

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 SKIZOFRENIA

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia (*Schizophrenia*; dibaca “skit-fre-nia”) adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat bersifat kronis yang tanda dan gejala penyakitnya dapat kembali terulang yang membuat pasien membutuhkan rawat inap berulang (Sustrami dkk, 2019). Skizofrenia adalah bagian dari gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri (*insight*) (Sadock, et al., 2014). Secara umum skizofrenia adalah gangguan jiwa (psikosis) yang ditandai dengan distorsi pada pikiran, persepsi, emosi, pembicaraan, tilikan diri, dan perilaku (Tandon, et al., 2013). Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku seseorang ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya kemampuan untuk menilai diri sendiri (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat dimana ada keretakan atau ketidakseimbangan antara proses berpikir, perasaan dan perilaku (Wijayanti & Puspitosari 2014). Skizofrenia adalah kondisi psikologis dengan gangguan disintegrasi, depersonalisasi dan kebalahan atau

kepecahan struktur kepribadian, serta regresi akut yang parah (Lisa & Sutrisna, 2013).

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu. Skizofrenia tidak dapat didefinisikan sebagai penyakit tersendiri, melainkan sebagai suatu proses penyakit yang mencakup banyak jenis dengan berbagai gejala seperti jenis kanker. Selama berpuluh-puluh tahun, skizofrenia sering disalahartikan oleh masyarakat (Videbeck, 2012).

2.1.2 Faktor-faktor Penyebab Skizofrenia

Adapun faktor-faktor penyebab skizofrenia antara lain menurut (Stuart, 2013) adalah:

- 2.1.2.1 Faktor biologis disebabkan oleh gangguan umpan balik ke otak.
- 2.1.2.2 Faktor psikologis yaitu rendahnya kemampuan adaptasi terhadap frustrasi, koping tidak efektif, impulsif, rendah diri, perilaku kekerasan dan kesalahan mempersepsikan stimulus.
- 2.1.2.3 Faktor lingkungan yaitu kemiskinan, kurang nutrisi, tidak adanya perawatan sebelum melahirkan dan putus asa.

2.1.3 Ciri-ciri Skizofrenia

Ciri-ciri khas skizofrenia menurut Lisa dan Sutrisna (2013) antara lain:

- 2.1.3.1 Mengalami delusi dan halusinasi.
- 2.1.3.2 Disorganisasi dan pendaftaran afektif.
- 2.1.3.3 Pendataran alogia, avolusi dan anhedonia.

2.1.3.4 Disfungsi sosial, okuasional, tidak peduli pada perawatan diri dan persistensinya berlangsung selama enam bulan.

2.1.3.5 Mengalami kesulitan dalam hubungan sosial atau masyarakat.

2.1.3.6 Cenderung tidak membangun, membina, dan mempertahankan hubungan sosial.

2.1.3.7 Harapan hidup yang sangat rendah, cenderung untuk bunuh diri.

2.1.3.8 Reaksi emosional yang abnormal.

2.1.3.9 Adanya kerusakan bagian otak terutama pada neurotransmitter.

Ciri-ciri umum skizofrenia menurut Lisa dan Sutrisna (2013) antara lain:

2.1.3.1 **Gangguan Delusi**

Gangguan delusi disebut juga sebagai *disorder of thought content* atau *the basic characteristic of madness* adalah gejala gangguan psikotik penderita skizofrenia yang ditandai gangguan pikiran, keyakinan kuat yang sebenarnya *misrepresentation* dari kenyakinannya.

Ciri-ciri klinis dari gangguan delusi yaitu:

2.1.3.1.1 Keyakinan yang persisten dan berlawanan dengan kenyataan tetapi tidak disertai dengan keberadaan sebenarnya.

2.1.3.1.2 Terisolasi secara sosial dan bersikap curiga pada orang lain.

Bentuk-bentuk delusi yang berkaitan dengan skizofrenia yaitu:

2.1.3.1.1 *Delusions of persecution* adalah penderita skizofrenia yang mengalami gangguan psikotik ditandai waham kebesaran, tersohor, sebagai tokoh-tokoh penting atau merasa hebat.

2.1.3.1.2 *Cotard's Syndrome* (somatic) adalah penderita skizofrenia yang mengalami gangguan psikotik atau ketakutan yang tidak nyata. Penderita memiliki waham bahwa kondisi fisiknya sakit atau di bagian-bagian tubuh tertentu rusak. Perasaan bagian tubuh yang terganggu atau sakit secara medis tidak ditemukan.

2.1.3.1.3 *Cogras syndrome* atau penderita skizofrenia yang mengalami gangguan psikotik ditandai adanya waham pengganti yang tidak nyata terhadap dirinya. Merasa curiga bahwa selain dirinya ada yang sangat sama dengan dirinya.

2.1.3.1.4 *Erotomatic* adalah keyakinan penderita skizofrenia mencari, membututi orang-orang tersohor ataupun pada orang-orang yang dicintanya, penderita merasa dirinya dicintai.

2.1.3.1.5 *Jealous* yaitu keyakinan penderita skizofrenia bahwa pasangan seksualnya melakukan selingkuh atau tidak setia pada dirinya.

2.1.3.2 Halusinasi

Adalah gejala gangguan psikotik penderita skizofrenia yang ditandai gangguan persepsi pada berbagai hal yang dianggap dapat dilihat, didengar ataupun adanya perasaan dihina meskipun sebenarnya tidak realitas. Adapun ciri-ciri klinis dari penderita halusinasi yaitu:

2.1.3.2.1 Tidak memiliki insting yang jelas dan kesalahan dalam persepsi.

2.1.3.2.2 Adanya *associative* dan *cognitive splittin*.

Bentuk-bentuk halusinasi yang berkaitan dengan penderita skizofrenia yaitu:

2.1.3.2.1 Halusinasi pendengaran (*auditory hallucination*) gangguan psikotik melalui adanya pendengaran terhadap objek suara-suara tertentu. Keadaan ini sering terjadi ketika penderita skizofrenia tidak melakukan aktivitas, terjadi pada bagian *wenike'area*.

2.1.3.2.2 Halusinasi pada bagian otak (*brain damaging*) yaitu gangguan daerah otak terutama bagian broca's area adalah daerah pada bagian otak yang selalu memberikan halusinasi pada penderita skizofrenia.

2.1.3.3 Disorganisasi

Adalah gangguan psikotik dari penderita skizofrenia yang ditandai dengan ketidakmampuan dalam mengatur arah bicara, reaksi emosional dan

perilaku motoriknya. Bentuk-bentuk dari gangguan pikiran disorganisasi yaitu:

2.1.3.3.1 *Tangentialty* adalah ketidakmampuan dari penderita skizofrenia untuk mengikuti arah pembicaraan. Topik dan arah pembicaraan penderita ini selalu menyimpang jauh dari setiap arah pembicaraan.

2.1.3.3.2 *Loose association* adalah penderita skizofrenia yang mengalami gangguan dalam topic pembicaraan, topik dan arah pembicaraan penderita skizofrenia ini sama sekali tidak berkaitan dengan apa yang dibicarakan.

2.1.3.3.3 *Derailment* adalah pola pembicaraan penderita skizofrenia sama sekali keluar dari alur pembicaraan.

2.1.3.4 **Pendataran Afek**

Adalah gejala gangguan psikotik dari penderita skizofrenia yang ditandai dengan ketidakmampuannya dalam mengatur antara reaksi emosional dan pola perilaku (*inappropriate affect*) atau efektif yang tidak sesuai dengan perilaku. Misalnya reaksi emosi yang tidak sesuai dengan cara menimbun barang yang tidak lazim. Adapun ciri-ciri klinis pendataran afek yaitu:

2.1.3.4.1 Tidak adanya reaksi emosional dalam komunikasi.

2.1.3.4.2 Selalu menatap kosong dalam pandangannya.

2.1.3.4.3 Berbicara datar tanpa ada nada bicara.

2.1.3.5 Alogia

Adalah gejala gangguan psikotik dari penderita skizofrenia yang ditandai dengan adanya disefisiensi dalam jumlah atau isi pembicaraan.

Adapun ciri-ciri klinis penderita alogia yaitu:

2.1.3.5.1 Jawaban yang diberikan penderita singkat atau pendek.

2.1.3.5.2 Cenderung kurang tertarik untuk berbicara.

2.1.3.5.3 Lebih banyak berdiam diri dan komunikasi yang tidak kuat.

2.1.3.5.4 Adanya gangguan pikiran negatif dari berkomunikasi.

2.1.3.5.5 Kesulitan dalam memformulasikan kata.

2.1.3.5.6 Kalimat (kata-kata) selalu tidak sesuai dengan formulasi pikiran.

2.1.3.6 Avolisi

Yaitu gejala gangguan psikotik dari penderita skizofrenia yang ditandai ketidakmampuan memulai ataupun mempertahankan kegiatan-kegiatan penting. Ciri-ciri klinis gangguan avolisi yaitu:

2.1.3.6.1 Tidak menunjukkan minat pada aktivitas atau fungsi kehidupannya sehari-sehari dan tidak berminat merawat kesehatan tubuhnya.

2.1.3.6.2 Cenderung menjadi pemalas dan kotor.

2.1.3.7 Anhedonia

Yaitu gejala gangguan psikotik dari penderita skizofrenia yang ditandai dengan ketidakadaan perasaan senang, sikap tidak peduli terhadap

kegiatan sehari-hari, cenderung tidak suka makan dan ketidakpedulian terhadap hubungan interaksi sosial.

2.1.4 Tipe skizofrenia

Tipe skizofrenia dikelompokkan atas lima bagian menurut Lisa dan Sutrisna (2013), yaitu:

2.1.4.1 Tipe paranoid, gejala umum:

- 2.1.4.1.1 Gangguan psikomotor, seperti adanya stupor, negativisme, rigiditas, postur aneh, agitasi, dan mutisme (bisu).
- 2.1.4.1.2 Cenderung mengalami waham kebesaran.
- 2.1.4.1.3 Ansietas, marah dan agumentatif.
- 2.1.4.1.4 Hubungan interpersonal menguat.
- 2.1.4.1.5 Berpotensi berperilaku agresif pada diri sendiri atau orang lain.
- 2.1.4.1.6 Keterampilan kognitif dan afektif tetap utuh.

2.1.4.2 Tipe katatoni, gejala umum:

- 2.1.4.2.1 Gangguan psikomotor, seperti adanya stupor, negativism, rigiditas, postur aneh, agitasi, dan mutisme (bisu).
- 2.1.4.2.2 Respon motoric tidak lazim dalam bentuk diam dan pada posisi di tempat (*waxy flexibility*) atau posisi kegiatan eksekutif.
- 2.1.4.2.3 Tingkah laku ganjil dengan tubuh dan wajah yang menyeringai (*grimacing*).

2.1.4.2.4 Sering mengulang atau meniru kata-kata orang lain (*echolalia*).

2.1.4.2.5 Senang meniru gerakan orang lain (*echopraxia*).

2.1.4.2.6 *Catatonic immobility* yaitu gangguan perilaku motoric dimana orang itu tetap diam tanpa bergerak dalam kurun waktu lama dengan postur tubuh yang ganjil.

2.1.4.3 Tipe tidak terperinci atau tidak terbedakan, gejala umum:

2.1.4.3.1 Waham dan halusinasi.

2.1.4.3.2 Inkoheren.

2.1.4.3.3 Perilaku tidak terorganisasi yang tidak dapat digolongkan ke dalam salah satu tipe.

2.1.4.4 Tipe disorganisasi, gejala umum:

2.1.4.4.1 Perilaku kacau balau, bingung ataupun ganjil yang menyebabkan gangguan berat dalam aktifitas sehari-hari.

2.1.4.4.2 Kurang memiliki hubungan.

2.1.4.4.3 Kehilangan asosiasi.

2.1.4.4.4 Bicara tidak teratur.

2.1.4.4.5 Afek datar dan tidak sesuai.

2.1.4.4.6 Gangguan kognitif.

2.1.4.5 Tipe residual, gejala umum:

2.1.4.5.1 Minimal pernah mengalami satu episode skizofrenia dengan gejala psikotik yang menonjol diikuti oleh episode lain tanpa gejala psikotik.

- 2.1.4.5.2 Emosi tumpul.
- 2.1.4.5.3 Menarik diri dari dunia realita.
- 2.1.4.5.4 Pengalaman persepsi tidak biasa.
- 2.1.4.5.5 Perilaku eksentrik.
- 2.1.4.5.6 Pemikiran tidak logis.
- 2.1.4.5.7 Kehilangan asosiasi.
- 2.1.4.5.8 Adanya delusi dan halusinasi yang aneh-aneh dan salah, ide-ide yang tidak wajar, pemalas dan memiliki afek yang datar.

2.1.5 Cara mengatasi skizofrenia

Cara mengatasi skizofrenia menurut (Lisa dan Sutrisna, 2013):

- 2.1.5.1 Menciptakan kontak sosial yang baik.
- 2.1.5.2 Terapi ECT (*electroconvulsive therapy*) dan ICT (*insulin coma therapy*).
- 2.1.5.3 Menghindarkan dari frustrasi dan kesulitan psikis lainnya.
- 2.1.5.4 Membiasakan pasien memiliki sikap hidup positif dan mau melihat hari depan dengan rasa berani.
- 2.1.5.5 Memberi obat neuroleptik yaitu obat yang dapat mengendalikan saraf delusi, halusinasi dan agitasi, clozapine serta olanzapine.

Apabila menemukan pasien gangguan jiwa di rumah dengan perilaku di bawah ini, lakukan kolaborasi dengan tim untuk mengatasinya (Lisa & Sutrisna, 2013) :

2.1.5.1 Kekauan otot (dystonia atau spasme akut), bias ditanggulangi dengan suntikan benzodiazepine atau obat anti Parkinson.

2.1.5.2 Kegelisahan motoric berat (akatisia) bias ditanggulangi dengan terapi atau pemberian beta bloker.

2.1.5.3 Gejala Parkinson (tremor atau gemetar, akinesia), bias ditanggulangi dengan obat anti Parkinson oral (misalnya: trihexylphenidil 2 mg 3 kali sehari).

2.1.6 Pengobatan skizofrenia

Obat antipsikotik meringankan gejala psikotik florid (*florid psychotic symptoms*) seperti gangguan berpikir, halusinasi, dan delusi serta mencegah kekambuhan. Walaupun seringkali efektivitasnya lebih kecil pada pasien putus obat yang apatis. Pasien dengan skizofrenia akut memberikan respon yang lebih baik daripada pasien dengan gejala kronik (BPOM RI, 2018).

Pasien dengan diagnosis pasti skizofrenia, mungkin memerlukan pengobatan jangka panjang dengan tujuan untuk mencegah perubahan manifestasi penyakit menjadi kronik setelah episode pertama penyakit.

Penghentian pengobatan membutuhkan pengawasan karena pasien yang menampakkan hasil yang baik terhadap pengobatan dapat mengalami kekambuhan yang lebih parah jika pengobatan dihentikan dengan tidak tepat. Kebutuhan untuk melanjutkan terapi tidak dapat terlihat dengan segera karena seringkali kekambuhan tertunda selama beberapa minggu setelah penghentian pengobatan (BPOM RI, 2018). Obat antipsikotik bekerja dengan menginterferensi transmisi dopaminergic pada otak dengan

menghambat reseptor dopamine D2, yang dapat meningkatkan efek ekstrapiramidal seperti dijelaskan di bawah, serta efek hiperprolaktinemia. Obat antipsikosis dapat mempengaruhi reseptor kolinergik, alfa adrenergic, histaminergik, serta serotonergic. Pemilihan obat dipengaruhi oleh potensi efek samping dan sering dipandu berdasarkan kondisi perseorangan misalnya efek psikologis dari potensi penambahan berat badan. Obat yang sering digunakan pada anak adalah haloperidol, resperidon dan olanzapine (BPOM RI, 2018).

2.1.7 Efek Samping Obat

2.1.7.1 Pengertian Efek Samping Obat

Efek samping suatu obat menurut definisi WHO adalah segala sesuatu efek yang tidak diinginkan untuk tujuan terapi yang dimaksudkan pada dosis yang dianjurkan atau dapat didefinisikan efek samping adalah efek yang tidak diinginkan atau tidak ditunjukkan dari suatu obat yang timbul pada dosis yang lazim digunakan untuk profilaksis, diagnosis atau terapi suatu penyakit.

2.1.7.2 Efek Samping Obat

Efek samping obat dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

2.1.7.2.1 Tipe I (Tipe A) adalah reaksi-reaksi yang berdasarkan sifat-sifat farmakologi obat tersebut dapat diperkirakan dan biasanya tergantung dari dosis.

2.1.7.2.2 Tipe II (Tipe B) adalah reaksi-reaksi yang tidak lumrah berdasarkan sifat-sifat farmakologi obat tersebut tidak dapat diperkirakan.

2.1.7.3 Efek Samping Obat Psikotik Pada Pasien Skizofrenia.

Efek samping obat psikotik pada pasien skizofrenia menurut BPOM RI (2018) adalah :

2.1.7.3.1 Gejala Parkinson (termasuk tremor) yang akan timbul lebih sering pada orang dewasa atau lansia dan dapat muncul secara bertahap. Gejala Parkinson tidak akan muncul jika obat dihentikan dan kemunculannya juga dapat ditekan dengan pemberian obat antimuskarinik. Bagaimanapun, pemberian secara rutin dari obat tersebut tidak dibenarkan karena tidak semua pasien memberikan efek dan karena obat-obat tersebut dapat memperburuk *tardive dyskinesia*.

2.1.7.3.2 Distonia (pergerakan wajah dan tubuh yang tidak normal) dan dyskinesia, yang lebih sering terjadi pada anak atau dewasa muda dan muncul setelah pemberian hanya beberapa dosis.

2.1.7.3.3 Akatisia (*restlessness*) yang secara karakteristik muncul setelah pemberian dosis awal yang besar dan mungkin memperburuk kondisi yang sedang diobati.

2.1.7.3.4 *Tardive dyskinesia* (ritmik, pergerakan lidah, wajah, rahang yang tidak disadari) yang biasanya terjadi pada terapi jangka panjang atau dengan pemberian dosis rendah. *Tardive dyskinesia* sementara dapat timbul setelah pemutusan obat.

2.1.7.3.5 Hipotesis dan gangguan pada pengaturan temperature adalah efek samping terkait dosis dan dapat menyebabkan jatuh yang berbahaya (*dangerous falls*) dan hipotermia atau hipotermia pada lansia.

2.1.7.3.6 Sindrom keganasan neuroleptic (hipertermia, fluktuasi tingkat kesadaran, kekakuan otot, disfungsi otonom dengan palort, takikardi, tekanan darah yang labil, berkeringat dan inkontensia urin) jarang terjadi tetapi merupakan efek samping dengan potensi yang fatal dari beberapa obat (BPOM RI, 2018).

Pengertian pemberian antipsikotik merupakan hal yang penting karena tidak ada pengobatan yang terbukti efektif, tetapi pendinginan/*cooling*, bromokriptin, dan telah digunakan. Sidrom ini yang biasa terjadi selama 5-7 hari setelah penghentian pengobatan, mungkin terjadi setelah penggunaan sediaan depot (BPOM RI, 2018).

Efek samping lainnya seperti: mengantuk, agitasi, insomnia dan kegembiraan, konvulsi, pusing, sakit kepala, bingung, gangguan gastro-intestinal, kongesti nasal, gejala anti muskarinik (seperti mulut

kering, konstipasi, dan pandangan kabur); gejala kardiovaskuler (seperti hipotensi, takikardi, dan aritmia); perubahan EKG (kasus kematian mendadak pernah terjadi); efek endokrin seperti gangguan menstruasi, galaktorea, ginekomastia, hipotensi, dan peningkatan berat badan (BPOM RI, 2018).

2.2 KEPATUHAN

2.2.1 Definisi Kepatuhan

Menurut Fatma (2012) mendefinisikan kepatuhan adalah sebagai perilaku untuk menaati saran-saran dokter atau prosedur dari dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului oleh proses konsultasi antara pasien (dan keluarga pasien sebagai orang kunci dalam kehidupan pasien) dengan dokter sebagai penyedia jasa medis. Definisi patuh dan kepatuhan menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia), patuh merupakan suka menurut perintah, taat kepada perintah atau aturan dan berdisiplin. Kepatuhan berarti bersifat patuh, ketaatan, tunduk, patuh pada ajaran dan aturan.

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Hasil dari beberapa penelitian terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat yaitu lamanya pengobatan, sosial budaya, status ekonomi dan dukungan sosial, pendidikan, tenaga kesehatan, dukungan keluarga (Dina, 2015).

2.2.2.1 Lamanya pengobatan

Skizofrenia pada episode pertama kali mengalami gangguan jiwa biasanya memerlukan pengobatan minimal satu tahun. Pada beberapa kasus skizofrenia yang sudah kambuhan, pengobatan seumur hidup adalah pilihan yang paling disarankan (Andri, 2012).

2.2.2.2 Faktor Sosial Budaya

Kebanyakan pasien skizofrenia tidak langsung mendapatkan pengobatan yang sesuai saat pertama kali mengalami sakit ini. Banyak pasien yang sebelumnya melakukan terapi alternatif terlebih dahulu (Andri, 2012).

2.2.2.3 Status Ekonomi dan Dukungan Sosial

Status ekonomi mempunyai peran penting dalam ketidakpatuhan untuk pasien. Keterbatasan biaya dalam pengobatan membuat keterbatasan transportasi (Dina, 2015). Keterbatasan transportasi menyebabkan pasien tergantung pada orang lain untuk melakukan perjalanan yang jauh dengan transportasi umum yang membutuhkan banyak biaya.

2.2.2.4 Pendidikan dan Perilaku Sehat

Banyak pasien yang tidak mengetahui tentang skizofrenia dan pengobatannya. Pasien beranggapan tidak sakit dan akhirnya tidak mau berobat (Andri, 2012).

2.2.2.5 Petugas Kesehatan

Kualitas interaksi antara klien dengan petugas kesehatan menentukan derajat kepatuhan. Kegagalan pemberian informasi yang lengkap tentang obat dari tenaga kesehatan bias menjadi penyebab ketidakpatuhan klien minum obat.

2.2.2.6 Efek Samping

Tiga puluh delapan persen pasien melaporkan efek samping pada bulan pertama, selanjutnya efek samping berkurang.

2.2.2.7 Dukungan Keluarga

Bahwa hubungan keluarga akan meningkatkan perawatan kesehatan dan dukungan secara psikologis. Dukungan keluarga selama pengobatan akan membantu tercapainya keberhasilan pengobatan. Keberhasilan pengobatan dapat dicapai dengan meningkatkan kepatuhan minum obat (Dina, 2015).

2.2.2.8 Kepatuhan Kontrol

Kepatuhan terhadap pengobatan medis (kepatuhan kontrol) adalah suatu kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang telah ditentukan oleh tenaga pelayanan kesehatan. Penderita yang patuh berobat adalah yang selalu melakukan pengobatan ke pelayanan kesehatan setidaknya 1 bulan sekali. Penderita dikatakan tidak patuh dalam pengobatan ke pelayanan kesehatan jika tidak melakukan pengobatan selama 2 bulan (Permenkes RI, 2016).

2.3 PENGETAHUAN

2.3.1 Defenisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu, terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui pendidikan, pengakuan diri sendiri maupun orang lain, media masa serta lingkungan (Notoatmodjo, 2013). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

2.3.2 Tingkatan Pengetahuan Dalam Domain Kognitif

2.3.2.1 Tahu (*Know*)

Adalah mengingat suatu materi yang dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari, atau rangsangan yang diterima.

2.3.2.2 Memahami (*Comprehension*)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang, objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

2.3.2.3 Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi adalah suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

2.3.2.4 Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek dalam komponen-komponen, tetapi masih ada kaitannya satu sama lain.

2.3.2.5 Sintetis (*Synthesis*)

Synthesis adalah menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghilangkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas dan dapat menyesuaikan.

2.3.2.6 Evaluasi (*Evaluasi*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi/objek berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau yang telah ada. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan angket (kusioner) yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari objek penelitian atau responden kedalam pengetahuan yang diinginkan kita ketahui atau kita ukur, dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat diatas (Notoatmodjo, 2013).

2.3.3 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan seseorang dapat dilakukan dengan wawancara dan angket dengan menanyakan tentang isi materi yang diukur. Pertanyaan yang dapat dipergunakan untuk pengukuran pengetahuan ini secara umum dikelompokkan menjadi dua jenis, yaitu pertanyaan subjektif, misalnya jenis pertanyaan essay dan yang kedua jenis pertanyaan objektif, misalnya pertanyaan pilihan ganda, betul salah dan pertanyaan menjodohkan menjelaskan bahwa pertanyaan essay disebut pertanyaan subjektif karena penilaian untuk pertanyaan tersebut melibatkan faktor subjektif dari penilai, sedangkan pertanyaan objektif lebih disukai karena lebih mudah disesuaikan dengan pengetahuan yang akan diukur dan lebih cepat dinilai (Notoatmodjo, 2013).

Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2013) bila seseorang mampu menjawab mengenai materi tertentu dengan baik secara lisan maupun tulisan, maka dikatakan mengetahui bidang itu, sekumpulan jawaban yang diberikan orang itu dinamakan pengetahuan.

2.3.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Notoatmodjo (2013) menjelaskan bahwa pengetahuan seseorang dalam pembentukan suatu perilaku dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah:

2.3.4.1 Pendidikan

Tingkat pendidikan dapat mendukung atau mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, dan taraf pendidikan yang rendah selalu bergandengan informasi dan pengetahuan terbatas, semakin

tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin tinggi pula pemahaman seseorang terhadap informasi yang didapat dan pengetahuannya pun akan semakin tinggi. Tingkat pendidikan dapat mendukung atau mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, dan taraf pendidikan yang rendah selalu bergandengan informasi dan pengetahuan terbatas, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin tinggi pula pemahaman seseorang terhadap informasi yang didapat dan pengetahuannya pun akan semakin tinggi (Notoatmodjo, 2013).

Tidak dapat dipungkiri bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya semakin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Notoatmodjo, 2013).

2.3.4.2 Usia

Usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun, semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang maka akan lebih matang dalam berfikir logis. Semakin bertambah usia seseorang maka semakin bijaksana dan banyak pengalaman/hal yang telah dijumpai dan dikerjakan untuk memiliki pengetahuan.

2.3.4.3 Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

2.3.4.4 Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bias mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif.

2.4 KELUARGA

2.4.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Dari keluarga inilah akan tercipta tatanan masyarakat yang baik, sehingga untuk membangun suatu kebudayaan maka setidaknya dimulai dari keluarga.

Keluarga adalah suatu struktur rumah tangga yang terdiri dari ibu, bapak dan anak-anaknya dengan ikatan kekerabatan yang sangat mendasar di masyarakat (KBBI, 2016). Keluarga merupakan suatu unit/institusi terkecil dalam masyarakat yang memiliki fungsi untuk mewujudkan kehidupan yang tentram yang aman, damai, sejahtera, dan penuh cinta kasih yang dihadirkan diantara anggotanya. Yang dibangun atas dasar

perkawinan/pernikahan yang sah antara individu yang menjadi suami dan istri (Subhan dalam Andriyanto, 2018).

Keluarga dijadikan sebagai unit pelayanan karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling mempengaruhi antara sesama anggota keluarga dan akan mempengaruhi pula keluarga-keluarga yang ada disekitarnya atau masyarakat sekitarnya atau dalam konteks yang luas berpengaruh terhadap Negara. Berdasarkan UU No. 10 tahun 1992, pengertian keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya (Harnilawati, 2013).

2.4.2 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2016), secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

2.4.2.1 Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

2.4.2.2 Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

2.4.2.3 Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

2.4.2.4 Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk

mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

2.4.2.5 Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

2.4.3 Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan sosial adalah bantuan maupun dukungan di kehidupan yang diterima dari orang lain yang berada dalam lingkungan sosial tertentu, membuat penerima merasa diperhatikan, dihargai dan dicintai (Tumanggor, Ridho, Nurochim, 2017).

Dukungan sosial keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial (Friedman, 1998 dalam Harnilawati, 2013). Dalam semua tahap, dukungan sosial keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan (Harnilawati, 2013).

2.4.4 Jenis Dukungan Keluarga

2.4.4.1 Dukungan instrumental, yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit.

2.4.4.2 Dukungan informasional, yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan disseminator (penyebarkan informasi).

2.4.4.3 Dukungan penilaian (appraisal), yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga.

2.4.4.4 Dukungan emosional, yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

Setiap bentuk dukungan sosial keluarga mempunyai ciri-ciri anatara lain (Harnilawati, 2013):

2.4.4.1 Dukungan instrumental, yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit.

2.4.4.2 Informatif, yaitu bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hamper sama.

2.4.4.3 Perhatian emosional, setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta dan kepercayaan dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati dan

empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya.

2.4.4.4 Bantuan instrumental, bantuan bentuk untuk ini bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktivitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita, menyediakan obat-obat yang dibutuhkan dan lain-lain.

2.4.4.5 Bantuan penilaian, yaitu suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bisa positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan sosial keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penilaian yang positif.

2.4.5 Manfaat Dukungan Keluarga

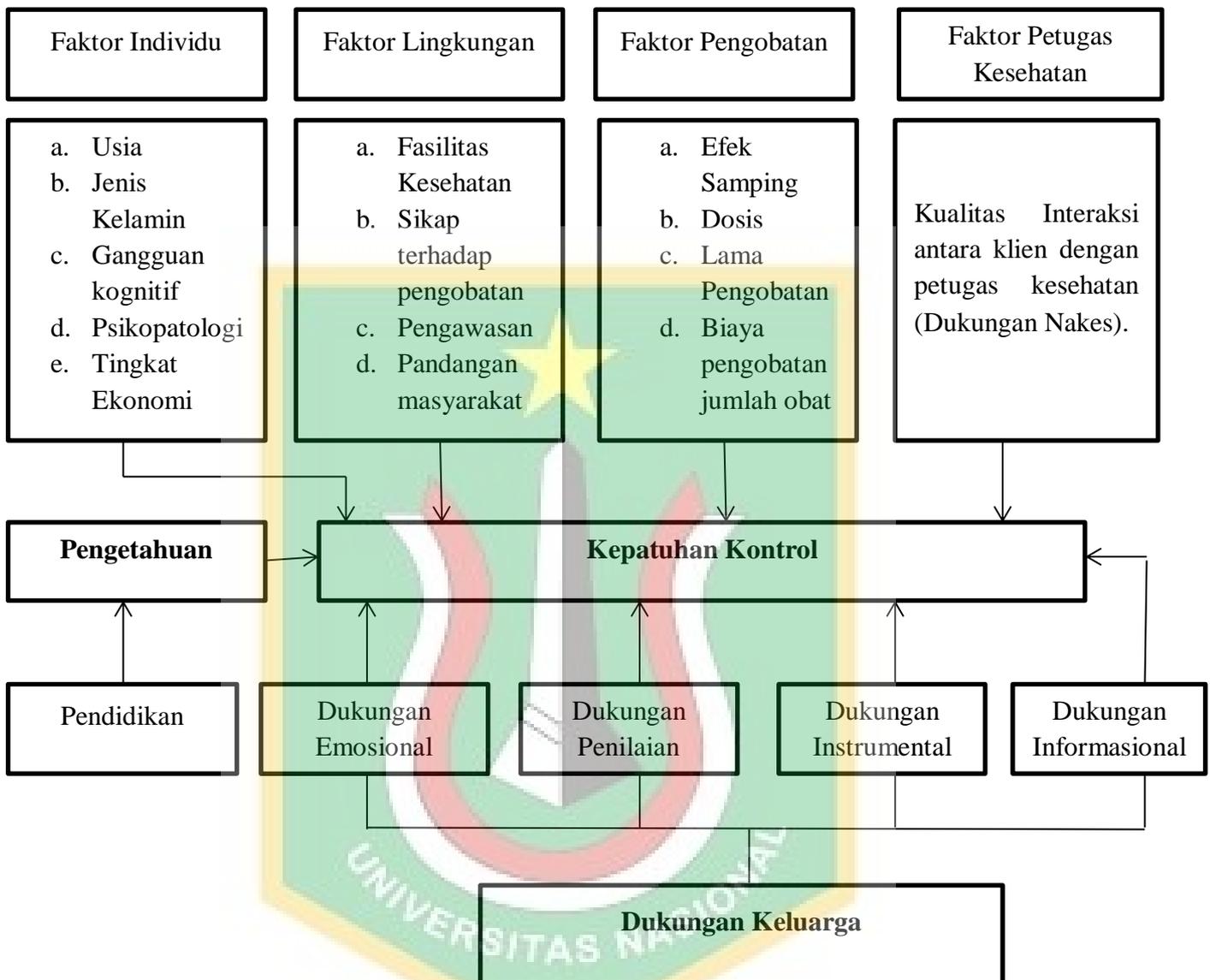
Manfaat dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dai sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi. Di samping itu, pengaruh positif dari dukungan sosial keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress (Harnilawati, 2013).

2.4.6 Dukungan Tenaga Kesehatan

Dukungan petugas kesehatan sangat dibutuhkan dalam mempengaruhi pengobatan pasien dan memberikan informasi kepada keluarga maupun penderita *skizofrenia*. Dukungan mereka berguna terutama saat pasien menghadapi bahwa perilaku sehat yang baru tersebut merupakan hal yang penting, begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien dan secara terus menerus memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatan (Dame Manalu & Yanti Siagian, 2019).



2.5 KERANGKA TEORI

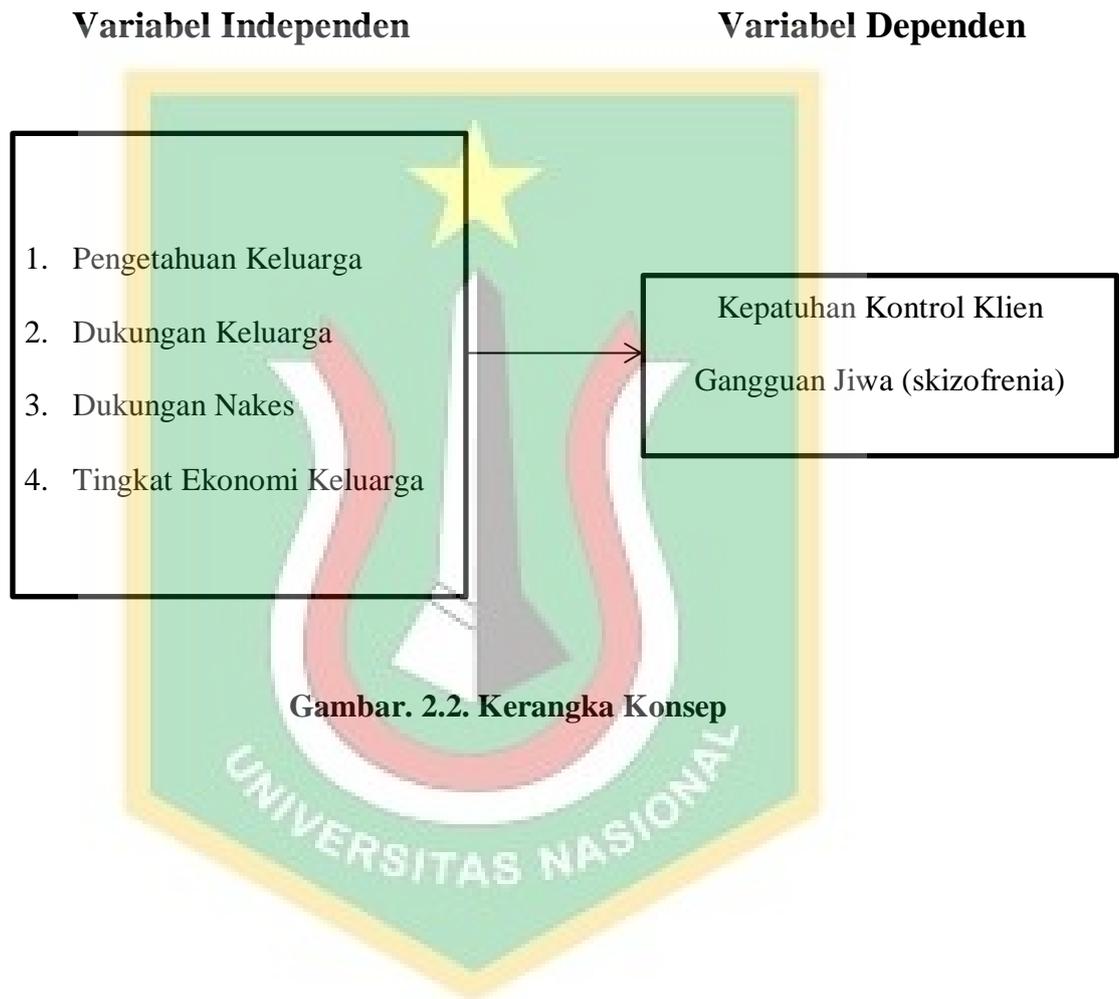


Gambar. 2.1. Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi Fleischhacker dkk,2003; Skinner, 1938; Friedman, 2010;

2.6 KERANGKA KONSEP

Berdasarkan uraian di atas, dapat digambarkan kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



2.7 HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis berarti suatu pernyataan sementara/lemah yang perlu diuji kebenarannya (Nugrahaeni & Malikul, 2012). Hipotesis penelitian yang dibuktikan dalam penelitian ini adalah:

2.7.1 Hipotesis Nol (H_0) adalah hipotesis yang menyatakan tidak ada hubungan antara suatu variabel dengan variabel lainnya.

H_0 : Tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan keluarga, dukungan keluarga, dukungan nakes, tingkat ekonomi keluarga dengan kepatuhan kontrol pada klien skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Pondoksalam Jawa Barat.

2.7.2 Hipotesis Alternatif (H_a) adalah hipotesis yang menyatakan ada hubungan antara suatu variabel dengan variabel lainnya.

H_a : Ada hubungan signifikan antara pengetahuan keluarga, dukungan Keluarga, dukungan Nakes, tingkat ekonomi keluarga dengan kepatuhan kontrol pada klien skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Pondoksalam Jawa Barat.

