

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia berasal dari kata Yunani yang bermakna schizo artinya terbagi, terpecah dan phrenia artinya pikiran. Jadi pikirannya terbagi atau terpecah (Rudyanto, 2007).

Skizofrenia adalah penyakit otak neurobiological yang serius dan menetap, ditandai dengan kognitif dan persepsi serta afek yang tidak wajar (Laraia, 2009). Penyakit ini bersifat kronik dan melalui 3 fase, yaitu fase prodromal, fase aktif, dan fase residual. Fase prodromal dimulai dengan perubahan perasaan dan mood, fase aktif biasanya disebut dengan psikosis yaitu munculnya gejala halusinasi, delusi, dan ilusi (Sadock & Sadock, 2010)

Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa memandang jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi (Maramis,2005). Skizofrenia dikarakteristikan dengan psikosis, halusinasi,delusi, disorganisasi pembicaraan dan perilaku, afek datar, penurunan kognitif, ketidakmampuan bekerja atau kegiatan dan hubungan sosial yang memburuk (Bustillo,2008)

Menurut PPDGJ III ada 6 macam skizofrenia yaitu skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia tak

terinci(*undifferentiated*), skizofrenia simpleks, skizofrenia residual. Dalam penelitian ini peneliti akan mengambil sample secara keseluruhan tanpa membeda-bedakan tipe skizofrenia.

b. Epidemiologi

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV Text Revised* (DSM-IV-TR) insidens tahunan skizofrenia berkisar antara 0,5-5,0 per 10.000 dengan beberapa variasi geografis. Di Amerika Serikat prevalensi skizofrenia seumur hidup dilaporkan secara bervariasi terentang dari 1 sampai 1,5 persen; konsisten dengan rentang tersebut, penelitian *Epidemiological Catchment Area* (ECA) yang disponsori oleh *National Institute of Mental Health* (NIMH) melaporkan prevalensi seumur hidup sebesar 0,025 sampai 0,5 persen populasi total diobati untuk pasien skizofrenia dalam 1 tahun. Walaupun duapertiga dari pasien yang diobati tersebut membutuhkan perawatan di rumah sakit, hanya kira-kira setengah dari pasien skizofrenia mendapat pengobatan, tidak tergantung pada keparahan penyakit.(Sadock & Sadock, 2010)

c. Etiologi

Menurut Maramis (2009) teori mengenai skizofrenia yang saat ini banyak dianut adalah sebagai berikut :

1) Genetik

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga

penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8 %; bagi saudara kandung 7-15%;bagi anak dengan salah satu orangtua yang menderita skizofrenia 7-16%;bila kedua orangtua menderita skizofrenia 40-68%;bagi kembar dua telur (heterozigot) 2-15%;bagi kembar satu telur(monozigot) 61-86%.

2) Neurokimia

a) Hipotesis dopamin

Skizofrenia disebabkan oleh neuroaktifitas pada jaras dopamin mesolimbik. Hal ini didukung oleh temuan bahwa amfetamin yang kerjanya meningkatkan pelepasan dopamin dapat menginduksi psikosis yang mirip skizofrenia; dan obat psikotik(terutama obat tipe tipikal/klasik) bekerja dengan cara memblok reseptor dopamin terutama reseptor D2. Keterlibatan neurotransmitter lainnya seperti serotonin, noradrenalin, GABA, glutamat dan neuropeptid lain masih terus diteliti oleh para ahli.

b) Hipotesis perkembangan saraf

Studi autopsi dan pencitraan otak memperlihatkan abnormalitas struktur dan morfologi otak penderita skizofrenia antara lain berupa berat otak yang rata-rata lebih kecil 6% daripada otak normal dan ukuran anterior-posterior yang 4% lebih pendek;pembesaran ventrikel otak non spesifik;gangguan

metabolisme di daerah frontal dan temporal; dan kelainan susunan seluler pada struktur saraf di beberapa daerah korteks dan subkorteks tanpa adanya gliosis yang menandakan kelainan tersebut terjadi pada saat perkembangan. Studi neuropsikologis mengungkapkan defisit di bidang atensi, pemilihan konseptual, fungsi eksekutif dan memori pada penderita skizofrenia.

Semua bukti tersebut melahirkan hipotesis perkembangan saraf yang menyatakan bahwa perubahan patologis gangguan ini terjadi pada tahap awal kehidupan, mungkin sekali akibat pengaruh genetik dan dimodifikasi oleh faktor maturasi dan lingkungan.

d. Manifestasi Klinis

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 3 yaitu gejala positif, gejala negatif dan gejala kognitif (Maramis, 2005 & Sinaga,2007) yaitu :

1) Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan

menyejukan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya penderita skizofrenia, lampu traffic di jalan raya yang berwarna merah, kuning, hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi paranoid, mereka selalu merasa sedang di amat-amati, diikuti atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya. Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya.

Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia, juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada dan sebagainya.

2) Gejala negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis yaitu kehilangan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang pemalas. Karena klien hanya memiliki minat sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosinya menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi yang baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Mereka mungkin bisa menerima perhatian dari orang lain tapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari hidup klien skizofrenia. Mereka tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien menarik diri dari lingkungannya dan merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus skizofrenia sering menyerang pada usia antara 15-30 tahun dan kebanyakan menyerang saat usia 40 tahun ke atas.

3) Gejala kognitif ; yaitu permasalahan yang berhubungan dengan perhatian, tipe-tipe ingatan tertentu dan fungsi yang memungkinkan kita untuk merencanakan mengorganisasikan sesuatu.

e. Kriteria Diagnosis Skizofrenia

Sebelum menetapkan diagnosis kepada pasien skizofrenia, seorang dokter harus mengetahui dan memahami gejala-gejala khas yang dialami oleh pasien skizofrenia..

Kriteria diagnostik di Indonesia menurut PPDGJ-III yang menuliskan bahwa walaupun tidak ada gejala-gejala patognomonik khusus, dalam praktek dan manfaatnya membagi gejala-gejala tersebut ke dalam kelompok-kelompok yang penting untuk diagnosis dan yang sering terdapat secara bersama-sama yaitu:

- 1) *Thought echo* yaitu isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitas berbeda atau *thought insertion or withdrawal* yaitu isi pikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu diluar dirinya (*withdrawal*) dan *tought broadcasting* yaitu isi pikiran tersiar keluar sehingga orang lain mengetahuinya.
- 2) *Waham* atau Delusinasia
 - a) *Delusion of control* yaitu waham tentang dirinya sendiri dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu.
 - b) *Delusion of influen* yaitu waham tentang dirinya sendiri dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.

- c) *Delusion of passivity* yaitu waham tentang gerakan tubuh, pikiran maupun tindakan tak berdaya terhadap suatu kekuatan dari luar.
 - d) *Delusion of perception* yaitu pengalaman indrawi yang tidak wajar yang bermakna sangat khas dan biasanya bersifat mistik atau mukjizat.
- 3) *Halusinasi Auditorik*
- a) Suara halusinasi yang berkomentar terus menerus terhadap perilaku pasien.
 - b) Mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara).
 - c) Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah bagian tubuh.
 - d) Waham-waham menetap jenis lain yang menurut budaya dianggap tidak wajar dan mustahil seperti waham bisa mengendalikan cuaca. Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas.
 - e) Halusinasi yang menetap dari setiap panca indera baik disertai waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas atau ide-ide berlebihan yang menetap atau terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan secara terus menerus.

- f) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau mengalami sisipan (interpolasi) yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan tidak relevan atau neologisme.
- g) Perilaku katatonik seperti keadaan gaduh, gelisah (*excitement*) sikap tubuh tertentu (*posturing*) atau fleksibilitas serea, negattivisme, mutisme dan stupor.
- h) Gejala-gejala negative seperti apatis, bicara jarang serta respon emosional yang menumpul atau tidak wajar biasanya mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan social dan menurunnya kinerja social, tetapi bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau neuroleptika.

Adanya gejala-gejala khas diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase non psikotik prodormal). Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri dan penarikan diri secara social.

f. Tipe-Tipe Skizofrenia

Menurut DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) tipe-tipe skizofrenia dibagi menjadi 5 yaitu :

1) Tipe paranoid

Suatu tipe skizofrenia yang memiliki kriteria yaitu preokupasi dengan satu atau lebih waham atau halusinasi dengar yang menonjol dan tidak ada dari berikut ini yang menonjol: bicara terdisorganisasi, perilaku terdisorganisasi atau katatonik, atau afek datar atau tidak sesuai.

2) Tipe Terdisorganisasi

Suatu tipe skizofrenia yang memiliki kriteria semua yang berikut ini menonjol: bicara terdisorganisasi, perilaku terdisorganisasi dan afek datar atau tidak sesuai serta tidak memenuhi kriteria untuk tipe katatonik.

3) Tipe Katatonik

Suatu tipe skizofrenia dimana gambaran klinis didominasi oleh sekurangnya dua dan hal-hal berikut :

- a) Imobilisasi motorik seperti yang ditunjukkan oleh katalepsi (termasuk fleksibilitas lilin) atau stupor.
- b) Aktivitas motorik yang berlebihan (yang tampaknya tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal).
- c) Negativisme yang ekstrem atau mutisme.
- d) Ekolalia atau ekopraksia.

4) Tipe Tidak Tergolongkan

Suatu tipe skizofrenia dimana ditemukan gejala yang memenuhi kriteria A tetapi tidak memenuhi kriteria untuk tipe katatonik, terdisorganisasi, atau paranoid.

5) Tipe Residual

Suatu tipe skizofrenia dimana kriteria berikut ini terpenuhi: tidak adanya waham, halusinasi, bicara terdisorganisasi, dan perilaku katatonik terdisorganisasi atau katatonik yang menonjol serta terdapat terus bukti-bukti gangguan seperti yang ditunjukkan oleh gejala negatif dua atau lebih gejala tertulis dalam kriteria A untuk skizofrenia yang lebih lemah (misalnya keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim)

g. Terapi Pasien Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan yang bersifat kronis sehingga untuk pengobatannya memerlukan waktu yang panjang. Ada berbagai macam terapi yang bisa kita berikan pada pasien skizofrenia. Hal ini diberikan dengan kombinasi satu sama lain dengan jangka waktu yang lama. Terapi skizofrenia terdiri dari pemberian obat-obatan, psikoterapi dan rehabilitasi. Terapi psikososial pada skizofrenia meliputi; terapi keluarga, terapi kelompok, terapi individu, rehabilitasi psikiatri, latihan keterampilan sosial dan manajemen kasus (Hawari, 2001)

1) Farmakoterapi

Pengobatan untuk penderita skizofrenia menggunakan obat anti psikotik. Obat antipsikotik dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok atipikal dan kelompok tipikal (Maslim, 2001). Faktor-faktor yang mempengaruhi efek terapeutik obat ini meliputi : usia, perilaku penyalahgunaan zat, kondisi medis, obat penginduksi enzim, obat yang mengubah clearance dan perubahan ikatan dalam protein (Benhard,2007)

a) Obat golongan FGA atau tipikal

Obat ini bekerja menghambat jalur dopamin. Neuroleptik yang termasuk golongan ini adalah chlorpomazin, haloperidol, loxapine, dan prolixin. Efek samping golongan ini adalah mulut kering, konstipasi, hipotensi ortostatik, impotensi, kegagalan ejakulasi, Parkinson sindrom, dystonia, amenorrhea, infertilitas dan kegemukan. Clorpomazin memiliki efek antipsikotik yang lemah dan efek sedatif yang kuat. Haloperidol digunakan untuk skizofrenia yang kronis dan memiliki efek antipsikotik yang kuat dan efek sedatif yang lemah. Golongan obat ini lebih efektif mengatasi gejala positif dari skizofrenia namun kurang efektif untuk gejala negatif. (Saddock and saddock, 2003).

b) Obat golongan SGA atau atipikal

Obat ini adalah antipsikotik generasi kedua yang digunakan untuk mengobati kondisi jiwa. Pada gejala positif seperti halusinasi, delusi, dan inkoherensi, dan negatif seperti hilangnya kemauan dan afek serta bicara yang sangat sedikit dapat diatasi dengan lebih baik pada pemberian SGA. Untuk gejala lain seperti penurunan interaksi sosial, ide bunuh diri dan defisit kognitif dapat diatasi lebih baik pula dengan golongan SGA (Pantelis & Lambert, 2003). Hanya saja harga obat-obat yang termasuk dalam SGA jauh lebih mahal dibanding FGA sehingga terkesan keuntungannya hanya sedikit jika dibandingkan dengan harga yang harus dibayar (Leucht S, 2009). Obat ini cenderung untuk memblokir reseptor dalam jalur dopamin otak dan menghambat reseptor serotonin. Antipsikotik atipikal berbeda dari antipsikotik tipikal yang efeknya lebih minimal kecenderungan untuk menyebabkan gangguan ekstrapiramidal pada pasien yang meliputi penyakit gerakan parkinsonisme, kekakuan tubuh dan tremor tak terkontrol. Gerakan-gerakan tubuh yang abnormal bisa menjadi permanen obat bahkan setelah antipsikotik dihentikan. Beberapa contoh obat golongan ini adalah Clozapine, Risperidon, Amisulpride. Clozapine umumnya dipertimbangkan untuk pasien yang telah gagal terapi

antipsikotik dari setidaknya dua kelas antipsikotik yang berbeda (Timothy J R Lambert and David J Castle, 2003). Selain itu ada juga Risperidon yaitu obat yang paling banyak diresepkan di banyak negara, dan dosis yang dianjurkan adalah <6 mg / hari. Obat ini memiliki efek samping ekstrapiramidal syndrom yang rendah. (Timothy J R Lambert and David J Castle, 2003). Obat ini merupakan selektif dopamin antagonis yang mengakibatkan peningkatan dopamin transmisi dan memperbaiki gejala negatif skizofrenia. (eMC, 2011).

Terapi skizofrenia secara farmakologi berdasarkan onset dibagi menjadi 2 fase, yaitu (Sadock & Sadock, 2010):

a) Fase Psikosis Akut

Pada fase ini pengobatan dengan menggunakan anti psikotik dan benzodiazepine akan cepat menenangkan pasien yang kebanyakan mengalami agitasi akibat halusinasi dan delusi. Anti psikotik akan bekerja lebih cepat melalui injeksi intramuskuler (Sadock & Sadock, 2007). Obat antipsikotik yang dapat menyebabkan akinesia dan gangguan traktus ekstrapiramidalis antara lain haloperidol dan flupenazine. Sedangkan golongan antipsikotik atipikal seperti olanzapine dan risperidone tidak menyebabkan gangguan ekstrapiramidal (Sadock & Sadock, 2007).

b) Fase Maintenance dan Stabilisasi

Pada fase ini tujuan pengobatan adalah mencegah relaps dengan terus menggunakan obat-obatan karena jika obat dihentikan maka risiko terjadi relaps meningkat hingga 72 % pada satu tahun pertama, sehingga disarankan agar pengobatan dilakukan minimal selama 5 tahun (Sadock & Sadock, 2007).

2) Non Farmakoterapi

Beberapa jenis pengobatan yang tidak menggunakan obat-obatan yaitu:

- a) ECT (*Electro Convulsive Therapy*) Dikatakan penggunaan ECT dengan pengobatan antipsikotik akan lebih efektif (Sadock & Sadock, 2007).
- b) Terapi Berorientasi Keluarga
- c) Karena pasien dikembalikan dalam keadaan remiten, maka penting untuk mengedukasi keluarga bagaimana cara mengatasi masalah-masalah yang dapat timbul dari pasien. (Sadock & Sadock, 2007)

2. Kepatuhan Minum Obat

a. Definisi

Menurut WHO (2003), kepatuhan dibagi menjadi *adherence* dan *compliance*. *Adherence* adalah sejauh mana perilaku pasien minum obat, mengikuti diet, dan/atau melakukan perubahan pola hidup, sesuai dengan saran dari tenaga medis. Sementara *compliance* lebih bersifat

satu arah, yaitu dari dokter ke pasien padahal komunikasi penting untuk mengefektifkan pengobatan. Definisi compliance saat ini telah jarang untuk digunakan lagi.

Kepatuhan pengobatan berhubungan dengan perilaku pengobatan pasien dan secara khusus mengacu pada sejauh mana pasien mengikuti rencana pengobatan yang telah disepakati bersama. Ketidakepatuhan terhadap pengobatan yang diketahui terkait dengan hasil pengobatan yang lebih buruk khususnya dalam pengelolaan penyakit kronis (Menna Alene *et al.*, 2012).

Keluarga sebagai orang yang dekat dengan pasien harus mengetahui prinsip 5 benar dalam minum obat yaitu pasien yang benar, obat yang benar, dosis yang benar, cara/rute pemberian yang benar, dan waktu pemberian obat yang benar dimana kepatuhan terjadi bila aturan pakai dalam obat yang diresepkan serta pemberiannya di rumah sakit diikuti dengan benar. Ini sangat penting terutama pada penyakit- penyakit menahun termasuk salah satunya adalah penyakit gangguan jiwa. Faktor pendukung pada klien, adanya keterlibatan keluarga sebagai pengawas minum obat pada keluarga dengan klien dalam kepatuhan pengobatan (Butar Butar, 2011).

Efektivitas pengobatan salah satunya tergantung pada kepatuhan pasien terhadap regimen terapi. Pasien, penyedia layanan kesehatan, dan sistem perawatan kesehatan memiliki peran untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan. Pendekatan sistematis yang dapat

dilembagakan dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan adalah sebagai berikut:

1) Tingkat resep:

Memperkenalkan pendekatan kolaboratif dengan pasien pada tingkat resep. Bila mungkin, melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan tentang obat mereka sehingga mereka memiliki rasa kepemilikan dan mereka adalah mitra dalam rencana pengobatan. Selain itu dengan menyederhanakan penggunaan obat yaitu menggunakan rejimen sederhana yang paling mungkin berdasarkan karakteristik pasien.

2) Berkomunikasi dengan pasien:

Jelaskan informasi kunci ketika meresepkan / pengeluaran obat mengenai informasi penting tentang obat (apa, mengapa, kapan, bagaimana, dan berapa lama). Selain itu menginformasikan efek samping yang umum dan yang pasien harus selalu tahu sebab pasien akan lebih khawatir dan menyebabkan ketidakpatuhan minum obat karena efek samping yang tidak memperingatkan kepada mereka terlebih dahulu oleh para profesional perawatan kesehatan. Dokter maupun para profesional kesehatan lainnya bisa menyarankan pasien untuk menyediakan kalender obat atau jadwal yang menentukan waktu untuk mengambil obat, kartu obat, grafik obat atau obat lembar informasi yang terkait.

3) Follow up :

Menetapkan jadwal yang tepat untuk menindaklanjuti pengobatan. Dokter dan apoteker bisa memeriksa efektivitas kepatuhan minum obat sebab sangat penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk mengidentifikasi penyebab ketidakkepatuhan pasien untuk menentukan strategi intervensi yang tepat.. Selain itu bisa mengidentifikasi kesulitan dan kendala yang berkaitan dengan kepatuhan. Keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan sangat penting dalam meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan.

Pendorong utama ketidakpatuhan termasuk kurangnya wawasan, keyakinan dalam pengobatan dan penyalahgunaan zat. Konsekuensi utama dari ketidakpatuhan termasuk risiko yang lebih besar kambuh, rawat inap dan bunuh diri. Faktor positif terkait dengan kepatuhan adalah hubungan terapeutik yang baik dengan dokter dan persepsi manfaat obat. (Jose, 2011).

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat

Berdasarkan sebuah penelitian oleh Wayne S. Fenton, Crystal R. Blyler dan Robert K Heinssen (1997), ada beberapa faktor yang menjadi faktor penentu kepatuhan minum obat pasien :

1) Faktor pasien

Pada pasien dengan gejala waham kebesaran atau yang mengalami gejala ilusi dan halusinasi yang sudah sangat parah

atau keduanya. Insight yang menurun, atau semakin pasien tidak sadar bahwa dirinya sakit, admisi involuntary akan semakin mempermudah kejadian ketidakpatuhan pada pengobatan. Komorbiditas dengan penyalahgunaan obat dan alkohol akan meningkatkan kejadian kambuh hingga 13% dan hal ini sering terjadi pada pasien skizofrenia yang baru keluar dari rumah sakit karena tingkat stress yang tinggi.

2) Faktor obat

Pengobatan skizofrenia bersifat antagonis terhadap dopamin sehingga akan menurunkan kepekaan reseptor terhadap dopamin ataupun langsung menurunkan jumlah dopamin. Efek pemakaian jangka panjangnya adalah timbulnya mood disforia. Selain itu pengobatan lain yang lebih sering menimbulkan efek samping adalah haloperidol dengan efek sedasi dan antikolinergiknya yang dapat menyebabkan tremor patologis dan *tardive dyskinesia*.

3) Faktor lingkungan

Pasien skizofrenia yang dirawat di rumah oleh keluarga yang tidak begitu peduli terhadap pengobatan, atau keluarga jauh akan lebih sering mengalami kekambuhan. Oleh karena itu, perilaku positif akan cenderung meningkatkan *compliance*. Faktor hambatan praktikal, seperti tidak adanya uang ataupun kondisi rumah yang jauh dengan tempat kontrol juga dapat menjadi faktor penentu keberhasilan pengobatan.

4) Faktor terkait klinisi

Hal-hal yang terkait dengan klinisi yang dapat menjadi faktor ketidakpatuhan pasien pada pengobatan adalah faktor rumah sakit yang memerlukan birokrasi panjang dan pelayanan yang tidak baik. Selain itu faktor edukasi keluarga yang kurang oleh dokter termasuk seperti tidak menunjukkan emosi yang berlebihan pada pasien. Hal ini mencakup apa-apa saja yang perlu dihindari pada pasien skizofrenia dan pengobatan pasien, bahkan sebuah studi yang membahas terkait pelatihan pengobatan mencakup jenis, efek samping, kegunaan dan menegosiasikan personal treatment dengan dokter akan meningkatkan *compliance* (Fenton et al., 1997).

Ketidakpatuhan dalam meminum obat akan meningkatkan risiko relaps hingga 92%. Harus dikatakan bahwa pasien yang teratur minum obat selama 1 tahun pun tetap dapat jatuh dalam kondisi relaps, walaupun relaps baru bisa terjadi setelah putus obat selama beberapa minggu hingga bulan, hanya saja jika pasien patuh terhadap pengobatan maka waktu remisi atau bebas gejala dapat bertahan lebih lama dan gejala relaps tidak akan seburuk episode pertama skizofrenia (Fenton *et al.*, 1997).

Pengobatan memang tidak dikatakan menyembuhkan skizofrenia tetapi menjaga kualitas hidup pasien tetap baik melalui pengurangan intensitas dan frekuensi relaps (National Institute of Mental Health, 2002). Pada banyak penelitian dibuktikan bahwa

bahkan pada pasien dengan ketidakteraturan pengobatan plasebo pun angka relaps sama dengan pasien yang meminum obat antipsikotik. Hal ini semakin mempertegas bahwa keteraturan pengobatan memiliki suatu efek sugestif sehingga menurunkan angka relaps. Selain itu dapat dikatakan kondisi penyakit dan kehidupan pasien yang memiliki diversitas yang tinggi turut pula berkontribusi terhadap ketidakpatuhan dalam meminum obat (Fenton et al., 1997). Beberapa hal lain yang dikatakan dapat mempengaruhi keteraturan minum obat adalah adanya terapi modalitas yang mensupport farmakoterapi, terapi intervensi untuk menjaga kepatuhan seperti konseling keluarga dan pasien, dan hubungan terapeutik yang baik (Fenton et al., 1997)

Ketidakpatuhan minum obat terjadi pada semua gangguan medis yang kronis. Salah satu penyakit kronis yang sering dijumpai yaitu skizofrenia. Ini merupakan tantangan khusus dalam skizofrenia karena asosiasi penyakit dengan isolasi sosial, stigma, dan penyalahgunaan zat komorbiditas, ditambah efek domain gejala pada kepatuhan, termasuk gejala positif dan negatif, kurangnya wawasan, depresi, dan gangguan kognitif. Ketidakpatuhan terletak pada spektrum, seringkali terselubung, dan diremehkan oleh dokter, tetapi mempengaruhi lebih dari sepertiga pasien dengan skizofrenia per tahun. Hal ini meningkatkan risiko

kekambuhan, rehospitalization, meningkatkan biaya rawat inap, dan menurunkan kualitas hidup (Peter et al.,2014).

c. Karakteristik skizofrenia yang mengalami ketidakpatuhan

Hasil penelitian Wardani (2009) menunjukkan perilaku tidak patuh minum obat pada klien skizofrenia sangat beragam, seperti : menurunkan dosis, meningkatkan dosis, minum obat dengan dosis diluar pengawasan medis, menolak obat dan minum obat tidak tepat waktu. Perilaku ketidakpatuhan juga bisa dilihat dari perilaku pasien ketika membeli obat sendiri tanpa pengawasan.

d. Metode-metode untuk mengetahui kepatuhan minum obat pasien

Kepatuhan minum obat bisa dideteksi dengan metode kualitatif melalui pengisian beberapa jenis kuisisioner kepatuhan minum obat seperti *Drug Inventory Attitude -10 (DAI-10)* atau *Medication Adherence Rating Scale (MARS)*, dan beberapa jenis yang lain (Kane, Kissling, Lambert, & Parellada, 2010). Cara untuk mendeteksi yang lain adalah dengan mengetahui dari pengakuan pasien sendiri, skrining urin dan saliva, pembaruan resep (kerutinan kontrol) dan jumlah pil yang diambil, atau skrining serum. Hanya saja hal ini memang sulit untuk dilakukan karena mungkin akan dipengaruhi pada kesalahan dalam dosis dan waktu pemberian, meminum obat yang seharusnya tidak boleh, dan kesalahan dalam pemberian resep (Fenton et al., 1997).

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) adalah salah satu alat untuk mendeteksi ketidakpatuhan pasien dalam minum obat. Kuisisioner dijawab dengan jawaban iya atau tidak pada nomor 1 hingga 7, pada nomor 8 jawaban berupa spektrum sering hingga tidak pernah. Kuisisioner ini terdiri atas 8 pertanyaan terkait perilaku pasien terhadap pengobatannya. MMAS memiliki sensitifitas sebesar 93% dan spesifisitas sebesar 53% pada sebuah studi kepatuhan minum obat anti hipertensi (Donald E. Morisky, 2008). Sebuah penelitian yang pernah dilakukan di negara palestina membuktikan bahwa kuisisioner ini dapat digunakan untuk pasien skizofrenia. Hasil penelitian tersebut adalah lebih dari 70% pasien skizofrenia mengalami ketidakpatuhan minum obat (Sweileh WM, 2012). Pada sebuah penelitian validitas dan reliabilitas dari MMAS pada pasien hipertensi didapatkan validitas $p = 0.5$ dan reliabilitas sebesar 0,83 (Donald E. Morisky, 2008)

B. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

C. Hipotesis

Ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan minum obat dengan gejala-gejala klinis pasien skizofrenia.