

Pengaruh Kualitas Hidup Terhadap Penggunaan Obat Antipsikotik Kombinasi Pada Pasien Skizofrenia di Puskesmas Sumberpucung

by Godeliva Adriani Hendra

Submission date: 17-Jul-2020 08:58PM (UTC-0700)

Submission ID: 1358901673

File name: BISMILLAH_BAB_12345_-_Plagiasi_2.doc (1.09M)

Word count: 10922

Character count: 73187

Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Kesehatan jiwa sudah menjadi perhatian dunia dikarenakan menjadi salah satu permasalahan kesehatan. Salah satu masalah kesehatan yaitu demensia, depresi, gangguan bipolar dan skizofrenia yang merupakan 10 masalah terbesar dimana menimbulkan disabilitas (*World Health Organization, 2016*). Kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi dimana seorang mengetahui bagaimana kemampuan dari dirinya sendiri, sudah dapat bekerja secara produktif, dapat mengatasi tekanan dari masyarakat, dan dapat memberikan kontribusi untuk lingkungannya dapat dilihat dari perkembangannya secara fisik, spiritual, mental, dan sosial (*Kementerian Kesehatan, 2017*).

Angka kejadian skizofrenia terdapat kurang lebih 21 juta jiwa (*World Health Organization, 2016*). Di Indonesia sebanyak 0,17% penduduk atau kurang lebih 400.000 jiwa merupakan skizofrenia (*Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016*). Skizofrenia yang merupakan gangguan kesehatan mental kronis yang ditandai dengan delusi, halusinasi, ucapan hingga tindakan yang kurang terkendali, dan gangguan kemampuan kognitif (*Patel et al, 2014*).

Dalam penatalaksanaan pengobatan pasien skizofrenia harus mendapatkan terapi jangka panjang yang bertujuan untuk meminimalkan resiko dan mencegah kekambuhan psikosis, mengoptimalkan kondisi pasien dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Obat yang digunakan dalam terapi utama skizofrenia adalah obat antipsikotik. Obat antipsikotik adalah obat yang direkomendasikan untuk pengobatan dan pencegahan skizofrenia. Obat antipsikotik dapat dibagi sesuai dengan struktur kimianya, jenis pengikatan reseptor, dan profil klinis menjadi dua kelompok penting yaitu kelompok generasi pertama dan kelompok generasi kedua (*Ferrin, 2016*).

Kini yang sedang mengalami peningkatan pada kalangan psikiatri klinis yaitu pemberian obat antipsikotik yang dikombinasi baik dalam bentuk kombinasi tipikal-tipikal, tipikal-atipikal maupun atipikal-atipikal (*Patel et al, 2014*). Untuk

dapat meningkatkan kualitas hidup diperlukan kombinasi obat ini yang juga bermanfaat tidak hanya mengobati gejala positif tetapi juga gejala negatif yang ditimbulkan. Akan tetapi, terapi kombinasi antar antipsikotik maupun dengan obat lain ini berpotensi menimbulkan adanya interaksi. Interaksi yang ditimbulkan dapat bersifat menguntungkan maupun bersifat merugikan bagi pasien. Gejala yang merupakan efek samping obat sering kali membuat pasien mengurangi atau menghentikan aktivitasnya sehari-hari.

Obat antipsikotik kombinasi salah satunya dapat menimbulkan efek samping ekstrapiramidal yaitu akathisia dengan konsumsi jangka panjang (Tjay & Rahardja, 2015). Pasien merasa tidak nyaman akibat efek samping yang timbul sehingga kurang dapat melaksanakan aktivitas fisik dan memenuhi kebutuhannya. Apabila salah satu kebutuhannya tidak terpenuhi maka kualitas hidupnya pun akan terdampak. Menurut WHO (1997) mendefinisikan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi seseorang yang dalam tujuan, tempat tinggal, harapan budaya hingga urusan pribadi berkaitan dengan kualitas hidupnya.

Salah satu *pharmaceutical care* yaitu melakukan monitoring untuk mencegah efek samping obat guna meningkatkan kualitas hidup dalam mengonsumsi obat dimana kombinasi antar antipsikotik maupun dengan obat golongan selain antipsikotik yang sering diresepkan untuk penderita skizofrenia pada sarana kesehatan. Menurut Dipiro *et al* (2012) penatalaksanaan obat kombinasi clozapine dengan antipsikotik generasi pertama atau generasi kedua diberikan jika pemberian clozapine tidak memberikan respond parsial. Pemberian bersama-sama antipsikotik generasi pertama dan kedua terjadi apabila pemberian antipsikotik generasi pertama atau kedua tidak memberikan efek. Namun dalam pelaksanaannya, obat antipsikotik kombinasi dapat menimbulkan interaksi antar keduanya. Menurut Manggalawati (2016) bahwa pada peresepan keseluruhan didapati interaksi obat antipsikotik bila dikonsumsi bersamaan obat lain. Adanya interaksi obat berkaitan dengan kualitas hidupnya. Dampak gejala ekstrapiramidal pada kualitas hidup pasien skizofrenia masih belum diketahui secara jelas namun selain itu terdapat efek samping misalnya penambahan berat badan hingga seksual menurun telah terbukti berhubungan negatif dengan kualitas hidup (Bobes *et al*, 2007).

1 Penelitian ini yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh penggunaan obat antipsikotik terhadap kualitas hidup pasien skizofrenia. Dalam menjalankan penelitian ini, sarana yang digunakan adalah Puskesmas Sumberpucung yang menjadi program. Dipilihnya Puskesmas Sumberpucung karena permasalahan terkait kesehatan jiwa merupakan prioritas utama permasalahan kesehatan di Kecamatan Sumberpucung. Pasien rawat jalan dengan gangguan jiwa di Puskesmas Sumberpucung kurang lebih sebanyak 196 jiwa dengan diagnosa skizofrenia, retardasi mental (RM), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD)/ Hiperaktif, korban pecandu obat terlarang (NAPZA), Pasien gangguan jiwa dengan diagnosa skizofrenia tercatat sebanyak 70 jiwa lebih yang ditangani oleh puskesmas yaitu pasien dengan kondisi tertentu atau rujuk balik dari rumah sakit jiwa ke puskesmas (Puskesmas Sumberpucung, 2019).

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas terdapat beberapa identifikasi masalah :

1. Penggunaan obat antipsikotik kombinasi yang perlu dideteksi secara dini khususnya antar obat antipsikotik maupun antara antipsikotik dengan obat lain yang mempengaruhi karakteristik responden pada pasien skizofrenia
2. Pengaruh kualitas hidup terhadap penggunaan obat antipsikotik kombinasi pasien skizofrenia.

29 1.3. Batasan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas mengenai kombinasi obat antipsikotik, penulis membatasi penelitian hanya pada:

1. Pasien Puskesmas Sumberpucung
2. Pasien yang terdiagnosa skizofrenia dengan atau tanpa penyakit penyerta yang menjalani pengobatan minimal 3 bulan rutin kontrol
3. Kualitas hidup yang terdiri dari 4 domain yaitu domain kesehatan fisik, domain kesehatan psikologis, domain sosial dan domain lingkungan.

1.4. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini:

1. Apakah terdapat pengaruh dari karakteristik responden dengan penggunaan obat antipsikotik kombinasi pada pasien skizofrenia?
2. Bagaimanakah pengaruh kualitas hidup terhadap penggunaan obat antipsikotik kombinasi pada pasien skizofrenia?

1.5. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan karakteristik responden dengan penggunaan obat antipsikotik kombinasi pada pasien skizofrenia
2. Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan kualitas hidup dengan penggunaan obat antipsikotik kombinasi pada pasien skizofrenia.

1.6. Luaran

Dari penelitian ini diharapkan akan berlanjut ke tahap artikel penelitian dengan judul "Pengaruh Kualitas Hidup Terhadap Penggunaan Obat Antipsikotik Kombinasi Pada Pasien Skizofrenia di Puskesmas Sumberpucung".

1.7. Manfaat Penelitian

Dari penelitian ini diharapkan dapat diperoleh manfaat sebagai berikut:

1. Menambah pengetahuan tentang interaksi dari penggunaan obat antipsikotik kombinasi pada pasien skizofrenia.
2. Menambah pengetahuan tentang pengaruh penggunaan obat antipsikotik kombinasi terhadap kualitas hidup pasien skizofrenia
3. Diharapkan pasien skizofrenia lebih memperhatikan kualitas hidup untuk kedepannya.
4. Diharapkan pasien skizofrenia mendapat dukungan keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup pasien

1.8. Sistematika Penulisan

Dalam Penelitian ini sistematika penulisan disusun dengan urutan sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan

Bab ini yang akan membahas dalam hal latar belakang masalah, identifikasi masalah, batasan masalah, rumusan masalah, tujuan, luaran, manfaat, dan sistematika penulisan untuk menjelaskan bagaimana pokok-pokok pembahasannya.

Bab II Tinjauan Pustaka

Bab ini yang akan membahas dasar-dasar ulasan dan ulasan tentang kajian pustaka tentunya terkait topik penelitian dari penelitian-penelitian terdahulu.

Bab III Metodologi Penelitian

Bab ini akan menjelaskan tentang metode atau analisis yang digunakan pada penelitian dan rancangan dengan membuat gambaran penelitian.

Bab IV Hasil dan Pembahasan

Bab ini menjelaskan mengenai hasil analisis data hingga metode-metode pengolah data didalam penelitian.

Bab V Kesimpulan dan Saran

Dalam Bab ini menjelaskan tentang hasil kesimpulan beserta saran yang dapat dilihat untuk penelitian berikutnya.

Tinjauan Pustaka

2.1. Skizofrenia

2.1.1. Definisi Skizofrenia

Bahasa Yunani merupakan asal kata dari skizofrenia yang artinya kerusakan jiwa (skizos yang berarti retak, dan frenas yang berarti jiwa). Skizofrenia didefinisikan keadaan yang biasanya ditandai dengan disorganisasi kepribadian cukup parah, distorsi realita dan ketidakmampuannya berinteraksi sehari-hari dengan kehidupan luar (Ardani, 2013). Skizofrenia adalah keadaan dimana jiwa terganggu yang ditandai dengan adanya gejala-gejala afek yang terganggu hingga gejala negatif dan positif (Ramdini, 2018). Skizofrenia ditandai oleh delusi, halusinasi, pemikiran dan ucapan yang tergolong aneh, perilaku motorik abnormal hingga timbul gejala negatif (Dipiro *et al*, 2012). Gangguan psikotik salah satunya skizofrenia memang paling sering diderita dan hamper satu persen penduduk di dunia mengalami gangguan psikotik tersebut selama sisa hidup penderita (FKUI, 2010).

2.1.2. Klasifikasi Skizofrenia

Terdapat beberapa jenis skizofrenia yang dapat dilihat berdasarkan tanda-tanda klinik, yaitu :

1. Skizofrenia paranoid merupakan tipe skizofrenia paling sering terjadi dengan kondisi sangat stabil. Jika dibandingkan dengan skizofrenia lain maka *subtype* skizofrenia paranoid sedikit lebih lambat. Gejala begitu terlihat konsisten misalnya bertindak sesuai atau kurang sesuai waham. Pada kondisi ini waham dan halusinasi begitu terlihat tetapi tidak mempengaruhi dalam hal berbicara dan afek (FKUI, 2010).
2. Skizofrenia tak terinci dengan ciri pasien dengan keadaan terlihat jelas gejala psikosisnya contohnya inkoheran, kebingungan, halusinasi hingga waham atau dikatakan kriteria terpenuhi tetapi bukan termasuk dalam golongan paranoid,

tipe katatonik, hibefrenik, tipe residual juga depresi pasca skizofrenia (FKUI, 2010).

3. Depresi pasca skizofrenia merupakan bagian dari depresif yang diperkirakan berlangsung cukup lama dan dimungkinkan serangan oleh penyakit timbul kembali. Beberapa gejala-gejala skizofrenia akan tetap timbul, hal tersebut tidak didominasi oleh keadaan klinis. Gejala negatif dan positif akan terjadi dan cenderung gejala negatif lebih sering (FKUI, 2010).
4. Skizofrenia residual yaitu pasien dengan keadaan dimana sudah membaik meskipun masih terlihat gejala-gejala sisa-sisa terdahulu dari keadaan akut misalnya menarik diri dari lingkungan sekitar, sikap yang masih dirasa datar atau tak serasi, atau pikiran tak logis (FKUI, 2010).
5. Skizofrenia simpleks yaitu diagnosa dengan cara meyakinkan penderita karena bergantung pada pemastian perkembangannya yang berlangsung perlahan. Klasifikasi ini yaitu skizofrenia residual tanpa adanya riwayat halusinasi, waham hingga gejala psikotik yang ditunjukkan sebelumnya, dan disertai dengan perubahan tingkah laku yang signifikan, yang menjadi kehilangan minat cukup bermakna, malas hingga menarik diri secara sosial dari lingkungan (FKUI, 2010).
6. Menurut FKUI (2010) skizofrenia katatonik jika pasien merasakan kondisi satu atau lebih gejala-gejala skizofrenia katatonik yaitu:
 - a. Stuper katatonik atau mutisme yang merupakan keadaan dimana seseorang tidak menunjukkan respon saat berhubungan dengan orang atau lingkungan. Hal tersebut juga disadari oleh pasien karena terjadi di sekitarnya.
 - b. Negativisme katatonik dimana perintah-perintah atau usaha-usaha yang dilakukan dilawan oleh penderita.
 - c. Rigitas katatonik dimana penderita secara fisik terjadi kekakuan berlebih.
 - d. Postur katatonik dimana dalam waktu yang lama seorang pasien berada pada keadaan yang tidak biasa atau berbeda.
 - e. Kegembiraan katatonik dimana seorang penderita begitu aktif dan bahagia bahkan dapat mengakibatkan jiwanya terancam, misalnya karena kelelahan setelah beraktifitas tersebut.

7. Skizofrenia lainnya yaitu tipe skizofrenia mulai dari sonestopatik, gangguan skizofreniform, skizofrenia siklik, skizofrenia laten, gangguan skizofrenia akut (FKUI, 2010).

2.1.3. Patofisiologi Skizofrenia

Manusia dan hewan digunakan sebagai alat ukur dalam menganalisis suatu efek dari obat pada pasien dengan gangguan skizofrenia menurut teori neurokimia atau molekul organik dalam aktifitas pada sistem saraf. Dopamin dan glutamate merupakan yang paling utama ditonjolkan oleh teori ini pada patofisiologi gangguan skizofrenia, meskipun begitu serotonin juga berperan dalam patofisiologinya hanya saja masih dalam perhatian, terutama dalam beberapa waktu terakhir. Reseptor dopamine-2 diidentifikasi sebagai reseptor yang membuat densitas reseptor D2 hal tersebut dapat dilihat lebih spesifik pada jaringan otak pasien skizofrenia. Gejala positif yang ditimbulkan berperan dalam peningkatan aktivitas sistem dopaminergik lebih tepatnya pada sistem mesolimbik (Ikawati, 2011).

1. Peranan dopamine dimaksud jalur mesolimbik dan mesokortis yang terdapat dalam saraf dopamin memiliki peran yang cukup berarti akibat meningkatnya aktifitas dari dopamin di dalamnya. Gejala positif sangat mungkin terjadi akibat dari meningkatnya aktifitas pada jalur mesolimbik tersebut, begitupun sebaliknya apabila aktifitas dopamin menurun pada jalur tersebut tidak menimbulkan gejala positif yang juga mempengaruhi baik kognitif dan afektif (Ikawati, 2011).
2. Peranan serotonin masuk dalam patofisiologi gangguan skizofrenia, hal tersebut dilakukan karena secara struktur diketahui adanya kesamaan dengan *Lysergic Acid Diethylamide* (LSD) yang merupakan jenis dari salah satu bahan kimia namun bersifat halusinogen. Dari keduanya ditemukan kesamaan yaitu efek dari halusinogen LSD tersebut dengan gejala positif dari skizofrenia, ditemukan fakta bahwa antagonis serotonin yang terdapat didalam jaringan perifer merupakan LSD (Ikawati, 2011).
3. Peranan glutamate muncul dari bukti dengan peran sistem glutamatenergik kondisi skizofrenia muncul dibuktikan bahwa dengan diberikannya antagonis

reseptor *N-metil-Daspartat* (NMDA) kepada orang sehat memberikan efek yang menyerupai gejala seperti gangguan kognitif. Efek yang timbul pemberian antagonis NMDA menyerupai gejala baik positif, negatif, maupun defisit kognitif pada penderita (Ikawati, 2011).

2.1.4. Etiologi Skizofrenia

Skizofrenia adalah keadaan yang bisa dibidang kompleks dengan banyak penyebab. Walaupun skizofrenia merupakan penyakit dengan kategori diagnosa dilihat dari beberapa gangguan yang muncul maupun tidak muncul dengan gejala yang tergolong mirip. Penyakit skizofrenia sendiri merupakan suatu penyakit dengan sebab berbeda-beda, dipastikan bahwa melihat seseorang dari gejala klinisnya, perjalanan penyakitnya hingga respon terhadap obat yang dikatakan bervariasi (Kaplan *et al.*, 2010). Etiologi skizofrenia sangat berkaitan dengan beberapa faktor sebagai berikut :

1. Faktor biologis belum diketahuinya secara pasti apa penyebab terjadinya skizofrenia menimbulkan banyak spekulasi. Semakin banyaknya penelitian pada beberapa waktu terakhir terutama yang melibatkan peranan patofisiologi terutama di otak salah satunya sistem limbik, korteks frontalis, dan yang terakhir ganglia basalis. Hal tersebut yang tentunya saling berhubungan antar ketiganya, terjadinya ketidaknormalan atau tidak berfungsinya daerah dari ketiganya dimungkinkan terjadinya patologi primer di daerah lain juga. Patologi primer sangat mudah terjadi jika melibatkan beberapa bagian saja pada sistem limbik karena tempat tersebut sangat potensial pada pasien skizofrenia, hal tersebut didukung pada dua penelitian dari beberapa waktu terakhir (Kaplan *et al.*, 2010).
2. Genetik dilihat dari beberapa jenis penelitian yang begitu berkaitan terhadap riwayat keturunan penderita skizofrenia. Sekitar tahun 1930-an dilakukan penelitian dan menyimpulkan bahwa jika seorang penderita dengan gangguan skizofrenia sangat mungkin terjadi jika dari anggota keluarga lainnya juga pernah menderita skizofrenia. Hubungan dalam persaudaraan sangat mungkin menjadi penyebab seseorang menderita skizofrenia.

Tabel 2.1 Prevalensi Skizofrenia pada Populasi Spesifik

Populasi	Prevalensi (%)
Kembar monozigotik pasien skizofrenia	47,0
Anak dari kedua orangtua skizofrenia	40,0
Anak dengan satu orang tua skizofrenia	12,0
Kembar dizigotik pasien skizofrenia	12,0
Bukan saudara kembar pasien skizofrenia	8,0
Populasi umum	1,0

(Kaplan *et al*, 2010)

Kesesuaian kembar monozigotik didapati angka tertinggi. Pada kondisi kembar monozigotik yang diadopsi terlihat jelas bahwa kembar yang diasuh orang tua angkat mempunyai skizofrenia yang memungkinkan saudara kembar dibesarkan oleh orangtua kandungnya yang sama besarnya. Pengaruh genetik dapat melebihi pengaruh dari lingkungan. Semakin parah kondisi pasien skizofrenia sangat didukung oleh dasar-dasar dari genetik, pasien dengan keadaan terlahir kembar sangat mungkin sama-sama menderita gangguan skizofrenia (Kaplan *et al*, 2010).

3. Faktor psikososial sangat penting dalam mengerti masalah yang dihadapi individu, keluarga ataupun keadaan sosial lebih ditekankan sejalan dengan perkembangan ilmu biologi dan pengobatan farmakologi pada pasien skizofrenia. Apabila skizofrenia merupakan penyakit yang berasal dari otak, maka sangat mungkin sama dengan penyakit lain bahwa stress psikososial sebagai pemicu misalnya *infark miokardium* ataupun diabetes. Hal tersebut sama dengan penyakit lain misalnya paru-paru kongestif kronis. Pemberian terapi obat dikatakan kurang cukup untuk memaksimalkan kondisi klinis (Kaplan *et al*, 2010). Stresor psikososial. Perhatian terhadap adanya suatu efek pemicu menimbulkan anggapan bahwa peristiwa hidup dapat bertindak sebagai faktor presipitasi pada orang yang beresiko mengalami skizofrenia (Puri *et al*, 2011).
4. Faktor prenatal menunjukkan bahwa penderita didominasi pada kelahiran awal musim semi dan juga musim dingin akhir. Saat influenza antara kehamilan

bulan ke-3 dan ke-7 saat prenatal terpanjang mengalami skizofrenia disebabkan infeksi virus (Puri *et al*, 2011).

5. Faktor perinatal ditunjukkan dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa skizofrenia terutama mereka-mereka yang sering mengalami komplikasi obstetrik selama kelahiran. Hal ini diperkirakan disebabkan oleh trauma pada otak, misalnya persalinan salah satunya dengan hipoksia dan forseps (Puri *et al*, 2011).
6. Keluarga pasien menunjukkan bahwa terdapat peningkatan angka frekuensi skizofrenia pada mereka yang hidup dengan keluarga yang ekspresi emosinya tinggi. Perubahan pada bangkitan fisiologis diperkirakan sebagai penyebab efek ini (Puri *et al*, 2011).
7. Faktor sosial dikatakan bahwa meningkatnya gejala-gejala negatif termasuk menarik diri dari lingkungan sehingga mempengaruhi kemiskinan ide disebabkan karena kurangnya stimulasi dalam lingkungan pasien skizofrenia kronik. Keadaan ini disebut kemiskinan pergaulan sosial (Puri *et al*, 2011).

2.1.5. Gejala Skizofrenia

Secara klinis gangguan skizofrenia bisa dikatakan bervariasi antar individu, dan bisa terjadi pada satu individu dari waktu ke waktu tetapi belum bisa dikatakan secara pasti. Saat dalam kondisi normal, pasien dapat mengontrol pikiran dengan baik begitupun dengan perasaan maupun tindakannya. Gejala psikotik untuk pertama kalinya mungkin akan terjadi secara mendadak, diawali dengan menarik diri dari lingkungan, bisa juga mudah curiga dengan orang lain. Pada kondisi akut dimana keadaan otak pasien mulai menciptakan keadaan palsu (Ikawati, 2014).

Pasien dinyatakan menderita skizofrenia jika selama periode 1 bulan sampai 6 bulan mengalami beberapa tanda-tanda gangguan yang dan gejala karakteristik selama jangka waktu yang signifikan. Gejalanya umumnya tidak bersifat tunggal, dalam hal ini melibatkan beberapa gangguan salah satunya psikologis. Gejala skizofrenia ini digolongkan menjadi dua kategori yaitu gejala negatif dan gejala positif (Ikawati, 2014).

Tabel 2.2 Deskripsi Gejala Positif dan negatif skizofrenia

Gejala Positif	Gejala Negatif
Delusi	<i>Alogia</i> (kehilangan kemampuan berfikir atau bicara)
Ilusi	Perasaan/ emosi menjadi tumpul
Halusinasi	<i>Avolition</i> (Kehilangan motivasi)
Perilaku aneh, tidak terorganisir	<i>Anhedonia/ asociality</i> (kurangnya kemampuan untuk merasakan kesenangan, mengisolasi diri dari kehidupan sosial)
Bicara tidak teratur, topic melompat-lompat tidak saling berhubungan	Tidak dapat berkonsentrasi

(DSM-IV, 2013)

Hampir sama dengan deskripsi gejala skizofrenia menurut DSM-IV (2013) yaitu menurut O'Brien *et al* (2014) yang menjelaskan ada beberapa gejala yang dibagi juga dalam dua yaitu gejala negatif dan positif.

2.1.5.1 Gejala Positif

Yang dimaksud gejala positif misalnya disfungsi otak, waham hingga halusinasi. Hal tersebut membuat pasien salah mengartikan persepsi atau maksud yang didengarkan (O'Brien *et al*, 2014).

1. Waham merupakan keyakinan yang tidak sesuai dan tidak nyata atau tidak sejalan dengan realita. Isi waham biasanya merupakan pengalaman pribadi yang umum dan dibesar-besarkan. Pada skizofrenia, isi waham cenderung lebih aneh. Pasien sering kali mengalami waham curiga dan merasa seolah-olah mereka diikuti, disiksa, diejek, atau dimata-matai. Pasien dengan gangguan waham dapat memiliki gejala yang terbatas pada waham selama beberapa tahun. Awitan gangguan psikotik singkat cenderung mendadak, dan durasi gejala gangguan ini sering kali kurang dari satu bulan serta berkaitan dengan stresor yang teridentifikasi (O'Brien *et al*, 2014).
2. Halusinasi yaitu pasien yang menunjukkan perubahan perlahan terhadap persepsi. Meskipun halusinasi dapat terjadi pada semua modalitas sensori-

auditori, visual, olfaktori, gustatori, kinetik, dan taktil namun, halusinasi pendengaran lebih sering terjadi pada pasien skizofrenia. Pasien yang mengalami halusinasi pendengaran biasanya melaporkan mendengarkan suara-suara yang berbeda dan terkadang bicara dalam kalimat penuh atau perintah (O'Brien *et al*, 2014).

3. Katatonia ditandai dengan penurunan reaktivitas terhadap dunia sekitar. Pada akhirnya, pasien dapat benar-benar tidak peduli terhadap sekitar, mutisme, kurang pergerakan, dan ketidakresponsifan merupakan ciri stupor katatonik. Selain kekakuan atau gerakan yang terbatas, pasien dapat menunjukkan aktivitas motorik penuh gairah, tidak dapat dihentikan dan berlebihan (O'Brien *et al*, 2014).
4. Gangguan berpikirkir dan perilaku misalnya gejala kognitif yang tampak pada cara pikir pasien menunjukkan fungsi intelektual yang diekspresikan dalam pembicaraan dan pemilihan bahasa. Gangguan berpikirkir mendeskripsikan pikiran yang tidak beraturan dan hambatan dalam komunikasi. Masalah kognitif juga dimanifestasikan dengan perilaku tak terarah. Perilaku tak terarah memiliki rentang dan perilaku kekanak-kanakan dan regresi hingga agitasi dan agresif. Pasien skizofrenia dapat berias secara tidak tepat, terkadang menggunakan berlapis pakaian dan tampak berpakaian secara berantakan atau tidak sesuai. Pasien dapat mengalami masalah mengatur aktivitas dan melakukan tugas kehidupan sehari-hari (O'Brien *et al*, 2014).

2.1.5.1 Gejala Negatif

Jumlah morbiditas ditentukan oleh gejala negatif. Gejala negatif ditandai oleh afek datar, *alogia*, *avolition*, *anhedonia* hingga masalah perhatian. Pasien menunjukkan ekspresi wajah yang datar dan tidak responsif bahkan pasien juga memiliki kontak mata yang buruk. Pasien *alogia* berespons singkat, dan pola bicara spontan. Mereka terbatas isi pikiran, yang tercermin dalam bicara yang tidak lancar dan penggunaan bahasa yang kurang memadai. Pasien yang mengalami *avolition* tidak mampu memulai dan menyelesaikan aktivitas yang memiliki tujuan dan dapat mengalami masalah dalam melakukan aktivitas serta menyelesaikan tugas. Pasien *anhedonia* mengalami ketidakmampuan menikmati

atau merasakan kesenangan dalam aktivitas yang biasanya menyenangkan (O'Brien *et al.*, 2014).

2.1.6. Diagnosis Skizofrenia

Diagnosis skizofrenia yang tergolong akut ditetapkan sejak munculnya gejala sampai dengan sebelum 6 bulan, halusinasi dan waham termasuk salah satu gejala. Diagnosa skizofrenia kronik ditetapkan setelah 6 bulan atau lebih ditandai dengan dua atau lebih gejala halusinasi, waham, inkoheran atau neologisme, perubahan perilaku, dan gejala negatif (Keliat *et al.*, 2011).

Menurut Prabowo (2014) ada beberapa kriteria diagnostik yaitu:

1. Delusi atau waham yang aneh (isinya jelas tidak masuk akal) dan tidak berdasarkan kenyataan, sebagai contoh misalnya:
 - a. Delusi yang dikendalikan kekuatan dari luar pikiran (*delusions of being controlled*)
 - b. Delusi penyiaran atau diartikan terdapat sinyal yang ditangkap dari pikiran (*thought broadcasting*)
 - c. Delusi penyisipan yang berasal dari pikiran (*thought insertion*)
 - d. Delusi penarikan dari pikiran (*thought withdrawal*)
2. Delusi atau waham somatik (fisik) kebesaran, keagamaan, nihilistik atau waham lainnya yang bukan waham kejar atau cemburu.
3. Delusi atau waham kerja/ cemburu dan tuduhan disertai halusinasi misalnya (halusinasi penglihatan, pengecapan, penciuman, perabaan, dan pendengaran)
4. Halusinasi pendengaran seperti mendengar suara yang terkesan memberi komentar bagaimana tingkah laku maupun pemikirannya, berupa percakapan satu orang atau lebih.
5. Halusinasi pendengaran yang terjadi berkali-kali dimana terdiri dari satu kata atau lebih yang tidak berhubungan dengan kesedihan atau kegembiraan (eufonia).
6. Inkoherensi, diartikan ada celah didalam pikiran yang terlihat jelas, memikirkan suatu hal yang kurang masuk akal. pembicaraannya pun juga kaku, atau sedikit bicara yang disertai oleh :

- a. Afek atau keadaan dimana alam perasaan tumpul, datar atau tidak selaras/*inappropriate*
- b. Diketahui waham, halusinasi
- c. Deforiorasi/ tidak berkembang berasal dari tingkat adaptasi didalam pekerjaan, perawatan diri serta hubungan dengan lingkungan.
- d. Tingkah laku bisa dikatakan tidak teratur atau kekakuan
- e. Jangka waktu gejalanya paling tidak 6 bulan dalam suatu periode

2.1.7. Manifestasi Klinis Skizofrenia

Penderita skizofrenia bisa saja kehilangan pekerjaan bahkan teman karena dirasa belum mampu berbuat sesuatu dalam pekerjaannya dan sikapnya yang aneh atau berbeda. Sulitnya komunikasi yang terkadang tidak dimengerti adalah hal pemikiran dan pembicaraan mereka. Mereka seperti mempunyai keyakinan yang dirasa salah yang kurang dikoreksi. Afek yang tumpul serta penampilan dan kebiasaan-kebiasaan dari mereka juga mengalami kemunduran. *Anhedonia* yaitu dimana tidak mampu merasakan bahagia dan rasa senang akan dialami oleh pasien. Detorisasi dialami oleh pasien yang artinya memburuknya keadaan mental yang terjadi secara bertahap (FKUI, 2010).

Gejala prepsikotik akan terlihat pada kondisi seorang penderita skizofrenia dengan keadaan IQ normal sering mengalami kesulitan misalnya menarikan diri, kurang bersosial bisa juga sangat pemalu. Gangguan pribadi skizoid, antisosial/ skizotipikal maupun ambang dialami beberapa penderita skizofrenia sebelum diagnosa (FKUI, 2010).

2.1.8. Tata Laksana Terapi Skizofrenia

Menurut Ikawati (2014) mengembalikan fungsi normal dari pasien dan mencegah kekambuhannya merupakan tujuan terapi. Sasaran terapinya bervariasi berdasarkan fase dan keparahannya. Mengurangi atau menghilangkan suatu gejala psikotik dan mengembalikan fungsi normal dari pasien adalah sasaran terapi pada tahap fase akut. Sasaran pada tahap fase stabilisasi yaitu dengan menurunkan resiko yang menimbulkan kekambuhan hingga berupaya menambah tingkat adaptasi didalam bermasyarakat.

Terdapat tiga tahapan pengobatan dalam masa pemulihan penderita skizofrenia, yaitu untuk mengatasi gejala akut yang akan difokuskan pada pencegahan kekambuhan serta peningkatan fungsi selama tahap pemulihan dan pemeliharaan. Tahap fase akut terapi skizofrenia yang dilakukan saat melibatkan gejala psikotik cukup intens misalnya halusinasi, paranoid, delusi, serta gangguan berpikir. Berupaya mengendalikan gejala psikotik agar tidak membahayakan diri sendiri ataupun orang lain yang merupakan tujuan pengobatan fase akut, rawat inap sangat diperlukan pada tahapan ini. Penggunaan obat antipsikotik merupakan terapi utama yang diberikan obat dengan dosis yang tepat dan sesuai selama enam minggu berturut-turut.

Selanjutnya terapi fase stabilisasi akan dilakukan bila gejala psikotik akut dapat dikendalikan dengan baik. Sebagian pasien akan melalui fase stabilisasi dimana mereka terus mengalami gangguan berupa gejala psikotik ringan. Selama fase ini seringkali terjadi kekambuhan. Dalam fase ini pengobatannya lebih untuk mencegah kekambuhan tersebut, menurunkan gejala negatif maupun positif, dan menstabilkan pasien dalam tahap pemulihan.

Pemulihan dalam jangka waktu cukup panjang pada tahap pemeliharaan. Tujuannya yaitu untuk mempertahankan kesembuhan dengan tetap melihat gejalanya, menurunkan kemungkinan kekambuhannya serta memberikan ajaran keterampilan sebagai bekal kehidupan sosial dengan tetap melibatkan konseling, pengetahuan untuk keluarga, terapi motivasi tentunya tetap mengonsumsi obat-obatan.

1. Terapi non farmakologi dengan pendekatan psikososial dan ECT (*elektroconvulsive therapy*) perlu dilakukan terapi non farmakologi khususnya pada skizofrenia. Dibagi menjadi beberapa jenis pendekatan psikososial, antara lain *Program for Assertive Community Treatment (PACT)*, intervensi keluarga, terapi kognitif, *Cognitive Behavioural Therapy (CBT)*, dan melatih keterampilan sosial (Ikawati, 2014).
 - a. PACT yaitu semacam program rehabilitas dimana terdiri dari intervensi aktif oleh satu tim yang menggunakan pendekatannya menggunakan yang sudah terintegrasi. Program ini khusus pasien yang fungsi social yang buruk untuk membantu mencegah timbulnya kekambuhan dan

memaksimalkan dalam bidang fungsi sosial hingga pekerjaan. Tim mendidik pasien dalam tugas kehidupan sehari-hari, seperti mencuci pakaian, belanja, memasak, pengaturan keuangan, dan menggunakan transportasi. Dalam PACT lebih ditekankan kekuatan beradaptasi pasien dalam kehidupan bermasyarakat (Ikawati, 2014).

- b. Intervensi keluarga pada prinsipnya pendekatan dalam hal psikososial ini adalah anggota keluarga dari pasien harus dilibatkan dalam perlakuan proses kolaboratif yang mungkin dapat dilakukan. Kontribusi dari anggota keluarga biasanya dalam hal perawatan pasien yang memerlukan dukungan, pendidikan, bimbingan yang ada mampu membantu pasien mengoptimalkan peranannya (Ikawati, 2014).
- c. Terapi kognitif adalah bahwa proses psikologis normal dapat menjaga maupun melemahkan gejala psikotik, terutama delusi dan halusinasi. Didalam terapinya perlu dilakukan merubah keyakinan (delusi) pasien, target utamanya pada halusinasi terhadap pendengaran, dan mengembalikan psikotik sehingga terlihat lebih biasa. Pasien yang mendapat manfaat dari terapi ini umumnya adalah pasien kronis yang menjalani rawat jalan dan resisten terhadap pengobatan, khususnya untuk gejala delusi dan halusinasi (Ikawati, 2014).
- d. Pelatihan keterampilan sosial yaitu suatu kegiatan pembelajaran yang memungkinkan untuk pasien dalam memperoleh keterampilan yang diperlukan untuk sehari-hari, *interpersonal*, serta menghadapi kehidupan bermasyarakat merupakan pelatihan keterampilan. Tujuan dari pelatihan keterampilan sosial adalah untuk memperbaiki fungsi sosial pasien. Pelatihan ini merupakan pendekatan yang sangat terstruktur yang mengajarkan pasien secara sistematis perilaku khusus yang penting untuk keberhasilan dalam interaksi sosial (Ikawati, 2014).
- e. Terapi elektrokonvulsif (ECT) masih digunakan dalam mengobati penderita skizofrenia. Belum dipastikan mekanismenya, namun telah dikaji mengenai efikasinya daripada cara mengatasinya. Belum dijumpai efek samping ECT dan perlu dipertimbangkan tersendiri sebelum menerapkan ECT terutama bagi pasien. Sebelum melakukan program ECT

maka evaluasi melihat potensi, manfaat dan risiko ECT bagi pasien psikiatri (Ikawati, 2014).

2. Terapi farmakologi dengan obat antipsikotik telah menjadi terapi farmakologi untuk skizofrenia sejak 1950-an. Dalam perawatan skizofrenia, antipsikotik digunakan untuk pengobatan episode akut, untuk pencegahan kekambuhan (Ikawati, 2014).

17 2.2. Antipsikotik

2.2.1. Definisi Antipsikotik

Antipsikotik merupakan obat-obatan yang digunakan menekan fungsi psikis tertentu tetapi tidak memengaruhi fungsi umum pasien misalnya berpikir dan berkelakuan secara biasa. Antipsikotik membantu mengatur fungsi otak yang mengontrol pikiran, suasana hati dan persepsi. Meredakan emosi serta dapat pula mengurangi bahkan menghilangkan gangguan jiwa itu sendiri misalnya pikiran yang mengkhayal (halusinasi) serta mengembalikan perilaku yang tidak normal dapat menggunakan obat tersebut. Obat antipsikotik yang paling utama digunakan pada psikosis misalnya skizofrenia (Tan & Rahardja, 2015).

2.2.2. Penggolongan Antipsikotik

Antipsikotik dibagi dalam 2 kelompok yaitu obat tipikal dan obat atipikal (Tan & Rahardja 2015).

2.2.2.1. Antipsikotik Tipikal

17
Efektif mengatasi gejala-gejala positif, pada umumnya dibagi lagi dalam sejumlah kelompok kimiawi seperti derivat derivat butilpiperidin (pimozida, fluspirofen dan penfluridol), fenotiazine (klorpromazin, levomepromazin, dan triflupromazine (siquil), thioridazine dan periciazin, perfenazin dan flufenazin, perazin (taxilan), trifluoperazin, prokloperazin (stemetil) dan thetilperazin), derivat butirofenon (bromperidol, haloperidol, pipamperon dan dromperidol), derivat thioxanthen (klorprotixen (trixal) dan zuklopentixol (cisordinol)). Dalam tabel di bawah ini adalah jenis dan dosis obat antipsikotik tipikal yang dapat digunakan pada terapi skizofrenia (Ikawati, 2014).

Tabel 2.3 Obat Antipsikotik Tipikal beserta Dosisnya

¹⁶ Nama Obat	Dosis Awal (mg/ hari)	Dosis yang Sering Digunakan (mg/ hari)
Klorpromazin	50-150	300-1000
Flufenazin	5	5-20
Haloperidol	2-5	2-20
Loksapin	20	50-150
Ferfenazin	4-24	16-64
Thloridazin	50-150	100-800
Thiotiksen	4-10	4-50
Trifluoperazin	2-5	5-40

(Dipiro *et al.*, 2012)

2.2.2.2. Antipsikotik Atipikal

Yang bekerja cukup efektif melawan simtom negatif merupakan sulpirida, risperidon, klozapin, olanzapin dan quetiapin yang praktis kebal terhadap obat atipikal (Tan & Rahardja, 2015). Efek samping gangguan ekstrapiramidal dan dyskinesia tarda tergolong lebih ringan. Tetapi lansia sebaiknya menghindari penggunaan antipsikotik atipikal karena risiko kerusakan ginjal akut (Tan & Rahardja, 2015). Dalam tabel di bawah ini jenis dan dosis obat antipsikotik atipikal yang dapat digunakan pada terapi skizofrenia (Ikawati, 2014).

Tabel 2.4 Obat Antipsikotik Atipikal beserta Dosisnya

¹⁶ Nama Obat	Dosis Awal (mg/ hari)	Dosis yang Sering Digunakan (mg/ hari)
Aripiprazole	5-15	15-30
Asenapin	5	10-20
Klozapin	25	100-800
Lurasidon	20-40	40-120
Olanzapin	5-10	10-20
Paliperidon	3-6	3-12

Tabel 2.5 Obat Antipsikotik Atipikal beserta Dosisnya (Lanjutan)

¹⁶ Nama Obat	Dosis Awal (mg/ hari)	Dosis yang Sering Digunakan (mg/ hari)
Quetiapin	50	300-800
Risperidon	1-2	2-8
Ziprasidon	40	80-160

(Dipiro *et al.* 2012)

2.2.3. Mekanisme Kerja Antipsikotik

Antipsikotik merupakan golongan psikofarmaka dan mudah masuk dalam cairan serebrospinal karena bersifat lipofil sehingga obat ini dimungkinkan secara langsung ke saraf otak. Untuk golongan ini belum dapat diketahui mekanisme kerjanya secara pasti, tetapi dapat dikatakan berhubungan erat dengan jumlah neurotransmitter di otak (Tan & Rahardja 2015). Antipsikotik menghambat sedikit kuat dihambatnya reseptor dopamin (D2) di sistem limbis otak dan menghambat reseptor D1/D4, 1 dan 2- adrenergik, serotonin, muskarinin, dan histamin. Penelitian terbaru bahwa secara efektif blokade-D2 saja tidak cukup menanggulangi skizofrenia. Oleh karena itu, serotonin (5HT2), glutamat dan GABA, juga dilibatkan (Tan & Rahardja, 2015).

2.2.4. Efek Samping Antipsikotik

Menurut Tan & Rahardja (2015) sejumlah efek samping serius paling sering terjadi yaitu :

1. Gejala ekstrapiramidal (GEP) akan lebih ringan dengan daya dopamin lebih tepatnya pada senyawa butilpiperidin, butirefenon maupun antipsikotik atipikal. Contoh gejala ekstrapiramidal yaitu sebagai berikut:
 - a. Parkinsonisme kejadiannya hingga 2-10% untuk hipokinesia yaitu berkurangnya daya gerak dan kekakuan, terkadang tremor hingga banyak keluar liur. Terdapat contoh lain yaitu *rabbit-syndrome* yang muncul selang beberapa minggu atau bulan artinya mulut membuat gerakan mengunyah seperti kelinci.

- b. Distonia akut ditandai dengan kontraksi otot terutama muka dan tengkuk, posisi kepala miring, kejang rahang yang menyebabkan gangguan menelan dan sukar bicara. Guna menghindarinya, dosis harus dinaikkan dengan perlahan dan dapat ditangani dengan antikolinergik sebagai profilaksis.
 - c. Dyskinesia tarda ditandai dengan gerakan yang tidak normal tanpa disadari, otot bagian muka dan otot mulut terutama ketika menjulurkan lidah dapat menjadi permanen. Gejala ini berkaitan antara lain dengan dosis kumulatif yang telah diberikan, insidennya tinggi (10-15%) dan sering muncul setelah 0,5-3 tahun. Gejala ini hilang dengan menaikkan dosis, tetapi kemudian timbul kembali dengan lebih hebat. Pemberian vitamin E dapat mengurangi efek samping ini.
 - d. Akathisia yaitu kondisi dimana tubuh tidak dapat diam dan selalu ingin bergerak misalnya menggerakkan kaki dan tangan bahkan tubuh saat duduk. Akathisia dapat diatasi oleh konsumsi propranolol atau benzodiazepine.
 - e. *Neuroleptika maligne syndrome* berupa otot kaku, demam dan GEP lain, menurunnya kesadaran dan kelainan SSO misalnya takikardi, berkeringat, fluktuasi, tekanan darah, inkontinensi. Gejala tersebut tidak bergantung pada dosis obat.
3. *Prolactin Inhibiting Factor* (PIF) yaitu sekresi prolaktin bertambah banyak akibat blokade dopamin sehingga terjadi galaktorea.
 4. Sedasi begitu berhubungan dengan khasiat anti-histamin khususnya klorzapin, klorpromazin dan thioridazin karena efek samping ini ringan.
 5. Klorzapin, klorpromazin dan thioridazin dapat memblokir reseptor 1-adrenergik yang mengakibatkan hipotensi ortostatik.
 6. Efek antikolinergik terjadi karena adanya blokade dari reseptor muskarin, terutama pada lansia terjadi mulut kering, retensi, penglihatan gurun, obstipasi dan takikardi.
 7. Blokade reseptor 5-HT mengakibatkan efek antiserotonin yang artinya terjadi kenaikan berat badan hingga hiperglikemi akibat stimulasi nafsu makan.
 8. Walaupun obat tidak bersifat adiktif dapat timbul gejala penarikan diri. Susah tidur, sakit kepala, mual, muntah dan perasaan takut dapat terjadi jika penggunaan obat mendadak dihentikan sehingga dihentikan bertahap.

Tabel 2.6 Efek samping Relatif Obat Antipsikotik

Nama Obat	Sedatif	EPS	Antikolinergik	Orthostatis	BB	Prolaktin
Aripiprazole	+	+	+	+	+	+
Asenapine	+	++	±	++	+	+
Clorpromazin	++++	+++	+++	++++	++	+++
Clozapine	++++	+	++++	++++	++++	+
Fluphenazine	+	++++	+	+	+	++++
Haloperidol	+	++++	+	+	+	++++
Iloperidol	+	±	++	+++	++	+
Lurasidone	+	+	+	+	±	±
Olanzapine	++	++	++	++	++++	+
Paliperidone	+	++	+	++	++	++++
Perphanazine	++	++++	++	+	+	++++
Quetiapine	++	+	+	++	++	+
Risperidon	+	++	+	++	++	++++
Thioridazine	++++	+++	++++	++++	+	+++
Thiothixene	+	++++	+	+	+	++++
Zoprasidone	++	++	+	+	+	+

Extrapyramidal Side Effects (EPS), resiko efek samping relatif : ± Dapat diabaikan, + Rendah, ++ Sedang, +++ Cukup tinggi, ++++ Tinggi.

(Dipiro *et al.*, 2012)

2.2.5 Interaksi Obat Antipsikotik

Interaksi obat dapat diartikan efek dari satu obat diberikan dengan obat lain secara bersamaan mengakibatkan toksisitas atau keefektifan dari satu obat atau bisa saja lebih dapat berubah (Fradgley, 2003). Selain interaksi antar obat juga dapat berinteraksi dengan zat kimia dan makanan (Ganiswara, 2008). Antipsikotik dapat diperkuat oleh obat golongan beta-blocker dan antidepresan trisiklis yaitu dengan menghambat metabolisme dari masing-masing. Berdasarkan induksi enzim maka barbiturat dapat menurunkan kadar antipsikotik dalam darah. Kadar antipsikotik dalam darah dapat saling menurunkan jika bersamaan dengan

clorpromazin dan garam litium (Tan & Rahardja, 2015). Banyak penelitian yang berkembang khususnya tentang interaksi obat antipsikotik salah satunya oleh Julaha dkk (2010) bahwa mencakup interaksi obat potensial antar antipsikotik maupun antipsikotik bersamaan golongan lain.

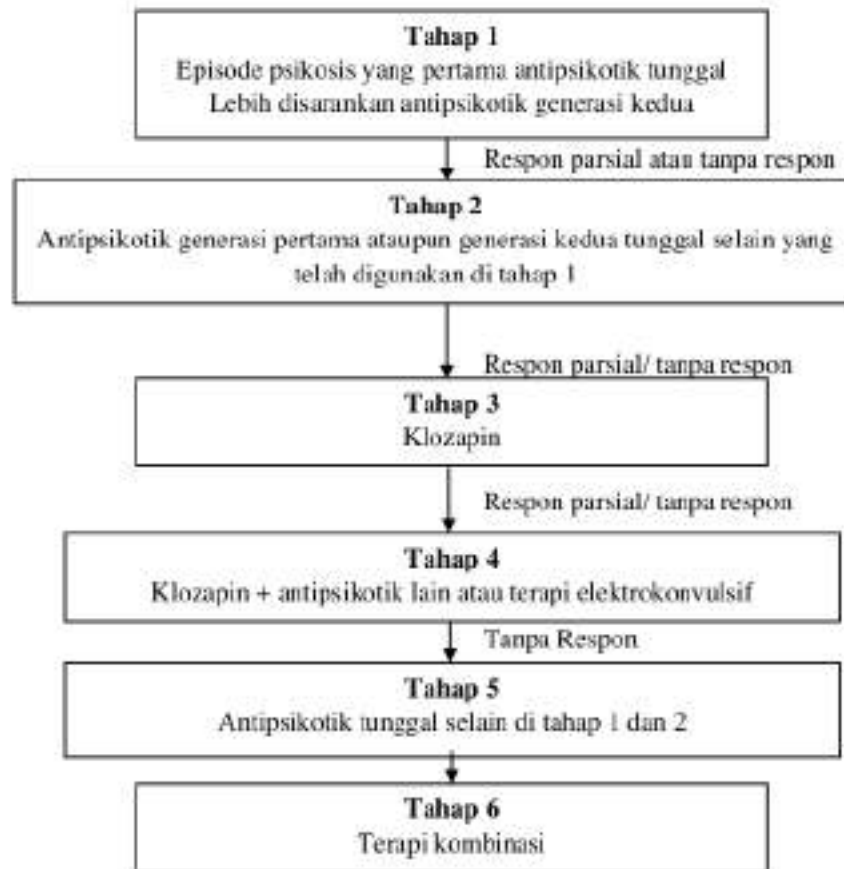
Perjalanan obat meliputi tahap absorpsi hingga ekskresi dalam tubuh berhubungan dengan interaksi farmakokinetik. Sedangkan yang berhubungan dengan tempat kerja obat pada aksi disebut interaksi farmakodinamik. Antagonisme, sinergisme, efek reseptor secara tidak langsung hingga gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit merupakan mekanisme dari interaksi obat.

Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Interaksi Obat memang sangat bervariasi termasuk efek yang ditimbulkan. Terdapat beberapa faktor dimana interaksi obat mempengaruhi seorang pasien antara lain:

1. Faktor usia dimana reaksi obat-obatan pada tubuh kita berbeda saat usia bertambah. Terdapat perubahan yang signifikan pada pendistribusian obat yang larut didalam lemak khususnya pada wanita lanjut usia lebih tinggi dimana terdapat 33% jaringan lemak yang menjadikan wanita muda, yang artinya mengakibatkan terjadinya akumulasi obat. Selain itu metabolisme obat juga dipengaruhi usia karena adanya perubahan pada ginjal dan hati. Saat kondisi tubuh semakin tua sekitar 30 hingga 40% klirens dari beberapa obat dapat terlambat yang melalui aliran darah melalui hati. Yang terpenting yaitu selalu memastikan terapi obat khususnya pada pasien lanjut usia (Syamsudin, 2011).
2. Faktor polifarmasi dilakukan dengan menggunakan satu atau lebih macam obat. Tujuan dari polifarmasi ini yaitu untuk meningkatkan efek terapi dan menurunkan efek samping. Substansi zat menyebabkan terhambatnya timbulnya resistensi serta mencegah adanya kemungkinan efek toksik. Bila mana semua obat memang dibutuhkan hal ini dari polifarmasi tidak selalu jelas tidak dan tergolong berbeda saat mengonsumsi obat secara bersama-sama (*multiple medication*) (Syamsudin, 2011).
3. Faktor penyakit yaitu kondisi dimana terdapat obat-obatan untuk satu penyakit bermanfaat justru untuk penyakit lain berbahaya misalnya pasien jantung dan

hipertensi menggunakan obat golongan beta-bloker yang memperburuk penyakit asma dan diabetes (Syamsudin, 2011).

2.2.6 Algoritma Terapi Antipsikotik



Gambar 2.1 Algoritma Terapi Skizofrenia (Dipiro, 2012)

2.3. Antiparkinson

2.3.1. Pengertian Antiparkinson

Pengobatan parkinson bersamaan dengan gejala psikiatri akan dilakukan penyesuaian dengan gejala-gejala yang muncul. Pada psikosis, jika gejala motorik menghalangi dosis minimalis atau penghentian beberapa obat, maka penambahan obat antipsikotik tipikal harus dipertimbangkan dengan clozapine sebagai pilihan.

Untuk depresi pada penyakit Parkinson, SSRI menjadi pilihan dan dapat dibantu dengan diberikan psikoterapi (Grantika *et al.*, 2015).

2.3.2. Penggolongan Antiparkinson

Tabel 2.6 Golongan Obat Antiparkinson dan Dosisnya

Nama Obat	Dosis Awal (mg/hari)	Dosis Pemeliharaan (mg/hari)
Antikolinergik		
Benztropin	0.5-1	1-6
Trihexyphenidyl	1-2	6-15
Carbidopa/ Levodopa		
Carbidopa/L-dopa	100-300	300-1000
Carbidopa/L-dopa ODT	100-300	300-1000
Carbidopa/L-dopa CR	200-400	400-1000
Carbidopa/L-dopa/ entacapone	200-600	600-1000
Carbidopa	25	25-75
Agonis Dopamin		
Apomorphine	1-3	3-12
Bromocriptine	2.5-5	15-40
Pramipexole	0.125	1.5-4.5
Pramipexole ER	0.375	1.5-4.5
Ropinirole	0.75	9.24
Ropinirole XL	2	8-24
Rotigotine	2	2-8
COMT Inhibitors		
Entacapone	200-600	200-1600
Tolcapone	300	300-600
MAO-B Inhibitors		
Rasagiline	0.5-1	0.5-1

Tabel 2.6 Golongan Obat Antiparkinson dan Dosisnya (Lanjutan)

Nama Obat	Dosis Awal (mg/hari)	Dosis Pemeliharaan (mg/hari)
Selegiline	5-10	5-10
Selegiline ODT	1.25	1.25-2.5
Miscellaneous		
Amantadine	100	200-300

COMT, *catechol-O-methyltransferase*; CR, *controlled release*; MAO, *monoamine oxidase*; ODT, *orally disintegrating tablet*.

(Dipiro *et al.* 2012)

2.3.2. Mekanisme Kerja Antiparkinson

Triheksifenidil digolongkan obat antimuskarinik juga antiparkinsonian. Diperkirakan mekanismenya yaitu memblok impuls *efferent* dan dapat menghambat di pusat motor serebralnya akan tetapi belum sepenuhnya dapat dipahami. Mekanisme amantadine belum sepenuhnya dipahami, yang diperkirakan meningkatkan konsentrasi DA ekstraseluler pada neuron dopaminergik, merangsang reseptor DA secara langsung, atau sensitivitas reseptor DA ditingkatkan (McEvoy, 2011).

2.3.3. Efek Samping Antiparkinson

Kesulitan tidur timbul karena kadar-DA di otak meningkat karena agonis dopamin. Guna meringankannya, sebaiknya dosis terakhir lebih disarankan diminum sebelum tidur. Efek kejiwaannya pun muncul, seperti takut, perasaan depresi hingga muncul gejala psikologis pada *overdose*. Terhambatnya produksi prolactin akibat dari obat-obat yang mekanismenya berkerja pada hipofisis dan hipotalamus. Mulai dari dosis yang rendah kemudian perlahan-lahan naik untuk mengurangi efek samping tersebut dengan cara berangsur-angsur (Tjan & Rahardja, 2015).

Antikolinergik efek sampingnya terutama diakibatkan oleh system kolinergik yang di blok dan berupa efek perifer umum termasuk mulut kering, pengelihatan kabur, sembelit dan retensi urin. Reaksi yang lebih serius termasuk

kelupaan, kebingungan, sedasi, depresi dan kecemasan. Pasien dengan defisit kognitif yang sudah ada sebelumnya dan orang tua berada pada resiko yang lebih besar untuk efek samping antikolinergik sentral. Efek samping umum dari agonis dopamine termasuk mimpi yang jelas dan perilaku impulsif. Halusinasi dan delusi dapat dikelola dengan menggunakan pendekatan bertahap. Ketika ditambahkan pada L-dopa, agonis dopamine dapat memperburuk diskinesia (Dipiro *et al*, 2012).

2.3.4. Interaksi Obat Antiparkinson

Selegilin juga meningkatkan efek puncak L-dopa dan dapat memperburuk diskinesia atau gejala kejiwaan yang sudah ada sebelumnya, seperti delusi. Metabolit selegilin adalah I-metamfetamin dan I-amfetamin. Tablet disintegrasi oral dapat memberikan peningkatan respons dan efek samping yang lebih sedikit daripada formulasi konvensional. Tolcapone dan entacapone digunakan bersama dengan carbidopa/L-dopa untuk mencegah konversi perifer dari L-dopa menjadi dopamine (Dipiro *et al*, 2015). Efek antikolinergik akan meningkat, termasuk efek sampingnya jika digunakan bersama amantadine. Interaksi triheksifenidil yaitu dengan desipramin, imipramin dan obat antikolinergik lain. Chlorhydria, seperti betazel dan asam glutamate merupakan antagonis triheksifenidil (Depkes RI, 2011).

2.4. Kualitas Hidup

2.4.1 Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan sebuah konsep kesehatan yang mencakup banyak komponennya hingga kesejahteraan contohnya segi psikososial, segi fisik, bidang ekonomi serta budaya (Olie & Thomas, 2011). Hal terpenting yaitu bahwa kualitas hidup mencakup konsep-konsep kesejahteraan, harapan seseorang, factor fisik maupun psikologik serta partisipasi sosial dan gaya hidupnya (Brett *et al*, 2012). Dari definisi di atas diambil kesimpulan bahwa kualitas hidup yaitu sebagai persepsi yang muncul dari seorang individu mengenai dirinya mencakup beberapa komponen penting yang menggambarkan keunggulannya seperti halnya dimulai dari tujuan, harapan, intelektual, perkembangan pribadinya, hubungan

interpersonal, psikososial, kesejahteraan fisik dan mental termasuk ekonomi bahkan budaya.

2.4.2 Domain Kualitas Hidup

Menurut WHO (1997) bidang-bidang penilaian kualitas hidup yaitu:

1. Domain Kesehatan Fisik didalamnya terkait aktivitas sehari-hari, tenaga hingga kelelahan, mobilitas sosialnya, tidur dan istirahat, rasa sakit dan ketidaknyamanannya, tergantung pada bantuan medis, kenyamanan, rasa sakit, kapasitas bekerja bahkan hingga tidur dan istirahat.
2. Domain Psikologis berkaitan dengan kondisi badan dan penampilan, pikiran terutama perasaan positif, spiritualitas dan belajar.
3. Domain Sosial ini terkait jalinan hubungan personal, hubungan sosial dan dukungan sosial hingga mempengaruhi kegiatan seksualnya.
4. Domain Lingkungan kaitannya bermula dari kesehatan fisik sosial, termasuk sumber finansial, lingkungan rumah sehingga mendapat kesempatan untuk belajar kemampuan baru, rekreasi jika mendapat banyak waktu senggang juga diperlukan untuk lingkungan.

Cella *et al* (1993) dalam Mazanec (2011) menyatakan 4 domain kualitas hidup, yaitu:

1. *Physical Well-Being* merupakan kesehatan fisik diartikan menilai dirinya sendiri mengenai hidupnya yang meliputi emosinya dalam melihat suatu peristiwa yang terjadi
2. *Social Well-Being* adalah kesejahteraan sosial dimana kontrol pribadi yaitu cara paling efektif untuk lebih fokus pada diri untuk mengevaluasi dalam menjaga hubungan yang positif.
3. *Emotional Well-Being* yaitu keadaan dimana acuannya adalah keadaan emosi yang bahagia, nyaman dan terlihat begitu kuat pada seseorang.
4. *Functional Well-Being* merupakan kemampuan seseorang melakukan kegiatan biasanya didalam kehidupan sehari-hari sehingga melaksanakan peran dengan baik adalah dimaksud dengan kesejahteraan fungsional.

2.4.3 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor – faktor yang dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup yaitu:

1. Faktor fisik menurut Khalid dkk (2016) kualitas hidup dipengaruhi cacat fungsional yang mengakibatkan seseorang memerlukan bantuan orang disekitarnya untuk menjalani aktivitasnya. Terhambatnya rutinitas atau aktifitas sehari-hari dipengaruhi oleh rasa gelisah akibat rasa sakit yang diderita terkadang (Utami, Karim, & Agrina, 2014). Selain itu, kualitas hidup juga dipengaruhi oleh durasi rasa sakit yang ditimbulkan sehingga mengganggu aktivitas seseorang, kualitas tidur mulai memburuk, termasuk kurangnya energi dalam melakukan sesuatu, berkurangnya kemampuan dalam bekerja sehari-hari juga dapat berpengaruh (Astuti, Syamsiatun & Suryani, 2015).
2. Faktor psikologis turunya kualitas hidup seseorang salah satunya dipengaruhi oleh depresi (Liu & Huang, dalam Lin *et al*, 2015). Selain depresi, demensia (Khalid dkk, 2016), muncul perasaan negative merasa putus asa, depresi, cemas, menurunnya konsentrasi, menganggap kemampuannya kurang memuaskan akibat sakit (Astuti *et al*, 2014).
3. Faktor klinis dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang yaitu hipertensi, keparahan penyakit hingga komplikasi (Khalid dkk, 2016), efek samping didalam pengobatannya (Liu & Huang, dalam Lin *et al*, 2015), hingga kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatannya (Yaghoubi *et al*, 2012).
4. Faktor ekonomi sosial menurut Khalid *et al* (2016) keluarga, perkawinan, layanan kesehatan berdampak terhadap kualitas hidup seseorang. Yaghoubi *et al* (2012) menunjukkan bahwa taraf ekonomi pendapatan rendah, pendidikan, pekerjaan dan pengangguran mempengaruhi kualitas hidup (Liu & Huang, dalam Lin *et al*, 2015).

Hal tersebut disimpulkan bahwa berkurangnya kemampuan untuk bisa melakukan aktivitasnya sehari-hari yaitu faktor fisik, faktor psikologis seperti cemas dan depresi, faktor klinis seperti efek dari pengobatan, dan faktor sosial ekonomi seperti taraf ekonomi dan dukungan pihak keluarga serta orang terdekat berpengaruh pada kualitas hidup.

2.5. Uji Analisis Penelitian

2.5.1. Uji Validitas

Uji yang menunjukkan seberapa jauh alat ukur potensial atau mampu mengukur disebut uji validitas. Pengukuran dalam mengumpulkan sebuah data merupakan sebuah prinsip keandalan instrumen dalam uji validitas. Mengukur apa yang semestinya diukur dengan instrumen (Nursalam, 2015). Apabila suatu tes menjalankan fungsi dalam pengukuran dan hasilnya pun tepat dan akurat maka validitas tes tersebut tergolong tinggi. Namun dikatakan validitas golongan rendah jika data yang tidak relevan. Kecermatan didalam suatu pengukuran sebuah konsep validitas cukup penting.

Sebuah pengukuran dasarnya dinyatakan oleh korelasi skor kriteria berkaitan dengan tes dari suatu koefisien validitas. Bila skor tes simbolnya X dan simbol Y untuk skor kriteria, r_{xy} merupakan koefisien korelasi validitas (Azwar, 2010). Jika harganya positif (+) maka koefisien validitas punya makna. Teknik korelasi yang yaitu teknik korelasi "Pearson Product Moment" dengan rumus:

$$r_{xy} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(n(\sum X^2) - (\sum X)^2)(n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2)}} \quad (2-1)$$

30

Keterangan :

r_{xy} : Koefisien korelasi variabel X dan Y

$\sum xy$: Total perkalian variabel X dan Y

$\sum x^2$: Total dari x kuadrat

$\sum y^2$: Total dari y kuadrat

$(\sum x)^2$: Total nilai x yang dikuadratkan

$(\sum y)^2$: Total nilai y yang dikuadratkan

2.5.2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas didefinisikan hasil pengukurannya terdapat kesamaan dalam waktu berbeda dan diamati berkali-kali (Nursalam, 2015). Data pengukuran yang *reliable* adalah jika memiliki reliabilitas tinggi. Keterandalan, keajekan, kepercayaan, konsisten, kestabilan dan lain-lain merupakan nama lain reliabilitas yang konsepnya adalah melihat seberapa jauh kepercayaan suatu hasil pengukuran. Apabila hasilnya cenderung sama dan belum berubah dari aspek

pengukuran maka hasil ukurnya dapat dipercaya. Dikatakan relatif bila terdapat toleransi pada perubahan kecil antar data pengukuran begitupun sebaliknya.

Sekelompok individu tergolong sama untuk melihat tinggi rendahnya reliabilitas oleh koefisien reliabilitas. Uji reliabilitas pada penelitian ini menggunakan indikator *Alpha Cronbach* dalam kuesioner yang sering dilakukan. Uji reliabilitas dengan *alpha cronbach* akan didapatkan tingkat reliabilitas dilihat dari nilai alpha. Jika nilai alpha $>0,6$ maka dapat dikatakan *reliable* (Dahlan, 2014). Dengan rumus:

$$r_{11} = \left(\frac{k}{(k-1)} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right) \quad (2-2)$$

Keterangan :

- r_{11} : koefisien reliabilitas tes
- k : banyak item yang dikeluarkan dalam uji
- 1 : bilangan konstan
- $\sum \sigma_i^2$: jumlah variasi skor dari setiap item
- σ_t^2 : variasi total

2.5.3. Uji *Chi Square*

Uji *Chi Square* merupakan hubungan yang diuji tiap kategori dimana frekuensi dan observasi dibandingkan. Dalam mengukur kuatnya hubungan dari variabel dan melihat hubungannya (Sugiyono, 2015). Syarat untuk menggunakan uji ini adalah skala pengukuran ordinal atau nominal.

$$\chi^2_p = \sum_{ij} \frac{(f_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \quad (2-5)$$

Keterangan :

- χ^2_p : nilai chi square
- f_{ij} : jumlah kejadian yang teramati dari kategori ke-1 dalam kelompok data x dan kategori ke-j dalam kelompok data y
- E_{ij} : jumlah kejadian yang diharapkan apabila ke-2 variabel tidak saling tergantung

Kriteria penerimaan pada uji yaitu apabila nilai X^2 hitung < nilai kritis maka H_0 diterima dan H_1 ditolak begitu pula sebaliknya. Kriteria penerimaan selanjutnya adalah pada taraf signifikansi 5% apabila p -value kurang dari 0,05 menunjukkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima.

2.6. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.7 Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti	Tahun	Judul	Hasil Kesimpulan
1	Pratiwi Manggalawati	2016	Potensi Interaksi Obat Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia Dewasa di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah "X" Periode Oktober-Desember Tahun 2015	1. Berpotensi interaksi obat antipsikotik dengan obat golongan lain atau golongan yang sama pada saat peresepan dilakukan 2. Paling banyak mengalami interaksi adalah haloperidol dengan trihexyfenidil 3. Ada interaksi dengan mekanisme farmakokinetik dan interaksi dengan mekanisme farmakodinamik terjadi. Dari hasil tersebut secara keseluruhan dari 235 pasien berpotensi interaksi, dengan 214 potensi berinteraksi secara signifikan, dan 21 potensi berinteraksi serius.
2	Dwi A. Ramdini, Sri A. Sumiwi, Melisa I. Barliana, Dika P. Destiani, Ice L. Nur.	2018	Potensi Interaksi Obat pada Pasien Skizofrenia di Salah Satu Rumah Sakit Jiwa di Provinsi Jawa Barat	Didapatkan prevalensi potensi kejadian interaksi obat sebesar 92,54% dengan mayoritas masuk kategori interaksi signifikan (78,24%). Tingginya persentase ini disebabkan banyaknya jumlah obat yang diresepkan pada pasien skizofrenia. Oleh karena itu, monitoring respon obat pasien skizofrenia harus dilakukan dengan baik untuk mengurangi interaksi obat dan risiko efek samping yang mungkin terjadi.

Tabel 2.7 Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Nama Peneliti	Tahun	Judul	Hasil Kesimpulan
3	Ida Lisni, Dharma Patti, Siti Saidah.	2016	Analisis Potensi Interaksi Obat Pada Penatalaksanaan Pasien Skizofrenia Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat	Obat antipsikotik yang terbanyak untuk penatalaksanaan skizofrenia adalah haloperidol (65,25%), dan obat golongan lain yang terbanyak digunakan adalah trihexyfenidil (62,71%). Ditemukan potensi interaksi obat sebanyak 391, tingkat keparahan mayor sebanyak 111 kasus (28,39%)
4	Putri Pamungkas Sari	2017	Analisis Interaksi Obat Antipsikotik pada Penderita Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Klaten Tahun 2016	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat 100% kejadian interaksi obat pada pasien Skizofrenia 2. Mekanisme interaksi obat yang paling banyak terjadi pada pasien skizofrenia adalah mekanisme farmakodinamik 31,13% dan jenis obat yang seringkali menimbulkan interaksi adalah Haloperidol - Triheksifenidil 33,60%
5	Julio Bobes, MD; Maria Paz Garcia-Fortilla, MD; Maria Teresa Bascaran, MD, Pilar Alejandra Saiz, MD; Manuel Bousoño, MD	2007	Quality of life in schizophrenic patients	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kualitas hidup saat ini dianggap dalam psikiatri klinis sebagai hasil antara dan distal 2. Hasil ini sangat dipengaruhi oleh adanya gejala klinis, terutama negatif dan depresi dalam hal ini intervensi terapeutik sangat berharga dalam meningkatkan kualitas hidup pasien 3. Meskipun antipsikotik atipikal telah menunjukkan profil kemanjuran yang lebih luas dan pola tolerabilitas yang lebih baik daripada yang konvensional, hasilnya menyangkut manfaat yang lebih besar dalam meningkatkan kualitas hidup 4. Dampak gejala

Tabel 2.7 Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Nama Peneliti	Tahun	Judul	Hasil Kesimpulan
				ekstrapiramidal pada kualitas hidup pasien skizofrenia masih belum jelas
				5. Penambahan berat badan dan disfungsi seksual termasuk efek samping yang timbul selain ekstrapiramidal, telah terbukti berhubungan negatif dengan kualitas hidup

Bab III

Metodologi Penelitian

3.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan data dilakukan secara retrospektif kemudian dilanjutkan wawancara terstruktur terkait kualitas hidup pasien skizofrenia yang menjalani rawat jalan di UPTD Puskesmas Sumberpucung tahun 2020. Data yang diperoleh dari rekam medik dianalisis terkait penggunaan obat kombinasi antipsikotik dan wawancara kepada pasien maupun keluarga pasien yang disajikan dalam bentuk deskriptif.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Farmasi Puskesmas Sumberpucung Kabupaten Malang

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret-Mei 2020 dengan kurun waktu pelaksanaan kurang lebih 3 bulan.

3.3. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien skizofrenia di Puskesmas Sumberpucung Daerah Kabupaten Malang pada tahun 2020. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien skizofrenia yang diterapi dengan menggunakan obat kombinasi di rawat jalan dimana pasien berjumlah kurang lebih 70 orang.

3.4. Kriteria Eksklusi dan Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian memenuhi syarat sehingga dapat mewakili dalam sampel penelitian. Kriteria inklusi dalam

penelitian ini yaitu pasien skizofrenia di rawat jalan UPTD Puskesmas Sumberpocung. Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak memenuhi syarat dapat mewakili sampel penelitian. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pasien yang tidak datang rutin setiap bulannya, pasien yang masuk Rumah Sakit, pasien dengan diagnosa skizofrenia dengan data pasien dari rekam medik tidak terbaca, rusak, hilang dan pasien meninggal dunia.

3.5. Variabel Penelitian

Variabel-variabel penelitian ini meliputi :

- a. Sebab munculnya variabel terikat dipengaruhi variabel independent (bebas). Penggunaan obat antipsikotik kombinasi pasien skizofrenia menjadi variabel bebas dalam penelitian ini.
- b. Variabel dependent (terikat) artinya variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat dari variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien skizofrenia
- c. Variabel pengganggu bersifat hipotetikal yaitu secara kongkrit pengaruhnya kurang terlihat, tetapi secara teoritis mempengaruhi hubungan antara variabel terikat dan bebas. Dalam penelitian ini variabel pengganggu adalah usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, status pernikahan, diagnosa, riwayat penyakit lain, status tinggal, kegiatan sosial, trauma otak, riwayat keluarga, dan edukasi skizofrenia.

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Konsep	Indikator	Skala
Penggunaan obat antipsikotik kombinasi	Melakukan penggunaan obat antipsikotik kombinasi digunakan antara obat golongan antipsikotik dengan antipsikotik lain maupun antara obat antipsikotik	pengecekan obat pasien dengan melihat obat rekam medis yang pasien antara obat	Nominal

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian (Lanjutan)

Variabel	Konsep	Indikator	Skala
	dengan obat golongan lain		
Kualitas Hidup	Tingkat kualitas hidup pasien skizofrenia dengan menggunakan kuesioner saat wawancara	Menggunakan kuesioner WHOQOL-Bref	Ordinal

3.6. Pengumpulan Data

3.6.1. Proses Pengumpulan Data

Kegiatan penelitian dilakukan dengan mempersiapkan surat permohonan izin untuk melakukan penelitian di Instalasi Farmasi Puskesmas Sumberpucung tahun 2020. Selanjutnya melakukan kesepakatan dengan responden dengan menjelaskan tujuan dari penelitian (Lampiran A). Setelah memahami, maka responden diminta menandatangani surat pernyataan ketersediaan menjadi responden dalam penelitian (Lampiran B). Selanjutnya dilanjutkan wawancara mengisi lembar pengumpul data berisi karakteristik pasien (Lampiran C) dan wawancara dengan kuesioner WHOQOL-BREF (Lampiran D). Dilanjutkan menganalisa adanya pengaruh antara kualitas hidup dengan interaksi obatnya.

3.6.2. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

1. Kuesioner berisi data diri pasien untuk mengetahui karakteristik pasien
2. Kuesioner *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-Bref* untuk mengukur kualitas hidup pasien yang terdiri dari 4 domain yaitu domain kesehatan fisik, domain kesehatan psikologis, domain sosial terkait hubungan dan domain lingkungan. Kuesioner tersebut akan di uji validitas dan reliabilitas. Jenis validitasnya yaitu validitas isi/ *content validity* dengan pengambilan keputusan berdasarkan koefisien validitas *pearson product moment* yaitu jika nilai $r > r$ tabel, berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima dinyatakan valid begitupun sebaliknya. Pengambilan keputusan uji reliabilitas

berdasarkan *cronbach's alpha* yaitu dinyatakan *reliable* jika lebih dari 0,6 maka H_0 ditolak dan H_1 diterima.

3. Buku *Drug Information Handbook* (DIH) dan buku *Stockley's Drug Interaction* untuk melihat interaksi obat.

3.6.3. Teknik Pengumpulan Data

1. Editing

Editing dilakukan untuk memperbaiki isian kuesioner bila terdapat ketidakcocokan dan melakukan wawancara lagi untuk memastikan jawaban yang dirasa tidak cocok atau kosong.

2. Coding

Coding dilakukan untuk mengubah bentuk kalimat menjadi angka atau bilangan tertentu sehingga menjadi mudah dan sederhana.

3. Scoring

Peneliti melakukan skoring untuk tingkat kualitas hidup pasien dengan cara penjumlahan tiap domain. Domainnya adalah fisik, psikologis, sosial dan lingkungan. Pertanyaan adalah serangkaian lima kemungkinan jawaban, masing-masing memberikan skor sendiri. Skor dalam skala ini bergerak diindikasikan 1 sampai 2. Total skor secara keseluruhan dalam menjawab kuesioner minimal 0 dan maksimal 100. Hasil keseluruhan diperoleh secara menunjukkan semakin tinggi skor yang diperoleh, semakin tinggi kualitas hidup. Sebaliknya, menerima nilai yang lebih rendah, kualitas hidup yang lebih rendah. Kategori kualitas hidup berdasarkan skor yaitu <50 dikatakan buruk dan >50 dikatakan baik.

Tabel 3.2 Perhitungan Skor Kualitas Hidup

	Skor Domain	Raw Skor	Transformed Score	
			4-20	0-100
Domain 1	(P1)+(P2)+(P3)+(P4)+(P5)+(P6)+(P7)+(P8)	a	b	c
Domain 2	(P9)+(P10)+(P11)+(P12)+(P13)	a	b	C
Domain 3	(P14)+(P15)+(P16)	a	b	c

Tabel 3.2 Perhitungan Skor Kualitas Hidup (Lanjutan)

	Skor Domain	Raw Skor	Transformed Score	
			4-20	0-100
Domain	(P17)+(P18)+(P19)+(P20)+(P21)+(P22)+(P23)+(P24)	a	b	c
4				
	Total	a	b	c

Keterangan:

Raw Skor : penjumlahan nilai pada setiap pertanyaan dalam setiap domain

4-20 : Mean setiap domain x 4

0-100 : [nilai (b)-4 x [100/16]

4. *Tabulating*

Memasukkan data dari hasil penelitian yang dilakukan dalam tabel sesuai kriteria untuk selanjutnya diolah. Memasukkan data kedalam komputer dan dianalisis menggunakan *Rstudio*.

5. *Cleaning*

Memeriksa kembali guna melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, data kurang lengkap yang selanjutnya dilakukan koreksi pada data.

3.7. Analisis Data

1. Untuk melihat hubungan antara karakteristik responden dengan kombinasi obat antipsikotik menggunakan uji *chi square* dengan hipotesis yaitu:

H_0 : Tidak ada hubungan karakteristik responden dengan kombinasi obat antipsikotik

H_1 : Ada hubungan karakteristik responden dengan kombinasi obat antipsikotik

2. Untuk melihat hubungan antara kualitas hidup dengan kombinasi obat antipsikotik menggunakan uji *chi square* dengan hipotesis sebagai berikut:

H_0 : Tidak ada hubungan kualitas hidup dengan kombinasi obat antipsikotik

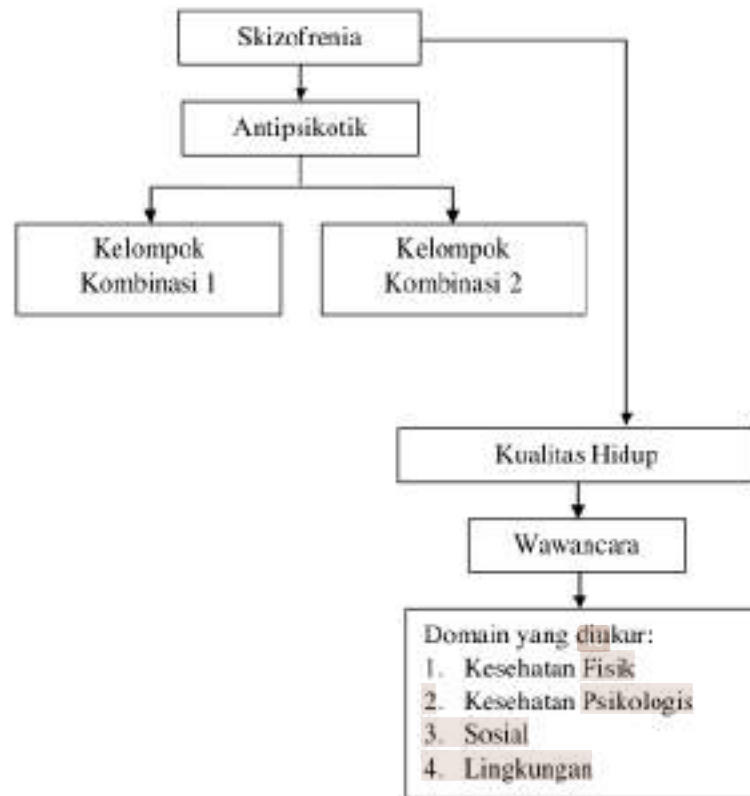
H_1 : Ada hubungan kualitas hidup dengan kombinasi obat antipsikotik

3.8. Pertimbangan Etis

Pertimbangan etis yang perlu diperhatikan dalam penelitian ini adalah bahwa sudah mendapat izin dari Dinas Kesehatan (Lampiran G). Sampel bersedia mengikuti penelitian ini berdasarkan keinginan sendiri tanpa paksaan dari pihak

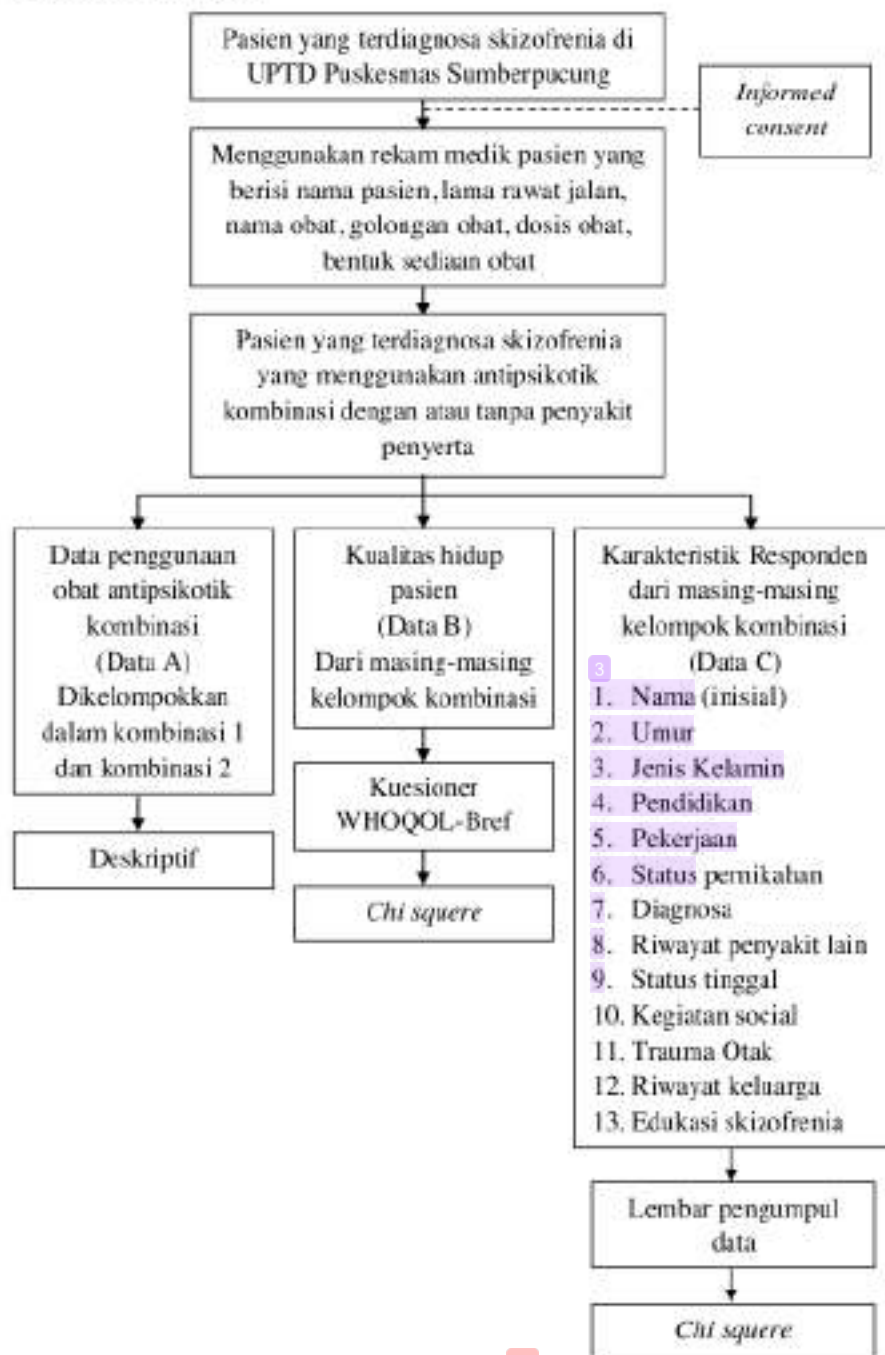
manapun. Subjek penelitian menandatangani persetujuan bersedia mengikuti penelitian ini dan mengetahui alur penelitiannya.

3.9. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Skema Kerangka Konseptual

3.10. Kerangka Kerja



Gambar 3. 2 Rancangan Alur Penelitian

Bab IV

Hasil dan Pembahasan

Pada bab ini disajikan hasil pengumpulan data penggunaan obat antipsikotik kombinasi pada pasien skizofrenia di Puskesmas Sumberpucung disertai dengan hasil sejauh mana pengaruhnya dengan kualitas hidup. Penelitian ini melihat pengaruh kualitas hidup terhadap penggunaan obat antipsikotik kombinasi dengan wawancara ke pasien atau keluarga pasien skizofrenia di Puskesmas Sumberpucung. Sampel yang didapatkan yaitu 37 responden dengan keterangan 16 responden menggunakan obat kombinasi kombinasi 1 dan 21 pasien menggunakan obat kelompok kombinasi 2. Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner berisi data diri pasien untuk mengetahui karakteristik pasien dan kuesioner (WHOQOL)-BREF dalam mengukur kualitas hidup pasien yang terdiri dari 4 domain yaitu domain kesehatan fisik, domain kesehatan psikologis, domain sosial terkait hubungan dan domain lingkungan. Penyajian hasil penelitian meliputi karakteristik responden terdiri dari usia, pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin, status pernikahan, diagnosa, riwayat penyakit lain, status tinggal, kegiatan sosial, trauma otak, riwayat keluarga, dan edukasi skizofrenia. Pengaruh yang diukur yaitu pengaruh kualitas hidup terhadap penggunaan obat antipsikotik kombinasi dengan wawancara.

4.1 Gambaran Umum Responden

Responden didalam penelitian ini yaitu pasien skizofrenia di Puskesmas Sumberpucung pada bulan Maret-Mei 2020. Besar sampel yaitu 37 responden yang terbagi dalam kelompok kombinasi 1 sebanyak 16 responden dan kelompok kombinasi 2 sebanyak 21 responden. Dengan karakteristik sebagai berikut: usia/ umur, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, status pernikahan, diagnosa, riwayat penyakit lain, status tinggal, kegiatan sosial, trauma otak, riwayat keluarga, dan edukasi skizofrenia. Dalam penelitian ini semua pasien yang menjadi responden terdiagnosa skizofrenia sehingga dipastikan tidak terdapat riwayat penyakit lain termasuk juga tidak mengalami trauma otak sebelumnya. Status tinggal pasien

semua bersama tinggal bersama keluarga sehingga semua juga sudah mendapatkan edukasi mengenai skizofrenia itu sendiri.

Tabel 4.1 Hubungan Karakteristik Responden dengan Penggunaan Obat Kombinasi Antipsikotik

No	Karakteristik	Kelompok		p-value
		Kombinasi 1* (n=16) n (%)	Kombinasi 2** (n=21) n (%)	
1	Jenis Kelamin			0,851
	Laki-laki	7 (43,75)	11 (52,38)	
	Perempuan	9 (56,25)	10 (47,62)	
2	Umur			0,144
	12-25 tahun	2 (12,5)	4 (19,05)	
	26-45 tahun	5 (31,25)	9 (42,85)	
	46-65 tahun	7 (43,75)	8 (38,10)	
	> 65 tahun	2 (12,5)	0 (0)	
3	Pendidikan			0,727
	Tidak Sekolah	1 (6,25)	1 (4,76)	
	SD	7 (43,75)	9 (42,86)	
	SLTP	3 (18,75)	7 (33,33)	
	SLTA	5 (31,25)	4 (19,05)	
4	Pekerjaan			0,107
	Bekerja	0 (0)	5 (23,81)	
	Tidak Bekerja	16 (100)	16 (76,19)	
5	Status Pernikahan			0,389
	Belum Menikah	9 (56,25)	9 (42,86)	
	Sudah Menikah	7 (43,75)	10 (47,62)	
	Duda/ Janda	0 (0)	2 (9,52)	
6	Kegiatan Sosial			1
	Ikut	0 (0)	1 (4,76)	
	Tidak Ikut	16 (100)	20 (95,24)	
7	Riwayat Keluarga			0,592
	Tidak Ada	16 (100)	19 (90,48)	
	Ada	0 (0)	2 (9,52)	

Keterangan:

* : Golongan Obat Kombinasi Clorpromazin dan Haloperidol

** : Golongan Obat Kombinasi (Haloperidol, Trihexifenidil), (Clorpromazin, Trihexifenidil, Trifluoperazin), (Clorpromazin, Trihexifenidil, Haloperidol), (Haloperidol, Clozapin), (Clorpromazin, Risperidon), (Trihexifenidil, Risperidon), (Trihexifenidil, Trifluoperazin, Clozapin), (Trihexifenidil, Risperidon, Clozapin), (Clorpromazin, Trihexifenidil, Risperidon), (Haloperidol, Trihexifenidil, Trifluoperazin), (Haloperidol dan Trifluoperazin)

Berdasarkan tabel 4.1 jenis kelamin dalam karakteristik responden menunjukkan bahwa didominasi perempuan pada kelompok kombinasi 1 dan kelompok kombinasi 2 didominasi oleh laki-laki. Setelah dilakukan analisis statistik menunjukkan bahwa sebaran jenis kelamin merata pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 ($p\text{-value}$ 0,851). Hal yang sama juga ditunjukkan pada umur yang diklasifikasikan menjadi 4 bagian berdasarkan *World Health Organization*. Distribusi frekuensi karakteristik responden menunjukkan bahwa pada kelompok kombinasi 1 didominasi rentang usia 46-65 tahun dan kelompok kombinasi 2 didominasi rentang usia 26-45 tahun. Setelah dilakukan analisis statistik menunjukkan bahwa sebaran usia merata pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 ($p\text{-value}$ = 0,144).

Pendidikan diklasifikasikan menjadi 4 bagian yaitu tidak menginjak bangku sekolah, SD, SLTP dan SLTA yang menunjukkan bahwa pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 didominasi dengan pendidikan terakhir SD. Setelah dilakukan analisis statistik menunjukkan bahwa sebaran pendidikan merata pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 ($p\text{-value}$ = 0,727). Hal serupa juga terjadi pada pekerjaan responden menunjukkan bahwa pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 didominasi oleh responden yang tidak bekerja. Setelah dilakukan analisis statistik menunjukkan bahwa sebaran pekerjaan merata pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 ($p\text{-value}$ = 0,107).

Berdasarkan status pernikahan dalam karakteristik responden menunjukkan bahwa didominasi oleh responden dengan status belum menikah pada kelompok kombinasi 1 dan pada kelompok kombinasi 2 status sudah menikah. Setelah dilakukan analisis statistik menunjukkan bahwa sebaran status menikah merata pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 ($p\text{-value}$ = 0,389).

Kondisi responden saat ini sedang mengikuti kegiatan sosial atau tidak menunjukkan bahwa pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 didominasi dengan tidak mengikuti kegiatan sosial. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa sebaran kegiatan sosial merata pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 ($p\text{-value}$ = 1). Hal serupa juga terjadi pada riwayat

keluarga atau riwayat keturunan responden menunjukkan bahwa pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 didominasi oleh responden yang tidak terdapat riwayat keluarga. Setelah dilakukan analisis statistik menunjukkan bahwa sebaran riwayat keluarga merata pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 ($p\text{-value} = 0,592$).

Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa sebaran karakteristik responden merata pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 atau tidak ada hubungan antara karakteristik responden dengan penggunaan obat kombinasi antipsikotik pada pasien skizofrenia (Lampiran R).

4.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

Hasil uji validitas menggunakan korelasi *pearson product moment* terhadap 37 responden pada 24 soal yang terdapat pada kuesioner. Kuesioner dikatakan valid jika $p\text{-value}$ kurang dari 0,05. Pada tabel 4.2 didapatkan rentang $p\text{-value}$ dari soal nomor 1 hingga soal nomor 24 yaitu antara 0,000 hingga 0,001 yang artinya kurang dari 0,05 sehingga semuanya dinyatakan valid (Lampiran P). Kuesioner dikatakan *reliable* jika *row alpha/ alpha cronbach* lebih dari 0,6. Hasil uji reliabilitas pada tabel 4.3 didapatkan nilai *row alpha/ alpha cronbach* yang didapatkan yaitu 0,67 yang artinya *reliable* (Lampiran Q). Berikut ini adalah hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner (WHOQOL)-BREF:

Tabel 4.2 Uji Validitas Kuesioner (WHOQOL)-BREF

Pertanyaan	$p\text{-value}$	Koefisien Korelasi (<i>row</i>)	Keterangan
1	0,000	0,676	Valid
2	0,000	0,931	Valid
3	0,000	0,851	Valid
4	0,000	0,600	Valid
5	0,000	0,865	Valid
6	0,000	0,818	Valid
7	0,000	0,889	Valid
8	0,000	0,887	Valid
9	0,000	0,875	Valid

Tabel 4.2 Uji Validitas Kuesioner (WHOQOL)-BREF (Lanjutan)

Pertanyaan	<i>p-value</i>	Koefisien Korelasi (<i>row</i>)	Keterangan
10	0,000	0,947	Valid
11	0,000	0,884	Valid
12	0,000	0,901	Valid
13	0,000	0,887	Valid
14	0,000	0,973	Valid
15	0,000	0,652	Valid
16	0,000	0,974	Valid
17	0,000	0,952	Valid
18	0,000	0,960	Valid
19	0,000	0,936	Valid
20	0,000	0,936	Valid
21	0,000	0,964	Valid
22	0,000	0,936	Valid
23	0,001	0,500	Valid
24	0,000	0,574	Valid

Tabel 4.3 Uji Reliabilitas Kuesioner (WHOQOL)-BREF

Jumlah Pertanyaan	<i>Cronbach's Alpha (Row alpha)</i>	Keterangan
24	0,67	Reliable

Tabel 4.4 Analisis Hubungan Kualitas Hidup dengan Penggunaan Obat Antipsikotik Kombinasi

No	Domain Kualitas Hidup	Kelompok		<i>p-value</i>
		Kombinasi 1* (n=16) n (%)	Kombinasi 2** (n=21) n (%)	
1	Fisik			0,000
	Baik	5 (31,25)	20 (95,238)	
	Buruk	11 (68,75)	1 (4,762)	
2	Psikologis			0,000
	Baik	5 (31,25)	20 (95,238)	
	Buruk	11 (68,75)	1 (4,762)	
3	Sosial			0,000
	Baik	5 (31,25)	20 (95,238)	
	Buruk	11 (68,75)	1 (4,762)	
4	Lingkungan			0,001
	Baik	8 (50)	21 (100)	
	Buruk	8 (50)	0 (0)	

Tabel 4.4 Analisis Hubungan Kualitas Hidup dengan Penggunaan Obat Antipsikotik Kombinasi (Lanjutan)

No	Domain Kualitas Hidup	Kelompok		p-value
		Kombinasi 1*	Kombinasi 2**	
		(n=16) n (%)	(n=21) n (%)	
5	Total Domain			
	Baik	4 (25)	21 (100)	0,000
	Buruk	12 (75)	0 (0)	

Keterangan:
 * : Golongan Obat Kombinasi Clorpromazin dan Haloperidol
 ** : Golongan Obat Kombinasi (Haloperidol, Trihexifenidil), (Clorpromazin, Trihexifenidil, Trifluoperazin), (Clorpromazin, Trihexifenidil, Haloperidol), (Haloperidol, Clozapin), (Clorpromazin, Risperidon), (Trihexifenidil, Risperidon), (Trihexifenidil, Trifluoperazin, Clozapin), (Trihexifenidil, Risperidon, Clozapin), (Clorpromazin, Trihexifenidil, Risperidon), (Haloperidol, Trihexifenidil, Trifluoperazin), (Haloperidol dan Trifluoperazin)

Uji statistik *chi square* yang dilakukan untuk melihat hubungan kualitas hidup dengan penggunaan obat antipsikotik kombinasi pada pasien skizofrenia didapatkan hasil pada tabel 4.4. Jika kualitas hidup dilihat dari domain fisik, psikologis maupun sosial didapatkan *p-value* 0,000 dan untuk domain lingkungan didapatkan nilai *p-value* 0,000. Kualitas hidup total didapatkan nilai *p-value* 0,000 artinya H_1 diterima dan menolak H_0 maka terdapat hubungan antara kualitas hidup dengan penggunaan obat antipsikotik kombinasi terhadap pasien skizofrenia (Lampiran S).

4.3 Pembahasan

Responden pada penelitian ini adalah pasien skizofrenia di Puskesmas Sumberpacung yang mendapatkan obat antipsikotik kombinasi dengan terapi minimal 3 bulan. Menunjukkan bahwa sebaran karakteristik responden merata pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 atau tidak ada hubungan yang bermakna antara usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, status pernikahan, diagnosa, riwayat penyakit lain, status tinggal, kegiatan sosial, trauma otak, riwayat keluarga, dan edukasi skizofrenia merata pada kelompok kombinasi 1 maupun kelompok kombinasi 2 atau tidak ada hubungan antara karakteristik responden dengan penggunaan obat kombinasi antipsikotik.

Kualitas hidup merupakan konsep yang menggabungkan gaya hidup, kesejahteraan dan partisipasi sosial termasuk faktor fisik dan psikologis dan harapan individu (Brett *et al*, 2012). Untuk melihat hubungan kualitas hidup menggunakan metode wawancara dengan instrumen kuesioner (WHOQOL)-Bref. Dalam penelitian ini jumlah responden sebanyak 37 orang yang diberikan kuesioner (WHOQOL)-Bref. Peneliti menggunakan sampel untuk uji validitas dan reliabilitas karena keterbatasan populasi. Selanjutnya dilakukan uji statistik untuk melihat validitas dan reliabilitas. Hasil uji yang didapat menunjukkan bahwa kuesioner (WHOQOL)-Bref dinyatakan valid dan *reliable*. Pernyataan tersebut juga didukung oleh adanya penelitian sebelumnya bahwa kuesioner valid dan *reliable* (Salim, 2007).

Hasil analisis statistik *chi square* melihat hubungan kualitas hidup dan penggunaan obat antipsikotik kombinasi dari domain fisik, psikologis, sosial, lingkungan. Disimpulkan terdapat hubungan antara kualitas hidup dengan penggunaan obat antipsikotik kombinasi. Kelompok kombinasi 1 yaitu kombinasi clorpromazin dengan haloperidol mempengaruhi kualitas hidup respondennya mengarah ke buruk. Untuk mengurangi keadaan mania pasien psikosis cukup efektif diberikan haloperidol, selain itu haloperidol juga efektif diberikan pada pasien dengan gejala sulit tidur, gelisah, hiperaktif, gaduh, dan karena halusinasi (Tardi *et al*, 2014). Haloperidol yaitu antagonis reseptor D2 paling kuat akan tetapi lemah terhadap efek sistem otonom, efek antikolinergik dan efek samping sedatif, sedangkan yang bekerja pada reseptor adrenergik ($\alpha 1$), dopamin, kolinergik, muskarinik dan histaminergik (H1) juga memiliki efek sedatif cukup kuat untuk mengatasi gejala yaitu clorpromazin (Fujimaki *et al*, 2012).

Kombinasi antara chlorpromazin dengan haloperidol bertujuan memperkuat terapi antipsikotik untuk mengatasi efek sedatif dan gejala positif (Hariyani *et al*, 2016; Nitya *et al*, 2013). Haloperidol dan chlorpromazin mempunyai mekanisme kerja yaitu antagonis reseptor D2 dan D3 yang merupakan antipsikotik tipikal yang mampu mengatasi gejala positif seperti melihat hal-hal yang tidak ada kenyataannya, mendengar suara tidak nyata, dan memiliki keyakinan aneh pada skizofrenia, tapi kurang begitu efektif mengatasi gejala negatif skizofrenia (Ren *et al*, 2013). Namun, penggunaan pada kombinasi

tipikal-tipikal perlu diperhatikan karena kemungkinan efek samping ekstrapiramidal lebih sering terjadi. Pada kombinasi tipikal-tipikal, kemungkinan reseptor dopamin yang ada pada jalur nigrostriatal terdudaki sehingga efek samping ekstrapiramidal lebih sering terjadi (Sinaga, 2007). Penggunaan antipsikotik golongan tipikal semacam haloperidol menyebabkan gangguan dopamin yang memungkinkan membunuh sel-sel *substantia nigra*. Hal tersebut dapat menimbulkan efek samping parkinson (Singh & Agius, 2012).

Cara mengatasi efek samping yang ditimbulkan dari penggunaan kombinasi kelompok kombinasi 1 yaitu penurunan dosis antipsikotik sebagai langkah pertama. Jika langkah pertama tidak dapat menanggulangi maka diberikan trihexyfenidil dengan dosis 3 kali 2 mg per hari. Penggantian antipsikotik merupakan langkah terakhir jika kedua langkah sebelumnya tidak berhasil menanggulangi efek samping ekstrapiramidal yang terjadi (Swayami, 2014). Meningkatnya perasaan khawatir pada masa depan hingga sulit bergaul dalam kehidupan bersosial dipicu oleh penggunaan clorpromazin (Fujimaki *et al*, 2012). Hal tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien skizofrenia.

Kelompok kombinasi 2 yaitu kombinasi obat selain clorpromazin dengan haloperidol. Kombinasinya pun bervariasi mulai dari 2 kombinasi dan 3 kombinasi yaitu kombinasi antipsikotik tipikal, atipikal dan trihexyfenidil. Disimpulkan terdapat hubungan antara kualitas hidup dengan penggunaan obat antipsikotik kombinasi. *Neuroleptic Malignant Syndrome* salah satunya disebabkan oleh penggunaan kombinasi haloperidol dengan clozapin (Stockley, 2008). Terjadi mekanisme farmakodinamik dengan efek sinergisme yang disebabkan oleh interaksi keduanya (Setiawati *et al*, 2002). Menurut Peluso *et al* (2012) penggunaan antipsikotik golongan atipikal berpotensi rendah menyebabkan akathisia karena lemahnya afinitas pada reseptor dopamin D2 (Handayani, 2016). Kelompok kombinasi 2 yaitu mempengaruhi kualitas hidup respondennya mengarah ke baik karena efek samping yang relatif ringan.

Kombinasi yang disarankan bagi penderita skizofrenia yaitu golongan atipikal misalnya olanzapin, amisulprid atau risperidon dengan obat golongan tipikal yang berpotensi rendah terhadap efek samping salah satunya chlorpromazin (Ratnasari, 2018). Dalam mengatasi gejala perasaan tumpul, apatis,

menarik diri, waham, hipoaktif dan halusinasi menggunakan kombinasi haloperidol dengan trifluoperazin karena mempunyai efek sedatif lemah. Risperidone juga diperuntukkan untuk penderita skizofrenia baik untuk gejala positif dan gejala negatif. Efek samping ekstrapiramidal biasanya lebih cenderung ringan jika dibanding dengan antipsikotik golongan tipikal (FKUI, 2007).

Pada kelompok kombinasi 2 ini paling banyak pemberian antipsikotik tipikal maupun atipikal bersamaan dengan obat trihexyfenidil. Penggunaan obat seperti trihexyfenidil, lorazepam, benzotropin mesylate, amantadine, propranolol dan diphenhydramine dengan antipsikotik mempunyai risiko cenderung lebih kecil menyebabkan efek samping seperti ekstrapiramidal (Lehman *et al*, 2010). Jika efek ekstrapiramidal pada kelompok kombinasi 2 terjadi maka dilakukan penurunan dosis antipsikotik (Swayami, 2014). Kombinasi haloperidol dan chlorpromazin bersama dengan trihexyfenidil mengalami metabolisme yang melibatkan enzim *cytochrome* P4503A4 (CYP 3A4) di hati menjadi bentuk inaktif, trihexyfenidil berperan sebagai *inducers* yang efektif terhadap enzim *cytochrome* P4503A4. Hal tersebut mengakibatkan konsentrasi haloperidol dalam bentuk inaktif naik sehingga efek terapi haloperidol menurun. Sehingga penggunaan obat antipsikotik kombinasi dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien skizofrenia.

Hasil analisis statistik *chi square* memperlihatkan terdapat hubungan kualitas hidup dan penggunaan obat antipsikotik kombinasi. Dalam hal ini sesuai dengan pernyataan Chung *et al* (2004) yaitu obat antipsikotik berhubungan dengan kualitas hidup. Obat antipsikotik atipikal ini meningkatkan gejala psikotik di berbagai domain dan menghasilkan efek samping yang lebih sedikit daripada antipsikotik tipikal, sehingga kepatuhan terhadap obat meningkat, kepuasan subyektif meningkat serta kualitas hidup pun juga meningkat. Mengenai pengaruh antipsikotik pada kualitas hidup, Mortimer *et al* (2007) melaporkan bahwa kualitas hidup adalah benar-benar unggul dengan agen atipikal bahkan dengan peresepan yang berbeda. Selanjutnya, Ritsner *et al* (2004) melaporkan bahwa keduanya melaporkan sendiri dan langkah-langkah kualitas hidup yang diamati penilai menunjukkan keunggulan atipikal lebih dari agen antipsikotik tipikal. Keterbatasannya yaitu peneliti tidak menilai interaksi obat antipsikotik kombinasi

pada pasien skizofrenia secara langsung. Puskesmas hanya sebagai rujukan Rumah Sakit saat kondisi pasien dalam kondisi stabil. Puskesmas tidak dapat memberikan intervensi pada pasien sehingga hanya melanjutkan terapi dari Rumah Sakit.

Kesimpulan dan Saran

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa:

1. Tidak terdapat pengaruh/ hubungan antara karakteristik responden dengan penggunaan obat antipsikotik kombinasi pada pasien skizofrenia di Puskesmas Sumberpucung.
2. Terdapat pengaruh/ hubungan antara kualitas hidup dengan penggunaan obat antipsikotik kombinasi pada pasien skizofrenia di Puskesmas Sumberpucung dimana kelompok kombinasi 2 memiliki kualitas hidup yang lebih baik karena memiliki efek samping yang lebih ringan untuk mengatasi gejala positif maupun gejala negatif pada pasien skizofrenia.

5.2 Saran

Berikut dipaparkan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh antara kualitas hidup dengan penggunaan obat antipsikotik kombinasi pada pasien skizofrenia di Puskesmas Sumberpucung:

1. Penelitian selanjutnya tidak menggunakan sampel untuk uji validitas dan reliabilitas dengan jumlah populasi yang memadai.
2. Selanjutnya menilai interaksi obat antipsikotik kombinasi yang terjadi pada pasien skizofrenia.
3. Sebaiknya penelitian selanjutnya dilakukan di Rumah Sakit.

Pengaruh Kualitas Hidup Terhadap Penggunaan Obat Antipsikotik Kombinasi Pada Pasien Skizofrenia di Puskesmas Sumberpucung

ORIGINALITY REPORT

15%

SIMILARITY INDEX

12%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

10%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	es.scribd.com Internet Source	1%
2	Submitted to Universitas Islam Indonesia Student Paper	1%
3	pt.scribd.com Internet Source	1%
4	Submitted to Universitas Muhammadiyah Surakarta Student Paper	1%
5	Submitted to School of Business and Management ITB Student Paper	1%
6	edoc.site Internet Source	1%
7	www.scribd.com Internet Source	1%

Submitted to Sriwijaya University

8

Student Paper

1%

9

Submitted to iGroup

Student Paper

<1%

10

id.123dok.com

Internet Source

<1%

11

eprints.undip.ac.id

Internet Source

<1%

12

Submitted to Universitas Muria Kudus

Student Paper

<1%

13

eprints.umm.ac.id

Internet Source

<1%

14

repository.usu.ac.id

Internet Source

<1%

15

Submitted to Fakultas Ekonomi Universitas
Indonesia

Student Paper

<1%

16

Submitted to University of Muhammadiyah
Malang

Student Paper

<1%

17

edoc.pub

Internet Source

<1%

18

id.scribd.com

Internet Source

<1%

19

Submitted to Universitas Islam Syekh-Yusuf
Tangerang

Student Paper

<1%

20

lihatdarisini.blogspot.com

Internet Source

<1%

21

vdocuments.site

Internet Source

<1%

22

Submitted to Politeknik Negeri Jember

Student Paper

<1%

23

dokumen.tips

Internet Source

<1%

24

doaj.org

Internet Source

<1%

25

digilib.unila.ac.id

Internet Source

<1%

26

repository.setiabudi.ac.id

Internet Source

<1%

27

gracorus.ru

Internet Source

<1%

28

konsultasiskripsi.com

Internet Source

<1%

29

mafiadoc.com

Internet Source

<1%

30	Submitted to Universitas Negeri Jakarta Student Paper	<1%
31	ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	<1%
32	Submitted to Universitas Jenderal Soedirman Student Paper	<1%
33	file.akfarmahadhika.ac.id Internet Source	<1%
34	ejournal.unisbablitar.ac.id Internet Source	<1%
35	Submitted to Binus University International Student Paper	<1%
36	Submitted to Universitas Brawijaya Student Paper	<1%
37	Submitted to University of Technology, Jamaica Student Paper	<1%
38	www.academia.edu Internet Source	<1%
39	Submitted to Universitas Negeri Surabaya The State University of Surabaya Student Paper	<1%
40	eprints.uns.ac.id Internet Source	<1%

41	garuda.ristekdikti.go.id Internet Source	<1%
42	repository.uma.ac.id Internet Source	<1%
43	docobook.com Internet Source	<1%
44	repository.unhas.ac.id Internet Source	<1%
45	Submitted to Universitas Indonesia Student Paper	<1%
46	Submitted to Universitas Hasanuddin Student Paper	<1%
47	repository.usd.ac.id Internet Source	<1%
48	ejournal.poltekkes-smg.ac.id Internet Source	<1%
49	de.scribd.com Internet Source	<1%
50	www.greatools-tek.com Internet Source	<1%
51	Submitted to University of Bath Student Paper	<1%
52	eprints.upnjatim.ac.id Internet Source	<1%

<1%

53

Submitted to Unika Soegijapranata

Student Paper

<1%

54

issuu.com

Internet Source

<1%

55

repositori.uin-alauddin.ac.id

Internet Source

<1%

56

sir.stikom.edu

Internet Source

<1%

57

Submitted to Universitas Katolik Widya Mandala

Student Paper

<1%

58

eprints.ums.ac.id

Internet Source

<1%

59

docplayer.info

Internet Source

<1%

60

repository.unj.ac.id

Internet Source

<1%

61

Santiago Perez-Lloret. "Dopamine Receptor Agonists for the Treatment of Early or Advanced Parkinson's Disease :", CNS Drugs, 11/2010

Publication

<1%

62

farmasi.fk.ub.ac.id

Internet Source

<1%

63

Submitted to STIE Perbanas Surabaya

Student Paper

<1%

64

Submitted to Fakultas Ekonomi dan Bisnis

Universitas Gadjah Mada

Student Paper

<1%

65

Submitted to Universitas Sebelas Maret

Student Paper

<1%

66

Submitted to Universitas Dian Nuswantoro

Student Paper

<1%

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

Pengaruh Kualitas Hidup Terhadap Penggunaan Obat Antipsikotik Kombinasi Pada Pasien Skizofrenia di Puskesmas Sumberpucung

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

/0

GENERAL COMMENTS

Instructor

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14

PAGE 15

PAGE 16

PAGE 17

PAGE 18

PAGE 19

PAGE 20

PAGE 21

PAGE 22

PAGE 23

PAGE 24

PAGE 25

PAGE 26

PAGE 27

PAGE 28

PAGE 29

PAGE 30

PAGE 31

PAGE 32

PAGE 33

PAGE 34

PAGE 35

PAGE 36

PAGE 37

PAGE 38

PAGE 39

PAGE 40

PAGE 41

PAGE 42

PAGE 43

PAGE 44

PAGE 45

PAGE 46

PAGE 47

PAGE 48

PAGE 49

PAGE 50

PAGE 51

PAGE 52
