

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Pengertian

Skizofrenia merupakan satu gangguan psikotik yang kronik, sering mereda, namun hilang timbul dengan manifestasi klinik yang amat luas variasinya, gejala dan perjalanan penyakit yang amat bervariasi. Skizofrenia dapat didefinisikan sebagai suatu sindrom dengan variasi penyebab (banyak yang belum diketahui), dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Bleuler menyatakan terdapat gejala primer dan gejala sekunder pada gangguan skizofrenia. Empat gejala primer yang terkait dengan skizofrenia meliputi gangguan asosiasi, gangguan afektif, autisme, dan ambivalensi yang dirangkum menjadi empat A: asosiasi, afek, autisme dan ambivalensi. Gejala sekunder yang terkait dengan skizofrenia adalah halusinasi dan waham.⁴

2.1.2 Epidemiologi

Skizofrenia adalah masalah kesehatan masyarakat yang mempengaruhi populasi dunia secara global. Data epidemiologis sejak dua dekade yang lalu menyebutkan perkiraan kejadian skizofrenia adalah 1-2 permil populasi, namun penelitian WHO sekarang menampilkan bahwa angka ini sudah meningkat menjadi 1-3% populasi umum.¹ Efek kepadatan penduduk sejalan dengan pengamatan prevalensi skizofrenia. Kota dengan lebih dari 1 juta orang penduduk memiliki tingkat kejadian skizofrenia yang lebih tinggi daripada kota dengan penduduk 100.000-500.000. Pengamatan ini meyakini bahwa stressor sosial di suasana perkotaan mempengaruhi timbulnya skizofrenia pada orang yang berisiko.⁴

Insidens tahunan skizofrenia berkisar antara 0,5 sampai 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%. Penelitian *Epidemiological Catchment Area (ECA)* yang disponsori oleh *National Institute of Mental Health (NIMH)* melaporkan prevalensi seumur hidup sebesar 0,025% sampai 0,5% populasi total diobati untuk pasien skizofrenia dalam 1 tahun. Duapertiga dari pasien yang diobati dari skizofrenia membutuhkan perawatan di rumah sakit, hanya kira-kira setengah dari pasien skizofrenia mendapat pengobatan, tidak tergantung pada keparahan penyakit.⁴

Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa berat seperti skizofrenia sebanyak 0,17% atau secara absolut penduduk Indonesia yang menderita gangguan jiwa sebanyak 400.000 jiwa. Provinsi Jawa tengah menempati posisi kedua dengan jumlah penduduk yang mengalami gangguan jiwa yaitu 55.406 jiwa. Faktor biologis, psikologis dan sosial akan berdampak pada bertambahnya jumlah kasus gangguan jiwa.³ Data Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2016 sebanyak 2.699 jiwa mengalami gangguan skizofrenia dan sebanyak 204 jiwa mengalami kekambuhan.

2.1.3 Etiologi

Skizofrenia didiskusikan seolah-olah sebagai suatu penyakit yang tunggal namun katagori diagnostiknya mencakup sekumpulan gangguan, mungkin dengan kausa yang heterogen, tapi dengan gejala perilaku yang sedikit banyak yang serupa. Belum ditemukan etiologi yang pasti mengenai skizofrenia, tetapi hasil penelitian menyebutkan etiologi skizofrenia yaitu:

a. Biologi

Tidak ada gangguan fungsional dan struktur yang patognomonik yang ditemukan pada penderita skizofrenia. Gangguan organik dapat terlihat pada sub populasi pasien. Gangguan yang paling banyak

dijumpai yaitu pelebaran ventrikel 3 dan lateral yang stabil dan terkadang sudah terlihat sebelum awitan penyakit, atrofi bilateral lobus temporal medial dan lebih spesifik pada girus parahipocampus, hipocampus dan amygdala, disorientasi spasial sel piramid hipocampus dan penurunan volume korteks prefrontal dorso lateral. Beberapa penelitian melaporkan bahwa semua perubahan ini statis dan telah dibawa sejak lahir dan beberapa kasus perjalanannya progresif. Lokasinya menunjukkan gangguan perilaku yang ditemui gangguan skizofrenia, misalnya gangguan hipocampus dikaitkan dengan infermen memori dan atrofi lobus frontalis dihubungkan dengan gejala negatif skizofrenia.¹

b. Biokimia

1) Hipotesis Dopamin

Hipotesis ini menyatakan bahwa skizofrenia timbul akibat aktivitas dopaminergik yang berlebihan. Teori ini berkembang berdasarkan dua pengamatan. Pertama, kemanjuran serta potensi sebagian besar obat antipsikotik (yaitu, antagonis reseptor dopamin), berkorelasi dengan kemampuannya bertindak sebagai antagonis reseptor dopamin tipe 2 (D2). Kedua, obat yang meningkatkan aktivitas dopaminergik, yang terkenal adalah amfetamin, bersifat psikotomimetik. Teori dasar ini tidak menguraikan apakah hiperaktivitas dopaminergik disebabkan pelepasan dopamin yang berlebihan, reseptor dopamin yang terlalu banyak, hipersensitivitas reseptor dopamin terhadap dopamin, atau kombinasi mekanisme tersebut. Jalur dopamin di otak yang terlibat juga tidak dirinci dalam teori ini, meski jalur mesokortikal dan mesolimbik paling sering disebut. Peran signifikan dopamin dalam patofisiologi skizofrenia sejalan dengan studi yang mengukur konsentrasi plasma metabolit utama dopamin, asam homovalinat. Studi melaporkan adanya korelasi positif antara konsentrasi asam homovanilat dan tingkat keparahan gejala yang timbul pada pasien.

Penurunan asam homovalinat berkorelasi dengan perbaikan gejala pada setidaknya beberapa pasien.¹

2) Norepinefrin

Sejumlah peneliti melaporkan bahwa pemberian obat nitpsikotik jangka panjang menurunkan aktivitas neuron noradrenergik di lokus seruleus dan bahwa efek terapeutik beberapa obat antipsikotik mungkin melibatkan aktivitasnya pada reseptor adrenergik alfa-1 dan adrenergik alfa-2. Meski hubungan antara aktivitas dopaminergik dan noradrenergik masih belum jelas, terdapat peningkatan jumlah data yang menyatakan bahwa sistem noradrenergik memodulasi sistem dopaminergik dalam suatu cara sehingga abnormalitas sistem noradrenergik mempredisposisikan pasien untuk mengalami relaps yang sering.¹

3) Glutamat

Glutamat telah terlibat karena konsumsi *phencyclidine*, antagonis glutamat, memproduksi sindrom akut yang serupa dengan skizofrenia. Hipotesis tentang glutamat termasuk hiperkativitas, hipoaktivitas, dan *glutamate induced neurotoxicity*.¹

4) Asetilkolin dan Nikotin.

Pada data *postmortem* (data yang diambil dari orang yang telah meninggal) pasien skizofrenia menunjukkan adanya penurunan kadar muskarinik dan reseptor nikotin di daerah putamen bagian kaudal, hipokampus, dan beberapa bagian *prefrontal cortex*. Reseptor-reseptor ini berperan penting dalam regulasi *neurotransmitter* yang berperan dalam kesadaran sebagai individu pada seorang, yang mengalami gangguan pada pasien skizofrenia.¹

c. Genetika

Skizofrenia mempunyai komponen yang diturunkan secara bermakna, kompleks dan poligen. Skizofrenia adalah gangguan yang bersifat familial, semakin dekat hubungan kekerabatan semakin tinggi risiko terjadinya skizofrenia. Frekuensi kejadian gangguan non

psikotik meningkat pada keluarga skizofrenia serta secara genetik dikaitkan dengan gangguan kepribadian ambang dan skizotipal, gangguan obsesif - kompulsif, dan kemungkinan dihubungkan dengan gangguan kepribadian paranoid dan antisosial.¹

d. Faktor Keluarga

Kekacauan dan dinamika keluarga memegang peranan penting dalam menimbulkan kekambuhan dan mempertahankan remisi. Pasien yang berisiko adalah pasien yang tinggal bersama keluarga yang tidak harmonis, memperlihatkan kecemasan berlebihan, sangat protektif, terlalu ikut campur, sangat mengkritik, dan sering tidak dibebaskan oleh keluarganya.¹

Beberapa peneliti mengidentifikasi suatu cara komunikasi yang patologis dan aneh pada keluarga-keluarga skizofrenia. Komunikasi sering samar-samar atau tidak jelas dan sedikit tidak logis. Penelitian terbaru menyampaikan bahwa pola komunikasi keluarga tersebut mungkin disebabkan dampak memiliki anak skizofrenia.¹

e. Model Diatesis Stress

Model Diatesis Stress ini yaitu untuk mengintegrasikan faktor biologis, psikososial, dan lingkungan. Seseorang memiliki kerentanan spesifik (diathesis), yang jika mengalami stress akan dapat memicu munculnya gejala skizofrenia. Stressor atau diathesis ini bersifat biologis, lingkungan atau keduanya. Komponen lingkungan biologikal (seperti infeksi) atau psikologis (seperti kematian orang terdekat).⁴

f. Psikososial

1) Teori Psikoanalitik dan Psikodinamik

Freud beranggapan bahwa skizofrenia adalah hasil dari fiksasi perkembangan, dan merupakan konflik antara ego dan dunia luar. Kerusakan ego memberikan kontribusi terhadap munculnya gejala skizofrenia. Secara umum kerusakan ego mempengaruhi interpretasi terhadap realitas dan control terhadap dorongan dari dalam. Pada pandangan psikodinamik lebih mementingkan

hipersensitivitas terhadap berbagai stimulus menyebabkan kesulitan dalam setiap fase perkembangan selama anak-anak dan mengakibatkan stress dalam hubungan interpersonal. Gejala positif diasosiasikan dengan onset akut sebagai respon terhadap faktor pemicu dan erat kaitannya dengan adanya konflik. Gejala negatif berkaitan erat dengan faktor biologis, sedangkan gangguan dalam hubungan interpersonal mungkin timbul akibat kerusakan intrapsikis, namun mungkin juga berhubungan dengan kerusakan ego yang mendasar.¹

2) Teori Belajar

Anak-anak yang nantinya mengalami skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir yang tidak rasional dengan mengintimidasi orang tua yang juga memiliki masalah emosional yang signifikan. Hubungan interpersonal yang buruk dari pasien skizofrenia berkembang karena pada masa anak-anak mereka belajar dari model yang buruk.¹

3) Teori Tentang Keluarga

Pasien skizofrenia sebagaimana orang yang mengalami penyakit non psikiatri berasal dari keluarga dengan disfungsi, perilaku keluarga yang patologis yang secara signifikan meningkatkan stress emosional yang harus dihadapi oleh pasien skizofrenia.¹

4) Teori Sosial

Industrialisasi dan urbanisasi banyak berpengaruh dalam menyebabkan gangguan skizofrenia. Data pendukung mengenai penekanan saat ini adalah dalam mengetahui pengaruhnya terhadap waktu timbulnya onset dan keparahan penyakit.¹

2.1.4 Gambaran dan Perjalanan Klinis

Skizofrenia adalah penyakit kronis dengan gejala heterogen. Skizofrenia dapat digolongkan pada tiga dimensi, yakni gejala positif, gejala negatif, dan disorganisasi. Gejala positif meliputi, halusinasi, waham, gaduh gelisah, dan perilaku aneh serta bermusuhan. Gejala negatif

meliputi afek tumpul atau datar, menarik diri, berkurangnya motivasi, miskin kontak emosional, pasif, apatis, dan sulit berpikir abstrak. Gejala-gejala disorganisasi meliputi disorganisasi pembicaraan, disorganisasi perilaku, serta gangguan pemusatan perhatian, dan pengolahan informasi. Gejala-gejala ini juga dikaitkan dengan hendaya sosial dan pekerjaan pada pasien skizofrenia.⁴

Perjalanan klinis gangguan skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan meliputi beberapa fase, dimulai dengan keadaan prodromal (awal sakit), fase aktif, dan keadaan residual (sis).⁴

a. Fase prodromal

Fase prodromal adalah tanda dan gejala awal suatu penyakit. Pemahaman pada fase prodromal menjadi sangat penting untuk deteksi dini, karena dapat memberi kesempatan atau peluang yang lebih besar untuk mencegah berlarutnya gangguan, disabilitas dan memberi kemungkinan kesembuhan yang lebih besar jika diberi terapi yang tepat. Tanda dan gejala prodromal skizofrenia berupa cemas, depresi, keluhan somatik, perubahan perilaku dan timbulnya minat baru yang tidak lazim. Gejala prodromal tersebut dapat berlangsung beberapa bulan atau beberapa tahun sebelum diagnosis pasti skizofrenia ditegakkan. Keluhan kecemasan dapat berupa perasaan khawatir, waswas, tidak berani sendiri, takut keluar rumah, dan merasa diteror. Keluhan somatik dapat berupa nyeri kepala, nyeri punggung, kelemahan dan gangguan pencernaan. Perubahan minat, kebiasaan dan perilaku dapat berupa pasien mengembangkan gagasan abstrak, filsafat dan keagamaan. Munculnya gejala prodromal ini dapat terjadi dengan atau tanpa pencetus, misalnya trauma emosi, frustrasi karena permintaannya tidak terpenuhi, penyalahgunaan zat, berpisah dengan orang yang dicintai.⁴

b. Fase aktif

Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis yakni kekacauan alam pikir, perasaan dan perilaku.

Penilaian pasien terhadap realita mulai terganggu dan pemahaman dirinya buruk atau bahkan tidak ada. Diagnosis pada pasien gangguan skizofrenia dapat ditegakkan pada fase aktif, biasanya terdapat waham, halusinasi, hendaya penilaian realita, serta gangguan alam pikiran, perasaan dan perilaku.⁴

c. Fase Residual

Pada fase residual ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia, hanya tersisa beberapa gejala sisa, misalnya berupa penarikan diri, hendaya fungsi peran, perilaku aneh, hendaya perawatan diri, afek tumpul afek datar, merasa mampu meramal atau peristiwa yang belum terjadi, ide atau gagasan yang aneh, tidak masuk akal.⁴

2.1.5 Kriteria Diagnosis

Kriteria diagnosis skizofrenia pada PPDGJ-III atau ICD-10 yakni sebagai berikut :

a. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang sangat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala tersebut kurang jelas) :

1) Isi pikiran

a) *Thought echo* yaitu isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda;

b) *Thought incertion or withdrawal* yaitu isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya; dan

c) *Thought broadcasting* yaitu isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.²

2) Waham atau Delusinasia

a) *Delusion of control* yaitu waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar;

b) *Delusion of influence* yaitu waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar;

- c) *Delusion of passivity* yaitu waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar;
- d) *Delusion perception* yaitu pengalaman indrawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.²
- 3) Halusinasi berupa suara yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien yang mendiskusikan perihal pasien di antara mereka sendiri; atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.²
- 4) Waham-waham menetap lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu atau kemampuan di atas manusia biasa²
- b. Atau paling sedikitnya dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas:
- 1) Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja , apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.
 - 2) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*) yang berakibat inkoherensia atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.
 - 3) Perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*) atay fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
 - 4) Gejala negatif seperti sikap apatis, bicara yang jarang dan respons emosional yang menumpul 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 neureptika.²

- c. Adapun gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal);²
- d. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.²

2.1.6 Kesembuhan Pasien Gangguan Skizofrenia

Diagnosa skizofrenia dibuat berarti sudah tidak ada harapan lagi bagi orang yang bersangkutan, kepribadiannya selalu akan menuju ke arah kemunduran mental (detoriasi mental). Seseorang dengan gangguan skizofrenia kemudian menjadi sembuh, maka diagnosanya harus diragukan. Angka kesembuhan skizofrenia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskedas) Depkes RI tahun 2013 menunjukkan sekitar 80% pasien yang di rawat di RSJ dengan skizofrenia 25% dapat sembuh, 25% dapat mandiri, 25% membutuhkan bantuan, dan 25% jatuh kedalam kondisi berat.³

Kesembuhan dialami sepertiga dari pasien gangguan skizofrenia dapat diartikan bila pasien gangguan skizofrenia itu datang berobat dalam tahun pertama setelah mengalami serangan pertama, maka mereka akan mengalami kesembuhan total (*full remission atau recovery*). Sepertiga yang lain dapat dikembalikan ke masyarakat walaupun masih didapati sedikit kelainan dan mereka masih sering diperiksa dan diobati selanjutnya (*social recovery*). Sepertiga sisanya cenderung memiliki prognosis yang buruk, dimana mereka tidak mampu berfungsi di dalam lingkungan masyarakat dan biasanya menjadi pasien rawat inap yang tetap di rumah sakit jiwa.⁸

2.2 Faktor-Faktor Kekambuhan Pasien Gangguan Skizofrenia

2.2.1 Definisi Kekambuhan

Kekambuhan diartikan sebagai suatu keadaan dimana apabila seorang pasien skizofrenia yang telah menjalani rawat inap di rumah sakit jiwa dan diperbolehkan pulang kemudian kembali menunjukkan gejala-gejala sebelum dirawat inap. Setiap relaps yang terjadi berpotensi membahayakan bagi pasien dan keluarganya, maka apabila relaps terjadi maka pasien harus kembali melakukan perawatan inap di rumah sakit jiwa (rehospitalisasi) untuk ditangani oleh pihak yang berwenang.⁵

Relaps atau kekambuhan mengikuti perjalanan penyakit bagi kehidupan pasien gangguan skizofrenia. Studi naturalistik telah menemukan tingkat kekambuhan atau relaps pada pasien skizofrenia adalah 70%-82% hingga lima tahun setelah pasien masuk rumah sakit pertama kali. Penelitian di Hongkong menemukan bahwa dari 93 pasien skizofrenia, masing-masing memiliki potensi relaps 21%, 33%, dan 40% pada tahun pertama, kedua, dan ketiga.⁵

2.2.2 Faktor Internal yang Mempengaruhi Kekambuhan

a. Usia

Sebagian besar pasien skizofrenia memiliki awitan di usia produktif, sekitar umur 15-55 tahun.³ Hal ini tentu akan membebankan keluarga dan lingkungan sosial dari pasien skizofrenia mengingat tidak hanya biaya pengobatan skizofrenia saja yang tinggi, namun juga pasien tidak bisa bekerja di usia produktifnya akibat skizofrenia. Skizofrenia menimbulkan beban bagi pemerintah, keluarga serta masyarakat oleh karena produktivitas pasien menurun dan akhirnya menimbulkan beban biaya yang besar bagi pasien dan keluarga.³

b. Genetik

Faktor genetik juga berperan dalam prevalensi gangguan skizofrenia. Prevalensi angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8%; bagi saudara kandung adalah 7-15%; bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia adalah 7-16%; bagi kedua orang tua

menderita skizofrenia 40-60%; bagi kembar dua telur (heterozigot) adalah 2-15%; bagi kembar satu telur (monozigot) adalah 61-86%.⁸

c. Jenis Kelamin

Prevalensi skizofrenia pada pria dan wanita sama. Kedua jenis kelamin tersebut berbeda awitan dan perjalanan penyakitnya. Awitan terjadi lebih dini pada pria dibanding wanita yaitu sekitar umur 8 sampai 25 tahun pada pria dan umur 25 sampai 35 tahun pada wanita.⁴

d. Pendidikan

Pendidikan merupakan sarana strategis untuk meningkatkan kualitas seseorang, juga suatu bangsa. Selain sebagai suatu sarana sosial, pendidikan juga merupakan salah satu dasar dari penentu kualitas hidup seseorang. Individu dengan kemampuan yang terbatas atau edukasi yang rendah serta kompetensi yang kurang akan tersisih dari kompetisi pekerjaan dan memiliki prospek ekonomi yang buruk.⁹ Individu dengan pendidikan yang rendah juga akan berkurang partisipasinya dalam kehidupan sipil dan politik di masyarakat. Sebagian besar pasien skizofrenia mengalami kegagalan dalam mencapai tingkat pendidikan yang lebih tinggi, pekerjaan atau pernikahan.¹⁰ Pencapaian pendidikan yang lebih rendah sangat berhubungan dengan pasien skizofrenia. Hal ini diakibatkan berkurangnya kemampuan memperhatikan materi edukasi pada pasien, juga kesulitan dalam mempelajari hal-hal yang baru.¹¹

e. Pekerjaan

Masalah pekerjaan mengenai adanya stigma terhadap penyakit skizofrenia menimbulkan beban berupa beban subjektif maupun objektif bagi pasien dan keluarganya. Bagi pasien gangguan skizofrenia hal tersebut menjadi halangan baginya untuk mendapatkan perlakuan yang layak, kesulitan dalam mencari pekerjaan dan sebagainya. Sebuah penelitian di Singapura memperlihatkan terdapat 73% dari pasien untuk kesulitan mendapatkan pekerjaan, 52%

mengalami rendah diri dan 51% dimusuhi akibat gangguan skizofrenia.¹²

2.2.3 Faktor Eksternal yang Mempengaruhi Kekambuhan

a. Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan faktor penting yang mempengaruhi kesehatan jiwa pasien. Jenis dukungan yang diberikan kepada pasien dalam bentuk pengambilan obat, pengawasan obat, pemantauan asupan obat dan menemani pasien untuk pergi ke pelayanan kesehatan jiwa secara teratur, serta kebutuhan dasar kehidupan lainnya seperti pendidikan, pekerjaan, dan kesehatan secara umum. Dukungan anggota keluarga merupakan elemen utama yang penting berkaitan dengan kesembuhan pasien.¹³

b. Peran Petugas Kesehatan

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, dan kegunaan dan menegosiasikan personal treatment dengan dokter akan meningkatkan kepatuhan.¹⁶

c. Kepatuhan Pengobatan

Kepatuhan merupakan suatu proses yang sangat dipengaruhi oleh lingkungan tempat pasien tinggal, tenaga kesehatan, dan kepedulian sistem kesehatan. Kepatuhan juga berhubungan dengan cara yang ditempuh oleh pasien dalam menilai kebutuhan pribadi untuk pengobatan berbagai kompetisi yang diperlukan, diinginkan, dan perhatian (efek samping, cacat, kepercayaan, biaya, dan lain-lain). Kepatuhan tidak hanya dipengaruhi oleh pasien, kepatuhan dipengaruhi juga oleh tenaga kesehatan yang tersedia, pemberian pengobatan yang kompleks, sistem akses dan pelayanan kesehatan.¹⁴

Adapun faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dan berkaitan dengan penyakit, yaitu : durasi penyakit, penyakit dengan durasi lama atau penyakit kronis yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan rendah. Kepatuhan terhadap pengobatan akan menurun seiring dengan durasi terapi yang semakin bertambah. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat keparahan penyakit yang tinggi cenderung akan lebih patuh terhadap pengobatan yang diberikan.¹⁵

Berdasarkan sebuah penelitian ada beberapa faktor yang menjadi faktor penentu kepatuhan dan ketidakpatuhan minum obat pasien, yaitu:

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 tidak patuh. 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.¹⁶

2) Faktor obat

Pengobatan skizofrenia bersifat antagonis terhadap dopamin sehingga akan menurunkan kepekaan reseptor terhadap dopamin ataupun langsung menurunkan jumlah dopamin sehingga efek pemakaian jangka panjangnya adalah timbulnya mood disforia.¹⁶

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, faktor perilaku positif akan cenderung meningkatkan kepatuhan. Faktor hambatan praktikal, seperti tidak adanya uang atau kondisi rumah yang jauh

dengan tempat kontrol juga dapat menjadi faktor penentu keberhasilan pengobatan.¹⁶

Ketidapatuhan dalam meminum obat akan meningkatkan risiko kekambuhan hingga 92%. Harus dikatakan bahwa pasien yang teratur minum obat selama 1 tahun pun tetap dapat jatuh dalam kondisi kekambuhan, walaupun kekambuhan 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 kekambuhan tidak akan seburuk episode pertama skizofrenia.¹⁶

d. Cara Pemberian Obat

Cara pemberian obat pada pasien gangguan skizofrenia dapat dibedakan menjadi pemberian oral, injeksi atau oral dan injeksi.¹⁷

e. Jenis Obat

Jenis obat pada pasien gangguan skizofrenia terbagi menjadi golongan obat antipsikotik tiga macam yaitu:

1) Golongan antipsikotik tipikal

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya disebut antipsikotik konvensional. Walaupun sangat efektif, antipsikotik konvensional sering menimbulkan efek samping yang serius. Antipsikotik konvensional antara lain chlorpromazine, fluperidol, haloperidol, loxapine, molindone, mesoridazine, perphenazine, thioridazine, thiothixene, trifluperazine.¹⁷

Antipsikotik tipikal disebut juga antipsikotik klasik, terutama efektif mengatasi gejala positif. Antipsikotik tipikal bekerja dengan cara menghambat reseptor dopamin (D2) di sistem limbik, termasuk daerah ventral stratum. Akibat blokade dopaminergik di stratum tersebut menyebabkan efek samping gejala ekstrapiramidal. Akibat berbagai efek samping yang dapat ditimbulkan oleh antipsikotik konvensional, banyak ahli lebih merekomendasikan penggunaan antipsikotik atipikal. Ada dua

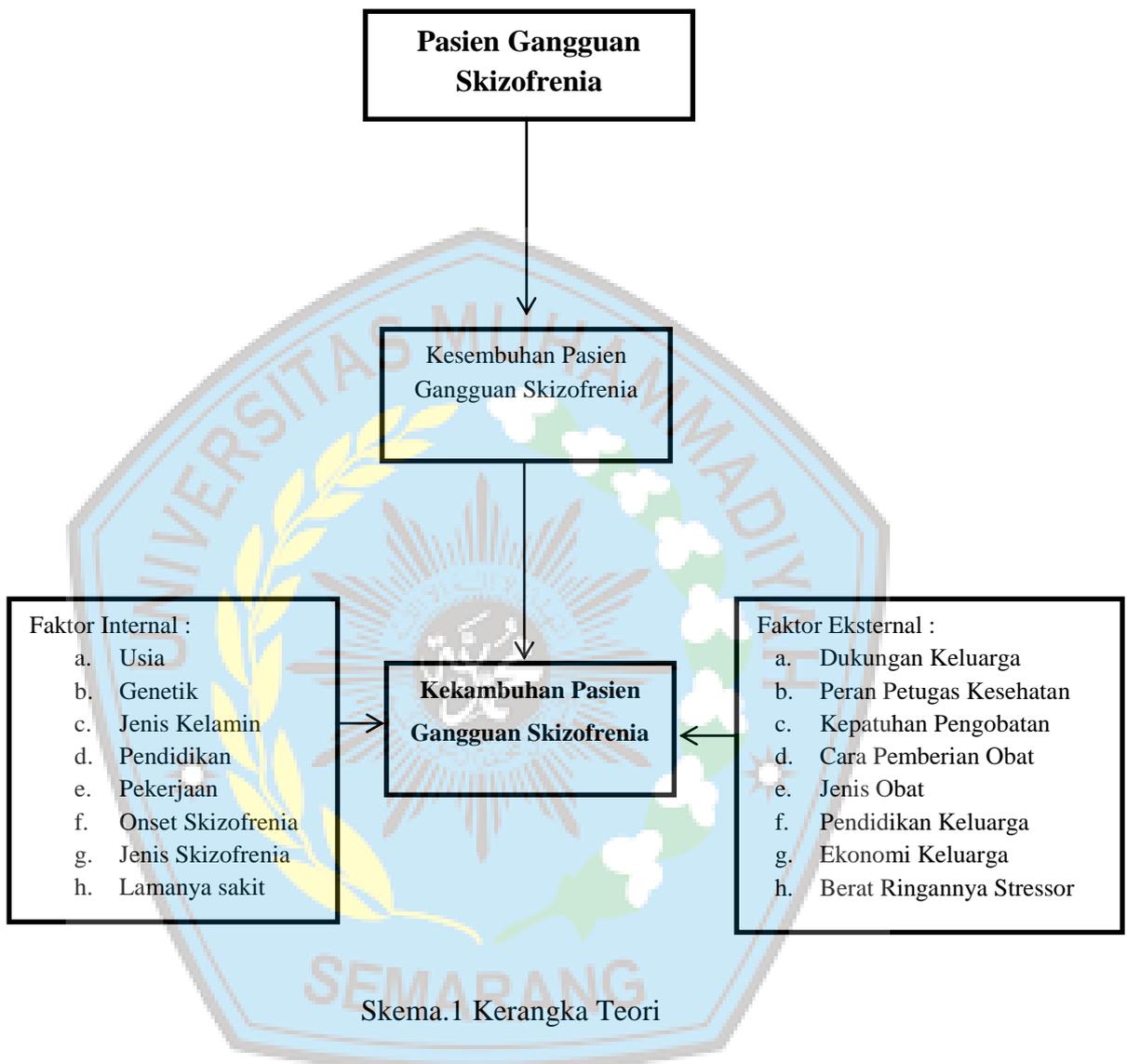
pengecualian (harus dengan antipsikotik konvensional). Pertama, pada pasien yang sudah mengalami perbaikan (kemajuan) yang pesat menggunakan antipsikotik konvensional tanpa efek samping yang berarti. Biasanya para ahli 18 merekomendasikan untuk meneruskan pemakaian antipsikotik konvensional. Kedua, bila pasien mengalami kesulitan minum pil secara reguler. Prolixin dan Haldol dapat diberikan dalam jangka waktu yang lama dengan interval 2-4 minggu, ini disebut depot formulations. Dengan ini, obat dapat disimpan terlebih dahulu di dalam tubuh lalu dilepaskan secara perlahan-lahan. Sistem ini tidak dapat digunakan pada antipsikotik atipikal.¹⁷

2) Golongan antipsikotik atipikal

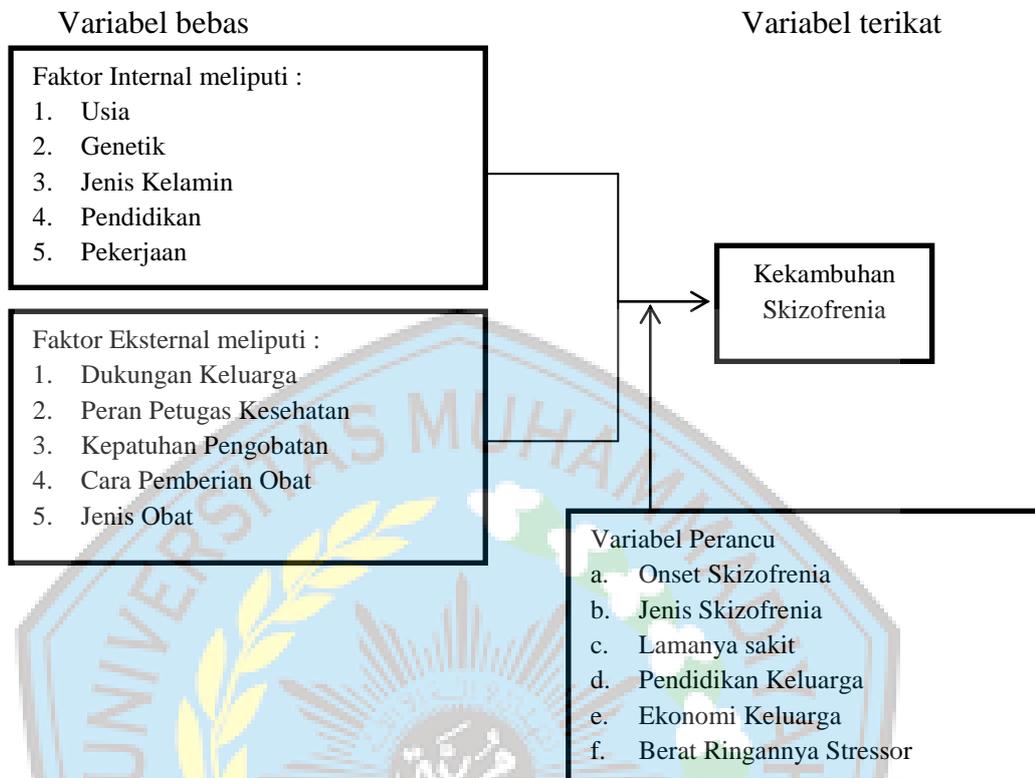
Obat-obat yang tergolong kelompok aripiprazole, clozapin, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda. Antipsikotik atipikal bekerja dengan menghambat reseptor dopamin, namun relatif lebih spesifik pada D1, D4, dan D5, selain itu, lebih selektif sehingga efek ekstrapiramidal dapat diminimalisir. Beberapa contoh antipsikotik atipikal yang tersedia antara lain risperidon, quetiapin, olanzapin. Para ahli banyak merekomendasikan obat-obat ini untuk menangani pasien-pasien dengan skizofrenia.¹⁷

3) Golongan antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal.¹⁷

2.3 Kerangka Teori



2.4 Kerangka Konsep



Skema.2 Kerangka Konsep

2.5 Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara usia, genetik, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dukungan keluarga, peran petugas kesehatan, kepatuhan pengobatan, cara pemberian obat dan jenis obat yang dapat mempengaruhi terjadinya kekambuhan pada pasien gangguan skizofrenia.