

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Terapi Komunikasi Teraupetik/Bercakap Cakap

1. Defenisi Terapi Komunikasi Teraupetik/Bercakap Cakap

Menurut Zuhroidah (2024), komunikasi terapeutik merupakan bentuk interaksi antara pasien dengan tujuan untuk menyelesaikan (mengobati) penyakit yang dideritanya. Tujuan komunikasi terapeutik adalah untuk memastikan tercapainya hasil yang diinginkan. Rancangan-rancangan tersebut memungkinkan komunikasi terapeutik dapat dilakukan secara efisien dan efektif. Rancangan-rancangan tersebut meliputi tahap pra-interaksi, interaksi, dan pasca-interaksi. Indikator persiapan, strategi, dan keberhasilan terdapat pada setiap tahapan tersebut yang harus dikaji guna memudahkan proses pencapaian setiap tahapan. Asa aman-nyaman komunikasi terapeutik dapat membina hubungan saling percaya dan dapat membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dasarnya sehingga dapat tenang, tenang, dan mampu menyesuaikan diri terhadap stres. Pasien dalam kondisi stres dapat meredakan sakit yang dideritanya, sudah terbukti secara ilmiah bahwa stres mampu menurunkan imunitas tubuh seseorang dalam melawan mikro organisme patogen maupun radikal bebas penyebab penyakit. Dalam proses timbulnya penyakit, komunikasi terapeutik bisa efektif dan kooperatif dengan penyedia layanan primer (obat).

Memahami dan memberikan arahan dalam komunikasi terapeutik merupakan hal terpenting yang perlu dilakukan. Penerimaan diri, penghargaan diri, dan realitas diri merupakan beberapa indikator kemajuan pasien dari penerapan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik memiliki manfaat dan kekurangan yang signifikan dalam menjelaskan asuhan keperawatan kepada pasien yang dikelol.

Perubahan paradigma dalam pusat layanan kesehatan menuju klien di pusat kesehatan adalah pasien adalah penerima layanan kesehatan yang diberikan. Setiap tindakan kesehatan yang ditawarkan memerlukan partisipasi aktif pasien, dan pasien diharapkan untuk menerima dan menanggapi tindakan yang ditawarkan. Agar pasien kooperatif dengan rencana tindakan yang akan dilakukan oleh karena itu, diperlukan komunikasi yang efektif agar pasien tidak mengalami

stres, kecemasan, atau ketakutan terkait berbagai kondisi medis yang telah dibahas. Hambatan psikologis dapat berupa kemampuan pasien untuk menerima lingkungannya, yang dapat berujung pada komunikasi yang harmonis di antara pasien. Komunikasi yang efektif digunakan untuk membantu pasien mengatasi masalah psikologis sebagai cara mengatasi stres.

2. Tujuan Komunikasi Teraupetik

Tujuan komunikasi teraupetik di bawah ini adalah :

- a. Komunikasi terapeutik merupakan suatu metode pengelolaan interaksi antar pasien dengan tujuan: mengurangi jumlah pikiran yang diberikan kepada pasien selama perawatan sehingga mereka merasakan kedamaian dan ketenangan pikiran.
- b. Membantu pasien dalam menerapkan strategi yang efektif untuk mengatasi masalah kesehatan yang muncul.
- c. Membantu dalam meningkatkan keadaan emosional pasien sehingga dapat menerima dan mampu menerima keadaan yang dialami.
- d. Mendukung pasien dalam bisnis memastikan hasil kesehatan yang sangat baik.

Menurut Zuhroidah (2024), hubungan antara perawat dan pasien digambarkan sebagai simbiosis mutualistik, artinya kedua belah pihak terus-menerus membutuhkan dukungan satu sama lain. Hubungan yang erat akan berdampak pada peningkatan kualitas dan mutu asuhan keperawatan. Menurut Cahyono, Zuhroidah, dan Sujarwadi (2020), komunikasi yang efektif dapat meningkatkan kualitas interaksi antar perawat-pasien secara signifikan. Terapi farmakologis akan lebih efektif daripada terapi non-farmakologis. Komunikasi terapeutik cukup membantu dalam membantu pasien mengatasi masalahnya.

Menurut Zuhroidah (2024), pengasuhan adalah suatu jenis pekerjaan profesional yang dilaksanakan oleh tenaga kerja yang kompeten. Karena perawat selalu menjaga ketenangan pasien selama berada di fasilitas pelayanan kesehatan, maka penting bagi mereka untuk melihat diri mereka sebagai sahabatnya. Ahabat yang siap membantu dalam menyediakan kebutuhan dasar yang terganggu akibat sakit yang dilaminya. Bina hubungan saling percaya adalah langkah awal dalam

komunikasi terapeutik. Hubungan perawat-klien yang didasari oleh kepercayaan dapat mengurangi keraguan dan membantu menyelesaikan permasalahan pasien.

3. Standar Operasional Prosedur Komunikasi terapeutik

Istilah "terapeutik" mengacu pada komunikasi yang dilakukan dengan tenang dengan tujuan dan kegiatan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Dengan demikian, komunikasi terapeutik adalah jenis komunikasi profesional yang mendukung tujuan perkembangan pasien, yang dilakukan pada setiap sesi perawatan selama 30 menit dan akan berlanjut selama tujuh hari. Menurut Isti dan Agustina Lisna (2022).

a. Tujuan

- 1) Membantu pasien dalam memahami dan mengurangi jumlah perasaan dan pikiran, serta memberikan panduan untuk memperbaiki situasi yang ada ketika pasien tidak memperhatikan aspek-aspek yang diperlukan.
- 2) Dengan cara ini keraguan berkurang, tindakan efektif diambil, dan kekuatan egonya diperkuat.
- 3) Membantu orang lain, lingkungan fisik, dan diri sendiri.

b. Prosedur

- 1) Kecepatan pra-interaksi
 - a) Mengumpulkan informasi tentang pasien paranoid
 - b) Mengkaji fantasi, ketakutan, dan perasaan pasien
 - c) Membuat rencana pertemuan dengan pasien (aktivitas, waktu, dan lamanya waktu yang dihabiskan untuk menjalani perawatan).
- 2) Orientasi dan pengenalan cepat
 - a) Mengirim salam
 - b) Mengungkapkan rasa terima kasih
 - c) Memberikan nama pasien
 - d) Memberikan pertemuan (kontrak)
 - e) Memberikan kontrak
 - f) Memberikan percakapan awal
 - g) Masalah pasien
 - h) Menangani pengenalan
- 3) Kerja cepat

- a) Meningkatkan perilaku, perasaan, pikiran, dan pemahaman serta pengenalan pasien. Sasaran ini sering disebut sebagai sasaran kognitif.
 - b) Meningkatkan, menguatkan, dan meningkatkan kemampuan pasien untuk menangani masalah yang dihadapi secara mandiri. Sasaran ini sering disebut sebagai sasaran psikomotorik atau efektif.
 - c) Menerapkan teknik terapi/keperawatan
 - d) Menerapkan edukasi kesehatan
 - e) Menerapkan kolaborasi
 - f) Melaksanakan observasi dan pemantauan
- 4) Tahap finalisasi
- a) Menganalisis hasil kegiatan; mengevaluasi proses dan hasil
 - b) Memberikan penguatan positif dan bantuan
 - c) Merencanakan tindak lanjut dengan pasien
 - d) Melakukan survei untuk mengumpulkan informasi tambahan (waktu, lokasi, topik)
 - e) Menyelesaikan kegiatan dengan cara yang tepat

B. Konsep Kecemasan

1. Defenisi Kecemasan

Kecemasan adalah sebutan untuk was-was, khawatir, dan takut yang tidak jelas atau seolah-olah tidak ada kaitannya dengan apa pun yang sedang terjadi. Perasaan tidak nyaman atau khawatir yang samar disertai respon otonom (sumber seringkali tidak spesifik atau tidak diketahui individu); perasaan takut berasal dari antisipasi terhadap rumah. Ini adalah contoh kewaspadaan yang mendorong masyarakat untuk memiliki rumah dan memberdayakan mereka agar tidak menjadi korban kecelakaan (NANDA, 2018).

2. Tingkat Kecemasan

Dalam Agustiniingsih (2023), Stuart dan Laraia menggambarkan kecemasan sebagai beberapa tingkatan, yaitu sebagai berikut:

- a. Kecemasan ringan berkaitan dengan ketegangan kehidupan sehari-hari; hal itu menyebabkan orang menjadi lebih kesepian dan meningkatkan persepsi mereka. Dorongan semacam ini dapat menginspirasi pembelajaran dan

mengarah pada pertumbuhan dan kreativitas. skor 7–14 Kecemasan Ringan. Respon dari kecemasan ringan yaitu :

- 1) Respon fisiologisnya meliputi seringnya tidur pendek, kemampuan menahan suara pendek, kerutan muka, dan getaran bibir. Otot ringan tegang pasien mengalami.
 - 2) Responsivitas kognitif adalah kemampuan untuk memahami sesuatu dengan jelas, menerima informasi yang kompleks, bersikap bijaksana terhadap masalah, dan memecahkan masalah.
 - 3) Respon terhadap nyeri dan emosi meliputi tidak adanya ketenangan, gemetar halus pada kaki, dan gejala meningitis.
- b. Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk fokus pada aspek-aspek penting dan mengabaikan aspek-aspek lainnya. Kecemasan ini menyoroti persepsi individu. Orang-orang dalam situasi ini memiliki banyak perhatian selektif, tetapi jika mereka dibimbing untuk melakukannya, mereka dapat lebih fokus di banyak bidang. Kecemasan sedang skor 15–27 Manifestasi yang muncul:
- 1) Respon fisik meliputi seringnya nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, diare atau konstipasi, dan ketidakmampuan untuk makan, menjual, atau berkeringa.
 - 2) Respon kognitif meliputi memandang menyempit, rangsangan luas mampu diterima, dan memusatkan perhatian pada apa pun yang menarik perhatian dan mengasyikkan.
 - 3) Susah tidur dan tidak aman, bicara banyak, lebih cepat, dan tanggap terhadap emosi dan perilaku.
- c. Kecemasan secara signifikan mengurangi persepsi individu. Individu tetap fokus pada sesuatu yang spesifik dan akurat tanpa dipengaruhi oleh faktor-faktor lain. Tujuan dari setiap tindakan adalah untuk mengurangi ketegangan. Individu ini membutuhkan banyak ruang untuk berkonsentrasi pada area lain. 27–40 skor Kecemasan Berat Manifestasi yang muncul adalah:
- 1) Respon fisik : nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, gangguan penglihatan, dan ketegangan

- 2) Respon kognitif: persepsi lapang sangat lambat dan tidak dapat menyelesaikan masalah.
 - 3) Respon emosional dan perilaku : verbalisasi cepat, perasaan meningkat, dan diambil dari hubungan interpersonal.
- d. Panik adalah orang yang tidak mampu melakukan apa pun dengan Arah, tidak mampu tampak ketakutan dan mengatakan mengalami teror, dan tidak mampu melakukan aktivitas apa pun. Kepanikan bersepsi menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional, kemampuan berinteraksi dengan orang lain, dengan kepribadian dan meningkatkan aktivitas motorik. Tingkat kecemasan tidak sesuai dengan kehidupan sehari-hari; jika terus berlanjut dalam jangka waktu yang lama, kelelahan dan kematian dapat terjadi.
- 1) Respon fisik meliputi sakit dada, telapak tangan, hipotensi, napas pendek, tercekik dan palpitasi, dan koordinasi motorik.
 - 2) Respon kognitif, yang mencakup persepsi yang sangat tidak menentu dan tidak dapat dianalisis secara logis.
 - 3) Respon emosional dan perilaku, yang meliputi kekacauan, kendali atau kendali diri, menarik diri dari hubungan interpersonal, berteriak-teriak, dan mengamuk dan marah-marah.

3. Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Jaya (2015), kecemasan ditandai dengan ketakutan yang tidak samar-samar atau menye-nangkan. Terdapat beberapa gejala otonomik, seperti nyeri kepala, berkeringat, hipertensi, kegelisahan, tremor, gang-guan lambung, diare, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gangguan pola tidur, dan gangguan lambung. Orang yang cemas juga bisa menjadi gelisah., yang ditandai dengan kurangnya kemampuan untuk membentuk posisi duduk atau lama. Gejala yang disebutkan di atas yang diekspresikan selama cen-derung bervariasi dari orang ke orang.

4. Klasifikasi Tingkat Kecemasan

Menurut Jaya (2015), klasifikasi tingkat kecemasan adalah sebagai berikut:

- a. Kecemasan ringan

Sebagai hasil dari aktivitas sehari-hari dan kecemasan yang ringan, orang-orang menjadi lebih rileks dan puas saat ini. Penglihatan, pendengaran, dan pemahaman lebih maju dari sebelumnya. Jenis kecemasan ini dapat menginspirasi orang untuk belajar dan mengembangkan kreativitas mereka. Dengan kata lain, ini akan menyebabkan seseorang menjadi lembap, artinya dalam kecemasan yang akan terjadi, mereka akan mampu menangani situasi sulit, ingin tahu, mengurangi jumlah pertanyaan, dan sedikit tidur.

b. Kecemasan sedang

Perhatiannya hanya terfokus pada hal-hal yang nyata, seperti mengamati dan introspeksi, serta memahami orang lain. Mereka kesulitan memahami aspek-aspek tersebut di atas, tetapi dapat juga digambarkan dengan gemetar, pernapasan dan detak jantung yang terus meningkat, konsentrasi, kesulitan beradaptasi dan menganalisis, serta perubahan secara umum atau tidak ada sama sekali.

5. Asuhan Keperawatan pada klien kecemasan

Kecemasan adalah suatu perasaan tidak nyaman atau ketakutan yang disertai dengan respon autonomik yang bersifat subjektif sebagai antisipasi terhadap bahaya yang akan datang (Stuart, 2016). Pada klien skizofrenia paranoid, kecemasan seringkali muncul akibat waham kejar, halusinasi ancaman, atau pengalaman psikotik lainnya yang membuat klien merasa tidak aman. Kecemasan pada skizofrenia perlu ditangani dengan pendekatan psikososial, salah satunya melalui terapi komunikasi terapeutik, untuk membantu klien mengungkapkan dan mengelola emosinya.

a. Pengkajian Keperawatan pada Klien Skizofrenia Paranoid

- 1) Identitas : Nama pasien, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, suku bangsa, tanggal masuk, no rekam medik, dan diagnosa.
- 2) Alasan masuk : Tanyakan pada pasien dan keluarganya alasan pasien di bawa ke rumah sakit. Biasanya pasien bercakap cakap dan gelisah
- 3) Faktor presipitasi : Kecemasan muncul karena halusinasi pendengaran dengan suara yang mengancam serta waham kejar. Klien merasa dikuntit oleh orang tidak dikenal.

- 4) Faktor predisposisi : Riwayat trauma masa kecil, kurangnya dukungan emosional dari keluarga, serta riwayat gangguan jiwa dalam keluarga.
- 5) Riwayat penyakit keluarga : pada pasien yang mengalami halusinasi bisa disebabkan oleh faktor keturunan.
- 6) Pemeriksaan fisik : dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, suhu, tekanan darah, nadi dan penampilan fisik
- 7) Psikososial atau konsep diri
 - a) Gambaran Diri Klien menyatakan merasa lemah dan tidak berdaya.
 - b) Identitas diri Tidak menunjukkan kebanggaan terhadap identitasnya, merasa kehilangan kendali.
 - c) Peran diri kaji hal peran dalam keluarga, biasanya pasien mengalami penurunan aktivitas
 - d) Ideal diri Ingin sembuh dan tidak merasa ketakutan terus-menerus.
 - e) Harga diri Mengkritik dirinya sendiri, merasa tidak berguna dan takut dicelakai.
- 8) Genogram : Kaji hubungan sosial pasien untuk mengetahui apakah pasien memiliki anggota keluarga atau orang terdekat yang bisa dijadikan tempat mengadu atau meminta dukungan emosional. Pada klien skizofrenia paranoid, sering kali pasien mengalami kecurigaan yang berlebihan terhadap orang lain, termasuk anggota keluarga, sehingga merasa berada dalam lingkungan yang mengancam. Keluarga juga sering kali mengalami kesulitan dalam memberikan pengarahan atau menjalin komunikasi yang efektif dengan pasien, akibat gejala psikotik seperti waham atau halusinasi yang menghambat interaksi sosial.
- 9) Status mental
 - a) Penampilan pasien
 - b) Pembicaraan
 - c) Aktivitas motorik tegang, lambat, gelisah dan terjadi penurunan interaksi

- d) Alam perasaan biasanya pasien mengatakan tidak mampu dan pandangan hidup selalu pesimis
 - e) Afek pasien tampak tumpul, emosi kadang apatis, depresi atau sedih, dan cemas
 - f) Interaksi selama wawancara tidak kooperatif dan mudah tersinggung, kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara dan selalu curiga pada orang lain
 - g) Persepsi biasanya pasien mengalami halusinasi pendengaran, penglihatan yang mengancam
 - h) Proses pikir : arus pikir dan isi pikir biasanya saat observasi dan wawancara dengan pasien yang koheren, inkoheren, tangensial, *flight of edias*, bloking. Isi pikir pasien merasa bersalah dan khawatir, mengukum dan menolak diri sendiri, mengejek diri sendiri dan mengkritik diri sendiri.
- 10) Tingkat kesadaran biasanya pasien tampak bingung dan kacau gerak anggota tubuh yang berulang-ulang dan sikap canggung yang di pertahankan dalam jangka waktu yang lama, tingkat konsentrasi berhitung, mudah berganti ke objek lain. Kemampuan menilai pasien dapat mengambil keputusan dengan di bantu, bermakna pasien tidak mampu dalam mengambil keputusan.
- a) Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien yang mengalami kecemasan (SDKI) Menurut SDKI, 2017 Diagnosa keperawatan pada klien halusinasi pendengaran meliputi :
 - (1) Gangguan Kecemasan (D.0010)
 - (2) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0056)
 - (3) Gangguan halusinasi pendengaran (D.0076)
 - b) Intervensi keperawatan pada pasien yang mengalami kecemasan (SLKI) Intervensi yag dapat dilakukan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan (SLKI 2018), ialah :

Intervensi Pendukung: Terapi Komunikasi Terapeutik (I.05186)

Definisi : Intervensi untuk membantu klien dalam mengekspresikan pikiran dan perasaannya secara efektif, membangun hubungan saling

percaya antara klien dan perawat, serta mengurangi kecemasan melalui proses komunikasi yang tepat dan empatik.

Observasi :

- (1) Identifikasi riwayat diagnostik menyeluruh (riwayat masuk RSJ, durasi penyakit, riwayat kambuh)
- (2) Identifikasi gejala kecemasan yang muncul (gelisah, ekspresi cemas, menghindari kontak mata, bicara sendiri)
- (3) Identifikasi faktor lingkungan, sosial, dan psikologis yang memicu kecemasan (konflik keluarga, stigma sosial, ketidaknyamanan di bangsal)
- (4) Monitor kemampuan komunikasi verbal klien saat berinteraksi dengan perawat atau orang lain
- (5) Identifikasi pola pikir klien yang mengarah pada kecemasan (pikiran curiga, perasaan tidak aman)
- (6) Identifikasi respons fisik akibat kecemasan (gemetar, keringat dingin, ketegangan otot)
- (7) Monitor respons emosi dan perilaku selama sesi komunikasi terapeutik
- (8) Monitor kemampuan klien dalam menyampaikan perasaan secara bertahap setelah sesi komunikasi

Teraupetik :

- 1) Bangun hubungan saling percaya melalui kontak mata hangat, sentuhan verbal yang tenang, dan sikap non-menghakimi
- 2) Gunakan komunikasi sederhana, jelas, dan langsung
- 3) Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan dan pikirannya tanpa paksaan
- 4) Ajarkan klien teknik mengalihkan pikiran dari stimulus yang mencemaskan
- 5) Berikan umpan balik positif terhadap setiap usaha klien dalam berkomunikasi
- 6) Ajak klien berbicara dalam suasana tenang dan nyaman

7) Libatkan klien dalam percakapan ringan yang menyenangkan dan sesuai minat

8) Lakukan sesi komunikasi terapeutik secara rutin dan terstruktur

Edukasi :

- 1) Edukasi klien tentang pentingnya komunikasi dalam mengurangi kecemasan
- 2) Ajarkan teknik relaksasi dasar (pernapasan dalam, relaksasi otot progresif)
- 3) Diskusikan cara mengenali dan mengelola gejala kecemasan secara mandiri
- 4) Edukasi keluarga tentang cara berkomunikasi efektif dan mendukung klien
- 5) Diskusikan bersama klien aktivitas yang dapat membantu menurunkan kecemasan
- 6) Latih klien dalam membedakan pikiran realistis dan tidak realistis
- 7) Latih keterampilan komunikasi sosial secara bertahap
- 8) Diskusikan manfaat keterlibatan klien dalam aktivitas kelompok atau terapi okupasi

C. Konsep Skizofrenia Paranoid

1. Defenisi Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia merupakan salah satu jenis gangguan mental yang ditandai dengan distorsi dalam berpikir, merasakan, dan bertindak (Shah & Kornstein, 2021). Skizofrenia ditandai dengan gangguan berat kronis yang ditandai dengan gangguan komunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau ilusi), disfungsi kognitif, dan kesulitan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2015). Akibatnya, skizofrenia bermanifestasi sebagai reaksi signifikan yang mengganggu kualitas hidup individu, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan.

2. Etiologi Skizofrenia

Hingga saat ini, belum ada penjelasan yang jelas mengenai etiologi mengapa beberapa orang menderita skizofrenia, dan tidak ada faktor tunggal lain yang disebutkan dalam penelitian yang sedang dilakukan. Menurut penelitian terkini, penyebab skizofrenia meliputi faktor genetik, virus, autoantibodi, dan

malnutrisi. Menurut Stuart, G. W. (2016). penyebab skizofrenia dikategorikan menjadi faktor risiko dan faktor risiko.

Faktor Predisposisi merupakan faktor resiko yang menjadi sumber stres yang dapat mempengaruhi individu dalam menghadapi stres baik dari aspek biologis, psikologis maupun social Stuart, G. W. (2016).

a. Biologis

Faktor biologis yang paling dominan terjadi pada individu hubungan tingkat pertama dengan ODS (orang tua dan saudara kandung), hubungan tingkat kromosom 4,5,6,8, dan 22, kelainan struktur otak, aktivitas dopamin yang tidak kedua dengan ODS (kakek-nenek, bibi- paman, sepupu, cucu), kelainan kromosom 4,5,6,8, dan 22, kelainan struktur otak, aktivitas dopamin yang tidak stabil (misalnya obat/bahan dalam waktu lama). Faktor lain yang berkontribusi terhadap skizofrenia termasuk gangguan mental sebelumnya, trauma kepala, putus obat, penyakit fisik, dan penyalahgunaan zat (seperti NAPZA dan alkohol).

b. Psikologis

Aspek psikologi meliputi derajat kedekatan atau kekerabatan antara orang tua dan anak, berfungsinya sistem keluarga, tipe kepribadian, daya tahan terhadap stres, koping yang tidak efektif, perilaku agresif atau kekerasan, keinginan yang tidak ada, kesulitan yang tidak menyenangkan pada masa kanak-kanak, seperti kesulitan fisik dan sosial, persepsi diri yang negatif, dan otoriter pola asuh Rinawati, R., Isnawati, I., & Sari, D. (2016). Tekanan yang terjadi secara terus menerus, berulang, atau permanen dapat menyebabkan terganggunya stabilitas mental dan selanjutnya skizofrenia. menimbulkan gejala skizofrenia paranoid

c. Sosial

Faktor sosial yang berkontribusi terhadap skizofrenia meliputi disfungsi interpersonal, komunikasi yang tidak jelas, komunikasi yang tidak efektif, penarikan diri sosial, keraguan dalam mengendalikan emosi, kurangnya fokus, dan ketidakmampuan untuk berinteraksi dengan orang-orang penting dalam kehidupan sehari-hari. Selain itu, dibandingkan dengan mereka yang berada dalam kelompok sosial dan ekonomi tinggi, mereka yang berada

dalam kelompok tinggi rendah memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kecemasan. Hal ini terkait dengan kasus kemiskinan, pekerjaan, pendapatan, dan putus sekolah Stuart, G. W. (2016). Predisposisi sosial ini juga terjadi karena klien tidak bekerja. Individu yang tidak bekerja akan lebih banyak berdiam diri dan merasa rendah diri dalam kehidupan sehari-harinya, yang akan memengaruhi produksi hormon stres (katekolamin) dan mengakibatkan ketidakberdayaan Budiarto, E., Sari, M., & Lestari, D. (2021). Seseorang yang tidak bekerja akan menurunkan mempengaruhi status ekonominya kehidupannya. dan Kondisi ekonomi yang sulit memicu orang rentan terkena skizofrenia.

d. Faktor Presipitasi

Individu dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal yang menyebabkan presipitasi. Aspek presipitasi meliputi faktor biologis, psikologis, dan sosial; namun, presipitasi juga dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti usia, tingkat stres, dan waktu Stuart, G. W. (2016).

- 1) Asal Stresor meliputi : Internal yang merupakan pemicu stres yang berasal dari dalam diri seseorang. Dan eksternal adalah stresor yang berasal dari luar diri individu (lingkungan)
- 2) Waktu dan Lamanya Stresor : Yang dapat diamati adalah derajat terjadinya pemicu stres dan lamanya waktu pemicu stres berlangsung hingga menimbulkan masalah. Lamanya stresor presipitasi biasanya lebih dari 6 bulan.
- 3) Jumlah Stresor : Jumlah stresor adalah jumlah stres yang dialami oleh seseorang dalam satu waktu. Semakin banyak pengalaman stresor yang dirasakan seseorang, maka akan semakin sulit mencari penyelesaian dari stresor tersebut.

3. Tanda Dan Gejala Skizofrenia

Tanda dan gejala Videbeck, S. L. (2020), skizofrenia dapat memiliki dampak positif dan negatif. dampak tersebut antara lain:

a. Gejala Positif atau Gejala Nyata

- 1) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau pengalaman perseptual yang tidak sesuai dengan kenyataan.

- 2) Waham merupakan suatu keyakinan yang salah yang tidak berdasar pada kenyataannya.
- 3) Ekopraksia merupakan suatu tindakan meniru gerakan dan gerak tubuh orang lain yang diamati klien.
- 4) *Flight of ideas* merupakan aliran verbalisasi yang terus-menerus di mana individu melompat dengan cepat dari satu topik ke topik lainnya.
- 5) Perseverasi merupakan kepatuhan terus- menerus pada satu ide atau topik; pengulangan verbal dari kalimat, kata, atau frase; menolak upaya untuk mengubah topik.
- 6) Asosiasi longgar merupakan pikiran dan ide yang terfragmentasi atau kurang terkait.
- 7) Gagasan rujukan merupakan kesan yang salah bahwa peristiwa eksternal memiliki arti khusus bagi orang tersebut.
- 8) Ambivalensi merupakan sikap klien yang memegang keyakinan atau perasaan yang tampaknya bertentangan tentang orang, peristiwa, atau situasi yang sama.

b. Gejala Negatif atau Gejala Samar

Gejala negatif atau gejala samar pada skizofrenia paranoid di bawah ini sebagai berikut :

- 1) Apati merupakan suatu bentuk acuh tak acuh yang ditujukan kepada orang, kegiatan dan orang lain.
- 2) Alogia, merupakan kecenderungan untuk berbicara sangat sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna (kurangnya konten).
- 3) Afek datar, merupakan tidak adanya ekspresi wajah yang menunjukkan emosi atau suasana hati.
- 4) Afek tumpul, merupakan rentang perasaan, nada, atau suasana hati yang terbatas
- 5) Anhedonia didefinisikan sebagai sesuatu yang tidak mencerminkan kehidupan, aktivitas, atau hubungan apa pun.
- 6) Katatonia, merupakan immobilitas yang secara psikologis ditandai dengan periode agitasi atau kegembiraan mencakup klien yang tidak agitasi dan lambat bereaksi.

7) Tidak memiliki kemauan, merupakan tidak adanya kemauan, ambisi, atau dorongan untuk mengambil tindakan atau menyelesaikan tugas.

c. Faktor Biologis

Jika seseorang memiliki kepribadian yang pendiam dan tertutup, maka ketika mengalami stres, ia mungkin tidak memiliki kapasitas untuk bersimpati, yang niscaya akan membuat ia merasa lebih baik terhadap masalahnya sendiri. Hal ini dapat meningkatkan risiko seseorang terkena skizofrenia Satawati, E., Rahmawati, N., & Lestari, A. (2022).

d. Faktor Lingkungan

Satawati, dkk. (2022) mengungkapkan faktor lingkungan menjadi salah satu faktor yang dapat meningkatkan resiko seseorang rentan menderita skizofrenia yang disebut dengan stresor psikososial. Stresor psikososial merupakan kondisi atau peristiwa yang menyebabkan perubahan pada kehidupan seseorang sehingga Orang-orang ini mampu menyesuaikan diri dengan stresor yang dimaksud. Namun, tidak semua orang mampu menyesuaikan diri dan mengatasi stresor ini, yang dapat menyebabkan penurunan suasana hati mereka, termasuk skizofrenia. Berikut ini adalah beberapa jenis stresor psikologis yang dapat menyebabkan skizofrenia:

- 1) Masalah dalam perkawinan seperti kematian, perselingkuhan, perceraian, dan konflik merupakan satu kesatuan.
- 2) Masalah keluarga, termasuk, misalnya, keluarga mengkritik secara berlebihan atau menunjukkan sikap permusuhan, yang biasa disebut emosi tinggi dan dapat membantu meringankan gejala depresi akut pada mereka yang mengalaminya lebih dari 35 menit per hari.
- 3) Masalah lingkungan hidup, misalnya masalah pekerjaan, masalah pendidikan, dan lain sebagainya.
- 4) Masalah Ekonomi
- 5) Rumit sepanjang penyelidikan dan analisis.
- 6) Contoh lainnya adalah dampak penggunaan zat terlarang atau trauma bencana alam, kebakaran, perkosaan, dan sebagainya.

Townsend, M. C. (2013) menjelaskan skizofrenia dipengaruhi oleh faktor lingkungan meliputi faktor sosial budaya serta peristiwa kehidupan penuh tekanan.

a. Faktor Sosial Budaya

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mengetahui hubungan skizofrenia dengan kelas sosial. Hasil statistik epidemiologi telah menunjukkan jumlah orang dengan skizofrenia lebih banyak berasal dari kelas sosial ekonomi yang rendah dibandingkan dengan yang berasal dari kelas sosial ekonomi tinggi. Kondisi tersebut berkaitan dengan kemiskinan seperti lingkungan perumahan yang padat, nutrisi yang tidak tercukupi, tidak adanya perawatan pre natal, sedikitnya sumber daya untuk menghadapi situasi stres, serta perasaan putus asa akibat kemiskinan. Pendukung pandangan ini menganggap kondisi sosial ekonomi yang buruk sebagai penyebab skizofrenia.

b. Peristiwa Kehidupan Penuh Tekanan

Studi telah dilakukan dalam upaya untuk menentukan apakah episode psikotik dapat dipicu oleh peristiwa kehidupan yang penuh tekanan. Secara ilmiah tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa stres menyebabkan skizofrenia. Namun demikian, sangat memungkinkan bahwa stres dapat berkontribusi pada tingkat keparahan dan perjalanan penyakit. Diketahui bahwa stres yang berat dapat memicu semua episode psikotik. Stres juga dapat memicu gejala individu yang memiliki kerentanan genetik untuk mengalami skizofrenia. Peristiwa kehidupan yang penuh tekanan dapat dikaitkan dengan perburukan gejala skizofrenia dan peningkatan angka kekambuhan.

4. Perjalanan penyakit

Skizofrenia dapat timbul secara bertahap, sehingga penderita maupun keluarga terkadang tidak menyadari gejala penyakit selama beberapa waktu. Townsend, M. C. (2013) menjelaskan perjalanan penyakit skizofrenia terbagi menjadi empat tahap. Gejala tersebut meliputi gejala premorbid, prodromal, psikotik (aktif), dan gejala sisa.

a. Tahap Premorbid

Pada tahap ini kepribadian penderita sering menunjukkan ketidaksesuaian seperti penarikan sosial, mudah marah, pikiran dan perilaku antagonis. Kepribadian dan perilaku premorbid antara lain sangat pemalu dan menarik diri, memiliki hubungan teman sebaya yang buruk, berprestasi buruk di sekolah, dan menunjukkan perilaku antisosial.

b. Tahap Prodromal

Tahap ini dimulai dengan perubahan yang terjadi pada premorbid penderita dan meluas hingga timbulnya gejala psikologis yang nyata. Tahap ini dapat berlangsung dari beberapa bulan hingga lima tahun. Sebagian besar penelitian menunjukkan bahwa durasi rata-rata tahap ini adalah dua hingga lima tahun. Penderita biasanya mengalami masalah fungsional yang signifikan dan masalah yang tidak spesifik seperti tidur, kecemasan, mudah marah, merasa tertekan, kelelahan, dan penurunan fungsi peran dan sosial. Perseptual, ide referensi, dan kecurigaan berkembang di akhir tahap ini dan hal tersebut merupakan tanda bahwa akan segera terjadi timbulnya psikosis.

c. Tahap Psikotik (Akut)

Pada titik ini, gejala psikologis penderita sudah terlihat jelas, seperti waham, halusinasi, kacau pikiran, gangguan perilaku, atau perasaan. Gejala-gejala tersebut juga mulai mempengaruhi dan mengkhianati interaksi penderita dengan orang-orang disekitarnya, sehingga pada saat ini penderita biasa disebut dengan “berobat” (Sitawati, dkk., 2022).

d. Tahap Residual

Setelah gejala psikotik pada penderita dapat dikendalikan, beberapa penderita mungkin akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan sosialnya, atau mungkin saja masih terdapat gejala sisa, di antaranya tidak mau berinteraksi dengan orang lain (menarik diri), apatis dengan lingkungan sekitarnya, sulit berkonsentrasi atau tidak ada inisiatif dalam beraktivitas sehari-hari (Sitawati, dkk., 2022).

5. Kriteria Diagnosa

Yudhantara, R., & Istiqomah, A. (2018) menjelaskan kriteria diagnosis skizofrenia menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) edisi ke 5 adalah sebagai berikut:

- a. Dua (atau lebih) gejala berikut muncul satu demi satu secara signifikan selama satu bulan (atau kurang jika berhasil diterapi).
 - 1) Waham
 - 2) Halusinasi
 - 3) Kacau pembicaraan (seperti sering keluar jalur atau tidak koherensi)
 - 4) Kacau perilaku atau nyata katatonik
 - 5) Gejala negatif (seperti emosional atau avolisi)
- b. Dalam jangka waktu singkat yang signifikan sejak awal gangguan, tingkat fungsi dalam satu atau lebih bidang, seperti pekerjaan, hubungan interpersonal, atau perawatan diri, dan di bawah tingkat yang dilakukan sebelum permulaan (atau jika onset pada masa kanak-kanak atau remaja, terdapat kegagalan untuk mencapai fungsi interpersonal, akademik, dan pekerjaan).
- c. Tanda yang muncul berkembang selama beberapa tahun. Mengenai durasi bulan ini, tanda ini mencakup satu bulan (atau sedikit lebih lama jika berhasil) dengan gejala yang memenuhi kriteria A (yaitu, fase aktif) dan dapat juga mencakup gejala prodromal atau residual. Selama periode prodromal atau residual, gangguan mungkin bermanifestasi sebagai gejala diam, dua, atau lebih negatif yang melanggar kriteria A dalam bentuk ringan (seperti anehnya kepercayaan atau tidak).
- d. Gangguan skizoafektif dan bipolar dengan gejala psikotik telah diidentifikasi karena tidak ada episode depresi mayor atau manik yang terjadi bersamaan dengan gejala fase aktif, atau jika gejala suasana hati muncul selama gejala fase aktif, gejala tersebut hanya terjadi selama durasi jangka pendek dari periode aktif atau sisa dari penyakit yang disebutkan di atas.
- e. Gangguan tersebut bukan merupakan akibat dari efek fisiologis penggunaan zat (seperti penggunaan zat, pengobatan), atau kondisi medis lainnya.
- f. Bila terdapat tanda-tanda gangguan spektrum autisme atau timbulnya gangguan komunikasi pada anak, diagnosis skizofrenia hanya ditegakkan bila terdapat waham atau halusinasi yang menonjol, sebagai tindakan

pencegahan terhadap gejala skizofrenia lain yang perlu muncul juga dalam jangka waktu satu bulan (atau kurang bila diterapi).

6. Tipe Skizofrenia

Tipe skizofrenia menurut DSM-IV berdasarkan gejala utama pasien adalah sebagai berikut Videbeck, S. L. (2020):

a. Skizofrenia Paranoid

Hal ini ditandai dengan satu atau lebih waham atau halusinasi pendengaran yang sering terjadi. Gejala skizofrenia paranoid lainnya antara lain perilaku persekutorik (menjadi korban atau dimata-matai) atau waham kebesaran, berbagai perilaku keagamaan (misalnya agama atau musuh) atau perilaku agresif, dan tidak ada gejala yang sangat parah (bicara tidak teratur, perilaku katatonik atau tidak teratur, afek datar atau tidak sesuai).

b. Skizofrenia Disorganized ditandai dengan afek datar atau tidak sesuai, inkoherensi, kelonggaran asosiasi, perilaku yang sangat tidak teratur dan kriteria untuk tipe katatonik tidak terpenuhi.

c. Skizofrenia Katatonik

Hal ini ditandai dengan gangguan psikomotorik, baik aktivitas motorik dilakukan secara aktif maupun tidak. Imobilitas motorik (kekakuan) dapat diekspresikan melalui katalepsi (fleksibilitas seperti lilin) atau pingsan. Aktivitas motorik yang kurang aktif tidak memiliki tujuan apa pun dan tidak terpengaruh oleh pengaruh luar. Contoh lainnya termasuk mutisme, negativitas ekstrem, voluntarisme khas, ekolalia (yang mengaburkan semua kata atau frasa), dan ekopraksia (yang mengecualikan orang lain).

d. Skizofrenia Undifferentiated (Tidak Terinci)

Memenuhi karakteristik diagnosa tetapi bukan kriteria untuk paranoid, disorganized, dan katatonik. Pada skizofrenia tidak terinci ditandai dengan gejala skizofrenia campuran (dari tipe lain), gangguan pikiran, afek, dan perilaku.

e. Skizofrenia Residual

Hal ini ditunjukkan oleh fakta bahwa sebelumnya hanya ada satu episode, walaupun itu bukan episode terkini (kritik sosial, afek datar, kelonggaran asosiasi), bahwa tidak ada satu pun gejala berikut (menonjol, halusinasi,

tidak teratur bicara, dan perilaku tidak teratur atau katatonik), dan bahwa ada dua gejala negatif atau lebih gejala diagnostik.