

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu. Skizofrenia tidak dapat didefinisikan sebagai penyakit tersendiri, melainkan sebagai suatu proses penyakit yang mencakup banyak jenis dengan berbagai gejala seperti jenis kanker. Selama berpuluh-puluh tahun, skizofrenia sering disalahartikan oleh masyarakat (Videbeck, 2012: 348). Skizofrenia (*schizophrenia*) adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak. Menurut Nancy Andreasen (2008) dalam *Broken Brain, The Biological Revolution in Psychiatry*, bahwa bukti-bukti terkini tentang serangan skizofrenia merupakan suatu hal yang melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-faktor itu meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik. Menurut Melinda Herman (2008), mendefinisikan skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang memengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (*Neurological disease that affects a person's perception, thinking, language, emotion, and social behavior*) (Yosep I, 2010:211).

Menurut Buchanan dan Capenter (2000) Skizofrenia biasanya terdiagnosis pada masa remaja akhir dan dewasa awal. Skizofrenia jarang terjadi pada masa kanak-kanak. Insiden puncak awitannya ialah

15 sampai 25 tahun untuk pria dan 25 sampai 35 tahun untuk wanita (DSM-IV-TR, 2000). Prevalensi skizofrenia diperkirakan sekitar 1% dari seluruh penduduk. Di Amerika Serikat angka tersebut menggambarkan bahwa hampir tiga juta penduduk yang sedang, telah, atau akan terkena penyakit tersebut. Insiden dan prevalensi seumur hidup secara kasar sama diseluruh dunia (Videbeck, 2012:348). Skizofrenia merupakan bahasan yang menarik perhatian pada konferensi tahunan The American Psychiatric Association/APA di Miami, Florida, Amerika Serikat, Mei 1995 lalu. Sebab di AS angka pasien skizofrenia cukup tinggi (*lifetime prevalence rates*) mencapai 1/1000 penduduk. Sebagai perbandingan, di Indonesia bila PJPT I angkanya adalah 1/1000 penduduk maka proyeksinya pada PJPT II, 3/1000 penduduk, bahkan bisa lebih besar lagi (Yosep I, 2010:59).

2. Tanda Gejala Skizofrenia

Videbeck (2012) mengatakan bahwa secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 2 (dua), yaitu gejala positif dan negatif.

a. Gejala Positif atau Gejala Nyata

Gejala positif skizofrenia antara lain:

- 1) Halusinasi: Persepsi sensori yang salah atau pengalaman yang tidak terjadi dalam realitas.
- 2) Waham: Keyakinan yang salah dan dipertahankan yang tidak memiliki dasar dalam realitas.
- 3) Ekopraksia: Peniruan gerakan dan gestur orang lain yang diamati klien.

- 4) *Flight of ideas*: Aliran verbalisasi yang terus-menerus saat individu melompat dari suatu topik ke topik lain dengan cepat.
 - 5) Perseverasi: Terus menerus membicarakan satu topik atau gagasan; pengulangan kalimat, kata, atau frasa secara verbal, dan menolak untuk mengubah topik tersebut.
 - 6) Asosiasi longgar: Pikiran atau gagasan yang terpecah-pecah atau buruk.
 - 7) Gagasan rujukan: Kesan yang salah bahwa peristiwa eksternal memiliki makna khusus bagi individu.
 - 8) Ambivalensi: Mempertahankan keyakinan atau perasaan yang tampak kontradiktif tentang individu, peristiwa, situasi yang sama.
- b. Gejala Negatif atau Gejala Samar
- Gejala negatif skizofrenia antara lain:
- 1) Apati: Perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas, peristiwa.
 - 2) Alogia: Kecenderungan berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna (miskin isi).
 - 3) Afek datar: Tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi atau *mood*.
 - 4) Afek tumpul: Rentang keadaan perasaan emosional atau *mood* yang terbatas.
 - 5) Anhedonia: Merasa tidak senang atau tidak gembira dalam menjalani hidup, aktivitas, atau hubungan.

- 6) Katatonia: imobilitas karena faktor psikologis, kadang kala ditandai oleh periode agitasi atau gembira, klien tampak tidak bergerak, seolah-olah dalam keadaan setengah sadar.
- 7) Tidak memiliki kemauan: Tidak adanya keinginan, ambisi, atau dorongan untuk bertindak atau melakukan tugas-tugas.

3. Faktor Resiko Terjadinya Skizofrenia

Menurut Hawari (2010) Skizofrenia bukan merupakan penyakit melainkan sebuah syndrom sehingga faktor resiko skizofrenia hingga sekarang belum jelas. Teori tentang faktor resiko skizofrenia dianut oleh faktor organobiologik (genetika, virus, dan malnutrisi janin), psikoreligius, dan psikososial termasuk diantaranya adalah psikologis, sosio-demografi, sosio-ekonomi, sosio-budaya, migrasi penduduk, dan kepadatan penduduk di lingkungan pedesaan dan perkotaan. Damabrata (2003) mengatakan bahwa semua faktor tersebut saling berkaitan satu sama lain yang mengakibatkan kondisi psikologi yang rentan. Pada fase berikutnya apabila dikenai stress sosio-ekonomi dan psikososial seperti status ekonomi yang rendah, gagal dalam mencapai cita-cita, konflik yang berlarut, kematian keluarga yang dicintai dan sebagainya dapat menjadi faktor pencetus berkembangnya skizofrenia (Wahyudi A dan Fibriana AI, 2016).

4. Tipe Skizofrenia

Menurut Videbeck (2012:349) Berikut ini adalah tipe skizofrenia dari DSM-IV-TR 2000. Diagnosa ditegakkan berdasarkan gejala yang dominan:

- a. Skizofrenia, tipe paranoid: ditandai dengan waham kejar (rasa menjadi korban atau dimata-matai) atau waham kebesaran, halusinasi, dan kadang-kadang keagamaan yang berlebihan (fokus waham agama), atau perilaku agresif dan bermusuhan.
 - b. Skizofrenia, tipe tidak terorganisasi: ditandai dengan afek datar atau afek yang tidak sesuai secara nyata, inkoherensi, asosiasi longgar, dan diorganisasi perilaku yang ekstern.
 - c. Skizofrenia, tipe katatonik: ditandai dengan gangguan psikomotor yang nyata, baik dalam bentuk tanpa gerakan atau aktivitas motorik yang berlebihan, negativisme yang ekstrem, mutisme, gerakan volunter yang aneh, ekolalia, atau ekopraksia. Imobilitas motorik dapat terlihat berupa katalepsi (*flexibilitas cerea*) atau stupor. Aktivitas motorik yang berlebihan terlihat tanpa tujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal.
 - d. Skizofrenia, tipe tidak dapat dibedakan: ditandai dengan gejala-gejala skizofrenia campuran (atau tipe lain) disertai gangguan pikiran, afek, dan perilaku.
 - e. Skizofrenia, tipe residual: ditandai dengan setidaknya satu episode skizofrenia sebelumnya, tetapi saat ini tidak psikotik, menarik diri dari masyarakat, afek datar, serta asosiasi longgar.
5. Kekambuhan Pasien Skizofrenia
- a. Pengertian Kekambuhan

Andri (2008) mengatakan bahwa kekambuhan merupakan keadaan pasien dimana muncul gejala seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali. Menurut Wulansih

(2008) perawatan pasien skizofrenia cenderung berulang (Recurrent), apapun bentuk subtipe penyakitnya hampir separuh pasien yang diobati dengan pelayanan standar akan kambuh dan membutuhkan perawatan kembali dalam dua tahun pertama. Tingkat kekambuhan lebih tinggi pada pasien skizofrenia yang hidup bersama anggota keluarga yang penuh ketegangan, bermusuhan dan keluarga memperlihatkan kecemasan yang berlebihan. Tingkat kekambuhan juga dipengaruhi oleh stress dalam kehidupan seperti hal berkaitan dengan keuangan dan pekerjaan. Keluarga merupakan bagian yang penting dalam proses pengobatan pasien dengan skizofrenia. Menurut Keliat (2008) meskipun angka kekambuhan tidak secara otomatis dapat dijadikan sebagai kriteria kesuksesan suatu pengobatan skizofrenia, bagaimanapun parameter ini cukup signifikan dalam beberapa aspek. Setiap kekambuhan berpotensi menimbulkan bahaya bagi pasien dan keluarganya, seringkali mengakibatkan perawatan kembali/rehospitalisasi dan membengkaknya biaya pengobatan (Santosa I, 2014).

b. Faktor-faktor Kekambuhan

Menurut Yosep I (2010) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kekambuhan, antara lain tidak minum obat dan tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat, serta adanya masalah kehidupan yang berat dan membuat stress.

1) Klien

Secara umum bahwa pasien yang minum obat secara tidak teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% pasien skizofrenia yang pulang dari rumah sakit jiwa tidak memakan obat secara teratur (Appleton, dalam Keliat 1996). Klien kronis, khususnya skizofrenia sukar mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidakmampuan mengambil keputusan. Di rumah sakit perawat bertanggung jawab dalam pemberian atau pemantauan pemberian obat sedangkan di rumah tugas perawat digantikan oleh keluarga.

2) Dokter (Pemberi Resep)

Minum obat yang teratur dapat mengurangi kekambuhan, namun pemakaian obat neuroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping yang mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Pemberian obat oleh dokter diharapkan sesuai dengan dosis terapeutik sehingga dapat mencegah kekambuhan dan efek samping.

3) Penanggung jawab klien (*case manager*)

Setelah pasien pulang ke rumah, maka penanggung jawab kasus mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk bertemu dengan pasien, sehingga dapat mengidentifikasi gejala dini pasien dan segera mengambil tindakan.

4) Keluarga

Keluarga mempunyai tanggung jawab yang penting dalam proses perawatan di rumah sakit jiwa, persiapan pulang dan perawatan di rumah agar adaptasi klien berjalan dengan baik. Kualitas dan efektifitas perilaku keluarga akan membantu proses pemulihan kesehatan pasien sehingga status kesehatan pasien meningkat. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab kekambuhan adalah perilaku keluarga yang tidak tahu cara menangani klien skizofrenia di rumah.

c. Faktor Risiko Kekambuhan

Menurut Murphy, MF, & Moller MD, faktor resiko untuk kambuh dalam Videbeck (2012), adalah:

1) Faktor risiko kesehatan

- (a) Gangguan sebab dan akibat berfikir
- (b) Gangguan proses informasi
- (c) Gizi buruk
- (d) Kurang tidur
- (e) Kurang olahraga
- (f) Keletihan
- (g) Efek samping pengobatan yang tidak dapat ditoleransi

2) Faktor risiko lingkungan

- (a) Kesulitan keuangan
- (b) Kesulitan tempat tinggal

- (c) Perubahan yang menimbulkan stress dalam peristiwa kehidupan
 - (d) Keterampilan kerja yang buruk, ketidakmampuan mempertahankan pekerjaan
 - (e) Tidak memiliki transportasi/ sumber-sumber
 - (f) Keterampilan sosial yang buruk, isolasi sosial, kesepian
 - (g) Kesulitan interpersonal
- 3) Faktor risiko perilaku dan emosional
- (a) Tidak ada kontrol, perilaku agresif, atau perilaku kekerasan
 - (b) Perubahan *mood*
 - (c) Pengobatan dan penatalaksanaan gejala yang buruk
 - (d) Konsep diri rendah
 - (e) Penampilan dan tindakan yang berbeda
 - (f) Perasaan putus asa
 - (g) Kehilangan motivasi
- d. Gejala-gejala Kekambuhan Skizofrenia
- Menurut Yosep I (2010) beberapa gejala kambuh yang perlu diidentifikasi klien dan keluarganya yaitu:
- 1) Menjadi ragu-ragu dan serba takut (Nervous)
 - 2) Tidak ada nafsu makan
 - 3) Sukar konsentrasi
 - 4) Sulit tidur
 - 5) Depresi
 - 6) Tidak ada minat
 - 7) Menarik diri

6. Pengobatan skizofrenia

a. Jenis obat

Terapi medis utama untuk skizofrenia ialah psikofarmakologi. Antipsikotik yang juga dikenal sebagai neuroleptik, diprogramkan utama karena keefektifannya dalam mengurangi gejala psikotik. Obat-obatan ini tidak dapat menyembuhkan skizofrenia, tetapi digunakan untuk mengatasi gejala-gejala tersebut (Videbeck, 2012). Menurut Maslim (2001) terapi psikofarmakologi pada skizofrenia dengan antipsikotik dua kategori, yaitu: obat atipikal (clozapin, risperidon, olanzapine, quetiapin) dan obat tipikal (thiothixene, haloperidol, chlorpromazine dan trifluoperazine) (Iswanti DI, 2012). Antipsikotik tipikal mengatasi tanda-tanda positif skizofrenia, seperti waham, halusinasi, gangguan pikiran, dan gejala psikotik lain, tetapi tidak memiliki efek yang tampak pada tanda-tanda negatif. Antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala psikotik, tetapi untuk banyak klien, obat-obatan ini juga mengurangi tanda-tanda negatif seperti tidak memiliki kemauan dan motivasi, menarik diri dari masyarakat, dan anhedonia (Videbeck, 2012).

b. Terapi

Menurut Hawari (2001) ada berbagai macam terapi yang bisa diberikan pada pasien skizofrenia. Hal ini diberikan dengan kombinasi satu sama lain dan dengan jangka waktu yang relatif lama. Terapi skizofrenia terdiri dari pemberian obat-obatan, psikoterapi, dan rehabilitasi. Terapi psikososial pada skizofrenia meliputi: terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga,

rehabilitasi psikiatri, latihan keterampilan sosial dan manajemen kasus (Iswanti DI, 2012).

c. Efek samping

Efek terapeutik obat pada klien skizofrenia memiliki respon yang berbeda pada tiap individu dan membutuhkan waktu lama untuk merasakan manfaat dari obat tersebut. Sampai saat ini dari obat yang telah ditemukan belum ada obat yang sangat ideal untuk skizofrenia, karena masing-masing jenis obat memiliki kelebihan dan kekurangannya. Menurut Maslim (2001), efek samping yang sering terjadi adalah gejala ekstrapiramidal seperti: kedua tangan gemetar (tremor), kekakuan alat gerak (bila berjalan seperti robot), otot leher kaku sehingga kepala klien eolah-olah “terpelintir” atau “tertarik”. Efek samping ini menimbulkan rasa tidak nyaman buat klien dan menimbulkan asumsi negatif terkait ada dan tidak adanya manfaat dari obat tersebut bagi kesembuhan klien skizofrenia. Hal ini akan berdampak pada perilaku klien dalam menjalankan regimen terapeutik yang disarankan dari petugas kesehatan.

Benhard (2007) mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi efek terapeutik obat antipsikotik ini meliputi: usia, genetik, perilaku penyalahgunaan zat, kondisi medis, obat penginduksi enzim, obat yang menghambat clearance dan perubahan dalam ikatan protein. Seharusnya klien skizofrenia mendapatkan manajemen medikasi berupa informasi mengenai manfaat pengobatan antipsikotik, mengetahui cara pemakaian antipsikotik yang tepat, mengetahui efek samping yang tidak

menguntungkan dari pengobatan dan membicarakan masalah pengobatan dengan tenaga medis (Iswanti DI, 2012).

d. Indikator keberhasilan terapi

Menurut Marder (2000) mempertahankan program pengobatan sangat penting untuk keberhasilan terapi pada klien skizofrenia. Gagal meminum obat sesuai program adalah salah satu alasan yang paling sering dikemukakan untuk rekurensi gejala psikotik dan kembali masuk rumah sakit. Klien yang berespons baik terhadap antipsikotik dan mempertahankan program pengobatan tersebut dapat menjalani hidup yang relatif normal dengan relaps hanya sesekali. Klien yang tidak berespons baik terhadap agens antipsikotik dapat menghadapi ide-ide waham dan halusinasi seumur hidup, tanda-tanda negatif, dan gangguan yang nyata. Banyak klien menemukan diri mereka berada diantara dua hal yang ekstrem ini (Videbeck, 2012)

Menurut Medicastore (2009) Kontinuitas pengobatan dalam penatalaksanaan skizofrenia merupakan salah satu faktor utama keberhasilan terapi. Pasien yang tidak patuh pada pengobatan akan memiliki resiko kekambuhan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang patuh pada pengobatan. Ketidapatuhan berobat ini yang merupakan alasan pasien kembali dirawat di rumah sakit. Pasien yang kambuh membutuhkan waktu yang lebih lama untuk kembali pada kondisi semula dan dengan kekambuhan yang berulang, kondisi pasien bisa semakin memburuk dan sulit untuk kembali ke keadaan semula. Pengobatan skizofrenia ini harus

dilakukan terus menerus sehingga pasiennya nanti dapat dicegah dari kekambuhan penyakit dan dapat mengembalikan fungsi untuk produktif serta akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidupnya (Yuliantika, dkk, 2012). Kepatuhan merupakan faktor penentu dari efektifitas pengobatan penyakit skizofrenia karena hanya dengan patuh berobat kemungkinan untuk sembuh akan lebih besar.

Kepatuhan minum obat pasien tidak lepas dari peranan penting dari keluarga, sehingga pasien yang patuh pada pengobatan prevalensi kekambuhannya berkurang. Walaupun skizofrenia adalah suatu penyakit yang tidak dapat disembuhkan tetapi dapat ditangani kekambuhannya dengan melakukan pengobatan secara tepat jadwal berobat. Hal ini berarti dengan pengobatan teratur dan dukungan dari keluarga, masyarakat dan orang sekitar penderita dapat bersosialisasi dan memiliki aktivitas seperti orang normal, dengan demikian maka prevalensi kekambuhan berkurang ataupun pasien tidak akan kambuh karena proses pengobatan pasien dilakukan sesuai dengan anjuran dan petunjuk dokter, sehingga kepatuhan minum obat baik, dan prevalensi kekambuhan pasien berkurang bahkan tidak pernah kambuh dalam kurun waktu 1-2 tahun (Kaunang I, 2016).

B. Kepatuhan Pengobatan Pasien Skizofrenia

1. Pengertian Kepatuhan

Menurut Gajski dan Karlovic (2008) Kepatuhan adalah sebuah istilah yang menggambarkan bagaimana pasien mengikuti petunjuk dan

rekomendasi terapi dari perawat atau dokter. Perkin (2002) mengatakan bahwa kepatuhan merupakan keputusan yang diambil oleh klien setelah membandingkan risiko yang dirasakan jika tidak patuh dan keuntungan dari pengobatan. Jadi berdasarkan pengertian diatas, bahwa kepatuhan merupakan kewenangan atau keputusan setiap pasien (Gusmansyah G, 2016). Kaplan dan Sadok (1997) menguraikan perilaku kepatuhan pada klien skizofrenia terdiri dari kepatuhan melakukan kontrol setelah perawatan, kepatuhan mengkonsumsi obat secara tepat, dan kepatuhan mengikuti anjuran tenaga kesehatan berupa perubahan pola hidup (contohnya cara mengatasi masalah) sesuai dengan psikoterapi yang diberikan. Regimen terapi pada klien skizofrenia membutuhkan waktu yang lama, efektivitas obat yang optimal dicapai dalam waktu tertentu, sehingga dibutuhkan kepatuhan (*compliance*) dan ketekunan dari klien dalam pengobatan. Menurut Herdman (2012) salah satu kriteria hasil yang diharapkan pada penatalaksanaan regimen terapeutik yang efektif adalah perilaku kepatuhan dalam pengobatan.

Berdasarkan hasil penelitian Putri MA (2014) tentang hubungan motivasi keluarga dengan tingkat kepatuhan berobat pada pasien skizofrenia di Poliklinik Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember. Analisa data korelasi menggunakan uji dengan Spearman Rank ($\alpha=0.05$) diperoleh nilai *p value* 0.035 yang artinya terdapat hubungan antara motivasi keluarga dengan tingkat kepatuhan berobat pada pasien skizofrenia di Poliklinik Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember.

2. Kriteria Kepatuhan

Niven (2002) mengatakan bahwa kepatuhan yang dimaksud pada pasien, yaitu ketaatan dan kemauan yang baik dari pada pasien untuk selalu melakukan kontrol yaitu rawat jalan ke pelayanan kesehatan berupa unit rawat jalan/ poliklinik rumah sakit jiwa setiap bulan setelah pasien menjalani rawat inap. Kontrol rutin/ perawatan jalan kesehatan perlu dilakukan oleh pasien agar tidak terjadi putus obat, dan para tenaga kesehatan juga dapat mengetahui perkembangan pasien. Kepatuhan kontrol berobat adalah kepatuhan (keteraturan) klien skizofrenia terhadap pengobatan dilihat dari datang atau tidaknya klien yang sudah ditetapkan, dihitung dari kedatangan minimal 6 bulan (Indirawati R, 2013). Penderita yang patuh berobat adalah yang menyediakan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus minimal 6 bulan sampai 9 bulan. Sedangkan penderita dikatakan lalai jika tidak datang lebih dari 3 hari sampai 2 bulan dari tanggal perjanjian (Putri MA, 2013).

3. Faktor-faktor Kepatuhan

Fleischhacker, dkk (2003) dalam mengklasifikasikan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien skizofrenia menjadi 4 faktor, yaitu:

a. Faktor individu

Faktor individu meliputi usia, jenis kelamin, gangguan kognitif, dan psikopatologi sebagai faktor yang mempengaruhi kepatuhan. Pada pria di usia dewasa awal memiliki kecenderungan tidak patuh karena kegiatan di usia produktifnya. Usia lanjut menunjukkan

kepatuhan yang rendah karena penurunan kapasitas fungsi memori dan penyakit degeneratif selain skizofrenia yang dialaminya. Tingkat kepatuhan wanita lebih tinggi daripada pria, wanita muda lebih patuh dari wanita tua. Klien dengan gejala positif (waham dan maniak) sulit patuh terhadap pengobatan karena merasa dipaksa dan takut diracuni. Kebiasaan klien merokok juga akan mempengaruhi efek terapeutik antipsikotik.

Faktor individu lain yaitu: kurangnya informasi (pengetahuan), gangguan kognitif dan komorbiditas (samalin, 2010). Persepsi klien terhadap suatu obat akan mempengaruhi kepatuhan, klien yang paham akan instruksi obat cenderung lebih patuh. Selain itu keyakinan dan nilai individu juga mempengaruhi kepatuhan, klien yang tidak patuh biasanya mengalami depresi, ansietas dengan kesehatannya, memiliki ego lemah dan terpusat perhatian pada diri sendiri. Sehingga klien merasa tidak ada motivasi, mengingkari penyakitnya, dan kurang perhatian pada program pengobatan yang harus dijalankan. Brunner dan Suddart (2002) mengemukakan psikososial seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan, atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama dan budaya dan biaya finansial juga mempengaruhi klien dalam mematuhi program pengobatan (Iswanti DI, 2012).

b. Faktor lingkungan

Menurut Fleischhacker,dkk (2003) faktor lingkungan yang mempengaruhi kepatuhan meliputi: ketersediaan pelayanan fasilitas kesehatan, sikap terhadap pengobatan, adanya pengawasan

terhadap pengawasan, pandangan masyarakat terhadap skizofrenia.

Keluarga dapat mempengaruhi keyakinan, nilai kesehatan, dan menentukan program pengobatan yang dapat diterima oleh klien. Keluarga berperan dalam pengambilan keputusan tentang perawatan anggota keluarga yang sakit, menentukan keputusan mencari dan mematuhi anjuran pengobatan. Jarak tempat tinggal dengan rumah sakit juga menjadi penyebab ketidakpatuhan dalam berobat. Jarak tempat tinggal merupakan jauh dekatnya perjalanan yang harus ditempuh oleh pasien dalam pengobatan. Semakin jauh jarak tempat tinggal dari fasilitas kesehatan, semakin besar risiko terjadinya ketidakpatuhan berobat. Fleischhacker (2003) menguraikan stigma masyarakat terhadap penyakit merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Stigma negatif, bahwa orang yang minum obat adalah orang yang sakit memberi dampak ketidakpatuhan pada klien skizofrenia. Klien yang tinggal sendirian memiliki tingkat kepatuhan lebih rendah dibandingkan dengan klien yang tinggal dilingkungan dengan pemberian dukungan sosial. Lingkungan yang terlalu menuntut klien justru dapat menyebabkan menurunnya kepatuhan program pengobatan (Iswandi DI, 2012).

c. Faktor pengobatan

Faktor yang berhubungan dengan pengobatan antara efek samping, dosis yang diberikan, cara penggunaan, lama pengobatan, biaya pengobatan, jumlah obat yang harus diminum. Semakin banyak jumlah obat yang direkomendasikan maka

kemungkinan besar makin rendah tingkat kepatuhan karena kompleksitas pengobatan yang harus dijalankan. Menurut Brunner dan Suddart (2001) mengemukakan bahwa program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan dari obat juga mempengaruhi kepatuhan. Sebagian besar obat memiliki waktu pencapaian efek terapeutik yang cukup lama, sehingga klien tidak segera merasakan manfaat obat yang diminum selama ini. Tetapi, klien akan merasakan efek samping yang kurang menyenangkan terlebih dahulu dibandingkan manfaat obat. Klien skizofrenia juga tidak segera kambuh setelah putus obat, sehingga klien beranggapan kekambuhannya tidak ada hubungannya dengan putus obat. Selain itu jumlah obat dan kerumitan cara meminumnya juga mempengaruhi kepatuhan klien skizofrenia meminum obatnya. Makin banyak jenis obat yang harus dia minum tiap harinya, maka klien akan merasa semakin kesulitan mematuhi program pengobatan.

d. Faktor yang berhubungan dengan Petugas kesehatan

Kualitas interaksi antara klien dan petugas kesehatan menentukan derajat kepatuhan. Kegagalan pemberian informasi yang lengkap tentang obat dari tenaga kesehatan bisa menjadi penyebab ketidakpatuhan klien meminum obatnya. Pemberian perawatan lanjutan ketika dirumah, keyakinan tenaga kesehatan terhadap suksesnya pengobatan, hubungan yang baik dan tenaga kesehatan, dan efektifitas dari perawatan pada rawat jalan

mempengaruhi kepatuhan klien dalam menjalani program pengobatan.

Selain itu, Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2003) dan Friedman (2010) mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat, yaitu:

a. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003) Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terhadap obyek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu pengindraan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Wawan dan Dewi, 2011).

Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingatkan bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan non formal saja, akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan aspek

negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu. Menurut teori WHO (World Health Organization) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007), salah satu bentuk objek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri.

1) Pengetahuan yang Harus Dimiliki Keluarga Dalam Pengobatan Skizofrenia

Notoatmodjo (2010) mengatakan bahwa pengetahuan keluarga mengenai kesehatan mental merupakan awal usaha dalam memberikan kesembuhan bagi pasien skizofrenia agar pasien atau penderita gangguan jiwa bisa bersosialisasi lagi dengan lingkungan sekitar, dan keluarga juga bisa saling mengingatkan orang lain agar tidak membedakan pasien skizofrenia agar dapat meningkatkan kesehatan mental pasien skizofrenia dan keluarga, juga dapat tidak menjadi sumber masalah bagi anggota keluarga yang mengalami ketidakstabilan mental sebagai minimnya pengetahuan mengenai persoalan kejiwaan bagi keluarga yang memiliki pasien skizofrenia (Warsidah, 2017).

Perawatan di rumah sakit tidak akan bermakna bila tidak dilanjutkan dengan perawatan di rumah, untuk dapat melakukan perawatan secara baik dan benar keluarga perlu memiliki bekal yaitu pengetahuan mengenai penyakit yang

dialami oleh pasien. Hal ini mengingat bahwa pasien skizofrenia mengalami berbagai kemunduran, salah satunya yaitu fungsi kognitif, sehingga orang terdekat pasien dalam hal ini keluarga memiliki peran yang sangat penting. Salah satu peran keluarga dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa adalah memberikan perhatian yang lebih kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti memperhatikan kebutuhan sehari-hari klien baik makan, minum, istirahat dan tidur, eliminasi dan lain-lain.

Salah satu faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan minum obat pada pasien skizofrenia yaitu pengetahuan keluarga tentang pengobatan. Pemberian obat dapat meningkatkan kualitas hidup penderita. Pengobatan ini tidak cukup hanya beberapa bulan saja tetapi memerlukan waktu yang lama, sehingga dapat menyebabkan penderita menghentikan pengobatannya sebelum sembuh, apalagi selama pengobatan timbul efek samping. Dalam hal ini pengetahuan keluarga sangat diperlukan untuk memotivasi anggota keluarganya yang menderita skizofrenia untuk tetap mematuhi jadwal pengobatan sesuai yang dianjurkan.

Huser (1995) mengemukakan bahwa perilaku ketidakpatuhan adalah menghentikan minum obat dengan dosis bukan seperti yang dianjurkan, minum obat tidak tepat waktu, dan penyalahgunaan obat. Faktor yang paling penting dengan kekambuhan pada skizofrenia adalah ketidakpatuhan

meminum obat. Salah satu terapi pasien pada skizofrenia adalah pemberian antipsikosis. Obat tersebut bekerja bila dipakai dengan benar tetapi banyak dijumpai pasien skizofrenia tidak menggunakan obat secara rutin. Menurut Tambayong (2002) faktor ketidakpatuhan terhadap pengobatan adalah kurang pemahamnya pasien tentang tujuan pengobatan yang ditetapkan sehubungan dengan prognosisnya, sukarnya memperoleh obat di luar rumah sakit, mahalny harga obat, dan kurangnya perhatian dan kepedulian keluarga yang mungkin bertanggung jawab atas pembelian atau pemberian obat kepada pasien. Terapi obat yang efektif dan aman hanya dapat dicapai bila pasien mengetahui seluk beluk pengobatan serta kegunaannya (Gusmansyah G, 2016).

Skizofrenia memiliki tingkat kekambuhan yang sangat tinggi, pasien harus berkonsultasi kepada dokter secara berkala dan minum obat dengan dosis dan interval waktu seperti yang ditetapkan oleh dokter. Bagi sebagian besar pasien, pengobatan jangka panjang bisa mengurangi kemungkinan kambuh secara signifikan dan menjaga diri pasien dalam keadaan rehabilitasi. Selain itu, pasien harus menjalani pelatihan rehabilitasi, kembali ke masyarakat secara bertahap untuk pemulihan yang lebih cepat. Rehabilitasi sebaiknya dimulai saat diagnostik ditegakkan dan terapi dimulai. Pada saat setelah pengobatan, karena pasien diperkirakan akan dikembalikan ke masyarakat. Agar pengembalian berjalan

lancar, sebaiknya persiapan pengembalian pasien diusahakan sedini mungkin, jangan menunggu sampai pasien selesai terapi. Prasangka terhadap bekas pasien merupakan suatu penghalang utama untuk merehabilitasinya. Karena itu baik keluarga maupun lingkungan dekat pasien sebaiknya dilibatkan dalam persiapan ini. Penerangan dan penyuluhan bagi mereka sangat penting, hal ini berlaku juga bagi lingkungan kerja pasien.

2) Instrumen Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2003).

b. Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010) Dukungan keluarga adalah suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya yang dapat diakses oleh keluarga yang dapat bersifat mendukung dan memberikan pertolongan kepada anggota keluarga. Hal ini berkaitan dengan apa yang diungkapkan Friedman (2010) yang menyatakan bahwa dukungan keluarga adalah bagian integral dari dukungan sosial. Dampak positif dari dukungan keluarga adalah meningkatnya penyesuaian diri seseorang terhadap kejadian-kejadian dalam kehidupan. Dukungan keluarga meliputi informasi verbal atau non-verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain yang dapat

memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penderita Skizofrenia.

Dukungan keluarga berperan besar dalam hal kepatuhan penderita skizofrenia dalam menjalani pengobatan, dengan adanya dukungan keluarga dapat memberikan kepercayaan diri pada penderita skizofrenia serta dorongan untuk patuh berobat sehingga dapat mengurangi kekambuhan pada penderita skizofrenia. Selain dukungan keluarga hal yang terpenting adalah sikap penderita skizofrenia sendiri untuk tetap yakin dapat sembuh dengan cara berobat teratur dan patuh dalam menjalani pengobatan. Sehingga penderita skizofrenia dapat sembuh tanpa mengalami kekambuhan.

1) Jenis-jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010) dukungan keluarga antara lain:

(a) Dukungan emosional

Dukungan emosional merupakan suatu bentuk dukungan berupa rasa aman, cinta kasih, memberi semangat, mengurangi putus asa dan rendah diri sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik. Dukungan emosional dalam keluarga akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga. Dukungan emosional memberikan pasien perasaan nyaman, merasa dicintai meskipun saat mengalami suatu masalah, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan

tempat istirahat dan memberikan semangat kepada pasien yang dirawat di rumah atau di rumah sakit jiwa. Jenis dukungan bersifat emosional atau menjaga keadaan emosi atau ekspresi. Yang termasuk dukungan emosional ini adalah ekspresi dari empati, kepedulian, dan perhatian kepada individu. Memberikan individu perasaan yang nyaman, jaminan rasa memiliki, dan merasa dicintai saat mengalami masalah, bantuan dalam bentuk semangat, kehangatan personal, cinta, dan emosi. Jika stress mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai maka dukungan dapat menggantikannya sehingga akan dapat menguatkan kembali perasaan dicintai tersebut. Apabila dibiarkan terus menerus dan tidak terkontrol maka akan berakibat hilangnya harga diri.

(b) Dukungan penilaian

Penilaian mengacu pada kemampuan untuk menafsirkan lingkungan dan situasi diri dengan benar dan mengadaptasi suatu perilaku dan keputusan diri secara tepat. Keluarga sebagai pemberi bimbingan dan umpan balik atau pencapaian anggota keluarga dengan cara memberikan support, pengakuan, penghargaan, dan perhatian sehingga dapat menimbulkan kepercayaan diri pada individu. Dukungan penilaian merupakan dukungan berupa dorongan dan motivasi yang diberikan keluarga kepada pasien. Dukungan ini merupakan dukungan yang

terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Pasien mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi penghargaan positif keluarga kepada pasien, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan pasien. Dukungan keluarga ini dapat membantu meningkatkan strategi koping pasien dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek positif.

Dalam dukungan penilaian, kelompok dukungan dapat mempengaruhi persepsi pasien akan ancaman. Dukungan keluarga dapat membantu pasien mengatasi masalah dan mendefinisikan kembali situasi tersebut sebagai ancaman kecil dan keluarga bertindak sebagai pembimbing dengan memberikan umpan balik dan mampu membangun harga diri pasien.

(c) Dukungan instrumental

Keluarga menjadi sumber pemberi pertolongan secara nyata. Misalnya bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti memberikan materi, tenaga, dan sarana. Manfaat dari diberikannya dukungan ini yaitu individu merasa mendapat perhatian atau kepedulian dari lingkungan keluarga. Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dengan menyediakan dana untuk biaya pengobatan, dan

material berupa bantuan nyata (*Instrumental Support/ material Support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah kritis, termasuk didalamnya bantuan langsung seperti saat seseorang membantu pekerjaan sehari-hari, menyediakan informasi dan fasilitas, menjaga dan merawat saat sakit serta dapat membantu menyelesaikan masalah. Pada dukungan instrumental, keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis. Meskipun sebenarnya, setiap orang dengan sumber-sumber yang tercukupi dapat memberi dukungan dalam bentuk uang atau perhatian yang bertujuan untuk proses pengobatan. Akan tetapi, dukungan instrumental akan lebih efektif bila dihargai oleh penerima dengan tepat. Pemberi dukungan instrumental berakibat pada perasaan ketidakadekuatan dan perasaan berhutang, malah akan menambah stress individu.

(d) Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, nasihat, dan bimbingan kepada anggota keluarga untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Manfaat dari dukungan ini dapat menekan munculnya stressor karena informasi tertentu dapat memberikan pengaruh sugesti pada individu. Dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah yang dihadapi pasien di

rumah atau rumah sakit jiwa, memberikan nasehat, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tempat, dokter, dan terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Pada dukungan informasi keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

2) Manfaat Dukungan Keluarga

Menurut Fitriani (2011) menyatakan bahwa dukungan keluarga akan melindungi individu terhadap efek negatif dari depresi dan dukungan keluarga secara langsung akan mempengaruhi status kesehatan individu. Hal ini berarti semakin tinggi dukungan keluarga, maka semakin tinggi pula keberfungsian sosial pasien. Sebaliknya semakin rendah dukungan keluarga, semakin rendah pula keberfungsian sosial pasien gangguan jiwa.

3) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga antara lain:

(a) Faktor internal

(1) Tahap perkembangan

Dukungan keluarga yang diberikan ditentukan oleh usia sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan individu. Setiap rentang usia akan memiliki respon yang berbeda pula terhadap kesehatan pula.

(2) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi persepsi individu terhadap dukungan. Kemampuan berpikir individu akan mempengaruhi dalam memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan kesehatan. Hal ini sejalan dengan pendapat Notoatmodjo (2010) yang menjelaskan bahwa seseorang yang pernah mengikuti pendidikan formal walaupun hanya tamatan SD akan berdampak terhadap peningkatan informasi.

(3) Faktor emosi

Faktor emosional sangat berpengaruh terhadap keyakinannya terhadap dukungan. Individu yang tidak mampu melakukan coping adaptif terhadap adanya ancaman penyakit akan menyangkal adanya gejala penyakit dan tidak mau menjalani pengobatan.

(4) Spiritual

Aspek spiritual tampak pada individu saat menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan akan bagaimana hubungannya dengan keluarga atau teman.

a) Faktor eksternal

(1) Praktik di keluarga

Cara dan bentuk dukungan yang diberikan keluarga akan mempengaruhi penderita dalam melaksanakan

kesehatannya. Friedman (2010) yang mengatakan bahwa dalam anggota keluarga khususnya perempuan mempunyai peranan penting sebagai *caregiver*, perempuan tentunya mempunyai perasaan yang lebih peka dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

(2) Faktor sosioekonomi

Faktor sosioekonomi dapat memungkinkan risiko terjadinya penyakit dan sangat berpengaruh terhadap individu dalam melaksanakan kesehatannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi biasanya akan lebih tanggap terhadap tanda dan gejala penyakit. Hal ini sesuai dengan pendapat Safarino (2006) yang menyatakan bahwa dukungan sosial keluarga dapat diberikan dari teman, tetangga, keluarga dan teman kerja. Selain itu dapat disebabkan karena keluarga sering mengantar pasien ke rumah sakit dan cukup memahami bagaimana merawat pasien gangguan jiwa.

Menurut Irmansyah (2009) ada beberapa hal yang perlu dilakukan keluarga dalam menghadapi keluarga yang menderita skizofrenia:

- a. Memastikan penderita minum obat dengan teratur
- b. Memotivasi dan membawa penderita untuk kontrol ke dokter secara teratur
- c. Memberi dukungan, kehangatan dan perhatian pada penderita

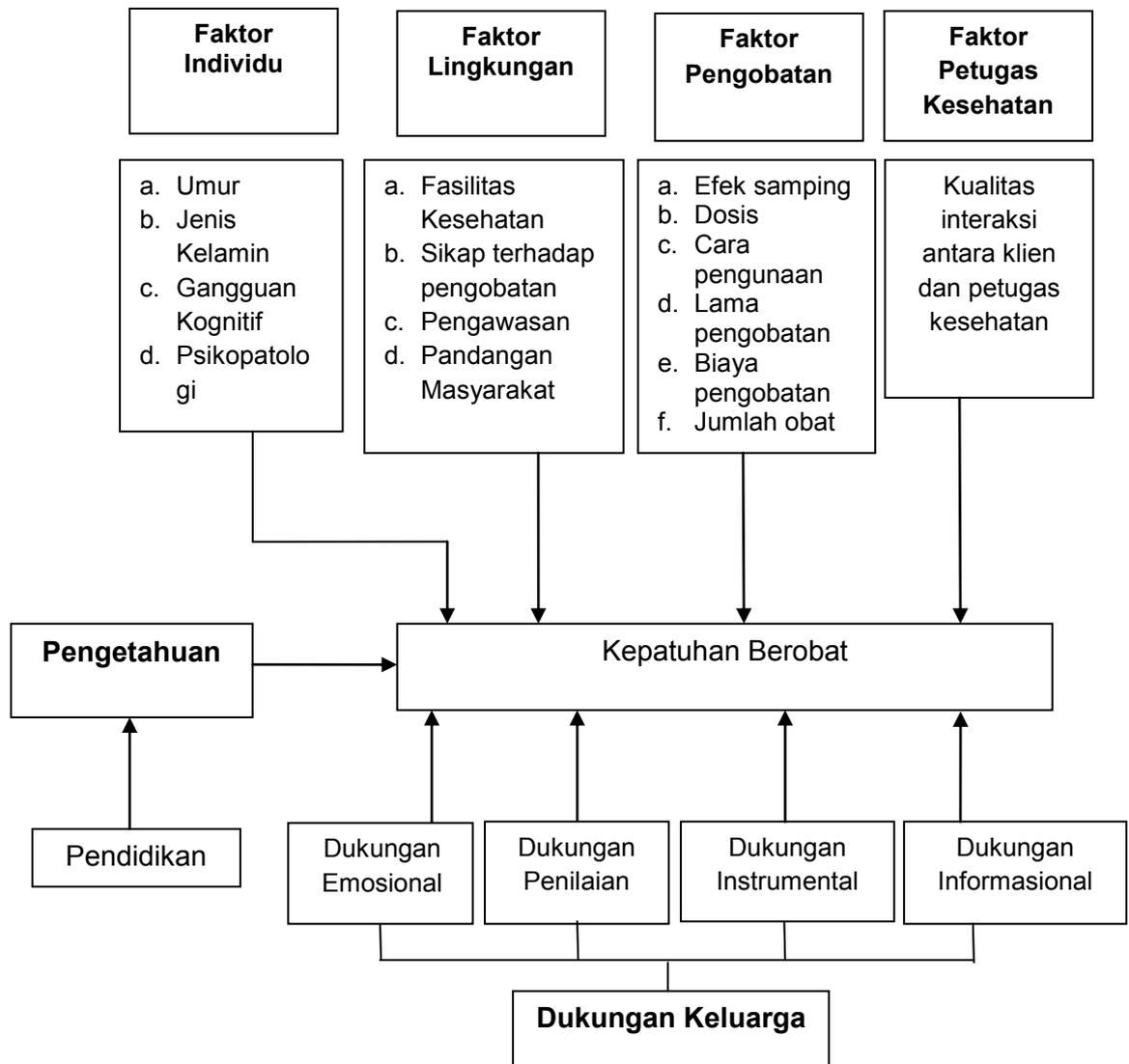
- d. Menerima keadaan penderita apa adanya, tidak selalu menyalahkan atau mengucilkan penderita
- e. Melibatkan penderita pada kegiatan atau pekerjaan sesuai dengan kemampuan penderita
- f. Menyerahkan beberapa tanggung jawab yang sesuai dengan keadaan penderita
- g. Sedapat mungkin menghindari terjadinya masalah kehidupan yang terlalu berat bagi penderita yang dapat menimbulkan tekanan (stress) pada penderita

Berdasarkan hasil penelitian Abdullah FSY (2014) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat pasien skizofrenia di Puskesmas Telaga Kabupaten Gorontalo menunjukkan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat pasien skizofrenia dengan nilai ($p=0,000$) bahwa semakin baik dukungan keluarga terhadap kepatuhan berobat pasien skizofrenia maka semakin meningkat kepatuhan pasien skizofrenia dalam berobat, sebaliknya apabila keluarga kurang mendukung dalam kepatuhan berobat pasien skizofrenia maka semakin rendah tingkat kepatuhan berobat pasien skizofrenia.

Dukungan keluarga sangat penting bagi pasien skizofrenia. Jika keluarganya menghadapi pasien skizofrenia dengan cara dan sikap yang benar, mendukung pasien dengan mengikuti program pengobatan dengan benar, dan mengawasi perubahan kondisi dan gejalanya, maka pasien akan mendapatkan perawatan yang lebih

baik. Anggota keluarga wajib mendukung dan membantu pasien untuk mengikuti program pengobatan serta mengikuti kegiatan sosial, demi mendapatkan kehidupan sosial yang lebih baik. Selain itu, anggota keluarga harus mengekspresikan diri dan berkomunikasi dengan pasien dengan cara yang lebih positif dan bersifat langsung, dorongan untuk meningkatkan kepercayaan diri pasien.

C. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi Fleischhacker dkk, 2003; Skinner, 1938; Friedman, 2010;