

BAB 2

Tinjauan Pustaka

2.1. Tinjauan Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia berasal dari dua kata “skizo” yang berarti retak atau pecah (spilit) dan “frenia” yang berarti jiwa. Dengan demikian seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian serta emosi merupakan orang yang menderita skizofrenia (Sianturi, 2014). Skizofrenia adalah sindrom heterogen kronis dari pemikiran, delusi, pengaruh tidak pantas, halusinasi, gangguan fungsi psikososial yang tidak teratur dan aneh serta defisit kognitif (DiPiro, 2009). Biasanya ditandai oleh delusi, halusinasi, pemikiran dan ucapan yang tidak teratur dan perilaku motorik abnormal serta gejala negatif. Skizofrenia merupakan bentuk psikosis fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Dalam kasus berat, pasien tidak bisa berealitas dengan baik, sehingga sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal. Untuk perjalanan penyakit ini sendiri, timbul secara bertahap dan akan menuju kearah kronisita dan sesekali akan timbul serangan. Untuk pengobatannya jarang ditemui pemuliharaan yang sempurna dan jika tidak diobati maka akan biasanya berakhir dengan personalitas yang “cacat” (Ingram, *et all* 1993).

2.1.2 Epidemiologi

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) insiden tahunan rata-rata skizofrenia di delapan negara yang berpartisipasi adalah 0,22 per 1.000 populasi. Sekitar 20% -40% pasien mengalami gejala psikotik pertama mereka sebelum usia 20 tahun. Untuk pria, insidensi puncak timbulnya

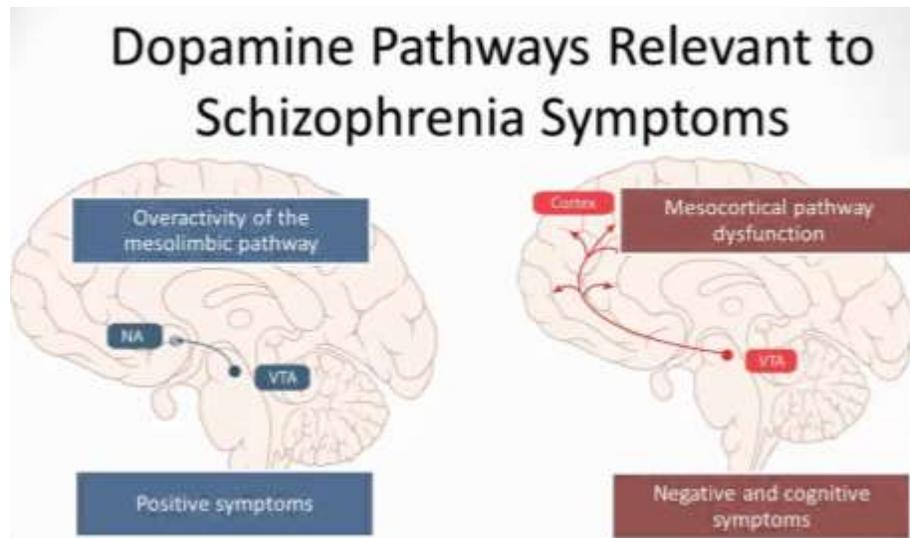
skizofrenia telah ditentukan antara usia 15 dan 25 tahun; untuk wanita, antara usia 25 dan 35 tahun. Pria mengalami lebih banyak gejala negatif dan wanita lebih banyak mengalami gejala afektif. gejala psikotik akut, baik dalam jenis atau tingkat keparahan, tidak berbeda antara kedua jenis kelamin (American Psychiatric Association, 2010).

2.1.3 Etiologi

Penyakit ini terjadi pada kurang dari 1 persen populasi umum, tetapi akan terjadi peningkatan sebesar 10 persen jika memiliki kerabat tingkat pertama dengan kelainan, seperti orang tua, kakak atau adik. Faktor lingkungan juga menjadi salah satu akibat seperti, paparan virus atau gizi buruk sebelum lahir, masalah saat lahir, dan lainnya belum diketahui, Serta faktor psikososial (Rasool *et al.*, 2018).

Para ilmuan mengatakan bahwa struktur otak orang dengan skizofrenia sedikit berbeda dari orang sehat. Misalnya, terdapat rongga berisi cairan di pusat otak. Juga terjadi pembesaran pada ventrikel pada beberapa orang dengan skizofrenia. Penyebab paling umum dari skizofrenia dibuktikan bahwa kebanyakan orang yang teridentifikasi terdapat peningkatan di tingkat dopamin. Sehingga orang dengan penyakit skizofrenia memiliki terlalu banyak dopamin (Rasool *et al.*, 2018).

2.1.4 Patofisiologi



Gambar 2.1 Patofisiologi Skizofrenia

Dalam patofisiologi skizofrenia melibatkan 2 sistem yaitu sistem serotonergik dan dopaminergik. Diantara 2 sistem ini mempunyai hubungan kuat dimana serotonergik memodulasi sistem dopamin sehingga terjadi penurunan aktivitas serotonin dan akan berhubungan dengan peningkatan aktivitas dopamin.

Menurut *Pharmacotherapy Handbook Edisi 7*, penderita dengan skizofrenia dapat mengalami :

1. Peningkatan ukuran ventrikel, ukuran otak dan asimetri otak menurun. Volume hipotalamus yang lebih rendah berhubungan dengan gangguan dalam neuropsikologis dan respon yang lebih buruk terhadap antipsikotik generasi pertama.
2. Hipotesis dopaminergik, dapat terjadi akibat hiper atau hipoaktivitas proses dopaminergik di daerah otak. Termaksud adanya cacat reseptor dopamin.

3. Disfungsi glutamatergik, kekurangan aktivitas glutamatergik menghasilkan gejala yang mirip dengan hiperaktif dopaminergik dan gejala yang terlihat pada pasien skizofrenia
4. Kelaianan serotonin (5-HT), pasien dengan skizofrenia terdapat pemindaian otak yang abnormal, konsentrasi 5HT darah yang lebih tinggi, dan biasanya berkorelasi dengan peningkatan ukuran vartikel.
5. Gejala positif dan gejala negatif, untuk gejala positif berkaitan dengan hiperaktivitas reseptor dopamin di mesokaudat. Dan gejala negatif dan kognitif berkaitan dengan hipofungsi reseptor dopamin dikorteks prefrontal (DiPiro, 2009).

2.1.5 Karakteristik Skizofrenia

Skizofrenia memiliki beragam gejala yang umumnya dimulai pada awal masa dewasa dan biasanya berlanjut sepanjang hidup. Sebagian besar pasien memiliki riwayat disfungsi perilaku dalam hal sosial dan belajar. Penyakit ini terjadi kurang dari 1% dari populasi dan apabila yang memiliki hubungan kekeluargaan orang tua, kakak atau adik meningkat menjadi 10%. Struktur otak orang dengan skizofrenia sedikit berbeda dengan orang sehat, misalnya terdapat rongga yang berisi cairan di pusat otak dan membesarnya ventrikel terjadi pada beberapa orang dengan skizofrenia (Rasool *et al.*, 2018).

2.1.6 Penyebab Skizofrenia

Hingga saat ini penyebab skizofrenia secara pasti belum diketahui. Para ahli menganggap kemungkinan besar penyebab skizofrenia adalah kombinasi dari faktor biologis dan lingkungan. Gambaran

neuroimaging dari otak juga menunjukkan adanya kelainan biologis di otak pada penderita skizofrenia (Jiwo, 2012).

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap timbulnya skizofrenia menurut (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016) :

1. Umur

Umur 25-35 tahun kemungkinan beresiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia. Dibandingkan dengan umur 17-24 tahun.

2. Jenis kelamin

Proporsi skizofrenia terbanyak adalah laki-laki dengan kemungkinan beresiko 2,37 kali lebih besar mengalami kejadian skizofrenia dibandingkan perempuan.

3. Pekerjaan

Orang yang tidak bekerja memiliki kemungkinan resiko 6,2 kali lebih besar dibandingkan dengan yang bekerja.

4. Konflik keluarga

Konflik keluarga kemungkinan beresiko 1,13 kali mengalami gangguan skizofrenia dibanding yang tidak ada konflik.

5. Status ekonomi

Status ekonomi yang rendah mempunyai resiko 6 kali mengalami kejadian skizofrenia dibanding dengan status ekonomi yang tinggi.

6. Faktor genetik

Gen yang diturunkan kemungkinan adalah gen yang resesif. Potensinya mungkin kuat mungkin juga lemah tetapi tergantung pada lingkungan apakah akan terjadi atau tidak.

2.1.7 Diagnosis Skizofrenia

Dengan tidak adanya diagnosis skizofrenia, cara mendiagnosis bergantung pada pemeriksaan keadaan mental, biasanya melalui wawancara klinis, dan pengamatan perilaku pasien.

Berdasarkan pedoman penggolongan diagnosa gangguan jiwa (PPDGJ III) penegakan diagnosa skizofrenia, sebagai berikut :

1. Harus ada setidaknya satu gejala berikut yang amat jelas
 - a) *Thought echo* : isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya, isi pikiran ulangan, walaupun isi sama namun kualitas berbeda.
Thought Insertion or withdrawal : isi pikiran yang asing dari luar, lalu masuk kedalam pikirannya (insertion) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (withdrawal), dan
Thoughtbroadcasting : isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
 - b) *Delusionofcontrol* : waham tentang dirinya dikendalikan oleh sesuatu kekuatan dari luar.
Delusion of influence : waham tentang dirinya dipengaruhi oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar.
Delusion of passivity : waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap sesuatu kekuatan tertentu dari luar.
Delusional perception : pengalaman indrawi yang tak wajar, yang bermakna, sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukzizat.
 - c) Halusinasi auditorik : suara halusinasi yang berkomentas secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau mendiskusikan perihal

pasien diantara mereka sendiri , atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

- d) Waham : menurut suatu budaya dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil.
2. Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada dan terlihat jelas
 - a) Halusinasi yang menetap dari panca indera, apabila disertai dengan baik oleh waham yang mengambang atau setengah berbentuk tanpa kandungan efektif yang jelas, ataupun disertai ide-ide yang berlebihan (over-valud ideas) yang menetap, bisa terjadi setiap hari selam berminggu-minggu atau berbulan-bulan dan secara terus menerus.
 - b) Arus pikiran yang terputus (break) atau yang mengalami sisipan (interpolation) yang berakibat inkoherensia atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.
 - c) Perilaku katonik seperti keadaan gaduh dan gelisah, posisi tubuh tertentu, tau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
 - d) Gejala negatif seperti sikap apatis.
3. Gejala-gejala khas seperti tersebut diatas, akan berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal)
4. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari berbagai aspek perilaku pribadi, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri dan penarikan diri secara sosial (PDSKJI, 2012).

2.1.8 Penatalaksanaan

Berdasarkan Pedoman Nasional Pelayanan Kesehatan Jiwa (Kemenkes, 2015) :

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.

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 lingkungan nyaman, toleran perlu dilakukan.

c. Terapi lainnya

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

2. Fase stabil

a. Farmakoterapi

Tujuan fase stabilisasi adalah mempertahankan remisi gejala atau untuk mengontrol, meminimalisasi resiko atau konsekuensi kekambuhan dan mengoptimalkan fungsi atau proses kekambuhan (recovery).

Setelah diperoleh dosis optimal, dosis tersebut dipertahankan selama lebih kurang 8-10 minggu sebelum masuk ketahap

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 untuk 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 bahan seumur hidup.

b. Psikoedukasi

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

Penatalaksanaan Farmakoterapi pada pasien skizofrenia dengan pemberian obat antipsikotik dapat dibedakan kedalam dua bagian besar, yaitu (Team Medical Mini Notes, 2019) :

1. Obat Antipsikotik Tipikal (APG-1)

Antipsikotik tipikal ini merupakan antipsikotik generasi lama. Untuk mekanisme kerjanya sebagai Dopamine Receptor Antagonis, APG-1 memblokir dopamin pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak khususnya sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal sehingga efektif untuk gejala positif. Efek lainnya, APG-1 potensi rendah (contoh chlorpromazine) lebih bersifat sedasi sehingga lebih efektif untuk pasien yang lebih agitatif (Team Medical Mini Notes, 2019).

Tabel 2.1 Penggolongan obat APG-1 Serta dosis anjuran

| Jenis | Dosis anjuran |
|------------------------------|--|
| Golongan Phenotiazin | |
| Chlorpromazine | Oral : 150-600 mg/hari Injeksi : 50-100 mg (im) tiap 4-6 jam |
| Perfenazin | Oral : 12-24 mg/hari |
| Trifluoperazin | Oral : 10-15 mg/hari |
| Fluphenazine | Oral : 10-15 mg/hari Injeksi Fluphenazine Decanoas : 25 mg (im) tiap 2-4 minggu |
| Thioridazone | Oral : 150-300 mg/hari |
| Golongan butyrophenon | |
| Haloperidol | Oral : 5-15 mg/hari Injeksi : 5-10 mg (im) tiap 4-6 jam |

Injeksi Haldol Decanoas : 50 mg (im) tiap
2-4 minggu

Golongan Diphenylbuty piperidin

Pimozide Oral : 2-4 mg/hari

2. Obat Antipsikotik Atipikal (APG-2)

Antipsikoti Atipikal ini merupakan antipsikotik generasi baru. Obat ini mempunyai manfaat untuk mengontrol gejala baik positif ataupun negatif. Juga memiliki efek samping yang minimal juga efikasi yang lebih baik. Untuk mekanisme kerjanya sebagai Serotonin – Dopamin Receptor Antagonist (SDA). Obat ini berafinitas terhadap “Dopamine D2 Receptors” dan “Serotonin 5HT2 Receptors” sehingga bermanfaat untuk gejala positif dan negatif (Team Medical Mini Notes, 2019).

Tabel 2.2 Penggolongan Obat APG-2 serta Dosis Anjuran

| Jenis | Dosis anjuran |
|---------------------------------|---|
| Golongan Benzamide | |
| Sulpirade | Injeksi: 3-6 ampul/ hari (im) (1 amp=100 mg /2cc) Oral : 300-600 mg/hari |
| Golongan Dibenzodiazepin | |
| Clozapine | Oral : 25-100 mg/hari |
| Olanzapine | Oral : 10-20 mg/hari |

| | |
|-------------------------------|--|
| Quetiapine | Oral : 50-400 mg/hari |
| Zotepine | Oral : 75-100 mg/hari |
| Golongan Benzisoxazole | |
| Risperidone | Oral : 2-6 mg/hari Injeksi (Risperidal Consta) : 25-50 mg (im) tiap 2 minggu |
| Aripiprazole | Oral : 10-15 mg/hari |

Tabel 2.3 Ringkasan Potensi Klinis Serta Efek Dari Antipsikosis

| Obat | Potensi Klinik | Efek Ekstrapiramidal | Efek sedatif | Efek Hipotensi |
|----------------|----------------|----------------------|--------------|----------------|
| Chlorpromazine | ++ | +++ | ++++ | +++ |
| Fluphenazine | ++++ | ++++ | ++ | + |
| Haloperidol | ++++ | +++++ | ++ | + |
| Risperidone | ++++ | ++ | ++ | ++ |
| Clozapine | +++ | + | ++ | +++ |
| Olanzapine | ++++ | + | +++ | ++ |
| Quetiapine | ++ | + | +++ | ++ |
| Aripiprazole | ++++ | + | + | ++ |

2.2. Gejala Skizofrenia

Menurut (Silverman *et al.*, 2015) yaitu :

2.2.1. Halusinasi

Adalah persepsi palsu orang mendengar, melihat, merasakan atau mencium sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Sesuatu yang paling umum dari halusinasi adalah mendengar suara. Beberapa suara mungkin menyenangkan, tetapi ada beberapa yang tidak menyenangkan dengan mengatakan sesuatu yang jelek atau memanggil-manggil.

2.2.2. Delusi

Keyakinan palsu orang yang memiliki keyakinan kuat yang dipegang teguh dan tak tergoyahkan, walaupun ada bukti yang bertentangan dengan hal tersebut. Delusi tampak sangat nyata bagi orang yang mengalaminya, tetapi tidak mungkin dan tidak benar bagi orang lain. Ada orang lain yang ingin menyakiti padahal kenyataan tersebut tidak benar merupakan suatu khayalan yang umum yang paling sering dijumpai. Hal ini disebut dengan delusi paranoid.

2.2.3. Gangguan pemikiran

Yaitu adanya kebingungan dalam berfikir. Hal ini membuat penderita skizofrenia sulit untuk fokus pada topik yang sedang dibicarakan, sulit mengucap kata-kata yang benar, sulit menyusun kalimat yang lengkap atau sulit bicara dengan cara yang terorganisir sehingga orang lain dapat memahami.

2.2.4. Perilaku tidak teratur/ katatonik

Mengacu pada dua ekstrim yang berbeda dari perilaku. Perilaku tidak teratur adalah perilaku yang muncul secara acak atau tanpa tujuan bagi orang lain. Sedangkan perilaku katatonik mengacu kepada

seseorang berhenti melakukan hampir semua gerakan dan tidak bergerak untuk jangka waktu yang lama.

2.2.5. Gejala negative

Adalah kurangnya energi, motivasi, dan ekspresi kesenangan. Gejala negatif ini biasanya menyebabkan seseorang tidak tertarik lagi dan tidak bisa menikmati hal yang dahulu mereka sukai

2.3. Tipe-Tipe Skizofrenia

Pengelompokan pasien ke dalam sub atau tipe skizofrenia. Menurut (PDSKJI, 2012), yaitu :

2.3.1. Skizofrenia Paranoid

Biasanya penderita akan merasakan delusi atau halusinasi yang yang tidak teratur dan kacau serta terus berganti-ganti. Merasa iri hati, cemburu serta curiga. Pada skizofrenia tipe ini pasien tampak lebih “waras” dan tidak aneh jika dibanding dengan skizofrenia tipe lainnya. Tetapi pasien merasa seperti sedang bermusuhan dengan siapapun , merasa dirinya paling penting , sering bersifat berlebihan, sangat fanatik, dan kadang bersifat hipokondris.

Ogang yang didiagnosa dengan skizofrenia biasanya sulit dipulihkan. Dan jika sembuh, tentunya akan memakan waktu yang sangat lama dan tidak akan kembali seperti sedia kala. Jika tidak berhati-hati dalam menjaga emosi dan stres kemungkinan besar akan kambuh lebih tinggi dan menjadi lebih parah.

2.3.2. Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik adalah jiwa atau mental seseorang yang menjadi tumpul. Biasanya terjadi regresi total dalam tingkah laku pasien dengan skizofrenia ini dan pasien menjadi kekanak-kanakan.

Kepekaan yang berlebihan serta perasaan yang menumpul juga terjadi pada pasien skizofrenia. Pasien kadang suka memperlihatkan alat kelamin dan melakukan onani dihadapan orang lain juga menjadi jorok dan kotor sekali , selalu ingin ngeloyor kemana-mana dan tidak mengenal sopan-santun lagi. Pasien suka tertawa, kadang suka menangis dan tingkah laku menjadi kegila-gilaan. Skizofrenia tipe ini biasanya pasien mudah tersinggung dalam hal perasaan , sering dihinggapi sarkasme, kerap kali marah-marah tanpa sebab yang jelas. Pasien berperilaku seperti bayi, contohnya seperti buang air kecil dan besar sembarangan bahkan melakukannya dicelana dan berpakaian seperti bayi juga makan secara berlebihan dan berceceran.

2.3.3. Skizofrenia Katatonik

Pasien dengan skizofrenia katatonik biasanya penderita seperti menjadi kaku. Ciri-cirinya :

1. Urat-uratnya menjadi kaku dan mengalami *Chorea*flexibility yaitu badan menjadi kaku dan beku. Pasien sering merasakan keadaan tidak sadar, seluruh badan menjadi kaku, tidak pejak dan tidak bisa dibengkokkan. Jika pasien telah mengambil posisi tertentu misalnya berjongkok, berdiri, kaki di atas, kepala dibawah, keadaan miring dan lai-lain maka pasien akan bertingkah laku sedemikian dengan waktu yang berjam-jam bahkan berhari-hari, dirinya seperti dalam keadaan tidur yang hypnoyik (kena sihir).
2. Ada gejala stupor, merasa seperti terbius. Sikapnya negatif dan pasif disertai delusi kematian seperti ingin mati rasanya.
3. Mengalami regresi total.

4. Kadang disertai perasaan yang meledak-ledak, hiruk pikuk tanpa sebab dan tujuan.
5. Ada pola tingkah laku yang stereotipis, ada gerak otomatis yang tidak dikendalikan oleh kemampuan.

2.3.4. Skizofrenia Residual

Skizofrenia tipe ini merupakan sisa-sisa (residu) dari gejala skizofrenia yang tidak begitu menonjol. Timbul perasaan yang tumpul dan mendatar serta tidak serasi, penarikan diri dari gejala sosial, tingkah laku esentrik, pikiran tidak rasional dan logis. Meskipun skizofrenia ini tidak menampilkan gejala-gejala pasif, tetapi pihak keluarga tetap waspada dan membawa berobat agar yang bersangkutan dapat menjalankan fungsi kehidupan dengan lebih baik dan produktif.

2.3.5. Skizofrenia Tak tergolongkan

Gambaran klinisnya terdapat waham, halusinasi, inkoherensi atau tingkah laku kacau.

2.4. Kepatuhan

2.4.1. Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan adalah menunjukkan bahwa pasien secara pasif mengikuti perintah dokter dan rencana perawatan yang didasarkan pada terapeutik atau kontrak yang dibuat antara pasien atau dokter (Osterberg & Blaschke, 2005). Kerjasama antara pasien dengan petugas kesehatan termaksud salah satu penunjang kepatuhan terhadap pengobatan. Pasien yang dikatakan patuh terhadap pengobatan adalah pasien yang datang tepat waktu untuk berobat

kembali atau menebus resep 3 hari sebelum/sesudah waktu yang ditentukan dan rutin selama 6 bulan berturut-turut.

2.4.2. Cara Mengukur Kepatuhan

Tabel 2.4 Cara Mengukur Kepatuhan

| Metode-metode untuk Mengukur Kepatuhan dalam Mengonsumsi Obat | | |
|---|--|--|
| Metode | Kekuatan | Kelemahan |
| Metode langsung | | |
| Observasi langsung | Paling akurat | Pasien dapat menyembunyikan pil dalam mulut, kemudian membuangnya, kurang praktis untuk penggunaan rutin |
| Mengukur tingkat metabolisme dalam tubuh | Objektif | Variasi-variasi dalam metabolisme bisa membuat impresi yang salah serta mahal |
| Mengukur aspek biologis dalam darah | Objektif dalam penelitian klinis dan juga digunakan untuk mengukur placebo | Memerlukan penghitungan kuantitatif yang mahal |
| Metode Tidak langsung | | |
| Kuesioner kepada pasien atau pelaporan diri pasien | Simpel tidak mahal, paling banyak dipakai dalam seting klinis | Sangat mungkin terjadi kesalahan, dalam waktu antar kunjungan dapat terjadi distorsi |
| Jumlah pil atau obat yang dikonsumsi | Objektif, kuantitatif dan mudah untuk dilakukan | Data dapat dengan mudah diselewengkan pasien |

| | | | |
|--|---|------------------------|---|
| Rate beli ulang resep (kontinuitas) | Objektif untuk mengumpulkan data | mudah | Kurang ekuivalen dengan perilaku minum obat memerlukan sistem farmasi yang lebih tertutup |
| Assesmen terhadap respon klinis pasien | Simpel, mudah digunakan | umumnya | Faktor-faktor lain selain pengobatan tidak dapat dikendalikan |
| Monitoring pengobatan secara elektronik | Sangat akurat, hasil mudah dikuantifikasi pola minum obat dapat diketahui | | Mahal |
| Mengukur fisiologis detak jantung) | ciri-ciri (misal dilakukannya) | Sering mudah dilakukan | Ciri-ciri fisiologisnya mungkin tidak nampak karena alasan tertentu |
| Catatan harian pasien | Membantu mengoreksi ingatan yang rendah | untuk | Sangat mudah dipengaruhi kondisi pasien |
| Kuisisioner terhadap orang-orang terdekat pasien | Sangat objektif | | Terjadi distorsi |

Sumber : (Osterberg & Blaschke, 2005).

2.4.3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Beberapa faktor yang menjadi penentu terjadinya kepatuhan antara lain faktor pasien, dukungan keluarga, efek samping obat, hubungan terapeutik, dan karakteristik penyakit. Salah satu penyebab yang membedakan kondisi pengobatan pasien skizofrenia di Indonesia dengan pasien dibagian barat dunia adalah pengobatan skizofrenia yang meliputi sesi komunikasi dokter-pasien dengan berbagai pendekatan yang bertujuan untuk melakukan diskusi terkait

pengobatan, sedangkan di Indonesia belum terjadi komunikasi semacam ini (Claramita, 2012).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut Niven (2002) yaitu :

1. Penderita atau individu

Penderita yang memiliki motivasi agar tetap mempertahankan kesehatan, tentunya berpengaruh terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan penderita dalam mengontrol penyakitnya. Penderita yang tidak mudah putus asa, menerima keadaannya serta berpegang teguh terhadap keyakinan akan memiliki jiwa yang tabah dan kuat. Keyakinan penderita yang kuat tentunya akan menimbulkan kemampuan untuk mengontrol penyakitnya.

2. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga tentunya sangat penting dalam menunjang kesembuhan dan kepatuhan, penderita akan merasa senang dan tentram jika mendapat perhatian dan dukungan dari keluarga. Dengan dukungan tersebut menimbulkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi penyakitnya dengan lebih baik.

3. Dukungan Sosial

Dukungan dalam bentuk emosional dari anggota keluarga lain merupakan faktor penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis. Dukungan ini merupakan bentuk dari dukungan sosial, keluarga dapat mengurangi ansietas yang disebabkan oleh suatu penyakit sehingga dapat mengurangi godaan terhadap ketidak taatan.

4. Dukungan Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya. Dukungan mereka tentunya sangat berguna bagi pasien agar berperilaku hidup sehat merupakan hal yang penting.

2.4.4. Karakteristik Pasien mengalami ketidakpatuhan

Menurut hasil penelitian Septi Sandriani (2013) perilaku tidak patuh minum obat pada pasien skizofrenia sangat beragam, yaitu : minum obat tidak sesuai dengan dosis yang telah ditentukan pengawasan medis, menurunkan dosis, meningkatkan dosis, menolak dan meminum obat tidak tepat waktu. Perilaku tidak patuh minum obat juga terlihat saat pasien skizofrenia membeli obat sendiri tanpa pengawasan dan kontrol terlebih dahulu kepada dokter.

2.4.5. Cara Meningkatkan Kepatuhan

Menurut penelitian Dwidiyanti & Sari (2019), Mindfulness spiritual islam merupakan salah satu terapi holistic yang sangat efektif pada klien skizofrenia mengalami ketidakpatuhan minum obat, penanggulangan depresi maupun gangguan psikologis lainnya. Terapi spiritual sangat berpengaruh untuk membangun rasa penerimaan diri, keadaan sakit klien, akan mendorong individu tersebut akan lebih dekat dengan Tuhan dan menerima penyakitnya sebagai cobaan dari Tuhan.

Cara-cara meningkatkan kepatuhan Menurut Lailatushifah (2012) :

1. Memberikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan agar mencapai keberhasilan pengobatan.
2. Selalau mengingatkan pasien untuk melakukan sesuatu yang berhubungan dengan keberhasilan pengobatan melalui alat komunikasi.
3. Memberikan informasi tentang resiko ketidakpatuhan.
4. Menggunakan alat bantu kepatuhan seperti multikompartemen atau sejenisnya.
5. Memberikan layanan kesehatan kefarmasian dengan observasi langsung kerumah pasien.
6. Ada dukungan dari keluarga atau kerabat dari pasien agar selalu mengingatkan pasien agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan
7. Memberikan keyakinan kepada pasien akan efektivitas obat dalam penyembuhan

2.5. Kekambuhan

2.5.1. Pengertian Kekambuhan

Kekambuhan atau relaps diartikan sebagai suatu keadaan dimana seorang pasien yang telah menjalani rawat dirumah sakit dan setelah diperbolehkan pulang lalu menunjukkan gejala-gejala sebelum dirawat inap (Anwar, 2013).

Kekambuhan pada pasien skizofrenia adalah istilah yang merefleksikan perilaku yang membahayakan pasien atau perburukan gejala. Tingkat kekambuhan biasanya diukur dengan menilai waktu antara lepas rawat dan perawatan terakhir sampai perawatan terakhir serta jumlah rawat inap pada periode tertentu (Pratt *et al.*, 2006).

2.5.2. Faktor-Faktor Penyebab Kekambuhan Pada Skizofrenia

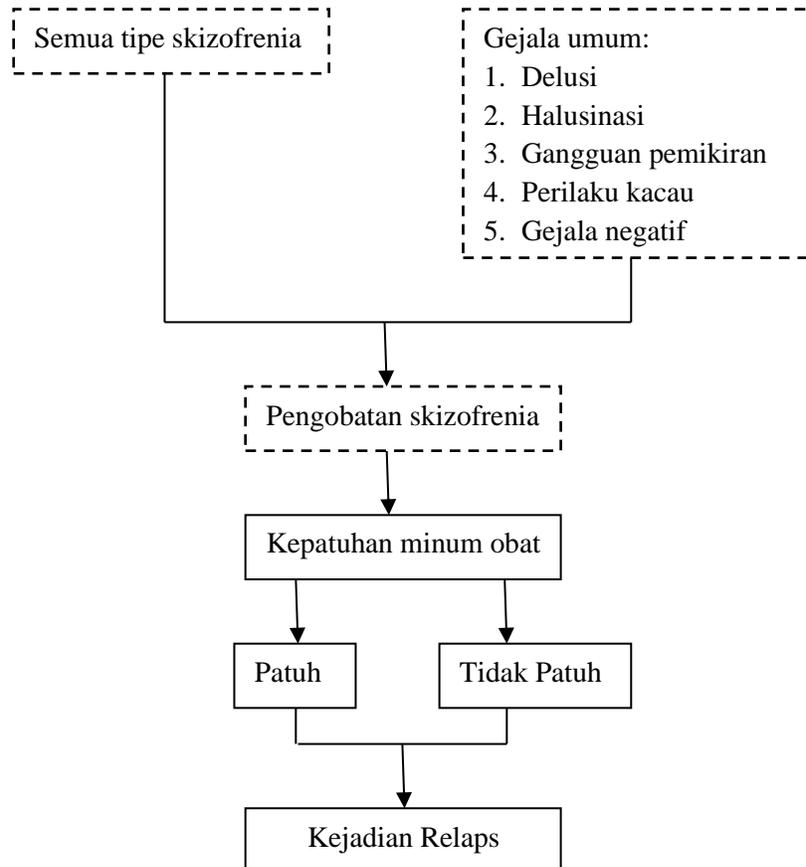
Faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pasien skizofrenia menurut Keliat (2009), yaitu :

1. Pasien yang gagal meminum obat secara teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Pasien dengan skizofrenia biasanya susah untuk mengikuti aturan minum obat karena ketidakmampuan dalam membuat keputusan serta adanya gangguan realitas.
2. Setelah pasien pulang kerumah, perawat tetap bertanggungjawab atas program adaptasi pasien dirumah. Penanggung jawab mempunyai banyak kesempatan untuk bertemu sehingga dapat melihat gejala dini dan segera dapat memberikan tindakan.
3. Dukungan dan bantuan keluarga merupakan variabel yang sangat penting dalam menunjang kepatuhan pengobatan pasien. Pasien yang tinggal sendiri memiliki angka kepatuhan yang rendah daripada pasien yang mempunyai keluarga atau tinggal dalam lingkungan keluarga yang mendukung.
4. Lingkungan tempat tinggal atau keadaan masyarakat sekitar pasien yang tidak mendukung juga dapat meningkatkan resiko kekambuhan. Misalnya masyarakat mengucilkan, mengejek, dan menganggap pasien sebagai individu yang tidak berguna. Menurut penelitian Alphas *et al* (2016), menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit kronis lebih memiliki risiko kekambuhan yang lebih besar meskipun dipastikan kepatuhan pengobatan, mendukung perlunya intervensi dini untuk mencegah efek buruk dari kronisitas.

Aini (2015) Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa penyebab kekambuhan pada subjek penderita skizofrenia yaitu :

1. Tekanan peristiwa kehidupan, diantaranya ditinggalkan pasangan, memikirkan persiapan pernikahan dengan mantan istri (rujuk) dan gagal menikah;
2. Kurangnya peran keluarga karena kurangnya pengetahuan, dan kurangnya ekonomi keluarga;
3. Ketidapatuhan dan ketidakteraturan minum obat;
4. Keterbatasan obat dan pendampingan tenaga puskesmas.

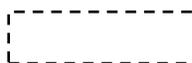
2.6. Kerangka Konseptual



Keterangan :



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konseptual