

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Pengertian

Menurut Kharisma dan Tunggali (2021) skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham atau keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan, dan gangguan persepsi. Fitrikasari dan Kartikasari (2022) mengemukakan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang paling umum dengan etiologi yang heterogen, gejala klinisnya, respon pengobatannya, dan perjalanan penyakitnya bervariasi. Skizofrenia adalah sindroma klinik yang ditandai oleh psikopatologi berat dan beragam, mencakup aspek kognisi, emosi, persepsi dan perilaku, dengan gangguan pikiran sebagai gejala pokok. Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan penilaian realita (waham dan halusinasi) (Kemenkes, 2015).

b. Etiologi

Menurut Yunita, Isnawati dan Addiarto (2020) terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah :

1) Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%.

2) Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium, tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

3) Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesis ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

4) Susunan saraf pusat

Penyebab skizofrenia diarahkan pada kelainan sistem saraf pusat (SSP) yaitu pada diensefalon atau kortek otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

5) Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomic atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer

mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badanlah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

6) Teori Sigmund Freud

Skizofrenia terdapat kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme dan kehilangan kapasitas untuk pemindahan (*transference*) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

7) Eugen Bleuler

Penggunaan istilah skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme) dan gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).

8) Proses psikososial dan lingkungan

a) Teori perkembangan.

Ahli teori seperti Feud, Sullivan, Erikson mengemukakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di

tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas, dan menarik diri dari hubungan pada penderita skizofrenia.

b) Teori keluarga.

Teori-teori yang berkaitan dengan peran keluarga dalam munculnya skizofrenia belum divalidasi dengan penelitian.

Bagian fungsi keluarga yang telah diimplikasikan dalam peningkatan angka kekambuhan individu dengan skizofrenia adalah sangat mengekspresikan emosi (*high expressed emotion*).

Keluarga dengan ciri ini dianggap terlalu ikut campur secara emosional, kasar dan kritis.

c) Status sosial ekonomi

Hasil penelitian yang konsisten adalah hubungan yang kuat antara skizofrenia dan status sosial ekonomi yang rendah.

d) Model kerentanan stres

Model interaksional yang menyatakan bahwa penderita skizofrenia mempunyai kerentanan genetic dan biologik terhadap skizofrenia. Kerentanan ini, jika disertai dengan pajangan stresor kehidupan, dapat menimbulkan gejala-gejala pada individu tersebut

c. Patofisiologi

Patofisiologi skizofrenia disebabkan adanya ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, terutama norepinefrin, serotonin, dan dopamine. Namun, proses patofisiologi skizofrenia masih belum

diketahui secara pasti. Secara umum penelitian telah mendapatkan bahwa skizofrenia dikaitkan dengan penurunan volume otak, terutama bagian temporal (termasuk mediotemporal), bagian frontal, termasuk substansia alba dan grisea. Dari sejumlah penelitian ini, daerah otak yang secara konsisten menunjukkan kelainan yaitu daerah hipokampus dan parahipokampus (Kaplan dan Sadock, 2014 dalam Suripta, 2021)

d. Klasifikasi

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III dalam Emlia, 2020) Skizofrenia dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe yaitu:

1) Skizofrenia paranoid

Pedoman diagnostik skizofrenia paranoid antara lain :

- a) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- b) Halusinasi dan atau yang menonjol
- c) Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik relatif tidak ada

2) Skizofrenia hebefrenik

Pedoman diagnostik skizofrenia hebefrenik antara lain :

- a) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- b) Diagnosis hebefrenik hanya ditegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun)
- c) Gejala bertahan sampai 2-3 minggu

- d) Afek dangkal dan tidak wajar, senyum sendiri, dan mengungkapkan sesuatu dengan di ulang-ulang.

3) Skizofrenia katatonik

Pedoman diagnostik skizofrenia katatonik antara lain :

- a) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- b) Stupor (reaktifitas rendah dan tidak mau bicara)
- c) Gaduh, gelisah (tampak aktifitas motorik yang tidak bertujuan untuk stimuli eksternal)
- d) Rigiditas (kaku tubuh)
- e) Diagnosis katatonik bisa tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak dikarenakan klien tidak komunikatif

4) Skizofrenia tak terinci

Pedoman diagnostik skizofrenia tak terinci antara lain :

- a) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- b) Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebephrenik, dan katatonik
- c) Tidak memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia

5) Skizofrenia pasca skizofrenia

Pedoman diagnostik skizofrenia pasca-skizofrenia antara lain :

- a) Klien menderita skizofrenia 12 bulan terakhir
- b) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada namun tidak mendominasi
- c) Gejala depresif menonjol dan mengganggu

6) Skizofrenia simpleks

Pedoman diagnostik skizofrenia simpleks antara lain :

- a) Gejala negatif yang khas tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik
- b) Disertai dengan perubahan perilaku pribadi yang bermakna

7) Skizofrenia tak spesifik

Skizofrenia tak spesifik tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan

e. Tanda dan gejala

Fitrikasari dan Kartikasari (2022) mengemukakan bahwa tanda dan gejala skizofrenia tidak ada yang patogomonik. Heteroanamnesis, riwayat hidup penting, gejala bisa berubah dengan berjalannya waktu, tingkat kecerdasan, latar belakang pendidikan dan budaya akan mempengaruhi gejala. Menurut Maramis (2006 dalam Emilia, 2020) dan Ardiansyah, dkk (2023) gejala yang muncul pada klien skizofrenia digolongkan menjadi tiga gejala, yaitu :

1) Gejala positif

Gejala positif yang timbul pada klien skizofrenia adalah :

- a) Delusi atau waham yaitu keyakinan yang tidak rasional, meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinan tersebut tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.
- b) Halusinasi yaitu persepsi sensori yang palsu yang terjadi tanpa stimulus eksternal. Penderita skizofrenia merasa melihat,

mendengar, mencium, meraba atau menyentuh sesuatu yang tidak ada.

- c) Disorganisasi pikiran dan pembicaraan yang meliputi tidak runutnya pola pembicaraan dan penggunaan bahasa yang tidak lazim pada orang dengan skizofrenia.
- d) Disorganisasi perilaku yang meliputi aktivitas motorik yang tidak biasa dilakukan orang normal, misalnya gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, dan agresif.
- e) Gejala positif lain yang mungkin muncul pada orang dengan skizofrenia adalah pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya dan juga menyimpan rasa permusuhan.

2) Gejala negatif

Gejala negatif yang mungkin muncul pada penderita skizofrenia adalah :

- a) *Affective flattening* adalah suatu gejala dimana seseorang hanya menampakkan sedikit reaksi emosi terhadap stimulus, sedikitnya bahasa tubuh dan sangat sedikit melakukan kontak mata. Dalam hal ini, bukan berarti orang dengan skizofrenia tidak mempunyai emosi. Orang dengan skizofrenia mempunyai dan merasakan emosi pada dirinya namun tidak mampu mengekspresikannya.
- b) *Alogia* adalah kurangnya kata pada individu sehingga dianggap tidak responsif dalam suatu pembicaraan. Orang

dengan skizofrenia seringkali tidak mempunyai inisiatif untuk berbicara kepada orang lain bahkan merasa takut berinteraksi dengan orang lain sehingga sering menarik diri dari lingkungan sosial.

- c) *Avolition* adalah kurangnya inisiatif pada seseorang seakan-akan orang tersebut kehilangan energi untuk melakukan sesuatu.

3) Gejala kognitif

Gelaja kognitif yang muncul pada orang dengan skizofrenia melibatkan masalah memori dan perhatian. Gejala kognitif akan mempengaruhi orang dengan skizofrenia dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti bermasalah dalam memahami informasi, kesulitan menentukan pilihan, kesulitan dalam konsentrasi, dan kesulitan dalam mengingat.

f. Manifestasi klinik

Menurut Kemenkes (2015) manifestasi klinik skizofreia adalah:

- 1) Gangguan proses pikir: asosiasi longgar, intrusi berlebihan, terhambat, klang asosiasi, ekolalia, alogia, neologisme.
- 2) Gangguan isi pikir: waham, adalah suatu kepercayaan yang salah yang menetap yang tidak sesuai dengan fakta dan tidak bisa dikoreksi. Jenis-jenis waham antara lain:
 - a) Waham kejar
 - b) Waham kebesaran
 - c) Waham rujukan

- d) Waham penyiaran pikiran
 - e) Waham penyisipan pikiran
 - f) Waham aneh
- 3) Gangguan Persepsi; Halusinasi, ilusi, depersonalisasi, dan derealisasi.
- 4) Gangguan Emosi; ada tiga afek dasar yang sering diperlihatkan oleh penderita skizofrenia (tetapi tidak patognomonik) :
- a) Afek tumpul atau datar
 - b) Afek tak serasi
 - c) Afek labil
- 5) Gangguan Perilaku; Berbagai perilaku tak sesuai atau aneh dapat terlihat seperti gerakan tubuh yang aneh dan menyeringai, perilaku ritual, sangat ketolol-tololan, dan agresif serta perilaku seksual yang tak pantas.
- 6) Gangguan Motivasi; aktivitas yang disadari seringkali menurun atau hilang pada orang dengan skizofrenia. Misalnya, kehilangan kehendak dan tidak ada aktivitas.
- 7) Gangguan Neurokognitif; terdapat gangguan atensi, menurunnya kemampuan untuk menyelesaikan masalah, gangguan memori (misalnya, memori kerja, spasial dan verbal) serta fungsi eksekutif.
- g. Pedoman Diagnosis

Menurut Heryanto (2023) pedoman diagnosis skizofrenia adalah berdasarkan Pedoman Diagnosis *International Classification of*

Disease/Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (ICD-X/PPDGJ III) adalah :

- 1) Pikiran bergema (*thought echo*), penarikan pikiran atau penyisipan (*thought withdrawal atau thought insertion*), dan penyiaran pikiran (*thought broadcasting*).
- 2) Waham dikendalikan (*delusion of being control*), waham dipengaruhi (*delusion of being influenced*), atau *passivity*, yang jelas merujuk pada pergerakan tubuh atau pergerakan anggota gerak, atau pikiran, perbuatan atau perasaan (*sensations*) khusus; waham persepsi.
- 3) Halusinasi berupa suara yang berkomentar tentang perilaku pasien atau sekelompok orang yang sedang mendiskusikan pasien, atau bentuk halusinasi suara lainnya yang datang dari beberapa bagian tubuh.
- 4) Waham-waham menetap jenis lain yang menurut budayanya dianggap tidak wajar serta sama sekali mustahil, seperti misalnya mengenai identitas keagamaan atau politik, atau kekuatan dan kemampuan “manusia super” (tidak sesuai dengan budaya dan sangat tidak mungkin atau tidak masuk akal, misalnya mampu berkomunikasi dengan makhluk asing yang datang dari planet lain).
- 5) Halusinasi yang menetap pada berbagai modalitas, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang/melayang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun

oleh ide-ide berlebihan (*overvalued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus

- 6) Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan (interpolasi) yang berakibat inkoheren atau pembicaraan tidak relevan atau neologisme.
- 7) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), sikap tubuh tertentu (*posturing*), negativisme, mutisme, dan stupor.
- 8) Gejala-gejala negatif, seperti sikap masa bodoh (*apatis*), pembicaraan yang terhenti, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.
- 9) Perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku perorangan, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, tak bertujuan, sikap malas, sikap berdiam diri (*self absorbed attitude*) dan penarikan diri secara sosial.

Kemenkes (2015) mengemukakan pedoman diagnostik skizofrenia

adalah :

- 1) Minimal satu gejala yang jelas (dua atau lebih, bila gejala kurang jelas) yang tercatat pada kelompok 1 sampai 4 diatas, atau paling sedikit dua gejala dari kelompok 5 sampai 9, yang harus ada

dengan jelas selama kurun waktu satu bulan atau lebih. Kondisi-kondisi yang memenuhi persyaratan pada gejala tersebut tetapi lamanya kurang dari satu bulan (baik diobati atau tidak) harus didiagnosis sebagai gangguan psikotik skizofrenia akut

- 2) Secara retrospektif, mungkin terdapat fase prodromal dengan gejala-gejala dan perilaku kehilangan minat dalam bekerja, dalam aktivitas (pergaulan) sosial, penelantaran penampilan pribadi dan perawatan diri, bersama dengan kecemasan yang menyeluruh serta depresi dan preokupasi yang berderajat ringan, mendahului onset gejala-gejala psikotik selama berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan. Karena sulitnya menentukan onset, kriteria lamanya 1 bulan berlaku hanya untuk gejala-gejala khas tersebut di atas dan tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal.
- 3) Diagnosis skizofrenia tidak dapat ditegakkan bila terdapat secara luas gejala-gejala depresif atau manic kecuali bila memang jelas, bahwa gejala-gejala skizofrenia itu mendahului gangguan afektif tersebut.
- 4) Skizofrenia tidak dapat didiagnosis bila terdapat penyakit otak yang nyata, atau dalam keadaan intoksikasi atau putus zat.

h. Penatalaksanaan

Fitrikasari dan Kartikasari (2022) mengemukakan bahwa penatalaksanaan skizofrenia adalah sebagai berikut :

1) Fase Akut

a) Farmakoterapi

Pada Fase akut terapi bertujuan mencegah pasien melukai dirinya atau orang lain, mengendalikan perilaku yang merusak, mengurangi beratnya gejala psikotik dan gejala terkait lainnya misalnya agitasi, agresi dan gaduh gelisah.

(1) Langkah Pertama:

Berbicara kepada pasien dan memberinya ketenangan.

(2) Langkah Kedua:

Keputusan untuk memulai pemberian obat. Pengikatan atau isolasi hanya dilakukan bila pasien berbahaya terhadap dirinya sendiri dan orang lain serta usaha restriksi lainnya tidak berhasil. Pengikatan dilakukan hanya boleh untuk sementara yaitu sekitar 2-4 jam dan digunakan untuk memulai pengobatan. Meskipun terapi oral lebih baik, pilihan obat injeksi untuk mendapatkan awitan kerja yang lebih cepat serta hilangnya gejala dengan segera perlu dipertimbangkan.

(3) Obat injeksi :

- (a) Olanzapine, dosis 10 mg/injeksi, intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari.
- (b) Aripiprazol, dosis 9,75 mg/injeksi (dosis maksimal 29,25mg/hari), intramuskulus.

(c) Haloperidol, dosis 5mg/injeksi, intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari.

(d) Diazepam 10mg/injeksi, intravena/intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari.

(4) Obat oral : klorpromazin, perfenazin, trifluoperazin, haloperidol, aripiprazol, klozapin, olanzapin, quetiapin, risperidon, paliperidon dan zotepin

Pemilihan antipsikotika sering ditentukan oleh pengalaman pasien sebelumnya dengan antipsikotika misalnya, respons gejala terhadap antipsikotika, profil efek samping, kenyamanan terhadap obat tertentu terkait cara pemberiannya. Pada fase akut, obat segera diberikan segera setelah diagnosis ditegakkan dan dosis dimulai dari dosis anjuran dinaikkan perlahan-lahan secara bertahap dalam waktu 1 – 3 minggu, sampai dosis optimal yang dapat mengendalikan gejala.

b) Psikoedukasi

Tujuan Intervensi adalah mengurangi stimulus yang berlebihan, stresor lingkungan dan peristiwa-peristiwa kehidupan. Memberikan ketenangan kepada pasien atau mengurangi keterjagaan melalui komunikasi yang baik, memberikan dukungan atau harapan, menyediakan lingkungannya yang nyaman, toleran perlu dilakukan.

c) Terapi lainnya

ECT (terapi kejang listrik) dapat dilakukan pada Skizofrenia katatonik dan Skizofrenia refrakter.

2) Fase Stabilisasi

a) Farmakoterapi

Tujuan fase stabilisasi adalah mempertahankan remisi gejala atau untuk mengontrol, meminimalisasi risiko atau konsekuensi kekambuhan dan mengoptimalkan fungsi dan proses kesembuhan (*recovery*). Setelah diperoleh dosis optimal, dosis tersebut dipertahankan selama lebih kurang 8 – 10 minggu sebelum masuk ke tahap rumatan. Pada fase ini dapat juga diberikan obat anti psikotika jangka panjang (*long acting injectable*), setiap 2-4 minggu.

b) Psikoedukasi

Tujuan Intervensi adalah meningkatkan keterampilan orang dengan skizofrenia dan keluarga dalam mengelola gejala. Mengajak pasien untuk mengenali gejala-gejala, melatih cara mengelola gejala, merawat diri, mengembangkan kepatuhan menjalani pengobatan. Teknik intervensi perilaku bermanfaat untuk diterapkan pada fase ini.

3) Fase Rumatan

a) Farmakoterapi

Dosis mulai diturunkan secara bertahap sampai diperoleh dosis minimal yang masih mampu mencegah kekambuhan. Bila

kondisi akut, pertama kali, terapi diberikan sampai dua tahun, bila sudah berjalan kronis dengan beberapa kali kekambuhan, terapi diberikan sampai lima tahun bahkan seumur hidup.

b) Psikoedukasi

Tujuan Intervensi adalah mempersiapkan pasien kembali pada kehidupan masyarakat. Modalitas rehabilitasi spesifik, misalnya remediasi kognitif, pelatihan keterampilan sosial dan terapi vokasional, cocok diterapkan pada fase ini. Pada fase ini pasien dan keluarga juga diajarkan mengenali dan mengelola gejala prodromal, sehingga mereka mampu mencegah kekambuhan berikutnya.

2. Karakteristik pasien

a. Pengertian

Karakteristik berasal dari kata *characteristick* yang berarti sifat yang khas. Pengertian karakteristik secara umum mengacu pada karakter dan gaya hidup seseorang serta nilai-nilai yang berkembang secara teratur sehingga tingkah laku menjadi konsisten. Karakteristik merupakan ciri atau karakteristik yang secara alamiah melekat pada diri seseorang yang meliputi umur, jenis kelamin, ras/suku, pengetahuan, kepercayaan dan sebagainya (Ini, 2020).

b. Karakteristik Pasien

Karakteristik pasien merupakan ciri-ciri dari seseorang atau kekhasan seseorang yang membedakan orang tersebut dengan orang yang lainnya (Aulia dkk., 2022). Karakteristik pasien adalah ciri khas

yang melekat pada diri pengguna pelayanan kesehatan. Karakteristik pasien meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan ekonomi/penghasilan (Hidayat & Sudiono, 2020).

1) Usia

Usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat diahirkan sampai berulang tahun. Umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun (Yunita, Isnawati, dan Addiarto, 2020).

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan bentuk, sifat, dan fungsi biologi laki-laki dan perempuan yang menentukan perbedaan peran mereka dalam menyelenggarakan upaya meneruskan garis keturunan. Jenis kelamin pria lebih dominan terjadi skizofrenia sekitar (72%) pria kemungkinan beresiko karena kaum pria menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup (Yunita, Isnawati, dan Addiarto, 2020).

3) Pendidikan

Pendidikan yang dicapai seseorang memberikan pengaruh terhadap cara berfikir dan tingkah laku. Semakin tinggi pendidikan maka semakin tinggi *mindset* seseorang, akan tetapi banyak orang yang lulusan SD, SMP, SMA, bahkan sudah Perguruan Tinggi yang mengalami gangguan jiwa Skizofrenia. Gangguan Jiwa Skizofrenia bisa terjadi pada siapapun termasuk tingkat pendidikan yang tinggi, karena yang menjadi faktor penyebabnya

adalah stres yang berlanjut, integrasi faktor biologis, psikososial dan lingkungan (Girsang, Tarigan, & Pakpahan, 2020).

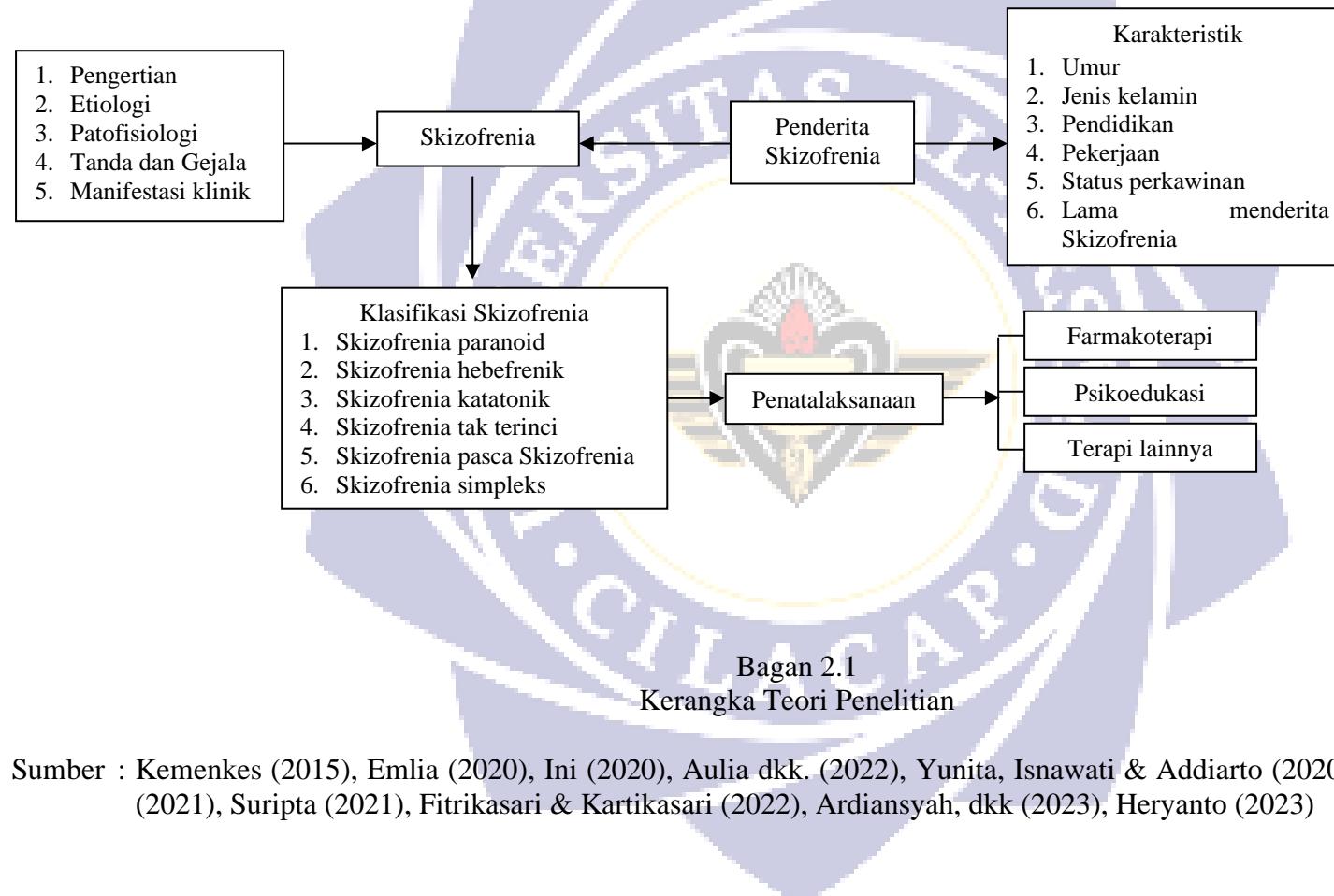
4) Riwayat keluarga

Faktor genetik diduga berperan pada skizofrenia, makin dekat hubungan keluarga dengan penderita, makin besar risiko untuk menderita skizofrenia, gangguan jiwa terkait skizofrenia seperti gangguan kepribadian skizotipal, skizoid dan paranoid juga lebih sering didapatkan di antara para keluarga biologik penderita skizofrenia (Fitrikasari dan Kartikasari, 2022).

5) Status Ekonomi

Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia karena ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang (Yunita, Isnawati, dan Addiarto, 2020).

B. Kerangka Teori



Sumber : Kemenkes (2015), Emlia (2020), Ini (2020), Aulia dkk. (2022), Yunita, Isnawati & Addiarto (2020), Kharisma & Tunggali (2021), Suripta (2021), Fitrikasari & Kartikasari (2022), Ardiansyah, dkk (2023), Heryanto (2023)