

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Pengertian

Menurut Kharisma dan Tunggali (2021) skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham atau keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan, dan gangguan persepsi. Fitrikasari dan Kartikasari (2022) mengemukakan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang paling umum dengan etiologi yang heterogen, gejala klinisnya, respon pengobatannya, dan perjalanan penyakitnya bervariasi. Skizofrenia adalah sindroma klinik yang ditandai oleh psikopatologi berat dan beragam, mencakup aspek kognisi, emosi, persepsi dan perilaku, dengan gangguan pikiran sebagai gejala pokok. Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan penilaian realita, yaitu waham dan halusinasi (Kemenkes, 2015).

b. Etiologi

Menurut Yunita, Isnawati dan Addiarto (2020) terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah :

1) Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%.

2) Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium, tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

3) Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesis ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

4) Susunan saraf pusat

Penyebab skizofrenia diarahkan pada kelainan sistem saraf pusat (SSP) yaitu pada diensefalon atau kortek otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

5) Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer

mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

6) Teori Sigmund Freud

Skizofrenia terdapat kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme dan kehilangan kapasitas untuk pemindahan (*transference*) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

7) Teori Eugen Bleuler

Penggunaan istilah skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme) dan gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).

8) Proses psikososial dan lingkungan

a) Teori perkembangan.

Ahli teori seperti Freud, Sullivan, Erikson mengemukakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih

sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas, dan menarik diri dari hubungan pada penderita skizofrenia.

b) Teori keluarga.

Teori-teori yang berkaitan dengan peran keluarga dalam munculnya skizofrenia belum divalidasi dengan penelitian. Bagian fungsi keluarga yang telah diimplikasikan dalam peningkatan angka kekambuhan individu dengan skizofrenia adalah sangat mengekspresikan emosi (*high expressed emotion*). Keluarga dengan ciri ini dianggap terlalu ikut campur secara emosional, kasar dan kritis.

c) Status sosial ekonomi

Hasil penelitian yang konsisten adalah hubungan yang kuat antara skizofrenia dan status sosial ekonomi yang rendah.

d) Model kerentanan stres

Model interaksional yang menyatakan bahwa penderita skizofrenia mempunyai kerentanan genetic dan biologik terhadap skizofrenia. Kerentanan ini, jika disertai dengan pajanan stresor kehidupan, dapat menimbulkan gejala-gejala pada individu tersebut

c. Patofisiologi

Patofisiologi skizofrenia disebabkan adanya ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, terutama norepinefrin, serotonin, dan

dopamine. Namun, proses patofisiologi skizofrenia masih belum diketahui secara pasti. Secara umum penelitian telah mendapatkan bahwa skizofrenia dikaitkan dengan penurunan volume otak, terutama bagian temporal (termasuk mediotemporal), bagian frontal, termasuk substansia alba dan grisea. Dari sejumlah penelitian ini, daerah otak yang secara konsisten menunjukkan kelainan yaitu daerah hipokampus dan parahipokampus (Kaplan dan Sadock, 2014 dalam Surlita, 2021)

d. Klasifikasi

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III dalam Emlia, 2020) Skizofrenia dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe yaitu:

1) Skizofrenia paranoid

Pedoman diagnostik skizofrenia paranoid antara lain :

- a) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- b) Halusinasi dan atau yang menonjol
- c) Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik relatif tidak ada

2) Skizofrenia hebefrenik

Pedoman diagnostik skizofrenia hebefrenik antara lain :

- a) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- b) Diagnosis hebefrenik hanya ditegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun)
- c) Gejala bertahan sampai 2-3 minggu

d) Afek dangkal dan tidak wajar, senyum sendiri, dan mengungkapkan sesuatu dengan di ulang-ulang.

3) Skizofrenia katatonik

Pedoman diagnostik skizofrenia katatonik antara lain :

- a) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- b) Stupor (reaktifitas rendah dan tidak mau bicara)
- c) Gaduh, gelisah (tampak aktifitas motorik yang tidak bertujuan untuk stimuli eksternal)
- d) Rigiditas (kaku tubuh)
- e) Diagnosis katatonik bisa tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak dikarenakan klien tidak komunikatif

4) Skizofrenia tak terinci

Pedoman diagnostik skizofrenia tak terinci antara lain :

- a) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- b) Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik
- c) Tidak memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia

5) Skizofrenia pasca skizofrenia

Pedoman diagnostik skizofrenia pasca-skizofrenia antara lain :

- a) Klien menderita skizofrenia 12 bulan terakhir
- b) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada namun tidak mendominasi
- c) Gejala depresif menonjol dan mengganggu

6) Skizofrenia simpleks

Pedoman diagnostik skizofrenia simpleks antara lain :

- a) Gejala negatif yang khas tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik
- b) Disertai dengan perubahan perilaku pribadi yang bermakna

7) Skizofrenia tak spesifik

Skizofrenia tak spesifik tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan

e. Tanda dan gejala

Fitrikasari dan Kartikasari (2022) mengemukakan bahwa tanda dan gejala skizofrenia tidak ada yang patogomonik. *Heteroanamnesis*, riwayat hidup penting, gejala bisa berubah dengan berjalannya waktu, tingkat kecerdasan, latar belakang pendidikan dan budaya akan mempengaruhi gejala. Menurut Maramis (2006 dalam Emilia, 2020) dan Ardiansyah dkk (2023) gejala yang muncul pada klien skizofrenia digolongkan menjadi tiga gejala, yaitu :

1) Gejala positif

Gejala positif yang timbul pada klien skizofrenia adalah :

- a) Delusi atau waham yaitu keyakinan yang tidak rasional, meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinan tersebut tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.
- b) Halusinasi yaitu persepsi sensori yang palsu yang terjadi tanpa stimulus eksternal. Penderita skizofrenia merasa melihat,

mendengar, mencium, meraba atau menyentuh sesuatu yang tidak ada.

- c) Disorganisasi pikiran dan pembicaraan yang meliputi tidak runtutnya pola pembicaraan dan penggunaan bahasa yang tidak lazim pada orang dengan skizofrenia.
- d) Disorganisasi perilaku yang meliputi aktivitas motorik yang tidak biasa dilakukan orang normal, misalnya gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, dan agresif.
- e) Gejala positif lain yang mungkin muncul pada orang dengan skizofrenia adalah pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya dan juga menyimpan rasa permusuhan.

2) Gejala negatif

Gejala negatif yang mungkin muncul pada penderita skizofrenia adalah :

- a) *Affective flattening* adalah suatu gejala dimana seseorang hanya menampakkan sedikit reaksi emosi terhadap stimulus, sedikitnyabahasa tubuh dan sangat sedikit melakukan kontak mata. Dalam hal ini, bukan berarti orang dengan skizofrenia tidak mempunyai emosi. Orang dengan skizofrenia mempunyai dan merasakan emosi pada dirinya namun tidak mampu mengekspresikannya.
- b) *Alogia* adalah kurangnya kata pada individu sehingga dianggap tidak responsif dalam suatu pembicaraan. Orang

dengan skizofrenia seringkali tidak mempunyai inisiatif untuk berbicara kepada orang lain bahkan merasa takut berinteraksi dengan orang lain sehingga sering menarik diri dari lingkungan sosial.

- c) *Avolition* adalah kurangnya inisiatif pada seseorang seakan-akan orang tersebut kehilangan energi untuk melakukan sesuatu.

3) Gejala kognitif

Gejala kognitif yang muncul pada orang dengan skizofrenia melibatkan masalah memori dan perhatian. Gejala kognitif akan mempengaruhi orang dengan skizofrenia dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti bermasalah dalam memahami informasi, kesulitan menentukan pilihan, kesulitan dalam konsentrasi, dan kesulitan dalam mengingat.

f. Manifestasi klinik

Menurut Kemenkes (2015) manifestasi klinik skizofrenia adalah:

- 1) Gangguan proses pikir: asosiasi longgar, intrusi berlebihan, terhambat, klang asosiasi, ekolalia, alogia, neologisme.
- 2) Gangguan isi pikir: waham, adalah suatu kepercayaan yang salah yang menetap yang tidak sesuai dengan fakta dan tidak bisa dikoreksi. Jenis-jenis waham antara lain:
 - a) Waham kejar
 - b) Waham kebesaran
 - c) Waham rujukan

- d) Waham penyiaran pikiran
 - e) Waham penyisipan pikiran
 - f) Waham aneh
- 3) Gangguan Persepsi; Halusinasi, ilusi, depersonalisasi, dan derealisasi.
- 4) Gangguan Emosi; ada tiga afek dasar yang sering diperlihatkan oleh penderita skizofrenia (tetapi tidak patognomonik) :
- a) Afek tumpul atau datar
 - b) Afek tak serasi
 - c) Afek labil
- 5) Gangguan Perilaku; Berbagai perilaku tak sesuai atau aneh dapat terlihat seperti gerakan tubuh yang aneh dan menyeringai, perilaku ritual, sangat ketolol-tolongan, dan agresif serta perilaku seksual yang tak pantas.
- 6) Gangguan Motivasi; aktivitas yang disadari seringkali menurun atau hilang pada orang dengan skizofrenia. Misalnya, kehilangan kehendak dan tidak ada aktivitas.
- 7) Gangguan Neurokognitif; terdapat gangguan atensi, menurunnya kemampuan untuk menyelesaikan masalah, gangguan memori (misalnya, memori kerja, spasial dan verbal) serta fungsi eksekutif.
- g. Pedoman Diagnosis

Menurut Heryanto (2023) pedoman diagnosis skizofrenia adalah berdasarkan Pedoman Diagnosis *International Classification of Disease*/Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (ICD-X/PPDGJ III) adalah :

- 1) Pikiran bergema (*thought echo*), penarikan pikiran atau penyisipan (*thought withdrawal* atau *thought insertion*), dan penyiaran pikiran (*thought broadcasting*).
- 2) Waham dikendalikan (*delusion of being control*), waham dipengaruhi (*delusion of being influenced*), atau *passivit*, yang jelas merujuk pada pergerakan tubuh atau pergerakan anggota gerak, atau pikiran, perbuatan atau perasaan (*sensations*) khusus; waham persepsi.
- 3) Halusinasi berupa suara yang berkomentar tentang perilaku pasien atau sekelompok orang yang sedang mendiskusikan pasien, atau bentuk halusinasi suara lainnya yang datang dari beberapa bagian tubuh.
- 4) Waham-waham menetap jenis lain yang menurut budayanya dianggap tidak wajar serta sama sekali mustahil, seperti misalnya mengenai identitas keagamaan atau politik, atau kekuatan dan kemampuan “manusia super” (tidak sesuai dengan budaya dan sangat tidak mungkin atau tidak masuk akal, misalnya mampu berkomunikasi dengan makhluk asing yang datang dari planet lain).
- 5) Halusinasi yang menetap pada berbagai modalitas, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang/melayang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun oleh ide-ide berlebihan (*overvaluedideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus

- 6) Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan (interpolasi) yang berakibat inkoheren atau pembicaraan tidak relevan atau neologisme.
- 7) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), sikap tubuh tertentu (*posturing*), negativisme, mutisme, dan stupor.
- 8) Gejala-gejala negatif, seperti sikap masa bodoh (*apatis*), pembicaraan yang terhenti, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.
- 9) Perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku perorangan, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, tak bertujuan, sikap malas, sikap berdiam diri (*self absorbed attitude*) dan penarikan diri secara sosial.

Kemenkes (2015) mengemukakan pedoman diagnostik skizofrenia adalah :

- 1) Minimal satu gejala yang jelas (dua atau lebih, bila gejala kurang jelas) yang tercatat pada kelompok 1 sampai 4 diatas, atau paling sedikit dua gejala dari kelompok 5 sampai 9, yang harus ada dengan jelas selama kurun waktu satu bulan atau lebih. Kondisi-kondisi yang memenuhi persyaratan pada gejala tersebut tetapi

lamanya kurang dari satu bulan (baik diobati atau tidak) harus didiagnosis sebagai gangguan psikotik skizofrenia akut

- 2) Secara retrospektif, mungkin terdapat fase prodromal dengan gejala-gejala dan perilaku kehilangan minat dalam bekerja, dalam aktivitas (pergaulan) sosial, penelantaran penampilan pribadi dan perawatan diri, bersama dengan kecemasan yang menyeluruh serta depresi dan preokupasi yang berderajat ringan, mendahului onset gejala-gejala psikotik selama berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan. Karena sulitnya menentukan onset, kriteria lamanya 1 bulan berlaku hanya untuk gejala-gejala khas tersebut di atas dan tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal.
- 3) Diagnosis skizofrenia tidak dapat ditegakkan bila terdapat secara luas gejala-gejala depresif atau manic kecuali bila memang jelas, bahwa gejala-gejala skizofrenia itu mendahului gangguan afektif tersebut.
- 4) Skizofrenia tidak dapat didiagnosis bila terdapat penyakit otak yang nyata, atau dalam keadaan intoksikasi atau putus zat.

h. Penatalaksanaan

Fitrikasari dan Kartikasari (2022) mengemukakan bahwa penatalaksanaan skizofrenia adalah sebagai berikut :

1) Fase Akut

a) Farmakoterapi

Pada Fase akut terapi bertujuan mencegah pasien melukai dirinya atau orang lain, mengendalikan perilaku yang merusak,

mengurangi beratnya gejala psikotik dan gejala terkait lainnya misalnya agitasi, agresi dan gaduh gelisah.

(1) Langkah Pertama:

Berbicara kepada pasien dan memberinya ketenangan.

(2) Langkah Kedua:

Keputusan untuk memulai pemberian obat. Pengikatan atau isolasi hanya dilakukan bila pasien berbahaya terhadap dirinya sendiri dan orang lain serta usaha restriksi lainnya tidak berhasil. Pengikatan dilakukan hanya boleh untuk sementara yaitu sekitar 2-4 jam dan digunakan untuk memulai pengobatan. Meskipun terapi oral lebih baik, pilihan obat injeksi untuk mendapatkan awitan kerja yang lebih cepat serta hilangnya gejala dengan segera perlu dipertimbangkan.

(3) Obat injeksi :

- (a) Olanzapine, dosis 10 mg/injeksi, intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari.
- (b) Aripiprazol, dosis 9,75 mg/injeksi (dosis maksimal 29,25mg/hari), intramuskulus.
- (c) Haloperidol, dosis 5mg/injeksi, intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari.
- (d) Diazepam 10mg/injeksi, intravena/intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari.

(4) Obat oral : klorpromazin, perfenazin, trifluoperazin, haloperidol, aripiprazol, klozapin, olanzapin, quetiapin, risperidon, paliperidon dan zotepin

Pemilihan antipsikotika sering ditentukan oleh pengalaman pasien sebelumnya dengan antipsikotika misalnya, respons gejala terhadap antipsikotika, profil efek samping, kenyamanan terhadap obat tertentu terkait cara pemberiannya. Pada fase akut, obat segera diberikan segera setelah diagnosis ditegakkan dan dosis dimulai dari dosis anjuran dinaikkan perlahan-lahan secara bertahap dalam waktu 1 – 3 minggu, sampai dosis optimal yang dapat mengendalikan gejala.

b) Psikoedukasi

Tujuan Intervensi adalah mengurangi stimulus yang berlebihan, stresor lingkungan dan peristiwa-peristiwa kehidupan. Memberikan ketenangan kepada pasien atau mengurangi keterjagaan melalui komunikasi yang baik, memberikan dukungan atau harapan, menyediakan lingkungan yang nyaman, toleran perlu dilakukan.

c) Terapi lainnya

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

2) Fase Stabilisasi

a) Farmakoterapi

Tujuan fase stabilisasi adalah mempertahankan remisi gejala atau untuk mengontrol, meminimalisasi risiko atau konsekuensi kekambuhan dan mengoptimalkan fungsi dan proses kesembuhan (*recovery*). Setelah diperoleh dosis optimal, dosis tersebut dipertahankan selama lebih kurang 8 – 10 minggu sebelum masuk ke tahap rumatan. Pada fase ini dapat juga diberikan obat anti psikotika jangka panjang (*long acting injectable*), setiap 2-4 minggu.

b) Psikoedukasi

Tujuan Intervensi adalah meningkatkan keterampilan orang dengan skizofrenia dan keluarga dalam mengelola gejala. Mengajak pasien untuk mengenali gejala-gejala, melatih cara mengelola gejala, merawat diri, mengembangkan kepatuhan menjalani pengobatan. Teknik intervensi perilaku bermanfaat untuk diterapkan pada fase ini.

3) Fase Rumatan

a) Farmakoterapi

Dosis mulai diturunkan secara bertahap sampai diperoleh dosis minimal yang masih mampu mencegah kekambuhan. Bila kondisi akut, pertama kali, terapi diberikan sampai dua tahun, bila sudah berjalan kronis dengan beberapa kali kekambuhan, terapi diberikan sampai lima tahun bahkan seumur hidup.

b) Psikoedukasi

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

i. Obat Antipsikotik

1) Pengertian

Antipsikotik (major tranquilizer) adalah obat yang dapat menekan fungsi psikis tertentu tanpa memengaruhi fungsi imun. Obat ini dapat meredakan emosi dan agresi dan dapat pula menghilangkan gangguan jiwa seperti impian buruk dan halusinasi serta menormalisasikan perilaku yang tidak normal. Obat antipsikotik digunakan pada pasien psikosis, misalnya skizofrenia (Tan & Raharjo, 2015).

2) Penggolongan

a) Antipsikotik tipikal

Antipsikotik tipikal secara efektif dapat mengatasi simtom positif, pada umumnya dibagi lagi dalam sejumlah kelompok kimiawi seperti *derivat Fenotiazine* yang terdiri dari Klorpamazin, Levometromazine, Thioridazine, Periazine, Perazin, Flufenazin. Derivat thioxanten terdiri dari

Klorpotixen dan Zuklopentixol. Derivat Butirofenon terdiri dari Haloperidol, Bromperidon, Pipamperol, dan Dromperidon. Derivat Butil Piperidin terdiri dari Pimozida, Fluspirilen, Penfluridol (Sembiring, 2020).

b) Antipsikotik atipikal

Obat antipsikotik atipikal bekerja secara efektif melawan gejala negatif. Obat antipsikotik atipikal terdiri dari Sulpirida, Klozapin, Risperidon dan Quetiapin. Obat tersebut memiliki efek samping lebih ringan, tetapi lansia sebaiknya menghindari penggunaan antipsikotik atipikal karena resiko kerusakan ginjal akut (Tan & Raharja 2015).

3) Kegunaan

Kegunaan obat antipsikotik untuk gangguan jiwa dengan gejala psikosis, seperti skizofrenia dan depresi psikotik. Obat antipsikotik dapat juga digunakan untuk menangani gangguan perilaku serius dan pasien demensia juga untuk keadaan gelisah akut dan penyakit lata (Tan & Rahardja 2015).

4) Mekanisme Kerja

Antipsikotik bersifat lipofil dan mudah masuk ke dalam CCS (cairan serebrospinal), memungkinkan obat ini bekerja secara langsung terhadap syaraf otak. Mekanisme obat ini pada taraf bikimiawi belum diketahui secara pasti, tetapi ada petunjuk kuat bahwa mekanisme ini berhubungan erat dengan dengan kadar neuroransmitter di otak. Mekanisme antipsikotik menghambat kuat

reseptor dopamin (D2) di otak dan juga menghambat reseptor D1 atau D4, 1 dan 2 adrenergik, serotonin dan histamin. Riset baru mengenai otak menunjukkan bahwa blokade D2 tidak cukup untuk menanggulangi skizofrenia secara efektif, oleh karena itu, neuro hormon serotonin (5HT2), Glutamat dan GABA perlu dilibatkan (Sembiring, 2020)

2. Kepatuhan

a. Pengertian

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2022), patuh berarti suka menurut, taat dan berdisiplin. Sementara kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan. Kepatuhan merupakan suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari rangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban. Sikap atau perbuatan yang dilakukan sama sekali tidak dirasakan sebagai beban, bahkan akan menjadi beban apabila seseorang tersebut tidak berbuat sebagaimana mestinya (Marzuki, dkk, 2021).

Menurut menurut Koziar (2010 dalam Isdairi, Anwar & Sihalo, 2021) kepatuhan adalah tingkat perilaku individu (misalnya minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup), sesuai anjuran terapi atau kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi semua rencana terapi. Niven (2013 dalam Zees & Gobel, 2021) mendefinisikan bahwa kepatuhan merupakan sejauhmana perilaku

pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

Kontrol dalam Kamus Bahasa Indonesia (2022) artinya pemantauan, pengendalian, pengawasan. Berarti seseorang yang dalam masa pengobatan tidak dibiarkan begitu saja, namun perlu dipantau kembali keadaan kesehatannya, maupun perkembangan terapi untuk mencapai keadaan kesehatan tubuh yang diharapkan. Kepatuhan terhadap pengobatan medis (kepatuhan kontrol) adalah suatu kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang telah ditentukan oleh tenaga pelayanan kesehatan. Penderita yang patuh kontrol ke fasilitas kesehatan adalah penderita yang mampu menyelesaikan pengobatannya secara teratur dan lengkap tanpa terputus (Agustina, Prinawatie & Wulandari, 2023).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan menurut Abadi, dkk (2021) adalah :

1) Pengetahuan

Tingkat pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan. Tingginya tingkat pengetahuan dapat menunjukkan bahwa seseorang telah mengetahui, mengerti dan memahami maksud dari pengobatan yang dijalani.

2) Motivasi

Motivasi merupakan proses yang menjelaskan intensitas, arah dan ketekunan seseorang untuk mencapai tujuannya. Tingginya tingkat

motivasi menunjukkan tingginya dorongan individu untuk mencapai tujuannya.

3) Dukungan petugas kesehatan

Dukungan dari petugas kesehatan sangat dibutuhkan karena dari petugas kesehatan didapatkan informasi tentang penyakit dan pengobatan dan petugas kesehatan sebagai pemberi layanan kesehatan.

4) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga yang mendukung akan siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

c. Kepatuhan minum obat

Kepatuhan minum obat adalah sejauh mana perilaku seseorang minum obat, mengikuti diet, dan atau melaksanakan perubahan gaya hidup, sesuai dengan rekomendasi yang telah disepakati dari penyedia layanan kesehatan (Papeo, Immaculata, & Rukmawati, 2021). Kepatuhan minum obat adalah mengkonsumsi obat-obatan sesuai dengan yang diresepkan dan sudah ditentukan oleh dokter (Parlaungan,2021).

d. Metode Meningkatkan Kepatuhan

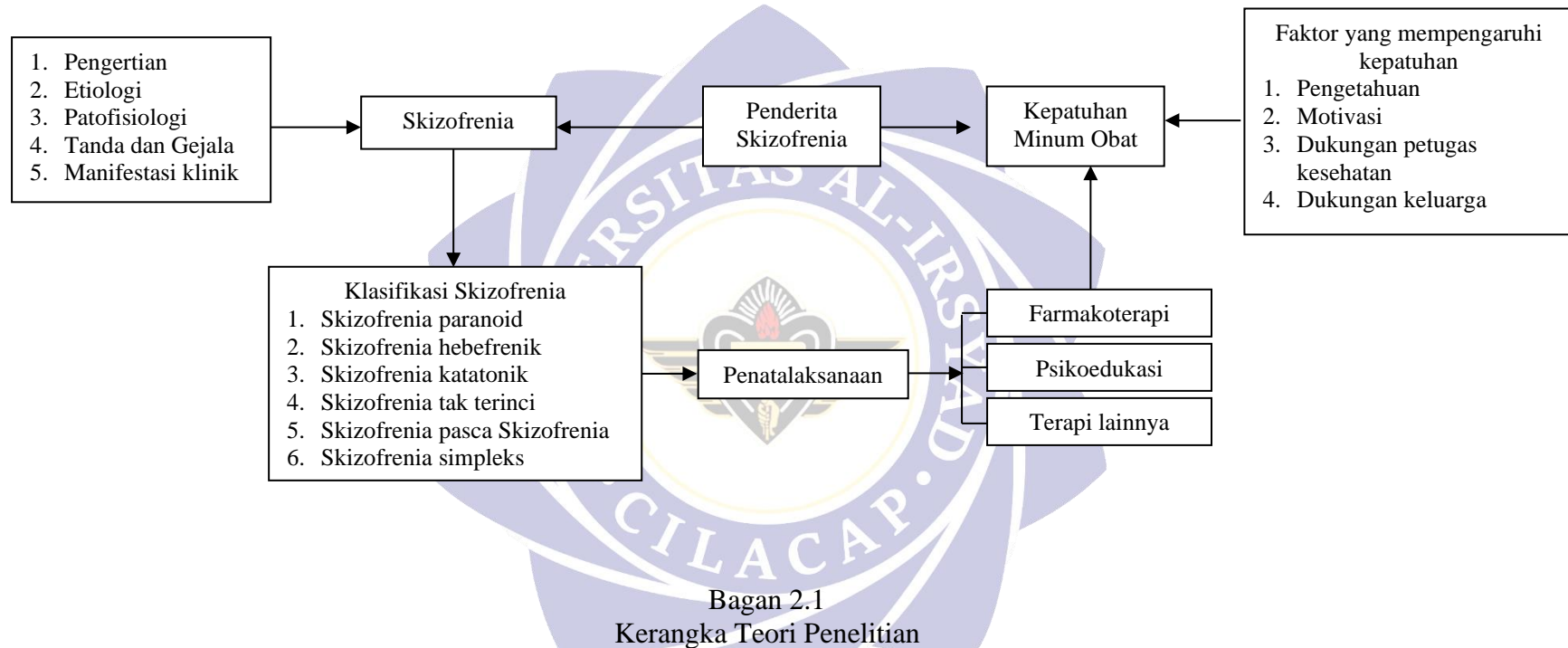
Menurut Sembiring (2020) beberapa metode untuk meningkatkan kepatuhan diantaranya adalah :

- 1) Pemberian edukasi kepada pasien, anggota keluarga dan keduanya mengenai penyakit dan pengobatannya. Edukasi dapat diberikan secara individu maupun kelompok, dan dapat diberikan melalui tulisan, telepon, email, atau datang ke rumah.
 - 2) Mengefektifkan jadwal pendosisan melalui penyederhanaan regimen dosis harian, menggunakan kotak pil untuk mengatur jadwal dosis harian, dan menyertakan anggota keluarga berpartisipasi dalam mengingatkan pasien untuk minum obat.
 - 3) Meningkatkan komunikasi antara pasien dan petugas kesehatan.
- e. Pengukuran kepatuhan minum obat

Pengukuran kepatuhan dalam mengkonsumsi obat dapat dilakukan dengan instrumen dari Kemenkes (2013) berdasarkan jumlah dosis yang telah diminum dalam 30 hari. Kepatuhan minum obat dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu :

- 1) Kepatuhan tinggi
95% jika < 3 dosis tidak diminum dalam periode 30 hari
- 2) Kepatuhan sedang
80 - 94% jika 3 - 12 dosis tidak diminum dalam periode 30 hari
- 3) Kepatuhan rendah
< 80% jika > 12 dosis tidak diminum dalam periode 30 hari

B. Kerangka Teori



Sumber : Kemenkes (2015), Tan & Raharjo (2015), Amalia (2020), Emlia (2020), Sembiring (2020), Abadi, dkk (2021), Marzuki, dkk (2021), Surlipta (2021), Fitrikasari & Kartikasari (2022), Kamus Besar Bahasa Indonesia (2022), Ardiansyah, dkk (2023), Heryanto (2023)