

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

Kata skizofrenia ini berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari kata *skhizo (spilt)* yang artinya terbelah dan *phren (mind)* yang memiliki makna pikiran, sehingga secara sederhana skizofrenia memiliki arti pikiran yang terbelah. Skizofrenia merupakan istilah yang dimaksudkan untuk menunjukkan adanya suatu gangguan psikiatrik utama, dimana aspek persepsi, pikiran, efek dan perilaku seseorang mengalami perubahan (Nurjannah, dkk, 2019: 27-28). Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Stuart (2013: 346), yang mengatakan bahwa skizofrenia ini adalah penyakit otak neurologis yang berat dan terus menerus. Akibatnya berupa respons yang dapat sangat mengganggu kehidupan individu, keluarga dan masyarakat.

Skizofrenia suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, pecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi (Direja, 2011: 92). Gejala skizofrenia dibagi menjadi dua kategori utama, gejala/tanda positif atau keras yang meliputi delusi, halusinasi dan pemikiran, ucapan dan perilaku yang sangat tidak wajar dan gejala negatif atau lunak yang meliputi pengaruh datar, kurangnya kemauan dan penarikan atau ketidaknyamanan sosial (Videbeck, 2014: 266).

Skizofrenia dapat mempengaruhi cara seseorang bertindak, berpikir dan melihat dunia. Orang dengan skizofrenia memiliki persepsi realitas yang berubah, seringkali kehilangan kontak yang berbeda dengan kenyataan. Mereka mungkin melihat atau mendengar hal-hal yang tidak ada, berbicara dengan cara yang aneh atau membingungkan, percaya bahwa orang lain mencoba menyakiti mereka, atau merasa seperti terus-menerus diawasi.

Orang dengan skizofrenia sulit untuk membedakan antara kenyataan dan khayalan, skizofrenia juga menyulitkan bahkan menakutkan untuk menegosiasikan aktivitas kehidupan sehari-hari. Sehingga dapat dikatakan penderita skizofrenia mungkin menarik diri dari dunia luar atau bertindak dalam kebingungan dan ketakutan (Sharma, 2013: 156).

2. Mekanisme Terjadinya Skizofrenia

Penyebab skizofrenia menurut Stuart (2013: 355-359), dapat dipengaruhi beberapa faktor, yaitu antara lain:

a. Faktor predisposisi

1) Genetik

Skizofrenia disebabkan oleh interaksi berbagai mekanisme biologis, lingkungan dan pengalaman. Anak-anak yang memiliki orang tua biologis dengan skizofrenia dan diadopsi pada saat lahir oleh sebuah keluarga tanpa kejadian gangguan memiliki resiko yang sama seperti jika orang tua biologis mereka telah mengangkat mereka. Terdapat bukti bagi kedua predisposisi genetik untuk gangguan pengaruh faktor lingkungan atau random.

2) Neurobiologi

Studi menunjukkan kelainan anatomi, fungsional dan neurokimia dalam kehidupan dan otak postmortem orang dengan skizofrenia. Dua hasil penelitian neurobiologis yang paling konsisten dalam skizofrenia adalah penurunan volume otak dan perubahan sistem neurotransmitter.

3) Teori virus dan infeksi

Bukti menunjukkan bahwa paparan virus influenza pada saat prenatal, terutama selama trimester pertama, mungkin menjadi salah satu faktor etiologi skizofrenia pada beberapa orang, tetapi tidak pada orang lain (Brown dan Derkis, 2010 dalam Stuart, 2013). Teori ini didukung oleh fakta bahwa lebih banyak orang dengan

skizofrenia lahir dimusim dingin atau awal musim semi diperkotaan, menunjukkan potensi dampak musim dan tempat lahir terhadap resiko skizofrenia.

b. Faktor presipitasi

1) Biologis

Salah satu stresor yang mungkin adalah gangguan dalam umpan balik otak yang mengatur jumlah informasi yang dapat diproses pada waktu tertentu. Jika terlalu banyak informasi yang dikirim sekaligus atau jika informasi tersebut rusak, lobus frontal mengirimkan pesan yang berlebihan pada ganglia basalis. Penurunan fungsi lobus frontal mengganggu kemampuan untuk melakukan umpan balik ini. Kemampuan untuk mengatur ganglia basalis menjadi menurun, dan akhirnya transmisi pesan melambat dan transmisi ke lobus frontal tidak pernah terjadi.

2) Gejala pemicu

Stres tertentu sering mendahului episode baru dari penyakit. Kata pemicu digunakan untuk menggambarkan stres tersebut. Pemicu umum respons neurobiologis berkaitan dengan kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku.

c. Sumber koping

1) Disosiasi kognitif (gangguan jiwa aktif): disosiasi kognitif

melibatkan pencapaian keberhasilan farmakologi untuk menurunkan gejala dan menstabilkan gangguan jiwa aktif dengan memilah kenyataan dari ketidaknyataan setelah periode pertama. Hal ini dapat memakan waktu 6 sampai 12 tahun.

2) Pencapaian wawasan (*attaining insight*): permulaan wawasan

terjadi dengan kemampuan melakukan pemeriksaan terhadap kenyataan yang dapat dipercaya. Hal ini memakan waktu 6 sampai 18 bulan dan tergantung pada keberhasilan pengobatan dan dukungan yang berkelanjutan.

- 3) Kognitif yang konstan (stabilitas disegala aspek kehidupan): kognitif konstan (*cognitive constancy*) termasuk melanjutkan hubungan interpersonal yang normal dan kembali terlibat dalam kegiatan yang sesuai dengan usia yang berkaitan dengan sekolah dan bekerja. Fase ini berlangsung 1 sampai 3 tahun.
 - 4) Bergerak menuju prestasi kerja atau tujuan pendidikan (kebiasaan kehidupan/ *ordinariness*): tahap ini termasuk kemampuan untuk secara konsisten terlibat dalam kegiatan harian yang sesuai dengan usia hidup yang merefleksikan tujuan sebelum gangguan jiwa. Fase ini berlangsung minimal 2 tahun.
- d. Mekanisme koping
- 1) Regresi berhubungan dengan masalah dalam proses informasi dan pengeluaran sejumlah besar tenaga dalam upaya untuk mengelola ansietas, menyisakan sedikit tenaga untuk aktivitas sehari-hari.
 - 2) Proyeksi adalah upaya untuk menjelaskan persepsi yang membingungkan dengan menetapkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu.
 - 3) Menarik diri berkaitan dengan masalah membangun kepercayaan dan keasyikan dengan pengalaman internal.
 - 4) Pengingkaran sering digunakan oleh klien dan keluarga. Mekanisme koping ini adalah sama dengan penolakan yang terjadi setiap seseorang menerima informasi yang menyebabkan rasa takut dan ansietas. Hal ini memungkinkan memberi waktu pada seseorang untuk mengumpulkan sumber daya internal dan eksternal dan kemudian beradaptasi dengan stresor secara bertahap.
 - 5) Pada proses penyesuaian dengan keadaan setelah gangguan jiwa, klien aktif menggunakan mekanisme koping adaptif. Mekanisme koping termasuk strategi koping kognitif, emosional,

interpersonal, fisiologis, dan spiritual yang dapat berfungsi sebagai dasar untuk perumusan tindakan keperawatan. Konsling suportif juga diketahui dapat meningkatkan coping.

3. Klasifikasi Skizofrenia

Klasifikasi skizofrenia menurut Shives (2012: 327-329), dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

a. Skizofrenia paranoid

Klien yang mengalami skizofrenia paranoid cenderung mengalami delusi penganiayaan atau muluk dan halusinasi pendengaran. Mereka juga mungkin menunjukkan perubahan perilaku seperti kemarahan, permusuhan atau perilaku kekerasan. gejala klinis dapat mengancam keselamatan diri sendiri atau orang lain. jenis skizofrenia paranoid ini kemungkinan lebih baik dari pada jenis skizofrenia lainnya. Klien yang menderita skizofrenia pada usia akhir dua puluhan dan tiga puluhan biasanya telah membangun kehidupan sosial yang dapat membantu mereka melalui penyakit mereka. Selain itu, tingkat ego klien paranoid lebih besar daripada klien dengan skizofrenia katatonik dan tidak terorganisir.

b. Skizofrenia Katatonik

Gangguan psikomotorik, seperti pingsan, kaku, gembira atau postur tubuh adalah ciri utama skizofrenia katatonik. Secara medis klien beresiko penarikan yang ekstrim (mis, mutisme selektif, kekakuan atau resistensi terhadap perintah) yang dapat mengakibatkan kondisi vegetatif yang disebut sebagai pingsan katatonik atau aktivitas motorik berlebihan yang disebut sebagai kegembiraan katatonik.

c. Skizofrenia tidak terorganisir

Gejala klinis skizofrenia yang tidak teratur dianggap yang paling parah dari semua jenis skizofrenia. Klien mengalami disintegrasi kepribadian dan menarik diri. Ucapan mungkin tidak koheran, perilaku tidak dibatasi,

bersama dengan kurangnya perhatian pada kebersihan dan dandanan pribadi.

d. Skizofrenia tidak terdiferensiasi

Skizofrenia tidak berdiferensiasi biasanya ditandai dengan gejala atipikal yang tidak memenuhi kriteria untuk subtipe skizofrenia paranoid, katatonik, atau tidak teratur. Klien mungkin menunjukkan gejala positif dan negatif. Perilaku aneh, delusi, halusinansi dan inkoherensi dapat terjadi. Prognosis menguntungkan jika timbulnya gejala akut atau tiba-tiba.

e. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual adalah jenis yang digunakan untuk menggambarkan klien yang mengalami gejala negatif setelah kurang lebih satu periode skizofrenia akut. Gejala klinis dapat bertahan seiring waktu atau klien mungkin mengalami remisi total.

4. Fase terjadinya skizofrenia

Fase-fase terjadinya skizofrenia menurut Halter (2014: 204), antara lain:

- a. Fase I- akut: onset atau eksaserbasi florid, gejala yang mengganggu (misalnya, halusinasi, delusi, apatis, penarikan) dengan akibat hilangnya kemampuan fungsional, peningkatan perawatan atau rawat inap mungkin diperlukan.
- b. Fase II- stabilisasi: gejala berkurang dan ada pergerakan menuju tingkat fungsi sebelumnya (baseline), rawat inap persial atau perawatan di pusat krisis perumahan atau rumah kelompok yang diawasi mungkin diperlukan.
- c. Fase III- pemeliharaan: pasien berada pada atau mendekati fungsi garis dasar (atau premorbid), gejala tidak ada atau berkurang, tingkat fungsinya memungkinkan pasien untuk tinggal di komunitas. Idealnya, pemulihan dengan gejala berkurang atau tidak ada gejala sisa telah terjadi.

Menurut Pieter, dkk (2011: 335-336), fase-fase skizofrenia yaitu:

a. Fase prodromal

Pada beberapa kasus skizofrenia, gangguan skizofrenia dapat menyerang secara tiba-tiba dan berlangsung dalam beberapa hari. Penderitanya mengalami penurunan fungsi-fungsi tertentu, seperti fungsi perawatan diri, sosial, waktu luang, pekerjaan, atau pendidikan akademis. Keadaan ini berlangsung 6-12 bulan hingga timbul gejala positif dan negatif skizofrenia. Ciri-ciri umum pada fase prodromal antara lain, 1) berhenti memerhatikan dan memperdulikan penampilan dan kebersihan, seperti lupa mandi, lupa tidur atau lupa makan, 2) seiring mengalami kebingungan, 3) berbicara tidak jelas dan serampangan, 4) Prestasi sekolah atau pekerjaan secara drastis menurun, 5) Sering melakukan kesalahan, seperti sering terlambat datang kerja, sering ceroboh, kurangnya konsentrasi dan perhatian, 6) Sering melakukan aktivitas yang aneh, seperti berpakaian aneh atau tidak pas dengan situasi dan berjalan tanpa busana, 7) Senang memungut sampah.

b. Fase aktif

Pada fase aktif, penderita skizofrenia telah menunjukkan gejala psikotik umumnya, seperti delusi, halusinasi, pembicaraan yang disorganisasi, dan penarikan diri. Pada fase aktif penderitanya harus diberikan asuhan keperawatan yang bersifat hospitalistik, seperti terapeutik psikiatrik. Fokus asuhan keperawatannya adalah rehabilitasi psikiatrik terutama pada pikiran, perasaan dan perilaku.

c. Fase residual

Pada fase residual perilaku skizofrenia merupakan kelanjutan dari fase aktif, yakni pola pembicaraan yang melantur, mengalami halusinasi, delusi, memiliki ide-ide yang rumit, merasa mengetahui kehidupan masa yang akan datang dan penarikan diri dari relasi sosial.

5. Penatalaksanaan Skizofrenia

a. Terapi farmakologi

Menurut Stuart (2013: 318), obat-obatan yang digunakan untuk mengobati skizofrenia, antara lain:

Tabel 2.1
Terapi Farmakologi

Nama Generik	Rentang Dosis Harian Dewasa (mg/day)
Obat Atipikal	
Aripiprazole	5-30
Asenapine	10-20
Clozapine	100-900
Iloperidone	12-24
Lurasidone	40-80
Olanzapine	5-20
Paliperidone	3-12
Quetiapine	150-750
Risperidone	1-6
Ziprasidone	40-160
Obat Tipikal	
Cholpromazine	200-1000
Fluphenazine	2-60
Fluphenazine decanoate	12,5-50 setiap 2-4 minggu
Haloperidol	2-20
Haloperidol decanoate	50-300 setiap 3-4 minggu
Loxapine	20-100
Mesoridazine	75-300
Molindone	50-225
Perphenazine	8-32
Pimozide	2-6
Prochlorperazine	5-10
Thioridazine	200-800
Thiothixene	5-30
Trifluoperazine	5-20

b. Terapi non farmakologi

1) Psikoterapi

Menurut Elder (2013: 270-272), terapi perilaku kognitif sangat cocok untuk individu dalam tahap pemulihan. Asumsi yang mendasari terapi perilaku kognitif (CBT) adalah bahwa individu dapat secara positif mempengaruhi gejala mereka dengan mengubah perilaku dan pemikiran mereka. Terapi perilaku kognitif tidak memiliki efek samping, tidak seperti pengobatan antipsikotik dan berpotensi meningkatkan kualitas hidup seseorang lama setelah pengobatan dihentikan. Berikut ini beberapa CBT yang dapat digunakan:

a) CBT untuk pemikiran delusi

Klien yang mengalami pemikiran delusi dapat didorong untuk mengeksplorasi isi delusi tersebut. Pemikiran delusi mungkin melibatkan keyakinan bahwa tetangganya sedang memata-matainya. Orang tersebut mungkin didorong untuk mengubah pemikiran mereka sehingga mereka memandang tindakan tetangga mereka sebagai motivasi oleh kepedulian daripada kebencian. Mengenal dan mempercayai tetangga mungkin menjadi solusi untuk mengatasi masalah ini. Meskipun kemungkinan besar akan membutuhkan banyak waktu untuk berhasil karena sifat dari pemikiran delusi.

b) CBT untuk stigma dan stres

Banyak orang dengan skizofrenia mendapatkan stigma yang rendah terkait dengan penyakit tersebut dan akibatnya memiliki harga diri yang buruk. Terapi perilaku kognitif berfokus pada kekuatan dan kemampuan seseorang, yang pada gilirannya meningkatkan harga diri dan pencapaian tujuan. Terapi perilaku

kognitif efektif dalam mengidentifikasi penyebab stres dalam kehidupan seseorang, cara menghindari stres yang berlebihan dan solusi untuk berbagai situasi stres yang tidak dapat dihindari.

c) Psikoterapi suportif

Orang yang menderita skizofrenia mengalami gangguan tambahan selain proses penyakit. Gangguan ini sebagian besar terkait dengan masalah kehidupan sehari-hari, yang tampaknya dilakukan oleh orang yang relatif mudah tidak berpengaruh. Gangguan yang timbul dari skizofrenia termasuk gangguan kemampuan untuk melihat lingkungan sosial eksternal seseorang secara akurat, yang mengakibatkan perasaan terancam atau bahaya, berkurangnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain secara sosial dan untuk memelihara hubungan dan kegagalan mengalami berbagai emosi.

Peran psikoterapi suportif dalam mengelola gangguan yang timbul dari skizofrenia dianggap sama pentingnya dengan mengobati gejala penyakit dan merupakan pusat dari rejimen apapun. Pendekatan pengobatan dalam psikoterapi suportif didasarkan pada pembentukan hubungan terapeutik memenuhi kebutuhan individu. Pendekatan yang berorientasi pada kenyataan ini memungkinkan individu untuk mengeksplorasi aspek-aspek keyakinannya yang didasarkan pada kenyataan

B. Konsep Sakit

1. Pengertian Sakit

Sakit dalam kalimat bahasa Arab berarti maridh jamaknya marda. Menurut bahasa berasal dari kalimat marada yang artinya sakit kebalikan dari sehat bisa terjadi baik pada manusia maupun binatang. Dengan demikian dapat dipahami bahwa yang dimaksud sakit menurut istilah adalah keadaan tidak seperti biasanya, baik terjadi pada diri manusia atau binatang

dan penyebabnya bisa karena faktor pembawaan sejak lahir atau karena faktor alami, seperti karena pergantian cuaca dan lain sebagainya (Hidayat, 2018: 23-24). Sejalan dengan dikemukakan oleh Ishomuddin (2016: 132) bahwa sakit merupakan defiasi/penyimpangan dari status sehat.

Sakit merupakan keadaan yang disebabkan oleh bermacam-macam hal, bisa suatu kejadian, kelalaian yang dapat menimbulkan gangguan terhadap susunan jaringan tubuh, dari fungsi jaringan itu sendiri maupun fungsi keseluruhan. sakit adalah suatu keadaan gangguan yang tidak menyenangkan menimpa seseorang sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari, baik aktivitas jasmani, rohani dan sosial (Ardhiyanti, 2014: 5).

Sakit (illnes) diartikan penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya. Hal ini merupakan fenomena subjektif yang ditandai dengan perasaan tidak enak (*feeling unwell*) (Notoatmodjo, 2014: 208). Seseorang dikatakan sakit apabila ia menderita penyakit menahun (kronis) atau gangguan kesehatan lain yang menyebabkan aktivitas kerja/kegiatannya terganggu. Walaupun seseorang sakit (istilah sehari-hari) seperti masuk angin, pilek, tetapi bila ia tidak terganggu untuk melaksanakan kegiatannya maka ia dianggap tidak sakit (Rajab, dkk, 2018: 13).

2. Pengertian lama sakit

Lama sakit adalah lamanya waktu sakit yang dialami penderita terhadap penyakitnya. Proses lama sakit dihitung dari tanggal dan hari serta gejala yang muncul (Kurniati, dkk, 2018:57). Lama sakit menunjukkan gambaran perjalanan penyakit dari fase akut, *relapse*, stabil hingga perburukan kondisi kesehatan jiwa pasien skizofrenia (Sharaf, *et al*, 2012: 1541)

Berdasarkan hasil penelitian Wardiani & Dewi (2018: 22), rata-rata lamanya sakit pasien skizofrenia adalah 10,48 tahun. Lama sakit menunjukkan gambaran perjalanan penyakit dari fase akut, relapse, stabil hingga perburukan kondisi kesehatan jiwa pasien skizofrenia. Pasien yang

sudah lama menderita penyakit kronik maka akan mengalami kejenuhan dalam pengobatan, menurut Kawuluan, dkk, (2019:7), mengatakan semakin lama penderita menjalani pengobatan hipertensi yaitu ≥ 5 maka penderita akan merasa jenuh dengan pengobatan yang dijalani.

C. Konsep Status Sosial Ekonomi

1. Pengertian

Status (kedudukan) kadang-kadang dibedakan antara pengertian kedudukan (status) dengan kedudukan sosial (*social status*). Status (kedudukan) diartikan sebagai tempat atau posisi seseorang dalam suatu kelompok sosial. Kedudukan sosial artinya adalah tempat seseorang secara umum dalam masyarakatnya sehubungan dengan orang-orang lain, dalam arti lingkungan pergaulannya, prestisenya dan hak-hak serta kewajiban-kewajibannya (Soekanto & Sulistyowati, 2015: 208).

Istilah sosial pun berkenaan dengan perilaku *interpersonal* atau yang berkaitan dengan *proses-proses sosial*. Secara keilmuan, masyarakat yang menjadi objek kajian ilmu-ilmu sosial, dapat dilihat sebagai sesuatu yang terdiri atas beberapa segi (Supardan, 2013: 27). Sedangkan untuk pengertian ekonomi sendiri yaitu salah satu ilmu sosial yang mempelajari aktivitas manusia yang berhubungan dengan produksi, distribusi dan dan konsumsi terhadap barang dan jasa (Prasetyo, 2018: 2).

Abdulsyani mengemukakan status sosial ekonomi adalah kedudukan atau posisi seseorang dalam kelompok manusia yang ditentukan oleh jenis aktivitas ekonomi yaitu pendapatan, tingkat pendidikan, jenis rumah tinggal dan jabatan dalam organisasi (Imron & Aka, 2018: 155). Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Nies & McEwen (2015: 228), bahwa status sosial ekonomi adalah gabungan status ekonomi keluarga atau individu yang terkait berdasarkan pendapatan, kekayaan, pekerjaan, pencapaian pendidikan dan kekuasaan. Ini adalah alat untuk mengukur ketidaksetaraan berdasarkan

perbedaan ekonomi dan cara hidup keluarga sebagai hasil dari kesejahteraan ekonomi mereka.

Status sosial ekonommi mengacu pada pendapatan, pendidikan dan pekerjaan seseorang. Ini sangat mempengaruhi kesehatan seseorang, termasuk apakah orang tersebut memiliki asuransi dan akses yang memadai ke perawatan kesehatan atau mampu membayar perawatan yang ditentukan. Orang yang hidup dalam kemiskinan juga beresiko terhadap ancaman terhadap kesehatan, seperti perumahan yang tidak layak, kekerasan dengan geng, perdagangan narkoba atau sekolah dibawah standar (Videbeck, 2014: 125).

2. Faktor Yang Mempengaruhi Status Ekonomi

Menurut Irfana (2021: 59-60), faktor-faktor yang mempengaruhi status ekonomi seseorang, antara lain:

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah dalam menerima informasi, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup serta semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru dikenal.

b. Pekerjaan

Pekerjaan adalah simbol status seseorang di masyarakat. Pekerjaan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan.

c. Keadaan ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga yang tinggi mendorong seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup.

3. Kelas-kelas Sosial

Kelas-kelas dalam masyarakat (atau disebut kelas sosial) adalah semua orang dan keluarga yang sadar akan kedudukannya di dalam suatu lapisan, sedangkan kedudukan mereka diketahui dan diakui oleh masyarakat umum. Jadi, definisi kelas sama dengan definisi lapisan, tanpa memperhatikan apakah dasar lapisan tersebut faktor, uang, tanah dan kekuasaan. Para ahli merumuskan kelas-kelas dalam masyarakat, dibedakan menjadi kelas atas dasar ekonomis dan kedudukan sosial, namun tetap mempergunakan istilah kelas bagi semua lapisan. Kemudian, kelas yang bersifat ekonomis masih dibagi kedalam kelas sub-kelas yang bergerak dalam bidang ekonomi yaitu menggunakan kecakapannya (Sunaryo, 2015: 201-202).

Schumpeter menjelaskan bahwa kelas-kelas dalam masyarakat terbentuk karena diperlukan untuk menyesuaikan masyarakat dengan keperluan yang nyata. Akan tetapi, makna kelas dan gejala kemasyarakatan lainnya hanya dapat dimengerti dengan benar apabila dimengerti riwayat terjadinya (Sunaryo, 2015: 201-202).

4. Klasifikasi tingkat penghasilan

Berdasarkan penggolongannya BPS (Badan Pusat Statistik) (2012) membedakan pendapatan penduduk menjadi 4 golongan yaitu:

- a. Golongan pendapatan sangat tinggi adalah jika pendapatan rata-rata lebih dari Rp. 3.500.000 perbulan
- b. Golongan pendapatan tinggi adalah jika pendapatan rata-rata antara Rp.2.500.000 s/d Rp. 3.500.000 perbulan
- c. Golongan pendapatan sedang adalah jika pendapatan rata-rata dibawah antara Rp.1.500.000 s/d Rp. 2.500.000 perbulan
- d. Golongan pendapatan rendah adalah jika pendapatan rata-rata Rp.1.500.000 perbulan.

5. Tingkat status ekonomi

Tingkat status ekonomi berdasarkan tingkat kesejahteraan keluarga menurut Harnilawati (2013: 23-26), antara lain: a. Keluarga pra sejahtera, yaitu keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal (kebutuhan dasar belum seluruhnya terpenuhi) yaitu: melaksanakan ibadah menurut agamanya oleh masing-masing anggota keluarga, pada umumnya seluruh anggota keluarga makan 2 kali atau lebih, seluruh anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk aktivitas di rumah, bekerja, sekolah dan berpergian, lantai rumah terluas bukan lantai tanah, bila anak sakit atau pasangan usia subur ingin ber-KB dibawa kesarana kesehatan.

a. Keluarga sejahtera 1

Keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologis. Pada keluarga sejahtera 1 kebutuhan dasar 1-5 telah terpenuhi namun kebutuhan sosial psikologisnya belum terpenuhi, yaitu: anggota keluarga melaksanakan ibadah secara teratur, paling kurang sekali seminggu, keluarga menyediakan daging/ikan/telur, seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang 1 stel pakaian baru pertahun, luas lantai rumah paling kurang 8 meter persegi untuk tiap penghuni rumah, seluruh anggota keluarga dalam 3 bulan terakhir dalam keadaan sehat, paling kurang 1 anggota keluarga 15 tahun ke atas berpenghasilan tetap, seluruh anggota keluarga yang berumur 10-60 tahun bisa baca tulis huruf latin, seluruh anak berusia 5-15 thun bersekolah pada saat ini, bila anak hidup 2 atau lebih, keluarga yang masih pasangan usia subur memakai kontasepsi (kecuali sedang hamil).

b. Keluarga sejahtera II

Keluarga-keluarga yang disamping telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya, sehingga telah dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologisnya, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangannya, seperti kebutuhan anak untuk menabung dan memperoleh informasi. Pada

keluarga sejahtera II, kebutuhan fisik dan sosial psikologis telah terpenuhi (1-14 terpenuhi), namun kebutuhan pengembangan, belum sepenuhnya terpenuhi antara lain: mempunyai upaya untuk meningkatkan pengetahuan agama, sebagian dari penghasilan dapat di sisikan untuk tabungan keluarga, biasanya makan bersama paling kurang sekali sehari dan kesempatan itu dapat dimanfaatkan untuk komunikasi antar anggota keluarga, ikut serta dalam kegiatan masyarakat dilingkungan tempat tinggalnya, mengadakan rekreasi bersama diluar rumah paling kurang 1 kali per 6 bulan, dapat memperoleh berita dari surat kabar/radio/TV/majalah, anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi sesuai kondisi daerah.

c. Keluarga sejahtera III

Yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, sosial, psikologis dan pengembangan keluarganya, tetapi belum dapat memberikan sumbangan yang teratur bagi masyarakat seperti sumbangan materi dan berperan aktif dalam kegiatan kemasyarakatan. Pada keluarga sejahtera II, kebutuhan fisik sosial psikologis dan pengembangan telah terpenuhi (1-21 terpenuhi) namun kepedulian sosial belum terpenuhi, yaitu: secara teratur atau pada waktu tertentu dengan sukarela memberikan sumbangan bagi kegiatan sosial masyarakat dalam bentuk materi, kepala keluarga atau anggota keluarga yang aktif sebagai pengurus perkumpulan/yayasan/institusi masyarakat.

d. Keluarga sejahtera III plus

Keluarga sejahtera III plus, yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar sosial psikologis dan pengembangannya telah terpenuhi serta memiliki kepedulian sosial yang tinggi (1-23 terpenuhi).

D. Konsep Kepatuhan Minum Obat

1. Pengertian

Kepatuhan (obedience) yaitu bentuk perilaku individu yang mengikuti “perintah” orang lain (Soeparno, dkk, 2020: 75). Kepatuhan adalah upaya keterlibatan aktif, sadar dan kolaboratif dari pasien untuk perilaku yang mendukung kesembuhan agar menjadi biasa dalam perubahan. Kepatuhan terjadi bila aturan dalam mengkonsumsi obat yang diresepkan serta pemberiannya diikuti dengan benar (Suarayasa, 2020: 52).

Kepatuhan merupakan sikap atau ketaatan untuk memenuhi anjuran petugas kesehatan tanpa dipaksa untuk melakukan tindakan. Kepatuhan adalah bentuk aplikasi seseorang terhadap pengobatan yang harus dijalani dalam kehidupannya. Terdapat beberapa terminologi yang menyangkut kepatuhan minum obat konsep *compliance* merupakan tingkatan yang menunjukkan perilaku pasien dalam menaati saran ahli medis, konsep *adherence* merupakan perilaku mengkonsumsi obat sesuai kesepakatan antara pasien dengan pemberi resep. *Concordance* merupakan perilaku dalam mematuhi resep dari dokter yang sebelumnya ada komunikasi antara pasien dengan dokter dan mempresentasikan keputusan yang dilakukan bersama sesuai kepercayaan dan pikiran dari pasien (Fandinata & Ernawati, 2020: 96- 97).

Sebuah aksi yang dilakukan oleh pasien untuk mengambil obat ataupun pengulangan resep obat tepat waktu. Dalam praktiknya, *medication adherence* akan melibatkan komunikasi dua arah antara pasien dan tenaga kesehatan, sementara itu, *medication compliance* adalah aksi yang dilakukan pasien untuk mengkonsumsi obat sesuai jadwal minumnya ataupun sesuai yang diresepkan oleh dokter (Fauzi & Nishaa, 2018: 6).

2. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kepatuhan minum obat pasien menurut Widayati (2019: 23), antara lain: status sosio-ekonomi, sistem dan tim terkait pelayanan kesehatan, kondisi klinis pasien, regimen terapi yang diterima pasien, faktor dari diri pasien sendiri dan lama periode sakit.

3. Jenis-jenis kepatuhan

Menurut Tarigan (2018: 93-94), jenis kepatuhan terdiri dari 3 jenis, antara lain:

a. Mortalitas otoritas

Kepatuhan yang muncul karena adanya tekanan dari otoritas, yang dapat saja berbentuk orangtua, negara, lembaga keagamaan ataupun sosial kemasyarakatan. Kepatuhan jenis pertama ini misalnya tampak jelas dalam kehidupan komunitas religius, dimana setiap orang yang berada didalamnya harus mematuhi dogma-dogma tertentu karena meyakini bahwa dogma-dogma tersebut diturunkan dari sosok otoritatif atau eksistensi luar yang mereka sebut sebagai tuhan.

b. Moralitas asosiasi

Kepatuhan yang bersumber dari perjanjian atau kesepakatan bersama. Kepatuhan jenis ini terindikasi kuat dalam hampir seluruh gagasan kontrak sosial, yakni bahwa setiap orang menyepakati dan mematuhi seperangkat aturan dengan harapan bahwa aturan tersebut dapat merekonsiliasi nafsu-nafsu individu yang saling bertentangan demi menyelamatkan kepentingan diri masing-masing.

c. Mortalitas prinsip

Kepatuhan terjadi karena dengan jaminan kebebasan dan kesetaraan, seseorang dapat menular dan memahami bahwa apa yang mereka sepakati sebagai yang adil tersebut memang sungguh adil.

4. Dampak akibat ketidakpatuhan pengobatan

Menurut Kapti & Azizah (2017: 85-86), dampak dari ketidakpatuhan pengobatan pada pasien skizofrenia, antara lain:

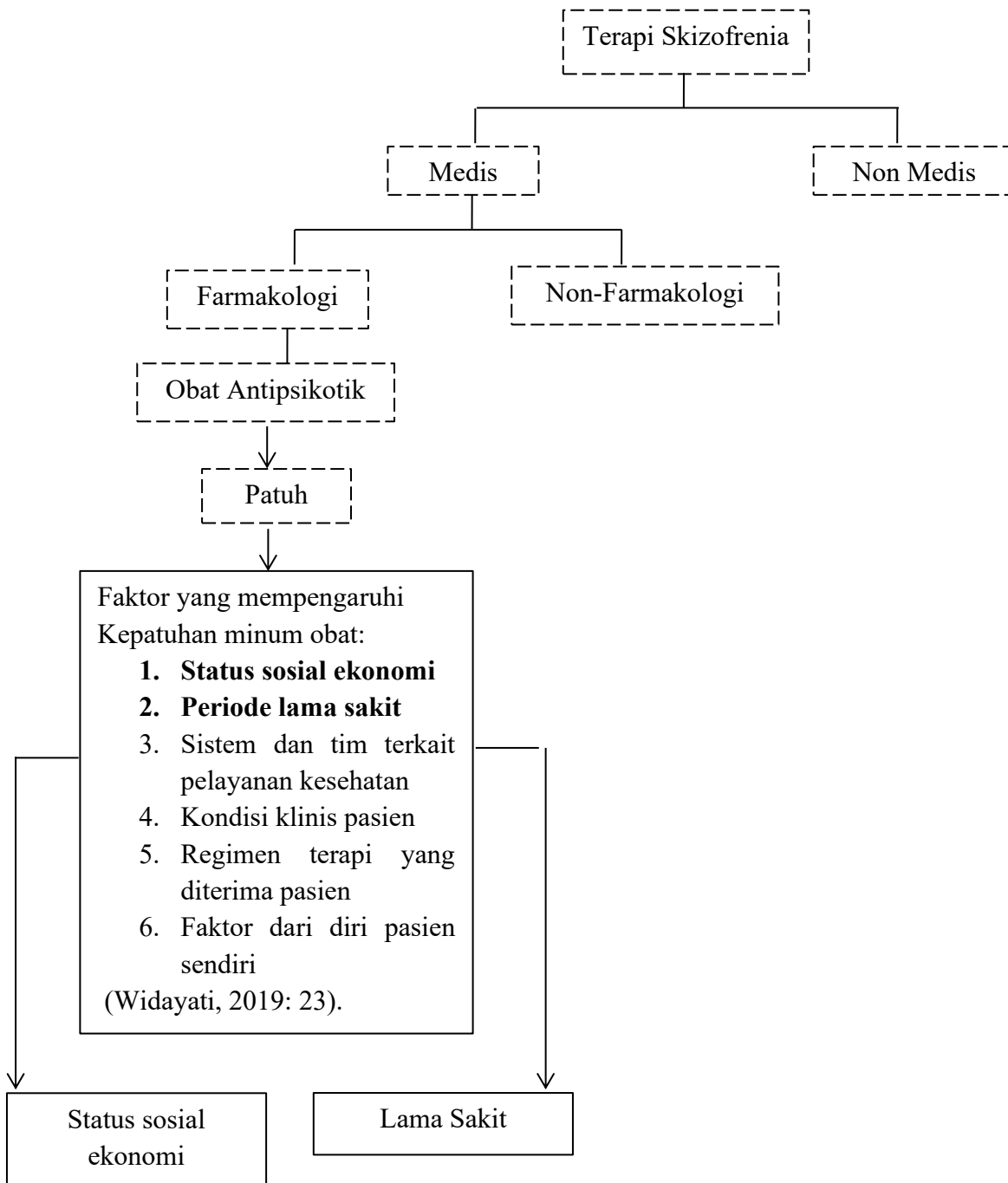
- a. Adanya pengobatan yang tidak perlu yaitu ketidakpatuhan manajemen pengobatan biasanya menyebabkan tidak memadainya pengobatan dan perpanjangan pengobatan yang tidak perlu
- b. Kegagalan pengobatan, penyembuhan dapat tertunda jika pasien menghentikan pengobatannya dan dapat menyebabkan lebih banyak penderitaan akibat penyakit. Membutuhkan biaya lebih dan harus menjalani rawat inap.
- c. Toksikitas atau kejadian toksikitas dapat meningkatkan saat pasien menambahkan dosis tambahan tanpa ada instruksi dari dokter dan ini dapat menyebabkan peningkatan tingkat morbiditas dan mortalitas di antara pasien.
- d. Terjadinya interaksi obat yang merugikan yaitu interaksi antara obat bisa terjadi saat pasien menggunakan obat-obatan tidak benar dan tidak mengikuti instruksi dokter.

5. Cara meningkatkan kepatuhan

Menurut Syamsudin (2011: 159), cara meningkatkan kepatuhan meminum obat, antara lain:

- a. Memberikan informasi pada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan
- b. Menunjukkan kepada pasien kemasan obat yang sebenarnya atau dengan cara menunjukan obat aslinya
- c. Memberikan keyakinan pada pasien akan efektivitas obat dalam penyembuhan
- d. Memberikan informasi resiko ketidakpatuhan meminum obat.

E. Kerangka Teori



Skema 2.1

Kerangka Teori Sumber: Direja (2011: 92), Elder (2013: 270-272), Imron & Aka (2018: 155), Kurniati, dkk (2018:57), Stuart (2013: 355-359), Widayati (2019: 23).

