

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gangguan Jiwa

1. Definisi Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa merupakan gangguan yang terjadi pada otak dan ditandai dengan gangguan fungsi mental seperti perilaku, pemikiran, perasaan dan interpretasi kejadian (panca indera). Adanya gangguan jiwa dapat mengganggu hubungan sosial orang yang terkena dampaknya dan merupakan faktor stres bagi keluarga (Kurniawan, kumalasari, fahrany, 2020:1).

Gangguan jiwa adalah gangguan mental yang mempengaruhi cara seseorang berpikir, bertindak, dan berperasaan dalam kehidupan sehari-hari, UU No. 18 Tahun 2014 mendefinisikan orang dengan gangguan jiwa sebagai individu yang mengalami gangguan dalam pikiran, tindakan, dan atau afek yang termanifestasi dalam bentuk gejala dan/atau perubahan perilaku yang menetap dalam jangka waktu cukup lama, yang dapat menimbulkan gangguan dalam kehidupan sehari-hari (UU No. 18/2014, I:1(1)).

2. Klasifikasi Gangguan Jiwa

Menurut pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia, edisi ke III tahun 1993 dalam (Wicaksono, 2016) berikut ini adalah struktur klasifikasi yang digunakan untuk mendiagnosis penyakit gangguan jiwa:

Tabel 2. 1 Struktur Klasifikasi Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa

Gangguan mental organik	Gangguan organik dan simtomatik	Gangguan mental organik, termasuk gangguan mental simtomatik
	Gangguan akibat alkohol dan obat / zat lainnya	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol dan zat psikoaktif lainnya
Gangguan mental psikotik	Skizoprenia dan gangguan yang terkait	Skizoprenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham
	Gangguan afektif	Gangguan suasana perasaan (mood/afektif)
Gangguan neurotik dan gangguan	Gangguan neurotik	Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress

kepribadian	Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa	Sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologi dan faktor fisik Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa
	Retardasi mental	Retardasi mental
Gangguan masa kanak, remaja dan perkembangan	Gangguan masa kanak, remaja dan perkembangan	Gangguan perkembangan psikologis Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja

Sumber: (Wicaksono, 2016:21-22).

3. Etiologi Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa dapat disebabkan melalui berbagai elemen yaitu (Yusuf, A.H, R, Nihayati, 2015:9):

- a. Faktor somatik (somatogenik), prenatal dan perinatal yang disebabkan oleh kelainan neuroanatomi, neurofisiologis, dan neurokimiawi, termasuk pematangan dan perkembangan organik.
- b. Faktor psikologis (psikogenik) yang berkaitan mengenai hubungan ibu-anak, peran ayah, persaingan antar saudara, hubungan keluarga, pekerjaan, tekanan sosial, dan lain-lain. Selanjutnya, konsep diri, tingkat perkembangan emosional, IQ, dan gaya coping juga mempengaruhi penyesuaian diri. Ketidakcukupan faktor-faktor ini dapat menyebabkan kecemasan yang berlebihan, putus asa, rasa bersalah, dan penghinaan.
- c. Faktor sosial budaya seperti stabilitas keluarga, pola asuh anak, tingkat ekonomi, tempat tinggal, diskriminasi, bantuan sosial dan medis yang tidak memadai, dan isu-isu yang berkaitan dengan kelompok minoritas seperti pengaruh ras dan agama.

4. Patogenesis Gangguan Jiwa

Dendrit neuron (sel saraf) mengambil rangsangan atau impuls dari lingkungan dan membawanya ke badan sel. Rangsangan (impuls) dari badan sel ditransmisikan di sepanjang akson ke neuron lain. Impuls mencapai sinapsis. Sinapsis adalah tempat di mana ujung akson dari satu neuron bertemu dengan dendrit neuron lain. Zat kimia (neurotransmiter) kemudian

diprojeksikan ke celah sinapsis dan berfungsi untuk mengirimkan impuls ke neuron berikutnya (R. Kurniawan & Sastono, 2021:1107).

Neurotransmitter ini terbagi menjadi 2 sifat yaitu eksitasi dan inhibisi sebagai berikut (R. Kurniawan dan Sastono, 2021:1107):

- a. Eksitasi mengacu pada zat kimia seperti adrenalin, dopamin, dan glutamat yang memperkuat impuls. Asetilkolin, adrenalin, dopamin, dan glutamat adalah contoh zat penguat impuls.
- b. Inhibisi, Menekan impuls; GABA dan dopamin adalah contoh neurotransmitter kimiawi yang menekan impuls. Gangguan otak yang menyebabkan gangguan mental ditandai dengan berkurangnya kadar neurotransmitter noradrenalin, serotonin (5-HT), dan dopamin. Pasien dengan gangguan kecemasan dan PTSD menunjukkan aktivitas noradrenergik yang berlebihan secara kronis akibat penurunan regulasi reseptor adrenergik alfa 2. Meskipun manifestasi gangguan kejiwaan yang paling menonjol adalah gangguan kejiwaan, gangguan ini memiliki penyebab fisik (somatogenik), sosial (sosiogenik), atau psikologis (psikogenik) yang mendasarinya. Penyakit fisik atau psikologis biasanya disebabkan oleh kombinasi beberapa penyebab, bukan satu penyebab tunggal. Gejala biasanya muncul pada masa remaja, dewasa awal, dan paruh baya, dan dapat melalui beberapa fase, termasuk yang berikut ini:

- 1) Fase Prodromal

Fase prodromal berlangsung selama 6 bulan hingga 1 tahun, dan gangguan yang terjadi meliputi kesulitan dalam perawatan diri, pekerjaan, fungsi sosial, pemikiran, dan persepsi.

- 2) Fase Aktif

Fase aktif berlangsung sekitar 1 bulan. Gejala kejiwaan, halusinasi, penghindaran, disorganisasi proses berpikir, gangguan bahasa, dan gangguan perilaku dengan kelainan neurokimia terlihat.

- 3) Fase Residual

Pasien memiliki setidaknya 2 gejala, yaitu gangguan afektif dan gangguan peran, dan serangan biasanya berulang.

5. Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Berikut ini adalah tanda dan gejala gangguan jiwa (R. Kurniawan dan Sastono, 2021:1107-1110):

a. Gangguan Persepsi

Persepsi adalah pengenalan rangsangan yang dirasakan. Sensasi terjadi melalui proses asosiasi dan interaksi berbagai rangsangan yang masuk.

b. Halusinasi

Halusinasi terjadi ketika seseorang mengalami hal-hal yang tidak nyata atau tidak berwujud. Halusinasi dapat dibagi menjadi halusinasi taktil, halusinasi penciuman, halusinasi pendengaran, dan halusinasi visual,emosional dan motorik.

c. Ilusi

Ilusi adalah kesan yang salah atau keliru terhadap sesuatu.

d. Derealisme

Derealisme adalah perasaan tidak nyaman terhadap lingkungan sekitar yang tidak sesuai dengan kenyataan.

e. Depersonalisasi

Depersonalisasi adalah perasaan yang asing terhadap diri sendiri, kepribadiannya merasa keluar dari karakter dan keluar dari kenyataan.

f. Gangguan Sensasi

Seseorang mengalami penurunan persepsi terhadap rangsangan, yaitu indera peraba, indera pengecap indera penglihatan, indera penciuman, pendengaran dan kesehatan.

g. Gangguan Pola Hidup

Masalah hubungan dan perilaku dalam keluarga, masyarakat, tempat kerja, dan waktu senggang termasuk dalam gangguan ini. Penyakit mental ini mungkin termasuk dalam Kode V, yang merupakan klasifikasi untuk penyakit mental. Dalam konteks sosial yang berbeda, misalnya, kebencian dan pelecehan yang terus-menerus di tempat kerja, harapan yang tidak realistik di tempat kerja mengenai rencana masa depan, pasien tidak membuat rencana.

h. Gangguan Kemauan

Kemauan ialah tempat proses keinginan dipikirkan, dipilih dan dilaksanakan untuk mencapai tujuan.

i. Gangguan Emosional atau Afektif (Afek dan mood).

Emosi dan perasaan merupakan reaksi alami manusia yang tidak memengaruhi pandangan seseorang terhadap dunia atau lingkungannya jika tidak diikuti oleh tindakan. Emosi positif seperti kegembiraan, kebanggaan, cinta, keaguman, dan kebahagiaan merupakan contoh sensasi emosional yang normal (sesuai). Kecemasan, kemarahan, kecurigaan, kesedihan, ketakutan, depresi, frustrasi, kehilangan kesenangan, dan ketidakberdayaan merupakan contoh keadaan emosional negatif.

j. Gangguan Psikomotorik

Gangguan psikomotorik merupakan perilaku motorik yang meliputi keadaan motorik atau unsur-unsur perilaku, serta gerakan fisik yang dipengaruhi oleh keadaan mental, sehingga memengaruhi tubuh dan pikiran secara bersamaan. Pengulangan, peningkatan aktivitas, dan penurunan aktivitas merupakan contoh gangguan psikomotorik. Gerakan tubuh meliputi penolakan atau pertentangan terhadap apa yang diucapkan, serta gerakan berulang atau tidak disengaja pada satu bagian tubuh.

k. Gangguan Ingatan

Kemampuan untuk menyimpan, menangkap, atau menghasilkan isi dan indikasi kesadaran dikenal sebagai memori. Penyimpanan data, pengambilan data, dan perekaman merupakan proses ini.Jenis-jenis Gangguan Jiwa

6. Jenis-jenis gangguan jiwa adalah sebagai berikut (Riani, 2021:10-18) :

a. Depresi

Perasaan melankolis, putus asa, bersalah, dan tidak berarti yang berkepanjangan merupakan ciri-ciri depresi, suatu penyakit suasana hati. Untuk memengaruhi motivasi agar aktif dalam kehidupan sehari-hari maupun dalam interaksi sosial, proses mental (pikiran, perasaan, dan perilaku) terlibat.

b. Gangguan Kecemasan

Gangguan kecemasan ditandai dengan kecemasan yang muncul dalam situasi dan keadaan yang mengancam seperti konflik. Gangguan ini menyebab

kan kegelisahan, kecemasan, dan terkadang kekhawatiran saat berada di tengah keramaian. Emosi ini kadang kala dapat berkembang menjadi ketakutan atau kemarahan, yang mengakibatkan jantung berdebar kencang dan kurangnya kejelasan mengenai apa yang harus dilakukan.

c. Skizoprenia

Penarikan diri dari interaksi sosial, masalah emosional dan afektif, dan terkadang halusinasi dan delusi, serta introspeksi yang intens untuk meningkatkan harga diri dan berkembang menjadi orang yang suka menolong, adalah ciri khas skizofrenia, suatu penyakit mental. Gejala positif dan negatif dapat dikaitkan dengan skizofrenia, termasuk kelainan pikiran, ucapan, persepsi, dan sensasi. Halusinasi, delusi, pikiran yang tidak teratur, dan perilaku abnormal adalah contoh gejala positif, sedangkan penarikan diri dan kurangnya motivasi adalah contoh gejala negatif. Lebih dari 90% penderita skizofrenia mengalami halusinasi, yang merupakan gejala yang paling umum.

d. Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar adalah suatu kondisi dimana suasana hati penderitanya sangat berfluktuasi. Suasana hati orang dengan gangguan bipolar sangat berfluktuasi, bisa sangat "baik" atau sangat "buruk." Hal ini karena suasana hati berada pada tingkat batas yang sangat wajar dan dapat berubah secara tiba-tiba antara kondisi bahagia atau sangat baik (mania) dan kondisi sedih atau buruk (depresi). Dua kutub emosi yang ekstrem merupakan ciri khas penyakit bipolar, yaitu penyakit suasana hati. Kedua kutub emosi tersebut saling bertentangan dan dapat berubah secara tiba-tiba tanpa peringatan ketika "kambuh" terjadi. Bila penderita bipolar sangat bergairah, bersemangat, dan antusias, hal itu dapat menyebabkan mania atau kegembiraan yang berlebihan. Seseorang dapat mengalami pesimisme yang ekstrem, putus asa, kecemasan, keputusasaan, ketidakberdayaan, dan bahkan

pikiran untuk bunuh diri saat mereka mengalami depresi atau kesedihan yang berlebihan.

e. Gangguan Makan

Gangguan makan mencakup berbagai macam perilaku dan sikap tentang makanan, berat badan, dan bentuk tubuh, serta tanda-tanda subklinis seperti makan berlebihan, pola makan yang tidak teratur, dan teknik pengendalian berat badan yang tidak tepat. Keyakinan dan perilaku terkait makan yang terganggu secara patologis merupakan ciri-ciri gangguan makan. Anoreksia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Binge Eating Disorder (BED), Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS), pica, dan ruminasi termasuk di antara gangguan makan yang tercantum dalam DSM-V. Penyakit-penyakit ini biasanya diidentifikasi pada masa kanak-kanak atau bayi. Untuk mendiagnosis gangguan makan, kriteria ini kemudian digunakan secara global sebagai norma acuan.

f. Gangguan Obsesif Kompulsif (OCD)

Gangguan obsesif-kompulsif ditandai dengan pola perilaku obsesif, kompulsi yang berulang, atau keduanya. Pikiran yang terus-menerus dan mengganggu yang menyebabkan kekhawatiran dan berada di luar kendali orang tersebut disebut obsesi. Dorongan yang tak tertahankan untuk melakukan tindakan tertentu berulang kali, seperti mandi, membersihkan tangan, atau mengganti pakaian, dikenal sebagai kompulsi. Pikiran obsesif sering kali menjadi asal mula kompulsi, yang cukup sering dan cukup parah untuk mengganggu kehidupan sehari-hari atau menimbulkan penderitaan serius. Mayoritas kompulsi dapat dibagi menjadi dua kelompok: ritual pembersihan dan ritual pengendalian (pemeriksaan).

g. Gangguan Stress Pasca-Trauma (PTSD)

Beberapa orang mengalami gangguan stres pascatrauma (PTSD) setelah mengalami kejadian yang mengejutkan, menakutkan, atau mematikan. Menghidupkan kembali, menghindari, bersikap negatif, dan gejala hiperarousal merupakan karakteristik gangguan stres pascatrauma, yaitu gangguan yang terkait dengan stres dan trauma. Gangguan ini ditandai dengan adanya variabel pemicu, seperti kejadian dalam hidup, selain gejala

dan perkembangan penyakit. Penyakit ini secara langsung disebabkan oleh stres akut yang ekstrem atau berkepanjangan, dan faktor pemicu yang paling signifikan adalah faktor yang tanpanya gangguan tersebut tidak akan berkembang.

7. Diagnosis Gangguan Jiwa

Konsep diagnosis gangguan jiwa menurut PPDGJ III dalam Wicaksono, (2016) adalah :

- a. Adanya tanda-tanda klinis yang nyata, seperti
 - 1) Pola perilaku atau sindrom
 - 2) Pola atau kondisi dalam psikologi
 - b. Tanda dan gejala klinis yang menyebabkan distress, stress, dan gangguan
 - c. Gejala klinis yang mengakibatkan disabilitas seperti ketidakmampuan untuk mengurus diri sendiri.
- ## 8. Penatalaksaan Gangguan Jiwa
- a. Farmakokologi
 - 1) Farmakoterapi

Obat-obatan psikotropika yang secara selektif memengaruhi sistem saraf pusat dan terutama memengaruhi aktivitas dan perilaku mental digunakan dalam terapi farmakologis untuk mengobati gangguan mental yang memengaruhi kualitas hidup pasien dengan cara berikut (Aprilistyawati, 2013:157-172):

a) Antipsikotik atipikal

Antagonis dopamin, seperti antipsikotik, memblokir reseptor dopamin di berbagai sirkuit otak. Pengobatan yang paling efektif untuk psikosis dan gangguan psikotik lainnya adalah obat antipsikotik. Obat ini digunakan untuk mengobati halusinasi dan delusi, dua gejala psikosis. Haloperidol, klorpromazin, risperidon, trifluoperazin, perfenazin, klozapin, dan obat-obatan lainnya adalah contoh antipsikotik atipikal.

b) Antidepresan

Ketidaknyamanan pasien dapat diatasi dengan antidepresan. Meskipun menjadi salah satu pengobatan terbaik untuk depresi, antidepresan dapat meningkatkan risiko atau keinginan seseorang untuk bunuh diri, terutama pada orang muda. Antidepresan trisiklik (TCA), inhibitor monoamine oxidase (MAOI), inhibitor reuptake norepinefrin (SNRI), dan inhibitor reuptake serotonin selektif (SSRI) adalah empat kategori utama antidepresan. Fluoxetine, sertraline, citalopram, phenelzine, moxlobemide, amitriptyline, amoxapine, venlafaxine, dan duloxetine adalah beberapa contoh antidepresan.

c) Antiansietas dan antiinsomania

Obat ini terutama digunakan untuk mengobati gejala psikoneurosis, meskipun dapat juga digunakan sebagai obat tambahan untuk meredakan ketegangan mental dan kecemasan somatik. Dengan memperkuat penghambatan asam amino barbiturat (GABA), obat ini memiliki efek ansiolitik. Obat ini juga mengobati hysteria, fobia, gangguan kejang, kecemasan yang terkait dengan stres, dan kesulitan tidur. Clozapine, alprazolam, diazepam, chlordiazepoxide, clobazam, lorazepam, buspirone, hydroxyzine, bromazepam, dan benzodiazepine adalah beberapa contoh obat-obatan.

d) Tranquilizer

Obat penenang ini, yang juga dikenal sebagai ataractic atau anxiolytic, bekerja secara spesifik pada sistem limbik, area otak yang mengatur emosi. Obat-obatan ini memiliki sifat antikonvulsan, relaksan otot, dan obat penenang. Namun, anxiolytic, seperti neuroleptik, menekan seluruh sistem saraf pusat, sehingga membangun kembali keseimbangan emosional dan mengurangi agresi, kecemasan, keraguan, ketegangan, dan sifat mudah tersinggung. Neurosis dapat diobati secara efektif dengan obat ini. Anxiolytic berbeda dari neuroleptik karena obat ini tidak menunjukkan kualitas antipsikotik, memengaruhi fungsi otonom (antikolinergik dan β -adrenergik) secara langsung, atau memiliki efek ekstrapiramidal. Contoh obatnya adalah nitrazepam dan diazepam.

b. Non Farmakologi

1) Psikoterapi

Psikoterapi adalah perawatan kesehatan mental, atau lebih spesifiknya, penggunaan teknik psikologis untuk mengobati dan menyembuhkan penyakit mental. Menurut definisinya, psikoterapi mencakup berbagai metode yang dimaksudkan untuk membantu orang mengatasi gangguan emosional melalui modifikasi perilaku, pikiran, dan emosi serta proses re-edukasi, yang memungkinkan orang mengembangkan proses emosional mereka untuk mengatasi masalah psikologis. Mengatasi masalah kesehatan mental seseorang

(Aprilistyawati, 2013:143)

Berikut ini adalah empat jenis psikoterapi yang sedang dikembangkan saat ini:

- a) Terapi psikofarmakologis, yang meliputi terapi fisik biologis dan obat-obatan antidepresan yang meningkatkan kesehatan mental orang yang depresi.
 - b) Terapi psikologis, disebut juga psikoterapi, adalah pengobatan gangguan kejiwaan dengan prinsip-prinsip dan pendekatan psikologi Barat.
 - c) Terapi psikososial, yaitu terapi dengan prinsip-prinsip psikologis untuk pasien dengan maladaptasi atau maladaptif, terutama secara sosial; dan
 - d) Penyembuhan penyakit melalui pengalaman spiritual berdasarkan prinsip-prinsip agama dikenal sebagai terapi psiko-spiritual atau psikoreligius, tetapi tidak bertujuan untuk mengubah keyakinan dan kepercayaan pasien. Sebaliknya, dalam hubungannya dengan terapi lain, untuk membangkitkan kekuatan pasien sendiri untuk membantu dalam proses penyembuhan.
- 2) Terapi sosial

Keterampilan interaksi dan komunikasi verbal dan nonverbal yang efektif, serta kapasitas untuk menunjukkan perilaku positif, dan kemampuan membangun hubungan positif dengan orang lain merupakan komponen terapi sosial, yang merupakan proses penyembuhan yang membantu orang berperilaku dengan cara yang dapat diterima oleh orang lain. Tujuan pelatihan keterampilan adalah untuk mengajarkan peserta cara berkomunikasi dengan orang lain baik dalam suasana resmi maupun informal. Metode dan fase perawatan sosial yang disarankan Goldstein meliputi pelatihan transfer

(berlatih), umpan balik, bermain peran, dan pemodelan (memberikan contoh) (Aprilistyawati, 2013:143).

3) Terapi okupasional

Melalui kegiatan rekreasi yang menyenangkan, terapi okupasi merupakan jenis psikoterapi suportif yang membantu pasien pulih lebih cepat. Seni dan ilmu terapi okupasi digabungkan untuk membimbing pasien menuju kegiatan tertentu yang dapat meningkatkan kesehatan mereka dan menghindari kecacatan dengan bekerja sama dengan mereka yang memiliki disabilitas mental. Jenis kegiatan terapi okupasi yang akan dilakukan meliputi ADL (Activity Day Learning), yaitu terapi yang berfokus pada peningkatan pengetahuan dan pemberian keterampilan yang dibutuhkan pasien untuk hidup lebih mandiri. Misalnya, dengan berlatih mengancingkan pakaian, mengikat tali sepatu, dan membuat kerajinan tangan. (Aprilistyawati, 2013:143).

B. Kepatuhan Pengobatan

1. Definisi Kepatuhan Pengobatan

Kepatuhan (Compliance atau Adherence) adalah tingkat kepatuhan pasien terhadap perilaku dan perawatan yang direkomendasikan oleh dokter atau individu lain (Notoadmojo, 2005 dalam Ulfa dan Nugroho, 2021; 34). Menurut WHO pada tahun 2003, mendefinisikan kepatuhan sebagai pasien yang secara aktif dan sukarela berpartisipasi dalam pengelolaan penyakit mereka, mengamati jalannya pengobatan sehingga tanggung jawab bersama dibagi antara pasien dan pemberi layanan kesehatan (Ulfa dan Nugroho, 2021: 34).

Kepatuhan pasien adalah kepatuhan (*Compliance*) dan ketaatan (*Adherence*). *Compliance* adalah suatu tindakan yang dilakukan oleh pasien untuk meminum obat sesuai dengan jadwal atau yang telah ditentukan oleh dokter. *Adherence* adalah tindakan yang dilakukan oleh pasien untuk meminum obat atau mengulang resep tepat waktu (Kurniati, 2018:3).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor-faktor yang dapat memengaruhi kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat-obatan dapat diidentifikasi sebagai berikut (Edi, 2020:5-6):

a. Faktor sosiodemografi

Kepatuhan pasien terhadap pengobatan atau terapi dipengaruhi oleh karakteristik sosiodemografi seperti ras atau etnis, usia, jenis kelamin, dan budaya. Menurut penelitian oleh Lachaine et al. (2013), pria berusia di atas 60 tahun menunjukkan kepatuhan yang lebih tinggi daripada wanita berusia di atas 60 tahun dalam situasi penyakit kronis. Menurut Font et al. (2012), wanita dengan kanker payudara yang berusia antara 50 hingga 74 tahun dan lebih dari 74 tahun memiliki kepatuhan pengobatan yang lebih tinggi daripada mereka yang berusia di bawah 50 tahun. Ketimpangan ras atau etnis juga memengaruhi kepatuhan pengobatan. Menurut sebuah studi tahun 2011 oleh Deribew et al., Addis Ababa memiliki tingkat kepatuhan pengobatan yang lebih tinggi daripada wilayah Afrika lainnya.

b. Sosial ekonomi

Faktor sosial ekonomi seperti geografi, kondisi ekonomi, budaya, dan uang semuanya dapat memengaruhi kepatuhan pasien terhadap terapi. Ketidakpatuhan terhadap terapi disebabkan oleh keterbatasan finansial dan pendapatan yang rendah.

c. Karakteristik pasien

Sikap, kesadaran, dan disiplin terhadap kesehatan merupakan karakteristik pasien yang memengaruhi kepatuhan. Melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan terapeutik akan meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan. Tingkat keparahan kondisi yang dirasakan oleh pasien memengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan..

d. Karakteristik Obat

Regimen pengobatan, lama terapi, jenis pengobatan, biaya obat, , dan reaksi obat yang merugikan ini adalah faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan. Ketakutan pasien terhadap efek samping dan kejadian buruk merupakan alasan utama mengapa mereka tidak mengikuti rencana pengobatan. Kepatuhan dipengaruhi oleh frekuensi penggunaan (Dua kali

sehari, tiga kali sehari, atau sekali sehari, dst.); penggunaan sekali sehari lebih mungkin meningkatkan kepatuhan daripada dua kali atau tiga kali sehari.

e. Karakteristik penyakit

Nyeri yang berkepanjangan akan meningkatkan kepatuhan terhadap terapi, sedangkan penyakit kronis dan HIV stadium lanjut akan mengurangi kepatuhan.

f. Karakteristik fasilitas dan tenaga Kesehatan

Kepatuhan terhadap pengobatan meningkat ketika fasilitas medis mudah diakses, anggota staf responsif, empati, dan mampu menghormati kekhawatiran pasien.

g. Komunikasi

Komunikasi yang lebih baik dapat meningkatkan kepatuhan, bahasa yang sama antara pasien dan dokter mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap pengobatan.

3. Metode pengukuran kepatuhan

Metode langsung dan tidak langsung adalah dua pendekatan utama yang digunakan untuk mengukur kepatuhan. Setiap pendekatan memiliki kelebihan dan kekurangan. Pengukuran metabolit dan konsentrasi darah dan urin, serta variasi penanda biologis darah, merupakan contoh pendekatan langsung. Kekurangan teknik ini meliputi biaya yang tinggi, kebutuhan akan staf medis, dan kerentanan terhadap distorsi pasien (Jeniarta, 2022:22).

Laporan pasien, jumlah obat, tingkat pengisian ulang resep, kuesioner, evaluasi respons klinis, pemantauan pengobatan elektronik, pelacakan perubahan penanda fisiologis pasien, dan buku harian pengobatan adalah contoh teknik pengukuran kepatuhan langsung. Metode tidak langsung untuk mengukur kepatuhan minum obat pasien antara lain MMAS-8 (*Medication Morisky Adherence Scale-8*), MPR (*Medication Possession Ratio*), PDC (*Proportion of Days Covered*), dan PR (*Persistence Rate*) (Jeniarta, 2022:23).

Tabel 2. 2 Metode Pengukuran Kepatuhan

Pengukuran	Keterangan	Kerugian
Metode Langsung		

Pengukuran	Keterangan	Kerugian
Terapi yang diamati secara langsung	Paling tepat	Pil bisa dibuang setelah disembunyikan di mulut pasien.
Penilaian kadar obat atau metabolitnya dalam darah	Objektif	Ragam metabolism bisa memberikan penafsiran untuk kepatuhan yang mahal
penilaian penanda biologis dalam darah	Objektif dalam uji klinis memiliki kemampuan untuk mengukur placebo	Membutuhkan analisis kuantitatif yang mahal dan pengumpulan cairan tubuh
Metode Tidak Langsung		
Kuesioner pasien	Sederhana murah metode yang paling berguna dalam pengaturan klinis	Rawan kesalahan jika interval antar kunjungan bertambah. Pasien dapat dengan mudah mengubah hasil.
Menghitung pil	Objektif, terukur, mudah dilakukan	Data mudah diubah oleh pasien
Isi ulang resep	Objektif, mudah mendapatkan data	Resep yang diambil tidak sama dengan obat yang dikonsumsi
Evaluasi reaksi klinis pasien	Sederhana, biasanya mudah dilakukan	Faktor selain kepatuhan pengobatan dapat mempengaruhi respon klinis
Pemantauan obat elektronik	Akurat, mudah untuk mengukur hasilnya	Mahal membutuhkan kunjungan kembali dan mengunduh data
Pengukuran penandaan fisikologis (misalnya, detak jantung pasien yang mengonsumsi obat beta bloker)	Biasanya mudah dilakukan	Penandaan juga bisa kurang karena berbagai alasan (misalnya, kurangnya respons, penyerapan tidak memadai, peningkatan metabolisme).
Buku harian pasien	Membantu meningkatkan daya ingat yang buruk	Pasien dapat dengan mudah mengubahnya
Jika pasien anak-anak, kuesioner untuk orang tua atau yang merawatnya	Sederhana, objektif	Berisiko distorsi

Sumber : (Wicaksana dan Rachman, 2018:22)

4. *Propotion of Day Covered* (PDC)

Propotion of Day Covered (PDC) dapat diterapkan untuk mengukur dan menguji kepatuhan minum obat. Perhitungan *Propotion of Day Covered*

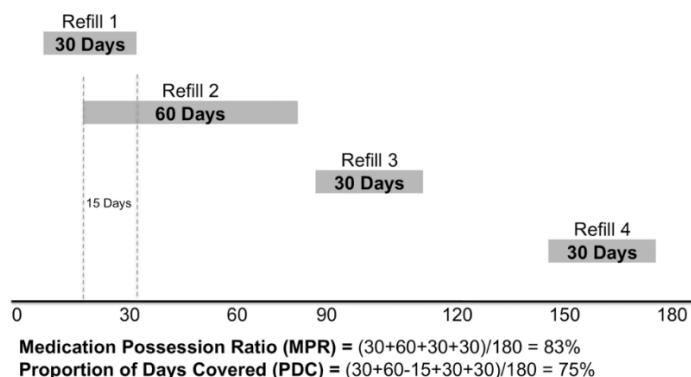
(PDC) menggunakan tanggal yang tertera pada setiap resep dan tanggal pasien menerima obat. PDC dihitung dengan membandingkan jumlah hari pasien menerima obat pada setiap resep dengan jumlah hari antara resep awal dan akhir periode analisis. Dan memiliki keuntungan untuk memasukkan pasien di rawat inap dan rawat jalan (Jeniarta, 2022:24).

Meskipun perhitungan PDC didasarkan pada jumlah hari pengisian dan suplai untuk setiap resep, perhitungan PDC bukanlah jumlah hari suplai yang sederhana; penyebut (tingkat pasien) dari PDC adalah jumlah hari sejak pengisian obat pertama selama periode pengukuran hingga akhir periode pengukuran. Sebagai contoh, jika periode pengukuran adalah satu tahun kalender (365 hari) dan pengisian obat pertama pasien dilakukan pada hari ke-10 di tahun tersebut, maka periode penyebutnya adalah 355 hari (365-10-355). Ini berarti bahwa non-permanen akan dicatat dalam PDC, karena pasien yang berhenti minum obat selama periode pengukuran akan dipantau hingga tahun berakhir (Jeniarta, 2022:24).

Persentase PDC ditentukan dengan membagi jumlah total hari pasien menerima obat dengan jumlah hari yang berlalu antara pengisian pertama dan akhir periode pengukuran.

$$PDC = \frac{\text{jumlah hari untuk menerima obat}}{(\text{tanggal pengisian pertama} - \text{tanggal akhir penelitian})} \times 100\%$$

Pasien dianggap patuh jika nilai *Proportion of Days Covered* (PDC) $\geq 80\%$ (Prieto-Merino et al., 2021:2).



Sumber : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238720.g001>

Gambar 2. 1 contoh perhitungan metode PDC

Sebagai contoh, seorang peneliti melakukan penelitian selama 180 hari pada periode Januari-Juni. Diketahui bahwa pasien Z. menebus obat dengan aturan pakai 1x sehari, dengan resep sebanyak 30 tablet. Pengisian pertama dilakukan pada tanggal awal 02 Januari. Pada hari ke-15 pasien menebus sebanyak 60 tablet. Pada tanggal 20 Maret, pasien menebus 30 tablet. Kemudian pasien menebus obat pada tanggal 28 Mei sebanyak 30 tablet. Oleh karena itu, dapat dilakukan perhitungan sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 \text{PDC} &= \frac{\text{Jumlah hari untuk menerima}}{[\text{tanggal pengisian awal} - \text{tanggal studi akhir}]} \times 100\% \\
 &= \frac{30 + 60 - 15 + 30 + 30}{(\text{tanggal 02 januari} - \text{30 juni})} \times 100\% \\
 &= \frac{135}{180} \times 100\% \\
 &= 75\%
 \end{aligned}$$

Nilai PDC $\geq 80\%$ dianggap patuh, sedangkan nilai PDC $<80\%$ masuk dalam kategori tidak patuh.

5. *Medication Morisky Adherence Scale-8 (MMAS-8)*

Kuesioner MMAS-8 (*Medication Morisky Adherence Scale-8*), yang terdiri dari 8 pertanyaan yang telah divalidasi di beberapa negara, dapat digunakan untuk menentukan tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Penggunaan paling umum dari kuesioner yang valid dan reliabel ini adalah untuk mengevaluasi kepatuhan pengobatan pada pasien dengan penyakit kronis yang bergantung pada obat dalam jangka panjang, seperti mereka yang mengonsumsi warfarin, diabetes melitus, osteoporosis, epilepsi, dan hipertensi. Metode ini terdiri dari 1 pertanyaan multiple choice dan 7 pertanyaan pasif. Pertanyaan-pertanyaan ini berpusat pada bagaimana pasien berperilaku selama terapi dan unsur-unsur seperti kelupaan yang memengaruhi kepatuhan pengobatan. Terutama ketika mengevaluasi pasien dengan penyakit kronis, metode MMAS-8 menunjukkan validitas dan keandalan yang tinggi (Octiara, 2022:27).

Tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan ditunjukkan oleh jumlah jawaban mereka terhadap pertanyaan MMAS-8. "Ya" dan "Tidak" adalah pilihan jawaban untuk pertanyaan 1 hingga 7. Sedangkan 'selalu',

'biasanya', 'tidak pernah' 'kadang-kadang', dan 'sesekali' adalah jawaban yang tersedia untuk pertanyaan nomor 8. Pada pertanyaan jenis unfavorable yang terdapat pada nomor 1, 2, 3, 4, 6, 7, skor jawaban sebagai berikut "tidak" = 1 dan 'ya' = 0. Sedangkan untuk tipe pertanyaan favorable pada nomor 5, "ya" = 1 dan 'tidak' = 0. Untuk pertanyaan nomor 8, tipe unfavorable sehingga skor untuk "setiap saat"= 0, "biasanya"= 0,25, "terkadang"= 0,5, "sesekali" = 0,75, "tidak pernah"=1. Kepatuhan dianggap rendah jika total skor dalam kuesioner adalah 0-5, kepatuhan sedang jika total skor 6-7 dan kepatuhan tinggi jika total skor 8 (Anggraini dan Puspasari, 2019:2-3).

C. Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat, yang juga dikenal sebagai Puskesmas, adalah lembaga perawatan kesehatan yang mengkoordinasikan inisiatif kesehatan masyarakat dan inisiatif kesehatan individu primer, dengan fokus pada pencegahan dan promosi dalam bidang keahlian masing-masing. Semua kegiatan yang ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyelesaikan pembentukan masalah kesehatan yang memengaruhi keluarga, masyarakat, dan kelompok disebut sebagai upaya kesehatan masyarakat, atau disingkat UKM. Istilah "upaya kesehatan individu," atau disingkat UKP, mengacu pada berbagai inisiatif dan kegiatan layanan kesehatan yang dimaksudkan untuk meningkatkan, mencegah, menyembuhkan, mengurangi penderitaan yang disebabkan oleh penyakit, dan memulihkan kesehatan seseorang (Permenkes RI No. 43/2019:I:1(2-4)).

Menurut (Permenkes RI No. 43/2019:I:2(1)) Tujuan dari upaya pengembangan Puskesmas adalah untuk mewujudkan lingkungan kerja yang sehat, yang memungkinkan masyarakat untuk:

- a. memiliki kebiasaan hidup sehat, seperti menyadari, bersedia, dan mampu menjalankan pola hidup sehat;
- b. memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang bermutu;

- c. bertempat tinggal di lingkungan yang sehat; dan
 - d. menikmati kesehatan yang sebaik-baiknya bagi diri sendiri, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
2. Prinsip, Tugas dan Fungsi Puskesmas

Menurut (Permenkes RI No. 43/2019:II:3(1)) Prinsip penyelenggaraan puskesmas meliputi :

- a. Paradigma sehat;
- b. Pertanggungjawaban wilayah;
- c. Kemandirian masyarakat;
- d. Ketersediaan akses pelayanan kesehatan;
- e. Teknologi tepat guna; dan
- f. Keterpaduan dan kesinambungan.

Berdasarkan (Permenkes RI No. 43/2019:II:4&5) Tentang tugas dan fungsi puskesmas adalah:

- a. Tugas Puskesmas

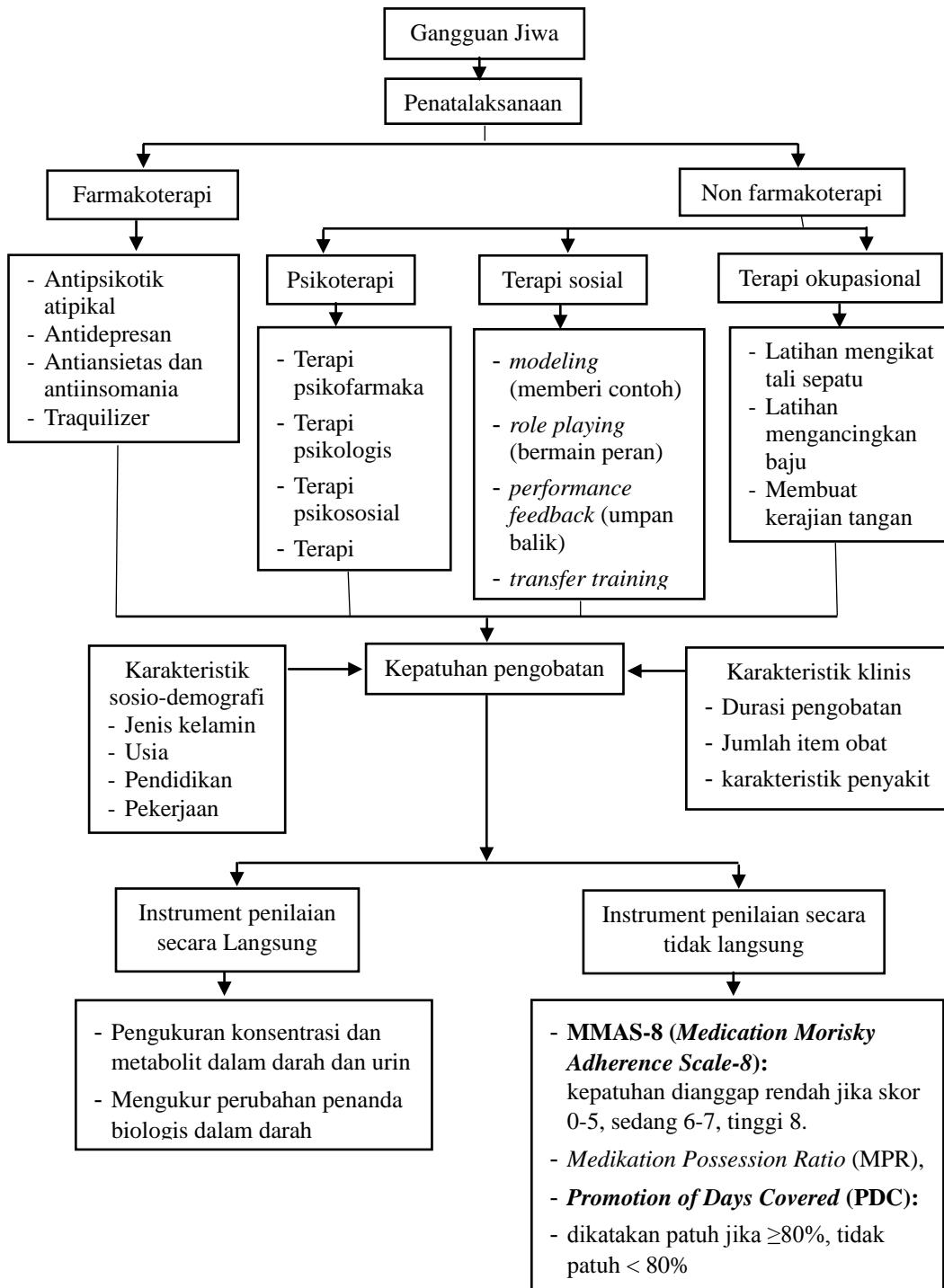
Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, puskesmas bertugas melaksanakan kebijakan kesehatan.

- b. Fungsi Puskesmas

Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, puskesmas melaksanakan fungsi sebagai berikut:

- 1) Menyelenggarakan UKM tingkat pertama di lingkungan kerjanya; dan
- 2) Menyelenggarakan UKP tingkat pertama di lingkungan kerjanya.

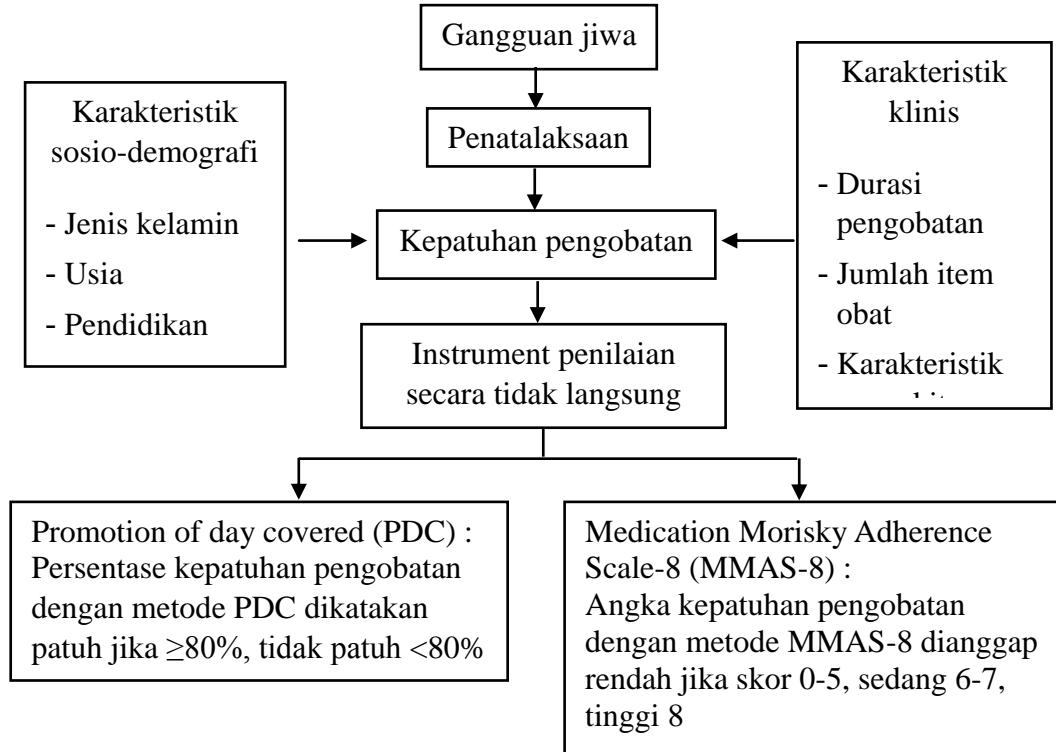
D. Kerangka Teori



(Sumber : Aprilistyawati, 2013:143-172, Anggraini dan Puspasari, 2019:2-3, Jeniarta, 2022:22-23, Prieto-Merino et al., 2021:2)

Gambar 2. 2 Kerangka Teori

E. Kerangka Konsep



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep

F. Definisi Operasional

Tabel 2. 3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Tolak ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Karakteristik sosiodemografi						
1.	Jenis kelamin	Identitas gender responden	Observasi rekam medik	checklist	1= laki-laki 2= perempuan	Nominal
Karakteristik klinis						
2.	Usia	Lama hidup pasien dihitung sejak lahir sampai saat pasien menjalani pengobatan gangguan jiwa (Marsasina dan Fitrikasari, 2016:443)	Observasi rekam medik	checklist	1 = 12-16 tahun 2 = 17-25 tahun 3 = 26-35 tahun 4 = 36-45 tahun 5 = 46-55 tahun 6 = 56-65 tahun 7 = > 65 tahun	Nominal
3.	Pendidikan	Tingkat Pendidikan formal yang pernah ditempuh oleh pasien sesuai dengan pengakuannya	Mengisi kolom Pendidikan pada lembar kuisioner	Lembar MMAS-8 kuisioner	1= Tidak sekolah 2= SD 3= SMP 4= SMA 5= Sarjana	Ordinal
4.	Pekerjaan	Status pekerjaan pasien saat ini	Mengisi kolom pekerjaan pada lembar kuisioner	Lembar MMAS-8 kuisioner	1= PNS 2= Wiraswasta 3= Pensiunan 4= Petani 5= Tidak bekerja 6= Lainnya	Nominal
1.	Durasi pengobatan	Lama waktu pengobatan yang dijalani pasien. Terhitung mulai saat pasien mendapatkan pengobatan pertama kali	Observasi rekam medik	Checklist	1= 1-3 bulan 2= 4-6 bulan 3= 7-9 bulan 4= 10-12 bulan 5= lebih dari 1 tahun	Ordinal

2.	Jumlah <i>item</i> obat	Jumlah <i>item</i> obat diresepkan dalam satu resep	Observasi rekam medik	Checklist	1= satu obat 2= dua obat 3= tiga obat 4= empat obat 5= lima obat 6= > lima obat	Ordinal
3.	Karakteristik penyakit	Penggolongan penyakit berdasarkan ciri yang khas dari perilaku dan diagnosa pasien	Observasi rekam medik	Checklist	1= Gangguan mental organik 2= Gangguan mental psikotik 3= Gangguan neurotik 4= Gangguan masa kanak, remaja dan perkembangan	Nominal

Kepatuhan

1.	Kepatuhan pengobatan PDC	Kepatuhan responden dalam mengambil dan mengonsumsi obat secara teratur dan sesuai dengan anjuran dokter (Prieto-Merino et al., 2021)	Perhitungan PDC	Checklist	1= Tidak Patuh : < 80% 2= Patuh $\geq 80\%$ (Prieto-Merino et al., 2021)	Ordinal
2.	Kepatuhan pengobatan MMAS-8	Gambaran umum tentang seberapa baik pasien mengikuti petunjuk meminum obat (Anggraini et al., 2019).	melengkapi kolom kepatuhan pengobatan pada lembar kuesioner	Lembar kuisioner MMAS-8	1= kepatuhan rendah (skor 0-5) 2= kepatuhan sedang (skor 6-7) 3= kepatuhan tinggi (skor 8) (Anggraini, Puspasari, 2019:2-3).	Ordinal