

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata, yaitu *Skizo* yang artinya retak atau pecah (*split*), dan *Fenia* yang artinya jiwa. Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang penderitanya tidak mampu menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*) dengan baik dan pemahaman diri (*self insight*) yang buruk. Oleh sebab itu seseorang yang menderita gangguan jiwa Skizofrenia ialah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*) sehingga tidak mampu menilai realitas (Hawari,2003). Pendapat lain dari Prof. Dr. H. Ayub Sani Ibrahim Sp. Kj. (2011) juga menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan sekelompok gangguan psikotik, dengan gangguan dasar pada kepribadian, distorsi khas pada proses pikir. Kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar.

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan efektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi. Hal ini sering kali diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). (Priyanto, 2007)

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Niven (dalam Permatasari & Gamayanti, 2016) menjelaskan beberapa etiologi skizofrenia pada seseorang melalui beberapa perspektif, yaitu :

a. Perspektif Psikodinamika

Menurut pandangan psikodinamika, skizofrenia mencerminkan ego yang dibanjiri oleh dorongan-dorongan seksual primitif atau agresi atau impuls yang berasal dari Id. Impuls-impuls tersebut mengancam ego dan berkembang menjadi konflik antar psikus yang kuat. Dibawah ancaman seperti itu, orang tersebut mundur keperiode awal dari tahap oral, yang disebut sebagai narsisme primer. Karena ego menjembatani hubungan antara diri dengan dunia luar, kerusakan pada fungsi ego ini berpengaruh terhadap adanya jarak realistik khas skizofrenia. Masukan dari Id menyebabkan fantasi menjadi disalahartikan sebagai realitas sehingga menyebabkan halusinasi dan waham. Impuls-impuls primitive mungkin juga membawa beban yang lebih berat daripada norma-norma sosial dan diekspresikan pada perilaku aneh dan tidak sesuai secara sosial.

b. Perspektif Biologis

1. Faktor Genetik

Hal ini dibuktikan dengan suatu penelitian keluarga. Secara keseluruhan keluarga tingkat pertama dari orang-orang yang mengalami skizofrenia (orang tua atau saudara kandung) memiliki sekitar sepuluh kali lipat resiko yang lebih besar untuk mengalami skizofrenia dibandingkan anggota populasi umum.

2. Faktor biokimia

Teori dopamine beranggapan bahwa skizofrenia melibatkan terlalu aktifnya reseptor dopamine di otak. Reseptor yang terletak di neuron pascasinaptik, dimana molekul dopamine terikat.

3. Infeksi virus

Walau sudah ada yang meneliti mengenai penyebab dari virus, namun teori virus yang dianggap penyebab skizofrenia masih sangat tidak meyakinkan.

4. Ketidakabnormalan otak

Serangkaian bukti yang layak diperhitungkan menunjukkan ketidaknormalan korteks prefrontalis terlibat dalam pengendalian berbagai fungsi kognitif dan emosional.

c. Teori-teori keluarga

Orang tua dari pasien yang menderita skizofrenia menunjukkan tingkat penyimpangan komunikasi yang lebih tinggi daripada orang tua yang tidak menderita skizofrenia. Orang tua dengan penyimpangan komunikasi yang tinggi juga mengalami kesulitan untuk memfokuskan pada apa yang disampaikan oleh anak mereka. Mereka cenderung untuk menyerang anak secara verbal daripada menawarkan kritik yang membangun.

Pengukuran lain dari komunikasi keluarga yang terganggu disebut sebagai ekspresi emosi (*expressed emotion*). Expressed emotion melibatkan kecenderungan anggota keluarga untuk bersikap kejam, mengkritik, dan tidak mendukung pada anggota keluarga yang menderita

skizofrenia. Pasien penderita skizofrenia yang memiliki keluarga dengan *expressed emotion* yang tinggi cenderung menunjukkan penyesuaian diri yang lebih buruk dan memiliki rata-rata kambuh yang tinggi dibandingkan dengan mereka dengan keluarga yang bisa mendukung.

d. Model Diatesis-stress

Prinsip utama model Diatesis-stress adalah hereditas berinteraksi dengan pengaruh lingkungan dalam menentukan kerentanan terhadap skizofrenia. Namun faktor-faktor lingkungan tertentu juga berpengaruh misalnya pengasuhan orang tua yang baik, mungkin sebenarnya memiliki peran sebagai perlindungan dalam mencegah perkembangan gangguan pada orang-orang dengan resiko genetik yang meningkat.

e. Teori Adolf Meyer

Teori ini menjelaskan bahwa skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak 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. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

f. Teori Sigmund Freud

Teori ini menjelaskan bahwa skizofrenia disebabkan oleh beberapa hal yaitu (1) kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab

psikogenik ataupun somatic. (2) Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme dan (3) kehilangan kapasitas untuk pemindahan (*transference*) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

g. 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.

2.1.3 Gejala Klinis Skizofrenia

Gambaran gangguan jiwa skizofrenia beraneka ragam dari mulai gangguan pada alampikir, perasaan dan perilaku yang mencolok sampai pada yang tersamar. Sebelum seseorang sakit, pada umumnya penderita sudah mempunyai ciri-ciri kepribadian tertentu. Kepribadian penderita sebelum sakit disebut sebagai kepribadian pramorboid, seringkali digambarkan sebagai orang yang mudah curiga, pendiam, sukar bergaul, lebih senang menarik diri, dan menyendiri serta eksentrik (aneh). Gangguan jiwa skizofrenia bisa mulai muncul dalam masa remaja atau dewasa (sebelum usia 45 tahun). Seseorang dikatakan menderita skizofrenia apabila perjalanan penyakitnya sudah berlangsung lewat 6 bulan. Sebelumnya didahului oleh gejala-gejala awal disebut sebagai fase prodromal yang ditandai dengan munculnya gejala-gejala yang tidak lazim misalnya pikiran tidak rasional, perasaan yang tidak wajar, perilaku yang aneh, penarikan diri dan sebagainya. Gejala-gejala skizofrenia dapat

dibagi menjadi 2 kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif menurut (Yosep, 2007) sebagai berikut :

1. Gejala Positif Skizofrenia

Gejala positif yang diperlihatkan pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

- a. Delusi atau waham, yaitu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.
- b. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ransangan (stimulus). Misalnya penderita mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikan itu.
- c. Kekacauan alam pikir, yaitu yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- d. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e. Merasa dirinya “Orang Besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
- f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ancaman terhadap dirinya.
- g. Menyimpan rasa permusuhan

2. Gejala Negatif Skizofrenia

Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

- a. Alam perasaan (*affect*) mendatar, gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajah yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b. Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
- c. Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara pendiam.
- d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e. Sulit dalam berfikir abstrak.
- f. Pola pikir stereotip.
- g. Tidak ada atau kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, menonton dan tidak ada apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu).

Gejala-gejala negatif skizofrenia sering kali tidak disadari atau kurang diperhatikan oleh pihak keluarga, karena dianggap tidak “menggangu” sebagaimana halnya pada penderita skizofrenia yang menunjukkan gejala-gejala positif.

2.1.4 Jenis-jenis Skizofrenia

Penderita Skizofrenia digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Adapun pembagian skizofrenia berdasarkan gejala yang dominan yaitu (Davison, 2010)

- a. Skizofrenia Paranoid

Ciri utama dari skizofrenia paranoid adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga. Biasanya waham yang sering terjadi adalah waham kejar atau waham kebesaran. Atau keduanya, tetapi waham dengan tema lain (misalnya waham kecemburuan, keagamaan, atau somatisasi) mungkin juga muncul. Ciri-ciri lainnya meliputi ansietas, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi, serta agresif.

b. Skizofrenia Hebefrenia

Awalnya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang sering timbul adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kekanakan, waham dan halusinasi sering kali juga muncul.

c. Skizofrenia Disorganized

Ciri utama skizofrenia disorganized adalah pembicaraan kacau, tingkah laku kacau efek yang datar atau *inappropriate*. Pembicaraan yang kacau dapat disertai kekonyolan dan tertawa yang tidak erat kaitannya dengan isi pembicaraan. *Disorganized* tingkah laku dapat membawa pada gangguan yang serius pada berbagai aktivitas hidup sehari-hari.

d. Skizofrenia Katatonik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi tidak Bergeraknya motorik (*waxy flexibility*). Aktivitas psikomotor yang berlebihan, negativism yang ekstrim, sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi (*mutism*), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain (*echolalia*) atau mengikuti tingkah laku orang lain (*echopraxia*).

e. Skizofrenia Undifferentiated

Tipe ini merupakan tipe skizofrenia yang menampilkan perubahan pola simpton-simpton yang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia. Misalnya, kebingungan (*confusion*), emosi yang tidak dapat dipegang karena berubah-ubah atau salah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autisme seperti mimpi, depresi, dan sewaktu-waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan.

f. Skizofrenia residual

Tipe ini merupakan kategori yang dianggap telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual atau sisa, seperti keyakinan-keyakinan negatif, atau mungkin masih memiliki ide-ide tidak wajar yang tidak sepenuhnya delusional. Gejala-gejala residual itu dapat meliputi menarik diri secara sosial, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan afek datar.

2.1.5 Terapi (Pengobatan) Skizofrenia

Gangguan jiwa skizofrenia adalah salah satu penyakit yang cenderung berlanjut (kronis, menahun). Oleh karenanya terapi pada skizofrenia memerlukan waktu relatif lama berbulan bahkan bertahun,

hal ini dimaksudkan untuk menekan sekecil mungkin kekambuhan (relapse). Terapi yang dimaksud meliputi terapi dengan obat-obatan anti Skizofrenia (psikofarmaka), psikoterapi, terapi psikososial dan terapi psikorelegius (Hawari, 2003).

a. Psikofarmaka

Adapun obat psikofarmaka yang ideal yaitu yang memenuhi syarat-syarat antara lain sebagai berikut :

1. Dosis rendah dengan efektivitas terapi dalam waktu yang relatif singkat
2. Tidak ada efek samping, walaupun ada relatif kecil
3. Dapat menghilangkan dalam waktu relatif singkat gejala positif maupun negatif
4. Lebih cepat memulihkan fungsi kognitif (daya pikir dan daya ingat)
5. Tidak menyebabkan kantuk
6. Memperbaiki pola tidur
7. Tidak menyebabkan habituasi, adiksi, dan dependensi
8. Tidak menyebabkan lemas otot
9. Pemakaian dosis tunggal (*single dose*)

Jenis obat psikofarmaka dapat dibagi menjadi dua golongan yaitu golongan generasi pertama (*typical*) dan golongan generasi kedua (*atypical*).

1. Termasuk golongan generasi pertama misalnya : Chlorpromazine HCL (largactil), Trifluoperazine HCL (stelazine), Thioridazine HCL (melleril), Haloperidol (Haldol, Serenace).

2. Termasuk golongan generasi kedua misalnya : Risperidone (risperdal), Clozapine (Clozaril), Quetiapine (serquel), Olanzapine (zyprexa).

b. Psikoterapi

Terapi kejiwaan atau psikoterapi pada penderita skizofrenia, baru dapat diberikan apabila penderita dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*) sudah kembali pulih dan pemahaman diri (*insight*) sudah baik. Psikoterapi diberikan dengan catatan bahwa penderita masih tetap mendapat terapi psikofarmaka.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Menurut Keliat (2010) Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi. Halusinasi merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, penciuman, perabaan atau penghidupan. Pasien biasanya merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Berdasarkan Depkes tahun 2000 (dalam Sari, 2018) Halusinasi adalah gerakan penyerapan (persepsi) panca indera tanpa ada rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem panca indera terjadi pada saat kesadaran individu penuh atau baik. Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien member persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata (Kusumawati, 2010).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah persepsi salah satu gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan persepsi sensori seseorang yang hanya mengalami rangsang internal (pikiran) tanpa disertai adanya rangsang eksternal (dunia luar) yang sesuai.

2.2.2 Jenis-jenis Halusinasi

Menurut Kusumawati (2010) halusinasi terbagi menjadi tujuh jenis, yaitu :

1. Halusinasi Pendengaran

Biasanya pasien akan mendengar suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas sedang berbicara tentang pasien bahkan sampai pada percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana pasien mendengar perkataan bahwa pasien disuruh untuk melakukan sesuatu yang terkadang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

2. Halusinasi Penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun, bayangan yang rumit atau kompleks, bayangan yang bisa menyenangkan ataupun menakutkan.

3. Halusinasi Penciuman

Biasanya pasien akan merasakan mencium/membau bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin, feses, parfum atau bau yang lain ini

sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang, atau dimensia.

4. Halusinasi Pengecepan

Pasien biasanya merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin, feses, ataupun rasa yang lainnya.

5. Halusinasi Perabaan

Pasien merasa mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Misalnya rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati, atau orang lain.

6. Halusinasi Cenesthetik

Pasien merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makan atau pembentukan urine.

7. Halusinasi Kinestetika

Biasanya pasien merasakan pergerakan sementara pasien sedang berdiri tanpa bergerak.

2.2.3 Etiologi Halusinasi

Menurut Keliat (2010) terdapat beberapa faktor penyebab halusinasi, yaitu :

1. Faktor Predisposisi

a. Biologis

Gangguan perkembangan dan fungsi otak, susunan syaraf pusat dapat menimbulkan gangguan realita. Gejala yang mungkin timbul adalah hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan muncul perilaku menarik diri.

b. Psikologis

Keluarga yang merawat pasien dan lingkungan pasien sangat mempengaruhi respon psikologis pasien, sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup pasien.

c. Sosial dan Budaya

Kondisi sosial budaya juga mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti : kemiskinan, konflik sosial budaya dan kehidupan yang terisolasi serta stress.

2. Faktor Presipitasi

Secara umum pasien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya.

Menurut Rawlins (dalam Sari, 2018) etiologi halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi, yaitu :

a. Dimensi fisik

Halusinasi dapat meliputi kelima indera, tetapi yang paling sering ditemukan adalah halusinasi pendengaran, halusinasi dapat ditimbulkan dari beberapa kondisi seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan. Demam tinggi hingga terjadinya delirium intoksikasi, alcohol dan kesulitan-kesulitan untuk tidur dalam jangka waktu yang lama.

b. Dimensi emosional

Terjadinya halusinasi karena ada perasaan cemas yang berlebihan yang tidak dapat diatasi. Isi halusinasi berupa perintah memaksa dan menakutkan yang tidak dapat dikontrol dan menentang, sehingga menyebabkan pasien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c. Dimensi intelektual

Biasanya ditunjukkan dengan penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan usaha ego sendiri melawan impuls yang menekan dan menimbulkan kewaspadaan mengontrol perilaku dan mengambil seluruh perhatian pasien.

d. Dimensi sosial

Halusinasi dapat disebabkan oleh hubungan interpersonal yang tidak memuaskan sehingga koping yang digunakan untuk menurunkan kecemasan akibat hilangnya kontrol terhadap diri, harga diri, maupun interaksi sosial dalam dunia nyata sehingga pasien cenderung menyendiri dan hanya bertuju pada diri sendiri.

e. Dimensi spiritual

Pasien yang mengalami halusinasi yang merupakan makhluk sosial, mengalami ketidakharmonisan berinteraksi. Penurunan kemampuan untuk menghadapi stress dan kecemasan serta menurunnya kualitas untuk menilai keadaan sekitarnya. Akibat saat halusinasi menguasai dirinya, pasien akan kehilangan kontrol terhadap kehidupannya.

Selain itu Stuart & Sundden (2006) juga menjelaskan terjadinya halusinasi disebabkan oleh beberapa hal, yaitu :

1. Teori psikoanalisa

Halusinasi merupakan perubahan ego untuk melawan rangsangan dari luar yang mengancam. Kerusakan ego akan memberikan distribusi terhadap munculnya simtompt halusinasi. Secara umum kerusakan ego dapat mempengaruhi interpretasi terhadap realitas dan kontrol terhadap dorongan dari dalam.

2. Teori biokimia

Halusinasi terjadi kaena respon metabolisme terhadap stress yang mengakibatkan dan melepaskan zat halusinogenik neurokimia seperti bufotamin dan dimetyltransferase sehingga terjadi kerusakan otak karena adanya peningkatan aktivitas neurotransmitter dan dopaminergic.

Sedangkan Mc Forlano & Thomas (dalam Ardianto, 2017) mengemukakan beberapa teori yang menyebabkan terjadinya halusinasi, antara lain :

1. Teori Psikofisiologi

Terjadi akibat ada fungsi kognitif yang menurun karena terganggunya fungsi otak termasuk sistem limbic, korteks, frontal dan ganglia basalis.

2. Teori Psikodinamik

Sebagaimana orang yang mengalami penyakit non psikiatri, tetapi karena perilaku sekitar yang signifikan dapat memunculkan stress emosional yang harus dihadapi oleh penderita halusinasi.

3. Teori Interpersonal

Seseorang secara aktif menunjukkan gejala awal halusinasi yang disebut sebagai prodromal, seperti penarikan diri, enggan bersosialisasi dan enggan dengan kewajiban seusianya.

2.2.4 Tahapan Halusinasi

Depkes RI tahun 2000 (dalam Sari, 2018) menjelaskan ada beberapa tahapan halusinasi, yaitu :

1. Tahap I (*conforting*)

Memberi rasa nyaman, tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan dengan karakteristik:

- a. Pasien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan.
- b. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas.
- c. Pikiran dan pengalaman masih dalam kontrol kesadaran.
- d. Perilaku pasien tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat. Respon verbal yang lambat dan konsentrasi yang lambat.

2. Tahap II (*condemning*)

Menyalahkan, tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipasti dengan karakteristik:

- a. Pengalaman sensori yang menakutkan
- b. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut
- c. Mulaimerasa kehilangan kontrol
- d. Menarik diri dari orang lain

Adapun perilaku-perilaku pasien pada tahap ini, antara lain :

- a. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah.
- b. Perhatian dengan lingkungan berkurang.
- c. Konsentrasi terhadap pengalaman sensorinya.
- d. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realitas.

3. Tahap III (*kontrolling*)

Mengontrol, tingkat kecemasan berat, pengalaman halusinasi tidak dapat ditolak dengan karakteristik :

- a. Pasien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya (halusinasi).
- b. Isi halusinasi menjadi atraktif.
- c. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir.

Adapun perilaku-perilaku pasien pada tahap ini, antara lain :

- a. Perintah halusinasi ditaati
- b. Sulit berhubungan dengan orang lain
- c. Perhatian terhadap lingkungan berkurang
- d. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat.

4. Tahap IV (*conquering*)

Pasien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi, pasien tampak panik.

Karakteristiknya yaitu suara atau ide yang datang mengancam apabila tidak diikuti.

Perilaku pasien:

- a. Perilaku panik

- b. Resiko tinggi mencederai
- c. Agitasi atau kataton
- d. Tidak mampu berespon terhadap lingkungan

2.2.5 Mekanisme Koping

Mekanisme koping menurut Stuart & Sunnden (2006) yaitu perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurologis maladaptive meliputi :

- a. Regeresif berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas hidup sehari-hari.
- b. Proyeksi sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi.
- c. Menarik diri.

2.2.6 Proses Terjadinya Masalah

Halusinasi terjadi karena pasien tersebut pada dasarnya memiliki koping yang tidak efektif terhadap berbagai stressor yang menimpanya. Kondisi yang timbul biasanya pasien cenderung akan menarik diri dari lingkungan dan terjadilah isolasi sosial. Kesendirian tersebut jika berlangsung lama akan menimbulkan halusinasi dan semakin lama akan semakin menikmati halusinasinya. Karena adanya hal yang tidak nyata akan muncul perintah yang bisa menyuruh pasien merusak diri sendiri dan lingkungan di sekitarnya (Keliat, 2010).

2.3 Konsep Kepatuhan Minum Obat

2.3.1 Pengertian Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan menurut Carolina, A (2008) adalah tingkat perilaku penderita dalam mengambil suatu tindakan pengobatan, misalnya dalam menentukan kebiasaan hidup sehat dan ketetapan berobat. Menurut Shivers (2012) menjelaskan bahwa kepatuhan minum obat merupakan tindakan individu yang tidak melalaikan kewajiban, tanggung jawab dan disiplin waktu. Kepatuhan minum obat merupakan terhindarnya penderita dari kelalaian, putus asa, sehingga terdapat perubahan signifikan dari kepatuhan itu sendiri dan menghindarkan dari kekambuhan (Pardede, 2013). Dalam pengobatan, seseorang dikatakan tidak patuh apabila orang tersebut melalaikan kewajibannya berobat, sehingga dapat mengakibatkan terhalangnya kesembuhan.

1. Pemahaman tentang instruksi

Pada pola hubungan interaksi yang tidak efektif akan menimbulkan salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Sehingga tidak tercapainya maksud dan tujuan yang diharuskan (Morisson, 2009).

Hal ini disebabkan oleh kegagalan professional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap dan sulit dipahami karena penggunaan istilah-istilah medis.

2. Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara professional kesehatan dengan penderita merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

3. Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Keluarga juga member dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit.

4. Keyakinan, sikap, dan kepribadian

Ahli psikologi telah menyelidiki tentang hubungan antara pengukuran-pengukuran kepribadian dan kepatuhan. Mereka menemukan bahwa data kepribadian dibedakan antara orang yang patuh dengan orang yang gagal. Orang-orang yang tidak patuh adalah orang-orang yang lebih sering mengalami depresi, ansietas, sangat memerhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih dan yang kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian pada dirinya sendiri.

2.3.2 Indikator Kepatuhan Minum Obat

Menurut Destiny Octrina B (2012) pasien skizofrenia dikatakan patuh minum obat apabila sesuai dengan indikator berikut ini :

1. kemandirian pasien minum obat, pasien teratur minum obat dan tidak harus diingatkan.
2. Sesuai dosis yang diberikan oleh dokter, pasien tidak boleh sembarangan minum obat tanpa resep dokter.
3. Kediplisan minum obat, pasien tidak berhenti mengkonsumsi obat selama dalam proses penyembuhan, dan pasien harus selalu mengkonsumsi obat sehingga bisa mencegah kekambuhan pasien.

4. Ketepatan waktu minum obat, pasien harus mengonsumsi obat sesuai aturannya sesuai jadwal yang diberikan dokter.
5. Pendampingan keluarga, keluarga pasien berperan penting dalam keseharian pasien. Karena hanya orang terdekat yang selalu mengetahui untuk hal yang dilakukan pasien setiap waktu.

2.3.3 Indikator Ketidapatuhan Minum Obat

Menurut Destiny Octrina B (2012) pasien skizofrenia dikatakan patuh minum obat apabila sesuai dengan indikator berikut ini :

1. Kurangnya pengawasan, pendampingan pada saat pasien minum obat tidak dilakukan oleh keluarga pasien sehingga tidak diketahui secara pasti kelangsungan pasien pada saat minum obat.
2. Faktor ekonomi, kondisi keluarga yang tidak mampu menjadi penghalang kebutuhan pasien untuk melakukan kontrol, sehingga keluarga tidak mampu menebus resep yang didapatkan dari rumah sakit.
3. Kurangnya informasi, disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap karena profesional kesehatan menggunakan istilah-istilah medis yang kurang dimengerti oleh pasien serta banyaknya instruksi yang diberikan.

2.3.4 Faktor Kepatuhan Minum Obat

Menurut Niven (2010) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada pasien adalah :

1. Internal
 - a. Sikap atau motivasi individu ingin sembuh

Motivasi atau sikap yang paling kuat adalah dalam diri individu sendiri. Motivasi individu ingin tetap sembuh mempertahankan kesehatannya sangat berpengaruh terhadap penderita dalam mengontrol penyakitnya.

b. Keyakinan

Keyakinan merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan.penderita berpegang teguh terhadap keyakinannya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa.

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan berpengaruh dengan kemampuan menerima informasi dan mencari informasi tentang penyakit yang sedang dialaminya, sehingga semakin rendah tingkat pendidikan semakin berpengaruh terhadap kepatuhan minum obat.

d. Pengetahuan

Pengetahuan pasien menjadi ketetapan utama dalam menerima informasi. Karena seringkali pasien menghentikan obat tersebut setelah gejala pada penyakitnya merasa sudah hilang.

2. Eksternal

a. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tenang apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya. Karena dengan adanya dukungan akan timbul

kepercayaan dirinya untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan lebih baik.

b. Dukungan Sosial

Dukungan sosial dalam bentuk emosional dari anggota keluarga lain merupakan faktor penting dalam kepatuhan terhadap program terapi. Keluarga dapat mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu dan dapat menangani godaan terhadap ketidakpatuhan.

c. Kurangnya interaksi

Interaksi terhadap petugas kesehatan merupakan suatu sarana penting pada pasien untuk menerima penjelasan tentang penyakit dan pengobatannya.

2.3.5 Faktor Ketidakpatuhan Minum Obat

1. Pendidikan

Ada kecenderungan semakin rendah pendidikan seseorang maka akan tidak patuh dalam meminum obat. Tingkat pendidikan berhubungan dengan kemampuan menerima informasi kesehatan dari media massa dan petugas kesehatan.

2. Tingkat Pengetahuan

Ada kecenderungan semakin rendah pengetahuan seseorang maka akan tidak patuh dalam meminum obat. Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran,

penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmojo, 2007).

3. Efek Samping

Ada kecenderungan terganggunya seseorang dengan efek samping maka akan tidak patuh dalam meminum obat.

2.3.6 Cara Mengukur Kepatuhan

Terdapat dua metode yang bisa digunakan untuk mengukur kepatuhan yaitu : (Osterberg dan Blaschke, 2015)

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 biologik marker yang ditambahkan pada formulasi obat. Kelemahan metode ini adalah biayanya yang mahal, memberatkan tenaga kesehatan dan rentan terhadap penolakan dari pasien.

2. Metode tidak langsung

Metode tidak langsung dapat dilakukan dengan menanyakan pasien tentang cara pasien menggunakan atau mengonsumsi obat, menilai respon klinik, melakukan perhitungan obat (*pill count*), menilai angka *refilling prescriptions*, mengumpulkan kuisioner pasien, menggunakan *electronic medication monitor*, menilai kepatuhan pasien anak dengan menanyakan kepada orang tua.

2.3.7 Morisky Medication Adherence Scale 8 items (MMAS-8)

MMAS-8 (*Morisky Medication Adherence Scale*) adalah suatu alat ukur yang dikembangkan oleh Morisky et al untuk menilai kepatuhan minum obat pasien dengan jangka waktu panjang melalui kuisioner. MMAS pertama kali diaplikasikan untuk mengetahui *compliance* pada pasien hipertensi dengan *pre* dan *post interview*. Morisky et al mempublikasikan versi terbaru pada tahun 2008 yaitu MMAS-8 dengan nilai validitas $p = 0,5$, nilai realibilitas = 0,83, serta sensitivitas sebesar 93% dan spesifisitas sebesar 53% pada sebuah studi kepatuhan minum obat pasien hipertensi (Morisky D.E, 2011). MMAS-8 terdiri dari 8 item yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang menunjukkan frekuensi kelupaan dalam minum obat, kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat.

Salah satu metode pengukuran kepatuhan secara tidak langsung adalah dengan menggunakan kuisioner. Metode ini dinilai cukup sederhana dalam pelaksanaannya. Kuisioner MMAS-8 ini merupakan salah satu model kuisioner yang telah tervalidasi untuk menilai kepatuhan terapi jangka panjang. Pada mulanya Morisky mengembangkan beberapa pertanyaan singkat (4 pertanyaan) untuk mengukur kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes mellitus. Namun saat ini kuisioner Morisky telah dimodifikasi menjadi 8 pertanyaan dengan modifikasi beberapa pertanyaan sehingga lebih lengkap dalam penelitian kepatuhan. Modifikasi kuisioner Morisky tersebut saat ini

dapat digunakan untuk pengukuran kepatuhan dan ketidakpatuhan pengobatan penyakit yang memerlukan terapi jangka panjang.

Pengukuran skor MMAS-8 untuk pertanyaan 1 sampai 7 jika jawaban YA bernilai 0 dan jawaban TIDAK bernilai 1. Kecuali pertanyaan nomer 5 jika jawaban YA bernilai 1 dan jawaban TIDAK bernilai 0, sedangkan untuk pertanyaan nomer 8 jika menjawab tidak pernah/jarang (tidak sekalipun dalam seminggu) bernilai 4, jika menjawab sekali-kali (satu/dua kali dalam seminggu) bernilai 3, terkadang (tiga/empat kali dalam seminggu) bernilai 2, biasanya (lima/enam kali seminggu) bernilai 1 dan selalu/setiap saat bernilai 0. Tingkat kepatuhan didapatkan dari hasil total skor yang dimasukkan dalam penilaian keseluruhan yaitu kategori tinggi dengan total skor 8, kategori sedang dengan total skor 6-7 dan kategori rendah dengan total skor <6 (Morisky et al, 2011).

2.4 Konsep Kekambuhan

2.4.1 Pengertian Kekambuhan

Andri (2008) menjelaskan bahwa kambuh merupakan keadaan pasien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali. Periode kekambuhan adalah lamanya waktu tertentu atau masa dimana pasien muncul lagi gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali. Kekambuhan gangguan jiwa psikotik adalah munculnya kembali gejala-gejala psikotik yang nyata. Angka kekambuhan secara positif hubungan dengan beberapakali masuk Rumah Sakit (RS),

lamanya dan perjalanan penyakit. Penderita-penderita yang kambuh biasanya sebelum keluar dari RS mempunyai karakteristik hiperaktif, tidak mau minum obat dan memiliki sedikit keterampilan sosial (Akbar, 2008).

2.4.2 Gejala Kekambuhan

Pada gangguan jiwa psikotik akan timbul gejala positif yang lebih aktif seperti waham, halusinasi, gangguan pikiran, *ekoprasia*, *asosiasi longer*, *flight of ideas*. Beberapa gejala kambuh yang perlu diidentifikasi oleh pasien dan keluarganya (Yosep, 2007) 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

2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan

Ada beberapa hal yang bisa memicu kekambuhan skizofrenia, 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 yang membuat stress (Akbar, 2008).

Sullinger (dalam Yosep, 2007) mengidentifikasi 4 faktor penyebab pasien kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit jiwa, yaitu :

a. Pasien

Secara umum bahwa pasien yang minum obat secara tidak teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% pasien yang pulang dari rumah sakit jiwa tidak minum obat secara teratur (Appleton, dalam Keliat 2010). Pasien kronis, khususnya skizofrenia sukar mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidakmampuan mengambil keputusan. Dirumah sakit perawat bertanggung jawab dalam pemberian atau pemantauan pemberian obat, di rumah tugas perawat digantikan oleh keluarga.

b. Dokter (pemberi resep)

Pemberian resep diharapkan tetap waspada mengidentifikasi dosis terapeutik yang dapat mencegah kekambuhan dan efek samping.

c. Penanggung jawab pasien (*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 dan segera mengambil tindakan.

d. Keluarga

Ekspresi emosi yang tinggi dari keluarga diperkirakan menyebabkan kekambuhan yang tinggi pada pasien. Hal lain adalah pasien mudah dipengaruhi oleh stress yang menyenangkan mampu yang menyedihkan. Keluarga mempunyai tanggung jawab yang penting dalam proses perawatan di rumah sakit jiwa, persiapan pulang dan

perawatan di rumah agar adaptasi pasien berjalan dengan baik. Kualitas dan efektifitas perilaku keluarga akan membantu proses pemulihan kesehatan pasien sehingga status pasien meningkat. Beberapa peneliti menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab kambuh gangguan jiwa adalah perilaku keluarga yang tidak tahu cara menangani pasien Skizofrenia di rumah (Sullinger dalam Yosep 2007).

Selain faktor yang menyebabkan kekambuhan, Sandi Fitra (2013) juga menjelaskan ada beberapa upaya yang dapat dilakukan oleh keluarga maupun pasien sendiri sebagai pencegahan agar tidak kambuh, antara lain didorong oleh beberapa faktor berikut ini :

a. Motivasi klien

Sudah umum diketahui bahwa klien yang gagal minum obat dengan teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Oleh karena itu dibutuhkan kemauan yang datangnya dari pasien sendiri untuk sembuh agar dapat dengan mudah mengikuti aturan pengobatan dengan rutin.

b. Dukungan keluarga

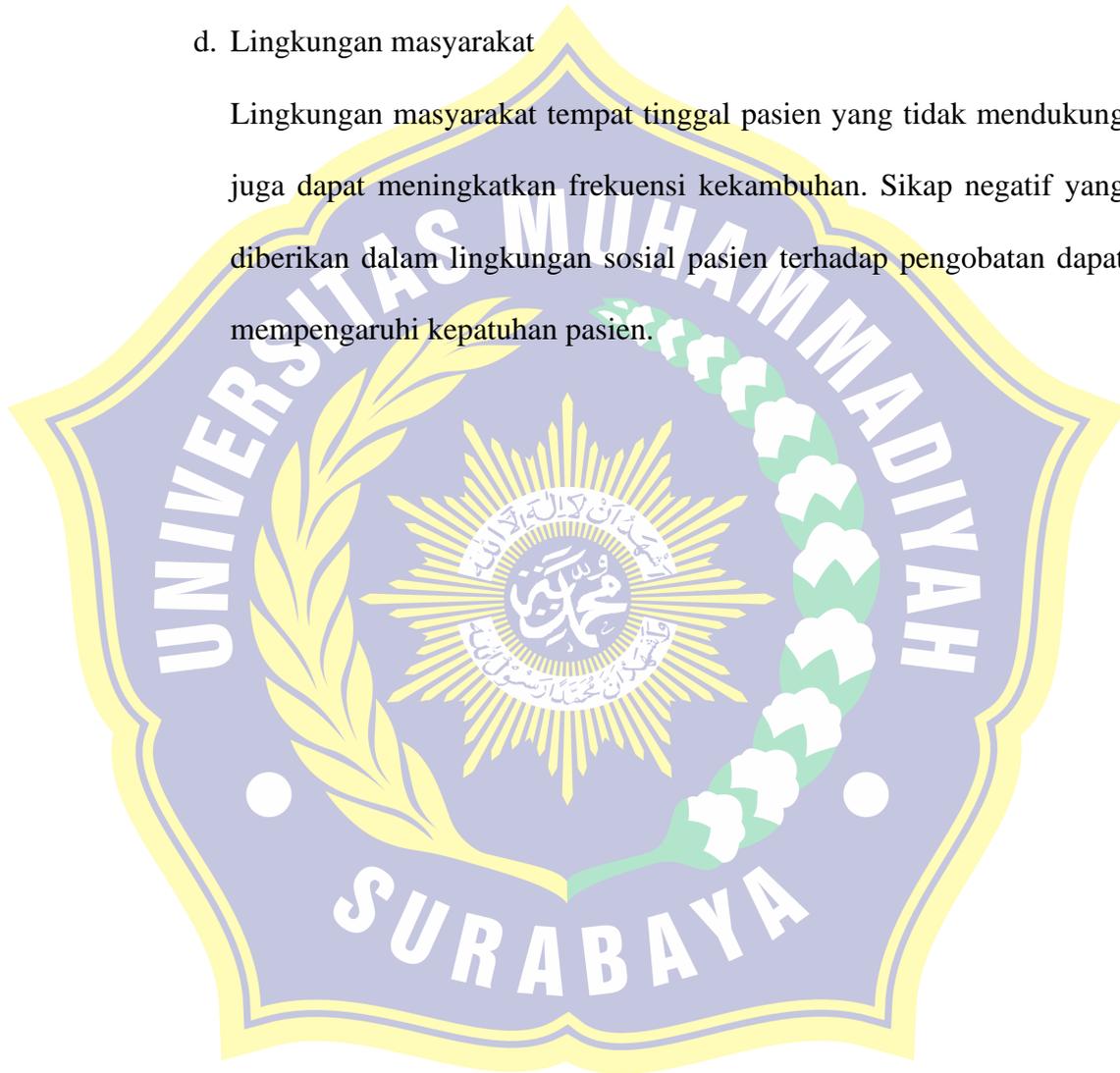
Dukungan dan bantuan keluarga merupakan komponen yang sangat penting dalam kepatuhan pengobatan pasien skizofrenia. Pasien yang tinggal sendirian secara umum memiliki angka kepatuhan yang rendah dibandingkan mereka yang tinggal dengan keluarga yang mendukung.

c. Tingkat pengetahuan

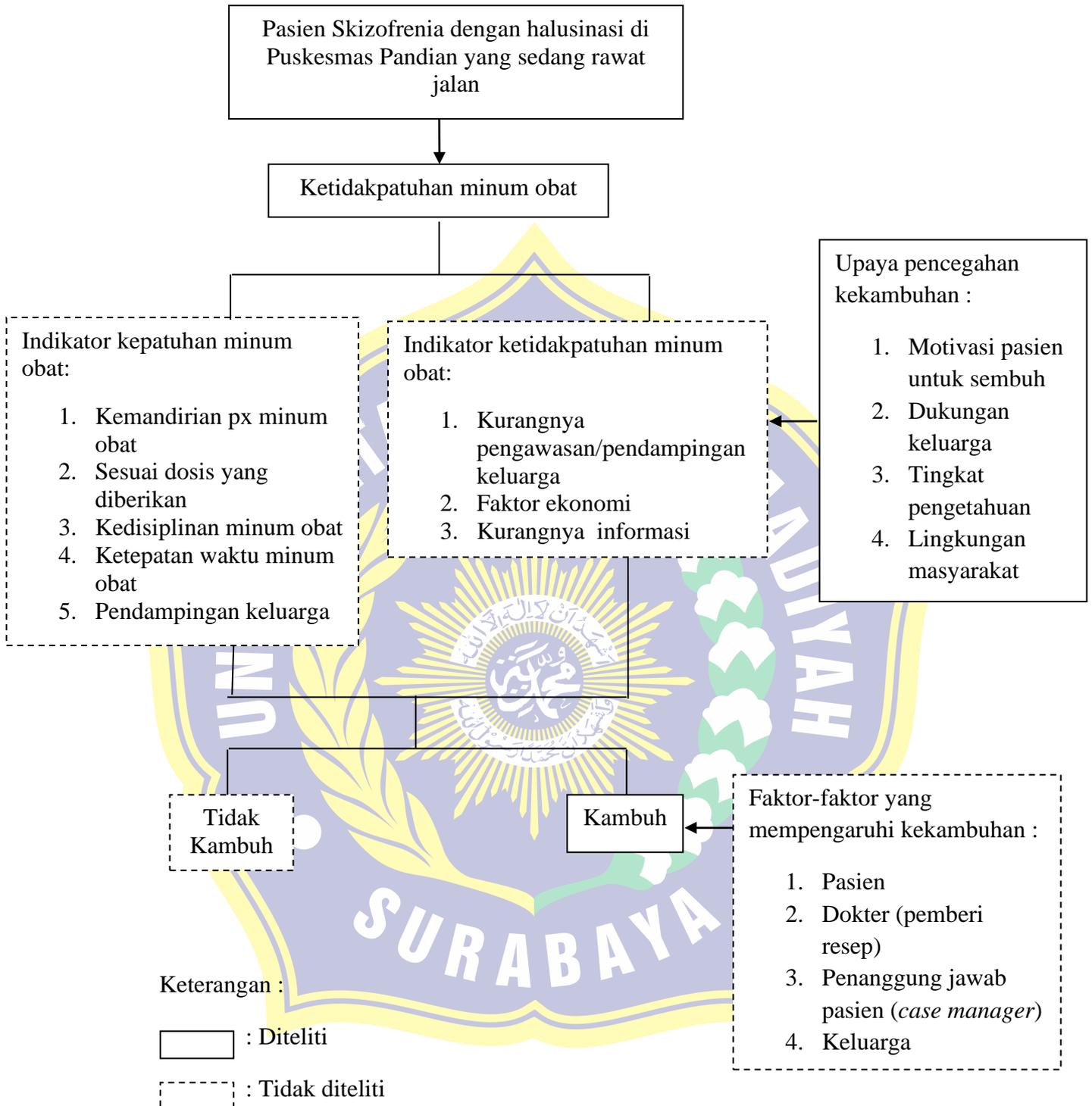
ada kecenderungan semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka akan tidak patuh dalam meminum obat. Karena tingkat pengetahuan pasien juga ikut menentukan perilaku yang berhubungan dengan kemampuan menerima informasi kesehatan dari petugas kesehatan ataupun media massa.

d. Lingkungan masyarakat

Lingkungan masyarakat tempat tinggal pasien yang tidak mendukung juga dapat meningkatkan frekuensi kekambuhan. Sikap negatif yang diberikan dalam lingkungan sosial pasien terhadap pengobatan dapat mempengaruhi kepatuhan pasien.



2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Studi Kasus Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi Di Desa Pandian Kabupaten Sumenep