

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Kepatuhan**

###### **a. Pengertian Kepatuhan**

Kepatuhan merupakan perilaku individu (misalnya: minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup) yang sesuai dengan anjuran perawat dan tenaga kesehatan yang lain. Tingkat kepatuhan dapat dimulai mentaati setiap anjuran hingga mematuhi semua rencana (Kozier, 2016).

Dalam konteks psikologi kesehatan, kepatuhan mengacu kepada situasi saat perilaku individu sesuai dengan tindakan yang dianjurkan atau nasehat yang disarankan oleh seorang praktisi kesehatan atau informasi yang didapat dari suatu sumber informasi lain, seperti nasehat yang diberikan lewat brosur promosi kesehatan melalui suatu kampanye media masa (Ian & Marcus, 2018).

Sedangkan menurut Kemenkes (2018) kepatuhan adalah bentuk perilaku yang muncul karena adanya interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien sehingga pasien memahami dan menyetujui semua konsekuensi serta melaksanakannya.

## b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Niven (2016) menyatakan faktor-faktor yang dapat mendukung sikap patuh pasien, antara lain:

### 1) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha seseorang guna meningkatkan kepribadian serta proses perubahan perilaku. melalui pendidikan yang tinggi diharapkan pasien bisa menerima semua informasi yang diberikan oleh dokter maupun petugas kesehatan.

### 2) Akomodasi

Suatu usaha yang harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat berpengaruh pada kepatuhan. Pasien yang lebih mandiri, harus terlibat secara aktif dalam program pengobatan sementara pasien dengan tingkat kecemasan tinggi harus diturunkan terlebih dahulu kecemasannya. Tingkat kecemasan pasien yang tinggi atau rendah dapat berpengaruh pada tingkat kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat.

### 3) Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Dalam meningkatkan kepatuhan pasien minum obat sangat penting untuk membangun dukungan keluarga, masyarakat dan teman-teman. Kelompok pendukung mampu membantu memahami kepatuhan terhadap program pengobatan, seperti mematuhi mengkonsumsi obat.

4) Perubahan model terapi

Model terapi ini digunakan untuk mengurangi kebosanan pada pasien sekaligus meningkatkan kepatuhan pasien untuk kontrol berobat.

5) Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien merupakan hal yang penting guna memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi, sehingga bisa meningkatkan kepercayaan pasien.

c. Strategi Untuk Meningkatkan Kepatuhan

Niven (2016) menyatakan berbagai strategi yang telah dicoba untuk meningkatkan kepatuhan antara lain:

1) Dukungan profesional kesehatan

Dukungan profesional kesehatan sangat penting guna meningkatkan kepatuhan. Contoh paling sederhana dalam dukungan tersebut adalah dengan menggunakan teknik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik oleh profesional kesehatan baik oleh dokter ataupun perawat mampu menanamkan ketaatan bagi pasien.

2) Dukungan sosial

Dukungan sosial yang dimaksud adalah keluarga. Profesional kesehatan dapat meyakinkan keluarga pasien untuk berperan aktif dalam peningkatan kesehatan pasien sehingga ketidak patuhan dapat dikurangi.

### 3) Perilaku sehat

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman.

Perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari empat aspek yaitu:

- (a) Perilaku pencegahan penyakit dan penyembuhan
- (b) Perilaku peningkatan kesehatan bila seseorang dalam keadaan sehat.
- (c) Perilaku gizi (makanan) dan minuman : makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang.
- (d) Pemberian informasi : pemberian informasi yang jelas kepada pasien dan keluarga tentang penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya.

## 2. Kepatuhan Berobat Pasien Skizofrenia

Kepatuhan berobat adalah tingkat perilaku pasien dalam mengambil suatu tindakan pengobatan, misalnya dalam menentukan kebiasaan hidup dan ketepatan berobat. Dalam pengobatan pasien dikatakan tidak patuh apabila pasien tersebut melalaikan kewajiban berobat sehingga dapat mengakibatkan terhalangnya kesembuhan. Kepatuhan dimulai saat individu mematuhi anjuran petugas kesehatan (Niven, 2016).

Kepatuhan adalah ketaatan pasien dalam melaksanakan semua tindakan terapi. Kepatuhan pasien berarti bahwa pasien dan keluarga harus meluangkan waktunya guna menjalani pengobatan yang dibutuhkan.

Pasien yang patuh berobat adalah pasien yang menyelesaikan program pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus minimal selama enam bulan sampai dengan sembilan bulan. Pasien dikatakan lalai jika lebih dari tiga hari sampai dua bulan dari tanggal perjanjian, dan dikatakan drop out jika lebih dari dua bulan berturut turut pasien tidak datang berobat (Notoatmodjo, 2017).

Menurut Niven (2016) kepatuhan di kategorikan patuh jika perilaku pasien sesuai dengan ketentuan dan instruksi yang diberikan oleh profesional kesehatan. Kepatuhan berobat pasien disebabkan oleh banyak faktor diantaranya adalah faktor ekonomi, tingkat penghasilan dan ketersediaan asuransi kesehatan guna meringankan pasien dalam membayar biaya pengobatan (Anggraini, 2019). Pasien yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan sampai 9 bulan (Depkes RI, 2000).

Menurut Adianta dan Putra (2017) kepatuhan pasien untuk melakukan kontrol terhadap kesehatan jiwa dipengaruhi oleh individu atau pasien sendiri, dukungan dari keluarga, dukungan sosial juga dukungan dari petugas kesehatan. Indikator kepatuhan keluarga untuk melakukan kontrol berobat pasien skizofrenia adalah dengan cara melihat apakah pasien kontrol berobat sesuai dengan tanggal yang telah ditentukan oleh dokter atau perawat yaitu jumlah kunjungan tepat waktu dan umlah kunjungan tidak tepat waktu.

### **3. Dukungan Keluarga**

#### **a. Pengertian Keluarga**

Menurut Susanto (2017), keluarga merupakan salah satu elemen terkecil dimasyarakat. Keluarga adalah kumpulan data dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional. Keluarga menjadi tempat sentral bagi pertumbuhan dan perkembangan individu atau seorang.

Menurut Friedman dalam Saputra (2018) dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga sangatlah berpengaruh pada penerimanya. Dalam hal ini penerima dukungan keluarga akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan menghargai dan mencintainya.

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya dan bertujuan untuk meningkatkan perkembangan fisik, sosial, mental dan emosional dari tiap anggotanya.

## b. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2017), mendefinisikan dasar keluarga adalah untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarganya dan masyarakat yang luas, meliputi:

### 1) Fungsi afektif

Fungsi afektif terkait dengan fungsi internal keluarga yang merupakan dasar kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk memenuhi kebutuhan psikososial terutama bagi pasien gangguan jiwa. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif.

Komponen yang perlu dipenuhi keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah:

- (a) Saling asuh dan saling dukung antara keluarga dengan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa sehingga tercipta hubungan yang hangat dan harmonis.
- (b) Saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak masing-masing anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim yang positif.
- (c) Ikatan kekeluargaan yang kuat dikembangkan melalui proses identifikasi dan penyesuaian pada berbagai aspek kehidupan anggota keluarga terutama pada anggota keluarga yang

mengalami gangguan jiwa yang sangat membutuhkan perhatian dan dukungan. Keluarga harus mengembangkan proses identifikasi yang positif sehingga anggota keluarga dapat meniru tingkah laku positif tersebut.

## 2) Fungsi sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui setiap anggota keluarga, yang menghasilkan interaksi sosial. Keluarga merupakan tempat setiap anggota keluarga untuk belajar bersosialisasi. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa keluarga dibimbing untuk mau bersosialisasi dengan anggota keluarga yang lain dan lingkungan sekitar.

## 3) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga. Bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, fungsi ini penting untuk dapat tersedianya dana untuk pengobatan dan perawatan selama dirawat di rumah sakit jiwa dan perlengkapan yang dibutuhkan.

## 4) Fungsi perawat kesehatan

Keluarga berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan jiwa/kekambuhan atau merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan



keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan.

c. Pengertian Dukungan Keluarga

Menurut Kane dalam Friedman (2017) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan yang terjadi dalam semua tahap kehidupan. Dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi. Pasien skizofrenia harus diterima dengan baik oleh pihak keluarga. Karena pasien skizofrenia sebenarnya tidak dapat menerima emosi yang berlebihan dari orang lain. Dukungan keluarga menurut Francis dalam Ratnawati (2016) merupakan bantuan/sokongan yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat di dalam sebuah keluarga.

Dukungan keluarga menurut Stolte dalam Prabowo (2018) merupakan suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal yang meliputi perhatian, emosional dan penilaian.

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan dukungan keluarga adalah merupakan suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal yang meliputi perhatian, emosional dan penilaian. Saling memberi bantuan/sokongan yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga

lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat di dalam sebuah keluarga.

d. Komponen Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2017) sumber dukungan keluarga terdapat berbagai macam bentuk seperti:

1) Dukungan informasional

Dukungan informasi meliputi pemberian pengetahuan penyakitnya, solusi masalah (bagaimana cara minum obat), dan saran terapi dan tindakan spesifik bagi pasien dalam melawan stressor (penyebab stres) atau meningkatkan strategi koping pasien (bagaimana cara mengurangi ketegangan dan cara komunikasi yang benar). Keluarga bertindak sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

2) Dukungan penilaian atau penghargaan

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

### 3) Dukungan instrumental

Dukungan instrumental 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 di mana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah kritis, termasuk di dalamnya 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 nyata, 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 nyata akan lebih efektif bila dihargai oleh penerima dengan tepat. Pemberian dukungan nyata akan

berakibat pada perasaan ketidakadekuatan dan perasaan berhutang, malah akan menambah stres individu. Dukungan fasilitas meliputi waktu, tenaga, dan akomodasi. Keluarga meluangkan waktu untuk pasien di rumah, menyediakan waktu dan tenaga untuk mendampingi pasien kontrol ke fasilitas kesehatan, serta menyediakan akomodasi bagi pasien berupa kendaraan untuk berobat

#### 4) Dukungan emosional/afeksional

Dukungan afeksional yang diberikan membuat pasien merasa tidak menanggung beban sendiri tetapi ada orang lain yang peduli, memperhatikan, mendengar keluhan-kesahnya, berempati, dan membantu memecahkan masalah. Dukungan afeksional dapat berupa dukungan simpati, empati, cinta, dukungan, kepercayaan, perhatian dan penghargaan. Keluarga berfungsi pula sebagai tempat aman dan damai untuk pemulihan dan penguasaan terhadap emosi.

#### e. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Prabowo (2018) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

##### 1) Faktor internal

###### (a) Tahap perkembangan

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian

setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

(b) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh kemampuan intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

(c) Faktor emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melakukannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seseorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin.

(d) Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti hidup.

## 2) Faktor eksternal

### (a) Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya, klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.

### (b) Faktor sosio-ekonomi

Faktor sosio dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

### (c) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

#### **4. Skizofrenia**

##### **a. Definisi**

Menurut Faisal (2016), penyakit skizofrenia atau schizoprenia artinya kepribadian yang terpecah; antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Dalam artian apa yang dilakukan tidak sesuai dengan pikiran dan perasaannya. secara spesifik skizofrenia adalah orang yang mengalami gangguan emosi, pikiran dan perilaku.

Skizofrenia merupakan suatu sindrom yang disebabkan oleh bermacam penyebab yang ditandai dengan penyimpangan pikiran dan persepsi serta afek yang tidak wajar. Pasien dengan diagnosis Skizofrenia akan mengalami kemunduran dalam kehidupan sehari-hari, hal ini ditandai dengan hilangnya motivasi dan tanggung jawab, selain itu pasien cenderung apatis, menghindari kegiatan dan mengalami gangguan dalam penampilan (Maslim, 2016).

##### **b. Etiologi**

Luana (2016) menjelaskan penyebab dari skizofrenia dalam model diatesis-stres, bahwa skizofrenia timbul akibat faktor psikososial dan lingkungan. Dibawah ini pengelompokan penyebab skizofrenia, yaitu:

## 1) Faktor biologi

### (a) Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia.

### (b) Infeksi

Perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia. penelitian mengatakan bahwa terpapar infeksi virus pada trimester kedua kehamilan akan meningkatkan seseorang menjadi skizofrenia.

### (c) Hipotesis dopamin

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Hampir semua obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal menyekat reseptor dopamin D2. dengan terhalangnya transmisi sinyal disistem dopamin ergenik maka gejala psikotik diredakan. Berdasarkan pengamatan diatas dikemukakan bahwa gejala skizofrenia disebabkan oleh hiperaktivitas sistem dopaminergeni.

### (d) Hipotesis serotonin.

Efek *lysergic acid diethylamide* (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT. Ternyata zat ini menyebabkan keadaan psikosis berat pada orang normal. Kemungkinan serotonin berperan pada



skizofrenia kembali mengemuka karena penelitian obat antipsikotik atipikal clozapine yang ternyata mempunyai afinitas terhadap reseptor 5-HT lebih tinggi dibandingkan reseptor dopamin D2.

(e) Struktur otak

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik.

2) Faktor genetika

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% dari populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakek laki-laki ataupun perempuan dengan skizofrenia. Masyarakat yang mempunyai hubungan derajat kedua seperti paman, bibi, kakek/nenek dan sepupu dikatakan lebih sering dibandingkan populasi umum. Kembar identik 40% sampai 60% berpeluang menderita skizofrenia sedangkan kembar dizigotik 12%. Anak dan kedua orang tua yang skizofrenia berpeluang 40%, satu orang tua 12%.

### c. Tipe dan Klasifikasi Skizofrenia

Pembagian skizofrenia yang dikutip dari Maramis (2016) antara lain:

#### 1) Skizofrenia simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas, gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses berpikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang sekali terdapat.

#### 2) Skizofrenia hebefrenik.

Permulaannya perlahan-lahan/sub akut dan sering timbul pada masa remaja/antara 15-25 Tahun yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi/*double personality*. Gangguan psikomor seperti mannerism/perilaku kekanak-kanakkan sering terdapat pada hebefrenik, waham dan halusinasi banyak sekali.

#### 3) Skizofrenia katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta didahului dengan oleh stres emosional, mungkin terjadi gaduh gelisah katatanik/stupor katatonik.

#### 4) Stupor katatonik

Pada stupor katatonik penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya.

#### 5) Gaduh-gelisah katatonik

Terdapat hiper aktivitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar. Penderita sering berbicara/bergerak saja, ia menunjukkan *stereotopi*, *menerisme*, *grimas* dan *neologisme*, ia tidak dapat tidur, tidak makan dan minum sehingga mungkin terjadi dehidrasi/kolaps dan kadang-kadang kematian.

6) Jenis paranoid

Skizofrenia paranoid agak berlainan dari jenis-jenis yang lain dalam jalannya penyakit, bebefronik dan katatonik sering lama- kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, atau gejala gejala hebefrenik dan katatonik percampuran tidak demikian halnya dengan skozofrenia paranoid yang jalannya agak konstan.

7) Skizofrenia residual

Skizofrenia residual ialah keadaan skizofrenia dengan gejala primernya ke arah negatif, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala skunder, timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

d. Manifestasi Klinis

Sementara itu menurut Bleuler yang dikutip dari Maramis (2016), gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu:

1) Gejala primer

(a) Gangguan proses pikiran (bentuk, langkah dan isi pikiran)

Pada skizofrenia inti gangguan terdapat pada proses pikiran yang terganggu terutama ialah sosialisasi, kadang-kadang satu ide belum sesuai diutarakan, sudah timbul ide lain. Seseorang dengan skizofrenia juga mempunyai kecenderungan untuk menyamakan hal-hal, kadang-kadang pikiran seakan-akan berhenti, tidak timbul ideal lagi. Keadaan ini dinamakan “*Blocking*” biasanya berlangsung beberapa detik saja, tetapi kadang-kadang sampai beberapa hari.

(b) Gangguan efek dan emosi

Gangguan ini pada skizofrenia mungkin, berupa:

- (1) Kedangkalan efek dan emosi (*emotional blunting*).
- (2) Parathim: apa yang seharusnya menimbulkan masa senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih atau marah.
- (3) Paramii: penderita merasa senang dan gembira, akan tetapi menangis. Kadang-kadang emosi dan efek serta ekspresinya tidak mempunyai kesatuan, misalnya sesudah membunuh anaknya penderita menangis sehari-hari tetapi mulutnya tertawa.
- (4) Emosi yang berlebihan, sehingga kelihatan seperti dibuat-buat seperti sedang bermain sandiwara.

(c) Gangguan kemauan

Banyak penderita dengan skizofrenia mempunyai kelemahan kemauan mereka tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan. Mereka selalu memberikan alasan, meskipun alasan itu tidak jelas atau tepat atau mereka menganggap hal itu biasa saja dan tidak perlu diterangkan.

(d) Gejala psikomotor

Gejala ini juga dinamakan gejala-gejala katatonik atau gangguan perbuatan kelompok gejala ini oleh Bleuler dimasukkan kedalam kelompok gejala skizofrenia yang sekunder sebab didapati juga pada penyakit lain.

2) Gejala sekunder

(a) Waham

Pada skizofrenia waham dibagi dalam 2 kelompok:

- (1) Waham primer timbul secara tidak logis sama sekali, tanpa penyebab apa-apa dari luar.
- (2) Waham sekunder biasanya logis kedengarannya, dapat diikuti dan merupakan cara bagi penderita untuk menerangkan gejala-gejala skizofrenia lain.

(b) Halusinasi

Pada skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain. Paling sering pada

skizofrenia ialah halusinsi pendengaran (*aditif* atau *akustik*), kadang-kadang terdapat halusinasi penciuman (*olfaktorik*), halusinasi cita rasa (*gustatorik*) atau halusinasi singgungan (*taktik*). Halusinasi penglihatan agak jarang pada skizofrenia, lebih sering pada psikosa akut yang berhubungan dengan sindroma otak organik.

e. Riwayat Klinis Skizofrenia

Menurut Carman (2016) menyebutkan bahwa riwayat klinis skizofrenia seringkali rumit dan cenderung terjadi dalam tiga fase, yaitu:

- 1) Fase prodromal
- 2) Fase aktif
- 3) Fase residual

f. Kriteria Diagnostik Skizofrenia

Menurut Hawari (2018) secara klinis untuk mengatakan apakah seseorang itu menderita skizofrenia atau tidak maka diperlukan kriteria:

- 1) Delusi atau waham yang aneh (isinya jelas tidak masuk akal) dan tidak berdasarkan kenyataan, sebagai contohnya:
  - (a) Waham dikendalikan oleh suatu kekuatan luar (*delusions of being controlled*).
  - (b) Waham penyiaran pikiran (*thoungt broadcasting*).

- (c) Waham penyisipan pikiran (*thought Insertion*).
  - (d) Waham penyedotan pikiran (*thought Withdrawal*)
- 2) Delusi atau waham Somatik (fisik) kebesaran, keagamaan, nihilistik atau waham lainnya yang bukan waham kejar atau cemburu.
  - 3) Delusi atau waham kerja atau cemburu (*delusions of persecutions of jealousy*) yang disertakan halusinasi dalam bentuk apapun (Halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan).
  - 4) Halusinasi pendengaran yang dapat berupa suara yang selalu memberi komentar tentang tingkah laku atau pikirannya, atau dua atau lebih suara yang saling bercakap-cakap (dialog).
  - 5) Halusinasi pendengaran yang terjadi beberapa kali yang berisi lebih dari satu atau dua kata dan tidak ada hubungan dengan kesedihan (*depresi*) atau kegembiraan (*euforia*).
  - 6) Inkoherensi, yaitu kelonggaran asosiasi (hubungan) pikiran yang jelas, jalan pikiran yang tidak masuk akal, isi pikiran atau pembicaraan yang kaku, atau kemiskinan pembicaraan yang disertai oleh paling sedikit satu dari yang disebut :
    - (a) Afek (alam perasaan yang tumpul, mendatar atau tidak serasi (*inappropriate*)).
    - (b) Berbagai waham atau halusinasi.

(c) Katatonia (kekakuan) atau tingkah laku lain yang sangat kacau (*disorganised*).

(d) Deferiorasi (kemunduran/kemerosotan) dari taraf fungsi penyesuaian (adaptasi) dalam bidang pekerjaan, hubungan sosial dan perawatan dirinya.

(e) Jangka waktu gejala penyakit itu berlangsung secara terus menerus selama paling sedikit 6 bulan dalam suatu periode didalam kehidupan seseorang, disertai dengan terdapatnya beberapa gejala penyakit pada saat diperiksa sekarang.

g. **Diagnosis Banding**

Menurut Maramis (2016) diagnosa banding dari skizofrenia antara lain :

- 1) Kesulitan psikologis pada adolesen normal bisa sangat sulit pada murid pemalu, sensitif dan sangat cerdas.
- 2) Skizofrenia suntomatik, dalam beberapa keadaan, terutama psikologis yang berhubungan dengan epilepsi lobus temporatis dan adeksi efetamin, gejala mungkin tidak bisa dibedakan dari skizofrenia.
- 3) Psikosis afektif
- 4) Psikosis paranoid yang timbul alkoholisme/gejala awal suatu demensia organik mungkin meniru skizofrenia.

h. **Prognosa**



Menurut Maramis (2016) untuk menegakan prognosa kita harus mempertimbangkan faktor dibawah ini:

- 1) Kepribadian presikotik, bila skizoid dan hubungan antara manusia memang kurang memuaskan, maka prognosa lebih jelek.
- 2) Bila Skizofrenia timbul secara akut, maka prognosa lebih baik dari pada bila penyakit itu mulai secara pelan-pelan.
- 3) Jenis: prognosa jenis katatonik yang paling baik dari semua jenis hebefrenia dan Skizofrenia simplex mempunyai prognosa yang sangat jelek. Biasa penderita dengan jenis Skizofrenia ini menuju kearah kemunduran mental.
- 4) Umur: makin muda umur permulaannya, makin jelek prognosa.
- 5) Pengobatan: makin lekas diberi pengobatan, makin baik prognosanya.
- 6) Dikatakan bahwa bila terdapat faktor pencetus, seperti penyakit badaniah atau stres psikologik maka prognosa lebih baik.
- 7) Faktor keturunan: prognosa menjadi lebih berat bilam didalam keluarga terdapt seorang atau lebih yang juga menderita skizofrenia.

i. Pengobatan

Menurut Luana (2016) pengobatan skizofrenia terdiri dari dua macam, yaitu:

- 1) Psikofarmaka

Obat antipsikotik yang beredar dipasaran dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu antipsikotik generasi pertama (APG I) dan antipsikotik generasi kedua (APG II). APG I bekerja dengan memblok reseptor D2 dimesolimbik, mesokortikal, nigosriatal dan tuberoinfun dibular sehingga dengan cepat menurunkan gejala positif. Selain itu APG I dapat dibagi-bagi menjadi potensi tinggi bila dosis yang digunakan kurang atau sama dengan 10 mg diantaranya adalah trifluoperazine, fluphenazine, haloperidol dan pimozide.

Obat-obat ini digunakan untuk mengatasi sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, menarik diri, hipoaktif, waham dan halusinasi. Potensi rendah bila dosisnya lebih dari 50 mg diantaranya adalah chlorpromazine dan thiondazine digunakan pada penderita dengan gejala dominan gaduh gelisah, hiperaktif dan sulit tidur. APG II sering disebut sebagai serotonin dopamin antagonis (SDA) atau antipsikotik atipikal. Bekerja melalui interaksi serotonin dan dopamin pada ke empat jalur dopamin diotak yang menyebabkan rendahnya efek samping extrapiramidal dan sangat efektif mengatasi gejala negatif. Obat yang tersedia untuk golongan ini adalah *clozapine*, *olanzapine*, *quetiapine* dan *rispendon*.

## 2) Pengaturan dosis

Dalam pengaturan dosis perlu mempertimbangkan :

- (a) Onset efek primer (efek klinis) : 2-4 minggu.
- (b) Onset efek sekunder (efek samping) : 2-6 jam.
- (c) Waktu paruh : 12-24 jam (pemberian 1-2 x/hari)

Dosis pagi dan malam dapat berbeda (pagi kecil malam besar) sehingga tidak mengganggu kualitas hidup penderita.

- (d) Obat antipsikosis *long acting*: *fluphenazine decanoate* 25 mg/cc atau *haloperidol decanoas* 50 mg/cc, IM untuk 2-4 minggu. Berguna untuk pasien yang tidak atau sulit minum obat, dan untuk terapi pemeliharaan.

### 3) Terapi psikososial

Ada beberapa metode yang dapat dilakukan antara lain:

- (a) Psikoterapi individual
  - (1) Terapi suportif
  - (2) *Sosial skill training*
  - (3) Terapi okupasi
  - (4) Terapi kognitif dan perilaku (CBT)
- (b) Psikoterapi kelompok
- (c) Psikoterapi keluarga

### 4) Strategi komunikasi perawat

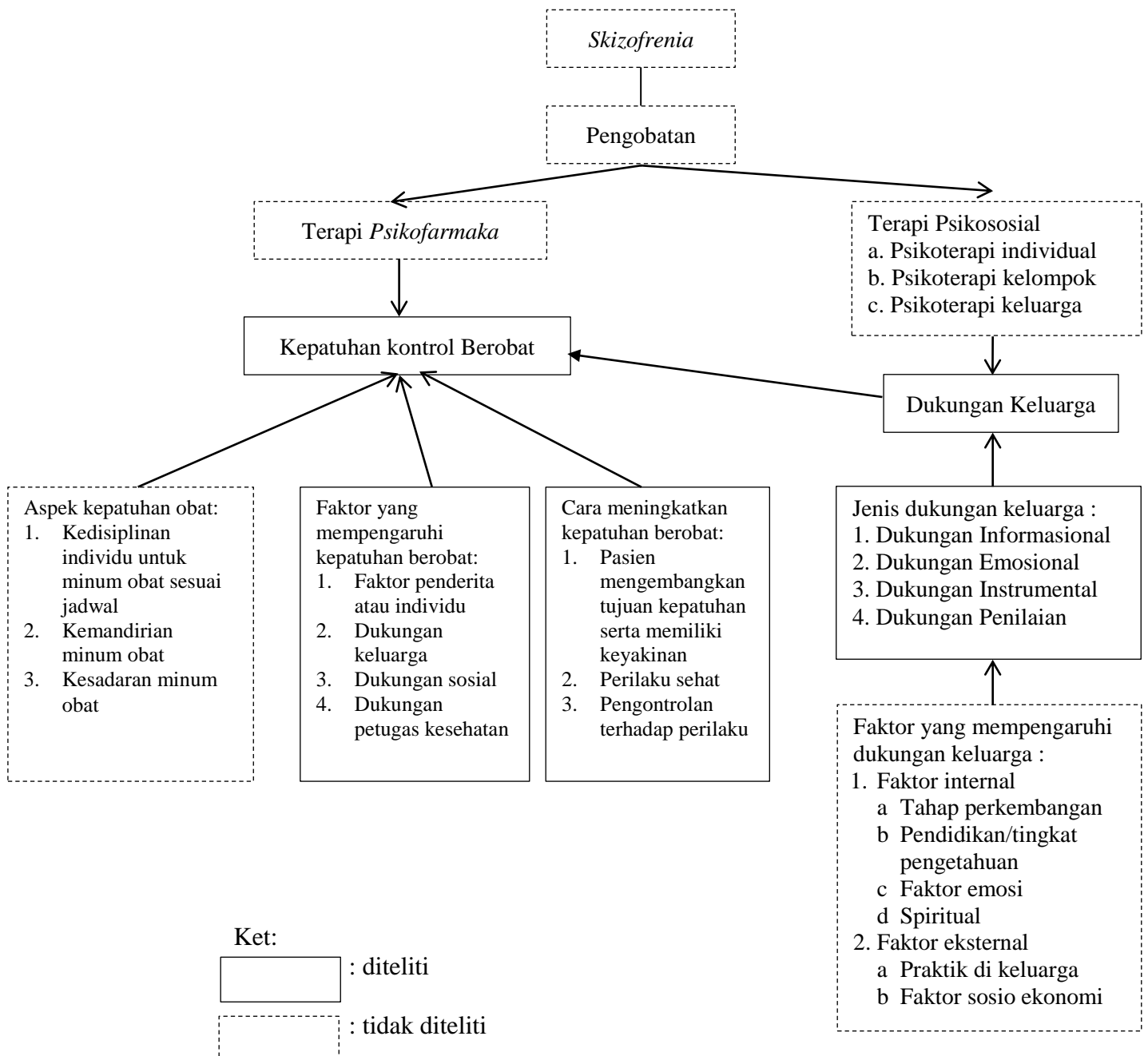
Menurut Carman (2016) perawat perlu memiliki strategi komunikasi dalam menghadapi pasien dengan *Skizofrenia*, antara lain:

- (a) Jangan menghakimi, membantah atau menggunakan logika untuk menunjukkan kekeliruan.
- (b) Bersikap netral ketika klien menolak kontrak.
- (c) Pada awalnya, gunakan metode non verbal, seperti mempertahankan kontak mata, senyum atau menggunakan ekspresi positif. Setelah hubungan terbina, perawat diperbolehkan menyentuh klien dengan syarat klien siap menerima kehadiran perawat.
- (d) Bicara singkat dengan kalimat sederhana selama interaksi yang singkat dan sering.
- (e) Beri pertanyaan terbuka ketika memandu klien melalui suatu pengalaman. Beri pertanyaan langsung jika menginginkan informasi.
- (f) Catat dan beri komentar kepada klien tentang perubahan yang halus dan ekspresi perasaan.
- (g) Berfokus pada apa yang sedang terjadi disini saat ini dan bicarakan tentang aktivitas yang berdasarkan pada kenyataan.
- (h) Minta klarifikasi jika klien bicara secara umum tentang “mereka”.
- (i) Jika perlu, identifikasi apa yang tidak dipahami perawat tanpa menyangkal klien.

- (j) Jika perlu, sampaikan penerimaan terhadap klien meskipun beberapa pikiran dan persepsi klien tidak dipahami oleh orang lain.

## B. Kerangka Teori

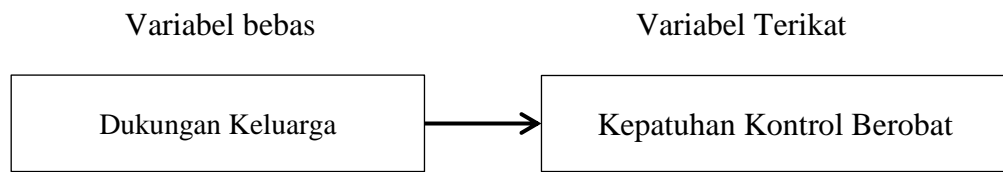
Berdasarkan landasan teori tersebut diatas, maka kerangka konsep dari penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1. Krangka Teori

Sumber: Friedman (2017), Luana (2016), Niven (2016), Prabowo (2018)

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

### D. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan dari masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pernyataan (Sugiyono, 2016). Hipotesis penelitian ini adalah:

H1: Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan kontrol berobat pada pasien skizofrenia di poli RSJD Surakarta.