

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penelitian Sebelumnya

Pada penelitian sebelumnya, telah ada peneliti yang meneliti mengenai gangguan skizofrenia dengan tipe paranoid, yaitu penelitian yang ditulis oleh Dwi Cahyo Arif Wibowo dari Universitas Dian Nuswantoro dengan judul “Gangguan Skizofrenia Paranoid pada Tokoh Utama Kotoko dalam film “KOTOKO” Karya Shinya Tsukamoto”(2015). Pada penelitian sebelumnya, peneliti fokus meneliti tokoh utama Kotoko dalam film Kotoko. Kotoko adalah seorang *single mother* yang memiliki seorang anak laki-laki dari hubungan di luar pernikahan. Pada saat mengurus anak laki-lakinya yang masih bayi Kotoko sangat *over protective* Kotoko menganggap lingkungannya membuat dirinya dan anaknya menjadi terancam.

Pada penelitian sebelumnya tersebut, peneliti menyimpulkan bahwa tokoh Kotoko mempunyai gangguan skizofrenia dengan tipe paranoid sesuai dengan ciri-ciri yang ada pada skizofrenia tipe paranoid oleh Eugen Bleuler. Gangguan skizofrenia tipe paranoid yang dimiliki oleh tokoh Kotoko diperlihatkan dengan halusinasi yang dialami oleh Kotoko dalam kegiatan kesehariannya. Kotoko berhalusinasi jika ada seseorang yang bertemu dengannya maka ia akan merasa terancam oleh orang tersebut, dan jika orang tersebut ingin melihat anak laki-lakinya maka Kotoko akan melukai orang tersebut.

Berbeda dengan penelitian sebelumnya, pada penelitian yang peneliti bahas pada penelitian ini, peneliti membahas lebih lanjut mengenai penyebab dan gejala skizofrenia paranoid pada tokoh Miyahara Keisuke dalam film “*Satsujin Hensachi 70*”.

1.2 Unsur Intrinsik

Unsur intrinsik adalah unsur-unsur yang membangun karya sastra itu sendiri. Unsur-unsur yang dimaksud dalam suatu karya sastra adalah sebagai berikut (Nurgiyantoro, 2013:30).

2.2.1 Tema

Menurut Hartoko dan Rahmanto dalam Nurgiyantoro (2013:115) menyatakan bahwa tema merupakan gagasan dasar umum yang menopang sebuah karya sastra dan yang terkandung di dalam teks sebagai struktur semantis dan yang menyangkut persamaan-persamaan atau perbedaan-perbedaan.

2.2.2 Tokoh dan Penokohan

Dalam pembicaraan sebuah cerita fiksi, sering dipergunakan istilah-istilah seperti tokoh dan penokohan watak dan perwatakan, atau karakter dan karakterisasi secara bergantian dengan menunjuk pengertian yang hampir sama, berikut adalah pengertian dari tokoh dan penokohan.

a. Tokoh

Istilah tokoh menunjuk pada orangnya, pelaku cerita, misalnya sebagai jawaban terhadap pertanyaan: "Siapakah tokoh utamanya?" atau "Ada berapa orang tokohnya?", dan sebagainya. Sebagaimana dikemukakan oleh Abrams, tokoh cerita adalah orang yang ditampilkan dalam suatu karya naratif, atau drama, yang oleh pembaca ditafsirkan memiliki kualitas moral dan kecenderungan tertentu seperti yang diekspresikan dalam ucapan dan apa yang dilakukan dalam tindakan. Tidak berbeda dengan Abrams, Baldic menjelaskan bahwa tokoh adalah orang yang menjadi pelaku dalam cerita fiksi atau drama (Nurgiyantoro, 2013:247).

b. Penokohan

Penokohan dan karakterisasi sering juga disamakan artinya dengan karakter dan perwatakan menunjuk pada penempatan tokoh-tokoh tertentu dengan watak-watak tertentu dalam sebuah cerita (Nurgiyantoro, 2013:247). Atau seperti yang dikatakan oleh Jones dalam Burhan Nurgiyantoro (2013:247), penokohan adalah pelukisan gambaran yang jelas tentang seseorang yang ditampilkan dalam sebuah cerita. Dan juga menurut Baldic, penokohan adalah kehadiran tokoh dalam cerita fiksi atau drama dengan cara langsung atau tidak langsung dan mengundang pembaca untuk menafsirkan kualitas dirinya lewat kata dan tindakannya. Tokoh-tokoh cerita dalam sebuah cerita fiksi dapat dibedakan dalam beberapa jenis penamaan dan dilihat dari keterlibatan dalam keseluruhan cerita dapat dibagi menjadi tokoh utama dan tokoh tambahan (Nurgiyantoro, 2013:258-260):

1) Tokoh utama

Tokoh utama adalah tokoh yang diutamakan penceritaannya dalam novel atau drama yang bersangkutan. Ia merupakan tokoh yang paling penting banyak diceritakan. Baik sebagai pelaku kejadian maupun yang dikenai kejadian.

2) Tokoh tambahan

Tokoh tambahan adalah tokoh yang hanya dimunculkan sekali atau beberapa kali dalam cerita, dan itupun mungkin dalam porsi yang penceritaan yang relatif sedikit.

2.2.3 Latar atau Setting

Menurut Abrams dalam Nurgiyantoro (2013:302), latar atau *setting* yang disebut juga sebagai landas tumpu, menunjuk pada pengertian tempat, hubungan waktu sejarah, dan lingkungan sosial tempat terjadinya peristiwa-peristiwa yang diceritakan. Unsur latar dapat dibedakan menjadi tiga yaitu sebagai berikut.

a. Latar Tempat

Latar tempat menyanan pada lokasi terjadinya peristiwa yang diceritakan dalam sebuah karya fiksi. Unsur tempat yang dipergunakan mungkin berupa tempat-tempat dengan nama tertentu, inisial tertentu, mungkin lokasi tertentu tanpa nama (Nurgiyantoro, 2013:314).

b. Latar Waktu

Latar waktu berhubungan dengan masalah “kapan” terjadinya peristiwa-peristiwa yang diceritakan dalam sebuah karya fiksi masalah “kapan” tersebut biasanya dihubungkan dengan waktu faktual, waktu yang kaitannya atau dapat dikaitkan dengan peristiwa sejarah (Nurgiyantoro, 2013:318).

c. Latar Sosial-Budaya

Latar sosial-budaya menunjuk pada hal-hal yang berhubungan dengan perilaku kehidupan sosial masyarakat di suatu tempat yang diceritakan dalam karya fiksi (Nurgiyantoro, 2013:322).

2.2.4 Plot

Menurut Staton dalam Nurgiyantoro (2013:167), mengemukakan bahwa plot adalah cerita yang berisi urutan kejadian, namun tiap kejadian itu hanya dihubungkan secara sebab akibat, peristiwa yang satu disebabkan atau menyebabkan terjadinya peristiwa lain. Kenny mengemukakan plot sebagai peristiwa-peristiwa yang ditampilkan dalam cerita yang tidak bersifat sederhana karena pengarang menyusun peristiwa-peristiwa itu berdasarkan kaitannya dengan sebab akibat. Tahapan-tahapan plot yang dikemukakan oleh Tasrif (Mochard Summers) dalam Nurgiyantoro (2013:209) yaitu membedakan tahapan plot menjadi lima bagian. Kelima tahapan itu adalah sebagai berikut.

a. Tahap *situation*

Tahap penyituasian, tahap yang terutama berisi pelukisan dan pengenalan situasi latar dan tokoh-tokoh cerita. Tahap ini merupakan tahap pembukaan cerita, pemberian informasi awal, dan lain-lain yang

terutama, berfungsi untuk malandastumpui cerita yang dikisahkan pada tahap berikutnya.

b. Tahap *generating circumstances*

Tahap pemunculan konflik, masalah-masalah dan peristiwa-peristiwa yang menyulut terjadinya konflik mulai dimunculkan. Jadi, pada tahap ini merupakan tahap awal munculnya konflik, dan konflik itu sendiri akan berkembang dan atau dikembangkan menjadi konflik-konflik pada tahap berikutnya.

c. Tahap *rising action*

Tahap peningkatan konflik, konflik yang telah dimunculkan pada tahap sebelumnya semakin berkembang dan dikembangkan kadar intensitasnya. Peristiwa-peristiwa dramatik yang menjadi inti cerita semakin mencekam dan menegangkan. Konflik-konflik yang terjadi, internal dan eksternal, atau keduanya, pertentangan-pertentangan, benturan-benturan antar kepentingan masalah dan tokoh yang mengarah ke klimaks semakin tidak dapat dihindari.

d. Tahap *climax*

Tahap klimaks, konflik dan atau pertentangan yang terjadi, yang dilakukan dan atau ditimpakan kepada para tokoh cerita mencapai titik intensitas puncak. Klimaks sebuah cerita akan dialami oleh tokoh-tokoh utama yang berperan sebagai pelaku dan penderita terjadinya konflik utama.

e. Tahap *denouement*

Tahap penyelesaian, konflik yang telah mencapai klimaks diberi jalan keluar, cerita diakhiri.

1.3 Skizofrenia

Eugen Bleuer dalam Ibrahim (1990:61) istilah skizofrenia untuk menggambarkan gangguan sebelumnya yang disebut sebagai *Dementia Praecox*. Bleuer menjelaskan bahwa simptom atau gejala yang muncul, di samping suatu realita lainnya yang dialami oleh penderita skizofrenia, yaitu tentang

ketidakmampuannya untuk membedakan kenyataan yang ada dalam kehidupan manusia, yaitu antara dunia di dalam dengan dunia di luar dirinya.

Penderita skizofrenia gagal untuk melakukan koneksi dan tidak mampu menekan fantasi serta mimpi dan membiarkan unsur-unsur tersebut yang tidak berkesesuaian berdampingan dengan hal-hal yang logis. Hal ini jelas terlihat dalam kepribadiannya (Ibrahim, 1990:1).

Skizofrenia merupakan salah satu bentuk di antara kelainan jiwa. Di dunia pada saat ini terdapat 3 sampai 12 dari 1000 orang yang menderita gangguan jiwa. 16% di antaranya adalah dari jenis skizofrenia. Dengan kata lain kurang lebih 0,2-1% dari jumlah penduduk dunia. Skizofrenia bukanlah suatu jenis penyakit yang baru. Ciri gangguan yang paling menonjol adalah tingkah laku yang aneh, seperti berbicara atau tertawa sendiri. Hal ini terjadi karena yang bersangkutan berada di dalam dunianya sendiri, di mana masyarakat sekitarnya tidak dapat memahaminya (Ibrahim, 1990:4).

Menurut Emil Kraepelin dalam Semiun (2006:20-21) membagi gangguan psikosis menjadi dua kategori utama, yakni skizofrenia dan psikosis manik-depresif, yang sekarang disebut dengan gangguan bipolar. Kraepelin berpendapat bahwa skizofrenia disebabkan oleh ketidakseimbangan biokimiawi, sedangkan psikosis manik-depresif (gangguan bipolar) disebabkan oleh abnormalitas dalam metabolisme tubuh. Pada tahun 1883 Kraepelin menamakan skizofrenia dengan *dementia presecox* (dementia berasal dari bahasa Latin yang terdiri dari kata *de*=di luar dan *mens*=pikiran), dan dengan demikian istilah *dementia praecox* berarti kehilangan atau gangguan kemampuan-kemampuan mental seseorang yang terlalu cepat. Ia menggunakan istilah tersebut karena ia yakin bahwa gangguan skizofrenia dimulai pada masa remaja dengan cirinya adalah tingkah laku yang terus-menerus memburuk. Kraepelin berpendapat bahwa *dementia praecox* adalah suatu proses penyakit yang disebabkan oleh suatu patologi tertentu yang tidak diketahui dalam tubuh. Namun istilah tersebut kemudian tidak dipergunakan karena ternyata bahwa bentuk tingkah laku

psikotik ini tidak terbatas pada masa remaja saja, tetapi juga muncul pada usia dewasa .

Mengingat istilah *dementia praecox* tidak tepat, maka Eugene Bleuler pada tahun 1911 mengganti istilah tersebut menjadi skizofrenia. Kemudian, dia membagi skizofrenia menjadi empat tipe, yakni *hebefrenik*, *katatonik*, *paranoid*, dan tipe biasa (sederhana). Tipe biasa ini ditambahkan oleh Bleuler pada ketiga tipe Skizofrenia yang kemudian dikemukakan oleh Kraepelin untuk menggambarkan bentuk skizofrenia yang lebih ringan dengan ciri-cirinya adalah pikiran yang tidak teratur, tingkah laku yang aneh, cara berbicara yang sama sekali tidak jelas, tetapi tidak mengalami halusinasi dan delusi. Tetapi skizofrenia menurut Bleuler diartikan sebagai “kepribadian terbelah” (*schizophrenia* berasal dari bahasa Yunani dan terdiri dari dua kata, yakni *schistos* = terbelah dan *phren* = otak. Dengan demikian, skizofrenia berarti otak yang terbelah atau kepribadian yang terbelah). Istilah terbelah di sini diartikan sebagai diri yang terpisah dari kenyataan .

2.3.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu kondisi di mana kesehatan mental mengalami gangguan serius yang menyebabkan gangguan pikiran dan suatu keyakinan. Orang yang memiliki gangguan skizofrenia kesulitan untuk membedakan antara realita dan halusinasi. Sedangkan skizofrenia menurut Bleuler diartikan sebagai kepribadian yang terbelah. Dengan demikian, skizofrenia berarti otak yang terbelah atau kepribadian yang terbelah. Istilah terbelah tersebut dapat diartikan sebagai diri sendiri yang terpisah dari kenyataan. Berikut ini adalah kriteria diagnosik menurut Bleuler yang bisa digunakan untuk mendiagnosis seseorang yang memiliki gangguan skizofrenia. Kriteria diagnosis menurut Bleuler, mempunyai dua gejala yaitu gejala primer dan sekunder (Ibrahim, 1990:62-63). Skizofrenia juga mempunyai beberapa kategori yaitu skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, dan skizofrenia paranoid (Kartini Kartono, 2002:246) . Menurut J.P. Chaplin dalam Kartini Kartono (2000:131) skizofrenia adalah nama

umum untuk sekelompok reaksi-reaksi psikotis, dicirikan oleh penarikan diri, gangguan/kekacauan pada kehidupan emosional dan sfektif, disertai dengan halusinasi dan delusi-delusi, tingkah laku negativistis, dan kerusakan/kemunduran jiwani yang progresif.

2.3.2 Gejala skizofrenia

Menurut Eugen Bleuler dalam Ibrahim (1990:62) gejala primer merupakan manifestasi penyakit badaniah yang sebabnya belum diketahui secara jelas, sedangkan gejala sekunder merupakan manifestasi dari usaha penderita untuk menyesuaikan diri terhadap gangguan primer.

1. Gejala Primer

a. Autisma

Orang dengan gejala autisma cenderung menarik diri dari keterlibatan dengan dunia luar dan hidup dalam dunianya sendiri.

b. Afek (Gangguan Afek dan Emosi)

Gangguan afek dan emosi sering kali berupa penumpukan dan ketidakserasian. Hilangnya respon terhadap peristiwa yang tidak menyenangkan.

c. Asosiasi (Gangguan proses pikir)

Pada skizofrenia proses berfikir yang terganggu biasanya merupakan kelonggaran asosiasi di mana ide yang satu belum habis diutarakan sudah timbul ide yang lain, sehingga dapat terjadi suatu bentuk proses pikir yang lebih kacau yang disebut inkoherensi (tidak dapat dimengerti). Kadangkala disertai dengan adanya blocking yaitu pikiran yang seakan-akan terhenti atau terputus karena adanya hambatan. Serta adanya pikiran-pikiran yang melompat-lompat.

d. Ambivalensi (tidak dapat mengambil keputusan)

Suatu sikap yang kontradiktif terhadap suatu obyek dalam suatu waktu yang sama contohnya adalah sikap yang benci sekaligus suka. Menyangkut afek, perbuatan dan pikiran. Biasanya asanya kelemahan kemauan

sehingga tidak dapat mengambil keputusan dan penderita biasanya hanya diam saja.

2. Gejala Sekunder

Gejala sekunder menunjukkan suatu proses keruntuhan kepribadian, gejala tersebut dapat berupa:

a. Halusinasi

Halusinasi adalah semacam fikiran yang dihasilkan dari ketajaman indera yang berlebihan dan ketidakmampuan otak untuk mengartikan dan merespon secara tepat setiap pesan yang datang. Halusinasi dapat berupa halusinasi pendengaran, penciuman, halusinasi raba, halusinasi somatik, halusinasi pengelihatan, dan halusinasi kecap.

b. Waham

Waham atau delusi, yaitu kesalahan dalam menilai diri sendiri, atau keyakinan tentang pikirannya padahal tidak sesuai dengan kenyataan. Atau pernyataan yang telah terpaku atau terpancang kuat dan tidak dapat dibenarkan berdasarkan fakta dan kenyataan tetapi tetap dipertahankan. Disebut juga sebagai kepercayaan palsu dan tidak dapat dikoreksi.

c. Disorganisasi proses berfikir. Kekacauan proses berfikir yang hebat.

d. Gejala-gejala kataton dan psikomotor, gejala tersebut dapat berupa gerakan-gerakan yang kaku atau sampai *stupor* (diam saja) di mana penderita tidak menunjukkan pergerakan sama sekali atau mungkin gaduh gelisah.

e. Gangguan afek yang menonjol, kadang-kadang sukar dibedakan dengan psikosis afektif.

2.3.3 Lima tahapan Halusinasi

Menurut Dalami dalam Ginting 2013, halusinasi merupakan persepsi yang salah tentang suatu objek, gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya pengaruh rangsang dari luar yang terjadi pada semua sistem penginderaan dan hanya dirasakan oleh Pasien tetapi tidak dapat dibuktikan

dengan nyata dengan kata lain objek tersebut tidak ada secara nyata. Di bawah ini merupakan lima tahapan halusinasi menurut Dalami dalam (<http://www.kajianpustaka.com/2013/08/pengertian-jenis-dan-tahapan-halusinasi.html>).

a. *Sleep Disorder*

Sleep Disorder adalah halusinasi tahap awal seseorang sebelum muncul halusinasi.

1. **Karakteristik:** Pasien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi dan support system yang kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk.
2. **Perilaku.** Pasien susah tidur dan berlangsung terus menerus sehingga terbiasa menghayal, dan menganggap menghayal awal sebagai pemecah masalah.

b. *Comforthing*

Comforthing adalah halusinasi tahap menyenangkan: Cemas sedang.

1. **Karakteristik.** Pasien mengalami perasaan yang mendalam seperti cemas, kesepian, rasa bersalah, takut, dan mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan cemas. Pasien cenderung mengenali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika cemas dapat ditangani.
2. **Perilaku.** Pasien terkadang tersenyum, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi.

c. *Condemning*

Condemning adalah tahap halusinasi menjadi menjijikkan: Cemas berat.

1. **Karakteristik.** Pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan. Pasien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya

dengan sumber yang dipersepsikan. Pasien mungkin merasa dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain.

2. **Perilaku.** Ditandai dengan meningkatnya tanda-tanda sistem syaraf otonom akibat ansietas otonom seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. Rentang perhatian dengan lingkungan berkurang, dan terkadang asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita.

d. Controlling

Controlling adalah tahap pengalaman halusinasi yang berkuasa: Cemas berat.

1. **Karakteristik.** Pasien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik. Pasien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti.
2. **Perilaku.** Perilaku Pasien taat pada perintah halusinasi, sulit berhubungan dengan orang lain, respon perhatian terhadap lingkungan berkurang, biasanya hanya beberapa detik saja, ketidakmampuan mengikuti perintah dari perawat, tremor dan berkeringat.

b. Conquering

Conquering adalah tahap halusinasi panik: Umumnya menjadi melebur dalam halusinasi.

1. **Karakteristik.** Pengalaman sensori menjadi mengancam jika Pasien mengikuti perintah halusinasi. Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik.
2. **Perilaku.** Perilaku panik, resiko tinggi mencederai, bunuh diri atau membunuh. Tindak kekerasan agitasi, menarik atau katatonik, ketidakmampuan berespon terhadap lingkungan.

2.3.4 Tipe-tipe Skizofrenia

1. Skizofrenia Hebefrenik

- a. Ada reaksi sikap dan tingkah laku yang kegila-gilaan, suka tertawa-tawa, untuk kemudian menangis tersedu-sedu. Sangat irritable atau mudah tersinggung. Sering dihindari sarkasme (sindiran tajam), dan menjadi meledak-ledak penuh kemarahan. Atau menjadi eksplosif sekali tanpa diketahui apa penyebabnya.
- b. Pikirannya selalu melantur. Penderita banyak tersenyum-senyum. Mukanya selalu perat-perot (grimassen) tanpa adanya stimulus. Halusinasi dan delusinya biasanya bersifat pendek-pendek, dan cepat berganti-ganti. Sering berlagak sok dan ada regresi.
- c. Terjadi regresi atau degenerasi psikis secara total, dan menjadi kekanak-kanakan serta “tumpul” ketolol-tolongan dan tidak pantas.

2. Skizofrenia Katatonik

Pasien yang menderita skizofrenia katatonik menjadi kaku dengan ciri-ciri sebagai berikut (Kartini Kartono, 2002:247-248).

- a. Urat-uratnya menjadi kaku dan mengalami *choreaflexibility (waxy flexibility)*, yaitu badan menjadi kaku beku. Pasien sering menderita *catalepsy*, yaitu keadaan tidak sadar seperti dalam kondisi trance. Seluruh badannya menjadi kaku dan tidak dapat dibengkokkan. Jadi jika pasien mengambil satu posisi tertentu, misalnya berdiri, berjongkok, kaki ada di atas dan kepala ada di bawah, miring, dan lain-lain, maka pasien bisa bertingkah sedemikian ini untuk waktu yang cukup lama bisa berjam-jam bahkan bisa sehari-hari lamanya. Pasien seperti dalam keadaan tidur yang *hypnotik* (kena sihir).
- b. Ada pola tingkah-laku yang *stereotypis*, aneh-aneh atau gerak-gerak otomatis dan tingkah laku yang aneh-aneh, yang tidak terkendalikan oleh kemauannya.

- c. Ada gejala *stupor*, yaitu bisa merasa seperti terbius. Sikapnya negatif dan pasif sekali disertai dengan delusi-delusi kematian. Tidak ada ketertarikan sama sekali pada lingkungan sekelilingnya dan tidak pernah bersosialisasi dengan masyarakat. Pasien akan terus menerus membisu dalam waktu yang lama. Dia menjadi autistik dan negativistik.
- d. Kadang-kadang disertai *catatonic excitement* yaitu menjadi meledak-ledak dan ribut hiruk-pikuk, tanpa sebab dan tanpa tujuan apapun.
- e. Mengalami regresi total.

3. Skizofrenia Paranoid

Menurut J.P.Chaplin,1981 dalam Kartini Kartono (2000:135) skizofrenia paranoid adalah bentuk skizofrenia dengan simtom pokok berupa delusi penyiksaan (delusion of persecution) atau delusi kebesaran (delusion of grandeur) disertai dengan gangguan fungsi berfikir, halusinasi dan proses-proses kemunduran.

Berikut ini adalah ciri-ciri skizofrenia paranoid (Kartini Kartono 2000:134):

- a. Penderita diliputi macam-macam delusi dan halusinasi yang terus menerus berganti coraknya, dan tidak teratur sifatnya. Tidak hanya itu pasien sering merasa iri hati, cemburu, curiga, dan dendam.
- b. Emosinya pada umumnya beku dan sangat apatis.
- c. Pasien tampak lebih “waras” dan tidak seganjil jika dibandingkan penderita skizofrenia jenis lainnya. Akan tetapi biasanya bersikap sangat bermusuhan terhadap siapapun.
- d. Pasien akan merasa dirinya sangat penting, besar, dan grandieus. Sering sangat fanatik religius secara berlebihan kadang-kadang bersifat hipokondoris.

2.3.5 Penyebab gangguan skizofrenia

Penyebab terjadinya skizofrenia adalah tekanan mental seperti stres. Stres yang diakibatkan karena tekanan masalah seperti masalah keuangan, hubungan

keluarga, permasalahan sosial, dan kehilangan orang yang disayangi disebut
sebut dapat memicu terjadi Skizofrenia.
(<http://www.referensisehat.com/2015/03/Definisi-gejala-pernyabab-mengatasi-skizofrenia.html>) Tidak hanya itu sumber penyebab gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor-faktor pada ketiga unsur itu yang terus menerus saling mempengaruhi, yaitu (<https://psikologiabnormal.wikispaces.com/Schizophrenia+Paranoid>) :

1. Faktor-faktor somatik (somatogenik)
 - a. Neuroanatomi
 - b. Neurofisiologi
 - c. Neurokimia
 - d. Tingkat kematangan dan perkembangan organik
2. Faktor-faktor psikologik (psikogenik) :
 - a. Interaksi ibu dan anak : normal (rasa percaya dan rasa aman) atau abnormal berdasarkan kekurangan, distorsi dan keadaan yang terputus (perasaan tak percaya dan kebimbangan)
 - b. Peranan Ayah
 - c. Persaingan antara saudara kandung
 - d. Inteligensi
 - e. Hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permainan dan masyarakat
 - f. Kehilangan yang mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu atau rasa salah
 - g. Konsep dini : pengertian identitas diri sendiri lawan peranan yang tidak menentu
 - h. Keterampilan, bakat dan kreativitas
 - i. Pola adaptasi dan pembelaan sebagai reaksi terhadap bahaya
 - j. Tingkat perkembangan emosi
3. Faktor-faktor sosio-budaya (sosiogenik)
 - a. Kestabilan keluarga
 - b. Pola mengasuh anak

- c. Tingkat ekonomi
- d. Perumahan : perkotaan lawan pedesaan
- e. Masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka dan fasilitas kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan yang tidak memadai
- f. Pengaruh rasial dan keagamaan
- g. Nilai-nilai