

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

PPDGJ III mengatakan gangguan jiwa adalah gejala pada pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) di dalam satu atau lebih fungsi penting manusia, yaitu psikologi, perilaku, biologik, dan hubungan dengan masyarakat (Maramis, 2010). Skizofrenia adalah penyakit otak neurobiologis yang berat yang dimana adanya gangguan perilaku atau psikologis yang kronik, sering mereda, namun hilang timbul dengan menunjukkan manifestasi klinik yang bervariasi diantaranya distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas hidup (Stuart, 2016; Kaplan & Sadock, 2010).

2. Tanda dan Gejala Skizofrenia

- a. Gejala positif yaitu gejala yang muncul pada proses mental abnormal. Diperlihatkan dengan berperilaku normal atau pasien mengalami sensasi yang berlebihan. Sehingga pikiran pasien tidak dapat dikontrol dengan memperlihatkan adanya tanda delusi (waham) dan halusinasi (Stuart, 2016; Kaplan & Sadock, 2010; Lambert & Naber, 2012).
- b. Gejala negatif yaitu berperilaku normal yang menurun, berkurangnya beberapa fungsi yang ada pada individu sehat

diantaranya proses mental atau proses perilaku (*behavior*) yang ditandai dengan penurunan ketertarikan social atau personal, afek datar, apatis, perhatian yang kurang, anhedonia/ketidakmampuan untuk mengalami kesenangan, pembatasan berpikir dan berbicara (Stuart, 2016; Lambert & Naber, 2012).

3. Penyebab Skizofrenia

Penyebab gangguan skizofrenia menimbulkan reaksi secara menyeluruh dari fisik, mental dan sosial. Gejala gangguan skizofrenia yang terlihat adalah dari mentalnya, tetapi yang sakit tetap menjadi manusia seutuhnya (Maramis, 2010), faktor yang meliputi:

a. Faktor predisposisi

a) Genetik

Faktor genetik terhitung menjadi liabilitas mayor untuk penyakit skizofrenia. Penurunan pada generasi selanjutnya skizofrenia secara genetik berkisar 60-80%. Penelitian genetika molekuler telah mengidentifikasi gen yang terbukti paling berperan yaitu Neuregulin (NRG1) pada kromosom 8p21-22, Dysbindin (DTNBP1) pada kromosom 6p22, DISC1 (*Disrupted In Schizophrenia*) yaitu sebuah kromosom translokasi seimbang (1,11) (q42;q14.3). Lebih dari 40% kembar monozigot dari orang tua dengan masalah gangguan jiwa juga terpengaruh. Anak-anak yang memiliki orang tua biologis dengan masalah gangguan jiwa lalu diadopsi oleh sebuah keluarga yang tidak memiliki

gangguan jiwa memiliki resiko yang sama seperti jika orang tua biologis telah mengangkat mereka (Maramis, 2010; Stuart, 2016; Semple & Smyth, 2013).

b) *Neurobiologi*

Studi menunjukkan orang dengan skizofrenia mengalami kelainan anatomi, fungsional, dan neurokimia dalam kehidupan dan otak postmortem. Dua hasil penelitian neurobiologis yang menetap dalam skizofrenia adalah penurunan volume otak dan perubahan sistem neurotransmitter pada dopamin, serotonin, asetilcolin, dan GABA serta dineuroregulasi seperti prostaglandin dan endorfin (Maramis, 2010; Townsend, 2015).

c) *Neurodevelopment*

Neurodevelopment juga diyakini bahwa beberapa struktural, fungsional, dan kimia yang tersimpan pada otak, pada skizofrenia biasanya terlihat dari sebelum gejala muncul. Aktivitas dopaminergik yang berlebihan juga bisa menjadi faktor yang telah dihubungkan dengan beratnya gejala positif pada pasien. Beberapa anak dengan skizofrenia menunjukkan kelainan ringan tentang perhatian, koordinasi, kemampuan sosial, fungsi neuromotor, dan respon emosional jauh sebelum gejala skizofrenia yang jelas (Stuart, 2016; Kaplan & Sadock, 2015).

d) Teori virus dan infeksi

Paparan virus influenza pada saat prenatal, terutama selama trisemester pertama mungkin menjadi salah satu faktor penyebab skizofrenia pada beberapa orang (Brown dan Derkits, 2010). Teori ini didukung oleh fakta bahwa kebanyakan orang dengan skizofrenia lahir pada musim dingin atau diawal musim semi dan diperkotaan (Stuart, 2016).

b. Faktor presipitasi

a) Biologis

Salah satu dari stresor adalah gangguan dalam umpan balik otak yang mengatur jumlah informasi yang diproses dalam waktu tertentu. Terganggunya kemampuan dalam umpan balik otak dikarenakan penurunan fungsi lobus frontal yang berdampak pada pengolahan informasi berlebih.

Stresor biologis lainnya yaitu proses listrik yang melibatkan elektrolit tidak normal. Sebagai contoh, biasanya ketika orang mendengar suara keras, mereka akan terkejut; namun ketika suara keras terulang yang kedua kali respon kaget menurun. Orang dengan skizofrenia berbeda, ia akan lebih terkejut lagi ketika mendengar suara keras yang kedua kalinya. Sehingga, orang dengan skizofrenia umumnya takut di tempat keramaian (Maramis, 2010; Stuart, 2016).

b) Gejala Pemicu

Pemicu umum klien skizofrenia terhadap respons neurobiologis berhubungan dengan kondisi kesehatan, lingkungan, dan perilaku. Kelas sosial ke bawah juga dapat berpengaruh timbulnya skizofrenia. Hal ini terkait dengan interaksi ibu dan anak, peran ayah, persaingan antar saudara kandung, hubungan keluarga, dan pekerjaan. Selain itu, faktor konsep diri dan pola adaptasi juga akan mempengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah (Maramis, 2010; Stuart, 2016; Townsend, 2015).

4. Jenis-jenis Skizofrenia

Skizofrenia dinamai dengan istilah yang tercantum dalam PPDGJ-IV atau DSM-IV-TR. Untuk mengetahui jenis-jenis skizofrenia dibagi dalam beberapa istilah (Kaplan & Sadock, 2010; Maramis, 2010), yaitu:

a. Skizofrenia Paranoid

Jenis ini sering mulai sesudah 30 tahun. Awalnya bisa jadi subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering terlihat mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak, dan kurang percaya pada orang lain. Gejala yang muncul pada jenis ini biasanya ditandai dengan adanya waham kejar, yaitu

rasa menjadi korban atau seolah-olah dimata-matai, halusinasi, perilaku agresif, dan bermusuhan.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Pemulanya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja 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 seperti keanak-anakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik, waham dan halusinasi.

c. Skizofrenia Katatonik

Timbulnya perama kali usia 15 sampai 30 tahun, biasanya akut dan sering didahului dengan stress emosional. Biasanya ditandai dengan gangguan psikomotor seperti, mutisme (mata tertutup, muka tanpa mimik, seperti topeng, stupor tidak bergerak dalam waktu yang lama), bila diganti posisinya penderita menentang, makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul dimulut dan meleleh keluar, terdapat grimas dan katalepsi.

d. Skizofrenia *Simplex*

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis ini adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sulit ditemukan, waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

e. Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan yang kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang kearah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif 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.

B. Kepatuhan Minum Obat

1. Pengertian Kepatuhan Minum Obat

Ada beberapa macam sebutan yang biasa digunakan untuk mendeskripsikan kepatuhan pasien diantaranya *compliance* dan *adherence*. *Compliance* adalah secara pasif mengikuti masukan dan perintah dari dokter untuk menjalankan terapi yang sedang dijalankan. *Adherence* adalah sejauh mana perilaku pasien minum obat terhadap obat yang diresepkan oleh pelayanan kesehatan (Nurina, 2012).

Didalam psikologi kesehatan, kepatuhan menjurus kepada situasi dimana perilaku seorang individu selaras dengan tindakan yang dianjurkan atau nasehat yang diberikan oleh seorang praktisi kesehatan atau yang diperoleh dari sumber informasi yang lainnya (Ian & Marcus, 2011).

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi

Kepatuhan merupakan fenomena multidimensi yang ditentukan oleh tujuh dimensi (Yuliantika dkk, 2012) :

- a. Faktor terapi
- b. Faktor sistem kesehatan
- c. Faktor lingkungan
- d. Usia
- e. Dukungan keluarga
- f. Pengetahuan
- g. Faktor sosial ekonomi

C. Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu perubahan perilaku yang bertujuan untuk mengubah perilaku manusia berdasarkan dari pengetahuan, sikap, ataupun praktik yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat baik secara individu, kelompok, dan masyarakat. Serta merupakan suatu usaha dari program kesehatan (Notoatmojo, 2012). Pendidikan kesehatan adalah proses yang direncanakan dengan sadar untuk menciptakan peluang bagi individu untuk belajar memperbaiki kesadaran serta meningkatkan pengetahuan dan keterampilan demi kepentingan kesehatannya (Nursalam, 2008).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan bertujuan untuk merubah sikap dan tingkah laku individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat dalam mewujudkan serta memelihara perilaku hidup sehat secara optimal (Nursalam Dkk, 2009). Tujuan pendidikan kesehatan untuk membangun kesadaran, meningkatkan pengetahuan masyarakat, dan meningkatkan derajat untuk dirinya sendiri (Notoatmojo, 2012).

3. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai aspek diantaranya yaitu pendidikan, tempat pelaksanaan, dan tempat pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2012). Sasaran dapat dikelompokkan menjadi 3 yaitu:

- a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
- b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
- c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

Ruang lingkup kesehatan didasarkan pada aspek kesehatan, tatanan atau tempat pelaksanaan, dan tingkat pelayanan (Maulana, 2009):

- a. Berdasarkan aspek kesehatan
 - 1) Aspek promotif.
 - 2) Aspek pencegahan dan penyembuhan.
- b. Berdasarkan tatanan atau tempat pelaksanaan
 - 1) Pada tatanan keluarga sasaran utamanya adalah orang tua.

- 2) Pada tatanan sekolah sasaran utamanya adalah guru.
 - 3) Pada tatanan tempat kerja sasarannya adalah pemilik, pemimpin, atau manager.
 - 4) Pada tatanan tempat umum sasarannya adalah para pengelola TTU.
 - 5) Pada fasilitas pelayanan kesehatan sasarannya adalah pemimpin fasilitas kesehatan.
- c. Berdasarkan tingkat pelayanan
- 1) Peningkatan/Promosi kesehatan.
 - 2) Perlindungan khusus melalui imunisasi.
 - 3) Diagnosis dini dan pengobatan segera.
 - 4) Membatasi atau mengurangi terjadinya kecacatan.
 - 5) Rehabilitasi (pemulihan).

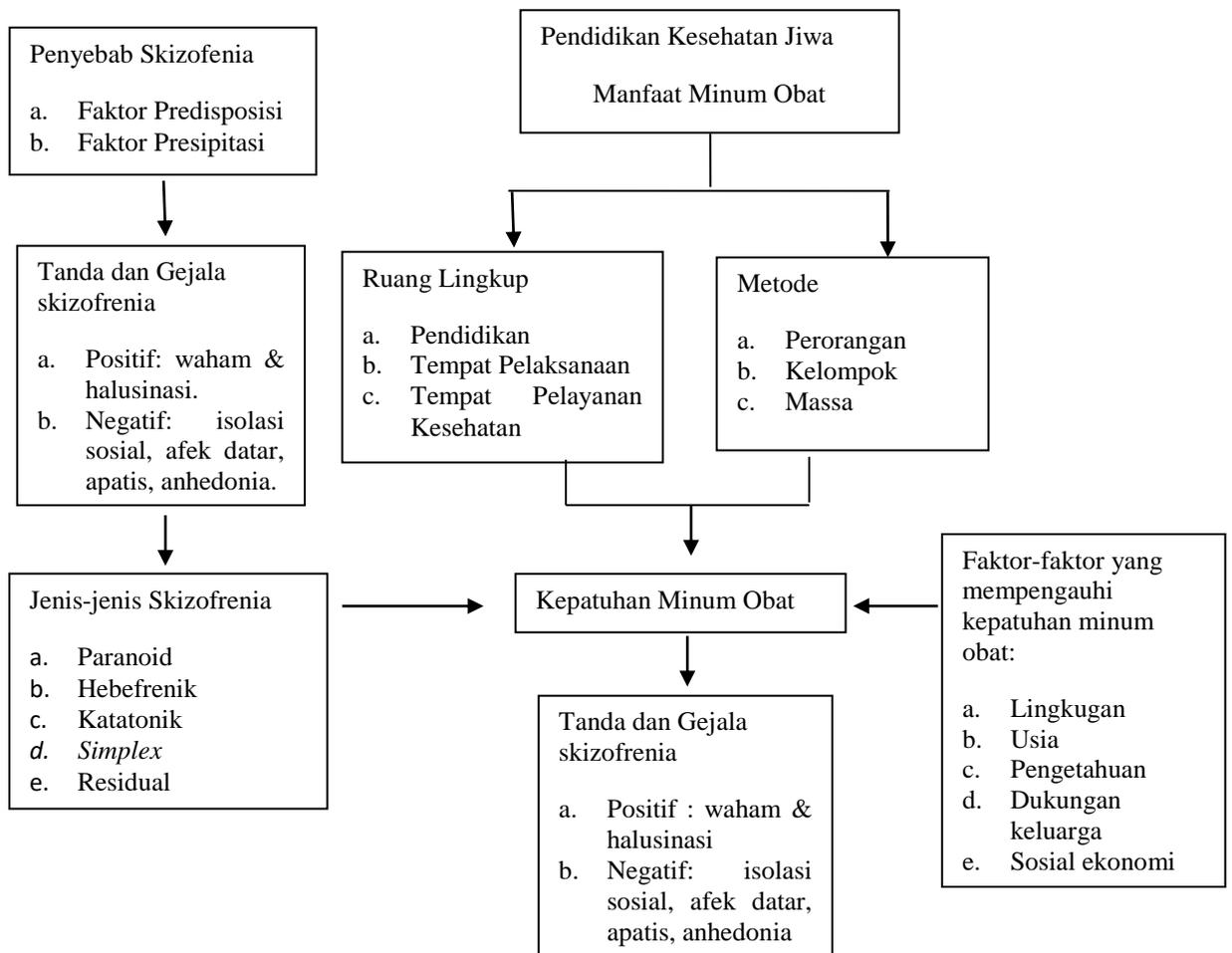
4. Metode Pendidikan Kesehatan

Notoatmojo (2012) mengatakan berdasarkan target yang ingin dicapai, dapat digolongkan menjadi 3 metode, yaitu:

- a. Metode pendidikan perorangan, bersifat individual dan biasanya digunakan untuk membentuk sebuah perilaku yang baru. Ada 2 pendekatan yaitu bimbingan dan penyuluhan, dan wawancara.
- b. Metode pendekatan kelompok, berhubungan dengan sasaran kelompok. Harus mempertimbangkan besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikannya. Ada 2 jenis yaitu kelompok besar dan kelompok kecil.

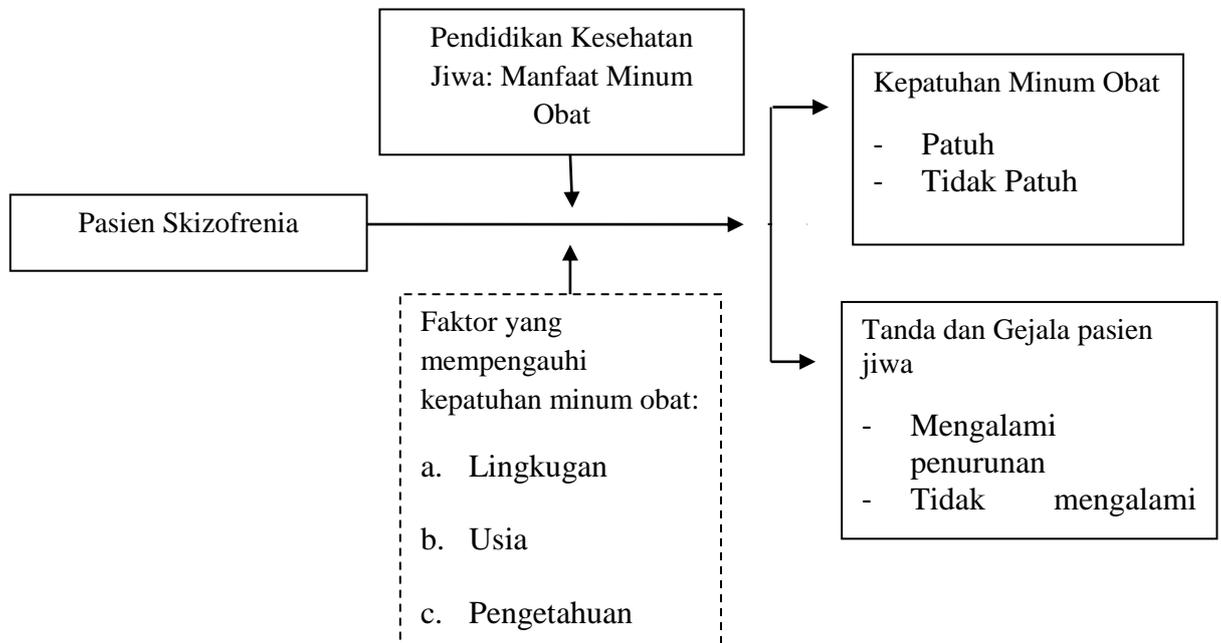
- c. Metode pendekatan masa, bersifat umum, tidak membedakan golongan. Pendekatan dengan metode ini sesuai dengan mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat.

D. Kerangka Teori



Tabel 1. Kerangka Teori

E. Kerangka Konsep



_____ : Diteliti

----- : Tidak diteliti

Gambar 2. Kerangka Konsep

F. Hipotesis

H_1 : Ada pengaruh pendidikan kesehatan jiwa terhadap kepatuhan minum obat dan penurunan tanda dan gejala pasien jiwa.

H_0 : Tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan minum obat dan penurunan tanda dan gejala pasien jiwa.