

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Skizofrenia

a. Pengertian

Skizofrenia berasal dari dua kata “skizo” yang berarti retak atau pecah (split), dan “frenia” yang berarti jiwa. Dengan demikian seseorang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*) (Hawari, 2012). Terapi dapat dilakukan pada pasien skizofrenia, meliputi psikoterapi individual, psikoterapi kelompok, psikoterapi analitis, terapi seni kreatif, terapi perilaku dan terapi kerja. Skizofrenia digolongkan menjadi beberapa jenis sesuai dengan gejala yang muncul, yaitu skizofrenia simplex, heberfrenik, katatonik, paranoid, residual, skizoafektif dan skizofrenia tak terinci (Maramis,2015).

Skizofrenia tipe skizo-afektif merupakan gangguan utama yang disebabkan karena gangguan sindrom manik atau depresif yang lengkap ataupun tidak lengkap yang tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau gangguan jiwa lainnya. Pada jenis skizo-afektif terjadi waham dan halusinasi selama paling sedikit 2 minggu tanpa gejala, dan alam perasaan yang menonjol (Maramis, 2015).

b. Jenis-jenis Skizofrenia

Penderita skizofrenia digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi batasbatas golongan golongan ini tidak jelas, gejala-gejala dapat berganti-ganti atau mungkin seorang penderita tidak dapat digolongkan ke dalam satu jenis. Pembagiannya adalah sebagai berikut (Fitri, 2015) :

1) Skizofrenia paranoid

Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah mulai 30 tahun. Permulaanya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan schizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

2) Skizofrenia hebefrenik

Permulaanya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15 – 25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kekanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik, waham dan halusinasinya banyak sekali.

3) Skizofrenia katatonik

Timbulnya pertama kali antara usia 15 sampai 30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin

terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik. Gejala yang penting adalah gejala psikomotor seperti :

- a) Mutisme, kadang-kadang dengan mata tertutup, muka tanpa mimik, seperti topeng, stupor penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang sangat lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang beberapa bulan.
- b) Bila diganti posisinya penderita menentang.
- c) Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul di dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan.
- d) Terdapat grimas dan katalepsi.

4) Skizofrenia *simplex*

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis *simplex* adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

5) Skizofrenia residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negative yang lebih menonjol. Gejala negative terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

c. Etiologi

Faktor penyebab skizofrenia (Fitri, 2015) adalah :

1) Model Diatesis Stres

Mengintegrasikan faktor biologis, psikososial, dan lingkungan. Seseorang memiliki kerentanan spesifik (diathesis), yang jika mengalami stress akan dapat memicu munculnya symptom skizofrenia. Stressor atau diathesis ini bersifat biologis, lingkungan atau keduanya. Komponen lingkungan biologikal (seperti infeksi) atau psikologis (seperti kematian orang terdekat).

2) Sudut Pandang Biologis

Pada pasien Skizofrenia ditemukan adanya kerusakan pada bagian otak tertentu. Namun sampai saat ini belum diketahui bagaimana hubungan antara kerusakan pada bagian otak tertentu dengan munculnya skizofrenia. Penelitian pada beberapa dekade terakhir mengindikasikan peran patofisiologi dari area tertentu di otak ; termasuk system limbik, korteks frontal, dan ganglia basalis.

Hipotesa Dopamin: Menurut hipotesa ini, skizofrenia terjadi akibat dari peningkatan aktivitas neurotransmitter dopaminergik. Peningkatan ini mungkin merupakan akibat dari meningkatnya pelepasan dopamine, terlalu banyaknya reseptor dopamine, turunya nilai ambang atau hipersensitivitas reseptor dopamine, atau kombinasi dari faktor-faktor tersebut.

3) Sudut Pandang Genetik

Penelitian yang luas tentang genetik menunjukkan bukti kuat adanya komponen genetik yang berperan pada skizofrenia. Predisposisi genetik pada pasien skizofrenia, telah terbukti melalui beberapa penelitian tentang keluarga dengan skizofrenia. Jika pada populasi normal prevalensi penderita skizofrenia sekitar 1% maka pada keluarga skizofrenia prevalensi meningkat. Antara lain saudara kandung pasien skizofrenia (bukan kembar) prevalensinya 8%.

Anak dengan salah satu orang tua menderita skizofrenia memiliki prevalensi 12%. Jika kedua orang tuanya mengalami skizofrenia, prevalensi ini meningkat pesat hingga 40%. Sedangkan pada penelitian anak kembar, ditemukan bahwa pasien skizofrenia yang kembar dua telur memiliki prevalensi 12%, dan untuk kembar satu telur prevalensinya meningkat menjadi 47%.

4) Sudut Pandang Psikososial

a) Teori Psikoanalitik dan Psikodinamik

Freud beranggapan bahwa skizofrenia adalah hasil dari fiksasi perkembangan, dan merupakan konflik antara ego dan dunia luar. Kerusakan ego memberikan kontribusi terhadap munculnya symptom skizofrenia. Secara umum kerusakan ego mempengaruhi interpretasi terhadap realitas dan kontrol terhadap dorongan dari dalam. Sedangkan pandangan psikodinamik lebih mementingkan hipersensitivitas terhadap berbagai stimulus

menyebabkan kesulitan dalam setiap fase perkembangan selama anak-anak dan mengakibatkan stress dalam hubungan interpersonal.

Symptom positif diasosiasikan dengan onset akut sebagai respon terhadap faktor pemicu/pencetus, dan erat kaitanya dengan adanya konflik. Symptom negative berkaitan erat dengan faktor biologis, sedangkan gangguan dalam hubungan interpersonal mungkin timbul akibat kerusakan intrapsikis, namun mungkin juga berhubungan dengan kerusakan ego yang mendasar.

Teori Belajar Anak-anak yang nantinya mengalami skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir yang tidak rasional dengan mengintimidasi orang tua yang juga memiliki masalah emosional yang signifikan. Hubungan interpersonal yang buruk dari pasien skizofrenia berkembang karena pada masa anak-anak mereka belajar dari model yang buruk.

b) Teori Tentang Keluarga

Pasien skizofrenia sebagaimana orang yang mengalami penyakit non psikiatri berasal dari keluarga dengan disfungsi, perilaku keluarga yang patologis yang secara signifikan meningkatkan stress emosional yang harus dihadapi oleh pasien skizofrenia.

c) Teori Sosial

Industrialisasi dan urbanisasi banyak berpengaruh dalam menyebabkan skizofrenia. Meskipun ada data pendukung, namun penekanan saat ini adalah dalam mengetahui pengaruhnya terhadap waktu timbulnya onset dan keparahan penyakit.

d. Karakteristik

Gangguan ini dicirikan dengan gangguan dalam proses berpikir dimana terjadi distorsi yang berat terhadap kenyataan/realita. Misalnya penderita seolah-olah melihat atau mendengar sesuatu padahal dalam kenyataannya tidak ada (mengalami halusinasi). Ini yang menyebabkan penderitanya seolah-olah berbicara, marah-marah, atau tertawa-tawa sendiri padahal tidak ada yang lain disekitarnya. Pasien juga sering tidak bisa di ajak berkomunikasi karena kata-katanya menjadi kacau dan tidak sesuai dengan isi pembicaraan selain itu muncul pikiran-pikiran aneh, seperti merasa dikejar-kejar oleh orang lain, atau seolah-olah mendapatkan wahyu (mengalami delusi).

Ciri lain dari penderita skizofrenia yaitu kehilangan kontrol dan integrasi terhadap perilakunya sendiri, sehingga bila dia memukul orang lain, misalnya dia mungkin merasa bahwa tangannya tidak bisa dikuasai dan tangannya tersebut memukul orang lain dengan sendirinya. Pada penderita skizofrenia ini ada desintegrasi pribadi dan kepecahan pribadi. Tingkah laku emosional dan intelektualnya jadi ambigious (majemuk), serta mengalami gangguan serius, juga mengalami regresi

atau dimensi total. Pasien selalu melarikan diri dari kenyataan hidup dan berdiam dalam dunia fantasinya. Tampaknya pasien tidak memahami lingkungannya, reaksinya selalu maniacal atau kegila-gilaan, pikirannya melompat-lompat tanpa arah. Karena ia menderita gangguan intelektual yang berat. Juga perasaannya senantiasa tidak cocok dengan realitas yang nyata (Kartono, 2012).

Laki-laki cenderung memiliki resiko yang sedikit lebih tinggi untuk mengalami Skizofrenia (*American Pshychiatric Association, 2010*). Perempuan cenderung mengalami gangguan pada usia yang lebih lanjut daripada laki-laki, dengan usia awal kemunculan symptom terjadi paling banyak antara usia 25 sampai pertengahan 30 tahun untuk perempuan dan antara 15 sampai 25 tahun pada laki-laki (*American Psychiatric Association, 2010*).

Perempuan cenderung memiliki pencapaian tingkatan gejala yang lebih tinggi sebelum munculnya suatu gangguan dan kecenderungan yang dimiliki oleh laki-laki terdapat pada tidak parahnya perjalanan suatu penyakit yang ditandai dengan rendahnya tingkatan gejala di usia muda (Hafner, dkk.,2019). Laki-laki penderita skizofrenia tampak berbeda dari perempuan yang mengalami gangguan ini dalam beberapa hal.

Mereka cenderung mengalami onset atau timbulnya gejala pada usia yang lebih muda, memiliki tingkat penyesuaian diri yang lebih buruk sebelum menunjukkan tanda-tanda gangguan dan memiliki lebih

banyak kendala kognitif, deficit tingkah laku, dan reaksi lebih buruk terhadap terapi obat di bandingkan perempuan yang mengalami skizofrenia (Dipiro, 2015).

e. Penyebab

Untuk mengungkap penyebab gangguan ini, yaitu : gen-gen yang mungkin terlibat dalam skizofrenia, cara kerja kimiawi obat-obatan yang mungkin dapat membantu banyak orang mengalami gangguan ini, dan abnormalitas cara kerja otak pada penderita skizofrenia (Durand & Barlow,2017). Ada beberapa penyebab Skizofrenia (Kartono, 2012) yaitu :

- 1) Lebih dari separuh jumlah penderita skizofrenia mempunyai keluarga psikotis atau sakit mental.
- 2) Tipe kepribadian yang schizothyme (*Schizotype: Kepecahan pribadi dengan jiwa yang kacau balau*). *Asthenis (Tidak berdaya/bertenaga)* dengan jiwa yang cenderung menjadi schizofren dan bentuk jasmaniah asthenis (tidak berdaya/bertenaga), mempunyai kecenderungan kuat menjadi skizofrenia.
- 3) Sebab-sebab organis: ada perubahan atau kerusakan pada system syarat sentral. Juga terdapat gangguan-gangguan pada sistem kelenjar-kelenjar adrenal dan pituitary (kelenjar di bawah otak). Kadangkala kelenjar thyroid dan kelenjar adrenal mengalami atrofi berat. Dapat juga di sebabkan oleh proses klimaterik dan

gangguan-gangguan menstruasi. Semua gangguan tadi menyebabkan degenerasi pada energy fisik dan energy mentalnya.

4) Sebab-sebab psikologis: ada kebiasaan-kebiasaan infantil yang buruk dan salah, sehingga pasien hampir selalu melakukan penyesuaian diri yang salah terhadap lingkungannya. Ada konflik diantara super-ego dan id (Freud). Integrasi kepribadiannya sangat miskin dan ada kompleks-inferior yang berat.

f. Ciri-ciri

Skizofrenia adalah penyakit pervasive yang mempengaruhi lingkup yang luas dari proses psikologis, mencakup kognisi, afek dan perilaku (Nevid 2015). Orang-orang dengan skizofrenia menunjukkan kemunduran yang jelas dalam fungsi pekerjaan sosial. Mereka mungkin memiliki kesulitan dalam mempertahankan pembicaraan, membentuk pertemanan, mempertahankan pekerjaan, atau memperhatikan kebersihan pribadi mereka. Namun demikian tidak ada satu pola perilaku yang unik pada skizofrenia, demikian pula tidak ada satu pola perilaku yang selalu muncul pada penderita skizofrenia (Sadok & Sadock, 2010).

Penderita skizofrenia mungkin menunjukkan waham, masalah dalam berpikir asosiatif, dan halusinasi, pada satu atau lain waktu, namun tidak selalu semua tampil pada saat kebersamaan. Juga terdapat perbedaan ragam atau jenis skizofrenia, dicirikan oleh pola-pola perilaku yang berbeda. Pasien-pasien ini akan sangat kesulitan

berkomunikasi dan berada dalam lingkungan banyak orang. Selain itu mereka pun mengalami halusinasi dan ilusi sehingga seakan-akan melihat hal yang tak nyata (Amelia & Anwar, 2013). Salah satu teori yang menyebabkan gejala ini adalah kelainan dari regulasi dopamin, sehingga pengobatan yang bersifat antagonis dopamine akan menurunkan gejala pasien (Sadock & Sadock, 2010).

g. Pengobatan

Pengobatan tidak akan menyembuhkan pasien 100% tetapi dengan pengobatan maka waktu remisi pasien setahun lebih lama dan gejala psikosis tidak akan terlalu parah. Hal ini tentunya akan memperingan beban hidup pasien (Zygmunt *et al.*, 2012). Banyak penelitian yang membuktikan bahwa intervensi terhadap masalah kepatuhan ini sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Hal ini bisa dilakukan melalui terapi kognitif-perilaku, komunikasi keluarga, dan terapi komunitas untuk meningkatkan kepatuhan minum obat melalui peningkatan pemahaman pasien. Sehingga perlu diketahui faktor-faktor terkait kepatuhan (Zygmunt *et al.*, 2012).

Pengobatan ini berfokus pada mengurangi gejala psikosis dengan cepat pada fase akut dan memperpanjang periode *relaps* dan mencegah pengulangan gejala yang lebih buruk. Selain itu, pada pengobatan yang teratur pasien dapat kembali ke dalam lingkungan sosialnya dalam waktu yang lebih cepat. Pasien yang menjalani pengobatan secara rutin

selama satu tahun memiliki resiko lebih kecil untuk mengalami *relaps* (Zygmunt *et al.*, 2012)

2. Kepatuhan

a. Pengertian

Kepatuhan atau ketaatan (Compliance/adherence) adalah cara pasien dalam melaksanakan tingkat pengobatan dan melakukan apa yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain dalam berperilaku (Smet, 2014). Kerjasama antara pasien dan petugas kesehatan termasuk penunjang kepatuhan terhadap pengobatan yang membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam manajemen perawatan diri (Robert, 2019).

Pasien dikatakan patuh dalam pengobatan adalah pasien yang datang tepat waktu maupun 3 hari sebelum/sesudah waktu yang ditentukan dan rutin selama 6 bulan sebelumnya berturut-turut. Tidak patuh apabila melebihi 3 hari dari waktu yang ditentukan dan tidak rutin selama 6 bulan sebelumnya (Yudha, dkk., 2014). Kepatuhan adalah perilaku yang menggambarkan tingkat ketepatan seorang individu dengan nasihat medis atau kesehatan pada penggunaan obat sesuai dengan petunjuk pada penggunaan obat yang mencakup penggunaannya yang sesuai dengan petunjuk pada resep serta pada waktu yang benar.

b. Jenis-jenis

Jenis-jenis kepatuhan (Cramer, 2015) yaitu :

1) Kepatuhan penuh (Total Compliance)

Pada keadaan ini penderita tidak hanya berobat secara teratur sesuai batas waktu yang di tetapkan melainkan juga kepatuhan dalam memakai obat secara teratur sesuai dengan petunjuk.

- 2) Penderita yang sama sekali tidak patuh (Non compliance) Yaitu penderita yang tidak menggunakan obat sama sekali atau penderita yang putus obat

c. Cara mengukur

Terdapat dua metode yang bisa digunakan untuk mengukur kepatuhan yaitu :

- 1) Metode langsung

Pengukuran kepatuhan dengan metode langsung dapat dilakukan dengan observasi pengobatan secara langsung, mengukur konsentrasi obat dan metabolitnya dalam darah atau urin serta mengukur biologic marker yang ditambahkan pada formulasi obat. Kelemahan metode ini adalah biayanya yang mahal, memberatkan tenaga kesehatan dan rentan terhadap penolakan pasien (Osterberg & Blaschke, 2015).

- 2) Metode tidak langsung

Metode tidak langsung dapat dilakukan dengan menanyakan pasien tentang cara pasien menggunakan obat, menilai respon klinik, melakukan perhitungan obat (pill count), menilai angka refilling prescriptions, mengumpulkan kuesioner pasien, menggunakan

electronic medication monitor, menilai kepatuhan pasien anak dengan menanyakan kepada orang tua (Osterberg & Blaschke, 2015)

d. Karakteristik

Kepatuhan program terapeutik adalah perilaku pasien dalam mencapai perawatan kesehatan seperti: upaya aktif, upaya kolaboratif sukarela antara pasien dan provider. Termasuk didalamnya mengharuskan pasien membuat perubahan gaya hidup untuk menjalani kegiatan spesifik seperti minum obat, mempertahankan diet, membatasi aktivitas, memantau mandiri terhadap gejala penyakit, tindakan hygiene spesifik, evaluasi kesehatan secara periodik, pelaksana tindakan terapeutik dan pencegahan lain (Brunner & Suddart, 2012).

Sedangkan hasil penelitian Wardani (2009) menunjukkan tolak ukur perilaku kepatuhan minum obat yaitu adanya kerjasama keluarga dan pasien dalam pemberian obat, kesadaran diri terhadap kebutuhan obat, kemandirian minum obat dan kedisiplinan minum obat. Selain itu perilaku patuh minum obat diikuti dengan kontrol rutin setelah dirawat di rumah sakit. Menurut Samalin (2010) karakteristik kepatuhan partial meliputi: pasien mengurangi dosis yang ditentukan oleh pasien sendiri atau hanya mengambil pengobatan mereka dari waktu ke waktu.

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi

Beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut Brunner & Suddarth (2012), adalah :

- 1) Variabel demografi, seperti usia, jenis kelamin, status sosio ekonomi dan pendidikan.
- 2) Variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.
- 3) Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan.
- 4) Variabel psikososial seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan, atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya, dan biaya financial dan lainnya yang termasuk dalam mengikuti regimen hal tersebut di atas juga di temukan oleh Bart Smet (2014) dalam psikologi kesehatan. Menurut Smet (2014), faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan, yaitu :

a) Komunikasi

Berbagai aspek komunikasi antara pasien dan dokter mempengaruhi tingkat ketaatan, misalnya informasi dengan pengawasan yang kurang, ketidakpuasan terhadap aspek hubungan emosional dengan dokter, ketidakpuasan terhadap obat yang di berikan.

b) Pengetahuan

Ketepatan dalam memberikan informasi secara jelas dan eksplisit terutama sekali penting dalam pemberian antibiotic untuk mencegah timbulnya penyakit infeksi. Karena sering kali

pasien menghentikan obat tersebut setelah gejala yang di rasakan hilang bukan saat obat itu habis.

c) Fasilitas Kesehatan

Fasilitas Kesehatan merupakan sarana penting dimana dalam memberikan penyuluhan terhadap penderita, di harapkan penderita menerima penjelasan dari tenaga kesehatan yang meliputi jumlah tenaga kesehatan, gedung serbaguna untuk penyuluhan dan lainlain.

Sementara itu menurut Niven (2012) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan, adalah :

a) Penderita atau individu

Sikap atau motivasi pasien ingin sembuh Motivasi atau sikap yang paling kuat adalah dalam diri individu sendiri.

Motivasi

individu ingin tetap mempertahankan kesehatannya sangat berpengaruh terhadap faktorfaktor yang berhubungan dengan perilaku penderita dalam kontrol penyakitnya.

b) Keyakinan

Keyakinan merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan. Penderita yang berpegang teguh terhadap keyakinannya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa serta dapat menerima keadannya, demikian juga cara perilaku akan lebih baik. Kemauan untuk

melakukan kontrol penyakitnya dapat di pengaruhi oleh keyakinan penderita, di mana penderita memiliki keyakinan yang kuat akan lebih tabah terhadap anjuran dan larangan kalau tahu akibatnya.

3. Kekambuhan

a. Pengertian

Kekambuhan adalah istilah medis yang mendiskripsikan tanda-tanda dan gejala kembalinya suatu penyakit setelah suatu pemulihan yang jelas (Yakita 2013). Penyebab kekambuhan pasien Skizofrenia adalah faktor psikososial yaitu pengaruh lingkungan keluarga maupun sosial (Agus, 2011).

Kekambuhan pasien skizofrenia merupakan istilah yang secara relative merefleksikan perburukan gejala atau perilaku yang membahayakan pasien dan atau lingkunganya. Tingkat kekambuhan sering di ukur dengan menilai waktu antara lepas rawat dari perawatan terakhir sampai perawatan berikutnya dan jumlah rawat inap pada periode tertentu (Pratt, 2016).

Keputusan untuk melakukan rawat inap di rumah sakit pada pasien skizofrenia adalah hal utama yang dilakukan atas indikasi keamanan pasien karena adanya kekambuhan yang tampak dengan tindakan seperti ide bunuh diri atau mencelakakan orang lain, dan bila terdapat perilaku yang sangat terdisorganisasi atau tidak wajar termasuk bila pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar berupa makan,

perawatan diri dan tempat tinggalnya. Selain itu rawat inap rumah sakit diperlukan untuk hal-hal yang berkaitan dengan diagnostik dan stabilitas pemberian medikasi (Durand, 2017).

Perawatan pasien skizofrenia cenderung berulang, apapun subtype penyakitnya. Tingkat kekambuhan lebih tinggi pada pasien skizofrenia yang hidup bersama anggota keluarga yang penuh ketegangan permusuhan dan keluarga yang memperlihatkan kecemasan yang berlebihan. Tingkat kekambuhan dipengaruhi juga oleh stress dalam kehidupan, seperti hal yang berkaitan dengan keuangan dan pekerjaan.

Keluarga merupakan bagian yang penting dalam proses pengobatan dengan skizofrenia. Keluarga berperan dalam deteksi dini, proses penyembuhan dan pencegahan kekambuhan. Penelitian pada keluarga di Amerika, membuktikan bahwa peranan keluarga yang baik akan mengurangi angka perawatan di rumah sakit, kekambuhan dan memperpanjang waktu antara kekambuhan. Meskipun angka kekambuhan secara otomatis dapat dijadikan sebagai criteria kesuksesan suatu pengobatan skizofrenia, tetapi parameter ini cukup signifikan dalam beberapa aspek. Setiap kekambuhan berpotensi menimbulkan bahaya bagi pasien dan keluarganya, yakni seringkali mengakibatkan perawatan kembali rehospitalisasi dan pembengkakan biaya.

b. Faktor-faktor penyebab kekambuhan

Keliat (2009) menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pasien skizofrenia meliputi :

- 1) Pasien sudah umum diketahui bahwa pasien yang gagal meminum obat dengan teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Klien skizofrenia khususnya sukar mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidakmampuan membuat keputusan.
- 2) Penanggung jawab Setelah klien pulang ke rumah, maka perawat tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien di rumah. Penanggung jawab kasus mempunyai lebih banyak kesempatan untuk bertemu klien sehingga dapat melihat gejala dini dan segera melihat tindakan.
- 3) Keluarga Dukungan dan bantuan merupakan variabel yang sangat penting dalam kepatuhan pengobatan pasien skizofrenia. Pasien yang ditinggal sendirian secara umum memiliki angka kepatuhan yang rendah dibandingkan mereka yang tinggal dalam lingkungan yang mendukung. Sebagai kemungkinan lain, sikap negatif dalam lingkungan sosial pasien terhadap pengobatan dapat mempengaruhi kepatuhan.
- 4) Lingkungan masyarakat Lingkungan masyarakat tempat tinggal klien yang tidak mendukung juga dapat meningkatkan frekuensi kekambuhan. Misalnya masyarakat menganggap klien sebagai

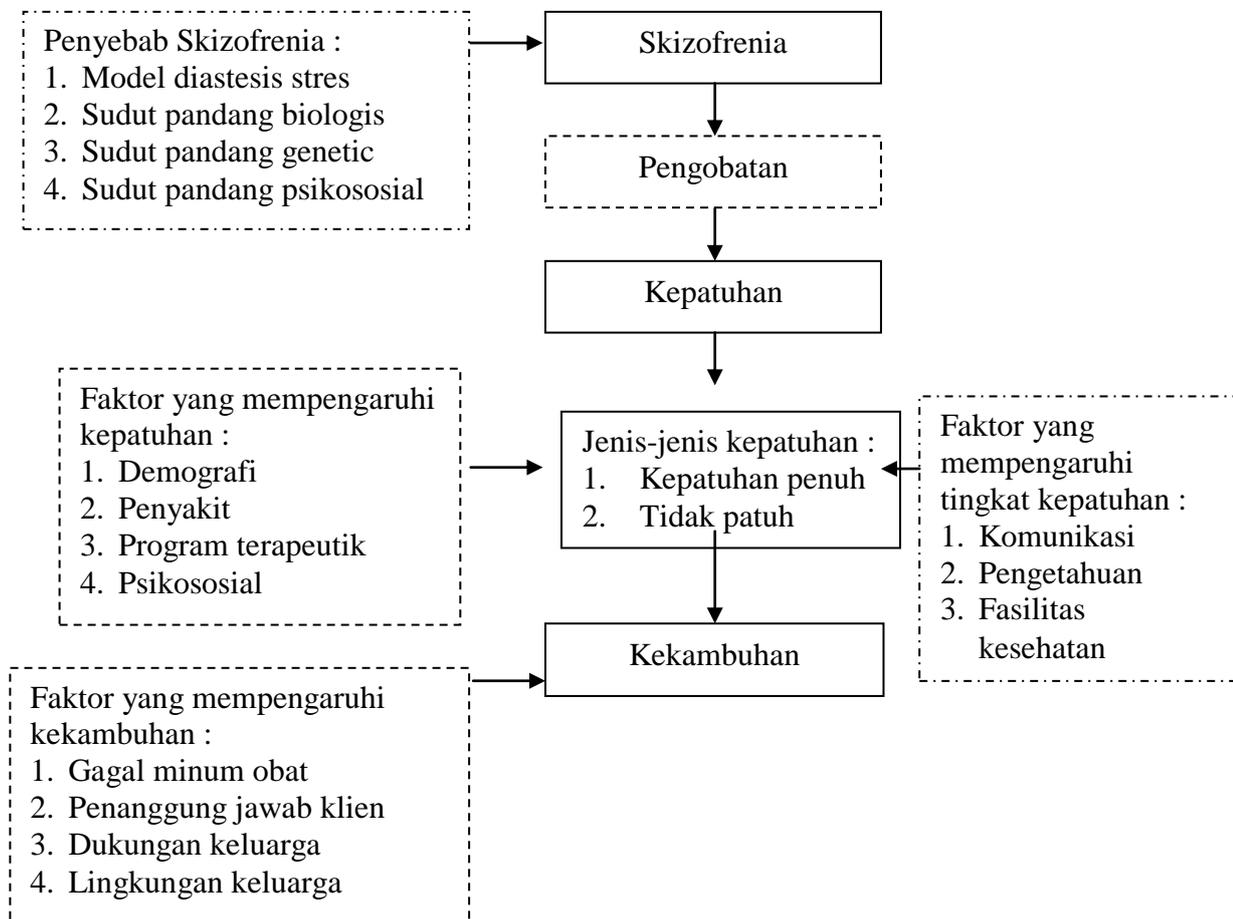
individu yang tidak berguna, mengucilkan klien, mengejek klien dan seterusnya.

c. Penilaian kekambuhan

Penilaian kekambuhan dinilai dengan lembar observasi dengan pembagian seperti berikut (Kaunang, Kanine & Kallo, 2015):

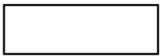
- 1) Tidak Pernah
- 2) Jarang (2x setahun)
- 3) Sering ($\geq 2x$ setahun)

B. Kerangka Teori



Keterangan :

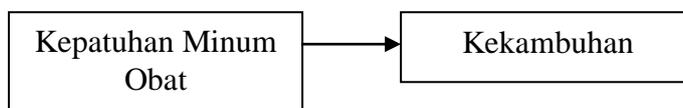
 : tidak diteliti

 : diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teori

(Sumber : Maramis, 2015., Smet, 2014., Brunner & Suddart, 2012)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

H₁ : Ada hubungan kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Muhammadiyah Selogiri. Hasilnya menunjukkan nilai *p value* 0,000 maka *p value* < 0,05.