

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikososial fungsional yang ditandai dengan gangguan yang signifikan dalam tahapan berpikir serta ketidakharmonisan (perpecahan, keretakan) antara tahap berpikir, kemauan, afek/emosi, dan psikomotorik yang disertai distorsi terhadap realitas. Skizofrenia merupakan gangguan berat yang mengarah pada tingkah laku psikotik, gangguan pemrosesan informasi, serta gangguan hubungan antar pribadi (Saputra et al., 2018).

Skizofrenia adalah gangguan mental yang sering ditemukan di berbagai lapisan masyarakat serta bisa diderita oleh siapa saja. Hal ini ditandai dengan penyimpangan dan perbedaan yang sangat mendasar dari pikiran, diikuti dengan ekspresi emosional yang tak wajar (Kaunang et al., 2015). Seseorang dengan skizofrenia dikatakan memiliki gangguan pada aktivitas otak yang menyebabkan masalah kesehatan mental. Masalah kejiwaan tidak hanya memengaruhi penderitanya secara individu, tetapi juga membebani keluarga dan masyarakat (M Anny et al., 2016).

Usia, dukungan keluarga, dan kepatuhan minum obat merupakan variabel utama yang mampu mempengaruhi rekurensi skizofrenia (Kurnia et al., 2015).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Hal yang menyebabkan skizofrenia belum ditemukan secara pasti. Di sisi lain, beberapa spesialis berpendapat bahwa skizofrenia sebagai campuran dari banyaknya faktor. Berikut ini adalah beberapa komponen yang menyebabkan skizofrenia: (Kaplan & Sadock, 2010).

1. Faktor Genetik

Tidak diragukan lagi bahwa beberapa atau semua bentuk skizofrenia dipengaruhi secara genetik. Peluang seseorang terkena skizofrenia adalah 50% jika kedua orang tuanya memiliki gangguan ini. Risiko terkena skizofrenia adalah 12% bagi mereka yang memiliki salah satu orang tua yang menderita skizofrenia. Peluang seseorang

terkena skizofrenia adalah 10% jika mereka memiliki saudara kandung yang mengidap gangguan tersebut. Beberapa gen mengakibatkan timbulnya skizofrenia, fenomena peristiwa ini dikenal sebagai *quantitative trait loci*. Fenomena ini juga menjelaskan alasan gradien tingkat keparahan yang diamati pada individu dengan gangguan ini dan korelasi antara jumlah anggota keluarga yang menderita penyakit ini dan peningkatan kemungkinan terkena skizofrenia.

2. Faktor Biokimia

1. Hipotesis Dopamin

Menurut teori ini, aktivitas dopaminergik yang berlebihan menyebabkan skizofrenia. Studi ini menilai konsentrasi plasma asam homovalinat, metabolit utama dopamin, konsisten dengan pentingnya dopamin dalam patofisiologi skizofrenia. Dalam beberapa kasus, reduksi asam homovalinat dikaitkan dengan pemulihan gejala pasien skizofrenia.

2. Norepinefrin

Sejumlah hasil penelitian berhasil menemukan bahwa konsumsi jangka panjang obat antipsikotik dapat mengurangi metabolisme neuron noradrenergik di lokus seruleus. Pasien dengan kelainan pada sistem noradrenergik lebih mungkin mengalami kekambuhan karena sistem noradrenergik mengontrol sistem dopaminergik dalam.

3. Glutamat

Sindrom akut yang diproduksi oleh antagonis glutamat serupa dengan skizofrenia.

4. Asetilkolin dan Nikotin

Berdasarkan data postmortem (data yang berasal dari orang meninggal), terjadi penurunan pada reseptor nikotin dan kadar muskanik yang berada di daerah putamen bagian hipokampus, kaudal, dan sejumlah bagian *prefrontal cortex* pada pasien skizofrenia. Sejumlah reseptor ini mempunyai peran krusial untuk meregulasi neurotransmitter. Reseptor ini berperan dalam kesadaran pasien skizofrenia.

3. Faktor Psikososial

Sejumlah teori berikut ini menjelaskan mengenai faktor psikososial :

1. Teori Psikoanalitik

Menurut hipotesis Sigmund Freud, fiksasi pertumbuhan yang intens yang terjadi pada masa kanak-kanak awal menyebabkan skizofrenia karena ada cacat ego ketika ego belum terbentuk atau baru mulai terbentuk. Kekurangan fungsi ego menyebabkan seseorang menjadi sangat reaktif terhadap stress dan memungkinkan kebencian dan penyerangan yang ekstrem untuk menghancurkan ikatan ibu-anak.

2. Teori Pembelajaran

Menurut teori ini, buruknya model pembelajaran semasa kanak-kanak menyebabkan penderita skizofrenia memiliki relasi antar pribadi yang buruk.

3. Dinamika Keluarga

Teori ini memaparkan mengenai relasi antara kejadian skizofrenia dan keluarga disfungsi. Keretakan dalam keluarga (skisme) dan keluarga yang bermusuhan secara semu merupakan permasalahan keluarga yang mempengaruhi kejadian skizofrenia. Apabila anggota keluarga meninggalkan rumah dan membentuk relasi sosial dengan masyarakat, maka permasalahan baru akan timbul, yaitu masalah sosial.

4. Teori Sosial

Faktor lingkungan dapat menyebabkan gangguan jiwa menjadi lebih parah. Meliputi tekanan hidup seseorang, pengangguran, kendala pekerjaan, rendahnya dukungan sosial, kemiskinan, kendala bersosialisasi dengan lingkungan, serta penolakan. Teori ini memaparkan bahwa stres yang menyebabkan penyakit skizofrenia disebabkan oleh urbanisasi dan industrialisasi.

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) menggolongkan skizofrenia ke dalam sejumlah tipe, yaitu: (Maslim, 2013)

a. Skizofrenia Paranoid

Kriteria diagnostik untuk skizofrenia paranoid mencakup:

- 1) Memenuhi kriteria standar untuk diagnosis skizofrenia.
- 2) Halusinasi yang menonjol atau sangat dominan.
- 3) Gangguan pembicaraan, kehendak, suasana hati, dan gejala katatonik relatif tidak terlihat.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Kriteria diagnostik untuk skizofrenia hebefrenik mencakup:

- 1) Memenuhi kriteria standar untuk diagnosis skizofrenia.
- 2) Diagnosis hebefrenik hanya bisa ditetapkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun).
- 3) Gejala berlangsung selama 2-3 minggu.
- 4) Reaksi emosional tidak wajar dan dangkal, tersenyum tanpa alasan, dan berbicara berulang-ulang.

c. Skizofrenia Katatonik

Kriteria diagnostik untuk skizofrenia katatonik mencakup:

- 1) Memenuhi kriteria standar untuk diagnosis skizofrenia.
- 2) Stupor (rendahnya reaktifitas dan enggan berbicara).
- 3) Gaduh dan gelisah (terjadi kegiatan motorik yang tidak memiliki tujuan untuk menstimuli eksternal).
- 4) Rigiditas (tubuh kaku).
- 5) Diagnosis katatonik dapat mengalami penundaan jika klien tidak mampu berkomunikasi sehingga diagnosis skizofrenia belum tegak.

d. Skizofrenia Tak Terdiferensiasi

Kriteria diagnostik untuk skizofrenia tak terdiferensiasi mencakup:

- 1) Memenuhi kriteria standar untuk diagnosis skizofrenia.
- 2) Tidak sesuai dengan kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik.
- 3) Tidak mencukupi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.

- e. Depresi Pasca-Skizofrenia
Kriteria diagnostik untuk depresi pasca-skizofrenia mencakup:
 - 1) Skizofrenia telah diderita klien selama 12 bulan terakhir.
 - 2) Masih terdapat sejumlah gejala skizofrenia yang tidak dominan.
 - 3) Gejala depresif mengganggu dan dominan.
- f. Skizofrenia Simpleks
Kriteria diagnostik untuk skizofrenia simpleks mencakup:
 - 1) Munculnya gejala negatif yang khas tanpa ditandai dengan delusi, halusinasi, maupun manifestasi psikotik lainnya.
 - 2) Diikuti dengan perubahan secara signifikan dalam tingkah laku pribadi.
- g. Skizofrenia Tak Spesifik
Skizofrenia tak spesifik tidak bisa digolongkan dalam jenis yang sudah dipaparkan.

2.1.4 Faktor Penyebab Skizofrenia

Sejumlah faktor yang menyebabkan skizofrenia antara lain: (Hariyadi & Rusdianah, 2021)

- a. Faktor Somatogenik
Faktor somatogenik berupa temperamen, kelainan otak, cacat kongenital, keturunan, cedera dan penyakit tubuh.
- b. Faktor Psikogenik
Faktor psikogenik di antaranya stres, dinamika keluarga, deprivasi dini, penyalahgunaan obat, hingga perkembangan psikologis.
- c. Faktor Sosiogenik
Faktor sosiogenik yaitu status ekonomi, cita-cita, perpindahan unit keluarga, dan perkembangan sosial.

2.1.5 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Manifestasi klinis skizofrenia ditandai oleh 3 gejala utama yang meliputi: (Fitrikasari & Kartikasari, 2022)

- a. Gejala Positif
Gejala ini hanya dimiliki oleh pasien skizofrenia, dan biasanya dapat diamati. Gejala-gejala positif dapat berupa:

1. Halusinasi yakni kesalahan dalam persepsi sensori atau pengalaman persepsi yang tidak benar-benar nyata.
2. Waham yakni keyakinan yang tidak mendasar atau salah atau tidak dalam kenyataan namun dipertahankan.
3. Ekopraksia yakni gesture dan gerakan orang lain yang diamati dan ditiru oleh pasien.
4. Perseverasi yakni pembicaraan suatu topik dan gagasan yang sama secara berulang-ulang, mengulangi kata, kalimat, dan frasa secara terus menerus dan enggan berpindah ke topik yang lain.
5. Ambivalensi yakni mempunyai perasaan atau keyakinan yang berlawanan mengenai seseorang, situasi, maupun peristiwa yang sama.

b. Gejala Negatif

Gejala negatif umumnya ditandai dengan penurunan fungsi baik sosial maupun emosional, ekspresi, serta kemauan melaksanakan aktivitas sosial. Gejala – gejala negatif dapat berupa:

1. Apati adalah ketidakpedulian terhadap seseorang, kegiatan, ataupun peristiwa.
2. Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*), hilangnya keinginan untuk bersosialisasi dengan orang di sekitar, dan sering melamun (*day dreaming*). Penderita skizofrenia memperlihatkan secara jelas kemunduran dalam bekerja dan bermasyarakat.
3. Alogia ialah minim berbicara atau substansi makna yang sangat sedikit.
4. Afek datar adalah wajah yang tidak menampilkan ekspresi berupa emosi maupun *mood*.
5. Afek tumpul ialah keterbatasan dalam mood dan perasaan emosional.
6. Anhedonia yakni perasaan tidak gembira dan tidak senang selama menjalani hubungan, kegiatan, hingga menjalani kehidupan.

c. Gejala Kognitif

Gejala kognitif umumnya ditandai dengan adanya gangguan dalam berkonsentrasi, kurangnya fokus, kecepatan berfikir, serta penyelesaian masalah (Wijiani Yanti & Andayani, 2021).

2.1.6 Fase-Fase Skizofrenia

Penyakit mental yang dikenal sebagai skizofrenia berkembang dalam beberapa fase atau tahapan. Ada berbagai tahapan skizofrenia, diantaranya: (Sabrina, 2016).

1. Fase Premorbid

Peran individu masih dalam keadaan normatif dalam tahap ini.

2. Fase Prodromal

Periode ini dapat berlangsung selama rata-rata dua sampai lima tahun, ditandai saat klien skizofrenia mulai menunjukkan gejala psikotik yang nyata. ODS menderita defisit perilaku seperti menurunnya fungsi peran dan kemunduran sosial, serta gejala-gejala yang tidak spesifik seperti kecemasan, kelelahan, kesulitan tidur, dan fokus yang buruk. Mereka juga mengalami penurunan dalam fungsi dasar (rekreasi dan pekerjaan sosial).

3. Fase Psikotik

a) Fase Akut

Penderita skizofrenia menampilkan gejala psikotik yang berbeda selama fase akut, yang meliputi delusi, halusinasi, pemikiran yang tidak teratur, dan pola pemikiran yang tidak teratur. Pasien mengalami gejala negatif yang memburuk dan menjadi tidak mampu merawat diri sendiri.

b) Fase Stabilisasi

Fase ini terjadi sesudah perlakuan acute treatment dan berlangsung selama 6-18 bulan, tergantung pada ada tidaknya gejala. Gejala negatif mendominasi selama fase stabil, sedangkan gejala positif kadang-kadang tetap ada tetapi tidak terlalu terasa dibandingkan dengan fase akut. Sementara beberapa orang biasanya ditemukan tanpa gejala (tidak menunjukkan gejala), orang lain mungkin menunjukkan gejala nonpsikotik seperti ketegangan, kekhawatiran, keputusasaan, atau sulit tidur.

2.1.7 Terapi Skizofrenia

1. Terapi Farmakologi

Terapi pengobatan utama pilihan untuk individu dengan skizofrenia adalah terapi farmakologis, yang dipilih sesuai dengan gejala pasien. Terapi obat berupaya menjaga pasien tetap terkendali,

melindungi pasien dari bahaya, dan mengurangi gejala psikosis. (Yulianty et al., 2017).

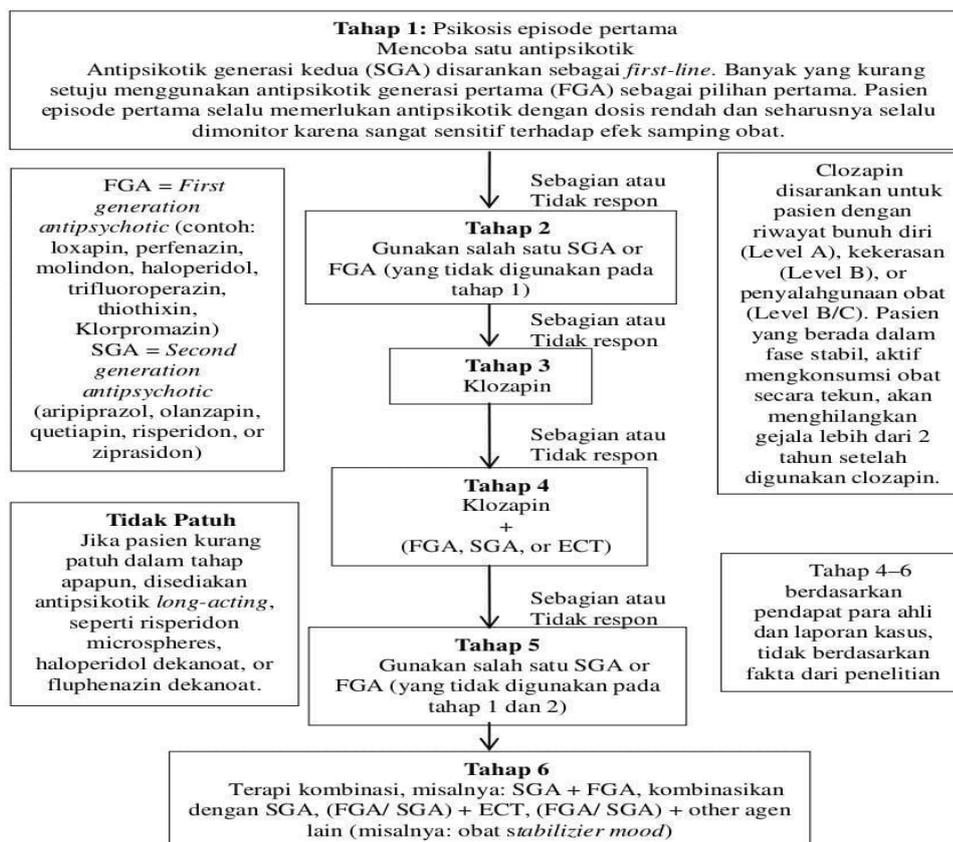
a. Terapi Antipsikotik

Obat pertama yang secara efektif mengobati skizofrenia adalah antipsikotik. Antipsikotik generasi pertama (tipikal) dan antipsikotik generasi kedua (atipikal) adalah dua kategori antipsikotik. Antipsikotik generasi pertama biasanya tidak meringankan gejala negatif skizofrenia, meskipun dapat memperbaiki gejala positifnya. Pengobatan dengan antipsikotik generasi pertama sering kali memperburuk efek samping sindrom ekstrapiramidal. Antipsikotik generasi kedua lebih berhasil dalam mengobati pasien yang resisten terhadap pengobatan dan dapat memperbaiki gejala positif dan negatif skizofrenia.

2. Terapi Non Farmakologi

Psikoedukasi adalah salah satu pengobatan non-farmakologis untuk skizofrenia. Program edukasi yang disebut psikoedukasi bertujuan untuk mengurangi dampak penyakit atau kecacatan. (Putri & Maharani, 2022).

2.1.8 Algoritma Terapi Skizofrenia



Gambar 2.1 Algoritma Terapi Skizofrenia (Dipiro et al., 2008).

2.2 Antipsikotik Atipikal

2.2.1 Defenisi Antipsikotik Atipikal

Antipsikotik generasi kedua atau antipsikotik atipikal, mempunyai lebih sedikit efek samping. Antipsikotik ini terbukti ini bekerja lebih baik pada gejala negatif dan kemunduran kognitif (Sagita et al., 2020).

2.2.2 Mekanisme Kerja Antipsikotik Atipikal

Obat antipsikotik atipikal bekerja dengan meningkatkan kadar serotonin dan menurunkan kadar dopamin, sehingga dengan cepat meredakan gejala manik dan depresi. (Rifaya et al., 2019).

2.2.3 Obat-Obat Antipsikotik Atipikal

Untuk individu dengan skizofrenia, antipsikotik atipikal sangat berguna dalam mengobati gejala depresi dan gejala negatif. Penggunaan obat antipsikotik atipikal bertujuan untuk menurunkan kejadian gejala

ekstrapiramidal. Clozapin, asenapin, olanzapin, quetiapin, paliperidon, risperidon, sertindol, ziprasidon, zotepin, dan aripiprazol adalah contoh-contoh obat antipsikotik atipikal. (Natasha Syifa Rachman et al., 2021).

1. Clozapin

Antipsikotik atipikal seperti clozapin dikenal memiliki banyak manfaat dalam pengobatan skizofrenia. Namun, ada sejumlah efek samping yang sering dilaporkan, termasuk sakit kepala, mengantuk, pusing, kelelahan, penambahan berat badan, akatisia, tremor, hipersalivasi, demam, dan sakit kepala. Hiperglikemia, takikardia, neutropenia, leukopenia, dan agranulositosis juga telah dilaporkan dalam tes laboratorium (Bhadargade et al., 2020).

2. Risperidon

Risperidon sering dikenal sebagai antipsikotik generasi kedua, Risperidon berikatan sangat kuat reseptor serotonin (5-HT_{2A}), dan kurang kuat berikatan dengan reseptor dopamin (D₂). Dengan efek samping yang minimal, risperidon menunjukkan kemanjuran yang besar. Penambahan berat badan, takikardia, dan tremor adalah efek samping yang khas (Rahajeng et al, 2024).

2.3 Rasionalitas Penggunaan Obat

a. Tepat Pemilihan Obat

Memilih obat berdasarkan indikasi pasien adalah ciri khas pemilihan obat yang tepat. Disarankan untuk memberikan obat antipsikotik generasi kedua (atipikal) pada awal timbulnya skizofrenia, bukan obat generasi pertama (tipikal). Hal ini disebabkan karena obat antipsikotik atipikal bisa membantu dalam mengobati gejala afektif serta gejala positif dan negatif, sehingga menjadikannya sebagai lini pertama pengobatan yang baik.

b. Tepat Dosis

Pemberian obat secara tepat dengan dosis yang selaras dengan rentang terapi obat antipsikotik dikenal sebagai tepat dosis. Dosis yang disarankan untuk pengobatan skizofrenia adalah dosis yang efisien dan tidak memiliki efek samping negatif yang dapat mengganggu kepatuhan jangka panjang. Disarankan agar pasien yang mengalami episode awal skizofrenia mengonsumsi antipsikotik atipikal dalam dosis rendah.

c. Tepat Pasien

Ketika meresepkan obat antipsikotik, sebaiknya terlebih dahulu harus mempertimbangkan kondisi fisiologis dan patofisiologis pasien, serta kontraindikasi yang dimiliki. Pasien juga tidak boleh memiliki riwayat alergi sebelum memulai terapi (Hakim Kurniawan et al., 2020).

2.3.1 Penggunaan Obat yang Tidak Rasional

Penggunaan obat disebut tidak rasional apabila peluang efek negatif yang dialami pasien lebih banyak dibandingkan efek positifnya. Beberapa efek negatifnya yaitu:

1. Efek klinis (seperti munculnya efek samping).
2. Ekonomi (biaya yang tidak terjangkau karena perawatan yang lama dan penggunaan obat yang tidak sesuai).
3. Dampak sosial (pasien terlalu bergantung pada obat).

2.3.2 Ciri-Ciri Penggunaan Obat yang Tidak Rasional

Terdapat beberapa kategori penggunaan obat yang tidak rasional yaitu: (Kemenkes RI, 2011)

1. Peresepan berlebih (*over prescribing*)

Peresepan berlebih terjadi apabila obat diberikan dalam situasi yang tidak benar-benar dibutuhkan untuk mengatasi penyakit pasien.

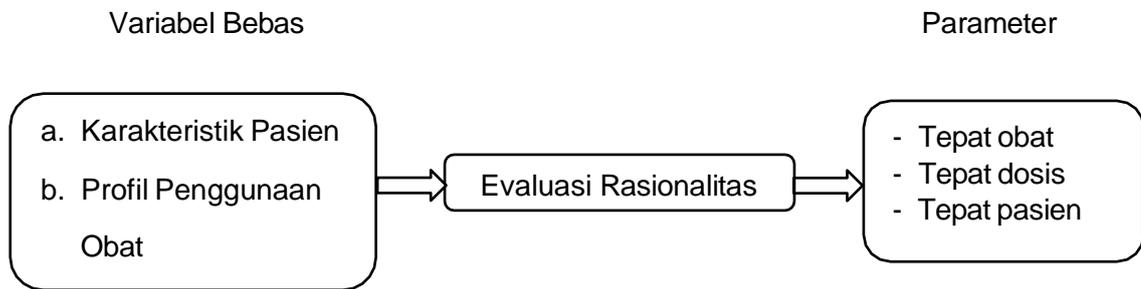
2. Peresepan kurang (*under prescribing*)

Peresepan kurang terjadi saat obat yang diberikan lebih sedikit daripada yang dibutuhkan dalam hal dosis, jumlah, dan waktu pemberian. Hal ini juga termasuk tidak meresepkan obat yang dibutuhkan oleh penyakit pasien.

3. Peresepan majemuk (*multiple prescribing*)

Peresepan majemuk terjadi ketika satu indikasi penyakit diobati dengan lebih dari satu obat. Pemberian obat lebih dari satu dalam kondisi yang hanya membutuhkan satu obat juga termasuk pada kelompok ini.

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.5 Defenisi Operasional

- a. Karakteristik pasien ialah ciri atau kekhasan pasien yang membedakan antara satu pasien dengan pasien lainnya. Karakteristik pasien mencakup (nomor rekam medis, inisial, jenis kelamin, usia, pekerjaan, suku, pendidikan terakhir, status marital, diagnosis, durasi perawatan, riwayat pengobatan, riwayat penyakit, cara pulang, durasi penyakit, durasi rawat inap, dan cara pembayaran).
- b. Profil penggunaan obat adalah pola penggunaan obat. Profil penggunaan obat meliputi (nama obat, dosis, aturan pakai, dan jenis sediaan).
- c. Evaluasi rasionalitas penggunaan antipsikotik atipikal dinilai berlandaskan klasifikasi tepat obat, tepat dosis, dan tepat pasien dengan indikator AHFS.