **Gambaran Umum Pasien Skizofrenia**
 Penampilan pasien skizofrenia
 Secara umum ada dua ekstrem yaitu agresif dan katatonik. Pada pasien skizofrenia yang agresif, tampak berteriak-teriak, banyak bicara agitatif-agresif tanpa provokasi yang jelas. Penampilan lainnya yaitu stupor katatonik, adalah suatu kondisi di mana pasien tampak benar-benar tidak bernyawa dan mungkin menunjukkan tanda-tanda seperti membisu, mematung, dan fleksibilitas sereal. Pasien dengan skizofrenia sering tidak terawat, tidak mandi, dan berpakaian terlalu hangat untuk suhu yang berlaku. Perilaku aneh lainnya termasuk tics, *stereotipik*, dan kadang-kadang *ekhopraksia*, di mana pasien meniru postur atau perilaku pemeriksa.
- b. **Mood, Perasaan, Afek**
 Gejala afektif pada pasien skizofrenia dapat berpindah dari satu emosi ke emosi lain dalam jangka waktu yang singkat. Afek dasar yang sering:
 - 1) Afek tumpul atau datar: respon emosional berkurang ketika afek tersebut seharusnya diekspresikan.
 - 2) Afek tak serasi: afek dapat bersemangat atau kuat tetapi tidak sesuai dengan pembicaraan dan pikiran pasien.
 - 3) Afek labil: terjadi perubahan afek yang jelas dalam jangka pendek.
- c. **Gangguan persepsi**
 - 1) Halusinasi adalah pengalaman persepsi tanpa adanya stimulus eksternal. Halusinasi terdapat pada semua alat indera, paling sering adalah halusinasi dengar (suara yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien atau mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh). Berbicara

langsung pada penderita atau seperti suara orang lain yang sedang membicarakan penderita dan halusinasi lihat. Bila ada halusinasi raba, cium dan kecap, perlu dipikirkan kemungkinan dasar kelainan medik atau neurologik, mungkin juga didapatkan halusinasi *cenesthetic*, sensasi tentang perubahan/gangguan pada organ-organ tubuh (otak seperti terbakar, pembuluh darah seperti tertekan, tulang seperti teriris).

- 2) Ilusi adalah distorsi persepsi terhadap sensasi atau obyek nyata bisa terjadi pada fase prodromal, aktif atau remisi. Bila ada halusinasi dan ilusi sekaligus, perlu dipikirkan kemungkinan penggunaan zat psikoaktif.
- 3) Depersonalisasi adalah perasaan asing terhadap diri sendiri.
- 4) Deralisasi adalah perasaan asing terhadap lingkungan sekitarnya misalnya dunia terlihat tidak nyata.

d. Gangguan pikiran

Merupakan gejala pokok skizofrenia.

- 1) Gangguan isi pikiran: menyangkut ide, keyakinan dan interpretasi terhadap stimulus (waham, preokupasi ide-ide esoterik, abstrak, filosofis, psikologis yang aneh-aneh, *loss of ego boundaries, cosmic identity*).
- 2) Gangguan bentuk pikiran: secara obyektif terlihat pada bahasa lisan maupun tulisan penderita (pelonggaran asosiasi, *inkoherensi, sirkumstansialiti, neologisme, ekholalia, verbigerasi, word salad, mutisme*).
- 3) Gangguan proses pikiran: menyangkut bagaimana formulasi ide dan bahasa yang terekspresikan pada ucapan, gambar dan tulisan serta cara melakukan kegiatan tertentu (*flight of ideas, blocking, gangguan perhatian, kemiskinan isi pikiran, daya abstraksi buruk, perseverasi, asosiasi bunyi, sirkumstansialiti, thought control, thought broadcasting*).

- e. Impulsivitas, tindak kekerasan, bunuh diri dan pembunuhan
Penderita skizofrenia sering mengalami gangguan kendali dorongan, melakukan tindakan tertentu secara tiba-tiba (impulsif), termasuk upaya bunuh diri atau membunuh, mungkin sebagai respon terhadap halusinasi atau karena mengalami episode depresi berat.
- f. Sensori dan Kognisi
 - 1) Orientasi (orang, tempat, waktu), pada umumnya tidak terganggu. Dapat terpengaruh oleh pikiran penderita, misalnya menyangkut identitas diri. Bila ada gangguan, perlu dipikirkan kemungkinan gangguan organik di otak.
 - 2) Daya ingat, biasanya tidak ada gangguan berat.
 - 3) Fungsi kognitif, pada umumnya ada gangguan ringan (daya perhatian, fungsi eksekutif, *working memory*, *episodic memory*) dan merupakan prediktor yang lebih baik bagi kemampuan fungsional penderita sehingga mempunyai makna prognostik, gangguan ini biasanya sudah ada sejak awal sakit, umumnya stabil sepanjang masa awal sakit dan lama kelamaan akan terganggu jika perjalanan sakitnya menjadi kronis.
- g. Daya nilai dan tilikan
Secara umum, tilikan penderita skizofrenia buruk, sehingga perlu diperhatikan pada perencanaan terapi.
- h. Reliabilitas
Penderita skizofrenia mempunyai reliabilitas yang buruk. Pernyataan penderita perlu di pastikan kebenarannya dengan sumber aloanamnesa dengan keluarga atau teman.

Gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi tiga kelompok yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif.

- a) Gejala Positif: Gejala yang ada pada pasien dan tidak boleh ada pada orang normal dan biasanya dapat diamati. Ini adalah gejala yang terkait dengan episode psikotik akut dan terutama gangguan

pemikiran dan presentasi. Mereka termasuk halusinasi, delusi, dan perilaku aneh lainnya.

- b) Gejala Negatif: Gejala yang bisa ada pada orang normal tetapi pada skizofrenia lebih berat, termasuk tidak adanya pengaruh, tidak adanya pemikiran, tidak adanya motivasi, tidak adanya kesenangan, dan tidak adanya perhatian.
- c) Gejala Kognitif: Gejala kognitif skizofrenia mungkin tidak terlihat, terutama pada awal proses penyakit, tetapi sangat mengganggu dan menyebabkan sebagian besar kecacatan yang terkait dengan gangguan ini. Gejala kognitif termasuk gangguan perhatian, memori kerja, dan fungsi eksekutif.

3. Etiologi Skizofrenia

Menurut Fitrikasara & Kartikasari (2022) terdapat beberapa faktor-faktor penyebab dari skizofrenia yaitu sebagai berikut;

a. Genetik

Faktor genetik diduga berperan pada skizofrenia, makin dekat hubungan keluarga dengan penderita, makin besar risiko untuk menderita skizofrenia, gangguan gangguan jiwa terkait skizofrenia seperti gangguan kepribadian skizotipal, skizoid dan paranoid juga lebih sering didapatkan di antara para keluarga biologik penderita skizofrenia. Transmisi genetiknya sampai sekarang belum jelas, penelitian terhadap gen yang spesifik terus dilakukan.

b. Biokimia

1) Dopamin

Aktivitas dopaminergik yang berlebihan dianggap merupakan penyebab skizofrenia. Teori ini berdasarkan dua pengamatan. Pertama, potensi sebagian besar obat antipsikotik terutama terkait dengan daya antagonisme terhadap reseptor dopamin D2. Kedua zat/obat yang meningkatkan aktivitas dopaminergik, bersifat psikotomimetik (*Amfetamin*). Jalur dopaminergik, mesolimbik dan mesokortikal yang merupakan proyeksi dari badan-badan sel di

mid brain ke neuron dopaminoseptif di sistim limbik dan korteks serebral dianggap yang paling terlibat. Aktivitas dopamin yang berlebihan dikaitkan dengan gejala-gejala positif.

2) Serotonin

Aktivitas serotonin yang berlebihan dianggap mendasari munculnya gejala-gejala positif dan negatif. *Klozapin* dan obat-obat antipsikotik generasi kedua mempunyai sifat antagonis serotonin.

3) Norepinefri

Anhedonia, hilangnya kemampuan untuk merasakan kesenangan sering didapatkan pada penderita skizofrenia dan diduga disebabkan oleh degenerasi neuronal pada norepinephrine reward neural system.

4) GABA

Neuron GABAnergik mempunyai sifat inhibitif dan meregulasi aktivitas dopamin. Hilangnya neuron GABAnergik yang inhibitif dapat meningkatkan aktivitas neuron dopaminergik, beberapa penelitian mendapatkan hilangnya neuron GABAnergik di hipokampus penderita skizofrenia.

5) Neuropeptida

Neuropeptida substansi dan neurotensin terdapat di dalam *neurotransmitter katekolamin* dan *indoleamin* dan mempengaruhi kerjanya.

6) Glutama

Mengonsumsi fensiklidin, suatu antagonis glutamat, dapat menimbulkan gejala-gejala skizofrenia akut. *Asetilkholin* dan nikotin: Pemeriksaan *post-mortem*, mendapatkan berkurangnya reseptor muskarinik dan nikotinik pada kaudatus, putamen, hipokampus dan beberapa bagian otak prefrontal. Reseptor-reseptor tersebut berperan pada fungsi kognitif yang memang sering terganggu pada penderita skizofrenia.

c. Neuropatologi

Pada akhir abad ke-20 para peneliti berhasil menemukan kemungkinan dasar-dasar neuropatologi skizofrenia (sistim limbik, ganglia basalis) serta kelainan neuropatologi dan neurokimia di korteks serebral, thalamus dan batang otak. Berkurangnya volume otak penderita skizofrenia dikaitkan dengan kemungkinan berkurangnya densitas akson, dendrit dan sinaps yang memediasi fungsi asosiatif otak. Densitas sinaps paling tinggi pada usia 1 tahun, lalu berkurang mencapai kondisi pada orang dewasa sejak awal masa adolesen. Berkurangnya sinaps yang eksefif pada masa adolesen diduga merupakan salah satu penyebab skizofrenia. Awitan skizofrenia umumnya terjadi pada masa adolesen.

1) Ventrikel Serebral

Pemeriksaan CT mendapatkan pembesaran ventrikel lateral dan ventrikel ke-3 pada penderita skizofrenia, serta reduksi volume substansia grisea korteks serebri, belum dapat dipastikan apakah perubahan tersebut yang sudah terdapat sejak awitan sakit menetap atau berkembang terus.

2) Simetri Otak

Pada penderita skizofrenia didapatkan berkurangnya simetri pada bagian-bagian otak tertentu (lobus frontalis, temporal dan oksipital) terjadi sejak masa fetus dan menunjukkan gangguan proses lateralisasi pada periode perkembangan otak.

3) Sistim Limbik

Berperan pada kendali emosi, diduga terkait dengan patofisiologi skizofrenia, ukurannya mengecil pada penderita skizofrenia (amigdala, hipokampus, girus parahipokampus).

4) Korteks Prefrontal

Didapatkan kelainan anatomi pada korteks prefrontal penderita skizofrenia. Beberapa gejala skizofrenia mirip dengan mereka yang mengalami lobotomi prefrontal (sindroma lobus frontalis).

5) Thalamus

Terjadi pengurangan volume atau kehilangan neuron (30-45%) terutama pada nukleus medio-dorsalis yang mempunyai hubungan resiprokal dengan korteks prefrontal, perubahan ini diyakini bukan akibat pemberian obat antipsikotik karena juga didapatkan pada penderita yang belum pernah diobati.

6) Ganglia Basalis dan Serebelum

Keduanya merupakan bagian yang bertanggungjawab pada kendali gerakan. Banyak penderita skizofrenia memperlihatkan pergerakan aneh (canggung, menyeringai, gerakan stereotipik) dan banyak gangguan gerak yang disebabkan kelainan pada ganglia basalis (penyakit Huntington, Parkinson) berkaitan dengan gangguan psikotik.

7) Sirkuit Neural

Akhir-akhir ini berkembang pemikiran bahwa skizofrenia bukan disebabkan oleh karena kelainan pada bagian otak tertentu, tetapi sebenarnya didasari oleh kelainan sirkuit neural. Kelainan pada lobus frontalis bisa disebabkan oleh karena kelainan pada lobus tersebut atau pada ganglia basalis atau serebelum yang terhubung ke lobus frontalis secara resiprokal. Lesi perkembangan dini pada jaras dopaminergik ke korteks prefrontal bisa menyebabkan gangguan fungsi prefrontal dan sistim limbik yang selanjutnya menyebabkan munculnya gejala-gejala positif, negatif dan gangguan fungsi kognitif. Disfungsi sirkuit singulus anterior ganglia basalis thalamokortikal mendasari munculnya gejala-gejala positif, sedangkan disfungsi sirkuit dorsolateral prefrontal mendasari munculnya gejala-gejala negatif.

8) Metabolisme Otak

Pada penderita skizofrenia didapatkan bahwa kadar fosfomonoester dan fosfat inorganik lebih rendah dibandingkan orang normal, sedangkan kadar fosfodiesteranya lebih tinggi, konsentrasi N-asetil

aspartat yang merupakan marka neuron, lebih rendah di hipokampus dan lobus frontalis penderita skizofrenia.

9) Elektrofisiologi

Kelainan EEG sering didapatkan pada penderita skizofrenia dan sangat sensitif terhadap prosedur aktivasi. Peningkatan aktivitas spike setelah deprivasi tidur, peningkatan aktivitas gelombang theta dan delta, peningkatan aktivitas epileptiform dan lebih sering didapatkan abnormalitas pada sisi kiri otak. Penderita skizofrenia juga menunjukkan kekurangan kemampuan untuk menyaring suara-suara yang irelevan, sangat sensitif terhadap suara latar, sulit konsentrasi dan mungkin mendasari munculnya halusinasi. Disfungsi Gerakan Bola Mata: Tidak mampu mengikuti target bergerak secara akurat, didapatkan pada 50-85% penderita skizofrenia pada subyek non-psikiatrik), merupakan ciri skizofrenia.

10) Psikoneuroimunologi

Beberapa kelainan imunologi didapatkan pada penderita skizofrenia. Penurunan produksi interleukin-2 sel T, pengurangan jumlah dan respon sel limfosit perifer, kelainan reaktivitas seluler dan humoral terhadap neuron dan ada antibodi antibrain, akibat virus neurotoksik, kelainan autoimun endogen.

11) Psikoneuroendokrinologi

Didapatkan perbedaan neuroendokrin antara penderita skizofrenia dengan kelompok kontrol. Nonsupresi pada uji DST (dianggap berkaitan dengan prognosis yang buruk), penurunan konsentrasi LH dan FSH, dan yang dianggap mungkin berkaitan dengan gejala-gejala negatif adalah terhambatnya pelepasan prolaktin dan hormon pertumbuhan pada stimulasi gonadotropin releasing hormon atau thyrotropin releasing hormon dan terhambatnya pelepasan hormon pertumbuhan pada stimulasi apomorfina.

d. Psikososial dan Pendekatan Psikoanalitik

Perjalanan penyakit skizofrenia dipengaruhi oleh stresor-stresor psikososial yang dialami penderita, selain juga bawaan psikologis masing masing penderita.

1) Pendekatan Psikoanalitik

a) Sigmund Freud

Skizofrenia disebabkan oleh fiksasi pada perkembangan psikologis, lebih dini dari yang kemudian menyebabkan neurosis. Fiksasi menyebabkan defek perkembangan ego yang kemudian menyebabkan munculnya gejala-gejala skizofrenia, disintegrasi ego pada penderita skizofrenia menyebabkan ego berada pada kondisi seperti saat

b) Margaret Mahler

Terjadi distorsi pada hubungan timbal- balik antara bayi dengan ibu. Anak gagal melepaskan diri untuk berkembang lebih lanjut dari ketergantungan mutlak yang merupakan ciri relasi anak-ibu pada fase oral. Identitas diri tidak pernah terbentuk secara mantap.

c) Paul Federn

Defek pada fungsi ego memungkinkan hostilitas dan agresi yang kuat mendistorsi hubungan ibu dengan anak yang kemudian menyebabkan disorganisasi kepribadian dan kepekaan terhadap stress. Awitan sakit terjadi pada masa adolesen, karena pada masa itu remaja membutuhkan ego yang kuat agar dapat berfungsi secara independen. Berpisah dari orang tua, mengenali tugas-tugas (perkembangan), mengendalikan peningkatan internal drives dan mengatasi stimulasi eksternal yang kuat.

d) Harry Stack Sullivan

Skizofrenia adalah gangguan relasi interpersonal. Ansietas yang hebat akibat kumulasi trauma pada proses perkembangan menyebabkan tumbuhnya perasaan yang tidak sesuai, selanjutnya menyebabkan timbulnya rasa dikejar-kejar (persekutodik).

Skizofrenia adalah upaya adaptasi untuk menghindari rasa panik, teror dan disintegrasi diri. Gejala-gejala skizofrenia, secara individual mempunyai makna simbolik.

e) Teori Belajar

penderita skizofrenia mempelajari dan meniru reaksi-reaksi yang irasional dan pola berpikir orang tua mereka sejak masa anak-anak, buruknya relasi interpersonal penderita skizofrenia adalah akibat dari buruknya model belajar pada masa anak-anak.

2) Dinamika Keluarga

Meskipun belum dapat dipastikan bahwa pola tertentu

a) pada relasi keluarga

Gregory Bateson dan Donald Jackson, pada keluarga mempunyai peran kausatif pada skizofrenia, perilaku keluarga yang patologis perlu dicermati karena dapat meningkatkan stres emosional yang harus dihadapi penderita skizofrenia. Anak-anak yang relasi dengan ibunya buruk mempunyai risiko enam kali lebih besar untuk menderita skizofrenia. Anak-anak menerima pesan/ Pernyataan yang bertentangan dari orang tua tentang perilaku, sikap dan perasaan mereka. Keadaan psikotik merupakan pelarian dari ketidakmampuan mengatasi kebingungan akibat pesan-pesan yang bertentangan itu.

b) *Schism and Skewed Family*

Theodore Lidz, ada perbedaan cara, sikap diantara orang tua dan salah satu orang tua lebih dekat pada salah satu anak yang jenis kelaminnya berbeda (*schism*), kedekatan anak dengan salah satu orang tua berlanjut dengan pertarungan kekuasaan antara kedua orang tua dan biasanya diakhiri dengan dominasi salah satu orang tua (*skewed*).

c) Keluarga yang Pseudomutual dan Pseudohostil

Lyman Wynne, ekspresi emosional secara konsisten ditekan dengan menggunakan komunikasi verbal pseudomutual atau pseudohostil. Pola komunikasi verbal yang unik berkembang

dan tidak bisa dipahami oleh lingkungan diluar keluarga. Timbul masalah ketika anak dari keluarga tersebut harus berhadapan dengan masyarakat umum.

d) Ekspresi Emosi

Orang tua atau pengasuh sering bersikap kritis, hostile atau terlalu mencampuri kehidupan penderita skizofrenia. Di lingkungan keluarga dengan ekspresi emosi tinggi, angka kekambuhan skizofrenia juga tinggi, penilaian terhadap ekspresi emosi mencakup kata-kata yang diucapkan dan cara mengucapkannya.

4. Patofisiologi

Gejala awal biasanya mulai tampak pada masa remaja lalu dalam beberapa hari sampai bulan berkembang menjadi gejalagejala prodromal, dipicu oleh perubahan sosial atau lingkungan tertentu (masuk perguruan tinggi, kematian saudara, penggunaan zat psikoaktif, dll).

Sekitar satu tahun atau lebih, baru terjadi awitan gejala-gejala psikotik yang jelas, perjalanan penyakit skizofrenia ditandai oleh remisi dan eksaserbasi. Setelah episode pertama, penderita secara bertahap membaik, dapat berfungsi kembali secara relatif normal. Bertahun-tahun, kemudian biasanya akan terjadi kekambuhan, pola perjalanan penyakit dalam 5 tahun pertama setelah didiagnosis menggambarkan perjalanan penyakit selanjutnya, deteriorasi terus berlanjut setiap kali terjadi kekambuhan.

Kegagalan kembali ke kondisi awal kemampuan fungsional ini yang membedakan skizofrenia dari gangguan mood, kadang-kadang depresi pasca psikotik terjadi setelah suatu episode psikotik dan seumur hidup penderita rentan terhadap stres, gejala positif biasanya menjadi lebih ringan dengan berjalannya waktu, tetapi gejala negatif akan bertambah berat, sepertiga penderita skizofrenia dapat menjalani kehidupan yang marginal, sebagian besar hidup tanpa tujuan, tidak punya kegiatan, sering dirawat di rumah sakit, dan di daerah urban biasanya hidup menggelandang dan miskin (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

Terdapat beberapa fase-fase perjalanan penyakit yaitu sebagai berikut;

- a. Fase Prodromal Tanda dan gejala prodromal adalah bagian dari gangguan yang berkembang. Pada fase prodromal ini terdapat gejala-gejala 16 negatif. Tanda dan gejala prodromal tambahan dapat mencakup perilaku yang sangat aneh, afek abnormal, bicara yang tidak biasa, ide- ide aneh, dan pengalaman persepsi yang aneh. Timbulnya gejala dimulai pada masa remaja dan diikuti dengan perkembangan gejala prodromal dalam beberapa hari hingga beberapa bulan. Perubahan sosial atau lingkungan, seperti pergi ke perguruan tinggi, menggunakan zat, atau kematian kerabat, dapat memicu gejala yang mengganggu, dan sindrom prodromal dapat berlangsung satu tahun atau lebih sebelum timbulnya gejala psikotik yang nyata atau lebih singkat.
- b. Fase Aktif Pada fase aktif ditandai dengan munculnya gejala-gejala positif dan memberatnya gejala negatif.
- c. Fase Residual Fase residual ini di tandai dengan mulai berkurang sampai hilangnya gejala positif tetapi masih ada gejala negatif.
- d. Fase Remisi Kriteria fase remisi ditentukan dengan menggunakan kriteria delapan butir PANSS (*Positive and Negative Symptoms Scale*) yang nilainya tidak lebih dari tiga dan bertahan selama enam bulan. Fungsi pekerjaan dan sosial tidak menjadi kriteria pada remisi. Kedelapan simptom tersebut adalah:
 - 1) P1 (Waham)
 - 2) P2 (Kekacauan proses pikir)
 - 3) P3 (Perilaku halusinasi)
 - 4) G9 (Isi pikir tidak biasa)
 - 5) G5 (Menerisme dan postur tubuh)
 - 6) N1 (Penumpulan afek)
 - 7) N4 (Pengarikan diri secara sosial) 17
 - 8) N6 (Kurangnya spontanitas dan arus percakapan)

- e. Fase Recovery Pasien dinyatakan pulih (recovery) jika pasien bebas dari simptom skizofrenia dan membaiknya fungsi sosial serta pekerjaan pasien yang berlangsung minimal selama dua tahun. Pasien tetap dalam pengobatan (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

5. **Klasifikasi Skizofrenia**

Subtipe DSM-IV-TR mengandung lima sub-klasifikasi skizofrenia, meskipun para pengembang DSM-V-TR merekomendasikan agar subklasifikasi ini dihilangkan dari klasifikasi15 yang baru (Tasya, dkk., 2022)

- a. Tipe paranoid: terdapat waham atau halusinasi auditori, kadang-kadang keagamaan yang berlebihan (fokus waham agama), atau perilaku agresif dan sikap bermusuhan, tetapi tidak ada gangguan kognitif, perilaku yang tidak teratur, atau ketumpulan afektif. Dalam tipe ini ada dalam waham menyiksa/ waham kebesaran, hamun ada juga waham kecemburuan, religiusitas, atau somatisasi (Kode DSM 295.3/kode ICD F20.0).
- b. Tipe tidak teratur/ tidak terorganisasi: diberi nama skizofrenia hebefrenik dalam ICD. Tipe ini merupakan tipe yang ditandai dengan adanya gangguan pemikiran dan ketumpulan afektif hadir secara bersamaan (inkoherensi, asosiasi longgar, dan perilaku ekstrem) (Kode DSM 295.1/kode ICD F20.1).
- c. Tipe katatonik: ditandai dengan adanya gangguan psikomotor yang nyata. Hal ini mungkin dapat menyebabkan penderita hampir tidak bisa bergerak atau menampakkan gerakan gelisah tanpa sebab. Gejala dapat termasuk stupor katatonik dan fleksibilitas lilin. Aktivitas motorik yang berlebihan terlihat tanpa tujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal (Kode DSM 295.2/kode ICD F20.2).
- d. Tipe tidak dibedakan: ditandai dengan gejala-gejala skizofrenia campuran (atau tipe lain) disertai gangguan pikiran, afek, dan perilaku. Gejala psikotik hadir, tetapi kriteria untuk tipe paranoid, tidak teratur atau katatonik belum dipenuhi (Kode DSM 295.9/kode ICD F20.3).

- e. Tipe residual: ditandai dengan setidaknya satu episode skizofrenia sebelumnya, tetapi saat ini tidak psikotik, menarik diri dari masyarakat, afek datar, serta asosiasi longgar.

Gejala positif hadir hanya dalam intensitas rendah (Kode DSM 295.6/ kode ICD F20.5).

Kriteria ICD-10 memberikan dua subtype tambahan:

- a. Depresi pascaskizofrenia: episode depresi yang terjadi setelah sakit skizofrenia, yakni ketika beberapa gejala skizofrenia ringan mungkin masih dapat ditemukan, namun tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya (ICD code F20.4).
- b. Skizofrenia sederhana/simpleks: gejala negatif dan dominan berkembang perlahan-lahan dan progresif tanpa riwayat episode psikotik. Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtype skizofrenia lainnya (kode ICD F20.6).

6. Penanganan Skizofrenia

a. Terapi Farmakologi

Salah satu terapi farmakologi yang diberikan untuk pasien skizofrenia yaitu terapi dengan menggunakan antipsikotik. Pasien psikotik sendiri sering mengalami kecemasan sehubungan dengan gejala psikotiknya sehingga penggunaan antipsikotik sering dikombinasikan dengan antiansietas (Putri & Maharani, 2022).

Terdapat tiga tahap dalam terapi skizofrenia, yaitu fase akut, fase stabilisasi dan fase pemeliharaan. Terapi pada fase akut dilakukan saat terjadi episode akut dari skizofrenia yang ditandai dengan munculnya gejala psikotik intens seperti halusinasi, waham, paranoid dan gangguan berpikir. Terapi ini dilakukan selama 7 hari pertama. Tujuan dari pengobatan pada fase akut ini ialah untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga klien tidak membahayakan dirinya sendiri maupun orang lain. Jika diberikan obat yang benar dengan dosis yang tepat, penggunaan obat antipsikotik dapat mengurangi gejala psikotik dalam waktu 6 minggu.

Kemudian, Terapi pada fase stabilisasi dilakukan setelah gejala psikotik akut telah dapat dikendalikan. Terapi ini dilakukan selama 6-8 minggu. Tujuan dari pengobatan pada fase stabilitasi ialah untuk mencegah kekambuhan, mengurangi gejala, dan mengarahkan klien ke dalam tahap pemulihan yang lebih stabil.

Selanjutnya terapi pada tahap pemeliharaan, terapi pemulihan jangka panjang ini bertujuan untuk mempertahankan kesembuhan dan mengontrol gejala, mengurangi resiko kekambuhan dan rawat inap, dan mengajarkan keterampilan untuk hidup sehari-hari. Terapi pemeliharaan biasanya melibatkan obat-obatan, terapi suportif, pendidikan keluarga, konseling, rehabilitas pekerjaan dan sosial. Terapi 14 pemeliharaan dilakukan selama 12 bulan setelah membaiknya episode pertama psikotik sedangkan untuk pasien dengan episode akut yang multipel sebaiknya terapi pemeliharaan dilakukan minimal selama 5 tahun (Putri & Maharani, 2022).

b. Terapi Non Farmakologi

Salah satu terapi non farmakologi dalam penatalaksanaan skizofrenia yaitu dengan melakukan psikoedukasi. Psikoedukasi merupakan sebuah program edukasi yang bertujuan untuk mengurangi suatu efek penyakit atau disabilitas. Sejak tahun 1970 psikoedukasi telah menjadi alternatif terapi atau rehabilitasi yang terbaik bagi pasien dan keluarga pasien skizofrenia. Dalam terapi ini klien dan keluarga akan diberikan pengetahuan yang berhubungan dengan penyakit yang sedang dialami individu, penyembuhannya dan efek yang melibatkan kognitif dan emosional klien. Tujuan dari diberikannya terapi psikoedukasi adalah untuk menambah pengetahuan terkait gangguan jiwa dan diharapkan dapat menurunkan tingkat kekambuhan serta meningkatkan fungsi keluarga (Putri & Maharani, 2022).