

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Pustaka**

##### **1. Skizofrenia**

###### **a. Definisi**

Skizofrenia menurut *National Institute of Mental Health* adalah gangguan jiwa berat kronis yang memengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku dari penyandang. Pasien digambarkan memiliki perpecahan (*schism*) antara pikiran, emosi, dan perilaku. Perpecahan ini ditandai dengan adanya gejala fundamental spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi. Gejala fundamental lainnya adalah gangguan afektif, autisme, dan ambivalensi. Gejala sekunder skizofrenia berupa delusi dan halusinasi (Kaplan & Sadock, 2010).

PPDGJ III mendeskripsikan skizofrenia sebagai sindrom dengan penyebab yang bervariasi dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Gangguan jiwa berat skizofrenia pada umumnya ditandai oleh distorsi pikiran dan persepsi yang mendasar dan khas, juga oleh afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*). Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian.

Menurut DSM IV, skizofrenia adalah adanya dua atau lebih dari karakteristik gejala delusi, halusinasi, bicara terdisorganisasi, misalnya pembicaraan yang menyimpang dan inkoheren, perilaku terdisorganisasi atau katatonik yang jelas, dan adanya gejala-gejala negatif seperti pendataran afektif, alogia, dan gejala lain yang menyebabkan disfungsi kerja dan sosial selama satu bulan.

Skizofrenia didiskusikan seakan-akan merupakan suatu penyakit tunggal, namun kategori diagnostik skizofrenia dapat mencakup berbagai gangguan yang tampak dengan gejala perilaku yang serupa. Skizofrenia kemungkinan merupakan suatu kelompok gangguan dengan penyebab yang heterogen dan secara pasti pasien memiliki manifestasi klinis, respon terhadap pengobatan, dan perjalanan penyakit yang bervariasi (Kaplan & Sadock, 2010).

#### **b. Epidemiologi**

Gangguan psikotik skizofrenia memiliki prevalensi seumur hidup sebesar 1,3 persen, hal ini berdasarkan studi oleh *Epidemiologic Catchment Area (ECA)* yang disponsori *National Institute of Mental Health (NIMH)*. Diperkirakan sebesar 0,025 hingga 0,05 persen populasi total diobati untuk skizofrenia dalam satu tahun. Sebanyak duapertiga dari pasien yang diberi terapi membutuhkan perawatan di rumah sakit (Kaplan & Sadock, 2010).

Prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan wanita adalah sama, perbedaan antara dua jenis kelamin tersebut terdapat dalam onset dan

perjalanan penyakit. Onset skizofrenia pada laki-laki terjadi lebih dini dibanding wanita (Crismon, *et al* 2014). Laki-laki cenderung untuk mengalami episode pertama dari skizofrenia di awal usia 20 tahun, sedangkan tendensi wanita untuk mendapatkan episode pertama Skizofrenia di akhir usia 20 tahun, atau di awal usia 30 tahun (Rummel-Kluge & Kissling, 2008). Usia puncak onset adalah 15 sampai 25 tahun untuk pria dan 25 sampai 35 tahun untuk wanita. Laki-laki lebih rentan dibanding wanita untuk mengalami gejala negatif, dan wanita memiliki fungsi sosial yang lebih baik daripada laki-laki. Seseorang dengan usia di bawah 10 tahun atau di atas 50 tahun memiliki frekuensi yang sangat jarang untuk mengalami skizofrenia. Sekitar 90 persen pasien dalam pengobatan skizofrenia berusia antara 15 dan 55 tahun (Kaplan & Sadock, 2010).

### **c. Etiologi**

#### **1) Faktor Genetik**

Serangkaian studi genetik telah dengan kuat menyatakan suatu komponen genetik terhadap penurunan skizofrenia. Seorang penyandang skizofrenia memiliki resiko sebesar 10% untuk memiliki keturunan dengan penyakit serupa. Kedua orang tua yang menderita skizofrenia memiliki resiko lebih besar untuk mempunyai keturunan dengan skizofrenia, yakni sebesar 40%. Kembar zigotik memiliki resiko sebesar 40-50% (Frankenburg, 2015).

## 2) Model Diathesis-Stress

Model *diathesis-stress* mengintegrasikan faktor biologis dan faktor psikososial dan lingkungan. Model ini mengemukakan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (diatesis) dimana pengaruh lingkungan yang dapat menimbulkan stres, memungkinkan timbulnya gejala skizofrenia. Diatesis dapat berupa *stressor* yang berasal dari biologis, lingkungan, atau keduanya. Komponen lingkungan dapat bersifat biologis (sebagai contoh, infeksi) atau psikologis (sebagai contoh, situasi keluarga yang penuh ketegangan atau kematian kerabat dekat). Dasar biologis diatesis dapat terbentuk lebih lanjut oleh pengaruh epigenetik, seperti penyalahgunaan zat, stres psikologis, dan trauma (Kaplan & Sadock, 2010). Angka kortisol basal tercatat lebih tinggi pada seorang dengan gangguan kepribadian *schizotypal* dan pada penyandang skizofrenia dengan gejala positif jika dibandingkan dengan angka kortisol orang tanpa skizofrenia (Walker *et al*, 2001).

## 3) Faktor Perinatal

Peristiwa dalam masa kehamilan dapat menjadi penyebab berkembangnya skizofrenia di kemudian hari bagi janin. Wanita hamil yang kekurangan gizi atau memiliki penyakit yang disebabkan oleh virus tertentu selama masa kehamilan memiliki resiko lebih tinggi untuk melahirkan anak yang di kemudian hari

menderita skizofrenia (Brown & Derkits, 2010). Dalam studi kasus skizofrenia, dinyatakan bahwa seorang individu yang di kemudian hari menderita skizofrenia lebih mungkin dilahirkan di musim dingin dan awal musim semi dan lebih jarang dilahirkan di akhir musim semi dan musim panas (Kaplan & Sadock, 2010). Hal ini disebabkan oleh karena kerentanan imun ibu hamil terhadap penyakit yang disebabkan oleh virus, penyakit infeksi pada trimester kedua kehamilan meningkatkan resiko bayi di kemudian hari untuk menderita skizofrenia (Carrion *et al*, 2006).

#### 4) Faktor Psikososial

Lajunya perkembangan biologi dari skizofrenia, munculnya terapi farmakologis yang efektif dan aman bagi penyandang skizofrenia telah lebih lanjut menekankan pentingnya pemahaman masalah individu, keluarga, dan sosial yang mempengaruhi pasien skizofrenia. Jika skizofrenia merupakan penyakit otak, maka terdapat kemungkinan bahwa penyakit ini sejalan dengan penyakit organ lain yang perjalanan penyakitnya dipengaruhi stres psikososial. Seperti halnya penyakit kronik lain (sebagai contoh yaitu penyakit paru-paru kongestif kronik), terapi obat sendiri jarang mencukupi untuk memperoleh perbaikan klinis maksimal. Oleh karena itu, faktor psikososial harus dipertimbangkan bagi klinisi sebagai hal yang dapat mempengaruhi skizofrenia (Kaplan & Sadock, 2010).

## 5) Neurokimia

Daerah otak utama yang terlibat dalam skizofrenia adalah sistem limbik, lobus frontalis, serebelum, dan ganglia basalis. Keempat area ini saling terintegrasi sehingga disfungsi satu area dapat mengakibatkan proses patologi primer di area lainnya. Sistem limbik merupakan lokasi potensial proses patologi primer penyandang skizofrenia (Kaplan & Sadock, 2010).

Rumusan yang paling sederhana dari hipotesis dopamin sebagai penyebab skizofrenia mengemukakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas dopaminergik yang berlebihan atau sensitivitas abnormal terhadap dopamin (Kaplan & Sadock, 2010). Aktivitas abnormal dari *neurotransmitter*, kimiawi otak yang memungkinkan neuron satu dengan lainnya berkomunikasi telah terdeteksi dalam pasien dengan skizofrenia, yakni *neurotransmitter* dopamin dan glutamat (Rao *et al*, 2012).

### d. Gambaran Klinis

#### 1) Gejala

Gejala gangguan jiwa berat skizofrenia dapat dikategorikan ke dalam 3 tipe (Krishna *et al*, 2014) yaitu:

##### a) Gejala Positif

Gejala positif adalah gejala yang paling mudah untuk diidentifikasi, gejala ini dinyatakan sebagai “perilaku psikotik yang tidak terlihat pada orang sehat” (APA, 2013). Gejala

positif meliputi delusi, halusinasi, kekacauan dalam berpikir dan berbagai perilaku motorik abnormal (NIMH, 2015).

b) Gejala Negatif

Berdasarkan *American Psychiatric Association* di tahun 2013, gejala negatif lebih sulit untuk dideteksi dalam pembuatan suatu diagnosis. Gejala ini cenderung mengganggu emosi dan perilaku, oleh karena itu gejala negatif terkait dengan morbiditas yang tinggi pada pasien skizofrenia. Hal yang paling umum pada gejala negatif skizofrenia adalah pendataran afektif, alogia, dan anhedonia.

Dalam menganalisis gejala negatif penyandang skizofrenia, penting bagi klinisi untuk memahami dan bahwa gejala negatif dapat disebabkan oleh diagnosis primer skizofrenia atau dampak sekunder dari gangguan jiwa lain, pengobatan, atau faktor lingkungan (APA, 2013).

c) Gejala Kognitif

Gejala kognitif merupakan klasifikasi terbaru dalam gejala klinis skizofrenia. Gejala ini meliputi pemikiran dan pembicaraan yang terdisorganisasi yang mengganggu kemampuan penderita skizofrenia untuk berkomunikasi (APA, 2013).

### **e. Perjalanan Penyakit**

Perjalanan penyakit gangguan jiwa berat skizofrenia menurut Ambarwati (2009) dibagi menjadi tiga fase, yaitu:

#### 1) Fase Prodromal

Fase prodromal adalah periode terjadinya perubahan perilaku sebelum gejala yang nyata muncul. Tanda dan gejala fase prodromal bisa mencakup kecemasan, gelisah, merasa diteror, atau depresi. Gejala prodromal dapat berlangsung beberapa bulan sampai beberapa tahun sebelum ditegakkannya diagnosis pasti skizofrenia.

#### 2) Fase Aktif

Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan klinis yang nyata, yakni kekacauan alam pikir, perasaan, dan perilaku. Penilaian terhadap realita mulai terganggu dan pemahaman dirinya buruk, atau bahkan tidak ada.

#### 3) Fase Residual

Fase residual atau dikenal dengan nama lain fase stabil muncul setelah fase akut atau setelah terapi dimulai. Karakteristik fase residual adalah menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia sehingga tinggal satu atau dua gejala sisa yang tidak terlalu nyata secara klinis, misalnya penarikan diri, hendaya fungsi peran, perilaku aneh seperti bicara, tersenyum, dan tertawa sendiri, hendaya dalam kebersihan atau perawatan diri, pendataran afek serta hendaya fungsi peran sosial.



## **f. Terapi**

Inti dari terapi Skizofrenia adalah pemberian antipsikotik, namun penelitian telah membuktikan bahwa intervensi psikososial dapat meningkatkan efektivitas dari perbaikan klinis (Kaplan & Sadock, 2010).

- 1) Terapi Somatik
  - a) Antipsikotik
  - b) Obat Lain
  - c) Terapi Somatik Lainnya
- 2) Terapi Psikososial
  - a) Terapi Perilaku
  - b) Terapi Berorientasi-Keluarga
  - c) Terapi Kelompok
  - d) Psikoterapi Individual

## **2. Psikoedukasi**

### **a. Definisi**

Psikoedukasi merupakan program intervensi psikoterapi berbasis bukti bagi penderita gangguan jiwa dan keluarga. Program ini mengajarkan pasien dan keluarganya mengenai dasar dari penyakit, tatalaksana, koping, strategi manajemen dan keterampilan yang diperlukan untuk mencegah kekambuhan suatu penyakit. Intervensi program psikoedukasi dapat diaplikasikan kepada pasien, keluarga pasien, juga kepada pasien dan keluarganya secara simultan. Berbagai

studi eksperimental dengan dasar uji klinis acak telah mengemukakan bahwa program psikoedukasi efektif dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan angka pemulihan, juga memberikan dampak yang baik pada kesejahteraan keluarga (Vreeland, 2012). Psikoedukasi dapat menjadi intervensi tunggal, tetapi juga sering digunakan bersamaan dengan beberapa intervensi lainnya untuk membantu partisipan menghadapi tantangan kehidupan tertentu (Walsh, 2010).

Psikoedukasi, baik individu maupun kelompok tidak hanya memberikan informasi penting terkait dengan permasalahan partisipannya tetapi juga mengajarkan keterampilan-keterampilan yang dianggap penting bagi partisipan untuk menghadapi situasi permasalahan (Brown, 2011).

#### **b. Fokus Psikoedukasi**

Walsh (2010) menjelaskan mengenai pengertian psikoedukasi dari Griffiths (2006). Berdasarkan pengertian tersebut, ditarik kesimpulan bahwa fokus dari psikoedukasi adalah sebagai berikut:

- 1) Mendidik partisipan mengenai tantangan dalam hidup.
- 2) Membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan dan dukungan sosial dalam menghadapi tantangan hidup.
- 3) Mengembangkan keterampilan *coping* untuk menghadapi tantangan hidup.
- 4) Mengembangkan dukungan emosional.

- 5) Mengurangi stigma partisipan.
- 6) Mengubah sikap partisipan terhadap suatu gangguan.
- 7) Mengidentifikasi dan mengeksplorasi perasaan terhadap suatu permasalahan.
- 8) Mengembangkan keterampilan penyelesaian masalah.
- 9) Mengembangkan keterampilan intervensi kritis .

**c. Tujuan Psikoedukasi**

Vreeland (2012) membuat daftar mengenai tujuan intervensi psikoedukasi bagi orang dengan skizofrenia, tujuan tersebut diantaranya:

- 1) Meningkatkan pengetahuan tentang penyakit yang diderita dan pilihan pengobatan
- 2) Memberdayakan individu dan keluarga dalam pembuatan keputusan
- 3) Mengembangkan kolaborasi antara individu, anggota keluarga, dan klinisi
- 4) Meringankan beban anggota keluarga
- 5) Meningkatkan tilikan terhadap penyakit
- 6) Meningkatkan pemahaman mengenai cara kerja pengobatan
- 7) Meningkatkan pemahaman mengenai pengaruh dari kepatuhan minum obat terhadap pemulihan
- 8) Meningkatkan kepatuhan minum obat
- 9) Meningkatkan kesehatan fisik dan jasmani

- 10) Menurunkan angka kekambuhan
- 11) Mengembangkan rencana pencegahan terhadap krisis dan kekambuhan
- 12) Membantu perkembangan dari pemulihan dan integritas komunitas
- 13) Memahami efek dari penggunaan zat tertentu terhadap kesehatan jiwa

### **3. Kepatuhan Minum Obat**

#### **a. Definisi**

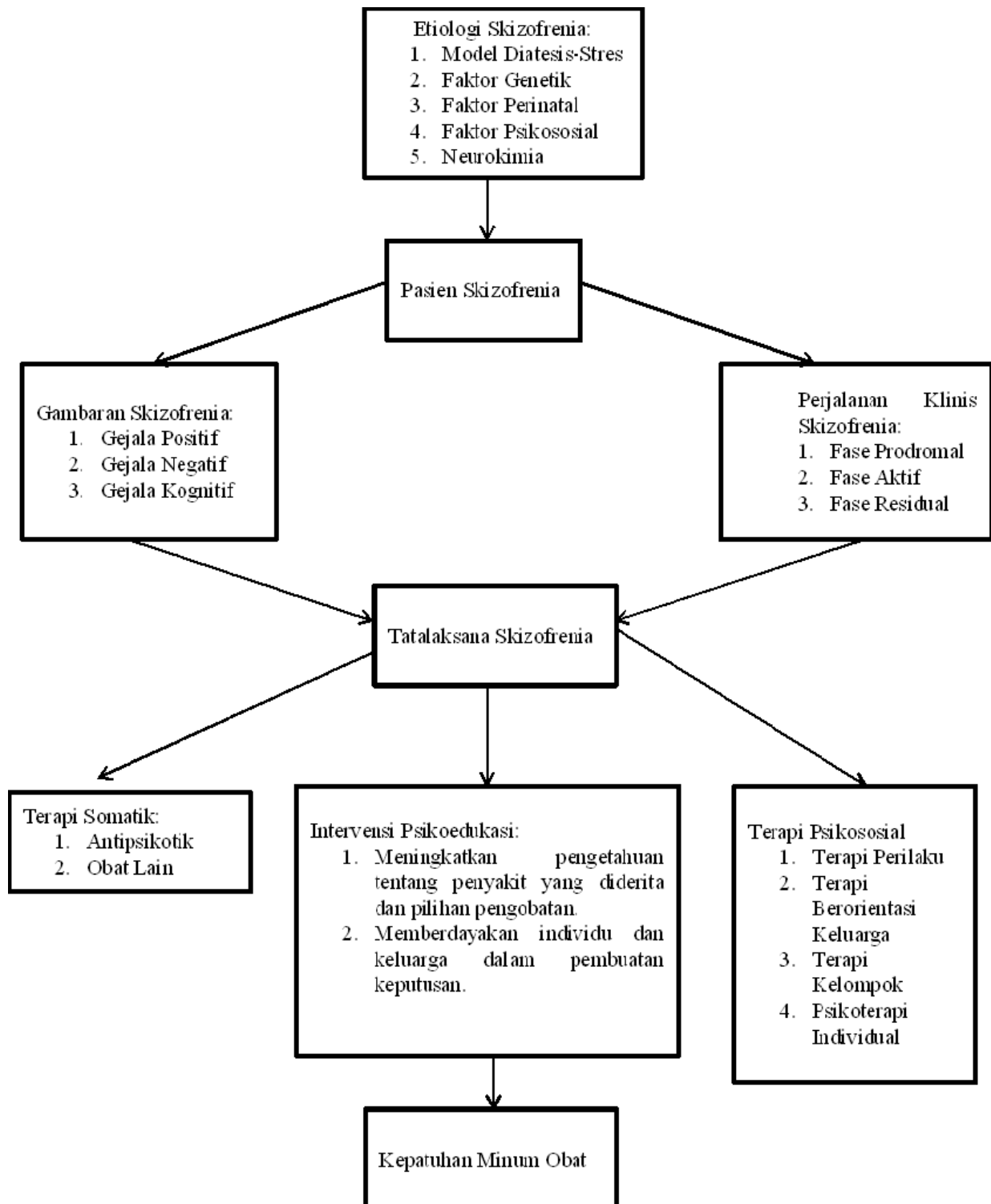
Kepatuhan minum obat adalah tindakan yang sesuai dengan rekomendasi pengobatan yang telah diarahkan oleh klinisi, yang sesuai dengan waktu, dosis, dan frekuensi dari pengobatan. Kepatuhan minum obat diukur dalam suatu periode dan dilaporkan dalam bentuk persentase (Cramer *et al*, 2008). Kepatuhan dibagi menjadi *adherence* dan *compliance*. *Adherence* menekankan pada kolaborasi antara pasien dan dokter untuk meningkatkan kesehatan pasien dengan cara mengintegrasikan pendapat medis dan gaya hidup pasien – minum obat, mengikuti diet, dan/atau melakukan perubahan pola hidup, sesuai saran dari klinisi. Sementara itu, *compliance* adalah sejauh mana kepatuhan pasien dalam mengikuti saran klinis dari dokter (Jimmy & Jose, 2011). Oleh karena *compliance* lebih bersifat satu arah, yaitu dari dokter ke penderita, istilah *compliance* jarang digunakan (WHO, 2003).

Kepatuhan minum obat adalah hal yang krusial dalam suatu pengobatan terhadap penyakit, kepatuhan terhadap pengobatan ini menjadi penentu utama suksesnya suatu pengobatan (NCPIE, 2007). Sementara itu, angka kepatuhan minum obat pada bidang psikiatri, khususnya skizofrenia tergolong cukup rendah, hal ini dapat dilihat dari penelitian Cramer *et al* (2008) yang mengemukakan bahwa dari keseluruhan jumlah penderita skizofrenia yang diresepkan antipsikotik oleh klinisi, hanya 58% yang patuh terhadap kewajiban untuk meminum obat antipsikotik. Rendahnya angka kepatuhan minum obat memiliki dampak serius terhadap perjalanan penyakit skizofrenia, diantaranya adalah timbulnya kekambuhan, remisi, insight yang buruk, penurunan interaksi sosial, penurunan efek dari pengobatan, penurunan fungsi neurokognisi, dan psikopatologi (Quach *et al*, 2009).

Pada pasien skizofrenia terdapat empat faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat, keempat faktor tersebut diklasifikasikan oleh Fleischhacker *et al* (2003):

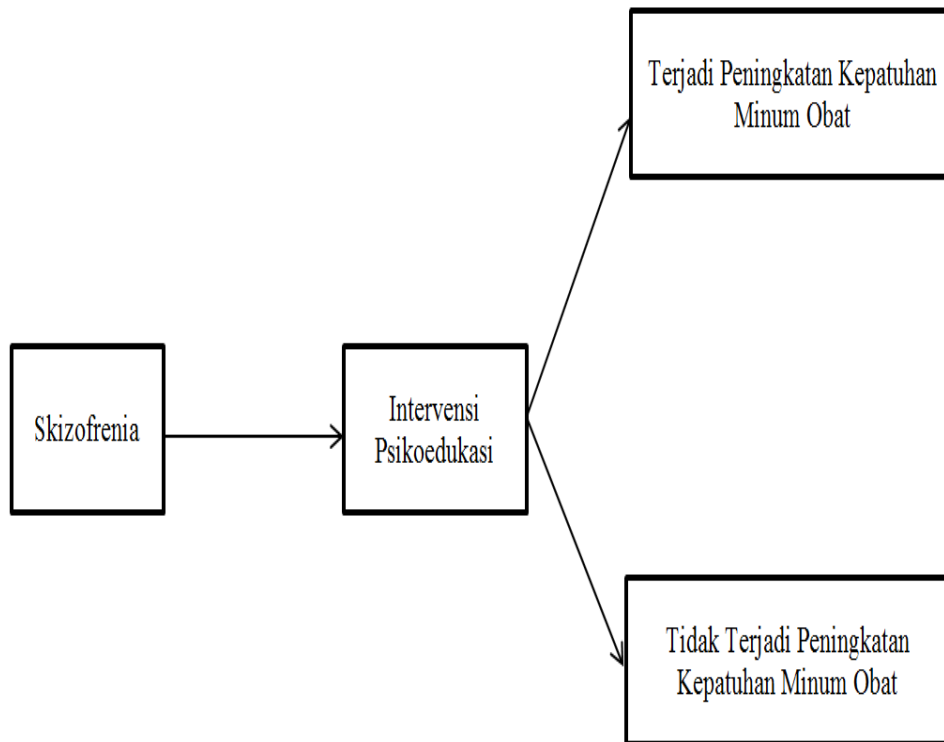
- 1) Faktor Individu
- 2) Faktor Lingkungan
- 3) Faktor Tenaga Kesehatan
- 4) Faktor Pengobatan

## B. Kerangka Teori



Gambar 1.1 Kerangka Teori

### C. Kerangka Konsep



**Gambar 2.1 Kerangka Konsep**

### D. Hipotesis

Terdapat pengaruh intervensi psikoedukasi terhadap peningkatan kepatuhan minum obat orang dengan skizofrenia di komunitas.