

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Definisi skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu psikosis fungsional dengan adanya gangguan besar pada proses berpikir dan ketidakselarasan antara proses berpikir, afek atau emosi, kemauan, dan psikomotorik yang disertai distorsi realitas, terutama akibat waham dan halusinasi, putusnya hubungan yang menyebabkan inkoherensi, afek yang tidak memadai dan emosi, dan gangguan psikomotorik. menyebabkan penarikan diri, ambivalensi, dan perilaku aneh (Sutejo, 2017).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa dengan ciri-ciri yang mempengaruhi perilaku sosial, persepsi, pemikiran dan kasih sayang. Pada pasien skizofrenia, penarikan diri dari lingkungan sosial dan aktivitas sehari-hari merupakan suatu perilaku sosial. Mereka biasanya juga menunjukkan gejala positif, seperti halusinasi dan delusi, serta gejala negatif, seperti pengabaian diri, kehilangan motivasi dan inisiatif, serta emosi yang tumpul (Yusuf, Fitrayasari, & Nihayati, 2015).

Pemahaman yang lebih ringkas tentang skizofrenia ialah penyakit yang menyerang otak dan menyebabkan pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu. Oleh karena itu, penderita skizofrenia ialah orang yang mengalami gangguan kepribadian atau perpecahan (Damanik, Pardede, dan Manalu, 2020).

Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan kronis yang mempengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan berperilaku sehingga menimbulkan berbagai gejala kognitif dan perilaku. Gejala skizofrenia dibedakan menjadi gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif berupa halusinasi, delusi, dan gangguan persepsi, sedangkan gejala negatif berupa penurunan minat dan dorongan, pengaruh yang mendarat, dan gangguan hubungan pribadi. Skizofrenia bisa disebabkan oleh faktor genetik, lingkungan, dan ketidakseimbangan dopamin di otak. Pengobatan skizofrenia bertujuan untuk mengurangi dan mengendalikan gejala yang muncul, dan dapat mencakup farmakoterapi dan psikoterapi.

2. Etiologi skizofrenia

Menurut Mashudi (2021) penyebab skizofrenia dapat disebabkan oleh faktor predisposisi dan faktor presipitasi, sebagai berikut :

a. Faktor Presdiposisi

1) “Faktor Biologis

a) Genetik

Ini ialah faktor risiko utama skizofrenia; peluang seorang anak meningkat menjadi 35% jika kedua orang tua kandungnya mengidap penyakit tersebut, dari 15% jika hanya salah satu orang tuanya yang mengidap penyakit tersebut.

b) Neuroanatomi

Karena kegagalan perkembangan atau hilangnya jaringan, pasien skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Pasien dengan skizofrenia menunjukkan perubahan fisik yang tidak kentara dibandingkan orang sehat, termasuk ventrikel yang melebar dan area dengan aktivitas metabolisme yang meningkat atau menurun. Analisis jaringan otak dan mikroskopis menunjukkan

bahwasanya tidak ada sel glial, yang biasanya disebabkan oleh trauma otak yang dialami setelah lahir. Akibatnya, dispersi sel bervariasi. (Prabowo, 2014).

c) Neurokimia

I Penelitian neurokimia telah berulang kali menunjukkan bahwasanya individu dengan skizofrenia mengalami perubahan pada sistem neurotransmitter otak (Yosep dan Sutini, 2016).

2) Faktor Psikologis

Kegagalan dalam perkembangan psikososial awal, seperti ketidakmampuan anak membangun hubungan yang dapat dipercaya, dapat mengakibatkan skizofrenia dan menimbulkan stres psikologis yang berlangsung seumur hidup.

3) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Gejala skizofrenia lebih sering terjadi pada kelompok sosioekonomi rendah dibandingkan pada kelas sosioekonomi tinggi, menurut faktor sosiokultural dan lingkungan. Hal ini terkait dengan hal-hal seperti kurangnya sumber daya untuk mengatasi stres dan keputusan, gizi yang tidak memadai, perumahan yang tidak memadai, perawatan kehamilan yang tidak memadai, dan kemiskinan”.

b. Faktor Presipitasi

1) “Biologis

Penyebab stres biologis yang mengakibatkan reaksi neurobiologis yang tidak tepat mencakup ketidakaturan dalam mekanisme masuk otak, yang mengganggu kapasitas otak untuk merespons masukan secara selektif, serta gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak, yang mengontrol pemrosesan umpan balik informasi.

2) Lingkungan

Perkembangan gangguan berpikir ditentukan oleh interaksi antara keterbatasan toleransi stres yang ditetapkan secara biologis dan pemicu stres lingkungan.

3) Pemicu Gejala

Tanda dan rangsangan yang disebut pemicu inilah yang seringkali menimbulkan penyakit baru. Reaksi neurobiologis maladaptif yang berkaitan dengan kesehatan, lingkungan sekitar, pola pikir, dan perilaku sering kali diidentifikasi sebagai pemicunya”.

3. Tanda dan gejala

Menurut Fitrikasari & Kartikasari (2022) mengkategorikan gejala skizofrenia menjadi tiga kelompok: gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif. Kategorinya ialah sebagai berikut:

a. “Gejala positif

Gejala-gejala ini unik pada pasien dan tidak terjadi pada individu sehat. Ini ialah tanda-tanda episode psikotik akut, khususnya yang berkaitan dengan penyakit mental. Delusi, halusinasi, dan perilaku aneh lainnya hadir.

b. Gejala negatif

Gejala-gejala skizofrenia yang lebih parah dibandingkan yang dialami oleh orang normal ialah hilangnya pengaruh, tidak adanya pemikiran, tidak adanya motivasi, tidak adanya kesenangan, dan tidak adanya perhatian.

c. Gejala kognitif

Mayoritas hambatan yang terkait dengan skizofrenia disebabkan oleh gejala kognitifnya, yang sangat mengganggu meskipun gejala tersebut mungkin tidak

terlihat jelas pada awalnya, terutama pada tahap awal penyakit. Gangguan fungsi eksekutif, memori kerja, dan perhatian ialah contoh gejala kognitif”.

Tabel 1 Gejala Positif
Halusinasi Halusinasi pendengaran: <i>Voices commenting, Voices conversing</i> Halusinasi somatik atau taktil; Halusinasi penciuman; Halusinasi visual
Delusi Delusi persekutorik; Delusi kecemburuan; Delusi rasa bersalah atau dosa; Delusi kebesaran; Delusi agama; Delusi somatik; Delusi referensi; Delusi dikendalikan Delusi membaca pikiran; Siaran pikiran; Penyisipan pikiran; Penarikan pikiran
Tingkah laku yang aneh Pakaian dan perilaku; Perilaku sosial dan seksual Perilaku agresif; Perilaku yang berulang atau stereotopik
Gangguan pikiran formal positif <i>Derailment; Tangensialitas; Inkoheren; Ketidaklogisan; Sirkumtansialitas; Tekanan bicara; Distractible speech; Clanging</i>

Sumber : Fitrikasari & Kartikasari (2022)

Tabel 2 Gejala Negatif
Afek tumpul dan datar Ekspresi wajah yang tidak berubah; Gerakan spontan berkurang; Kurangnya gerakan ekspresif; Kontak mata yang buruk; Nonresponsivitas afektif; Pengaruh yang tidak pantas; Kurangnya infleksi vokal
Alogia Kemiskinan bicara; Kemiskinan isi pidato; Blocking; Peningkatan latensi respons
Avolition-apatitis Perawatan dan kebersihan; Kegigihan di tempat kerja atau sekolah; Anergik fisik
Anhedonia—asosialitas Minat dan kegiatan rekreasi; Minat dan aktivitas seksual; Keintiman dan kedekatan; Hubungan dengan teman
Perhatian Ketidakpedulian sosial; Kurang perhatian selama pengujian

Sumber : Fitrikasari & Kartikasari (2022)

4. Tipe skizofrenia

Yusuf & Nihayati (2015) menyatakan ada 7 tipe skizofrenia, yakni sebagai berikut:

a. Skizofrenia paranoid (F20,0)

Ini ialah kategori yang paling signifikan, ketika halusinasi dan delusi pendengaran terlihat jelas. Delusi penganiayaan, seperti gagasan bahwasanya seseorang sedang dikejar oleh seseorang yang ingin menyakitinya, ialah gejala utamanya.

b. Skizofrenia hebefrenik (F20,1)

Jenis ini ditandai dengan kesepian yang terus-menerus, perilaku tanpa tujuan, emosi yang tidak normal, sering tertawa sendiri, pola kognitif yang kacau, dan ucapan yang tidak dapat dipahami.

c. Skizofrenia katatonik (F20,2)

Stupor (kurang bersemangat), gelisah, berisik, gelisah, kaku (posisi tubuh kaku), negativisme (perlawanan), dan pengulangan pernyataan ambigu merupakan ciri-ciri tipe ini.

d. Skizofrenia tak terinci (F20,3)

Tipe ini tidak sesuai dengan kriteria skizofrenia, paranoid, hebefrenik, katatonik, residu, atau depresi pasca skizofrenia; sebaliknya, ia menunjukkan delusi, halusinasi, dan tanda-tanda psikosis aktif, seperti inkoherensi dan kebingungan.

e. Depresi pasca skizofrenia (F20,4)

Gejala-gejalanya sesuai dengan kriteria episode depresi, jelas dan mengganggu, dan bertahan setidaknya selama dua minggu.

f. Skizofrenia residual (F20,5)

Terdapat gejala negatif yang menonjol seperti penurunan aktivitas, bicara tidak menentu, kemampuan psikomotorik yang tertunda, dan riwayat psikosis dengan halusinasi dan delusi, namun tidak ada penyakit mental biologis.

g. Skizofrenia simpleks (F20,6)

Tipe ini mengalami kemunduran kemauan, kedangkalan emosi, menarik diri atau kurang memperhatikan keluarga, halusinasi dan waham timbulnya secara perlahan.

5. Dampak bila skizofrenia tidak diatasi

Menurut Prasetyo, dkk. (2021) dampak dari skizofrenia yang tidak diatasi bagi kemampuan bersosialisasi ialah sebagai berikut:

- a. “Isolasi sosial: Pasien skizofrenia seringkali mengalami isolasi sosial karena hambatan dalam interaksi sosial.
- b. Risiko bunuh diri: Gejala negatif skizofrenia, seperti kehilangan minat dan motivasi dapat meningkatkan risiko bunuh diri.
- c. Proses sosial tidak efektif: Gejala negatif skizofrenia dapat mengakibatkan proses sosial yang tidak efektif, seperti kesulitan dalam mengadaptasi ke situasi baru.
- d. Terganggunya kemampuan bersosialisasi: Gejala negatif skizofrenia, seperti kehilangan minat dan motivasi dapat mengurangi kemampuan penderita dalam bersosialisasi”.

6. Penatalaksanaan skizofrenia

Menurut Stuart *et al.* (2016) penatalaksanaan farmakologi skizofrenia sebagai berikut:

a. Antipsikotik

Antipsikotik generasi pertama (tipikal) dan generasi kedua (atipikal). Fungsi dari antipsikotik tipikal biasanya mengurangi gejala positif seperti waham atau halusinasi, tetapi mereka lebih cepat mengalami kekambuhan. Contohnya termasuk loxapine, haloperidol, trifluoperazine, dan chlorpromazine (CPZ), sedangkan antipsikotik atipikal berfungsi untuk mengurangi gejala negatif. Contohnya seperti clozapine, risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone, dan aripiprazole.

b. Antimaniak

Obat antimaniak seperti lithium dapat diberikan kepada pasien dengan gejala perilaku kekerasan akut. Obat ini membantu menekan episode kekerasan pada pasien skizofrenia dan juga dapat diterapkan untuk gangguan bipolar.

c. Obat pencegah efek ekstrapiramidal

Trihexyphenidil (THP), biperidin, diphenhydramine, dan hydrochloride diterapkan untuk mencegah sindrom ekstrapiramidal dan parkinsonisme.

Menurut Andreou & Moritz (2016) penatalaksanaan non farmakologi skizofrenia antara lain:

a. Terapi Lingkungan (*Environmental Therapy*): Terapi ini menerapkan lingkungan sebagai platform untuk membangun kemampuan sosial,

komunikasi, dan keadaptasi. Contohnya ialah terapi hortikultur, yang mengintegrasikan aktivitas pertanian dengan terapi.

- b. Terapi Tanaman (*Plant Therapy*): Terapi ini menerapkan tumbuhan dan aktivitas pertanian sebagai alat untuk membangun kemampuan sosial, komunikasi, dan keadaptasi. Contohnya ialah aktivitas pertanian dengan terapi, seperti menanam, memelihara, dan menjual tumbuhan.
- c. Terapi Lingkungan Alami (*Nature-Based Therapy*): Terapi ini menerapkan lingkungan alami sebagai platform untuk membangun kemampuan sosial, komunikasi, dan keadaptasi. Contohnya ialah terapi di dalam hutan, yang mengintegrasikan aktivitas seperti berjalan, berbicara, dan berbagi pengalaman di lingkungan alami.
- d. Terapi Animasi (*Animated Therapy*): Terapi ini menerapkan animasi sebagai alat untuk membangun kemampuan sosial, komunikasi, dan keadaptasi. Contohnya ialah terapi animasi yang mengintegrasikan animasi untuk membantu pasien mengendalikan emosi dan perilaku.
- e. Terapi Kreatif (*Creative Therapy*): Terapi ini menerapkan seni sebagai alat untuk membangun kemampuan sosial, komunikasi, dan keadaptasi. Contohnya ialah terapi seni rupa, yang mengintegrasikan seni rupa untuk membantu pasien mengendalikan emosi dan perilaku.
- f. Terapi Musik (*Music Therapy*): Terapi ini menerapkan musik sebagai alat untuk membangun kemampuan sosial, komunikasi, dan keadaptasi. Contohnya ialah terapi musik yang mengintegrasikan musik untuk membantu pasien mengendalikan emosi dan perilaku.

g. Terapi Psikomotor (*Psychomotor Therapy*): Terapi ini menerapkan gerakan sebagai alat untuk membangun kemampuan sosial, komunikasi, dan koadaptasi. Contohnya ialah terapi psikomotor yang mengintegrasikan gerakan untuk membantu pasien mengendalikan emosi dan perilaku.

B. Ketidakmampuan Bersosialisasi

1. Definisi kemampuan bersosialisasi

Kemampuan seseorang untuk berinteraksi dan berkomunikasi dengan orang lain dalam lingkungan sosial dikenal sebagai kemampuan bersosialisasi. Kemampuan bersosialisasi termasuk kemampuan untuk memahami norma sosial, memahami perasaan orang lain, dan mengekspresikan diri dengan tepat. Individu yang mampu bersosialisasi dapat membangun jaringan sosial yang kuat dan menjalin hubungan sosial yang sehat (Rahmawati, 2017).

Kemampuan bersosialisasi ialah sekumpulan keterampilan yang memungkinkan individu berinteraksi dan membangun hubungan dengan orang lain secara efektif. Keterampilan ini meliputi komunikasi verbal dan nonverbal, empati, mendengarkan aktif, dan kemampuan untuk bekerja sama dengan orang lain (Darmawaty & Djamil, 2014).

2. Aspek kemampuan bersosialisasi

Menurut Purba (2009) dalam Prasetyoningrum (2019) aktivitas pasien yang mengalami penurunan kemampuan bersosialisasi mempunyai beberapa aspek, yakni:

a. Activity Daily Living (ADL)

Tindakan yang berkaitan dengan memenuhi kebutuhan sehari-hari, termasuk:

- 1) “Bangun tidur, yang mencakup semua tindakan dan perilaku pasien saat bangun dari tidurnya.
- 2) Buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), yang mencakup semua tindakan dan perilaku yang terkait dengan BAB dan BAK.
- 3) Waktu mandi, yang mencakup semua tindakan dan perilaku yang berkaitan dengan mandi, baik sebelum maupun sesudah mandi.
- 4) Ganti pakaian, yang mencakup semua tindakan dan perilaku yang berkaitan dengan kebutuhan untuk mengganti pakaian.
- 5) Makan dan minum, yakni apa yang dijalankan saat makan dan minum.
- 6) Menjaga kebersihan diri, yakni apa yang dibutuhkan untuk tetap bersih, seperti pakaian, tubuh, rambut, dan kuku.
- 7) Menjaga keselamatan diri, yakni sejauh mana pasien tahu dan dapat menjaga diri mereka sendiri, seperti tidak menerapkan atau menaruh benda tajam sembarangan, dan tidak merokok sambil
- 8) Pergi tidur: tindakan yang mengiringi pasien ke tempat tidur Tingkah laku pergi tidur ini harus diperhatikan pada pasien gangguan jiwa karena seringkali merupakan gejala primer dari gangguan jiwa. Dalam kasus ini, yang dinilai bukan gejala insomnia, atau gangguan tidur, tetapi bagaimana pasien ingin memulai tidurnya”.

b. Tingkah laku sosial

Tindakan yang berhubungan dengan kebutuhan sosial pasien dalam bermasyarakat yang meliputi:

- 1) “Kontak sosial terhadap teman, yakni tingkah laku pasien untuk berinteraksi dengan sesama pasien, seperti menegur teman, berbicara dengan teman, dan sebagainya.
- 2) Kontak sosial terhadap petugas, yakni tingkah laku pasien untuk berinteraksi dengan petugas, seperti bertegur sapa, menjawab pertanyaan waktu ditanya, bertanya jika ada masalah, dan sebagainya.
- 3) Kontak mata waktu berbicara, yakni sikap pasien saat berbicara dengan orang lain.
- 4) Bergaul berarti bergaul dengan orang lain dalam kelompok (lebih dari dua orang).
- 5) Mematuhi tata tertib, yang berarti harus ada tata tertib di rumah sakit.
- 6) Sopan santun, yang berarti harus sopan terhadap kawan, petugas, dan orang lain.
- 7) Menjaga kebersihan lingkungan, yang berarti pasien mengendalikan diri untuk menghindari pencemaran lingkungannya, seperti tidak meludah atau membuang puntung rokok sembarangan”.

c. Tingkah laku okupasional

Tindakan yang berhubungan dengan kegiatan seseorang untuk menjalankan pekerjaan, hobi, dan rekreasi sebagai salah satu kebutuhan sebagai berikut:

- 1) Minat terhadap pekerjaan dan aktivitas: merupakan awal dari rasa ketertarikan untuk menjalankan pekerjaan, hobi, atau aktivitas waktu senggang seperti bermain, menonton, menyapu, atau membantu orang lain.

- 2) Kesiediaan untuk menjalankan aktivitas/pekerjaan, khususnya jenis aktivitas yang dijalankan pasien untuk pekerjaan, waktu luang, menekuni hobi, atau menjalankan aktivitas konstruktif lainnya seperti membaca dan berdoa.
- 3) Aktif dan tekun dalam menjalankan tugas atau aktivitas, khususnya tingkah laku pasien yang bersedia melaksanakan tugas dengan menunjukkan keaktifan dan ketekunannya.
- 4) Produktif dalam pelaksanaan tugas, yakni hasil tindakan yang dapat diamati baik kuantitas maupun kualitasnya.
- 5) Terampil melaksanakan tugas dan pekerjaan, yakni derajat kompetensi, bakat, dan keterampilan pasien dalam melaksanakan tugas (dapat diterima, tidak kaku, dan estetik sehingga tidak membuat takut petugas atau orang lain).
- 6) Menghormati hasil persalinan dan milik pribadi, atau tingkah laku pasien yang menghormati (bersikap toleran terhadap) hasil persalinannya sendiri maupun orang lain.
- 7) Terbuka menerima arahan, peringatan, dan kritik; hal ini mengacu pada perilaku dan pola pikir pasien dalam menanggapi arahan, peringatan, dan kritik dari orang lain. Perilaku dan sikap tersebut berupa respon pasien terhadap arahan, larangan, atau kritik; respons ini bisa cepat atau lambat, menantang atau acuh tak acuh, dan sebagainya.

3. Faktor yang memengaruhi kemampuan bersosialisasi

Kemampuan bersosialisasi dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Sarwono (2014) faktor yang memengaruhi kemampuan bersosialisasi ada 4 faktor yakni:

- a. Faktor Kognitif: Kemampuan kognitif seseorang dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk berinteraksi dengan orang lain. Individu dengan kemampuan kognitif yang lebih baik cenderung lebih mudah memahami dan memproses informasi sosial, sehingga dapat lebih mudah beradaptasi dengan situasi sosial yang berbeda.
- b. Faktor Emosional: Kondisi emosional seseorang juga dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk bersosialisasi. Individu yang mengalami gangguan emosional seperti kecemasan atau depresi mungkin mengalami kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain.
- c. Faktor Lingkungan: Lingkungan sosial seseorang juga dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk bersosialisasi. Individu yang tumbuh dalam lingkungan yang mendukung dan ramah cenderung lebih mudah beradaptasi dengan situasi sosial yang berbeda.
- d. Faktor Kepribadian: Kepribadian seseorang juga dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk bersosialisasi. Individu yang ekstrovert cenderung lebih mudah berinteraksi dengan orang lain, sementara individu yang introvert mungkin lebih suka menghindari situasi sosial yang ramai

4. Gejala dan dampak kesulitan bersosialisasi

Pada masing-masing individu dapat mengalami kesulitan dalam bersosialisasi. Menurut Lehman dan Lieberman (2015) ada beberapa gejala dan dampak dari kesulitan bersosialisasi. Berikut ini ialah gejala dari kesulitan bersosialisasi:

- a. “Kesulitan memulai dan mempertahankan percakapan.
- b. Kurangnya minat atau motivasi untuk berinteraksi dengan orang lain.
- c. Kecenderungan untuk menarik diri dari situasi sosial.

- d. Kesulitan memahami isyarat sosial dan nonverbal.
- e. Kesulitan dalam menjalin dan memelihara hubungan”.

Kesulitan bersosialisasi dapat membawa dampak negatif bagi individu, antara lain:

a. Dampak Mental:

- 1) Kesenangan dan isolasi: Individu yang sulit bersosialisasi lebih rentan mengalami kesepian dan isolasi sosial. Hal ini dapat memicu depresi, kecemasan, dan rasa rendah diri.
- 2) Stres dan kecemasan: Interaksi sosial yang minim dapat meningkatkan stres dan kecemasan. Hal ini dapat membuat individu merasa tegang dan tidak nyaman saat berada di sekitar orang lain.
- 3) Penurunan kognisi: Kurangnya stimulasi sosial dapat menyebabkan penurunan fungsi kognitif, seperti memori dan kemampuan belajar.
- 4) Pikiran negatif: Individu yang sulit bersosialisasi mungkin lebih sering memiliki pikiran negatif tentang diri sendiri dan orang lain.

b. Dampak Emosional:

- 1) Ketidakpercayaan diri: Kesulitan bersosialisasi dapat membuat individu merasa tidak percaya diri dan ragu dengan kemampuannya.
- 2) Kesulitan menjalin hubungan: Individu yang sulit bersosialisasi mungkin mengalami kesulitan menjalin dan mempertahankan hubungan dengan orang lain.
- 3) Perasaan terasing: Individu yang sulit bersosialisasi mungkin merasa terasing dari orang lain dan merasa tidak memiliki tempat di mana mereka diterima.

- 4) Kesulitan mengelola emosi: Kurangnya interaksi sosial dapat membuat individu sulit belajar bagaimana mengelola emosi mereka dengan cara yang sehat.

c. Dampak Sosial:

- 1) Kesulitan di tempat kerja: Kesulitan bersosialisasi dapat membuat individu sulit bekerja sama dengan orang lain dan menyelesaikan tugas dalam tim.
- 2) Kesulitan menjalin hubungan romantis: Individu yang sulit bersosialisasi mungkin mengalami kesulitan menjalin dan mempertahankan hubungan romantis.
- 3) Kesulitan beradaptasi dengan lingkungan baru: Individu yang sulit bersosialisasi mungkin mengalami kesulitan beradaptasi dengan lingkungan baru, seperti sekolah baru atau tempat kerja baru.
- 4) Keterampilan sosial yang buruk: Kurangnya interaksi sosial dapat menyebabkan individu memiliki keterampilan sosial yang buruk, seperti komunikasi dan kerja sama.

5. Penatalaksanaan kesulitan bersosialisasi

Terdapat beberapa metode untuk mengatasi kesulitan bersosialisasi, di antaranya (Harvey & Bellack, 2017)

- e. Terapi perilaku kognitif: Membantu individu untuk mengidentifikasi dan mengubah pola pikir dan perilaku yang menghambat kemampuan bersosialisasi.
- f. Pelatihan keterampilan sosial: Membantu individu untuk mempelajari dan melatih keterampilan komunikasi, interpersonal, dan sosial.

- g. Terapi kelompok: Memberikan kesempatan untuk berlatih interaksi sosial dalam lingkungan yang aman dan suportif.
- h. Obat-obatan: Dalam beberapa kasus, obat-obatan dapat diterapkan untuk mengatasi gejala depresi, kecemasan, atau psikosis yang mengganggu kemampuan bersosialisasi.

6. Kemampuan bersosialisasi pada penderita skizofrenia

Menurut Harvey & Bellack (2017) penderita skizofrenia sering mengalami penurunan kemampuan bersosialisasi sebagai akibat dari gejala-gejala seperti delusi, halusinasi, alogia, dan anhedonia. Hal ini dapat menyebabkan mereka menarik diri dari interaksi sosial dan mengalami isolasi sosial.

Penderita skizofrenia dapat mengalami kesulitan dalam beradaptasi dengan norma yang berlaku, membentuk hubungan dengan orang lain, dan memahami hak dan kewajiban seorang manusia. Penatalaksanaan kemampuan bersosialisasi pada penderita skizofrenia melibatkan pengembangan kemampuan dalam beradaptasi dengan norma yang berlaku, pengembangan kemampuan dalam menerapkan bahasa, pengembangan kemampuan memahami dan membentuk norma dan nilai, serta pengembangan kemampuan membentuk hubungan dengan orang lain.

C. *Plant Therapy*

1. Definisi

Plant therapy, atau terapi hortikultura, ialah sebuah intervensi terapeutik yang menerapkan tanaman dan aktivitas berkebun untuk meningkatkan kesehatan mental dan fisik. Terapi ini melibatkan interaksi aktif dengan tanaman, seperti menanam, memelihara, dan memanen, untuk mencapai tujuan terapeutik yang spesifik (ISHS, 2023).

Plant therapy atau terapi hortikultura ialah terapi yang menerapkan tanaman untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental seseorang. Terapi ini melibatkan kegiatan bercocok tanam, perawatan tanaman, dan interaksi dengan alam (Kim, Lee, dan Kim, 2020).

Plant therapy merupakan terapi yang diterapkan untuk meningkatkan kesehatan mental maupun fisik seseorang dengan cara melibatkan kegiatan yang berhubungan dengan tanaman seperti, menanam, hingga menyiram tanaman dengan berkelompok sehingga individu dengan individu lainnya dapat menjalankan interaksi sosial.

2. Sejarah *plant therapy*

a. Awal mula

Penggunaan tanaman untuk kesehatan dan kesejahteraan manusia telah ada selama berabad-abad. Bukti sejarah menunjukkan bahwasanya berbagai budaya di seluruh dunia telah menerapkan tanaman untuk tujuan terapeutik (AHTA, 2023).

- 1) Mesir Kuno: Papirus Ebers (1550 SM) menyebutkan penggunaan tanaman obat untuk berbagai penyakit.
- 2) Yunani Kuno: Hippocrates (460-377 SM) dan Dioscorides (abad ke-1 M) mendokumentasikan penggunaan tanaman obat.
- 3) China: Pengobatan tradisional Tiongkok (TCM) telah menerapkan tanaman obat selama lebih dari 2.500 tahun.
- 4) India: Ayurveda, sistem pengobatan tradisional India, menerapkan tanaman obat untuk berbagai penyakit.

b. Perkembangan modern:

- 1) Abad ke-19: Florence Nightingale (1820-1910) memelopori penggunaan tanaman untuk meningkatkan kesehatan pasien di rumah sakit.
- 2) Awal abad ke-20: Dr. Benjamin Rush (1746-1813) dijuluki "bapak terapi hortikultural" karena penelitiannya tentang efek tanaman pada kesehatan mental.
- 3) 1960-an: Rachel Carson (1907-1964) menerbitkan buku "*Silent Spring*" yang meningkatkan kesadaran tentang bahaya pestisida dan mendorong minat pada alternatif alami, termasuk terapi tanaman.
- 4) 1970-an: Hortus Therapeia, sebuah organisasi nirlaba yang didedikasikan untuk terapi hortikultural, didirikan di Amerika Serikat.
- 5) Saat ini: Terapi hortikultural semakin populer dan diterapkan di berbagai setting, termasuk rumah sakit, klinik, sekolah, panti jompo, dan taman seperti penelitian yang dijalankan untuk menganalisis pengaruh *plant therapy* terhadap kemampuan bersosialisasi pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya (Prasetyoningrum, 2019). Penelitian lainnya dijalankan oleh Abdulah & Suerni (2022) menunjukkan adanya pengaruh terapi bercocok tanam terhadap kemandirian ADL (*Activity of Daily Living*) pada pasien skizofrenia.

3. Jenis – jenis *plant therapy* (terapi hortikultur)

Menurut Ascencio (2019) ada 2 jenis *plant therapy* dan beberapa jenis tanaman yang dapat diterapkan. Ada dua jenis *plant therapy* yakni:

- a. Aktif: Melibatkan partisipasi aktif pasien dalam berkebun, seperti menanam, memelihara, dan memanen tanaman.

- b. Pasif: Partisipan mengamati dan menikmati tanaman di lingkungan alam atau dalam pengaturan indoor.

Jenis – jenis tanaman yang dapat diterapkan untuk *plant therapy* ada beragam, antara lain:

- a. Tanaman Hias: tanaman hias seperti lavender, rosemary, dan chamomile memiliki aroma yang menenangkan dan dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan.
- b. Tanaman obat: Tanaman obat seperti lidah buaya, jahe, dan peppermint memiliki khasiat terapeutik yang dapat membantu meredakan berbagai kondisi kesehatan.
- c. Tanaman sayur dan buah: Menanam dan memanen sayur dan buah dapat meningkatkan rasa senang dan puas, serta memberikan rasa aman dan terhubung dengan alam.

4. Manfaat *plant therapy*

Menurut Kim, Lee, dan Kim (2020) yang meneliti mengenai efek *plant therapy* pada pasien skizofrenia berpendapat bahwasanya *plant therapy* mempunyai beberapa manfaat yakni sebagai berikut:

- a. Meningkatkan kesehatan mental: Mengurangi stres, kecemasan, dan depresi; meningkatkan mood dan kebahagiaan.
- b. Meningkatkan kesehatan fisik: Memperkuat sistem kekebalan tubuh; menurunkan tekanan darah dan detak jantung; meningkatkan kualitas tidur.
- c. Meningkatkan fungsi kognitif: Meningkatkan memori, konsentrasi, dan kemampuan belajar.

- d. Meningkatkan keterampilan sosial: Meningkatkan interaksi sosial dan komunikasi.
- e. Meningkatkan rasa sejahtera: Meningkatkan rasa memiliki, tujuan hidup, dan koneksi dengan alam.

D. Pengaruh *Plant Therapy* Terhadap Kemampuan Bersosialisasi pada Pasien Skizofrenia

Hasil penelitian berjudul “Latihan Keterampilan Meningkatkan Kemampuan Bersosialisasi pada Pasien Skizofrenia” yang dijalankan Putri (2023) menunjukkan bahwasanya intervensi seperti latihan keterampilan sosial, terapi aktivitas kelompok, dan *plant therapy* dapat membantu meningkatkan kemampuan bersosialisasi pada penderita skizofrenia. Terapi hortikultura (*Plant therapy*) ialah terapi yang menerapkan tanaman untuk mencapai tujuan klien dan dapat dijalankan secara *holistic* (Ascencio, 2019).

Perawatan tanaman memiliki dampak yang baik terhadap keterampilan sosial di bidang perilaku sosial dan perilaku pekerjaan, menurut penelitian yang dijalankan untuk menguji pengaruh *plant therapy* terhadap keterampilan sosial pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya ($p=0,005$) (Prasetyoningrum, 2019).

Penelitian lainnya yang menerapkan *plant therapy* ialah penelitian yang dijalankan oleh Abdulah & Suerni (2022) menunjukkan adanya pengaruh terapi bercocok tanam terhadap kemandirian ADL (*Activity of Daily Living*) pada pasien skizofrenia dengan nilai $p= 0,004$.

Penelitian yang dijalankan oleh Wiyani, Syafitri and Titiani (2021) membuktikan adanya pengaruh terapi menanam (*pakcoy plant gardening*) terhadap

harga diri orang dengan gangguan mental di wilayah kerja Puskesmas Kota Gede 1 Yogyakarta, ditunjukkan dengan nilai p 0,001 yang mana terapi menanam (*pakcoy plant gardening*) dapat memberikan keterampilan, kegiatan dan meningkatkan harga diri untuk ODGJ.

Penelitian lainnya dijalankan oleh Cook *et al* (2024) yang berjudul *Plant therapy for schizophrenia: A randomised controlled trial* menunjukkan bahwasanya terapi bercocok tanam (*Plant Therapy*) memberi peningkatan yang signifikan dalam gejala skizofrenia, dibandingkan dengan kelompok yang menerima perawatan standar, adapun gejala yang membaik yakni penurunan delusi, halusinasi, dan disorganisasi pikiran, penelitian ini juga membuktikan terapi bercocok tanam juga meningkatkan kualitas hidup dan fungsi sosial pada orang dengan skizofrenia.