

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Pustaka**

##### **2.1.1 Konsep Dasar Skizofrenia**

###### **2.1.1.1 Definisi Skizofrenia**

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan mental yang ditandai dengan gangguan realisme atau *insight* (tilikan) yang buruk. Gejala gangguan ini biasanya ditandai dengan ilusi, halusinasi, waham, gangguan proses berpikir, dan tingkah laku yang aneh seperti katatonik atau agresivitas (Riskesdas, 2018). Skizofrenia merupakan gangguan yang berpengaruh pada fungsi otak yang asalnya tidak diketahui dan mengakibatkan gangguan mood, persepsi, tingkah laku, dan gerakan yang aneh. Skizofrenia dianggap sebagai sindrom yang mempunyai banyak gejala (Videback, 2018). Sedangkan menurut Anggraini (2017) skizofrenia merupakan gangguan mental yang berat, dapat menyerang tingkah laku, emosi, dan menyebabkan pikiran terganggu sehingga dapat mengakibatkan halusinasi, berbicara kacau, dan suka marah atau mengamuk tanpa alasan.

Dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan penyakit mental yang mampu menyebabkan penderitanya tidak mengenali kenyataan sehingga berdampak pada perubahan tingkah laku, emosi dan pikiran penderita yang biasanya ditandai dengan halusinasi, berbicara kacau, suka marah dan bahkan mengamuk tanpa alasan.

###### **2.1.1.2 Tanda dan Gejala**

Gangguan skizofrenia umumnya ditandai dengan distorsi pikiran dan perasaan yang mendasar dan khas, dan oleh afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*)

(Sovitriana, n.d.). Berikut merupakan beberapa gejala psikotik yang utama (Arif, 2006) :

a. Delusi (Waham)

Delusi (waham) merupakan suatu keyakinan yang salah yang tidak dapat dijelaskan oleh latar belakang budaya pasien ataupun pendidikannya biasanya pasien tidak dapat diyakinkan oleh orang lain bahwa keyakinannya salah, meskipun banyak bukti kuat yang dapat diajukan untuk membantah keyakinan pasien tersebut. Ada beberapa jenis delusi, yaitu:

1) *Grandeur* (waham kebesaran)

Pasien yakin bahwa mereka adalah seseorang yang sangat luar biasa, misalnya seorang artis terkenal, atau seorang nabi atau bahkan merasa dirinya sebagai tuhan.

2) *Guilt* (waham rasa bersalah)

Pasien merasa dirinya telah melakukan dosa yang sangat besar.

3) *Ill Health* (waham penyakit)

Pasien merasa bahwa dirinya mengalami penyakit yang sangat serius.

4) *Jealousy* (waham cemburu)

Pasien yakin bahwa pasangan mereka telah berlaku tidak setia.

5) *Passivity* (waham pasif)

Pasien yakin bahwa mereka dikendalikan atau dimanipulasi oleh berbagai kekuatan dari luar, misalnya oleh suatu pancaran sinyal radio mahluk Mars.

6) *Persecution* (waham kejar)

Pasien merasa mereka dikejar-kejar oleh pihak-pihak

tertentu yang ingin mencelakainya.

7) *Poverty* (waham kemiskinan)

Pasien takut mereka mengalami kebangkrutan, di mana pada kenyataannya tidak demikian.

8) *Reference* (waham rujukan)

Pasien merasa mereka dibicarakan oleh orang lain secara luas, misalnya menjadi pembicaraan masyarakat atau disiarkan di televisi.

b. Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang salah dimana tidak terdapat stimulus sensorik yang berkaitan dengannya. Halusinasi dapat berwujud penginderaan kelima indra yang keliru, tetapi yang paling sering adalah halusinasi dengar (*auditory*) dan halusinasi penglihatan (*visual*). Contoh halusinasi: pasien merasa mendengar suara-suara yang mengajaknya bicara padahal kenyataannya tidak ada orang yang mengajaknya bicara atau pasien merasa ia melihat sesuatu yang pada kenyataannya tidak ada.

c. *Disorganized speech* (pembicaraan kacau)

Dalam pembicaraan yang kacau, terdapat asosiasi yang terlalu longgar. Asosiasi mental tidak diatur oleh logika, melainkan oleh aturan-aturan tertentu yang hanya dimiliki oleh pasien.

d. *Disorganized behavior* (tingkah laku kacau)

Berbagai tingkah laku yang tidak terarah pada tujuan tertentu. Misalnya: membuka baju di depan umum, berulang kali membuat tanda salib tanpa makna, dan lain-lain sebagainya.

e. *Simtom-simtom negatif*

Berkurangnya ekspresi emosi, berkurangnya kelancaran dan isi pembicaraan, kehilangan minat untuk melakukan berbagai hal (*avolition*).

### 2.1.1.3 Tipe-Tipe Skizofrenia

Menurut Arif (2006) tipe skizofrenia dibagi menjadi 5 tipe, diantaranya yaitu :

#### a. Skizofrenia Tipe Paranoid

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah adanya waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afek yang relatif masih terjaga. Ciri-ciri dari tipe *Disorganized* dan Katatonik (misalnya bicara yang kacau, afek yang datar atau tidak tepat, katatonik atau motorik yang kacau) tidak menonjol. Wahamnya biasanya adalah waham kejar atau waham kebesaran atau bahkan keduanya, tetapi waham dengan tema lain (misalnya waham kecemburuan, keagamaan, atau somatisasi) mungkin juga muncul. Wahamnya mungkin lebih dari satu, tetapi tersusun dengan rapi di sekitar tema utama. Halusinasi juga biasanya berkaitan dengan tema wahamnya.

Ciri-ciri lainnya meliputi *anxiety*, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi. Individu mungkin mempunyai tingkah laku superior dan memimpin dan mungkin mempunyai interaksi interpersonal yang kaku, formal atau terlalu *intens*. Tema waham kejar bisa menjadi predisposisi bagi individu untuk bunuh diri, dan kombinasi antara waham kejar dengan waham kebesaran dengan disertai kemarahan bisa menjadi predisposisi bagi tindakan kekerasan. Onset biasanya di usia lebih lanjut dibandingkan tipe skizofrenia lainnya, dan ciri khasnya

mungkin menjadi lebih stabil dengan berlangsungnya waktu. Individu mungkin hanya menunjukkan sedikit atau tidak ada sama sekali kerusakan dalam tes neuropsikis atau tes kognitif. Beberapa bukti mendukung bahwa prognosa untuk tipe skizofrenia ini lebih baik, terutama berkenaan dengan fungsi mencari nafkah dan kemampuan untuk hidup mandiri.

Kriteria diagnostik untuk skizofrenia tipe paranoid, merupakan suatu jenis skizofrenia yang memenuhi kriteria:

- 1) Preokupasi dengan satu atau lebih waham atau sering mengalami halusinasi auditorik
- 2) Tidak ada ciri berikut yang mencolok : bicara kacau, motorik kacau atau katatonik, afek yang tidak sesuai atau datar.

b. Skizofrenia Tipe Disorganized

Ciri utama dari skizofrenia tipe *disorganized* adalah pembicaraan kacau, tingkah laku kacau dan afek yang datar atau *inappropriate*. Pembicaraan yang kacau dapat disertai kekonyolan dan tertawa yang tidak erat berkaitan dengan isi pembicaraan. Disorganisasi tingkah laku (misalnya: kurangnya orientasi pada tujuan) dapat membawa pada gangguan yang serius pada berbagai aktivitas hidup sehari-hari.

Kriteria diagnostik untuk skizofrenia tipe *disorganized* dapat ditegakkan apabila memenuhi kriteria-kriteria sebagai berikut :

- 1) Semua gejala berikut ini cukup menonjol yaitu : pembicaraan kacau, tingkah laku kacau, afek datar atau *inappropriate*.
- 2) Tidak memenuhi kriteria untuk tipe katatonik

c. Skizofrenia Tipe Katatonik

Ciri utama pada skizofrenia tipe katatonik adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik (*motoric immobility*), aktivitas motor yang berlebihan, *negativism* yang ekstrim, *mutism* (sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, *echolalia* (mengulang ucapan orang lain) atau *echopraxia* (mengikuti tingkah laku orang lain).

*Motoric immobility* dapat dimunculkan berupa *catalepsy* (*waxy ilexibility*—tubuh menjadi sangat fleksibel untuk digerakkan atau diposisikan dengan berbagai cara, sekalipun untuk orang biasa posisi tersebut akan sangat tidak nyaman).

kriteria diagnostik skizofrenia tipe katatonik dapat ditegakkan apabila gambaran klinis didominasi oleh paling tidak dua dari berikut :

- 1) *Motoric immobility* (ketidakbergerakan motorik) sebagaimana terbukti dengan adanya *catalepsy* (termasuk *waxy flexibility*) atau *stupor* (gemetar).
- 2) Aktivitas motor yang berlebihan (yang tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal).
- 3) *Negativism* yang ekstrim (tanpa motivasi yang jelas, bersikap sangat menolak pada segala instruksi atau mempertahankan postur yang kaku untuk menolak dipindahkan) atau *mutism* (sama sekali diam).
- 4) Gerakan-gerakan yang khas dan tidak terkendali.
- 5) *Echolalia* (menirukan kata-kata orang lain) atau *echopraxia* (menirukan tingkah laku orang lain).

d. Skizofrenia Tipe *Undifferentiated*

Sejenis skizofrenia dimana gejala-gejala yang muncul sulit untuk digolongkan pada tipe tertentu.

Kriteria diagnostik untuk skizofrenia tipe *undifferentiated* yaitu :

- 1) Sejenis skizofrenia di mana simtom-simtom memenuhi kriteria A, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia tipe paranoid, *disorganized* ataupun katatonik.

e. Skizofrenia Tipe Residual

Diagnosa skizofrenia tipe residual diberikan apabila pernah ada paling tidak satu kali episode skizofrenia, tetapi gambaran klinis saat ini tanpa simtom positif yang menonjol. Terdapat bukti bahwa gangguan masih ada sebagaimana ditandai oleh adanya negative simtom atau simtom positif yang lebih halus.

Diagnostik skizofrenia tipe residual dapat ditegakkan apabila memenuhi kriteria sebagai berikut :

- 1) Tidak ada yang menonjol dalam hal delusi, halusinasi, pembicaraan kacau, tingkah laku kacau atau tingkah laku katatonik.
- 2) Terdapat bukti keberlanjutan gangguan ini, sebagaimana ditandai oleh adanya simtom-simtom negatif atau dua atau lebih simtom yang terdaftar di kriteria A untuk skizofrenia, dalam bentuk yang lebih ringan.

#### **2.1.1.4 Penatalaksanaan Skizofrenia**

Menurut (Prihatini, 2008) penatalaksanaan skizofrenia dengan pemberian terapi, diantaranya yaitu:

a. Terapi Somatik (*Medikamentosa*)

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati Skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol

halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada Skizofrenia. Pasien mungkin dapat mencoba beberapa jenis antipsikotik sebelum mendapatkan obat atau kombinasi obat antipsikotik yang benar-benar cocok bagi pasien. Antipsikotik pertama diperkenalkan 50 tahun yang lalu dan merupakan terapi obat-obatan pertama yang efektif untuk mngobati Skizofrenia. Obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu :

antipsikotik konvensional

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya disebut antipsikotik konvensional. Walaupun sangat efektif, antipsikotik konvensional sering menimbulkan efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik konvensional antara lain :

- a) Haldol (*haloperidol*)
- b) Stelazine (*trifluoperazine*)
- c) Mellaril (*thioridazine*)
- d) Thorazine (*chlorpromazine*)
- e) Navane (*thiothixene*)
- f) Trilafon (*perphenazine*)
- g) Prolixin (*fluphenazine*)
- h) *Newer Atypical Antipsycotics*

Obat-obat yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, serta sedikit menimbulkan efek samping bila dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Beberapa contoh *newer atypicalantipsycotic* yang tersedia, antara lain :

- a) Risperdal (*risperidone*)
- b) Seroquel (*quetiapine*)
- c) Zyprexa (*olanzopine*)
- d) Clozaril (*Clozapine*).

Clozaril mulai diperkenalkan tahun 1990, merupakan antipsikotik atipikal yang pertama. Clozaril dapat membantu  $\pm$  25-50% pasien yang tidak merespon (berhasil) dengan antipsikotik konvensional. Sangat disayangkan, Clozaril memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius dimana pada kasus-kasus yang jarang (1%), Clozaril dapat menurunkan jumlah sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi. Ini artinya, pasien yang mendapat Clozaril harus memeriksakan kadar sel darah putihnya secara reguler.

#### b. Terapi Psikososial

##### 1) Terapi Perilaku

Teknik perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis, dan komunikasi interpersonal. Perilaku adaptif adalah didorong dengan pujian atau hadiah yang dapat ditebus untuk hal-hal yang diharapkan, seperti hak istimewa dan pas jalan di rumah sakit. Dengan demikian, frekuensi perilaku maladaptif atau menyimpang seperti berbicara lantang, berbicara sendirian di masyarakat, dan postur tubuh aneh dapat diturunkan.

##### 2) Terapi Berorientasi Keluarga

Terapi ini sangat berguna karena pasien skizofrenia seringkali dipulangkan dalam keadaan remisi parsial, keluarga dimana pasien skizofrenia kembali seringkali mendapatkan manfaat dari terapi keluarga yang singkat namun intensif (setiap hari). Setelah periode pemulangan segera, topik penting yang dibahas didalam terapi keluarga adalah proses pemulihan, khususnya

lama dan kecepatannya. Seringkali, anggota keluarga, didalam cara yang jelas mendorong sanak saudaranya yang terkena skizofrenia untuk melakukan aktivitas teratur terlalu cepat. Rencana yang terlalu optimistik tersebut berasal dari ketidaktahuan tentang sifat skizofrenia dan dari penyangkalan tentang keparahan penyakitnya.

Ahli terapi harus membantu keluarga dan pasien mengerti skizofrenia tanpa menjadi terlalu mengecilkan hati. Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa terapi keluarga adalah efektif dalam menurunkan relaps. Didalam penelitian terkontrol, penurunan angka relaps adalah dramatik. Angka relaps tahunan tanpa terapi keluarga sebesar 25-50 % dan 5 - 10 % dengan terapi keluarga.

### 3) Terapi Kelompok

Terapi kelompok bagi skizofrenia biasanya memusatkan pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata. Kelompok mungkin terorientasi secara perilaku, terorientasi secara psikodinamika atau tilikan, atau suportif. Terapi kelompok efektif dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan tes realitas bagi pasien skizofrenia. Kelompok yang memimpin dengan cara suportif, bukannya dalam cara interpretatif, tampaknya paling membantu bagi pasien skizofrenia.

### 4) Psikoterapi Individual

Penelitian yang paling baik tentang efek psikoterapi individual dalam pengobatan skizofrenia telah memberikan data bahwa terapi membantu dan

menambah efek terapi farmakologis. Suatu konsep penting di dalam psikoterapi bagi pasien skizofrenia adalah perkembangan suatu hubungan terapeutik yang dialami pasien sebagai aman. Pengalaman tersebut dipengaruhi oleh dapat dipercayanya ahli terapi, jarak emosional antara ahli terapi dan pasien, dan keikhlasan ahli terapi seperti yang diinterpretasikan oleh pasien.

Hubungan antara dokter dan pasien adalah berbeda dari yang ditemukan di dalam pengobatan pasien non-psikotik. Menegakkan hubungan seringkali sulit dilakukan; pasien skizofrenia seringkali kesepian dan menolak terhadap keakraban dan kepercayaan dan kemungkinan sikap curiga, cemas, bermusuhan, atau teregresi jika seseorang mendekati. Pengamatan yang cermat dari jauh dan rahasia, perintah sederhana, kesabaran, ketulusan hati, dan kepekaan terhadap kaidah sosial adalah lebih disukai daripada informalitas yang prematur dan penggunaan nama pertama yang merendahkan diri. Kehangatan atau profesi persahabatan yang berlebihan adalah tidak tepat dan kemungkinan dirasakan sebagai usaha untuk suapan, manipulasi, atau eksploitasi.

c. Perawatan di Rumah Sakit (*Hospitalization*)

Indikasi utama perawatan rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostik, menstabilkan medikasi, keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh, perilaku yang sangat kacau termasuk ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar.

Tujuan utama perawatan di rumah sakit yang harus ditegakkan adalah ikatan efektif antara pasien dan sistem pendukung masyarakat. Rehabilitasi dan

penyesuaian yang dilakukan pada perawatan rumah sakit harus direncanakan. Dokter harus juga mengajarkan pasien dan pengasuh serta keluarga pasien tentang skizofrenia.

Perawatan di rumah sakit menurunkan stres pada pasien dan membantu mereka menyusun aktivitas harian mereka. Lamanya perawatan rumah sakit tergantung dari keparahan penyakit pasien dan tersedianya fasilitas pengobatan rawat jalan. Rencana pengobatan di rumah sakit harus memiliki orientasi praktis ke arah masalah kehidupan, perawatan diri, kualitas hidup, pekerjaan, dan hubungan sosial. Perawatan di rumah sakit harus diarahkan untuk mengikat pasien dengan fasilitas perawatan termasuk keluarga pasien. Pusat perawatan dan kunjungan keluarga pasien kadang membantu pasien dalam memperbaiki kualitas hidup.

Selain anti psikosis, terapi psikososial ada juga terapi lainnya yang dilakukan di rumah sakit yaitu *Elektro Konvulsif Terapi* (ECT). Terapi ini diperkenalkan oleh Ugo cerleti (1887-1963). Mekanisme penyembuhan penderita dengan terapi ini belum diketahui secara pasti. Alat yang digunakan adalah alat yang mengeluarkan aliran listrik sinusoid sehingga penderita menerima aliran listrik yang terputus putus. Tegangan yang digunakan 100- 150 Volt dan waktu yang digunakan 2-3 detik.

## **2.1.2 Konsep Dasar Dukungan Keluarga**

### **2.1.2.1 Pengertian Dukungan Keluarga**

Menurut Friedman (2013) dukungan keluarga adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

Orang yang berada dalam lingkungan sosial yang suportif umumnya memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan rekannya yang tanpa keuntungan ini, karena dukungan keluarga dianggap dapat mengurangi atau menyangga efek kesehatan mental individu. Dukungan keluarga adalah bantuan yang dapat diberikan kepada anggota keluarga lain berupa barang, jasa, informasi dan nasihat yang mampu membuat penerima dukungan akan merasa disayang, dihargai, dan tenteram. Dukungan ini merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit.

Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung akan selalu siap memberi pertolongan dan bantuan yang diperlukan. Dukungan keluarga yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga yang lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat dalam sebuah keluarga. Bentuk dukungan keluarga terhadap anggota keluarga adalah secara moral atau material. Adanya dukungan keluarga akan berdampak pada peningkatan rasa percaya diri pada penderita dalam

menghadapi proses pengobatan penyakitnya (Misgiyanto & Susilawati, 2014).

#### **2.1.2.2 Bentuk dan Fungsi Dukungan Keluarga**

Setiap bentuk dukungan sosial keluarga mempunyai ciri-ciri antara lain (Harnilawati, 2013):

- a. Dukungan instrumental, yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit.
- b. Informatif, yaitu bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama.
- c. Perhatian emosional, setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta dan kepercayaan dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya.
- d. Bantuan instrumental, bantuan bentuk untuk ini bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktivitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita, menyediakan obat-obat yang dibutuhkan dan lain-lain.

- e. Bantuan penilaian, yaitu suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bisa positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan sosial keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penilaian yang positif.

### **2.1.2.3 Manfaat Dukungan Keluarga**

Manfaat dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi. Di samping itu, pengaruh positif dari dukungan sosial keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress (Harnilawati, 2013).

### **2.1.2.4 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan**

Menurut Andarmoyo (2012) tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Mengenal masalah kesehatan.
- b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
- c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
- d. Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- e. Mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

## **2.1.3 Konsep Dasar Kepatuhan Minum Obat**

### **2.1.3.1 Pengertian Kepatuhan Minum Obat**

Menurut Koziar (dalam Bukit, 2019) kepatuhan adalah sebuah istilah yang menggambarkan bagaimana pasien mengikuti petunjuk dan rekomendasi terapi dari perawat atau dokter. Sedangkan (Anggraini, 2017) menyatakan bahwa kepatuhan adalah merupakan perilaku yang dilakukan oleh tenaga medis atau keluarga untuk memaksa pasien atau mengontrol pasien dalam melakukan minum obat maupun berobat.

Kepatuhan minum obat merupakan keadaan ketika pasien minum obat yang tepat, pada waktu yang tepat, dosis yang tepat, jadwal yang benar, dan kondisi yang tepat (Tanna & Lawson, 2016).

### **2.1.3.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat**

Hasil dari beberapa penelitian terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat yaitu lamanya pengobatan, sosial budaya, status ekonomi dan dukungan sosial, pendidikan, tenaga kesehatan, dukungan keluarga (Dina, 2015).

#### **a. Lamanya Pengobatan**

Skizofrenia pada episode pertama kali mengalami gangguan jiwa biasanya memerlukan pengobatan minimal satu tahun. Pada beberapa kasus skizofrenia yang sudah kambuhan, pengobatan seumur hidup adalah pilihan yang paling disarankan (Andri, 2012).

#### **b. Faktor Sosial Budaya**

Kebanyakan pasien skizofrenia tidak langsung mendapatkan pengobatan yang sesuai saat pertama kali mengalami sakit ini. Banyak pasien yang sebelumnya

melakukan terapi alternatif terlebih dahulu (Andri, 2012).

c. Status Ekonomi dan Dukungan Sosial

Status ekonomi mempunyai peran penting dalam ketidakpatuhan untuk pasien. Keterbatasan biaya dalam pengobatan membuat keterbatasan transportasi (Dina, 2015). Keterbatasan transportasi menyebabkan pasien tergantung pada orang lain untuk melakukan perjalanan yang jauh dengan transportasi umum yang membutuhkan banyak biaya.

d. Pendidikan dan Perilaku Sehat

Banyak pasien yang tidak mengetahui tentang skizofrenia dan pengobatannya. Pasien beranggapan tidak sakit dan akhirnya tidak mau berobat (Andri, 2012).

e. Petugas Kesehatan

Kualitas interaksi antara klien dengan petugas kesehatan menentukan derajat kepatuhan. Kegagalan pemberian informasi yang lengkap tentang obat dari tenaga kesehatan biasanya menjadi penyebab ketidakpatuhan klien minum obat.

f. Efek Samping

Tiga puluh delapan persen pasien melaporkan efek samping pada bulan pertama, selanjutnya efek samping berkurang.

g. Dukungan Keluarga

Bahwa hubungan keluarga akan meningkatkan perawatan kesehatan dan dukungan secara psikologis. Dukungan keluarga selama pengobatan akan membantu tercapainya keberhasilan pengobatan. Keberhasilan

pengobatan dapat dicapai dengan meningkatkan kepatuhan minum obat (Dina, 2015).

#### h. Kepatuhan Kontrol

Kepatuhan terhadap pengobatan medis (kepatuhan kontrol) adalah suatu kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang telah ditentukan oleh tenaga pelayanan kesehatan. Penderita yang patuh berobat adalah yang selalu melakukan pengobatan ke pelayanan kesehatan setidaknya 1 bulan sekali. Penderita dikatakan tidak patuh dalam pengobatan ke pelayanan kesehatan jika tidak melakukan pengobatan selama 2 bulan (Permenkes RI, 2016).

### 2.1.3.3 Pengukuran Kepatuhan Minum Obat

Untuk memastikan pasien mengikuti pengobatan dengan baik adalah tugas dari dokter. Hal tersebut menjadi sulit karena tidak sepanjang waktu dokter bersama dengan pasien, sehingga dibutuhkan suatu alat ukur untuk menentukan nilai kepatuhan pasien. *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) adalah kuesioner yang pertama kali diterbitkan oleh morisky dan rekan-rekan pada tahun 1986 (Siregar, 2017).

Morisky et al. mengembangkan MMAS untuk mengetahui kepatuhan pasien dengan menggunakan kuesioner. MMAS pertama kali diaplikasikan untuk mengetahui *compliance* pada pasien hipertensi pada *pre* dan *post interview*. Morisky et al. mempublikasikan versi terbaru pada tahun 2008 yaitu MMAS-8 dengan reliabilitas yang lebih tinggi yaitu 0,83 serta sensitivitas dan spesifitas yang lebih tinggi pula. Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengonsumsi obat yang dinamakan *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS), dengan 8

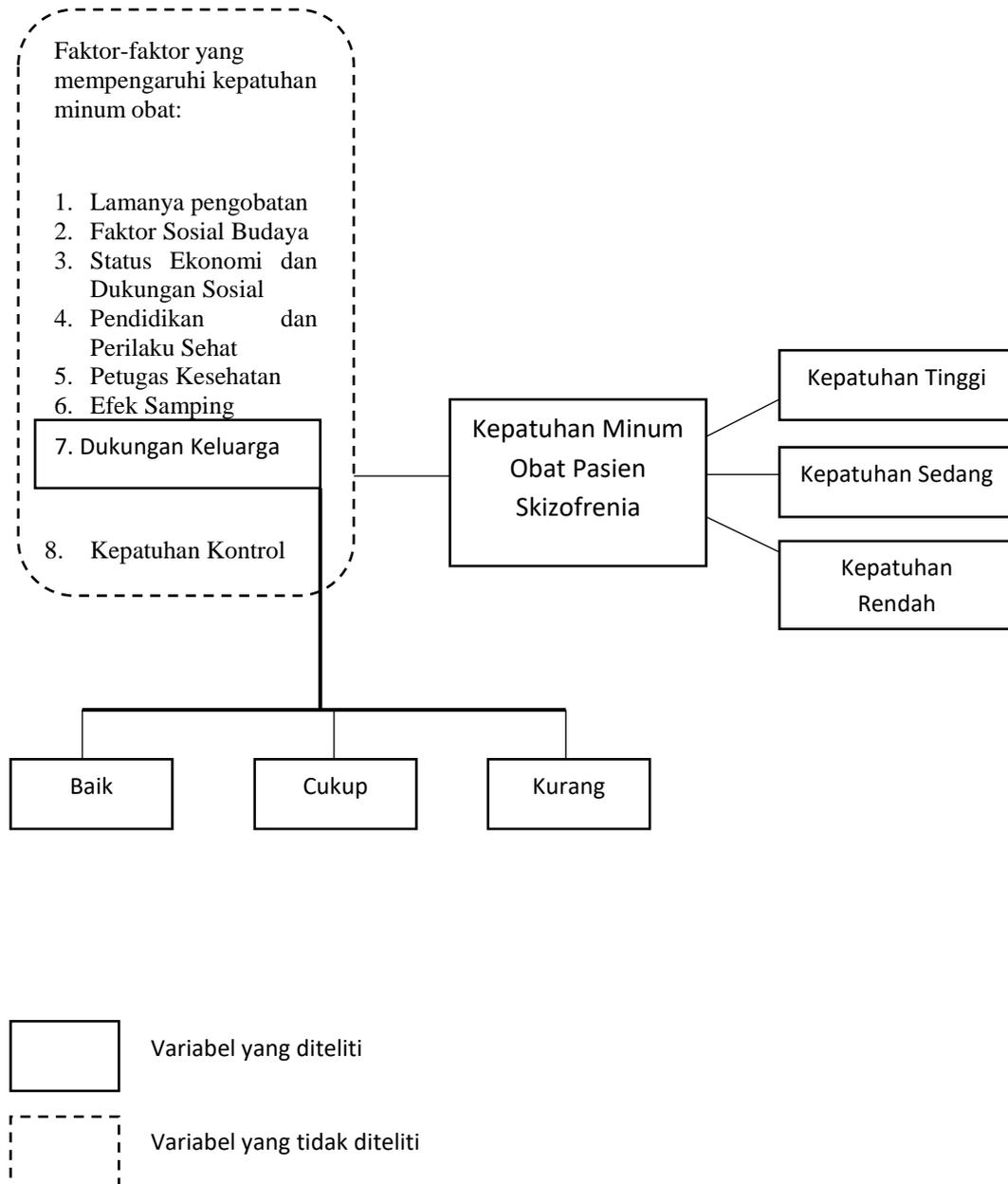
item yang berisi pernyataan-pernyataan yang menunjukkan frekuensi kelupaan dalam minum obat, kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat (Morisky dan Munter, 2009).

#### **2.1.3.4 Klasifikasi Kepatuhan Minum Obat**

Setiap pertanyaan MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) akan diberikan skor masing-masing yaitu 7 pertanyaan dengan skala Guttman dan 1 pertanyaan dengan skala likert. Dari perhitungan skor akan didapatkan kategori kepatuhan yaitu skor perhitungan 8 masuk dalam kategori kepatuhan tinggi, skor perhitungan 6-7 termasuk kategori kepatuhan sedang, dan apabila skor perhitungan 0-5 masuk dalam kategori kepatuhan rendah (Morisky & Dimatteo, 2011). Penilaian kepatuhan minum obat dinilai berdasarkan kedipsilinan pasien dalam minum obat, kemandirian pasien dalam minum obat dan kesadaran pasien minum obat. Dengan klasifikasi kepatuhan sebagai berikut:

- a. Kepatuhan tinggi (*high adherence*) adalah klien yang mengkonsumsi obat secara teratur sesuai petunjuk yakni tidak kehilangan satu atau lebih dari dosis pengobatan yang ditentukan serta minum obat sesuai jangka waktu antar tablet.
- b. Kepatuhan sedang (*medium adherence*) klien yang putus obat maupun berhenti terapi pengobatan untuk sementara (Anonim, 2014).
- c. Kepatuhan rendah (*low adherence*) adalah klien yang tidak minum obat sama sekali.

### 3.1 Kerangka Konsep



Skema 1 Kerangka Konsep

### **3.2 Hipotesis**

Hipotesis adalah pernyataan sementara yang perlu uji kebenarannya (Yuandari, 2017). Hipotesis pada penelitian ini adalah:

Ho: Ditolak, Tidak terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien Skizofrenia.

H1: Diterima, Terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien Skizofrenia.