

**ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR KEPATUHAN MINUM OBAT DENGAN
TINGKAT KEKAMBUHAN (*RELAPSE*) PADA PASIEN RAWAT JALAN
SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT KHUSUS HAYUNANTO
MEDICAL CENTER MALANG PERIODE 2016 DAN 2017**

SKRIPSI

Oleh :
MELDA DWI LESTARI
NIM. 14670008



**JURUSAN FARMASI
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM
MALANG
2019**

**ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR KEPATUHAN MINUM OBAT DENGAN
TINGKAT KEKAMBUHAN (*RELAPSE*) PADA PASIEN RAWAT JALAN
SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT KHUSUS HAYUNANTO
MEDICAL CENTER MALANG PERIODE 2016 DAN 2017**

SKRIPSI

Oleh :
MELDA DWI LESTARI
NIM. 14670008

Diajukan kepada:
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang
Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan dalam
Memperoleh Gelar Sarjana Farmasi (S.Farm)

**JURUSAN FARMASI
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM
MALANG
2019**

**ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR KEPATUHAN MINUM OBAT DENGAN
TINGKAT KEKAMBUHAN (*RELAPSE*) PADA PASIEN RAWAT JALAN
SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT KHUSUS HAYUNANTO
MEDICAL CENTER MALANG PERIODE 2016 DAN 2017**

SKRIPSI

Oleh:

MELDA DWI LESTARI

NIM. 14670008

**Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji
Tanggal: 04 Januari 2019**

Pembimbing I,

Pembimbing II,

Abdul Hakim, M.Farm, M.P.I., Apt
NIP. 19761214 200912 1 002

Siti Maimunah, M.Farm., Apt
NIP. 19870408 20160801 2 084

**Mengetahui,
Ketua Jurusan Farmasi**



Dr. Rohatul Muti'ah, M. Kes., Apt.
NIP. 19800203 200912 2 003

**ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR KEPATUHAN MINUM OBAT DENGAN
TINGKAT KEKAMBUIHAN (RELAPSE) PADA PASIEN RAWAT JALAN
SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT KHUSUS HAYUNANTO
MEDICAL CENTER MALANG PERIODE 2016 DAN 2017**

SKRIPSI

Oleh :

MELDA DWI LESTARI

NIM. 14670008

**Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji Skripsi
Dan Dinyatakan Diterima sebagai Salah Satu Persyaratan
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Farmasi (S.Farm)
Tanggal: 04 Januari 2019**

Ketua Penguji : Siti Maimunah, M.Farm., Apt

NIP. 19870408 20160801 2 084

Anggota Penguji : 1. Abdul Hakim, M.Farm, M.P.I., Apt

NIP. 19761214 200912 1 002

2. Hajar Sugihantoro, M.P.H., Apt

NIP. 19851216 20160801 1 083

3. Dr. Roihatul Muti'ah, M.Kes., Apt

NIP. 19800203 200912 2 003

(.....*Siti Maimunah*.....)

(.....*Abdul Hakim*.....)

(.....*Hajar Sugihantoro*.....)

(.....*Dr. Roihatul Muti'ah*.....)



**Mengesahkan,
Ketua Jurusan Farmasi**

Dr. Roihatul Muti'ah

Dr. Roihatul Muti'ah, M. Kes., Apt.

NIP. 19800203 200912 2 003

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Melda Dwi Lestari

NIM : 14670008

Program studi : Farmasi

Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Judul Penelitian : Analisis Hubungan Faktor Kepatuhan Minum Obat Dengan Tingkat Kekambuhan (*Relapse*) Pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan Di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang Periode 2016 Dan 2017

menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan data, tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dengan mencantumkan sumber cuplikan pada daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan skripsi ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 04 Januari 2019

Yang membuat pernyataan,



Melda Dwi Lestari

NIM. 14670008

LEMBAR PERSEMBAHAN

Alhamdulillahirobbil'aalamiin

Dengan senantiasa memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah ﷻ beserta shalawat dan salam kepada nabi Muhammad ﷺ sehingga bisa terselesaikannya skripsi ini yang berjudul “Analisis Faktor Kepatuhan Minum Obat dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia Di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang Periode 2016 dan 2017”.

Dengan rasa syukur yang mendalam, penulis persembahkan tulisan karya sederhana ini kepada :

Kedua orang tua, Alm. ayahanda tercinta Basuni M.F, ibunda tercinta Siti Asiyah dan Ibu Niswamah yang senantiasa menyebut nama penulis dalam setiap doa yang dipanjatkan, memberi motivasi, dukungan dalam segala bentuk, semangat dan kasih sayang yang tak pernah putus sehingga penulis dapat menempuh pendidikan sarjana dengan lancar sampai kepada tahap akhir.

Kedua Kakak tercinta Kak Reza dan Kak Fhey serta Tante tercinta Te Muna, Te Mama, Sepupu tersayang Kak Ifa, Dek Riza dan Dek Ana terima kasih untuk perhatian, dukungan, doa dan semangatnya selama ini.

Keluarga besar Alm. Mbah Murawan dan Alm. Mbah Sapari terima kasih atas barokah doanya, alhamdulillah.

Terimakasih tak terhingga kepada sahabat Prita P.F, Annatus Sholehah juga teman-teman tersayang Farmasi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang 2014 ”PLATINUM GENERATION” yang telah memberikan semangat dan warna selama menempuh perkuliahan. Tak cukup kata-kata untuk menggambarkan perjuangan yang telah ditempuh, kecuali rasa syukur yang penulis panjatkan kepada Allah ﷻ atas kehadiran kalian. Semoga senantiasa dipertemukan dalam kebaikan. Selamat dan sukses selalu untuk seluruh teman teman tersayang.

Kepada semua pihak yang telah membantu terselesainya skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

-Melda Dwi Lestari / 14670008 -

MOTTO

وَأَنْفُوا لِلَّهِ وَيُعَلِّمُكُمُ اللَّهُ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ

“Bertakwalah pada Allah maka Allah akan mengajarimu.

Sesungguhnya Allah Maha Mengetahui segala sesuatu.”

(Risalah QS. Al-Baqarah [2]; 282)

“Intelligence is not the measurement, but intelligence support all”

“Atdigang Atdigung Atdiguno”

Jaga kelakuan, jangan sombong dengan kekuatan, kedudukan,

ataupun latarbelakangmu

(Falsafah Jawa)

“Jika kau tak suka sesuatu, ubahlah!

Jika tak bisa, maka ubahlah cara pandangmu tentangnya.”

Melda Dwi Lestari

وَمَنْ جَاهَدَ فَإِنَّمَا يُجَاهِدُ لِنَفْسِهِ

Barang siapa bersungguh-sungguh, sesungguhnya kesungguhan itu

adalah untuk dirinya sendiri.

(Risalah QS. Al-Ankabut [29]; 6)

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Segala puji syukur Alhamdulillah bagi Allah yang telah mengangkat harkat derajat manusia dengan ilmu dan amal, atas seluruh alam. Penulis panjatkan kehadiran Allah SWT Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang kepada seluruh hambanya, yang mana hanya dengan rahmat, taufik, hidayah, dan inayahNya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini sebagai prasyarat untuk memperoleh gelar sarjana farmasi (S.Farm) dengan semaksimal mungkin, walaupun masih jauh dari kesempurnaan. Semoga dari apa yang penulis upayakan ini dapat bermanfaat bagi semua, sebagai ilmu yang bermanfaat dan barokah. Amin.

Sholawat serta salam semoga terlimpah atas Nabi Muhammad SAW pemimpin seluruh umat, dan semoga pula tercurah atas keluarga dan para sahabat, yang menjadi sumber ilmu dan hikmat. Penulis haturkan salam pada junjungan besar kita, Nabi Muhammad SAW yang karenanya kita mendapat pencerahan menuju jalan yang lurus, jalan yang diridhoi dan bukan jalan orang sesat yang dimurkai. Semoga Allah SWT melimpahkan atas beliau, rahmat dengan keutamaan sebagai pahala atas amal perbuatan beliau, serta kepada semua keluarga, sahabat, para pengikut dan juga pencintanya yang senantiasa meneruskan perjuangan sampai saat ini hingga akhir zaman.

Penulis menyadari keterbatasan pengetahuan yang dimiliki, karena itu tanpa keterlibatan dan sumbangsih dari berbagai pihak, sulit bagi penulis untuk menyelesaikan laporan ini. Maka dari itu dengan segenap kerendahan hati patutlah penulis ucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. Abdul Haris, M.Ag selaku Rektor Universitas Islam Negeri (UIN) Maulana Malik Ibrahim Malang.
2. Bapak Prof. Dr. Bambang Pardjianto, Sp.B, Sp.BP-RE (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri (UIN) Maulana Malik Ibrahim Malang.

3. Ibu Dr. Roihatul Muti'ah, M. Kes, Apt., selaku Ketua Jurusan Farmasi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri (UIN) Maulana Malik Ibrahim Malang.
4. Bapak Abdul Hakim. M.P.I. M.Farm., Apt dan Ibu Siti Maimunah, M. Farm, Apt., selaku dosen pembimbing dan Bapak Hajar Sugihantoro, M.P.H., Apt., selaku penguji dalam mengerjakan proposal ini, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing, memotivasi, mengarahkan dan memberi masukan dalam mengerjakan proposal ini mulai awal hingga akhir.
5. Seluruh Dosen Jurusan Farmasi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri (UIN) Maulana Malik Ibrahim Malang, yang telah memberikan ilmu pengetahuan, pengalaman, wacana, dan wawasannya, sebagai pedoman dan bekal bagi penulis selama ini.
6. Kedua orang tuaku yang tercinta, Ayahanda Alm Basuni M.F., Ibunda Siti Asiyah dan Kakak-Kakakku tersayang Rizal Kurniawan., Frido Alfisanah, serta Keluarga Besar terimakasih atas dorongan, semangat, kasih sayang, doa, serta pengorbanan yang tak pernah bisa penulis hitung jumlah yang telah diberikan kepada penulis selama ini sehingga dapat dijadikan motivasi dalam menyelesaikan studi hingga penulisan proposal skripsi ini.
7. dr. Iwan Sys, Sp.KJ selaku Direktur Rumah Sakit Khusus Hayuanto Medical Center Malang yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian disana dan memberikan arahan dan motivasi selama melakukan penelitian.
8. Bapak F. Antoto D, Amd selaku Ka. Sub. Bag. Umum & Operasional Rumah Sakit Khusus Hayuanto Medical Center Malang yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian disana dan memberikan arahan dan motivasi selama melakukan penelitian.
9. Seluruh staff di Rumah Sakit Khusus Hayuanto Medical Center Malang khususnya yang telah membantu selama penelitian.
10. Teman-teman Jurusan Farmasi Angkatan 2014 Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri (UIN) Maulana Malik Ibrahim Malang, yang

telah memberi motivasi, informasi, dan masukannya serta telah bersama-sama baik dalam suka maupun duka.

11. Kepada semua pihak yang telah ikut memberikan bantuan dan motivasi selama pelaksanaan penelitian ini sampai dengan skripsi ini selesai disusun, yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

Akhirnya semoga apa yang penulis goreskan dalam karya ini bermanfaat bagi semua pembaca, dan khususnya bagi penulis pribadi. Atas segala kekurangan dari skripsi ini, sangat diharapkan saran dan kritik yang bersifat konstruktif dari semua pembaca demi sempurnanya skripsi ini. Semoga laporan yang merupakan hasil dari penelitian ini dapat memberikan kontribusi positif serta bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Malang 09 Januari 2019

Penulis

Melda Dwi Lestari

DAFTAR ISI

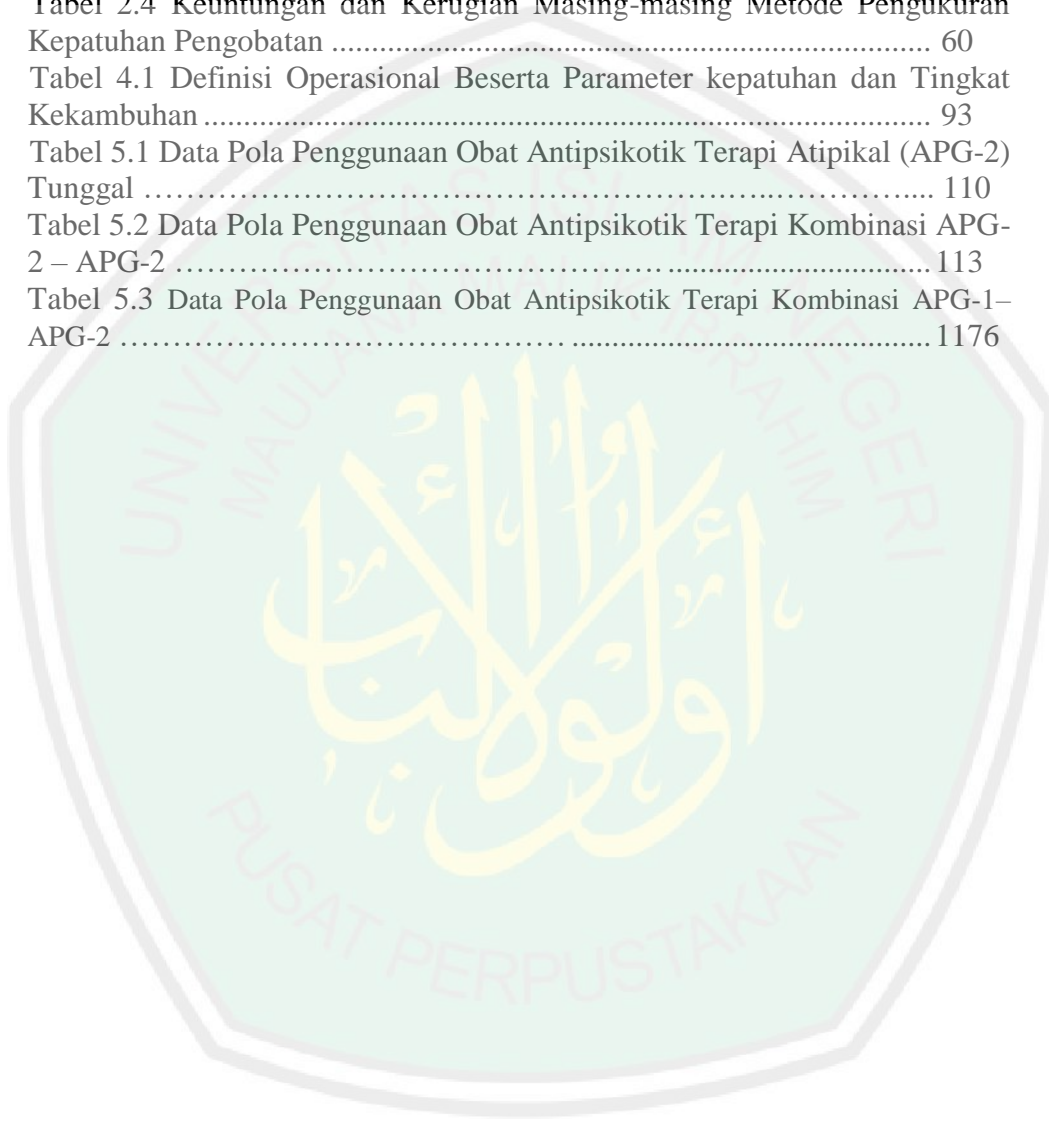
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN	
HALAMAN PENGESAHAN	
LEMBAR PERSEMBAHAN	
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	
MOTTO	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
DAFTAR SINGKATAN	x
ABSTRAK	
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.5 Batasan Masalah	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Pandangan Islam Tentang Penyakit Jiwa	11
2.1.1 Riya'	11
2.1.2 Emosi/Marah	12
2.1.3 Lalai dan Lupa	14
2.1.4 Was-Was	15
2.1.5 Frustasi	16
2.1.6 Rakus (Tamak)	17
2.1.7 Terperdaya	17
2.1.8 Rasa Bangga Diri ('Ujub)	18
2.1.9 Iri Hati dan Dengki	20
2.2 Tinjauan Skizofrenia	22
2.2.1 Sejarah Skizofrenia	22
2.2.2 Definisi Skizofrenia	22
2.2.3 Etiologi	23
2.2.3.1 Model Diatesis Stres.....	23
2.2.3.2 Sudut Pandang Biologis.....	24
2.2.3.3 Sudut Pandang Genetik	24
2.2.3.4 Sudut Pandang Psikososial	25
2.2.4 Patofisiologi	26
2.2.5 Karakteristik Skizofrenia.....	28
2.2.6 Penyebab Skizofrenia	30
2.2.7 Ciri-ciri Utama Skizofrenia	31

2.2.8	Diagnosa Skizofrenia.....	31
2.2.9	Penanganan (Treatment)	34
2.2.9.1	Perawatan Rumah Sakit.....	34
2.2.9.2	Pendekatan Biologis	34
2.2.9.3	Pendekatan Psikososial	34
2.2.10	Penatalaksanaan.....	36
2.2.10.1	Obat Antiseptik Tipikal (APG-1)	36
2.2.10.2	Obat Antiseptik Atipikal (APG-2).....	42
2.2.11	Terapi Skizofrenia	51
2.3	Gejala Skizofrenia	52
2.4	Tipe-tipe Skizofrenia	55
2.4.1	Skizofrenia Hebefrenik.....	56
2.4.2	Skizofrenia Katonik (<i>catatonic</i>)	57
2.4.3	Skizofrenia Paranoid.....	57
2.4.4	Skizofrenia Residual.....	58
2.4.5	Skizofrenia Tak Tergolongkan	58
2.5	Kepatuhan	59
2.5.1	Pengertian Kepatuhan	59
2.5.2	Jenis-jenis Kepatuhan	59
2.5.3	Cara Mengukur Kepatuhan.....	60
2.5.4	Karakteristik Kepatuhan	63
2.5.5	Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan	64
2.5.6	Karakteristik Skizofrenia	67
2.5.7	Proses terjadinya Perilaku Ketidakpatuhan	67
2.5.8	Cara Meningkatkan Kepatuhan	68
2.6	Kekambuhan	69
2.6.1	Pengertian Kekambuhan	69
2.7	Faktor-faktor Penyebab Kekambuhan Pasien Skizofrenia	71
2.7.1	Ketidakpatuhan meminum Obat	72
2.7.2	Faktor Sehubungan Dengan Pasien	73
2.7.3	Faktor Sehubungan Dengan Pengobatan	75
2.7.4	Faktor Lingkungan.....	76
2.7.5	Faktor Sehubungan Dengan Interaksi.....	76
2.8	Faktor Psikososial	78
2.7.1	Masalah dengan Kelompok Pendukung	80
2.7.2	Masalah Pendidikan	80
2.7.3	Masalah Pekerjaan	81
2.7.4	Masalah Perumahan	81
2.7.5	Masalah Ekonomi	81
2.7.6	Masalah dengan Pelayanan Kesehatan	81
2.7.7	Gejala Gangguan Skizofrenia	82
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL		
3.1	Bagan Kerangka Konseptual	85
3.2	Uraian Kerangka Konseptual	86

3.3 Hipotesis Penelitian	89
BAB IV METODE PENELITIAN	
4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian	90
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian	90
4.2.1 Tempat Penelitian	90
4.2.2 Waktu Penelitian.....	90
4.3 Populasi dan Sampel	91
4.3.1 Populasi	91
4.3.2 Sampel	91
4.3.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	91
4.3.4 Kriteria Inklusi	92
4.3.5 Kriteria Eksklusi.....	92
4.4 Variabel Penelitian	92
4.4.1 Variabel Bebas.....	92
4.4.2 Variabel Terikat.....	93
4.5 Definisi Operasional	93
4.6 Instrumen Penelitian	95
4.7 Prosedur Penelitian	95
4.8 Bagan Alur Penelitian.....	96
4.9 Pengolahan Data	97
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1 Data Demografi Pasien.....	101
5.1.1 Usia.....	101
5.1.2 Jenis Kelamin.....	104
5.2 Pola Penggunaan Obat Antipsikotik.....	108
5.2.1 Data Penggunaan Obat Antipsikotik Atipikal.....	110
5.2.2 Data Penggunaan Obat Antipsikotik Kombinasi	112
5.2.2.1 Penggunaan Antipsikotik APG-2-APG-2	113
5.2.2.2 Penggunaan Antipsikotik APG-1-APG-2	116
5.3 Tingkat Kepatuhan Pasien Skizofrenia.....	119
5.4 Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia.....	121
5.5 Uji Person <i>Chi-Square</i>	122
5.3.1 Hasil Ringkasan Pemrosesan Data	123
5.3.2 Hasil Tabulasi Silang.....	123
5.3.3 Hasil Uji Person <i>Chi-Square</i>	123
BAB VI PENUTUP	
6.1 Simpulan	126
6.2 Saran	127
DAFTAR PUSTAKA	128
LAMPIRAN	136

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penggolongan Obat APG-1	36
Tabel 2.2 Penggolongan Obat APG-2	43
Tabel 2.3 Ringkasan Potensi Klinik Serta Efek Dari Anti Psikosis	51
Tabel 2.4 Keuntungan dan Kerugian Masing-masing Metode Pengukuran Kepatuhan Pengobatan	60
Tabel 4.1 Definisi Operasional Beserta Parameter kepatuhan dan Tingkat Kekambuhan	93
Tabel 5.1 Data Pola Penggunaan Obat Antipsikotik Terapi Atipikal (APG-2) Tunggal	110
Tabel 5.2 Data Pola Penggunaan Obat Antipsikotik Terapi Kombinasi APG-2 – APG-2	113
Tabel 5.3 Data Pola Penggunaan Obat Antipsikotik Terapi Kombinasi APG-1–APG-2	1176



DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konseptual	85
Gambar 4.1 Bagan Prosedur Penelitian	96
Gambar 5.1 Karakteristik Usia Pasien	102
Gambar 5.2 Karakteristik Jenis Kelamin Pasien	105
Gambar 5.3 Penggunaan Obat Antipsikotik Tunggal	109
Gambar 5.4 Penggunaan Obat Antipsikotik Kombinasi	112
Gambar 5.5 Tingkat Kepatuhan Responden	119
Gambar 5.6 Tingkat Kekambuhan Responden	121



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Ethical Clereance
- Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
- Lampiran 3 Lembar Revisi
- Lampiran 4 Jumlah Frekuensi Resep Penggunaan Obat Antipsikotik
- Lampiran 5 Lembar Kepatuhan Minum Obat Responden
- Lampiran 6 Lembar Kekambuhan Responden
- Lampiran 7 Lembar Rekapitulasi Pengumpul Data Penelitian
- Lampiran 8 Hasil Penelitian Uji Person *Chi-Square*
- Lampiran 9 Hasil Perhitungan Nilai *Chi-Square* Tabel



DAFTAR SINGKATAN

APG-1	: Antipsikotik Generasi Pertama
APG-2	: Antipsikotik Generasi Kedua
CAT-scans	: Computed Axial Tomography scans
CBT	: Congnitiven Behavior Therapy
DRA	: Dopamine Reseptor Antagonis
D2	: Dopamine Receptors
GABA	: Gamma-Aminobutyric Acid
HMC	: Hayuananto Medical Center
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
NMDA	: N-metil-D-aspartat
NE	: Norepinefrin
PET	: Positron Emission Tomography
PPDGJ	: Pedoman Diagnosa Gangguan Jiwa
PCP	: Phencyclidine
Riskedas	: Riset Kesehatan Dasar
RSK	: Rumah Sakit Khusus
SDA	: Serotonin Dopamine Antagonis
5-HT2	: Serotonin
WHO	: World Health Organization

ABSTRAK

Lestari, Melda D. 2018. Analisis Faktor Kepatuhan Minum Obat Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia Di Rumah Sakit Hayunanto Medical Center Malang Periode 2016 Dan 2017. Skripsi. Jurusan Farmasi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang. Pembimbing I: Abdul Hakim, M.Farm, M.P.I., Apt.; Pembimbing II: Siti Maimunah, M.Farm., Apt.

Skizofrenia adalah gangguan pada keadaan psikopatologis yang menandai adanya suatu sindrom klinis, yang dampaknya akan mempengaruhi proses pikir, emosi, persepsi, dan tingkah laku dengan insidensi pada pria lebih besar daripada wanita. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui jumlah prevalensi kepatuhan minum obat serta prevalensi kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang dan mengetahui hubungan antara faktor kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan (*relapse*) pada pasien rawat jalan skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang. Jenis penelitian ini adalah *deskriptif analitik* dengan pendekatan *Retrospektif*. Sampel diambil dengan menggunakan *purposive sampling* didapatkan 32 responden. Instrument penelitian menggunakan kartu tanda pengobatan (*kartu kontrol*). Analisa data menggunakan uji *Chi-Square*. Sehingga hasil yang diperoleh dengan hasil crosstabulation adalah diketahui jumlah prevalensi kepatuhan minum obat pada pasien rawat jalan skizofrenia yang patuh minum obat sebanyak 15 responden (47%) sedangkan yang tidak patuh sebanyak 17 responden (53%). Kemudian hasil crosstabulation pada kekambuhan diketahui jumlah prevalensi kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia yang kambuh sebanyak 23 responden (71,87%) sedangkan yang tidak kambuh sebanyak 9 responden (28,12%) dan hubungan antara faktor kepatuhan minum obat diketahui nilai *Chi-Square Hitung* > *Chi-Square Table* ($25,000 > 3,841$) dan nilai signifikansi < 0,05 ($0,00 < 0,05$) maka keputusan uji adalah H_0 ditolak, sehingga hasil yang diperoleh adanya hubungan antara faktor kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan (*relapse*) pada pasien rawat jalan skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang Periode 2016 dan 2017.

Kata-kata kunci: kepatuhan minum obat, tingkat kekambuhan, skizofrenia

ABSTRACT

Lestari, Melda D. 2018. Analysis the Relationship Between Medication Obedience Factors of Relapse and Outpatients at the Hayunanto Medical Center Malang Specialty Hospital. Thesis. Pharmacy Departement, Medicine and Health Sciences Faculty of Islamic State University Maulana Malik Ibrahim Malang. Advisor I: Abdul Hakim, M.Farm, M.P.I., Apt; Advisor II: Siti Maimunah, M.Farm.

Schizophrenia is a situation disorder of psychopathology that indicated presence of a clinical syndrome, which the affects will influenced thought process, emotions, perceptions, and behavior. And mostly, this disorder occur in men rather than women. The aim of this study is to know the number of prevalence of obedience to medication and the prevalence of relapse the patient who have schizophrenic syndrome at the Hayunanto Medical Center Malang specialty hospital and knowing the relationship between medication obedience factors and outpatients at the Hayunanto Medical Center Malang specialty hospital. This research is a survey research with analytic descriptive method with retrospective design. The samples were taken using non probability sampling using purposive sampling technique. The samples were taken from 32 respondents. This research used medical card (patient control card) as instrument research. Data were analyzed with chi-square analysis. The result of the research showed that 15 respondents (47%) had medication adherence and 17 respondents (53%) didn't has medication adherence. The prevalence of recurrence in schizophrenia's outpatient showed that 23 respondents (71,87%) had recurrence in schizophrenia and 9 respondents (28,12%)mdidn't has recurrence. The result from chi-square showed that there is a signification relationship between adherence medication's factor and recurrence of schizophrenia's outpatient in Hayunanto Medical Center Specialty Hospital Malang with a significant value of 0.000(<0.050).

Keywords : medication adherence, level of accurance, schyzophrenia

مستخلص البحث

ليستاري، ميلدا دوي. ٢٠١٨. تحليل عوامل الامتثال في تناول الأدوية مع معدل تكرار الفصام في مستشفى هايونانتو الخاص مركز مالانج الطبي في مالانج للسنة ٢٠١٦ و ٢٠١٧. البحث الجامعي. قسم الصيدلة، كلية الطب والعلوم الصحية بجامعة مولانا مالك إبراهيم الإسلامية الحكومية مالانج. المشرف الأول: عبد الحاكم، الماجستير. المشرف الثاني: ستي ميمونة، الماجستير.

الكلمات الرئيسية : الإمتثال الدواء، معدل التكرار، انفصام الشخصية

الفصام هو اضطراب في الأمراض النفسية يشير إلى وجود متلازمة إكلينيكية يؤثر تأثيرها على عملية التفكير والعواطف والمفاهيم والسلوك مع حدوث حالات لدى الرجال أكبر من النساء. تهدف هذه الدراسة لتحديد مدى انتشار الالتزام الدواء وانتشار تكرار في العيادات الخارجية الفصام في مستشفى هايونانتو المركز الطبي الخاص في مالانج ومعرفة العلاقة بين عوامل الامتثال الدواء مع معدلات الانتكاس في العيادات الخارجية انفصام الشخصية في مستشفى هايونانتو الخاص مركز مالانج الطبي. هذا النوع من الأبحاث هو تحليلي وصفي مع نهج رجعي. تم أخذ عينات باستخدام أخذ العينات هادف الحصول على ٣٢ المستجيبين. يستخدم أداة البحث بطاقة طبية (بطاقة تحكم). تحليل البيانات باستخدام اختبار تشي-سقوير تشي-سقوير. فإن النتائج التي تم الحصول عليها مع نتائج التكدرس هي من المعروف أن عدد حالات انتشار الدواء في المرضى الخارجيين من مرضى الفصام الذين يلتزمون بتناول الدواء ما يصل إلى ١٥ مستجيباً (٤٧٪) في حين أن غير ملتصقين بما يصل إلى ١٧ مستجيباً (٥٣٪). ثم كانت نتائج التجفير على التكرار معروفة بـ ٢٣ مستجيباً (٧١,٨٧٪) في عودة المرضى الخارجيين من مرضى الفصام ، في حين أن ٩ لم ينتكثوا (٢٨,١٢٪) وكانت العلاقة بين عوامل الامتثال للأدوية معروفة باسم تشي-سقوير بالحسب < تشي-سقوير بالطاول (٣,٨٤١ < ٢٥,٠٠٠) وقيمة الدلالة > ٠,٠٥ < ٠,٠٥ > ، ثم تم رفض قرار الاختبار ، لذا فإن النتائج التي تم الحصول عليها هناك علاقة بين عوامل الامتثال التي تتناول الدواء مع معدل تكرار (الانتكاس)) في العيادات الخارجية الفصامية في مستشفى هايونانتو الخاص مركز مالانج الطبي في السنة ٢٠١٦ و ٢٠١٧

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang serius menurut *World Health Organization (WHO)*. WHO memperkirakan sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa (Ira, 2015). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar prevalensi psikosis di Indonesia sebesar 51,7 %, prevalensi tertinggi terdapat di DI Yogyakarta dan Aceh yang masing-masing memiliki nilai sebesar 2,7 % sedangkan nilai prevalensi yang terendah di Kalimantan Barat sebesar 0,7 %. Prevalensi gangguan mental emosional penduduk Indonesia adalah 11,6 % dan bervariasi di antara provinsi dan kabupaten/kota. Untuk jumlah seluruh responden dengan gangguan jiwa berat sebanyak 1.728 orang (Riskesdas, 2013).

Skizofrenia terbagi menjadi lima tipe yang meliputi :1). Skizofrenia hebefrenik (gangguan mental yang menjadi tumpul); 2). Skizofrenia katatonik (tingkah laku kacau); 3). Skizofrenia Paranoid (suka berhalusinasi); 4). Skizofrenia residual (gejala skizofrenia yang tidak begitu menonjol) dan 5). Skizofrenia tak tergolongkan (mencakup gejala umum). Skizofrenia adalah gangguan keadaan pada keadaan psikopatologis yang menandai adanya suatu sindrom klinis, yang dampaknya akan mempengaruhi proses pikir, emosi, persepsi, dan tingkah laku dengan insidensi pada pria lebih besar daripada wanita. Skizofrenia berhubungan

Sebagaimana dalam sebuah hadist yang menjelaskan tentang kejiwaan telah dijelaskan bahwa konflik kejiwaan yang sering dialami seseorang ditengarai oleh adanya tarik menarik antara motivasi. Antara kebutuhan organik, hawa nafsu, keinginan, dan ambisi duniawi yang harus dipenuhi di satu pihak serta motivasi agama (motivasi psikis) dan spritual dipihak lain. Motivasi agama cenderung mengontrol motivasi organik dan hasrat duniawi. Motivasi ini juga mendorong seseorang untuk menilai kecenderungan dan ambisinya dalam mengejar urusan profan. Penilaian ini didasari oleh pertimbangan untuk meraih kebahagiaan kekal dan abadi di akhirat. Rasulullah SAW menggambarkan konflik kejiwaan (Najati, 2004).

حَدَّثَنَا مُحَمَّدُ بْنُ رَافِعٍ حَدَّثَنَا عَبْدُ الرَّزَّاقِ أَخْبَرَنَا مَعْمَرٌ عَنْ هَمَّامِ بْنِ مُنَبِّهٍ قَالَ هَذَا مَا حَدَّثَنَا أَبُو هُرَيْرَةَ عَنْ رَسُولِ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ فَذَكَرَ أَحَادِيثَ مِنْهَا وَقَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ مَثَلِي كَمَثَلِ رَجُلٍ اسْتَوْقَدَ نَارًا فَلَمَّا أَضَاءَتْ مَا حَوْلَهَا جَعَلَ الْفَرَّاشُ وَهَذِهِ الدَّوَابُّ الَّتِي فِي النَّارِ يَقَعْنَ فِيهَا وَجَعَلَ يَحْجُرُ هُنَّ وَيَعْلِبْنَهُ فَيَتَّقَمْنَ فِيهَا قَالَ فَذَلِكَ مَثَلِي وَمَثَلُكُمْ أَنَا أَخَذُ بِحُجْرِكُمْ عَنِ النَّارِ هَلُمَّ عَنِ النَّارِ هَلُمَّ عَنِ النَّارِ فَتَعْلِبُونِي تَتَّقَمُونَ فِيهَا

Artinya: “Aku bagaikan seseorang yang menyalakan api, ketika api itu menerangi sekelilingnya, api itu menyambar tempat tidur sehingga seseorang berusaha memadamkan api itu. Namun, orang itu menceburkan dirinya ke dalam api itu. Kemudian Nabi SAW berkata,” itulah perumpaan aku dengan kalian. Aku berusaha menyelamatkan kalian semua dari jilatan api. Maka hati-hatilah dengan api! Sebab kalian semua berusaha menyelamatkan aku, tetapi kalian menceburkan diri ke dalam api itu.” (HR. Al-Bukhari)

Sebagaimana dalam sebuah hadist tersebut telah dijelaskan dan diibaratkan dalam sebuah peristiwa mengenai jati diri manusia dalam mewujudkan sebuah keinginan

agar keinginannya tersebut dapat terwujudkan. Setiap manusia pasti memiliki sebuah keinginan, namun manusia hanyalah makhluk ciptaan Allah SWT yang memiliki keterbatasan dalam mewujudkan sesuatu. Manusia bisa mewujudkan keinginannya dengan sebuah usaha yang dilakukan, akan tetapi dari sebuah usaha pasti akan menemukan sebuah kegagalan yang belum tentu itu tidak baik bagi manusia. Kegagalan itulah yang akan membuat manusia banyak mendapatkan pelajaran dari segala sesuatu yang telah dilewatinya dan berserah diri kepada Allah SWT atas segala urusan yang ada dimuka bumi ini. Karena tanpa ridho Allah SWT hati (jiwa) seorang manusia tidak akan bisa menerima suatu keadaan pada kondisi yang sebenarnya, maka hal tersebut dapat menjadi faktor dalam pemicu stres yang sudah tidak dapat dikendalikan oleh kondisi seorang individu itu sendiri.

Menurut World Health Organization (WHO, 2007) saat ini lebih dari 450 juta penduduk dunia hidup dengan gangguan jiwa. Di Indonesia, berdasarkan Data Riskesdas tahun 2013, menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional seperti gangguan kecemasan dan depresi sebesar 6,0 % dari populasi orang dewasa. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah yakni sebesar 11,6 %, sedangkan yang terendah di Lampung yakni sebesar 1,2 %. Berarti dengan jumlah populasi orang dewasa Indonesia lebih kurang 150.000.000 ada 1.740.000 orang saat ini mengalami gangguan mental emosional. Diketahui dari data populasi penduduk dunia yang menderita skizofrenia ditunjukkan bahwa terdapat 1% dari populasi. Skizofrenia lebih banyak ditemukan pada populasi urban dan pada kelompok sosial ekonomi rendah (Ronald, 2016).

Berdasarkan penelitian sebelumnya (Sandy, 2013) dari faktor kepatuhan minum obat terhadap kekambuhan pasien skizofrenia di RSJD Surakarta pasien dengan diagnosis skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua dan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit jiwa. Sedangkan menurut Solomon dkk, dalam Akbar (2008), melaporkan bahwa dalam waktu 6 bulan pasca rawat didapatkan 30%-40% penderita mengalami kekambuhan, sedangkan setelah 1 tahun pasca rawat inap 40%-50% penderita mengalami kekambuhan, dan setelah 3-5 tahun pasca rawat didapatkan 65%-75% penderita mengalami kekambuhan (Akbar, 2008). Berarti pasien skizofrenia mengalami kekambuhan pertama pada waktu 6 bulan – 1 tahun pasca rawat dan lebih banyak ditemukan banyaknya pasien skizofrenia yang mengalami kekambuhan pada 2 sampai dengan 5 tahun pasca rawat.

Menurut hasil penelitian (Septi, 2014) menunjukkan bahwa 84 responden yang diteliti presentase yang paling banyak yaitu ketidakpatuhan minum obat sebanyak 63 responden (78,8 %). Hal ini sesuai dengan teori Stuart dan Laraia (2005) yang mengatakan bahwa, sebagian besar pasien skizofrenia mengalami ketidakpatuhan dalam mengkonsumsi obat. Selain itu, Niven (2002) juga menambahkan bahwa pasien skizofrenia rata-rata memiliki perilaku ketidakpatuhan dalam mengkonsumsi obat. Ketidakpatuhan dikarenakan banyaknya jumlah obat yang diminum, adanya efek samping yang membuat pasien tidak nyaman, serta tidak adanya pengawasan keluarga.

Salah satu masalah dalam penanganan skizofrenia adalah kekambuhan. Kekambuhan pada satu tahun setelah terdiagnosa skizofrenia dialami oleh: 60 - 70% pasien yang tidak mendapatkan terapi medikasi (Wardhani, 2009). Fenomena kekambuhan lebih banyak diakibatkan oleh putus obat. Salah satu survey yang membuktikan bahwa kekambuhan diakibatkan oleh ketidakpatuhan akan obat adalah survey World Federation of Mental Health tahun 2006, survey ini dilakukan terhadap 982 keluarga yang mempunyai anggota keluarga mengalami gangguan jiwa, hasilnya menunjukkan 51% pasien gangguan jiwa kambuh akibat berhenti minum obat, 49% kambuh akibat merubah dosis obat sendiri.

Kepatuhan adalah suatu keadaan yang menunjukkan pasien telah mengikuti petunjuk dan rekomendasi terapi dari perawat atau dokter (Gajski & Karlovic 2008, dalam Erwina 2015). Banyak di temukannya masalah ketidakpatuhan pada pasien skizofrenia, namun masalah ini dapat diatasi dengan tingkat pemahaman dari tenaga medis untuk lebih mengetahui faktor-faktor penyebab timbulnya ketidakpatuhan pada pasien skizofrenia. Pada kondisi ini penyakit skizofrenia dapat dikatakan kronis dengan mengetahui penyebab ketidakpatuhan pasien terhadap terapi obat yang meliputi pasien merasa bosan minum obat, kurang pahamnya pasien tentang tujuan pengobatan, berkurangnya gejala, tidak mengerti tentang instruksi penggunaan obat, dosis yang tidak akurat dalam mengkonsumsi obat, efek samping yang tidak menyenangkan, dan harga obat yang mahal (Erwina 2015).

Keterlambatan penderita datang ke klinik pengobatan adalah salah satu kendala dalam mengobati skizofrenia, sehingga akan berdampak buruk dari terjadinya

keterlambatan dalam penanganan. Penderita skizofrenia berpotensi pada keadaan kronis berkepanjangan, banyak ditemukan penderita yang mengalami kekambuhan yang pengobatannya menjadi sulit dan tidak sesuai (Kaunang, 2015).

Sebagaimana didalam Al-Qur'an telah dijelaskan bahwasannya Al-Qur'an adalah sebagai penyembuh pada penyakit jiwa, selain itu Al-Qur'an telah menjadi sebuah petunjuk (huddan) dalam menjalankan kehidupan. Bagaimana seorang manusia itu seharusnya beriman dan berserah diri kepada Allah SWT atas apa yang ada dimuka bumi ini, termasuk semua urusan duniawi yang telah menjadi sebuah ujian bagi manusia dalam menyelesaikannya dan semua yang ada dimuka bumi ini telah dijelaskan didalam Al-Qur'an termasuk bagi mereka yang telah mempelajari Al-Qur'an ataupun mengamalkannya juga mengetahui makna yang terkandung didalamnya sehingga akan dijauhkan dari penyakit yang berada didalam jiwa. Sebagaimana Al-Qur'an itu juga memiliki sebuah mukjizat yang tanpa kita mengetahui maknanya jika kita telah mengamalkan ataupun membacanya dalam setiap hari, maka hati kita akan terasa tenang.

Dan Allah telah bersabda dalam surah Yunus ayat 57 yang berbunyi :

يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ (٥٧)

Artinya : “Hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit (yang berada) dalam dada (jiwa) dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman.

Sesuai dengan ayat Al-Qur'an tersebut bahwa Allah S.W.T telah menurunkan pelajaran-pelajaran yang sangat berharga untuk kita menjaga kesehatan terutama

kesehatan jiwa bagi orang-orang yang beriman yang selalu menjaga dan membaca Al-Qur'an.

Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center (RSK – HMC) merupakan rumah sakit yang memfokuskan pada pelayanan kesehatan rehabilitasi mental dan rehabilitasi ketergantungan narkoba. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti, pada tahun 2016 dan 2017 proporsi penderita yang menjalani rehospitalisasi di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center rata-rata 27,86% merupakan penderita skizofrenia yang mengalami kekambuhan dalam kurun waktu tertentu. Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center yang menunjukkan bahwa dari data pasien yang pernah menjalani rawat inap di RSK HMC Malang belum terlepas dari pengobatan yang setiap kalinya akan berkunjung untuk melakukan kontrol kembali dari perubahan pasien dan mengambil obat di Instalasi Farmasi sebagai pengobatan rawat jalan. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan dengan harapan mendapatkan suatu gambaran mengenai faktor kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan penderita skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center periode 2016 dan 2017.

Berdasarkan hal tersebut di atas dan banyaknya faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan pasien terhadap obat maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang “Analisis Hubungan Faktor Kepatuhan Minum Obat Dengan Tingkat Kekambuhan (Relapse) Pada Pasien Skizofrenia Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center periode 2016 s/d 2017”. Metode yang

digunakan pada penelitian ini dengan menggunakan metode secara tidak langsung yaitu ketepatan menebus resep kembali dan pengambilan data berdasarkan kartu tanda berobat (kartu kontrol), dari kelebihanannya yang objektif; mudah untuk memperoleh data metode ini juga memiliki kekurangan yaitu resep yang diambil tidak sama dengan obat yang dikonsumsi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan masalah yang akan menjadi pokok pembahasan dalam penelitian ini.

1. Berapakah prevalensi kepatuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di Rumah Sakit Hayunanto Medical Center Malang?
2. Berapakah prevalensi kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di Rumah Sakit Hayunanto Medical Center Malang?
3. Apakah terdapat hubungan kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan (*Relapse*) pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Hayunanto Medical Center Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan Penelitian ini adalah untuk :

1. Mengetahui jumlah prevalensi kepatuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di Rumah Sakit Hayunanto Medical Center Malang

2. Mengetahui jumlah prevalensi kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di Rumah Sakit Hayunanto Medical Center Malang.
3. Mengetahui hubungan kepatuhan minum obat dengan kekambuhan pasien skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Memberikan gambaran melalui data penelitian yang diperoleh tentang pengaruh hubungan faktor kepatuhan mengkonsumsi obat terhadap tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia, dan dapat menjadi suatu evaluasi bagi dokter dan tenaga farmasi dalam meminimalisir tingkat kekambuhan (*Relapse*), sehingga dapat meningkatkan tingkat kepatuhan mengkonsumsi obat untuk mendapatkan pengobatan yang efektif pada pasien skizofrenia.

2. Bagi Mahasiswa

Berkaitan dengan aspek pengembangan ilmu, penelitian ini berguna untuk menambah wawasan ilmu pengetahuan mahasiswa farmasi tentang analisis hubungan faktor kepatuhan mengkonsumsi obat dengan tingkat kekambuhan (relapse) pada pasien skizofrenia.

3. Bagi Pasien

Memberikan informasi kepada pasien khususnya pasien skizofrenia dalam usaha meningkatkan pengetahuan tentang pengobatannya.

1.5 Batasan Masalah

Penelitian ini bertempat di Rumah Sakit Hayunanto Medical Center, yang dilaksanakan pada bulan Februari sampai Juni 2018. Pengambilan data di ambil dari hasil Pengobatan Rawat Jalan pasien yang berada di Ruang Rawat Jalan di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang dengan menggunakan kartu tanda berobat (*kartu kontrol*) sehingga peneliti membatasi hanya pada pola penggunaan obat yang digunakan oleh responden. Namun, tidak mendeskripsikan terkait tipe skizofrenia dan gejala yang ditimbulkan oleh responden. Pengambilan data di mulai pada periode Januari 2016 dan Desember 2017, dengan menggunakan metode *deskriptif analitik* dengan pendekatan *Retrospektif*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pandangan Islam Tentang Penyakit Jiwa

Dalam perspektif islam, penyakit jiwa sering diidentikkan dengan beberapa sifat buruk atau tingkah laku tercela (*al-akhlaq al-mazmumah*), seperti sifat tamak, dengki, iri hati, arogan dan emosional. Hasan muhammad as-syarqawi dalam kitabnya *Nahw 'Ilmiah Nafsi*, membagi penyakit jiwa dalam sembilan bagian, yaitu: pamer (*riya'*), marah (*al-ghadhab*), lalai dan lupa (*al-ghaflah wan nisyah*), was-was (*al-was-wasah*), frustrasi (*al-ya's*), rakus (*tama'*), terperdaya (*al-ghurur*), sombong (*al-ujub*), dengki dan iri hati (*al-hasd wal hiqd*).

Beberapa sifat tercela di atas ada relevansinya jika dianggap sebagai penyakit jiwa, sebab dalam kesehatan mental (*mental hygiene*) sifat-sifat tersebut merupakan indikasi dari penyakit kejiwaan manusia (*psychoses*). Jadi pada penderitanya sakit jiwa salah satunya ditandai oleh sifat-sifat buruk tersebut (As-Syarqawi, 1979).

2.1.1 Riya'

Seperti yang dijelaskan oleh As-Syarqawi, bahwa dalam penyakit riya' terdapat unsur penipuan terhadap dirinya sendiri dan juga orang lain, karena hakikatnya ia mengungkapkan sesuatu yang tidak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya. Penyakit riya' merasuk dalam jiwa seseorang dengan halus dan tidak terasa sehingga hampir tidak ada orang yang selamat dari serangan penyakit ini kecuali orang arif yang ikhlas dan taat.

Dalam riya' terhadap unsur-unsur kepura-puraan, penipuan, munafik, seluruh tingkah-lakunya cenderung mengharap pujian orang lain, senang kepada kebesaran dan kekuasaan. *Over acting*, menutup-nutupi kejelekannya dan seterusnya. Sifat yang demikian ini digambarkan dalam al-Qur'an surat an-Nisa': 142 dan at-Taubah: 67 dan juga hadits nabi:

“Yang paling aku khawatirkan terhadap umatku adalah riya' dan syahwat yang tersembunyi”.

Islam memberikan terapi riya' ini dengan cara mengikis nafsu syahwat sedikit demi sedikit dan menanamkan sifat merendahkan diri (*tawadhu'*) dengan melihat kebesaran Allah SWT.

2.1.2 Emosi/Marah

Marah pada hakikatnya adalah memuncaknya kepanikan di kepala, lalu menguasai otak atau pikiran dan akhirnya kepada perasaan. Kondisi semacam ini seringkali sulit untuk dikendalikan. Lebih lanjut As-Syarqawi mengungkapkan, bahwa emosi marah akan menimbulkan beberapa pelampiasan, misalnya secara lisan akan memunculkan caci-makian, kata-kata kotor/keji dan secara fisik akan menimbulkan tindakan-tindakan destruktif. Dan jika orang marah tidak mampu melampiaskan tindakan-tindakannya di atas, maka dia akan berkompensasi pada dirinya sendiri dengan cara misalnya: merobek-robek pakaian, menampar mukanya sendiri, mencakar-cakar tanah, membanting perabot rumah tangga dan seterusnya seperti tindakan orang gila. Marah juga dapat berpengaruh pada hati seseorang, yaitu sifat dengki dan iri hati, menyembunyikan kejahatan, rela melihat orang lain menderita, cemburu, suka membuka

aib orang lain dan seterusnya. Atas dasar inilah maka nabi melarang orang yang sedang marah untuk melakukan putusan atau memutuskan sesuatu perkara sebagaimana sabdanya:

“Seseorang jangan membuat keputusan diantara dua orang (yang berselisih) sementara ia dalam keadaan marah”.

Al-Ghazali berpendapat, bahwa cara untuk menanggulangi kemarahan sampai batas yang seimbang dengan jalan *mujahadah* untuk kemudian menanamkan jiwa sabar dan kasih sayang. Berkaitan dengan hal di atas, Usman Najati berpendapat bahwa emosi marah yang menguasai seseorang dapat membuat kemandegan berpikir. Di samping itu energi tubuh selama marah berlangsung akan membuat orang siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang akan disesali di kemudian hari, dengan jalan mengendalikan diri, sebab mengendalikan diri dari marah itu mempunyai beberapa manfaat:

1. Dapat memelihara kemampuan berpikir dan pengambilan keputusan yang benar.
2. Dapat memelihara keseimbangan fisik, karena mampu melindungi dari ketegangan fisik yang timbul akibat meningkatnya energi.
3. Dapat menghindarkan seseorang dari sikap memusuhi orang lain, baik fisik maupun umpatan, sikap tersebut juga dapat menyadarkan diri untuk selalu berintrospeksi.
4. Dari segi kesehatan, pengendalian marah dapat menghindarkan seseorang dari berbagai penyakit fisik pada umumnya.

Dalam hal ini Nabi juga sangat memuji tindakan pengendalian diri terhadap emosi marah ini dan menganggapnya sebagai orang yang kuat, sebagaimana sabdanya:

“Tidaklah orang dikatakan kuat itu adalah orang yang pandai bergulat, tetapi orang kuat adalah orang yang mampu menahan amarahnya”.

2.1.3 Lalai dan Lupa

Lalai dan lupa termasuk salah satu dari penyakit mental. Lupa oleh sebagian psikolog juga digambarkan sebagai persoalan yang telah dilalui sebelumnya. Dan berdasarkan penelitian para ahli, bahwa penyebabnya antara lain adalah:

- a. Perbedaan kadar kemampuan seseorang di dalam menenangkan dan mengingat sesuatu yang telah diketahui sebelumnya.
- b. Bahwa paada mulanya proses kelupaan akan terjadi secara drastis dan berangsur-angsur.
- c. Banyaknya informasi yang diterima akibatnya terjadi inferensi informasi.

Proses kelupaan juga sangat erat kaitannya dengan waktu dan konsentrasi seseorang terhadap peristiwa-peristiwa yang terjadi. Sebagian psikolog berpendapat, bahwa seseorang yang terlalu banyak mengurus persoalan-persoalan yang rumit, maka akan menyebabkan terjadinya proses kelupaan terhadap sesuatu yang telah diketahui sebelumnya. Oleh karena itu dianjurkan seseorang tidak terlalu memforsir diri. Dan hendaknya menyisihkan sebagian waktunya untuk beristirahat (rekreasi, refreasing). Daya tangkap seseorang, tidak selamanya menjamin kemampuan ingatan seseorang, sebab secara internal terdapat faktor-faktor yang dapat menghalangi seseorang untuk mengingat sesuatu, seperti rasa takut yang mencekam dan adanya interferensi dan seterusnya.

Banyaknya informasi dan kegiatan yang menumpuk sebelumnya membuat seseorang semakin sulit untuk mengingat materi-materi yang dipelajari kemudian. Sementara jika informasi terhadap materi yang baru relatif lebih baik jika informasi dan kegiatan lebih sedikit. Hal ini terbukti pada anak yang lebih mampu mengingat secara mendetail berbagai peristiwa pada masa lalu daripada orang dewasa.

Di sisi lain lupa merupakan sifat asal (tabiat) manusia. Tabiat inilah yang kadang-kadang membuat manusia lupa akan hal-hal yang penting, lalai akan Allah SWT, dan perintah-Nya, sementara setan selalu menggodanya. Dari aspek ini kita melihat keberhasilan iblis dalam menggoda Adam As.

2.1.4 Was-Was

Para ulama memandang bahwa penyakit was-was merupakan akibat dari bisikan hati dan adanya angan-angan keduniaan yang didasarkan pada hawa nafsu dan kesenangan duniawi. Penyakit was-was juga merupakan penyakit yang muncul akibat gangguan setan. Setan mengobarkan hawa nafsu dan membuat seseorang meragukan agamanya. Lupa daratan, cenderung melakukan perbuatan keji.

Dalam menanggulangi penyakit di atas, nampaknya metode yang ditempuh oleh “psikologi Islam” berbeda dengan yang ditempuh oleh psikologi modern. Islam memandang bahwa sumber utama dari penyakit was-was adalah setan. Oleh sebab itu jalan keluarnya adalah terapi berzikir kepada Allah.

As-Samarqandi, seperti yang dikutip oleh As-Syarqawi menyebutkan bahwa setan senantiasa berusaha menggoda dan memperdaya manusia. Jalan yang ditempuhnya adalah antara lain: melalui sifat *su'uzzan* baik kepada Allah maupun kepada manusia,

melalui kemewahan hidup, melalui sikap menghina orang lain, hasut, dengki, bakhil, riya', kikir, tamak, dan sebagainya. Menurut as-Samarqandi cara mengatasi penyakit ini adalah dengan cara memperkuat keyakinan (iman) kepada Allah dan berpuasa diri (*qana'ah*) akan karunia dan nikmat yang telah diberikan-Nya.

2.1.5 Frustrasi

Frustrasi (*al-Ya's*) menurut As-Syarqawi adalah putus harapan dan cita. Munculnya perasaan ini biasanya ketika seseorang berhadapan dengan macam-macam cobaan dan persoalan hidup yang bertolak belakang dengan hawa nafsunya. Sifat tersebut sangat dicela oleh agama, karena menjadikan seseorang statis, kehilangan etos kerja, acuh-tak acuh terhadap lingkungan, selalu melamun, kehilangan kepercayaan baik kepada diri sendiri maupun kepada orang lain.

Sebagaimana dalam Al-Qur'an, Allah SWT melarang manusia berputus asa akan rahmat-Nya, sebagaimana firman-Nya:

"Jangan kamu berputus asa dari rahmat Allah, sesungguhnya tiada berputus ada dari rahmat Allah kecuali kaum yang kafir". (Q.S. Yusuf: 87).

Dalam *mental hygiene* disebutkan: bahwa munculnya perasaan frustrasi disebabkan oleh kegagalan seseorang dalam mencapai tujuan, tidak terpenuhinya kebutuhan-kebutuhan yang diinginkan atau terhambatnya usaha dan perjuangan di dalam mencapai suatu tujuan dan bandingkan dengan (Zakiah Darajat, 1990).

2.1.6 Rakus (Tamak)

Tamak atau rakus adalah keinginan yang berlebih-lebihan yang didasari oleh kemauan hawa nafsu yang tidak terkendali. Jika seseorang mengikuti hasa nafsunya secara

belebihan, maka selama ia bersikap tamak dan tidak pernah merasa puas dengan apa yang ia terima, selama itu pula ia terperangkap oleh angan-angan dunia yang tidak pernah terwujudkan. Menurut As-Syarqawi, cara membendung sifat tamak ini adalah dengan membiasakan diri dengan zuhud dan *qana'ah* sehingga dengan demikian ia akan bebas dari perbuatan hawa nafsu.

2.1.7 Terperdaya

Terperdaya (al-Ghurur) merupakan suatu jenis penyakit mental yang diakibatkan oleh salah persepsi tentang kehidupan duniawi dan juga lupa tentang penciptanya. menurut As-Asyraqawi keterperdayaan dan salah persepsi berkisar kepada dua hal:

a. Tentang kehidupan duniawi

Pemahaman yang tidak benar terhadap kehidupan duniawi dimaksudkan salah, bahwa dunia dianggap segala-galanya, dunia merupakan tujuan akhir, harapan dan cita-citanya. penderita penyakit ini selalu meragukan kehidupan akhirat, akhirat dianggap ilusi, tidak kekal, sementara kehidupan dunia dianggapnya segala-galanya. Persepsi yang demikian ini dikenal dalam filsafat sebagai penganut *hedonisme*.

Menurut Islam, untuk menggulangi penyakit di atas adalah dengan terapi iman, sebab dengan iman seseorang akan menyadari bahwa kehidupan dunia sesungguhnya bersifat sementara (Ibid). Sebagaimana Allah berfirman dalam beberapa ayat-Nya, bahwa dunia ini hanyalah permainan dan senda-gurau saja (lihat: Q.S. Al-An'am: 32, Al-Ankabut: 64, Al-Hadid: 20, Muhammad: 36).

b. Tentang kepercayaan kepada Allah SWT termasuk dalam kategori terpedaya adalah kesalahan persepsi terhadap Allah SWT (jika memang benar-benar ada) maka ia akan memberikan kenikmatan di akhirat, mereka menganalogikan kehidupan dunia dengan kehidupan akhirat. Persepsi di atas jelas tidak benar, sebab adanya kedudukan, kenikmatan, harta dan kedudukan yang diperoleh seseorang tidak selamanya merupakan indikasi keridaan Tuhan, melainkan sebaliknya sebagai ujian dan cobaan.

Dari sisi lain sifat terpedaya juga sering merasuk ke dalam jiwa orang yang berkeyakinan, bahwa dengan sifat *rahman rahim*-Nya Allah SWT akan mentolerir perbuatan-perbuatan hamba-Nya yang sengaja melalaikan perintah-perintah-Nya. Dengan demikian, penderita penyakit ini cenderung selalu mengabaikan perintah-perintah Allah SWT dengan tidak menyadari bahwa sesungguhnya ia terjebak dalam persepsi yang keliru.

2.1.8 Rasa Bangga Diri ('Ujub)

Perasaan bangga diri ('Ujub) sedikit berbeda dengan perasaan sombong (kibr). Menurut Al-Ghazali, kibr merupakan perasaan yang muncul pada diri seseorang, di mana ia menganggap dirinya lebih baik dan lebih utama dari orang lain. Sedangkan 'ujub adalah perasaan bangga diri yang dalam penampilannya tidak memerlukan atau melibatkan orang lain. 'Ujub lebih terfokus kepada rasa kagum terhadap diri sendiri, suka membanggakan dan menonjolkan diri sendiri. Kadang-kadang pada sebagian orang emosi ini merupakan tingkah laku yang dominan dalam kepribadian dan dapat menimbulkan sikap sombong, angkuh serta merendahkan orang lain.

Penilaian yang tinggi terhadap suatu pemberian, sikap yang selalu mengingat-ingat pemberian dan sikap pamrih terhadap perbuatan yang dilakukan merupakan hal-hal yang termasuk kategori ‘*ujub*. Menurut As-Syarqawi bahwa ‘*ujub* merupakan perasaan senang yang berlebihan. Kemunculannya disebabkan adanya anggapan bahwa si pasien merupakan orang yang paling baik dan paling sempurna di dalam segalanya. Sikap ‘*ujub* adalah penyakit mental yang sangat berbahaya, sebab eksistensinya membuat hati menjadi beku di dalam menerima kebaikan, memperingan dosa dan selalu menutup-nutupi kesalahan, sebagaimana firman Allah swt.:

“Dan apabila Kami memberikan nikmat kepada manusia ia berpaling dan menjauhkan diri, tetapi apabila ia ditimpa malapetaka maka ia banyak berdo’a”. (Q.S. Fusilat: 51).

Dari sisi lain orang yang bangga dengan dirinya telah menyadari akan kepribadiannya dan mengerti akan kesalahannya, tetapi tidak tertarik untuk kembali kepada kebenaran, melainkan bersikap putus asa, tetap ingkar dan bahkan “ogah” melakukan kebajikan dan pengabdian kepada Allah.

2.1.9 Iri Hati dan Dengki

Iri hati atau juga disebut dengki merupakan gejala-gejala luar yang kadang-kadang menunjukkan perasaan dalam hati. Akan tetapi gejala-gejala tersebut tidak mudah untuk diketahui, sebab seseorang akan berusaha semaksimal mungkin menyembunyikan gejala-gejala tersebut.

Secara umum dapat dikatakan, bahwa rasa iri muncul akibat kegagalan seseorang dalam mencapai sesuatu tujuan. Oleh sebab itu emosi ini sangat kompleks, dan dasarnya terdiri atas rasa ingin memiliki, rasa marah, dan rasa rendah diri. Meski

demikian, tidak dapat dikatakan, bahwa rasa iri sebagai kumpulan dan rasa marah, rasa ingin memiliki dan rasa rendah diri, akan tetapi lebih dari itu adalah memiliki karakteristiknya sendiri. Dan di antara gejala-gejala yang nampak adalah marah dengan segala bentuknya mulai dari memukul, mencela, menghina, membuka rahasia orang lain, memberontak, membisu, menyendiri, mogok makan, sangat sensitif, dan seterusnya.

As-Syarqawi menjelaskan bahwa emosi ini secara garis besar diklasifikasikan menjadi dua macam:

- a. Iri yang melahirkan kompetisi sehat (*al-munafasah*);
- b. Iri yang melahirkan kompetisi tidak sehat (*al-hiqd wal hasad*).

Iri jenis pertama merupakan kompetisi sehat untuk meniru hal-hal positif yang dimiliki orang lain tanpa didasari oleh interes jahat dalam rangka “*fastabiqul khairat*”. Iri dalam jenis ini merupakan sesuatu yang diharuskan bagi setiap muslim berdasarkan firman Allah:

“*Maka berlomba-lombalah berbuat kebajikan. Hanya kepada Allah kamu semua kembali, lalu diberitahukannya kepadamu apa yang telah kamu peraselisihkan*”. (Q.S. al-Maidah: 48).

Sementara iri dalam jenis kedua lebih didasari oleh rasa benci terhadap apa-apa yang dimiliki oleh orang lain, baik yang berkaitan dengan materi maupun yang berhubungan dengan jabatan/kedudukan. Iri dalam kategori ini, menurut As-Syarqawi (Ibid) cenderung memunculkan sikap antisipasi dan bahkan melahirkan sikap permusuhan terhadap orang lain. Kemunculannya lebih disebabkan oleh rasa sombong, bangga, riya’, dan rasa takut kehilangan kedudukan.

Secara umum untuk mengatasi penyakit jiwa akibat tekanan mental, atau penyakit jiwa yang tergolong *unorganik* ini adalah dengan terapi pendidikan akhlak sejak dini, serta menciptakan keluarga dalam rumah tangga sakinah. Oleh sebab itu dalam Islam pendidikan akhlak bagi anak sangat ditekankan. Anak diajari untuk santun, menghargai kepada orang lain dan senantiasa berbuat kebajikan. Di sini lantas orang tua pun dituntut untuk berperan dalam keluarga, menjadi teladan bagi putra-putrinya. Bukankah nabi diutus untuk memperbaiki dan menyempurnakan akhlak. Mengapa Islam juga melarang minum-minum keras, mabuk-mabukan, berbuat zina, homo seksual, dan menyuruh memelihara kebersihan dan kesehatan. Ketahuilah bahwa yang demikian itu (mabuk-mabukan, zina, dan lebih dari itu adalah merusak diri sendiri dan tatanan sosial (destruktif), mengakibatkan penyakit dan seterusnya penyakit tersebut dalam Mental Hygiene disebut sebagai penyakit organik yang amat membahayakan. Seperti yang telah dijelaskan dalam (Q.S. Al-Maidah: 90 dan Al-Isra': 32).

2.2 Tinjauan Skizofrenia

2.2.1 Sejarah Skizofrenia

Gangguan ini pertama kali diamati oleh Emil Kraepelin yang memperhatikan perjalanan penyakit dengan deteriorasi kronis serupa pada penyakit demensia, namun berkembang pada usia muda, dan tidak diikuti oleh adanya penemuan gangguan organik di otak yang terdeteksi pada saat itu, sehingga dinamakan sebagai Dementia praecox. Kemudian pada tahun 1911, Eugen Bleuler menemukan adanya perbedaan mendasar antara gangguan ini dengan demensia sehingga kemudian mengubah istilah dementia praecox yang dianggap kurang sesuai menjadi skizofrenia (jiwa/ kepribadian yang

terpecah). Bleuler juga kemudian mengembangkan 4 faktor fundamental dalam menegakkan diagnose skizofreni, yang terangkum dalam konsep 4A (affect blunting, disturbance of association, autism, and ambivalence). Kemudian Kurt Schneider mengembangkan peran dari gejala positif seperti halusinasi, delusi, dan membuat hirarki “the first rank symptoms of schizophrenia” yang hingga saat ini masih digunakan sebagai pedoman dalam menegakkan diagnosa, termasuk dalam PPDGJ III (kriteria gejala satu).

2.2.2 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata “skizo” yang berarti retak atau pecah (split), dan “frenia” yang berarti jiwa. Dengan demikian seseorang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan atau keretakan kepribadian (splitting of personality) (Hawari, 2012). Maramis (2005) berpendapat bahwa terapi dapat dilakukan pada pasien skizofrenia, meliputi psikoterapi individual, psikoterapi kelompok, psikoterapi analitis, terapi seni kreatif, terapi perilaku dan terapi kerja. Skizofrenia digolongkan menjadi beberapa jenis sesuai dengan gejala yang muncul, yaitu skizofrenia simplex, heberfrenik, katatonik, paranoid, residual, skizoafektif dan skizofrenia tak terinci. Skizofrenia tipe skizo-afektif merupakan gangguan utama yang disebabkan karena gangguan sindrom manik atau depresif yang lengkap ataupun tidak lengkap yang tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau gangguan jiwa lainnya. Pada jenis skizo-afektif terjadi waham dan halusinasi selama paling sedikit 2 minggu tanpa gejala, dan alam perasaan yang menonjol.

2.2.3 Etiologi

Menurut Kaplan, Sadock & Grebb, 1994 dalam Fausiah Fitri, 2005, faktor penyebab skizofrenia adalah :

2.2.3.1 Model Diatesis Stres

Mengintegrasikan faktor biologis, psikososial, dan lingkungan. Seseorang memiliki kerentanan spesifik (diathesis), yang jika mengalami stress akan dapat memicu munculnya symptom skizofrenia. Stressor atau diathesis ini bersifat biologis, lingkungan atau keduanya. Komponen lingkungan biologikal (seperti infeksi) atau psikologis (seperti kematian orang terdekat).

2.2.3.2 Sudut Pandang Biologis

Pada pasien Skizofrenia ditemukan adanya kerusakan pada bagian otak tertentu. Namun sampai saat ini belum diketahui bagaimana hubungan antara kerusakan pada bagian otak tertentu dengan munculnya skizofrenia. Penelitian pada beberapa dekade terakhir mengindikasikan peran patofisiologi dari area tertentu di otak; termasuk system limbik, korteks frontal, dan ganglia basalis. Hipotesa Dopamin: Menurut hipotesa ini, skizofrenia terjadi akibat dari peningkatan aktivitas neurotransmitter dopaminergik. Peningkatan ini mungkin merupakan akibat dari meningkatnya pelepasan dopamine, terlalu banyaknya reseptor dopamine, turunya nilai ambang atau hipersensitivitas reseptor dopamine, atau kombinasi dari faktor-faktor tersebut.

2.2.3.3 Sudut Pandang Genetik

Penelitian yang luas tentang genetik menunjukkan bukti kuat adanya komponen genetik yang berperan pada skizofrenia. Predisposisi genetik pada pasien skizofrenia,

telah terbukti melalui beberapa penelitian tentang keluarga dengan skizofrenia. Jika pada populasi normal prevalensi penderita skizofrenia sekitar 1% maka pada keluarga skizofrenia prevalensi meningkat. Antara lain saudara kandung pasien skizofrenia (bukan kembar) prevalensinya 8%. Anak dengan salah satu orang tua menderita skizofrenia memiliki prevalensi 12%. Jika kedua orang tuanya mengalami skizofrenia, prevalensi ini meningkat pesat hingga 40%. Sedangkan pada penelitian anak kembar, ditemukan bahwa pasien skizofrenia yang kembar dua telur memiliki prevalensi 12%, dan untuk kembar satu telur prevalensinya meningkat menjadi 47%.

2.2.3.4 Sudut Pandang Psikososial

1) Teori Psikoanalitik dan Psikodinamik

Freud beranggapan bahwa skizofrenia adalah hasil dari fiksasi perkembangan, dan merupakan konflik antara ego dan dunia luar. Kerusakan ego memberikan kontribusi terhadap munculnya symptom skizofrenia. Secara umum kerusakan ego mempengaruhi interpretasi terhadap realitas dan kontrol terhadap dorongan dari dalam. Sedangkan pandangan psikodinamik lebih mementingkan hipersensitivitas terhadap berbagai stimulus menyebabkan kesulitan dalam setiap fase perkembangan selama anak-anak dan mengakibatkan stress dalam hubungan interpersonal. Symptom positif diasosiasikan dengan onset akut sebagai respon terhadap faktor pemicu/pencetus, dan erat kaitanya dengan adanya konflik. Symptom negative berkaitan erat dengan faktor biologis, sedangkan gangguan dalam hubungan interpersonal mungkin timbul akibat kerusakan intrapsikis, namun mungkin juga berhubungan dengan kerusakan ego yang mendasar.

Teori Belajar Anak-anak yang nantinya mengalami skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir yang tidak rasional dengan mengintimidasi orang tua yang juga memiliki masalah emosional yang signifikan. Hubungan interpersonal yang buruk dari pasien skizofrenia berkembang karena pada masa anak-anak mereka belajar dari model yang buruk.

2) Teori Tentang Keluarga

Pasien skizofrenia sebagaimana orang yang mengalami penyakit non psikiatri berasal dari keluarga dengan disfungsi, perilaku keluarga yang patologis yang secara signifikan meningkatkan stress emosional yang harus dihadapi oleh pasien skizofrenia.

3) Teori Sosial

Industrialisasi dan urbanisasi banyak berpengaruh dalam menyebabkan skizofrenia. Meskipun ada data pendukung, namun penekanan saat ini adalah dalam mengetahui pengaruhnya terhadap waktu timbulnya onset dan keparahan penyakit.

2.2.4 Patofisiologi

Patofisiologi skizofrenia melibatkan sistem dopaminergik dan serotonergik. Terdapat hubungan kuat antara sistem dopaminergik dan serotonergik dimana serotonergik memodulasi fungsi dopamin sehingga penurunan aktivitas serotonin akan berhubungan dengan peningkatan aktivitas dopamin. Computed Axial Tomography scans (CAT-scans) dan Magnetic Resonance Imaging (MRI) pada subtype dari skizofrenia menggambarkan terjadinya peningkatan ukuran ventrikel, terutama pada bagian ventrikel lateral. Studi terakhir juga menyebutkan bahwa terjadi penurunan otak yang jelas dibandingkan dengan kontrol (Crismon dkk., 2008).

Beberapa hipotesis atau teori mengenai patofisiologi skizofrenia:

1) Hipotesis dopaminergik

Sejak ditemukan dopamin sebagai neurotransmitter pada tahun 1958 dan observasi mengenai obat-obat antipsikotik yang merupakan antagonis reseptor dopamin, maka munculah hipotesis dopaminergik sebagai patofisiologi dari skizofrenia. Banyak bukti yang mendukung bahwa terjadi kerusakan reseptor dopamin pada penderita skizofrenia. Berdasarkan studi positron emission tomography (PET) tampak adanya kerusakan pada otak meliputi peningkatan metabolisme glukosa pada frontal lobe dan temporal lobe bagian kiri. Hal ini mengindikasikan adanya hiperaktivitas dopaminergik pada daerah mesolimbik dan hipoaktivitas dopaminergik pada prefrontal korteks. Dari studi di atas juga dijumpai bahwa terjadi peningkatan densitas reseptor D2 pada jaringan otak pasien skizofrenia (Crismon dkk., 2008). Jalur dopaminergik pada otak ada empat macam. Masing-masing jalur mempunyai fungsi tersendiri. Keempat jalur tersebut adalah nigrostriatal, mesolimbik, mesokortik, dan tuberoinfundibular.

Perubahan dopamin baik terlalu banyak maupun terlalu sedikit akan menimbulkan simptom skizofrenia. Hiperaktivitas dopamin pada jalur mesolimbik akan menimbulkan gejala positif, namun hipoaktivitas dopamin pada jalur mesokortik akan menimbulkan gejala negatif (Crismon dkk., 2008).

2) Disfungsi Glutamatergik

Glutamat dihipotesiskan terlibat dalam patofisiologi skizofrenia karena ketika reseptor NMDA (N-metil-D-aspartat) diblok menggunakan antagonisnya yaitu ketamin dan PCP (phencyclidine), muncul efek yang mirip dengan simptom kognitif yang terkait dengan skizofrenia (Ikawati, 2011). Glutamatergik adalah salah satu sistem neurotransmitter eksitatori yang tersebar luas di otak. Jalur glutamat kortikostriatal memiliki efek yang berlawanan yaitu menghambat fungsi dopaminergik dari stratum ventral yang menyebabkan meningkatnya aktivitas penghambatan sistem limbik. Penurunan jalur glutamatergik berpengaruh secara langsung pada jalur dopaminergik melalui interneuron GABA (gamma-aminobutyric acid). Defisiensi glutamatergik menyebabkan gejala yang mirip dengan hiperaktivitas dopaminergik (Crismon dkk., 2008).

3) Abnormalitas Serotonin (5-HT)

Pada beberapa kasus skizofrenia ditemukan terjadi peningkatan konsentrasi serotonin perifer. Reseptor serotoninergik terdapat pada akson dopaminergik dan diketahui bahwa adanya stimulasi pada reseptor tersebut akan menurunkan pelepasan dopamin. Pasien skizofrenia dengan abnormalitas otak memiliki konsentrasi 5-HT lebih tinggi. Hal ini berhubungan dengan membesarnya ukuran ventrikular (Crismon dkk., 2008).

4) Abnormalitas Norepinefrin (NE)

Pada beberapa kasus skizofrenia ditemukan terjadi peningkatan konsentrasi NE pada struktur limbik dari pasien skizofrenia paranoid kronis (Crismon dkk., 2008).

2.2.5 Karakteristik Skizofrenia

Gangguan ini dicirikan dengan gangguan dalam proses berpikir dimana terjadi distorsi yang berat terhadap kenyataan/realita. Misalnya penderita seolah-olah melihat atau mendengar sesuatu padahal dalam kenyataannya tidak ada (mengalami halusinasi). Ini yang menyebabkan penderitanya seolah-olah berbicara, marah-marah, atau tertawa-tawa sendiri padahal tidak ada yang lain disekitarnya. Pasien juga sering tidak bisa di ajak berkomunikasi karena kata-katanya menjadi kacau dan tidak sesuai dengan isi pembicaraan selain itu muncul pikiran-pikiran aneh, seperti merasa dikejar-kejar oleh orang lain, atau seolah-olah mendapatkan wahyu (mengalami delusi).

Ciri lain dari penderita skizofrenia yaitu kehilangan kontrol dan integrasi terhadap perilakunya sendiri, sehingga bila dia memukul orang lain, misalnya dia mungkin merasa bahwa tangannya tidak bisa dikuasai dan tangannya tersebut memukul orang lain dengan sendirinya. Pada penderita skizofrenia ini ada desintegrasi pribadi dan kepecahan pribadi. Tingkah laku emosional dan intelektualnya jadi ambiguous (majemuk), serta mengalami gangguan serius, juga mengalami regresi atau dimensia total. Pasien selalu melarikan diri dari kenyataan hidup dan berdiam dalam dunia fantasinya. Tampaknya pasien tidak memahami lingkungannya, reaksinya selalu maniacal atau kegila-gilaan, pikirannya melompat-lompat tanpa arah. Karena ia menderita gangguan intelektual yang berat. Juga perasaannya senantiasa tidak cocok dengan realitas yang nyata (Kartono, 2002)

Laki-laki cenderung memiliki resiko yang sedikit lebih tinggi untuk mengalami Skizofrenia (*American Pshychiatric Association, 2000*). Perempuan cenderung mengalami gangguan pada usia yang lebih lanjut daripada laki-laki, dengan usia awal kemunculan symptom terjadi paling banyak antara usia 25 sampai pertengahan 30 tahun

untuk perempuan dan antara 15 sampai 25 tahun pada laki-laki (*American Psychiatric Association, 2000*). Perempuan cenderung memiliki pencapaian tingkatan gejala yang lebih tinggi sebelum munculnya suatu gangguan dan kecenderungan yang dimiliki oleh laki-laki terdapat pada tidak parahnya perjalanan suatu penyakit yang ditandai dengan rendahnya tingkatan gejala di usia muda (Hafner, dkk.,1999). Laki-laki penderita skizofrenia tampak berbeda dari perempuan yang mengalami gangguan ini dalam beberapa hal. Mereka cenderung mengalami onset atau timbulnya gejala pada usia yang lebih muda, memiliki tingkat penyesuaian diri yang lebih buruk sebelum menunjukkan tanda-tanda gangguan dan memiliki lebih banyak kendala kognitif, deficit tingkah laku, dan reaksi lebih buruk terhadap terapi obat di bandingkan perempuan yang mengalami skizofrenia (Dipiro, 2005).

2.2.6 Penyebab Skizofrenia

Menurut (Durand & Barlow, 2007) untuk mengungkap penyebab gangguan ini, yaitu : gen-gen yang mungkin terlibat dalam skizofrenia, cara kerja kimiawi obat-obatan yang mungkin dapat membantu banyak orang mengalami gangguan ini, dan abnormalitas cara kerja otak pada penderita skizofrenia.

Menurut Kartono (2002) ada beberapa penyebab Skizofrenia, yaitu :

1. Lebih dari separuh jumlah penderita skizofrenia mempunyai keluarga psikotis atau sakit mental.
2. Tipe kepribadian yang schizothyme (*Schizotyme: Kepecahan pribadi dengan jiwa yang kacau balau*). *Asthenis (Tidak berdaya/bertenaga)* dengan jiwa yang cenderung

menjadi schizofren dan bentuk jasmaniah asthenis (tidak berdaya/bertenaga), mempunyai kecenderungan kuat menjadi skizofrenia.

3. Sebab-sebab organis: ada perubahan atau kerusakan pada system syarat sentral. Juga terdapat gangguan-gangguan pada sistem kelenjar-kelenjar adrenal dan pituitary (kelenjar di bawah otak). Kadangkala kelenjar thyroid dan kelenjar adrenal mengalami atrofi berat. Dapat juga di sebabkan oleh proses klimaterik dan gangguan-gangguan menstruasi. Semua gangguan tadi menyebabkan degenerasi pada energy fisik dan energy mentalnya.
4. Sebab-sebab psikologis: ada kebiasaan-kebiasaan infantil yang buruk dan salah, sehingga pasien hampir selalu melakukan penyesuaian diri yang salah terhadap lingkungannya. Ada konflik diantara super-ego dan id (Freud). Integrasi kepribadiannya sangat miskin dan ada kompleks-inferior yang berat.

2.2.7 Ciri-ciri Utama Skizofrenia

Skizofrenia adalah penyakit pervasif yang mempengaruhi lingkup yang luas dari proses psikologis, mencakup kognisi, afek dan perilaku. (Arango, dkk 2000 dalam Nevid 2005). Orang-orang dengan skizofrenia menunjukkan kemunduran yang jelas dalam fungsi pekerjaan sosial. Mereka mungkin memiliki kesulitan dalam mempertahankan pembicaraan, membentuk pertemanan, mempertahankan pekerjaan, atau memperhatikan kebersihan pribadi mereka. Namun demikian tidak ada satu pola perilaku yang unik pada skizofrenia, demikian pula tidak ada satu pola perilaku yang selalu muncul pada penderita skizofrenia. Penderita skizofrenia mungkin menunjukkan waham, masalah dalam berpikir asosiatif, dan halusinasi, pada satu atau lain waktu, namun tidak selalu semua tampil pada

saat kebersamaan. Juga terdapat perbedaan ragam atau jenis skizofrenia, dicirikan oleh pola-pola perilaku yang berbeda.

2.2.8 Diagnosa Skizofrenia

Penegakan diagnosa skizofrenia didasarkan pada pedoman penggolongan diagnosa gangguan jiwa (PPDGJ III) yang dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) :

- a) *Thought echo* : isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isi sama, namun kualitasnya berbeda; atau (*Thought insertion or withdrawal*) : isi pikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan (*Thought broadcasting*) : isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya;
- b) (*Delusion of control*) : pemikiran tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau (*Delusion of influence*): pemikiran tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau (*Delusion of passivity*) : pemikiran tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan tertentu dari luar; (tentang “dirinya“ = secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh atau anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus); (*Delusional perception*) : pengalaman inderawi yang tak wajar, yang bermakna, sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat;

- c) Halusinasi auditorik: Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau- mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau- jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
- d) Waham - waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan diatas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain).
2. Biasanya paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas :
- a) Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (over-valued ideas) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan- bulan terus menerus.
- b) Arus pikiran yang terputus (break) atau yang mengalami sisipan (interpolation) yang berakibat inkoherencia atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme
- c) Perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah (excitement), posisi tubuh tertentu (posturing) atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
- d) Gejala negatif seperti sikap apatis, bicara yang jarang dan respons emosional yang menumpul tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neureptika.

3. Adapun gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal);

4. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (overall quality) dari beberapa aspek perilaku pribadi (personal behavior), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (self absorbed attitude), dan penarikan diri secara sosial.

2.2.9 Penanganan (Treatment)

2.2.9.1 Perawatan Rumah Sakit

Perawatan rumah sakit memiliki beberapa tujuan, yaitu menegakkan diagnostik, menstabilkan pengobatan, demi keamanan diri pasien dan orang lain (yang mungkin terancam karena perilaku penderita yang kacau dan tidak sesuai), juga dikarenakan pasien yang bersangkutan tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri. Pada saat perawatan di rumah sakit ini orang tua atau orang yang merawat turut dilibatkan dalam program rehabilitasi, dengan tetap memperhitungkan tingkat keparahan pasien.

2.2.9.2 Pendekatan Biologis

Secara umum obat-obatan antipsikotik dapat dikelompokkan dalam 2 golongan besar, yaitu:

1. Kelompok yang tradisional/klasik/tipikal yaitu Dopamine Receptor Antagonis (DRA). DRA dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu high potency (misalnya CPZ) dan low potency (misalnya Haloperidol).
2. Kelompok yang non-tradisional/atipikal yaitu *Serotonin Dopamine Antogonis* (SDA).

2.2.9.3 Pendekatan Psikososial

Dalam melakukan intervensi psikososial perlu untuk menentukan dan kerugian yang akan diperoleh dari suatu pendekatan. Termasuk dalam pendekatan psikososial ini adalah terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga, bentuk-bentuk rehabilitasi vokasional, dll.

1. Terapi Individu

Dapat dilakukan dengan menggunakan terapi psikodinamik, atau Cognitiven Behavior Therapy (CBT).

2. Terapi Keluarga

Pada terapi ini dapat dilakukan beberapa hal, antara lain (Davison & Neale, 2001).

- a. Memberikan pendidikan tentang skizofrenia, termasuk simtom dan tanda-tanda kekambuhan.
- b. Memberikan informasi tentang dan memonitor efek pengobatan dengan antipsikotik.
- c. Menghindari Saling menyalahkan dalam keluarga.
- d. Meningkatkan komunikasi dan keterampilan pemecahan masalah keluarga.
- e. Mendorong pasien dan keluarga untuk mengembangkan kontak social mereka, terutama berkaitan dengan jaringan pendukung.
- f. Meningkatkan harapan bahwa segala sesuatu akan membaik, dan pasien mungkin tidak harus kembali ke rumah sakit.

3. Terapi Kelompok

Pada dasarnya, melalui terapi kelompok pasien skizofrenia diberi pelatihan kemampuan social, antara lain bagaimana memecahkan masalah sosial.

2.2.10 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien skizofrenia dapat meliputi pemberian farmakoterapi dan juga psikoterapi. Perawatan inap mungkin diperlukan apabila pasien mengalami agitasi berat atau beresiko untuk melukai diri sendiri maupun orang lain. Perawatan inap ini juga berguna untuk mencegah kemungkinan resiko bunuh diri yang berkisar 10% pada pasien dengan skizofrenia.

Penatalaksanaan farmakoterapi dengan pemberian obat antipsikotik dapat dibedakan dalam dua bagian besar :

2.2.10.1 Obat Antipsikotik Tipikal (APG-1)

Antipsikotik tipikal merupakan obat generasi lama dengan properti yang lebih fokus pada penghambatan ambilan kembali neurotransmitter dopamin.

Mekanisme Kerja APG-1 :

Sebagai Dopamine Reseptor Antagonist. APG-1 memblokade Dopamin. Pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal sehingga efektif untuk gejala positif.

Efek lainnya : APG-1 potensi rendah (contoh : chlorpromazine) lebih bersifat sedasi sehingga lebih efektif untuk pasien yang lebih agitatif.

Tabel 2.1 Penggolongan Obat APG-1

Jenis	Dosis Anjuran
Golongan Phenotiazine	
Chlorpromazine	Oral : 150 – 600 mg/hari

	Injeksi : 50 -100 mg (i.m) setiap 4 – 6 jam
Perphenazine	Oral: 12 – 24 mg/hari
Trifluoperazine	Oral : 10 – 15 mg/hari
Fluphenazine	Oral : 10 – 15 mg/hari Injeksi Fluphenazine Decanoas : 25 mg (i.m) tiap 2-4 minggu
Thioridazine	Oral : 150 – 300 mg/hari
Golongan Butyrophenone	
Haloperidol	Oral : 5 – 15 mg/hari Injeksi : 5 -10 mg (i.m) tiap 4 – 6 jam Injeksi Haldol Decanoas : 50 mg (i.m) tiap 2 – 4 minggu
Golongan Diphenylbutyl piperidine	
Pimozide	Oral : 2- 4 mg/hari

Yang termasuk dalam golongan antipsikotik tipikal diantaranya :

1. Chlorpromazine

Indikasi	Skizofrenia, agitasi, cegukan. Dapat mengurangi atau mencegah muntah yang disebabkan oleh rangsangan pada chemoreseptor trigger zone.
Kontraindikasi	Koma karena depresan SSP, depresi sumsum tulang, feokromositoma, gangguan hati, dan ginjal berat.
Peringatan/ Perhatian	Penyakit kardiovaskular dan serebrovaskular, penyakit pernapasan, parkinsonisme, epilepsy, infeksi akut, hamil, menyusui, gangguan ginjal dan hati, riwayat icterus, leukopenia, hipotiroidisme, miastenia gravis, hipertrofi prostat, glukoma sudut sempit, hati-hati pada lansia.
Efek Samping	Gejala ekstrapiramidal (parkinsonisme, dystonia akut, akatisia, tardive diskinesia). Mimpi buruk, hipotermia, apatis, mengantuk, insomnia, agitasi, depresi, kejang. Hipotensi ortastik (penggunaan injeksi i.m).
Dosis	<p>Dosis anjuran untuk skizofrenia dan Psikosis : Dosis Oral : 150 – 600 mg/hari. Dosis Injeksi : 50 – 100 mg (i.m) setiap 4-6 jam.</p> <p>Dosis untuk cegukan yang sulit diobati : 25-50 mg diberikan 3-4 kali sehari</p>

Sediaan	<p>Tablet 25 mg : Chlorpromazine Indofarma</p> <p>Tablet 100 mg : Chlorpromazine Indofarma, Cepezet, Promactil, Meprosetil</p> <p>Ampul 50 mg/2 ml : Chlorpromazine, Cepezet.</p>
----------------	---

2. Fluphenazine HCl

Indikasi	Skizofrenia dan psikosis lain, mania, ansietas, agitasi.
Kontraindikasi	Koma karena depresan SSP, depresi sumsum tulang, feokromositoma, gangguan hati, dan ginjal berat.
Peringatan/ Perhatian	Penyakit kardiovaskular dan serebrovaskular, penyakit pernapasan, parkinsonisme, epilepsy, infeksi akut, hamil, menyusui, gangguan ginjal dan hati, riwayat icterus, leukopenia, hipotiroidisme, miastenia gravis, hipertrofi prostat, glukoma sudut sempit, hati-hati pada lansia.
Efek Samping	Gejala ekstrapiramidal (parkinsonisme, dystonia akut, akatisia, tardive diskinesia). Mimpi buruk, hipotermia, apatis, mengantuk, insomnia, agitasi, depresi, kejang. Hipotensi ortastik (penggunaan injeksi i.m). Namun gejala

	ekstrapiramidal lebih berat dari chlorpromazine, efek sedasi dan hipotensi lebih kurang dibanding chlorpromazine.
Dosis	Dosis anjuran untuk skizofrenia dan psikosis : Oral : 10-15 mg/hari Injeksi Fluphenazine Decanoas : 25 mg (i.m) tiap 2-4 minggu.
Sediaan	Sediaan Injeksi 25 mg/ml : Skizonoate

3. Haloperidol

Indikasi	Skizofrenia, psikosis bipolar, mania, sindrom Gilles de la Tourette.
Kontraindikasi	Koma karena depresan SSP, depresi sumsum tulang, feokromositoma, gangguan hati dan ginjal berat, penyakit ganglia basalis.
Peringatan/ Perhatian	Penyakit kardiovaskular, serebrovaskular, parkinson, epilepsy, tirotoksikosis, hipotiroid, hamil, menyusui, leukopenia, gangguan hati/ginjal, anak.
Efek Samping	Gejala ekstrapiramidal (parkinsonisme, dystonia akut, akatisia, tardive diskinesia). Mimpi buruk, hipotermia, apatis,

	<p>mengantuk, insomnia, agitasi, depresi, kejang. Hipotensi ortastik (penggunaan injeksi i.m). Tetapi, efek sedative (lebih kurang dibandingkan chlorpromazine), gejala antimuskarinik dan hipotensif lebih ringan. Jarang terjadi fotosensitisasi dan pigmentasi. Gejala ekstrapiramidal terutama dystonia dan akatisia lebih sering dibandingkan dengan chlorpromazine, terutama pada pasien tirotikosis.</p>
Dosis	<p>Dosis anjuran untuk skizofrenia dan psikosis :</p> <p>Dosis oral : Oral : 5 - 15 mg/hari</p> <p>Dosis injeksi : 5 – 10 mg (i.m) tiap 4-6 jam</p> <p>Injeksi Haldol Decanoas : 50 mg (i.m) tiap 2-4 minggu</p>
Sediaan	<p>Tablet 1,5 mg : Dores. Haloperidol; Tablet 2 mg: Lodomer, Haldol; Tablet 5 mg: Dores, Lodomer, Haldol, Halopeidol.</p> <p>Sediaan injeksi : Ampul 5 mg/cc: Lodomer</p> <p>Ampul 50 mg/cc : Haldol Decanoas</p>

4. Trifluoperazine HCL

Indikasi	Skizofrenia akut, ansietas, agitasi, dan <i>tension</i> pada pasien non psikotik dan pencegahan mual dan muntah.
Kontraindikasi	Riwayat alergi terhadap komponen obat diatas, pasien koma, pasien depresi SSP, depresi sumsum tulang, kerusakan liver, discrasia darah, feokromositoma dan pasien dengan sirkulasi kolaps.
Catatan	Diberikan bersama makanan, segera sesudah makan.
Efek Samping	Ekstrapiramidal syndrome, Akhatisia, Distonia, pseudo parkinsonism, tardive dyskinesia, reaksi alergi, pusing, mata kabur, kejang, mulut kering, sakit kepala, konstipasi, retensi urin, gangguan kardiovaskular, ikterik, hiperglikemia, hipoglikemia, demam dan gangguan berat badan.
Dosis	<p>Dosis umum : Oral : 0,02 – 0,4 mg/kgBB (dewasa 1 – 10 mg, kadang 20 mg) per 12 jam</p> <p>Terapi jangka pendek ansietas, agitasi dan <i>tension</i> pada pasien non psikotik dan pencegahan mual dan muntah :</p> <p>(dewasa) : 1 - 2 mg per 12 jam, (dosis maksimal 6 mg/ hari, maksimal selama 12 minggu)</p>

	<p>Terapi gangguan psikotik seperti skizofrenia akut dan kronik, termasuk karena penyebab organik :</p> <p>(Dewasa) : dosis awal 2 – 5 mg per 12 jam. Dosis dititrasi dengan interval paling cepat setiap 3 hari sesuai efek terapeutik pada pasien. Dosis paling sering antara 15 – 20 mg/hari (dosis maksimal 40 mg/hari).</p> <p>(Anak 6 – 12 tahun) : dosis awal 1 mg per 12 jam. Dosis dititrasi dengan interval paling cepat setiap 3 hari sesuai efek terapeutik pada pasien. (dosis maksimal 15 mg/hari).</p>
Sediaan	<p>Tablet 1 mg : Stelazine</p> <p>Tablet 5 mg : Stelazine, Stelosi 5</p>

2.2.10.2 Obat Antipsikotik Atipikal (APG-2)

Obat antipsikotik atipikal merupakan generasi baru dengan fokus bukan hanya pada neurotransmitter dopamin saja, namun juga pada yang lainnya seperti serotonin, norepinefrin, dan lainnya. Menurut consensus terbaru, pemberian obat antipsikotik atipikal merupakan lini pertama dalam penatalaksanaan farmakoterapi pada pasien skizofrenia. Obat APG-2 bermanfaat untuk mengontrol gejala positif dan negatif. Obat ini memiliki efikasi yang lebih baik dan efek samping minimal.

Mekanisme kerja APG-2 :

Sebagai Serotonine-Dopamine Receptor Antagonist (SDA). Obat ini berafinitas terhadap “Dopamine D2 Receptors” dan “Serotonin 5HT2 Receptors”, sehingga bermanfaat untuk gejala positif dan negative”.

Tabel 2.2 Penggolongan Obat APG-2

Jenis	Dosis Anjuran
Golongan Benzamide	
Sulpride	Injeksi : 3-6 ampul/hari (i.m) (1 amp = 100 mg/2cc) Oral : 300 – 600 mg/hari
Golongan Dibenzodiazepin	
Clozapine	Oral : 25 – 100 mg/hari
Olanzapine	Oral : 10 -20 mg/hari
Quatiapine	Oral : 50 – 400 mg/hari
Zotepine	Oral : 75 – 100 mg/hari
Golongan Benzisoxazole	
Risperidone	Oral : 2 – 6 mg/hari Injeksi (Risperidal Consta) : 25 – 50 mg (i.m) tiap 2 minggu

Aripiprazole	Oral : 10 – 15 mg/hari
--------------	------------------------

Yang termasuk dalam golongan antipsikotik atipikal diantaranya :

1. Aripiprazole

Indikasi	Skizofrenia akut, gangguan depresi major (dewasa) dan agitasi pada skizofrenia atau bipolar (dewasa).			
Kontraindikasi	Riwayat alergi terhadap komponen obat aripiprazole, pasien psikosis yang berkaitan dengan demensia.			
Catatan	Diberikan bersama makanan atau tanpa makanan.			
Efek Samping	Peningkatan mortalitas pada pasien geriatri pada pasien dengan psikosis yang berkaitan demensia, berkaitan dengan cerebrovascular, sindrom neuroleptic, pikiran bunuh diri pada anak, remaja dan dewasa muda, tardif dyskinesia, gangguan metabolic, hipotensi ortostatik, gangguan hematologic, gangguan motoric dan kognitif, kejang, disfagia, gangguan regulasi temperatur.			
Dosis		Dosis Initial	Dosis Rekomendasi	Dosis Maksimum

	Skizofrenia (Dewasa) :	10 – 15 mg/hari	10 – 15 mg/hari	30 mg/hari
	Skizofrenia (Remaja) :	2 mg/hari	10 mg/hari	30 mg/hari
	Gangguan depresi major (dewasa) : sebagai terapi tambahan	2 – 5 mg/hari	5 – 10 mg/hari	15 mg/hari
	Agitasi pada skizofrenia atau bipolar	9,75 mg, injeksi I.M		30 mg/hari injeksi I.M
Sediaan	Tablet 5 mg : Abilify Tablet Tablet 10 mg : Abilify Tablet; Ariski			

	<p>Tablet 15 mg : Abilify Tablet; Ariski</p> <p>Tab discmelt 10 mg : Abilify Discmelt</p> <p>Tab discmelt 15 mg : Abilify Discmelt</p> <p>Lar. Oral 1 mg/ml, botol 150 ml : Abilify larutan oral</p> <p>Inj. 9,75/1,3 ml, amp. 1,3 ml : Abilify Injeksi</p>
--	---

2. Olanzapine

Indikasi	Skizofrenia akut, mania, gangguan bipolar.
Kontraindikasi	Hipersensitif, menyusui, glaucoma sudut sempit.
Peringatan/ Perhatian	Gangguan hati atau pasien yang menggunakan obat hepatotoksik, riwayat kejang, hipertrofi prostat, ileus paralitik, pasien dengan jumlah leukosit/neutrophil rendah, riwayat penekanan fungsi sumsum tulang akibat obat, terapi radiasi atau kemoterapi, kondisi hipereosinofilia dengan penyakit mieloproliferatif. Dapat mengganggu kemampuan mengemudi atau menjalankan mesin. Hamil.
Efek Samping	Samnolen, peningkatan BB, peningkatan kadar prolactin plasma, pusing, akatisia, peningkatan nafsu makan, edema perifer, hipotensi ortostatik, mulut kering, eosinophilia

	asimptomatik, konstipasi, peningkatan sementara kadar enzim hati, sindrom neuroleptic maligna, tardive dyskinesia.
Interaksi Obat	Bersifat antagonis dengan efek levodopa dan agonis dopamine. Rokok, karbamazepine, dan lorazepam dapat meningkatkan metabolisme. Bioavailabilitas dapat dikurangi oleh karbon aktif. Fluvoksamin, Ciprofloxacin, dan ketoconazole dapat menurunkan metabolisme obat.
Dosis	Dosis anjuran untuk skizofrenia dan psikosis : Oral 10-20 mg/hari.
Sediaan	Tablet 5 mg; Tablet 10 mg : Olando, Remital, dan Zyprexa.

3. Quetiapine

Indikasi	Sizofrenia; pengobatan episode mania disertai gangguan bipolar.
Kontraindikasi	Hipersensitivitas.
Peringatan/ Perhatian	Neutropenia berat, DM, penyakit kardiovaskular, penyakit serebrovaskular, atau kondisi lain yang dapat menyebabkan hipotensi. Gangguan ginjal dan hati. Kejang, sindrom ekstrapiramidal, sindrom neuroleptic maligna. Penghentian

	obat secara mendadak. Dapat mengganggu kemampuan mengemudi atau menjalankan mesin. Hamil dan laktasi. Lanjut usia dengan atau tanpa gejala demensia.
Efek Samping	Samnolen, pusing, konstipasi, mulut kering, asthenia ringan, dyspepsia, peningkatan BB, hipotensi postural/hipotensi orostatik, takikardi, sinkop, edema perifer, peningkatan serum transaminase, penurunan jumlah neutrophil, hiperglikemia.
Interaksi Obat	Obat yang mempengaruhi SSP, alcohol, phenytoin, carbamazepine, berbiturat, rifampicin, thioridazine, anti jamur golongan azole, makrolid, dan protease inhibitor.
Dosis	Dosis anjuran untuk skizofrenia dan psikosis : Oral : 50-40 mg/hari.
Sediaan	Tablet 25 mg; Tablet 100 mg; Tablet 200 mg; Tablet 300 mg : Seroquel. Tablet Lepas Lambat 50 mg; 300 mg; 400 mg : Seroquel XR

4. Risperidone

Indikasi	Skizofrenia akut dan kronik serta kondisi psikotik lain. Meredakan gejala afektif yang berhubungan dengan skizofrenia.
Kontraindikasi	Hipersensitivitas, menyusui.
Peringatan/ Perhatian	Insufisiensi ginjal, riwayat kejang, lansia, Parkinson, gangguan hati atau ginjal, hamil, anak < 15 tahun.
Efek Samping	Insomnia, agitasi, ansietas, sakit kepala, somnolen, lelah, pusing, konstipasi, mual, muntah, dyspepsia, nyeri abdomen, gangguan daya penglihatan, priapismus, disfungsi ereksi dan ejakulasi, inkontinensia uri, rhinitis, ruam, reaksi alergi lain, peningkatan berat badan.
Dosis	Dosis anjuran untuk skizofrenia dan psikosis : Oral : 2-6 mg/hari Injeksi : (Risperidal Consta) : 25-50 mg (i.m) tiap 2 minggu
Sediaan	Tablet 1 mg : Neripros, Nodiril, Noprenia, Persidal, Zafredal Tablet 2 mg : Neripros, Nodiril, Noprenia, Persidal, Risperidone OGB Dexta, Zofredal Tablet 3 mg : Neripros, Noprenia, Persidal, Zofredal

	Sediaan Injeksi : Vial 25 mg/cc : Risperidal Consta
--	---

5. Clozapine

Indikasi	Pasien skizofrenia yang tidak responsif atau intoleran dengan antipsikotik generasi 1.
Kontraindikasi	Kelainan jantung berat; penyakit hati aktif, kerusakan ginjal berat; riwayat neutropenia atau agranulositosis; kelainan sumsum tulang; ileus paralitik, psikosis alkoholik dan psikosis toksik : riwayat kolaps sirkulasi; keracunan obat; koma atau depresi SSP berat; epilepsy tidak terkontrol, menyusui.
Peringatan/ Perhatian	Monitor jumlah leukosit dan hitung jenis; hentikan bertahap neuroleptic konvensional sebelum memulai terapi; kelainan hati; kelainan ginjal; hipertrofi prosta, glaukoma sudut tertutup ; kehamilan.
Efek Samping	Granulositopenia, agranulositosis, eosinophilia, leukositosis, lelah, mengantuk, pusing, sakit kepala perubahan EEG, hpersalivasi, mulut kering, penglihatan kabur, gangguan berkeringat, gangguan pengaturan suhu tubuh, takikardi, hipotensi postural, hipertensi, kolaps, aritmia jantung, pericarditis, miokarditis, kolaps sirkulasi, depresi pernapasan

	atau henti napas, muntah, konstipasi, inkontinensia atau retensi urin, priapismus, hipertemia, hiperglikemia, peningkatan BB.
Dosis	Dosis anjuran untuk skizofrenia dan psikosis : Oral : 25 – 100 mg/hari.
Sediaan	Tablet 25 mg : Tablet 100 mg: Clopine, Clorilex, Clozaril, Luften, Sizoril.

Efek samping dari obat antipsikotik atipikal:

- a. Sedasi
- b. Hiperglikemia
- c. Efek antikolinergik
- d. Pemanjangan kurva QT
- e. Kadang EPS
- f. Peningkatan kadar lipid

Adapun psikoterapi yang dapat diberikan pada pasien skizofrenia diantaranya:

- 1) Edukasi pasien dan keluarga
- 2) Penurunan ekspresi emosional yang berlebihan
- 3) Terapi kognitif dan perilaku
- 4) Rehabilitasi
- 5) Terapi kerja

Tabel 2.3 Ringkasan Potensi Klinik Serta Efek Dari Anti Psikosis

Obat	Potensi Klinik	Efek Ekstrapiramidal	Efek Sedatif	Efek Hipotensi
Chlorpromazine	++	+++	++++	+++
Fluphenazine	++++	++++	++	+
Haloperidol	++++	+++++	++	+
Risperidone	++++	++	++	++
Clozapine	+++	+	++	+++
Olanzapine	++++	+	+++	++
Quetiapine	++	+	+++	++
Aripiprazole	++++	+	++	++

2.2.11 Terapi Skizofrenia

Ada berbagai macam terapi yang bisa kita berikan pada pasien skizofrenia. Hal ini diberikan dengan kombinasi satu sama lain dengan jangka waktu yang relatif cukup lama. Hawari (2001) menguraikan terapi skizofrenia terdiri dari pemberian obat-obatan, psikoterapi dan rehabilitasi. Terapi psikososial pada skizofrenia meliputi: terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga, rehabilitasi psikiatri, latihan keterampilan sosial dan manajemen kasus (Hawari, 2001).

Terapi psikofarmaka pada skizofrenia dengan antipsikotik dua kategori, yaitu: obat antipika (clozapin, risperidon, olanzapine, dan trifluoperazine) (Maslim, 2001). Faktor-faktor yang mempengaruhi efek terapeutik obat antipsikotik ini meliputi: usia, genetik, perilaku penyalahgunaan zat, kondisi medis, obat menginduksi enzim, obat yang menghambat clearance dan perubahan dalam ikatan protein (Benhard, 2007).

Efek terapeutik obat pada pasien skizofrenia memiliki respon yang berbeda pada setiap individu dan membutuhkan waktu lama untuk merasakan manfaat dari obat tersebut. Sampai saat ini dari obat yang telah ditemukan belum ada obat yang sangat ideal untuk skizofrenia, karena masing-masing jenis obat memiliki kelebihan dan kekurangannya. Menurut Maslim (2001), efek samping yang sering terjadi adalah gejala ekstra piramidal seperti: kedua tangan gemetar (tremor), kekakuan alat gerak (bila berjalan seperti robot), otot leher kaku sehingga kepala pasien seolah-olah “terpelintir” atau “tertarik”. Efek samping ini menimbulkan rasa tidak nyaman buat pasien dan menimbulkan asumsi negatif terkait ada dan tidak adanya manfaat dari obat tersebut bagi kesembuhan pasien skizofrenia. Hal ini akan berdampak pada perilaku pasien dalam menjalankan regimen terapeutik yang disarankan dari petugas kesehatan.

2.3 Gejala Skizofrenia

Secara klinis untuk mengatakan seseorang menderita skizofrenia atau tidak diperlukan kriteria diagnostik paling sedikit terdapat satu dari enam kriteria selama dalam suatu fase penyakit. Delusi atau waham yang aneh (isinya jelas tak masuk akal), dan tidak berdasarkan kenyataan; delusi atau waham somatik, kebesaran, keagamaan, *nihilistik*

(pandangan) atau waham lainya yang bukan waham kejar atau cemburu; delusi atau waham kejar atau cemburu dan waham tuduhan yang disertai halusinasi dalam bentuk apapun (halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan); halusinasi pendengaran yang dapat berupa suara yang selalu memberikan komentar tentang tingkah laku yang ada dalam pikiranya, atau dua atau lebih suara yang saling bercakap-cakap; halusinasi pendengaran yang terjadi beberapa kali yang berisi lebih dari satu atau dua kata dan tidak ada hubunganya dengan kesedihan atau kegembiraan; inkoherenasi yaitu kelonggaran asosiasi pikiran yang jelas, jalaan pikiran yang tidak masuk akal, isi pikiran atau pembicaraan yang kacau atau kemiskinan pembicaraan.

Sebelum seseorang secara nyata aktif menunjukkan gejala-gejala skizofrenia, yang bersangkutan terlebih dahulu menunjukkan gejala awal yang disebut gejala prodromal. Sebaliknya bila penderita skizofrenia tidak lagi aktif menunjukkan gejala-gejala sisa yang disebut sebagai gejala residual.

Gejala- gejala prodromal atau residual adalah:

- 1) Penarikan diri atau isolasi dari hubungan sosial.
- 2) Enggan bersosialisasi dan enggan bergaul.
- 3) Hendaya yang nyata dalam fungsi peran pencari nafkah (tidak mau bekerja),
- 4) Siswa/mahasiwa (tidak mau sekolah/ kuliah)
- 5) Pengatur rumah tangga (tidak dapat menjalankan urusan rumah tangga)
- 6) Kesesuaiannya itu terkesan malas.

- 7) Tingkah laku yang aneh dan nyata misalnya mengumpulkan sampah, menimbun makanan atau berbicara, senyum-senyum dan tertawa sendiri di tempat umum; berbicara sendiri tanpa mengeluarkan suara “komat kamit”
- 8) Adanya penurunan nilai yang nyata dalam hygiene (kebersihan/perawatan) diri dan berpakaian, misalnya tidak mau mandi dan berpakaian kumal (berpenampilan lusuh dan kumuh).
- 9) Afek (alam perasaan) yang tumpul atau miskin, mendatar dan tidak serasi, wajahnya tidak menunjukkan ekspresi dan terkesan dingin.
- 10) Pembicaraan yang melantur, kabur, kacau, berbelit-belit, beputar-putar.
- 11) Ide atau gagasan yang aneh dan tidak lazim atau pikiran magis, seperti takhayul, kewaskitaan, telepati, indera keenam, orang lain dapat merasakan perasaannya, ide-ide yang berlebihan, gagasan mirip waham yang menyangkut diri sendiri.
- 12) Penghayatan persepsi yang tak lazim seperti ilusi yang berulang, merasa hadirnya suatu kekuatan atau seseorang yang sebenarnya tidak ada. Baik gejala prodromal maupun gejala residual sewaktu-waktu dapat aktif kembali yang biasanya didahului oleh faktor pencetus, yaitu adanya stres psikososial. Oleh karena itu pemberian obat (psikofarma) sebaiknya jangan terputus dan secara berkala kontrol kepada dokter.

Gejala yang timbul sangat bervariasi tergantung pada tahapan perjalanan penyakit. Ada gejala yang dapat ditemukan dalam kelainan lain, ada yang paling sering timbul pada skizofrenia yang merupakan tanda utama diagnosis (Ingram et al,1993) Gejala umum skizofrenia adalah:

- a. Delusi (waham), suatu keyakinan yang salah yang tidak dapat dijelaskan oleh latar belakang budaya pasien ataupun pendidikannya. Pasien tidak dapat diyakinkan oleh orang lain bahwa keyakinannya salah, meskipun banyak bukti kuat yang dapat diajukan untuk membantah keyakinan pasien tersebut.
- b. Halusinasi adalah persepsi yang salah, tidak terdapat stimulus sensorik yang berkaitan dengannya. Halusinasi dapat berwujud penginderaan kelima yang keliru, tetapi yang paling sering adalah halusinasi pendengaran dan halusinasi penglihatan.
- c. Pembicaraan kacau, terdapat asosiasi yang terlalu longgar. Asosiasi mental tidak diatur oleh logika, tetapi oleh aturan-aturan tertentu yang hanya dimiliki oleh pasien.
- d. Tingkah laku kacau, bertingkah laku yang tidak terarah pada tujuan tertentu, misalnya membuka baju di depan umum
- e. Simtom-simtom negative, berkurangnya ekspresi emosi, berkurangnya kelancaran dan isi pembicaraan, kehilangan minat untuk melakukan berbagai hal.

2.4 Tipe-tipe Skizofrenia

Setelah menegakkan diagnosa skizofrenia, maka dapat dilanjutkan dengan mengelompokkan pasien ke dalam sub-kelompok tipe skizofrenia. Menurut Kartono (2002), ada 5 tipe Skizofrenia, yaitu :

1. Skizofrenia Hebefrenik
2. Skizofrenia Katatonik
3. Skizofrenia Paranoid
4. Skizofrenia Residual
5. Skizofrenia Tak Tergolongkan

2.4.1 Skizofrenia Hebefrenik

Hebefrenik adalah mental atau jiwa menjadi tumpul. Kesadarannya masih jernih, akan tetapi kesadaran AQ-nya sangat terganggu. Berlangsungnya disintergrasi total, tanpa memiliki identitas, dan tidak bisa membedakan diri sendiri dengan lingkungannya. Orang yang mengalami derealisasi dan depersonalisasi berat akan dihingapi macam-macam ilusi dan delusi, sebab pikirannya selalu melantur. Halusinasi dan delusi biasanya aneh-aneh, pendek-pendek dan cepat berganti-ganti. Pikirannya kacau melantur, banyak tersenyum dengan muka yang perat-perot tanpa ada perangasang sedikitpun.

Pasien dengan skizofrenia hebefrenik biasanya terjadi regresi total dalam tingkah-lakunya dan pasien menjadi kekanak-kanakan. Kehidupan perasaan yang tampaknya menumpul itu bisa di sertai dengan kepekaan yang berlebih-lebihan (*over sensitivitas*). Pasien juga menjadi jorok dan kotor sekali, selalu ingin ngeloyor kemana-mana dan tidak mengenal sopan-santun lagi, kadang suka memperlihatkan alat kelaminnya dan melakukan onani di hadapan orang lain. Reaksi tingkah lakunya menjadi kegila-gilaan, suka tertawa-tawa dan kadang menangis tersedu-sedu. Perasaan dari skizofrenia hibefrenik mudah tersinggung, sering di hinggapi sarkasme (sindiran tajam) dan kerap kali menjadi eksplosif meledak marah-marah tanpa suatu sebabpun. Paisen juga makan secara berlebihan dan berceceran, buang air besar atau air kecil sembarang dan bahkan melakukannya di celana dan berpakaian seperti bayi.

2.4.2 Skizofrenia Katatonik (*catatonic*)

Penderita seperti menjadi kaku (Catatonic + kaku). Dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- a). Urat-uratnya menjadi kaku dan mengalami *chorea* (*waxy flexibility*), yaitu badan jadi kaku beku. Pasien sering menderita katalepsy yaitu keadaan tidak sadar, seluruh badannya menjadi kaku, tidak pejal dan tidak bisa dibengkokkan, Jika pasien telah mengambil posisi tertentu, misalnya berdiri, berjongkok, kaki di atas dan kepala di bawah, miring dan lain-lain maka ia akan bertingkah laku sedemikian untuk berjam-jam atau berhari-hari, dirinya seperti dalam keadaan tidur yang *hypnotic* (kena sihir).
- b). Ada pola tingkah laku yang stereotipis, aneh-aneh atau gerak-gerak otomatis yang tidak terkendalikan oleh kemauan
- c). Ada gejala stupor, yaitu bisa merasa, seperti terbius. Sikapnya negative dan pasif sekali di sertai delusi-delusi kematian, mau ingin mati rasanya
- d). Kadang-kadang di sertai *catatonic excitement* yaitu jadi meledak-ledak dan rebut hiruk-pikuk, tanpa sebab dan tanpa tujuan apa pun.
- e). Mengalami regresi total.

2.4.3 Skizofrenia Paranoid

Penderita diliputi macam-macam delusi dan halusinasi yang terus berganti-ganti coraknya dan tidak teratur, serta kacau balau. Sering merasa iri hati, cemburu dan curiga. Pada umumnya emosinya beku dan sangat apatis. Pasien tampaknya lebih “waras” dan tidak sangat ganjil dan aneh jika di bandingkan dengan penderita skizofrenia jenis lainnya. Akan tetapi pada umumnya pasien bersikap sangat bermusuhan terhadap siapa pun juga, merasa dirinya penting, sering sangat fanatic religius secara berlebihan dan kadang kala bersifat *hipokondris*.

Orang yang telah di diagnosa mengalami skizofrenia biasanya sulit dipulihkan. Jika bisa sembuh, itu pun memakan waktu yang sangat lama (bertahun-tahun) dan tidak bisa seperti semula lagi. Bila tidak berhati-hati dan mengalami stress yang berlebihan, besar kemungkinan akan kambuh lagi dan menjadi lebih parah.

2.4.4 Skizofrenia Residual

Tipe ini merupakan sisa-sisa (residu) dari gejala Skizofrenia yang tidak begitu menonjol. Misalnya alam perasaan yang tumpul dan mendatar serta tidak serasi (inapropriate), penarikan diri dari pergaulan social, tingkah laku eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional atau pelanggaran asosiasi pikiran. Meskipun gejala-gejala Skizofrenia tidak aktif atau tidak menampilkan gejala-gejala pasif skizofrenia hendaknya pihak keluarga tetap mewaspadainya dan membawanya berobat agar yang bersangkutan dapat menjalankan fungsi kehidupannya sehari hari dengan baik dan produktif.

2.4.5 Skizofrenia Tak Tergolongkan

Tipe ini memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia tetapi ini tidak dapat dimasukkan dalam tipe-tipe yang telah diuraikan di muka, hanya gambaran klinisnya terdapat waham, halusinasi, inkoherensi atau tika laku kacau.

2.5 Kepatuhan

2.5.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan atau ketaatan (Compliance/adherence) adalah cara pasien dalam melaksanakan tingkat pengobatan dan melakukan apa yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain dalam berperilaku (Smet, 1994). Kerjasama antara pasien dan petugas

kesehatan termasuk penunjang kepatuhan terhadap pengobatan yang membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam manajemen perawatan diri (Robert, 1999). Pasien dikatakan patuh dalam pengobatan adalah pasien yang datang tepat waktu maupun 3 hari sebelum/sesudah waktu yang ditentukan dan rutin selama 6 bulan sebelumnya berturut-turut. Tidak patuh apabila melebihi 3 hari dari waktu yang ditentukan dan tidak rutin selama 6 bulan sebelumnya (Yudha S, dkk., 2014). Kepatuhan adalah perilaku yang menggambarkan tingkat ketepatan seorang individu dengan nasihat medis atau kesehatan pada penggunaan obat sesuai dengan petunjuk pada penggunaan obat yang mencakup penggunaannya yang sesuai dengan petunjuk pada resep serta pada waktu yang benar.

2.5.2 Jenis-jenis Kepatuhan

Menurut Cramer (n.d). Jenis-jenis diantaranya, yaitu :

1. Kepatuhan penuh (Total Compliance)

Pada keadaan ini penderita tidak hanya berobat secara teratur sesuai batas waktu yang di tetapkan melainkan juga kepatuhan dalam memakai obat secara teratur sesuai dengan petunjuk.

2. Penderita yang sama sekali tidak patuh (Non compliance)

Yaitu penderita yang tidak menggunakan obat sama sekali atau penderita yang putus obat.

2.5.3 Cara Mengukur Kepatuhan

Terdapat dua metode yang bisa digunakan untuk mengukur kepatuhan yaitu :

1) Metode langsung

Pengukuran kepatuhan dengan metode langsung dapat dilakukan dengan observasi pengobatan secara langsung, mengukur konsentrasi obat dan metabolitnya dalam darah atau urin serta mengukur biologic marker yang ditambahkan pada formulasi obat. Kelemahan metode ini adalah biayanya yang mahal, memberatkan tenaga kesehatan dan rentan terhadap penolakan pasien (Osterberg dan Blaschke, 2005).

2) Metode tidak langsung

Metode tidak langsung dapat dilakukan dengan menanyakan pasien tentang cara pasien menggunakan obat, menilai respon klinik, melakukan perhitungan obat (pill count), menilai angka refilling prescriptions, mengumpulkan kuesioner pasien, menggunakan electronic medication monitor, menilai kepatuhan pasien anak dengan menanyakan kepada orang tua (Osterberg dan Blaschke, 2005).

Dari kedua metode tersebut mempunyai kelebihan dan kekurangan masing-masing. Berikut tabel yang menyajikan kelebihan dan kekurangan tiap metode :

Tabel 2.4 Keuntungan dan Kerugian Masing-masing Metode Pengukuran Kepatuhan Pengobatan (Osterberg & Blaschke, 2005)

Pengukuran	Keuntungan	Kekurangan
Langsung		
Observasi terapi secara langsung	Paling akurat	Pasien dapat menyembunyikan pil dalam mulut dan membuangnya

Pengukuran kadar obat atau metabolit dalam darah	Obyektif	Variasi metabolisme dapat memberikan penafsiran yang salah terhadap kepatuhan, mahal
Pengukuran penanda biologis dalam darah	Obyektif: dalam uji klinik dapat juga digunakan untuk mengukur plasebo	Memerlukan pengajian kuantitatif yang mahal dan pengambilan cairan tubuh
Tidak Langsung Kuesioner	Sederhana, tidak mahal, metode yang paling berguna dalam penelitian klinis	Rentan terhadap kesalahan dengan kenaikan waktu antara kunjungan; hasilnya udah terdistorsi oleh pasien

Menghitung Pil	Obyektif, mudah melakukan	Data mudah diubah oleh pasien
Monitor obat secara Elektronik	Tepat, hasilnya mudah diukur	Mahal, memerlukan kunjungan kembali dan pengambilan data
Pengukuran penanda fisiologis contoh: denyut jantung pada penggunaan beta bloker)	Biasanya mudah untuk melakukan	Penanda dapat tidak mengenali Penyebab lain (misalnya: peningkatan metabolisme, turunnya absorpsi)
Buku harian pasien	Membantu memperbaiki ingatan yang lemah	Mudah diubah oleh pasien
Jika pasien anak-anak, kuesioner untuk orang tua atau yang merawatnya	Sederhana, obyektif	Rentan terhadap distorsi

Kecepatan menebus resep kembali	Obyektif, mudah untuk memperoleh data	Resep yang diambil tidak sama dengan obat yang dikonsumsi
Penilaian respon klinis pasien	Sederhana, umumnya mudah melakukannya	Faktor lain dari kepatuhan pengobatan dapat berefek pada respon klinik

2.5.4 Karakteristik Kepatuhan

Kepatuhan program terapeutik adalah perilaku pasien dalam mencapai perawatan kesehatan seperti: upaya aktif, upaya kolaboratif sukarela antara pasien dan provider. Termasuk didalamnya mengharuskan pasien membuat perubahan gaya hidup untuk menjalani kegiatan spesifik seperti minum obat, mempertahankan diet, membatasi aktivitas, memantau mandiri terhadap gejala penyakit, tindakan hygiene spesifik, evaluasi kesehatan secara periodik, pelaksana tindakan terapeutik dan pencegahan lain (Brunner & Suddart, 2002). Sedangkan hasil penelitian Wardani (2009) menunjukkan tolak ukur perilaku kepatuhan minum obat yaitu adanya kerjasama keluarga dan pasien dalam pemberian obat, kesadaran diri terhadap kebutuhan obat, kemandirian minum obat dan kedisiplinan minum obat. Selain itu perilaku patuh minum obat diikuti dengan kontrol rutin

setelah dirawat di rumah sakit. Menurut Samalin (2010) karakteristik kepatuhan partial meliputi: pasien mengurangi dosis yang ditentukan oleh pasien sendiri atau hanya mengambil pengobatan mereka dari waktu ke waktu.

2.5.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut Brunner & Suddarth (2002), adalah :

1. Variabel demografi, seperti usia, jenis kelamin, status sosio ekonomi dan pendidikan.
2. Variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.
3. Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan.
4. Variabel psikososial seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan, atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya, dan biaya finansial dan lainnya yang termasuk dalam mengikuti regimen hal tersebut di atas juga di temukan oleh Bart Smet (1994) dalam psikologi kesehatan.

Menurut Smet (1994), faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan, yaitu :

1. Komunikasi

Berbagai aspek komunikasi antara pasien dan dokter mempengaruhi tingkat ketaatan, misalnya informasi dengan pengawasan yang kurang, ketidakpuasan terhadap aspek hubungan emosional dengan dokter, ketidakpuasan terhadap obat yang di berikan.

2. Pengetahuan

Ketepatan dalam memberikan informasi secara jelas dan eksplisit terutama sekali penting dalam pemberian antibiotic untuk mencegah timbulnya penyakit infeksi. Karena

sering kali pasien menghentikan obat tersebut setelah gejala yang di rasakan hilang bukan saat obat itu habis.

3. Fasilitas Kesehatan

Fasilitas Kesehatan merupakan sarana penting dimana dalam memberikan penyuluhan terhadap penderita, di harapkan penderita menerima penjelasan dari tenaga kesehatan yang meliputi jumlah tenaga kesehatan, gedung serbaguna untuk penyuluhan dan lain-lain.

Sementara itu menurut Niven (2002) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan, adalah :

1. Penderita atau individu

a) Sikap atau motivasi pasien ingin sembuh

Motivasi atau sikap yang paling kuat adalah dalam diri individu sendiri. Motivasi individu ingin tetap mempertahankan kesehatannya sangat berpengaruh terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penderita dalam kontrol penyakitnya.

b) Keyakinan

Keyakinan merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan. Penderita yang berpegang teguh terhadap keyakinannya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa serta dapat menerima keadannya, demikian juga cara perilaku akan lebih baik. Kemauan untuk melakukan kontrol penyakitnya dapat di pengaruhi oleh keyakinan penderita, di mana penderita memiliki keyakinan yang kuat akan lebih tabah terhadap anjuran dan larangan kalua tahu akibatnya.

2. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tenang apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya. Karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi dan mengelola penyakitnya dengan lebih baik, serta penderita mau menuruti saran-saran yang diberikan oleh keluarganya untuk menunjang pengelolaan penyakitnya.

3. Dukungan Sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga lain merupakan faktor-faktor penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis. Keluarga dapat mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu dan dapat mengurangi godaan terhadap ketidaktaatan.

4. Dukungan Petugas Kesehatan

Dukungan petugas kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Dukungan mereka terutama berguna pada pasien menghadapi bahwa perilaku sehat yang baru tersebut merupakan hal penting. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya.

Peneliti tertarik untuk mengambil teori faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien menurut (Niven, 2002), karena menurut peneliti dapat dilakukan penelitian pada pasien rawat jalan yang ada di RSK Hayunanto Medical Center Malang, karena dapat mengetahui bentuk dukungan yang pasien dapatkan selama kontrol dan semua kebenaran

data dapat diuji kembali pada keluarga, masyarakat/sosial dan petugas kesehatan, melalui variable yang dikemukakan oleh Niven.

2.5.6 Karakteristik Skizofrenia yang Mengalami Ketidapatuhan

Hasil penelitian Wardani (2009) menunjukkan perilaku tidak patuh minum obat pada pasien skizofrenia sangat beragam, seperti: menurunkan dosis, meningkatkan dosis, minum obat dengan dosis diluar pengawasan medis, menolak obat dan minum obat tidak tepat waktu. Perilaku tidak patuh juga dapat dilihat ketika pasien skizofrenia membeli obat sendiri tanpa pengawasan dan kontrol terlebih dahulu ke medis.

2.5.7 Proses Terjadinya Perilaku Ketidapatuhan

Hasil penelitian studi kualitatif oleh Wardani (2009) menemukan penyebab ketidapatuhan dari faktor individu adalah: sikap negatif terhadap pengobatan, penyangkalan terhadap penyakit, manfaat obat dan sikap selektif terhadap caregiver. Selain itu, efek samping obat terhadap fisik, seksualitas, aktivitas, dan tingkat konsentrasi menjadi alasan klien tidak patuh, bahkan sampai menghentikan minum obat.

Hasil penelitian Wardani (2009) menunjukkan sikap negatif keluarga menjadi penyebab tidak patuh. Sikap negatif keluarga inti seperti: respon simpati terhadap efek samping obat yang dirasakan pasien, secara tidak langsung menyebabkan pasien tidak patuh. Sikap negatif dari keluarga besar terhadap pengobatan meliputi sikap mendukung ketidapatuhan dan ungkapan yang menurunkan motivasi minum obat. Sedangkan penyebab yang bersumber dari perilaku tenaga kesehatan adalah informasi yang tidak jelas dan ungkapan yang mematahkan semangat dari tenaga kesehatan dapat menyebabkan ketidapatuhan terhadap pengobatan.

2.5.8 Cara Meningkatkan Kepatuhan

Beberapa metode pendekatan untuk mendukung kepatuhan pasien minum obat diantaranya: pendidikan, akomodasi, modifikasi, faktor lingkungan dan sosial, perubahan model terapi dan meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien (Autralian college of pharmacy practice, 2001). Pemberian perlakuan yang bisa dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan pada pasien terutama dalam mengonsumsi obat diantaranya: pemberian terapi perilaku modeling partisipan yakni melalui pendekatan, mendampingi saat minum obat, membantu mengatasi efek yang tidak menyenangkan saat minum obat, dan pasien diminta minum obat tanpa pendampingan untuk selanjutnya agar pasien dapat minum obat secara mandiri (Nelson, 2011).

Menurut Dinicola & Matteo (1992 dalam Niven, 2002) ada beberapa cara untuk menghadapi pasien yang mengalami ketidakpatuhan antara lain:

- a. Membutuhkan kepatuhan dengan mengembangkan tujuan kepatuhan pasien akan memiliki motivasi tinggi untuk patuh jika memiliki keyakinan, sikap positif dan memahami tujuan dari perilaku kepatuhan, selain itu adanya dukungan dari keluarga dan teman terdekat terhadap keyakinan tersebut.
- b. Mengembangkan strategi untuk merubah perilaku dan mempertahankannya.

Perilaku kepatuhan membutuhkan sikap kontrol diri atau pemantauan terhadap dirinya, evaluasi diri dan penguatan terhadap perilaku yang meliputi :

- 1) Mengembangkan kognitif
- 2) Mengembangkan kognitif terhadap masalah kesehatan yang dialami pasien, sehingga menumbuhkan kesadaran dan sikap positif terhadap kepatuhan.

3) Dukungan sosial

4) Dukungan psikologis dari keluarga akan mengurangi kecemasan pasien terhadap penyakit dan ketidakpatuhan dalam program pengobatan.

2.6 Kekambuhan

2.6.1 Pengertian Kekambuhan

Kekambuhan adalah istilah medis yang mendeskripsikan tanda-tanda dan gejala kembalinya suatu penyakit setelah suatu pemulihan yang jelas (Yakita 2003). Menurut Agus (2001) penyebab kekambuhan pasien Skizofrenia adalah faktor psikososial yaitu pengaruh lingkungan keluarga maupun sosial.

Kekambuhan pasien skizofrenia merupakan istilah yang secara relative merefleksikan perburukan gejala atau perilaku yang membahayakan pasien dan atau lingkungannya. Tingkat kekambuhan sering di ukur dengan menilai waktu antara lepas rawat dari perawatan terakhir sampai perawatan berikutnya dan jumlah rawat inap pada periode tertentu (Pratt,2006).

Keputusan untuk melakukan rawat inap di rumah sakit pada pasien skizofrenia adalah hal utama yang dilakukan atas indikasi keamanan pasien karena adanya kekambuhan yang tampak dengan tindakan seperti ide bunuh diri atau mencelakakan orang lain, dan bila terdapat perilaku yang sangat terdisorganisasi atau tidak wajar termasuk bila pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar berupa makan, perawatan diri dan tempat tinggalnya. Selain itu rawat inap rumah sakit diperlukan untuk hal-hal yang berkaitan dengan diagnostik dan stabilitas pemberian medikasi (Durand, 2007).

Perawatan pasien skizofrenia cenderung berulang, apapun subtype penyakitnya. Tingkat kekambuhan lebih tinggi pada pasien skizofrenia yang hidup bersama anggota keluarga yang penuh ketegangan, permusuhan dan keluarga yang memperlihatkan kecemasan yang berlebihan. Tingkat kekambuhan dipengaruhi juga oleh stress dalam kehidupan, seperti hal yang berkaitan dengan keuangan dan pekerjaan. Keluarga merupakan bagian yang penting dalam proses pengobatan dengan skizofrenia.

Keluarga berperan dalam deteksi dini, proses penyembuhan dan pencegahan kekambuhan. Penelitian pada keluarga di Amerika, membuktikan bahwa peranan keluarga yang baik akan mengurangi angka perawatan di rumah sakit, kekambuhan dan memperpanjang waktu antara kekambuhan.

Meskipun angka kekambuhan secara otomatis dapat dijadikan sebagai criteria kesuksesan suatu pengobatan skizofrenia, tetapi parameter ini cukup signifikan dalam beberapa aspek. Setiap kekambuhan berpotensi menimbulkan bahaya bagi pasien dan keluarganya, yakni seringkali mengakibatkan perawatan kembali rehospitalisasi dan pembengkakan biaya.

2.7 Faktor-Faktor Penyebab Kekambuhan Pasien Skizofrenia

Keliat (2009) menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pasien skizofrenia meliputi :

- 1) Pasien sudah umum diketahui bahwa pasien yang gagal meminum obat dengan teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Klien skizofrenia khususnya sukar mengikuti

aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidakmampuan membuat keputusan.

2) Penanggung jawab Setelah klien pulang ke rumah, maka perawat tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien di rumah. Penanggung jawab kasus mempunyai lebih banyak kesempatan untuk bertemu klien sehingga dapat melihat gejala dini dan segera melihat tindakan.

3) Keluarga Dukungan dan bantuan merupakan variabel yang sangat penting dalam kepatuhan pengobatan pasien skizofrenia. Pasien yang ditinggal sendirian secara umum memiliki angka kepatuhan yang rendah dibandingkan mereka yang tinggal dalam lingkungan yang mendukung. Sebagai kemungkinan lain, sikap negatif dalam lingkungan sosial pasien terhadap pengobatan dapat mempengaruhi kepatuhan.

4) Lingkungan masyarakat Lingkungan masyarakat tempat tinggal klien yang tidak mendukung juga dapat meningkatkan frekuensi kekambuhan. Misalnya masyarakat menganggap klien sebagai individu yang tidak berguna, mengucilkan klien, mengejek klien dan seterusnya.

2.7.1 Ketidakpatuhan Meminum Obat

Faktor yang paling penting dengan kekambuhan pada skizofrenia adalah ketidakpatuhan meminum obat. Salah satu terapi pada pasien skizofrenia adalah pemberian antipsikosis. Obat tersebut bekerja bila dipakai dengan benar tetapi banyak dijumpai pasien skizofrenia tidak menggunakan obat mereka secara rutin. Kira-kira 7% orang-orang yang diberi resep obat-obat antipsikotik menolak memakainya (Hoge,1990).

Menurut Tambayong (2002) faktor ketidakpatuhan terhadap pengobatan adalah kurang pemahannya pasien tentang tujuan pengobatan yang ditetapkan sehubungan dengan prognosisnya, sukarnya memperoleh obat di luar rumah sakit, mahalnnya harga obat, dan kurangnya perhatian dan kepedulian keluarga yang mungkin bertanggungjawab atas pembelian atau pemberian obat kepada pasien. Terapi obat yang efektif dan aman hanya dapat dicapai bila pasien mengetahui seluk beluk pengobatan serta kegunaanya.

Menurut Kinon et al. Kriteria ketidakpatuhan terhadap pengobatan adalah jika ditemukan salah satu keadaan dibawah ini.

1. Pada pasien rawat jalan atau rawat inap dalam 72 jam menunjukkan > dua episode dari:
 - a. Menolak obat yang diresepkan baik secara aktif atau pasif.
 - b. Adanya bukti atau kerugian menyimpang atau meludahkan obat yang diberikan.
 - c. Menunjukkan keragu-raguan terhadap obat yang diberikan.
2. Pasien rawat inap dengan riwayat tidak patuh pada pengobatan sewaktu rawat jalan minimal tidak patuh selama 7 hari dalam sebulan.
3. Pasien rawat jalan dengan riwayat ketidakpatuhan yang sangat jelas seperti sudah pernah dilakukan keputusan untuk mengawasi dengan ketat oleh orang lain dalam waktu sebulan.
4. Pasien rawat inap yang mengatakan dirinya tidak dapat menelan obatobatan walaupun tidak ditemukan kondisi medis yang dapat mengakibatkan hal tersebut.

Faktor- faktor yang mempunyai hubungan dengan ketidakpatuhan minum obat antara lain:

1. Faktor-faktor sehubungan dengan pasien (keparahan penyakit, instight yang buruk, komorbid dengan penggunaan zat).

2. Faktor-faktor sehubungan dengan pengobatan (efek samping obat yang mengganggu, dosis yang tidak efektif).
3. Faktor lingkungan (kurangnya dukungan).
4. Faktor sehubungan dengan interaksi dengan petugas professional kesehatan.

2.7.2 Faktor Sehubungan Dengan Pasien

Beberapa karakteristik demografi telah dihubungkan dengan perilaku patuh. Usia masih merupakan masalah yang kontroversial dalam hubungan ketidakpatuhan. Tampaknya pasien-pasien yang berusia lanjut mempunyai permasalahan tentang kepatuhan terhadap rekomendasi yang diberikan. Dikalangan usia muda, terutama pria, cenderung mempunyai tingkat kepatuhan yang buruk terhadap pengobatan. Alasan untuk hal ini kemungkinan bahwa pada dewasa muda sehubungan dengan segala bentuk terapi atau mengatur perjanjian, mereka menganggap dirinya istimewa dan berbeda dengan yang lain.

Sedangkan pada orang tua, kemungkinan memiliki defisit memori sehingga dapat mempengaruhi kepatuhan. Selain itu, pada orang tua sering mendapat berbagai macam obat-obatan sehubungan dengan komorbiditas fisik. Wanita cenderung lebih patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan pria, begitu juga wanita muda menunjukkan kepatuhan yang lebih baik dibandingkan yang tua.

Keadaan penyakit pasien sendiri juga mempunyai pengaruh yang kuat dalam penerimaan terhadap pengobatan. Pasien yang merasa tersiksa atau khawatir akan diracun, akan merasa enggan untuk menerima pengobatan.

Permasalahan yang lain adalah model kepercayaan pasien tergantung tentang kesehatannya, dimana menggambarkan pikiran pasien tentang kesehatannya, dimana menggambarkan pikiran pasien tentang penyebab dan keparahan penyakit mereka. Banyak orang menilai bahwa skizofrenia adalah penyakit yang kurang penting dan tidak begitu serius dibandingkan dengan penyakit-penyakit lain seperti kanker. Jadi jelas bahwa jika mereka mempercayai penyakitnya tidak begitu serius dan tidak penting untuk diterapi maka ketidak patuhan dapat terjadi.

Sikap pasien terhadap pengobatan juga perlu diperhitungkan dalam pengaruhnya terhadap kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Sangatlah penting untuk mengamati, berdiskusi dan jika memungkinkan mencoba untuk merubah sikap pasien terhadap pengobatan. Pada pasien dengan skizofrenia sikap pasien terhadap pengobatan dengan antipsikotik bervariasi dari yang sangat negative sampai sangat positif. Sikap negatif terhadap pengobatan berhubungan dengan simtom positif dan efek samping. Selain itu juga pasien skizofrenia sering mengalami kejenuhan minum obat.

Masalah keuangan dapat juga mengganggu kepatuhan pasien. Beberapa pasien mungkin tidak mampu untuk membeli obat atau walaupun mampu jarak tempuh dan transportasi dapat menjadi penghalang.

2.7.3. Faktor Sehubungan Dengan Pengobatan

Pasien yang tidak mengalami efek samping terhadap pengobatan kemungkinan lebih mau melanjutkan pengobatan. Efek samping obat neuroleptik yang tidak menyenangkan

sebaiknya diperhitungkan sebab dapat berperan dalam menurunkan kepatuhan. Efek samping yang umum dan penting adalah efek ekstrapiramidal, gangguan seksual dan penambahan berat badan. Namun pada data ternyata tidak ada hubungan antara regimen terapi dan profil efek samping dengan kepatuhan terhadap pengobatan. Kenyataannya pasien yang tidak patuh tidak berbeda dari pasien yang patuh dalam melaporkan efek samping neurologi.

Masalah tambahan dalam pengobatan skizofrenia adalah kebanyakan obat-obat antipsikotik kerja obatnya lambat, sehingga pasien tidak merasakan dengan segera efek positif dari antipsikotik. Malahan kadang-kadang pasien terlebih dahulu merasakan efek samping sebelum efek obat terhadap penyakitnya tersebut. Begitu juga dengan pasien skizofrenia yang sudah dalam remisi biasanya kekambuhan tidak langsung segera terjadi bila pengobatan dihentikan. Kekambuhan dapat terjadi beberapa minggu atau bahkan beberapa bulan setelah obat antipsikotik dihentikan, jadi penghentian obat tidak terlalu berhubungan dengan buruknya keadaan pasien. Sebagai akibatnya pasien yang sudah dalam remisi sempurna mempunyai permasalahan apakah remisi tersebut berhubungan dengan pengobatan yang dilakukannya.

2.7.4. Faktor Lingkungan

Dukungan dan bantuan merupakan bagian penting dalam kepatuhan pengobatan. Pasien yang tinggal sendirian secara umum mempunyai angka kepatuhan yang rendah dibandingkan dengan mereka yang tinggal dalam lingkungan yang mendukung. Kemungkinan lain, sikap negative dalam lingkungan sosial pasien terhadap pengobatan

psikiatri atau terhadap pasien sendiri dapat mempengaruhi kepatuhan yang biasanya bila pasien tinggal dengan orang lain.

Tidak kalah penting faktor yang mempengaruhi perilaku pasien terhadap kepatuhan adalah pengaruh obat terhadap penyakitnya. Sangat penting untuk memberikan dukungan untuk menambah sikap positif terhadap pengobatan pada pasien. Lingkungan terapeutik juga harus diperhitungkan. Dalam pasien rawat inap dimana teman sekamar pernah mengalami pengalaman buruk terhadap satu jenis obat dan menceritakannya maka akan merubah sikap pasien terhadap obat yang sama.

2.7.5. Faktor Sehubungan Dengan Interaksi dengan Profesional Kesehatan

Keadaan sekeliling kunjungan seorang pasien ke dokter dan/apoteker, serta mutu dan keberhasilan (keefektifan) interaksi profesional kesehatan dengan pasien adalah penentu utama untuk pengertian serta sikap pasien terhadap kesakitannya dan regimen terapi. Salah satu kebutuhan terbesar pasien adalah dukungan psikologis yang diberikan dengan rasa sayang. Selain itu, telah diamati bahwa pasien cenderung untuk lebih mematuhi instruksi sang dokter yang mereka kenal betul dan dihormati, serta dari siapa saja mereka menerima informasi dan kepastian tentang kesakitan dan obat-obat mereka.

Berbagai faktor berikut adalah di antara faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan secara merugikan, jika perhatian yang tidak memadai diberikan pada lingkup dan mutu interaksi dengan pasien meliputi berikut ini :

- a. Menunggu Dokter atau Apoteker

Apabila seorang pasien mengalami suatu waktu menunggu yang signifikan untuk bertemu dengan dokter atau untuk mengerjakan (mengisi) resepnya, kejengkelan dapat berkontribusi pada kepatuhan yang lebih buruk terhadap instruksi yang diberikan.

b. Sikap dan Keterampilan Komunikasi Profesional Kesehatan

Berbagai studi menunjukkan ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit mencakup dingin, tidak tertarik, tidak sopan, agresif, kasar, dan otoriter. Walaupun demikian tidak demikian bagi banyak praktisi yang mengabdikan dan terampil, sikap yang tidak pantas terhadap pasien telah cukup terbukti menunjukkan suatu masalah yang signifikan.

Pelaku pelayanan kesehatan cenderung menggunakan terminology sehingga pasien tidak dapat mengerti dengan mudah, mereka sering kurang pengetahuan tentang teori dan praktik perilaku, dan mereka mempunyai kesadaran yang terbatas pada tingkat, masalah, dan penyebab pasien tidak taat pada pengobatan.

Ketaatan pada pengobatan, berhubungan dengan kejelasan penjelasan dokter, penulis resep, pasien sering merasa bahwa instruksi dinyatakan kurang jelas. Ketepatan waktu dan kejelasan suatu pesan sangat kuat mempengaruhi bagaimana ini diterima, dimengerti, dan diingat. Pasien mengingat dengan sangat baik instruksi pertama yang diberikan, instruksi yang perlu penekanan adalah lebih baik diingatkan kembali; makin sedikit instruksi yang diberikan, semakin besar bagian yang diingat. Jadi suatu pesan tidak saja harus jelas dinyatakan, tetapi juga harus diorganisasikan dan disampaikan sedemikian rupa sehingga memungkinkan pasien untuk mengikuti dan memproses informasi secara sempurna.

c. Gagal Mengerti Pentingnya Terapi

Alasan utama untuk tidak patuh adalah pentingnya terapi obat dan akibat yang mungkin, jika obat tidak digunakan sesuai dengan instruksi yang tidak mengesankan pasien. Pasien biasanya mengetahui relative sedikit tentang kesakitan mereka, apalagi manfaat dan masalah terapi yang diakibatkan terapi obat.

Oleh karena itu, mereka menyimpulkan pikiran sendiri berkenaan dengan kondisi dan pengharapan yang berkaitan dengan efek terapi obat. Jika terapi tidak memenuhi pengharapan, mereka cenderung menjadi tidak patuh. Perhatian yang lebih besar diperlukan untuk memberikan edukasi pada pasien tentang kondisinya, dan manfaat serta keterbatasan dari obat, akan berkontribusi pada pengertian yang lebih baik dari pihak pasien tentang pentingnya menggunakan obat yang dimaksud.

2.8 Faktor Psikososial

Berbagai macam stressor lingkungan kemungkinan berhubungan dengan kekambuhan skizofrenia. Stessor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang yang memaksa orang tersebut untuk beradaptasi.

Perhatian utama ditujukan bagi semua emosi yang diekspresikan (expressed emotion) dan resiko terjadinya relaps pada skizofrenia. Sebagai salah satu faktor, yang dimaksud dengan expressed emotion dalam hal ini adalah berupa kebiasaan memperlihatkan kritik atau emosi yang berlebihan orang tua terhadap anak-anaknya. Selain faktor transaksional keluarga lainnya, studi terbaru menunjukkan ketertarikannya terhadap gaya afektif negative (negative affective style), seperti mengkritik yang berlebihan, sikap menyalahkan, gangguan-gangguan, dan dukungan yang tidak adekuat. Pasien skizofrenia yang tinggal

dalam lingkungan keluarga dengan expressed emotion yang kuat atau gaya afektif negative secara signifikan lebih sering mengalami relaps dibandingkan dengan yang tinggal dalam keluarga dengan expressed emotion yang rendah, atau gaya yang normal. Studi keluarga menunjukkan bahwa pasien skizofrenia yang kembali ke lingkungan rumah yang sering terjadi keadaan kritis, kekerasan atau emosi yang diekspresikan cenderung akan meningkatkan *relapse*.

Menurut *World Health Organization* (WHO) menunjukkan outcome yang lebih baik pada pasien skizofrenia secara tradisional, di Negara-negara non-Barat, dimana keluarga lebih toleran. Intervensi keluarga terhadap terapi mungkin dapat menurunkan atau paling tidak akan memperlambat relaps pada pasien. Intervensi yang dapat dilakukan keluarga adalah lebih dapat menerima bentuk manajemen yang kebanyakan pasien tidak dapat menerimanya. Selain itu, percobaan intervensi social keluarga penderita skizofrenia dengan pengobatan ternyata menghasilkan angka relaps yang sangat rendah dibandingkan dengan hanya menggunakan pengobatan. Leff dan Vaughn melaporkan bahwa bentuk empati merupakan bagian dari sekumpulan sikap dengan pengekspresian emosi yang rendah. Sikap dari keluarga merupakan salah satu prediktor yang sangat kuat terhadap relaps pada skizofrenia.

Berbagai macam stressor lingkungan kemungkinan berhubungan dengan relapsnya skizofrenia. Yang dimaksud dengan stressor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang yang memaksa orang tersebut untuk beradaptasi atau mengulangi. Biasanya gejala terjadi dalam kurun waktu satu tahun sebelum gangguan jiwa saat ini. Yang termasuk stressor psikososial adalah:

2.8.1 Masalah dengan kelompok pendukung

Kelompok pendukung dalam hal ini adalah keluarga. Salah satu kendala dalam upaya penyembuhan skizofrenia adalah adanya stigma dalam keluarga dan masyarakat. Banyak keluarga yang menganggap bahwa gangguan jiwa skizofrenia adalah penyakit yang memalukan dan bukan penyakit yang dapat disembuhkan dengan tindakan medis. Penerimaan keluarga dan lingkungan pada klien skizofrenia akan membantu proses penyembuhan skizofrenia.

2.8.2 Masalah pendidikan

Pendidikan berpengaruh pada proses kekambuhan pasien skizofrenia. Hal ini bersangkutan dengan pemahaman keluarga tentang skizofrenia dan proses penyembuhan skizofrenia. Keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mudah untuk memberikan penyuluhan dan pemahaman tentang penanganan skizofrenia, dibandingkan dengan keluarga yang berpendidikan rendah.

2.8.3 Masalah pekerjaan

Adanya stigma terhadap penyakit skizofrenia menimbulkan beban berupa beban subjektif maupun objektif bagi penderita dan keluarganya. Bagi penderita hal tersebut menjadi halangan baginya untuk mendapatkan perlakuan yang layak, kesulitan dalam mencari pekerjaan dan sebagainya. Sebuah penelitian di Singapura memperlihatkan terdapat 73% dari penderita kesulitan mendapatkan pekerjaan, 52% mengalami rendah diri dan 51% dimusuhi akibat menderita skizofrenia. (Irmansyah,2001).

2.8.4 Masalah Perumahan

Tempat tinggal yang terlalu ramai dan bising akan mempercepat orang mengalami stres. Rasa tidak aman dan tidak terlindungi membuat jiwa seseorang tercekam sehingga mengganggu ketenangan dan ketentraman hidup.

2.8.5 Masalah Ekonomi

Biaya pengobatan yang mahal ditambah dengan kemampuan ekonomi yang lemah mengakibatkan beberapa keluarga pasien tidak menebus resep yang telah diberikan, sehingga pasien tidak meminum obat sesuai dengan yang telah dianjurkan oleh dokter. Hal tersebut akan mempengaruhi kekambuhan pada pasien.

2.8.6 Masalah dengan Pelayanan Kesehatan

Pasien dengan skizofrenia memerlukan pelayanan kesehatan yang terus menerus untuk tetap menjaga agar tidak terjadi kekambuhan. Tersedianya pelayanan kesehatan akan mempermudah untuk mengontrol penderita skizofrenia sehingga kekambuhan dapat diatasi.

2.8.7 Gejala Gangguan Skizofrenia

Menurut (Arumwardhani, 2011), ada beberapa gejala Skizofrenia, yaitu :

1. Tidak mampu menyaring (*filtering*) secara perseptual
 - a. Kesulitan untuk memusatkan perhatian
 - b. Sering mengeluh adanya ledakan (suara yang menggelegar) pada rangsangan indera
 - c. Pikiran tidak mampu menampung semua informasi
 - d. Tidak mampu berkonsentrasi
2. Pemikirannya tidak terorganisir sama sekali
 - a. Kesulitan dalam memadukan beberapa pikiran menjadi satu pemikiran logis

- b. Pembicaraan yang sering melenceng dari pokok persoalan, dan terjebak dengan persoalan yang ingin dikatakannya.

3. Distorsi Emosi

- a. Cenderung menunjukkan masalah yang berkaitan dengan emosi
- b. Termasuk kecenderungan akan kesulitan dan ketidakmampuan manikmati apapun yang diperolehnya, bersikap apatis (masa bodoh), cemas ambivalen (suatu pertentangan perasaan yang terjadi secara menyolok mengenai suatu pokok masalah), dan menunjukkan respon emosional yang tidak sesuai dengan tangsang yang diterima. Contoh : Jika seseorang skizofrenia sedang berdiskusi serius dengan seseorang, tiba-tiba dibenaknya terlintas pikiran yang lucu maka ia bisa tertawa terbahak-bahak tanpa memedulikan rasa kebingungan orang berada dihadapannya.

4. Delusi dan halusinasi

Gangguan akan cara berpikir, merasa dan menangkap suatu rangsang dan informasi (lihat ilusi dan halusinasi)

5. Menarik diri dari kenyataan

- a. Penderita seringkali merasa dirinya tidak berperasaan dan apatis terhadap dunia nyata
- b. Terlalu memikirkan khayalan yang ada dalam dirinya, lamunan dan pengalaman pribadinya
- c. Tidak memiliki kemampuan dan kemauan untuk berinteraksi dengan lingkungan
- d. Merasa nyaman dengan dunia ciptannya sendiri
- e. Menganggap bahwa orang lain tidak mengerti akan dirinya dan tidak sewaras dirinya

6. Perilaku kacau dan pembicaraan terganggu

- a. Pada umumnya perilakunya sangat khusus
- b. Pola pembicaraannya tidak jelas dalam susunan bahasa dan logika

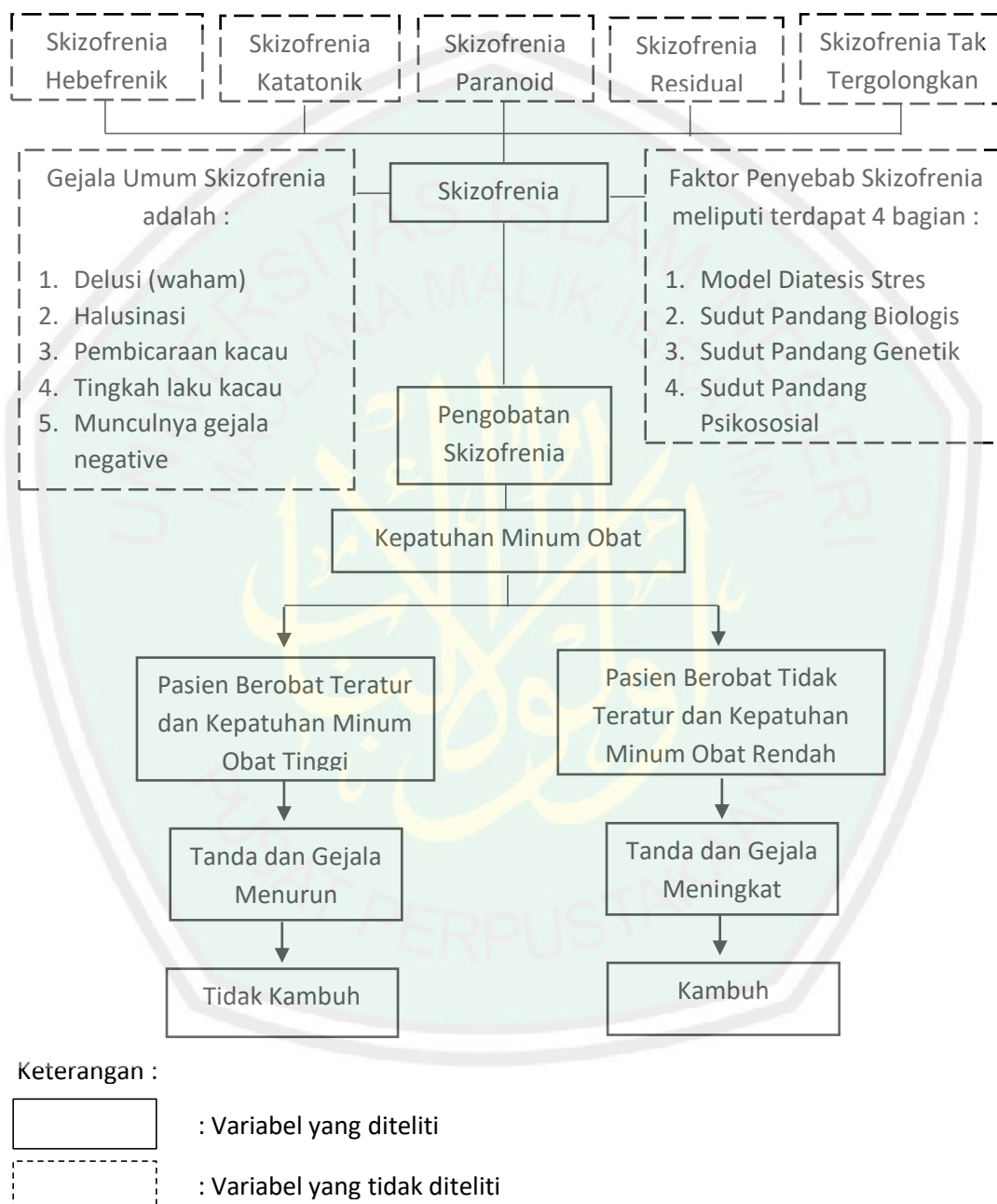
Penderita skizofrenia dapat muncul sejak masih kanak-kanak, tetapi yang paling sering terjadi adalah pada pertama kali muncul gejalanya ketika individu tersebut memasuki usia remaja, atau saat masa awal dewasa. Jika kondisi ini berkembang secara bertahap dan bertahun-tahun, maka kondisi ini disebut proses skizofrenia.

Proses ini cenderung menunjukkan perilaku tertentu pada masa kecil, seperti sering sakit, menarik diri dari pergaulan dan kemampuan penyesuaian diri yang kurang baik.



BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL



Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konseptual

3.2 Uraian Kerangka Konseptual

Menurut Kartono 2002, skizofrenia terbagi menjadi lima tipe yaitu skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia paranoid, skizofrenia residual, dan skizofrenia tak tergolongkan. Secara klinis untuk mengatakan seseorang menderita skizofrenia atau tidak diperlukan kriteria diagnostik seperti gejala yang ditimbulkan dari pasien skizofrenia tersebut, biasanya gejala yang paling sering timbul pada skizofrenia yang merupakan tanda diagnosis (Integram et al, 1993) diantaranya meliputi delusi (waham), halusinasi, pembicaraan kacau, tingkah laku kacau, dan simtom-simtom negative lainnya. Selain dari gejala yang sering timbul juga terdapat faktor penyebab pada pasien skizofrenia yang dapat memicu timbulnya dari gejala itu muncul seperti model diatesis stres (kerentanan spesifik) yang bersumber dari psikologis (seperti kematian orang terdekat), sudut pandang biologis (adanya kerusakan pada bagian otak tertentu), sudut pandang genetik (adanya komponen genetik yang berperan pada skizofrenia), dan sudut pandang psikososial (suatu tekanan yang didapatkan dari tidak terkontrolnya emosional dan sifat ego yang tinggi, juga dari perilaku keluarga yang patologis yang secara signifikan meningkatkan stress emosional serta pengaruh-pengaruh dari luar lingkungan sosial akan menyebabkan keparahan dari penyakit).

Penatalaksanaan pasien skizofrenia dapat meliputi pemberian farmakoterapi dan juga psikoterapi. Perawatan inap mungkin diperlukan apabila pasien mengalami agitasi berat atau beresiko untuk melukai diri sendiri maupun orang lain. Perawatan inap ini juga berguna untuk mencegah kemungkinan resiko bunuh diri yang berkisar 10% pada pasien dengan skizofrenia. Sedangkan penatalaksanaan farmakoterapi dengan pemberian obat

antipsikotik dapat dibedakan dalam dua bagian besar yaitu obat antipsikotik tipikal dan obat antipsikotik atipikal. Bersamaan dengan melakukan dua penatalaksanaan pasien skizofrenia salah satu faktor yang penting untuk dilakukan adalah pemberian obat-obatan kepada pasien skizofrenia oleh dokter psikiater. Salah satu manfaat dalam pengobatan pasien skizofrenia adalah agar pasien patuh dalam minum obat. Menurut Smet 1994, kepatuhan atau ketaatan (Compliance/adherence) adalah cara pasien dalam melaksanakan tingkat pengobatan dan melakukan apa yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain dalam berperilaku dengan dilakukannya kerjasama antara pasien dan petugas kesehatan termasuk penunjang kepatuhan terhadap pengobatan yang membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam manajemen perawatan diri.

Pasien dikatakan patuh dalam pengobatan adalah pasien yang melakukan pengobatan secara teratur dan lengkap yang tidak ditandai dengan adanya putus pengobatan pada waktu tertentu yaitu selama 6 bulan sampai dengan 9 bulan (Depkes RI, 2000). Menurut Cramer (n.d) jenis-jenis kepatuhan terbagi menjadi dua yaitu kepatuhan penuh (total compliance) ialah pada keadaan ini penderita tidak hanya berobat secara teratur sesuai batas waktu yang ditetapkan melainkan juga kepatuhan dalam memakai obat secara teratur sesuai dengan petunjuk dan penderita yang sama sekali tidak patuh (non compliance) ialah penderita yang tidak menggunakan obat sama sekali atau penderita yang putus obat. Hasil penelitian Wardani (2009) menunjukkan tolak ukur perilaku kepatuhan minum obat yaitu adanya kerjasama keluarga dan pasien dalam pemberian obat, kesadaran diri terhadap kebutuhan obat, kemandirian minum obat dan kedisiplinan minum obat. Selain itu perilaku patuh minum obat diikuti dengan kontrol

rutin setelah dirawat di rumah sakit. Menurut Samalin (2010) karakteristik kepatuhan partial meliputi: pasien mengurangi dosis yang ditentukan oleh pasien sendiri atau hanya mengambil pengobatan mereka dari waktu ke waktu. Sedangkan menurut penelitian Wardani (2009) menunjukkan sikap negatif keluarga menjadi penyebab tidak patuh. Sikap negatif dari keluarga besar terhadap pengobatan meliputi sikap mendukung ketidakpatuhan dan ungkapan yang menurunkan motivasi minum obat. Penyebab ketidakpatuhan juga dapat bersumber dari perilaku tenaga kesehatan adalah informasi yang tidak jelas dan ungkapan yang mematahkan semangat dari tenaga kesehatan dapat menyebabkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Pada patuh dan tidaknya pasien dalam minum obat akan mengakibatkan gejala yang timbul akan muncul kembali dalam kurun waktu tertentu setelah masa pemulihan yang berpengaruh terhadap tingkat kekambuhan pasien.

Dalam penelitian ini hubungan faktor kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan dapat diketahui berdasarkan subjek yaitu kartu tanda berobat (kartu kontrol), pasien skizofrenia diharuskan melakukan control pada rentang waktu yang telah ditentukan oleh dokter psikiater. Pasien berobat jalan menggunakan obat antipsikotik yang terbagi menjadi 2 golongan yaitu antipsikotik tipikal (Chlorpromazine, Levopromazine, Thioridazine, Droperidole, Fluphenazine, Haloperidol, Pherpenazine, Pimozide, dan Trifluoperazine) dan atipikal (Amisulpride, Clozapine, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone, Srtindole, dan Sulpiride). Dengan dilakukannya pengobatan yang teratur dan kepatuhan minum obat tinggi, maka gejala yang ada semakin menurun

dan pasien tidak akan mengalami kekambuhan serta kualitas hidup juga akan semakin meningkat.

3.3 Hipotesis Penelitian

Adanya hubungan kepatuhan minum obat terhadap tingkat kekambuhan pasien skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang.



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional* dengan metode deskriptif analitik, menggunakan pendekatan *Restrospektif* yaitu penelitian yang berusaha melihat kebelakang artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi. Kemudian dari efek tersebut ditelusuri ke belakang tentang penyebabnya atau variabel-variabel yang mempengaruhi akibat tersebut (Notoatmodjo, 2012).

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

4.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang dengan alamat di Jl. Raya Sengkaling Kota Malang No. 245 Jawa Timur.

4.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari – Juni 2018. Pengambilan data menggunakan kartu tanda berobat (kartu kontrol).

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kartu kontrol pasien skizofrenia yang berobat rawat jalan di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang pada periode tahun 2016 dan 2017.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2012). Sampel pada penelitian ini adalah kartu kontrol pasien rawat jalan yang telah didiagnosa skizofrenia yang menggunakan obat antipsikotik dan memiliki kartu tanda pengobatan (kartu kontrol) di ruang instalasi rawat jalan Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang periode tahun 2016 dan 2017.

4.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Sampling adalah suatu cara yang ditempuh dengan pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan obyek penelitian (Nursalam, 2008). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Purposive sampling adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2012). Cara pengambilan sampel ini dilakukan dengan pemilihan sampel yang memenuhi kriteria penelitian dengan kurun waktu yang telah ditentukan oleh peneliti sehingga jumlah sampel terpenuhi (Sugiono, 2001). Dalam hal ini peneliti mengambil sampel berdasarkan kriteria inklusi.

Untuk menghindari menyimpangnya sampel dari populasi, maka sebelum dilakukan pengambilan sampel peneliti menentukan kriteria sampel berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria yang harus dipenuhi populasi untuk dijadikan sebagai sampel. Sedangkan kriteria eksklusi adalah kriteria yang tidak dapat dijadikan sebagai sampel (Arikunto, 2006).

4.3.4 Kriteria Inklusi

1. Kartu kontrol pasien rawat jalan skizofrenia yang datanya dapat terbaca dengan jelas dan lengkap di Rumah Sakit Hayunanto Medical Center Malang pada bulan Januari 2016 – Desember 2017.

4.3.5 Kriteria Eksklusi

1. Kartu kontrol pasien skizofrenia yang telah meninggal.

4.4 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dinamai oleh kelompok lain (Notoatmodjo, 2010). Terdiri dari variabel bebas (Independent variable) dan variabel terikat (Dependent variable).

4.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas adalah faktor yang diduga dapat mempengaruhi variabel terikat (Notoatmodjo, 2010). Yang menjadi variabel bebas dalam penelitian ini adalah kepatuhan minum obat.

4.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat adalah faktor yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2005). Yang menjadi variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat kekambuhan.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010).

Tabel 4.1 Definisi operasional beserta parameter kepatuhan dan tingkat kekambuhan

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Indikator
1.	Kepatuhan	Suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, keteraturan dan ketertiban yang berkaitan dengan pengobatan pasien skizofrenia di Rumah Sakit Hayunanto	Ketepatan waktu menebus resep kembali	Adanya kesesuaian jumlah obat yang diambil dengan waktu menebus resep kembali dan penebusan obat dilakukan sebelum obat habis

		Medical Center Malang		
2.	Kekambuhan	Keadaan pasien skizofrenia di Rumah Sakit Hayunanto Medical Center Malang dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali yang berkaitan dengan pengobatan pasien	Kondisi pasien yang terdapat pada catatan (sembuh total / sembuh klinis / sembuh sosial) data rehabilitasi mental	Ada pada data pasien yang menunjukkan kekambuhan / tidaknya pasien yang ditandai dengan simbol angka numerik

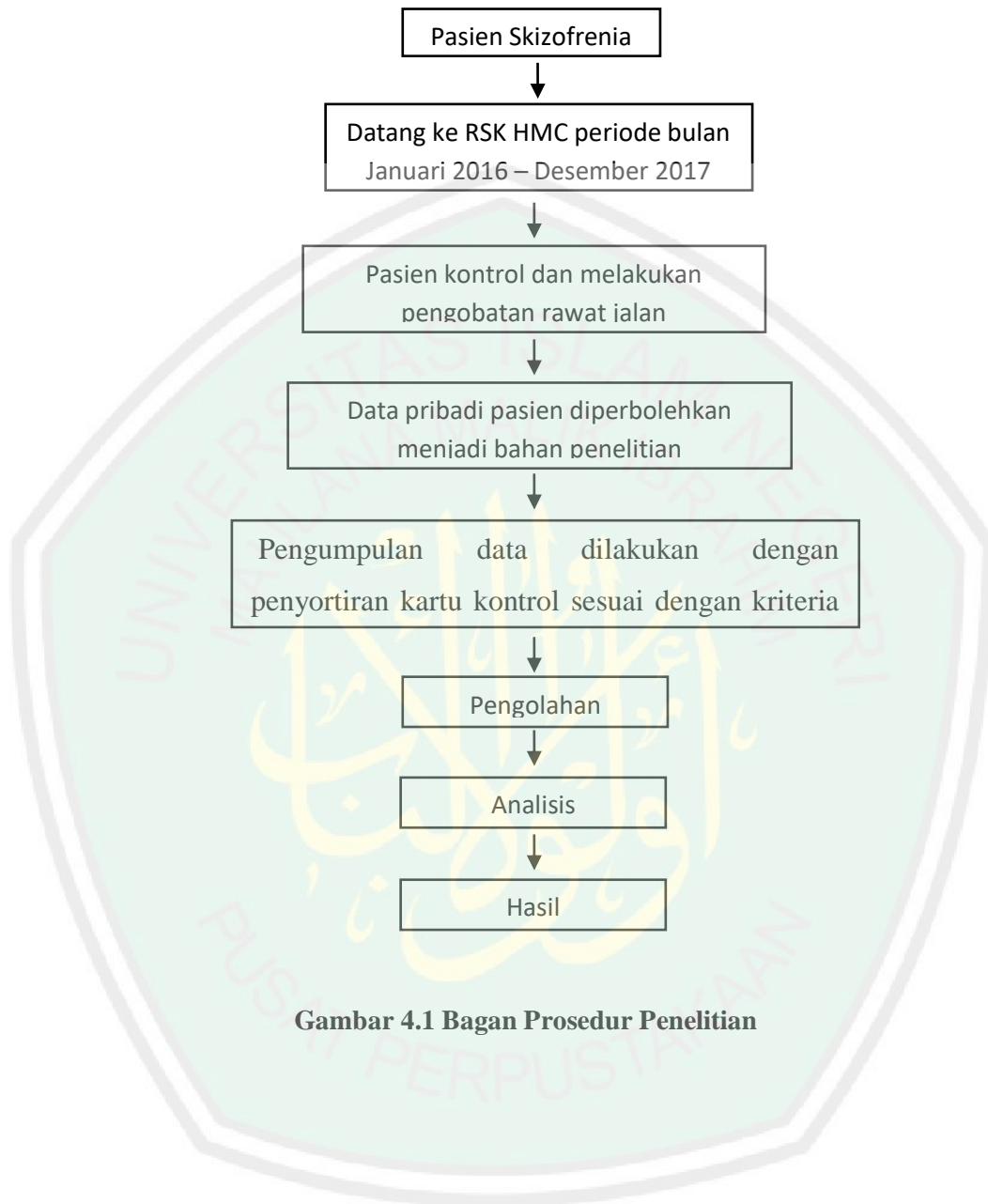
4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan adalah lembar pengumpul data yang memuat identitas pasien dan kartu tanda berobat (kartu kontrol).

4.7 Prosedur Penelitian

1. Peneliti melakukan studi pendahuluan di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang.
2. Peneliti mengurus surat ijin kepada Fakultas Kedokteran dan Ilmu-Ilmu Kesehatan untuk mengajukan penelitian di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang.
3. Peneliti mengurus surat ijin kepada Jurusan Farmasi untuk mengajukan penelitian di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang.
4. Peneliti meminta persetujuan dari pihak Rumah Sakit untuk diperbolehkan melihat data pribadi pasien yang akan dijadikan bahan penelitian.
5. Peneliti melakukan penyortiran kartu kontrol sesuai dengan kriteria inklusi penelitian.
6. Sampel kartu kontrol di catat dalam lembar pengumpulan data untuk mempermudah proses analisis data.
7. Proses pengolahan data dilakukan dengan menggunakan Uji Statistic Chi-Square.

4.8 Bagan Alur Penelitian



Gambar 4.1 Bagan Prosedur Penelitian

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

Data dianalisa dengan menggunakan uji statistic chi-square dengan tingkat kemaknaan (α) : 0,05. Pengolahan data pada penelitian ini dengan menggunakan analisa bivariant yang dilakukan untuk melihat tidak adanya hubungan antara variabel dan digunakan uji statistik. Setelah itu data di input dengan software komputer. Dari hasil perbandingan kedua variabel terikat bebas tersebut akan ditentukan apakah hipotesa diterima atau ditolak. Apabila nilai yang didapat lebih besar daripada signifikasi nilai $p > \alpha$, ($\alpha = 0,05$), maka hipotesa 0 ditolak dan hipotesa alternative diterima. Tapi apabila nilai yang di dapat lebih kecil daripada signifikasi $p < \alpha$, maka hipotesa alternatif diterima dan hipotesa nol di tolak.



BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Seorang apoteker berperan dalam memberikan informasi mengenai informasi tentang obat, pencegahan dan pengendalian penyakit dengan berbasis bukti ilmiah. Sebagaimana firman Allah SWT. dalam surat Al-Isra' (17) ayat 36:

وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْئُولًا ﴿٣٦﴾

Artinya: *“Janganlah engkau berkata apa yang engkau tidak berilmu. Sesungguhnya pendengaran, penglihatan, dan hati semua itu diminta pertanggungjawabannya”*

(QS. Al-Isra': 36).

Berdasarkan tafsir Al-Qurraanul Majid An-Nur oleh ash-Shiddieqy (2000), ayat di atas memiliki penafsiran bahwa Allah SWT tidak menganjurkan manusia menggali informasi yang tidak diketahui kebenarannya baik dalam ucapan maupun perbuatan. Pada kitab tersebut telah dijelaskan bahwasanya Ibnu Abbas berkata agar manusia tidak menjadi saksi selain dari apa yang dilihat oleh mata, didengar oleh telinga, dan diingat oleh ingatan manusia. Ada pula yang menyatakan bahwa yang dilarang menetapkan sesuatu berdasarkan prasangka atau asumsi saja.

Untuk mengatasi permasalahan kepatuhan minum obat, farmasis harus memberikan informasi mengenai pembinaan terkait kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia saat melakukan kontrol melalui sumber-sumber yang berdasarkan pada ilmu pengetahuan. Bentuk pembinaannya dengan memberikan leaflet terkait pentingnya

kepatuhan minum obat. Sehingga upaya pembinaan terkait kepatuhan minum obat yang dilakukan valid dan informasi yang diberikan kepada pasien benar.

Sebagaimana didalam Al-Qur'an telah dijelaskan bahwasannya Al-Qur'an adalah sebagai penyembuh pada penyakit jiwa, selain itu Al-Qur'an telah menjadi sebuah petunjuk (huddan) dalam menjalankan kehidupan. Bagaimana seorang manusia itu seharusnya beriman dan berserah diri kepada Allah SWT atas apa yang ada dimuka bumi ini, termasuk semua urusan duniawi yang telah menjadi sebuah ujian bagi manusia dalam menyelesaikannya dan semua yang ada dimuka bumi ini telah dijelaskan didalam Al-Qur'an termasuk bagi mereka yang telah mempelajari Al-Qur'an ataupun mengamalkannya juga mengetahui makna yang terkandung didalamnya sehingga akan dijauhkan dari penyakit yang berada didalam jiwa. Sebagaimana Al-Qur'an itu juga memiliki sebuah mukjizat yang tanpa kita mengetahui maknanya jika kita telah mengamalkan ataupun membacanya dalam setiap hari, maka hati kita akan terasa tenang.

Dan Allah telah bersabda dalam surah Yunus ayat 57 yang berbunyi :

يَتَأْتِيهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُمْ مَوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ
لِّلْمُؤْمِنِينَ ﴿٥٧﴾

Artinya : “Hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit (yang berada) dalam dada (jiwa) dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman.

Sesuai dengan ayat Al-Qur'an tersebut bahwa Allah S.W.T telah menurunkan pelajaran-pelajaran yang sangat berharga untuk kita menjaga kesehatan terutama

kesehatan jiwa bagi orang-orang yang beriman yang selalu menjaga dan membaca Al-Qur'an.

Adapun penelitian mengenai analisis hubungan faktor kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan (*relapse*) ini dilakukan pada pasien skizofrenia di instalasi rawat jalan Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang periode tahun 2016 dan 2017. Jumlah populasi pada penelitian ini yaitu kartu tanda berobat pasien skizofrenia di instalasi rawat jalan Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang pada periode ini sejumlah 57 kartu tanda berobat (*kartu kontrol*) pasien skizofrenia. Dari 57 kartu tanda berobat (*kartu kontrol*) populasi tersebut yang memenuhi kriteria inklusi sejumlah 32 kartu tanda berobat (*kartu kontrol*) yaitu sebanyak 457 resep dengan penggunaan obat yang paling banyak adalah pengobatan kombinasi.

5.1 Data Demografi Pasien

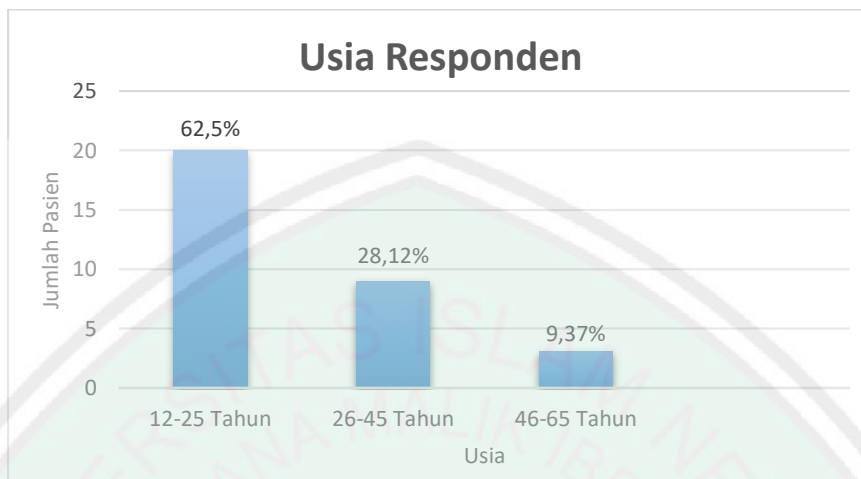
Demografi pasien merupakan data yang menggambarkan profil pasien skizofrenia di RSK Hayunanto Medical Center Malang yang menjadi sampel pada penelitian ini, terdiri dari jenis kelamin dan usia pasien. Pengumpulan data karakteristik responden ini bertujuan untuk mengetahui identitas responden serta untuk mengetahui profil pasien skizofrenia di instalasi rawat jalan Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang periode tahun 2016 dan 2017 secara umum. Berikut adalah data dan penjelasan lengkap mengenai demografi responden.

5.1.1 Usia

Usia pasien rawat jalan skizofrenia di RSK Hayunanro Medical Center Malang dalam penelitian ini dikategorikan menjadi 3 kelompok yang mengacu pada pembagian usia oleh Depkes RI yaitu usia remaja 12-25 tahun, usia dewasa 26-45 tahun, dan lanjut usia 46-65 tahun. Berikut ini pembagian usia pasien menurut depkes RI (2009) dapat di kategorikan sebagai berikut :

1. Masa balita = 0 – 5 tahun
2. Masa kanak-kanak = 5 – 11 tahun
3. Masa remaja Awal = 12 – 16 tahun
4. Masa remaja Akhir = 17 – 25 tahun
5. Masa dewasa Awal = 26- 35 tahun
6. Masa dewasa Akhir = 36- 45 tahun
7. Masa Lansia Awal = 46- 55 tahun
8. Masa Lansia Akhir = 56 – 65 tahun
9. Masa Manula > 65 tahun

Berikut ini adalah diagram karakteristik usia responden :



Gambar 5.1 Karakteristik usia pasien

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa pasien skizofrenia rawat jalan di RSK Hayunanto Medical Center Malang, dari total 32 responden berada pada umur di atas 12 tahun. Pada penelitian ini didapatkan data sebanyak 3 orang pasien dengan persentase 9,37% pada usia 46-65 tahun, sedangkan 9 orang pasien dengan persentase 28,12% pada usia 26-45 tahun dan yang paling banyak 20 orang pasien pada usia 12-25 tahun dengan persentase 62,5%. Pada usia 12-25 tahun tadi termasuk dalam 2 kategori yaitu remaja awal (12-16 tahun) dan remaja akhir (17-25 tahun), dimana pasien yang paling banyak menderita skizofrenia yaitu pada remaja akhir (17-25 tahun). Berdasarkan neurodevelopmental banyaknya penderita yang mengidap skizofrenia terjadi pada masa remaja karena termasuk dalam kelompok usia yang produktif serta rentan terjadi adanya gangguan neuronal atau gangguan fungsi atau perkembangan abnormal dari saraf saat dalam kandungan pada trismester kedua. Sedangkan pada usia 26-45 tahun biasanya

sering terjadi yaitu pada masa dewasa akhir dan jarang terjadi sebelum masa remaja atau setelah usia 40 tahun, dikarenakan rentang usia tersebut merupakan usia yang dipenuhi dengan banyak faktor pencetus stress dan memiliki beban tanggung jawab yang besar atau faktor biologik (Mawar., dkk, 2017).

Faktor pencetus stress tersebut biasanya mencakup masalah dengan keluarga maupun teman kerja, pekerjaan yang terlalu berat, hingga masalah ekonomi yang dapat mempengaruhi perkembangan emosional. Dimana stress dapat menyebabkan terjadinya peningkatan sekresi neurotransmitter glutamat (senyawa prekursor GABA) pada sistem limbik sehingga menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan neurotransmitter. Ketidakseimbangan neurotransmitter tersebut dapat mencetus terjadinya skizofrenia. Berdasarkan American Psychiatric Association (2000) dari data tersebut menyebutkan bahwa 75% penderita skizofrenia mulai mengidapnya pada usia 16-25 tahun dikarenakan pada usia tersebut merupakan usia remaja dan dewasa muda yang berisiko tinggi karena tahap kehidupan ini penuh stresor. Stressor atau diathesis ini bersifat biologis, lingkungan atau keduanya. Komponen lingkungan biologikal (seperti infeksi) atau psikologis (seperti kematian orang terdekat).

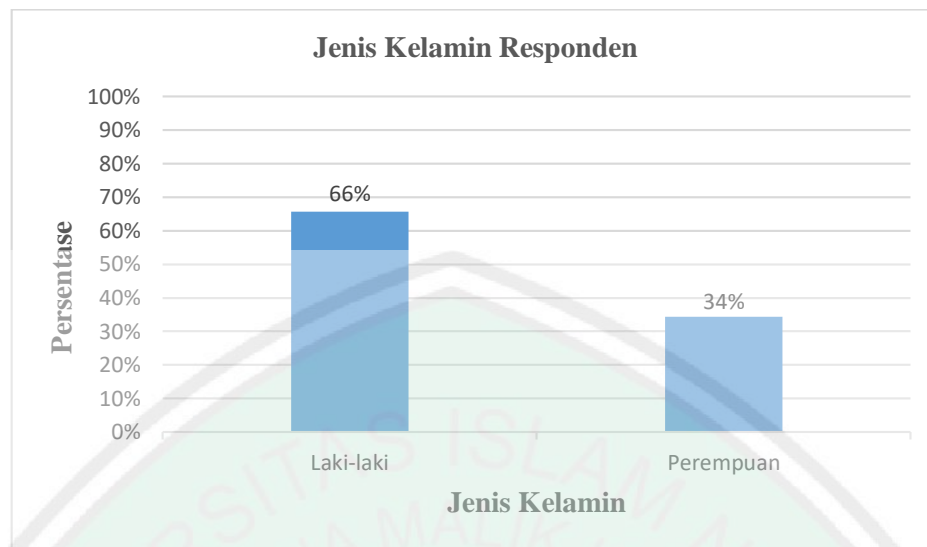
Berdasarkan hasil yang didapatkan pada penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hariyanto (2016) menunjukkan bahwa kelompok usia 12-25 tahun merupakan usia yang produktif yang rentan mengalami gangguan neuronal atau perkembangan abnormal dari saraf dan cenderung terkena skizofrenia. Usia puncak onset merupakan usia yang mendominasi terjadinya skizofrenia yaitu pada usia 24 tahun dan 25 tahun. Adanya gangguan fungsi dari saraf pada individu biasanya dipengaruhi oleh

kondisi lingkungan seperti beban hidup yang lebih berat sehingga menyebabkan stress yang disebabkan oleh masalah-masalah kompleks, meliputi masalah dengan teman dekat, rekan kerja, pekerjaan yang terlalu berat, ekonomi dan masalah keluarga. Hal ini berkaitan dengan etiologi skizofrenia, yaitu teori diatesis stress yang menyebutkan bahwa seseorang yang memiliki kerentanan spesifik (diatesis) bila dikenai suatu pengaruh lingkungan yang dapat menimbulkan stress akan kemungkinan adanya perkembangan gejala skizofrenia.

Menurut penelitian Yosep (2011) umur puncak untuk terjadinya skizofrenia pada laki-laki antara 15-25 tahun, sedangkan pada wanita 25-35 tahun. Onset skizofrenia, sebelum umur 10 dan sesudah 50 tahun adalah jarang terjadi. Lebih kurang 90% pasien skizofrenia yang di rawat di RSJ adalah berumur antara 15-55 tahun.

5.1.2 Jenis Kelamin

Jumlah pasien skizofrenia yang dirawat jalan di RSK Hayunanto Medical Center Malang lebih banyak berjenis kelamin laki-laki dibandingkan dengan perempuan dapat dilihat pada (Gambar 5.2). Berikut adalah gambaran jumlah pasien skizofrenia yang dirawat jalan di RSK Hayunanto Medical Center Malang tahun 2016 dan 2017 berdasarkan jenis kelamin :



Gambar 5.2 Karakteristik jenis kelamin pasien

Dari gambar di atas menyebutkan bahwa kejadian skizofrenia dalam penelitian ini dapat dilihat bahwa dari 32 kartu tanda berobat (*kartu kontrol*) pasien skizofrenia sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu sejumlah 21 kartu tanda berobat (*kartu kontrol*) (sebesar 66%), sedangkan untuk pasien perempuan yaitu sejumlah 11 kartu tanda berobat (*kartu kontrol*) (sebesar 34%). Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya skizofrenia. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Yosep (2011) mengatakan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap penyakit skizofrenia yaitu jenis kelamin dan usia skizofrenia mempunyai prevalensi yang hampir sama pada pria dan wanita, tetapi kedua jenis kelamin ini mempunyai perbedaan permulaan dan perjalanan penyakitnya. Laki-laki mempunyai permulaan skizofrenia yang lebih cepat daripada wanita. Lebih separuh dari penderita skizofrenia adalah laki-laki. Berdasarkan American Pshychiatric Association (2000) laki-laki cenderung memiliki resiko yang sedikit lebih tinggi untuk mengalami Skizofrenia.

Hal ini juga sesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa prognosis dan perjalanan penyakit pada laki-laki lebih buruk dibandingkan pada penderita perempuan sehingga lebih cepat terlihat. Penyebabnya dapat dikarenakan oleh faktor genetik, lingkungan atau pengaruh dari dalam diri sendiri (Aryani, 2016). Sedangkan menurut penelitian yang telah dilakukan oleh Zahnia (2016) proporsi skizofrenia terbanyak adalah laki-laki (72 %) dengan kemungkinan laki-laki berisiko 2,37 kali lebih besar mengalami kejadian skizofrenia dibandingkan perempuan. Kaum pria lebih mudah terkena gangguan jiwa karena kaum pria yang menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup, sedangkan perempuan lebih sedikit berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan laki-laki karena perempuan lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan laki-laki. Meskipun beberapa sumber lainnya mengatakan bahwa wanita lebih mempunyai resiko untuk menderita stress psikologik dan juga wanita relatif lebih rentan bila dikenai trauma.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Hariyanto (2016) menunjukkan bahwa jumlah pasien berjenis kelamin laki-laki lebih banyak daripada perempuan. Skizofrenia terjadi 1,4 kali lebih sering pada laki-laki daripada perempuan dan khususnya muncul lebih awal pada laki-laki. Adanya kecenderungan jumlah pasien laki-laki yang lebih banyak dapat disebabkan oleh kerentanan otak laki-laki yang lebih besar karena pematangan yang lambat, paparan cedera lahir yang lebih besar pada laki-laki, sedangkan efek neuroprotektif dihasilkan dari hormon perempuan dan paparan trauma kepala laki-laki yang lebih besar.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Novitayani (2016) menunjukkan bahwa sebagian besar responden skizofrenia adalah laki-laki. Pada penelitian Novitayani (2016) telah diketahui bahwa usia awal kemunculan symptom terjadi paling banyak antara usia 15 sampai 25 tahun pada laki-laki sebanyak 17 orang pasien dengan persentase 53,12%. Pada pasien perempuan diketahui sebanyak 3 orang pasien dengan persentase 9,37 % dimana pada usia ini merupakan usia pada masa remaja akhir menuju masa dewasa awal. Perempuan cenderung mengalami gangguan pada usia yang lebih lanjut daripada laki-laki, dengan usia awal kemunculan symptom terjadi paling banyak antara usia 25 sampai pertengahan 30 tahun untuk perempuan.

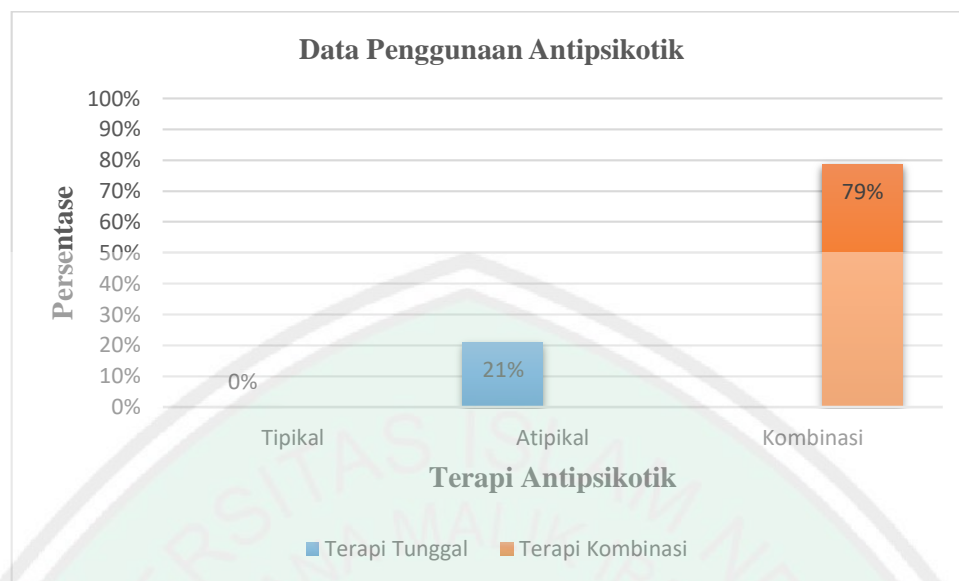
Pada perempuan cenderung memiliki pencapaian tingkatan gejala yang lebih tinggi sebelum munculnya suatu gangguan dan kecenderungan yang dimiliki oleh laki-laki terdapat pada tidak parahnya perjalanan suatu penyakit yang ditandai dengan rendahnya tingkatan gejala di usia muda (Yunus, 2014). Laki-laki penderita skizofrenia tampak berbeda dari perempuan yang mengalami gangguan ini dalam beberapa hal. Mereka cenderung mengalami onset atau timbulnya gejala pada usia yang lebih muda, memiliki tingkat penyesuaian diri yang lebih buruk sebelum menunjukkan tanda-tanda gangguan dan memiliki lebih banyak kendala kognitif, deficit tingkah laku, dan reaksi lebih buruk terhadap terapi obat di bandingkan perempuan yang mengalami skizofrenia (Dipiro, 2005).

Berdasarkan hasil penelitian yang dituliskan oleh Irwan (2010) bahwa usia memasuki masa dewasa awal atau 25-30 tahun berisiko untuk menderita skizofrenia dibandingkan dengan masa lansia atau usia 46-65 tahun ke atas. Berdasarkan hasil peneliti

lain yang dilakukan oleh Seeman (2004) mengatakan bahwa diagnosa skizofrenia biasanya berkisar antara usia 15-25 tahun. Berselang 10 tahun tersebut, skizofrenia didiagnosa diderita pada 12 pria dan 10 wanita. Hal tersebut karena terjadinya kemunduran onset pada wanita. Adanya kemunduran onset pada wanita yaitu karena adanya efek perlindungan atau neuroprotektif dari hormon wanita dan potensi tinggi untuk mengalami cedera kepala pada pria dibandingkan wanita. Faktor tersebut yang dapat menyebabkan pria lebih dahulu untuk mendapatkan perawatan dibandingkan wanita. Namun onset yang cepat dari pasien skizofrenia (misalnya pada pria) biasanya menunjukkan penyakit lebih berat.

5.2 Pola Penggunaan Obat Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia

Obat yang diberikan kepada pasien skizofrenia rawat jalan di RSK Hayunanto Medical Center Malang berupa sediaan obat oral. Berikut gambar jumlah obat yang diberikan pada pasien selama rawat jalan, dengan penggunaan obat antipsikotik untuk pasien skizofrenia dapat dilihat pada (Gambar 5.3).



Gambar 5.3 Penggunaan Obat Antipsikotik

Pada penelitian ini penggunaan obat antipsikotik tipikal tidak digunakan sebagai pemilihan terapi, karena penggunaannya tidak tercantumkan pada resep yang tertulis dalam (*kartu kontrol*) dengan persentase sejumlah 0%. Obat antipsikotik tipikal (APG-1) merupakan obat antipsikotik generasi pertama dalam penatalaksanaan farmakoterapi pada pasien skizofrenia karena diketahui memiliki resiko efek samping ekstrapiramidal yang lebih tinggi dibandingkan antipsikotik atipikal (APG-2) (Adianta, 2017). Obat antipsikotik tipikal (APG-1) ini memiliki mekanisme kerja sebagai Dopamine Reseptor Antagonist. Dimana APG-1 akan memblokir dopamin pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (Yakita, 2003).

Adapun penggunaan obat antipsikotik atipikal pada penelitian ini terdapat banyaknya frekuensi pemakaian 122 dengan persentase (21%). Obat antipsikotik atipikal (APG-2) merupakan obat generasi kedua dan termasuk obat antipsikotik lini pertama dalam penatalaksanaan farmakoterapi pada pasien skizofrenia karena diketahui memiliki

resiko efek samping ekstrapiramidal yang lebih rendah dibandingkan antipsikotik tipikal (APG-1) (Adianta, 2017).

Sedangkan penggunaan terapi kombinasi antipsikotik lebih banyak digunakan jika dibandingkan dengan terapi tunggal yaitu terdapat terapi kombinasi. Pada terapi kombinasi ini terdapat banyaknya frekuensi pemakaian 455 dengan persentase (79%). Kombinasi ini diberikan atas dasar kondisi pasien dengan gejala yang bervariasi dominan. Biasanya terapi kombinasi ini sering menjadi alternatif dalam pengobatan setelah lini pertama karena antipsikotik generasi pertama dapat memperbaiki gejala positif dari skizofrenia, namun umumnya tidak memperbaiki gejala negatif. Sedangkan antipsikotik generasi kedua dapat memperbaiki gejala positif dan negatif dari skizofrenia dan lebih efektif mengobati pada pasien yang resisten (Mawar, 2017).

5.2.1 Data Penggunaan Obat Antipsikotik Atipikal (APG-2) Tunggal

Berikut tabel jumlah obat yang diberikan pada pasien selama rawat jalan, dengan penggunaan obat antipsikotik atipikal untuk pasien skizofrenia dapat dilihat pada (Tabel 5.1).

Tabel 5.1 Data Penggunaan Obat Antipsikotik Atipikal Terapi Tunggal Pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang Periode 2016 dan 2017

No.	Nama Obat	Frekuensi Pemakaian (N=122)	Persentase (%)
1.	Risperidon	75	61,47
2.	Kutoin	14	11,47
3.	Alprazolam	12	9,83

4.	Clozapin	8	6,55
5.	Diazepam	7	5,73
6.	Aripiprazole	6	4,91
Jumlah		122	100%

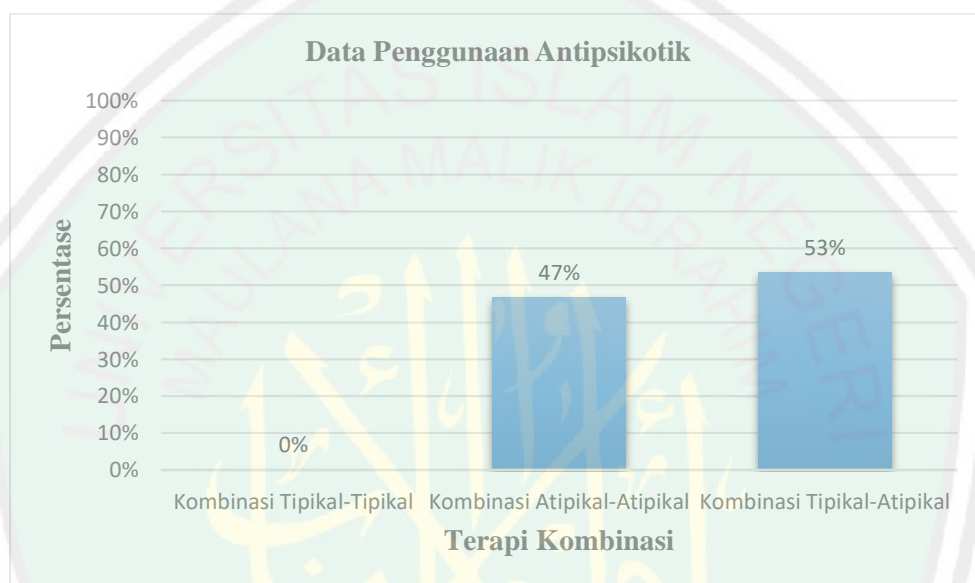
Antipsikotik atipikal ini termasuk kedalam antipsikotik generasi kedua, dimana pemberian obat antipsikotik atipikal yang paling banyak digunakan pada penderita juga sekaligus sebagai responden dalam penelitian ini adalah risperidon sebanyak (61,47%). Risperidon merupakan derivat dari benzisoxazole yang diindikasikan untuk terapi skizofrenia baik untuk gejala negatif maupun gejala positif. Untuk efek samping ekstrapiramidal umumnya lebih ringan dibandingkan dengan antipsikotik tipikal (Jarut, 2013). Risperidon merupakan obat antipsikotik generasi kedua yang bekerja sebagai Serotonine-Dopamine Receptor Antagonist (SDA). Obat ini berafinitas terhadap “Dopamine D2 Receptors” dan “Serotonin 5HT2 Receptors” bukan hanya di neurotransmitter dopamin saja, namun juga pada yang lainnya seperti serotonin dan norepinefrin.

Menurut Hariyanto (2016) penggunaan terapi tunggal risperidon merupakan jenis antipsikotik atipikal yang mempunyai afinitas tinggi terhadap reseptor serotonin 5-HT2 dan aktivitas menengah terhadap reseptor dopamine D2. Risperidon dapat menimbulkan gejala ekstrapiramidal (>10%) namun sangat kecil bila dibandingkan dengan jenis antipsikotik tipikal. Penggunaan antipsikotik atipikal kemungkinan besar dapat menyebabkan kenaikan pada berat badan yang besar dan perubahan dalam metabolisme pasien. Hal ini menyebabkan peningkatan resiko pasien terkena diabetes dan kolesterol

tinggi. Oleh karena itu, diperlukan suatu pemantauan untuk parameter berat badan, kadar glukosa dan kadar lipid secara berkala selama mengonsumsi antipsikotik atipikal.

5.2.2 Data Penggunaan Obat Antipsikotik Kombinasi

Berikut gambar jumlah obat yang diberikan pada pasien selama rawat jalan, dengan penggunaan obat antipsikotik untuk pasien skizofrenia dapat dilihat pada (Gambar 5.4).



Gambar 5.4 Penggunaan Obat Antipsikotik Kombinasi

Pada penggunaan obat antipsikotik kombinasi ini terbagi menjadi 3 kelompok kombinasi yaitu terapi kombinasi tipikal-tipikal (APG-1-APG-1), atipikal-atipikal (APG2-APG2) dan terapi kombinasi tipikal-atipikal (APG1-APG2). Pada penelitian ini penggunaan obat kombinasi antipsikotik tipikal-tipikal tidak digunakan sebagai pemilihan terapi. Berdasarkan gambar diatas penggunaan kombinasi APG-1 dan APG-2 merupakan kombinasi yang paling banyak diberikan (53%). Biasanya terapi kombinasi ini sering menjadi alternatif dalam pengobatan setelah lini pertama karena antipsikotik generasi pertama (APG-1) dapat memperbaiki gejala positif dari skizofrenia, namun

umumnya tidak memperbaiki gejala negatif. Sedangkan antipsikotik generasi kedua (APG-2) dapat memperbaiki gejala positif dan negatif dari skizofrenia dan lebih efektif mengobati pada pasien yang resisten.

5.2.2.1 Penggunaan Obat Antipsikotik Kombinasi APG-2-APG-2

Berikut tabel jumlah obat yang diberikan pada pasien selama rawat jalan, dengan penggunaan obat antipsikotik kombinasi APG-2-APG-2 untuk pasien skizofrenia dapat dilihat pada (Tabel 5.2).

Tabel 5.2 Data Pola Penggunaan Obat Antipsikotik Terapi Kombinasi APG-2-APG-2 pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia di Rumah Sakit Hayunanto Medical Center Malang Periode 2016 dan 2017

No.	Nama Obat	Frekuensi Pemakaian (N=212)	Persentase (%)
1.	Alprazolam-Risperidon	139	65,56
2.	Alprazolam-Fluoxetine-Risperidon	19	8,96
3.	Alprazolam-Clozapin-Risperidon	18	8,49
4.	Alprazolam-Clozapin	15	7,07
5.	Fluoxetine-Risperidon	12	5,66
6.	Alprazolam-Fluoxetine	6	2,83
7.	Alprazolam-Clozapin-Fluoxetine	2	0,94
8.	Clozapine-Fluoxetine	1	0,47
Jumlah		212	100%

Pada penelitian ini didapatkan data pola penggunaan obat antipsikotik kombinasi atipikal-atipikal yang paling banyak digunakan adalah alprazolam-risperidon sebanyak

(65,56%). Penggunaan kombinasi keduanya atipikal-atipikal dipilih karena memiliki kemampuan untuk indikasi gangguan panik dan kecemasan umum (sebagai ansiolitik). Kombinasi alprazolam-risperidon juga efektif digunakan pada pasien yang diindikasikan memiliki gangguan kecemasan yang sangat tinggi karena alprazolam atau turunan benzodiazepin ini memiliki kemampuan memblok reseptor GABA_A pada sistem saraf pusat sedangkan risperidon atau turunan benzisoxazole bekerja memblok reseptor dopamin D2 dan reseptor 5HT₂, sehingga penambahan risperidon diharapkan mampu meningkatkan respon pasien terhadap alprazolam. Dimana alprazolam-risperidon juga digunakan sebagai obat ansiolitik karena peran tambahannya sebagai antidepresan, sehingga alprazolam-risperidon juga efektif untuk terapi gangguan depresi (Chowdhury dkk., 2016). Selain itu juga dapat menimbulkan gejala ekstrapiramidal yang sangat kecil apabila dibandingkan dengan jenis antipsikotik tipikal (Syarif dkk., 2007).

Pada pola penggunaan terapi kombinasi penderita skizofrenia paling banyak digunakan yaitu obat antipsikotik atipikal salah satunya ialah alprazolam. Alprazolam merupakan salah satu obat antipsikotik yang sering digunakan yang termasuk ke dalam obat antipsikotik atipikal (APG-2) yang masuk ke dalam golongan benzodiazepine. Dimana mekanisme kerjanya bekerja pada kompleks reseptor GABA_A- Benzodiazepin. Sistem kimiawi dan reseptor GABA menghasilkan inhibisi atau efek menenangkan. Alprazolam berada pada sistem saraf pusat. Pada golongan benzodiazepine, khususnya alprazolam menyebabkan supresi yang nyata pada aksis hipotalamik pituitari-adrenal. Kemampuan terapeutik alprazolam menyerupai benzodiazepine lainnya, meliputi ansiolitik, antikonvulsan, muscle relaxant, hipnotik, dan amnesik. Alprazolam

merupakan obat yang telah mendapat persetujuan dari FDA untuk digunakan dalam terapi jangka pendek (8 minggu) gangguan panik, dengan atau tanpa agoraphobia.

Berdasarkan tabel 5.2 kombinasi atipikal-atipikal biasanya juga digunakan dalam pemilihan terapi pengobatan obat antipsikotik pada pasien skizofrenia. Salah satunya adalah pemilihan terapi kombinasi alprazolam-fluoxetine-risperidon (8,96%), terapi kombinasi atipikal-atipikal ini direkomendasikan untuk penanganan kasus gangguan panik yang resisten dimana tidak terdapat riwayat toleransi maupun dependensi obat. Alprazolam memiliki kemampuan memblok reseptor $GABA_A$ pada sistem saraf pusat sedangkan risperidon atau turunan benzisoxazole bekerja memblok reseptor dopamin D_2 dan reseptor $5HT_2$, sehingga penambahan fluoxetine digunakan untuk mengobati depresi sedang sampai berat yang memiliki mekanisme kerja memblokir serotonin agar tidak diserap kembali oleh sel saraf. Biasanya digunakan dalam terapi jangka panjang yang memiliki $t_{1/2}$ 24-200 jam. Dimana respon setiap individu terhadap kerja obat berbeda-beda, meningkatnya penggunaan terapi kombinasi dalam pengobatan skizofrenia disebabkan jenis dan kelas agen yang berbeda memiliki afinitas yang berbeda pula sehingga diharapkan dapat saling melengkapi untuk reseptor yang berbeda dan dapat berperan lebih baik dalam psikosis dibandingkan penggunaan monoterapi (Amri, 2012).

5.2.2.2 Penggunaan Obat Antipsikotik Kombinasi APG-1 - APG-2

Berikut tabel jumlah obat yang diberikan pada pasien selama rawat jalan, dengan penggunaan obat antipsikotik kombinasi APG-1-APG-2 untuk pasien skizofrenia dapat dilihat pada (Tabel 5.3).

Tabel 5.3 Data Pola Penggunaan Obat Antipsikotik Terapi Kombinasi APG-1-APG-2 pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia di Rumah Sakit Hayunanto Medical Center Malang Periode 2016 dan 2017

No.	Nama Obat	Frekuensi Pemakaian (N=243)	Persentase (%)
1.	Alprazolam-Trifluoperazine-Risperidon	82	33,74
2.	Alprazolam- Haloperidol-Risperidon	49	20,94
3.	Alprazolam-Fluoxetine-Trifluoperazine- Risperidon	40	16,46
4.	Alprazolam- Clozapine-Fluoxetine-Haloperidol	21	8,64
5.	Haloperidol-Risperidon	20	8,23
6.	Alprazolam-Clozapin-Haloperidol	10	4,11
7.	Clozapine-Haloperidol	7	2,88
8.	Alprazolam- Clozapine-Trifluoperazine	5	2,05
9.	Alprazolam-Fluoxetine-Trifluoperazine	5	2,05
10.	Clozapine-Trifluoperazine	4	1,64
Jumlah		243	100%

Kombinasi antipsikotik yang terakhir adalah kombinasi antipsikotik antara generasi pertama dan generasi kedua (APG-1 – APG-2). Pada pemberian pada terapi kombinasi antipsikotik tipikal-atipikal (APG-1 – APG-2) kombinasi yang paling banyak digunakan adalah alprazolam-trifluoperazine-risperidon sebanyak (33,74%) dan alprazolam-haloperidol-risperidon sebanyak (20,94%). Kombinasi ini diberikan atas dasar kondisi pasien dengan gejala yang bervariasi dominan yang meliputi gejala positif

(halusinasi dan delusi) dan negatif (bicara yang jarang dan respons emosional yang menumpul tidak wajar).

Pola penggunaan obat antipsikotik kombinasi tipikal-atipikal terapi kombinasi alprazolam-trifluoperazine-risperidon ini dipilih karena untuk mendapatkan hasil terapi yang diinginkan yaitu penggunaan dua jenis obat antipsikotik atipikal alprazolam-risperidon diharapkan dapat mengurangi kecemasan ataupun sebagai antidepresan. Alprazolam atau turunan benzodiazepin ini memiliki kemampuan memblok reseptor GABA_A pada sistem saraf pusat sedangkan risperidon atau turunan benzisoxazole bekerja memblok reseptor dopamin D2 dan reseptor 5HT₂. Pada penambahan obat antipsikotik golongan tipikal ini yaitu trifluoperazine untuk mengurangi gejala positif yang mendominasi pada penderita skizofrenia seperti mendengar suara, gaduh, gelisah, hiperaktif, melihat hal-hal yang sebenarnya tidak ada dan memiliki keyakinan yang aneh. Trifluoperazin merupakan obat antipsikotik golongan tipikal yang bekerja menghambat dopamine reseptor dopamine-2 sehingga efektif untuk gejala positif (Yulianty, 2017).

Pada penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ike (2018) dimana dikatakan bahwa dua kombinasi obat yang paling banyak digunakan adalah trifluoperazine-risperidon (55%) dan trifluoperazine-fluoxetine-risperidon (23,96%).

Selain itu pada penggunaan obat terapi kombinasi alprazolam-trifluoperazine-risperidon sebanyak (33,74%) dan alprazolam-haloperidol-risperidon sebanyak (20,94%) ini biasanya dibutuhkan untuk mengobati gejala positif dan juga gejala negatif yang mendominasi pasien skizofrenia. Terapi kombinasi pilihan pertama yang banyak digunakan untuk pengobatan skizofrenia adalah antipsikotik golongan kedua (dikenal

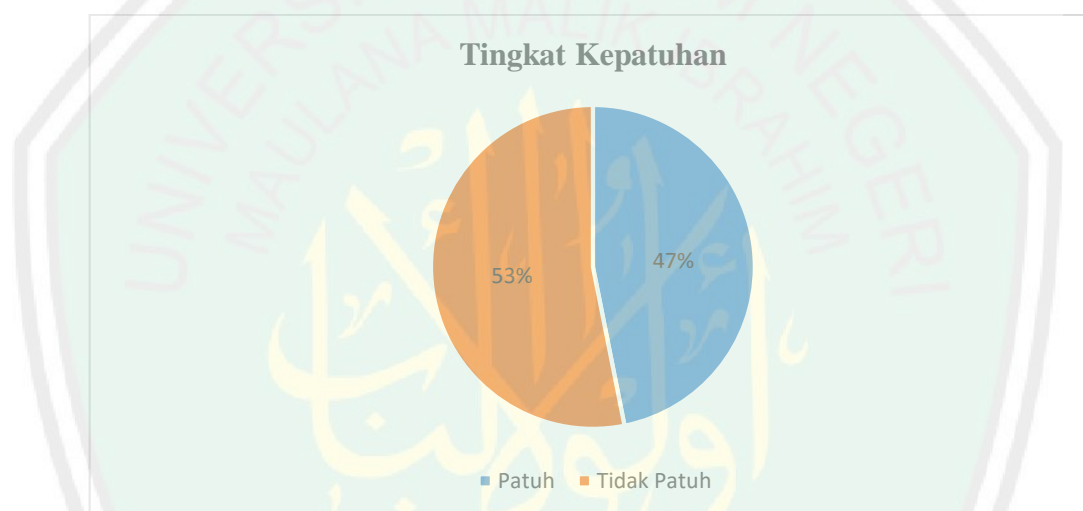
juga sebagai antipsikotik atipikal). Antipsikotik golongan kedua memiliki sedikit atau bahkan tidak menimbulkan terjadinya efek ekstrapiramidal. Kelebihan lainnya adalah kecenderungan untuk menyebabkan *tardive dyskinesia* yang minimal atau tidak sama sekali (Sunandar, dkk., 2008).

Terapi kombinasi dapat menguntungkan karena bekerja sangat sinergis. Namun, hal tersebut kemungkinan menimbulkan peningkatan efek samping. Kombinasi obat yang paling banyak memicu resiko efek samping adalah kombinasi antara haloperidol-clozapin dan haloperidol-risperidon. Keseluruhan efek samping yang terjadi pada setiap penggunaan obat antipsikotik kombinasi ini, yang paling sering muncul adalah sindrom ekstrapiramidal, efek antikolinergik dan sedasi (Biedermann and Fleischhacker, 2011; Melike., 2010; Hariyani., 2016).

Trifluoperazin merupakan obat antipsikotik golongan tipikal yang bekerja menghambat dopamine reseptor dopamine-2 sehingga efektif untuk gejala positif, sedangkan risperidon merupakan obat antipsikotik golongan atipikal yang efektif untuk gejala positif maupun negatif karena tidak hanya menghambat reseptor dopamine-2 tetapi juga pada reseptor serotonin 5 HT₂. Trifluoperazine memiliki efek samping sedasi yang lemah tetapi untuk efek samping ekstrapiramidal sering terjadi, sedangkan risperidon kebalikannya yaitu memiliki efek samping sedasi yang kuat tetapi memiliki efek samping ekstrapiramidal yang sangat rendah (Maslim, 2014), tetapi penggunaan risperidon baru diterapkan kepada penderita skizofrenia yang telah resisten untuk segala macam obat antipsikotik karena risperidon merupakan obat yang memiliki efek samping lain yang berisiko seperti kenaikan berat badan, hiperglikemia, dan hiperlipidemia. Penggunaan

antipsikotik untuk penderita skizofrenia yang mengalami eksaserbansi akut seharusnya diawali dengan pemberian golongan atipikal yaitu amisulpride dan olanzapine yang dapat dikombinasi dengan salah satu golongan tipikal yang memiliki potensi paling rendah efek sampingnya seperti chlorpromazine.

5.3 Tingkat Kepatuhan Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Hayunanto Medical Center Malang



Gambar 5.5 Tingkat Kepatuhan Responden

Kepatuhan minum obat dapat mempengaruhi tingkat kekambuhan (*relapse*) pada pasien skizofrenia karena pada dasarnya melakukan pengobatan secara efektif dapat mengurangi terjadinya kekambuhan. Dalam teori yang disebutkan, dapat terlihat jelas bahwa faktor kepatuhan minum obat sangat berpengaruh dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 32 responden yang diteliti persentase yang paling banyak yaitu ketidakpatuhan minum obat sebanyak 17 responden (53,12%).

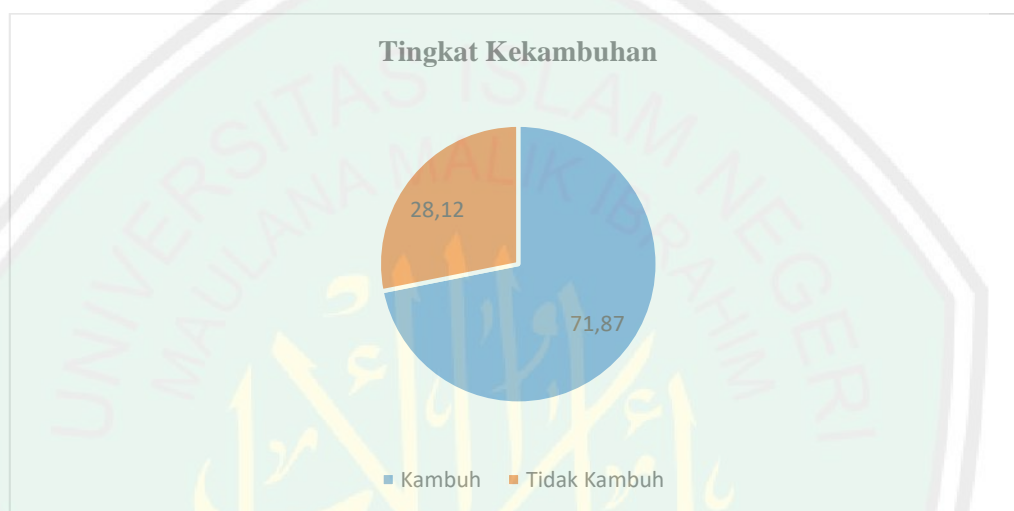
Hal ini sesuai dengan teori Stuart dan Laraia (2005) yang mengatakan bahwa, sebagian besar pasien skizofrenia mengalami ketidakpatuhan dalam mengkonsumsi obat. Selain itu, Niven (2002) juga menambahkan bahwa pasien skizofrenia rata-rata memiliki perilaku ketidakpatuhan dalam mengkonsumsi obat. Ketidakpatuhan dikarenakan banyaknya jumlah obat yang diminum, adanya efek samping yang membuat pasien tidak nyaman, serta tidak adanya pengawasan keluarga.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian sebelumnya Yoga (2011), yang mengatakan bahwa paling banyak pasien memiliki perilaku tidak patuh dalam minum obat sebanyak 27 responden (62,5%). Purnamasari (2013) juga menambahkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia berada pada kategori tidak patuh minum obat sebanyak 42 responden (84%). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pasien skizofrenia yang berjenis kelamin perempuan lebih patuh obat daripada pasien yang laki-laki (Yegenoglu dkk, 2003), maka dapat disimpulkan bahwa laki-laki pada umumnya tidak patuh obat. Tidak patuh obat merupakan penyebab utama pasien skizofrenia mengalami kekambuhan (Moller, 2005).

Pengukuran dapat dilakukan berdasarkan Medication Event Monitoring System (MEMS) ataupun dengan mengukur jumlah pil yang tersisa. Untuk penulis sendiri, karena data diperoleh melalui kartu tanda berobat (*kartu kontrol*), maka ketaatan hanya didasarkan pada laporan yang diberikan baik oleh pasien sendiri maupun oleh pengantar, dan hanya digolongkan berdasarkan 'ya' dan 'tidak'. Kelemahan dari penggunaan cara ini adalah resep yang diambil tidak sama dengan obat yang dikonsumsi oleh pasien, karena ada kemungkinan di mana pasien ataupun pengantar tidak mau mengakui status

ketaataannya saat dilakukan anamnesis karena takut mengecewakan pemeriksa saat itu (Osterberg & Blaschke, 2005).

5.4 Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Hayunanto Medical Center Malang



Gambar 5.6 Tingkat Kekambuhan Responden

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 32 responden yang diteliti persentase yang paling banyak untuk tingkat kekambuhan yaitu sebanyak 23 responden dengan persentase 71,87%. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Rahmayanti (2008), yang mengatakan bahwa tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia dengan persentase 56% sebanyak 14 orang. Ruspawan dkk (2011) juga menambahkan bahwa paling banyak pasien skizofrenia mengalami tingkat kekambuhan pada kategori tinggi dengan persentase 27,6%.

Berdasarkan hasil penelitian Novitayanti (2016) pada siklus skizofrenia terdapat periode kekambuhan yang merupakan periode terakhir dari empat periode. Ada variasi

tahun ke berapa periode relapse dapat terjadi. Hal ini tergantung lamanya durasi periode penyakit akut, stabil dan pemeliharaan dan pemulihan dari setiap pasien. Berbeda dengan sistematik review yang dilakukan oleh Takeuchi dkk (2012) yang menemukan data bahwa pasien skizofrenia tidak melanjutkan konsumsi obat setelah satu sampai dua tahun dari episode pertama, sehingga menyebabkan kekambuhan. Emsley (2013) menemukan data dari review literature bahwa kekambuhan tinggi terjadi akibat tidak mengkonsumsi obat setelah periode pertama, namun tidak memicu kekambuhan yang parah bila obat tidak dikonsumsi setelah melakukan pengobatan dalam jangka waktu lama.

5.5 Uji Person *Chi-Square*

Uji Person *Chi-square* dalam analisis Crosstabs digunakan untuk menguji adanya hubungan antara faktor kepatuhan minum obat (variabel kolom) dengan tingkat kekambuhan (*relapse*) (variabel baris) di Rumah Sakit HMC Malang. Analisis person *chi square* digunakan sesuai dengan tujuan penelitian, yaitu untuk mengetahui adanya hubungan yang signifikan antara kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia. Setelah diketahui hasil data kartu kontrol kemudian dilakukan analisis secara statistika menggunakan software IBM SPSS versi 24. Untuk mengetahui hubungan antara faktor kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia dapat diketahui dari hasil uji chi square. Berikut adalah hasil data penelitian dengan menggunakan uji *chi-square* :

5.3.1 Hasil Ringkasan Pemrosesan Data

Berdasarkan data hasil pengujian pada (Lampiran 9) dapat diketahui bahwa dari 32 responden untuk data jenis kepatuhan minum obat dan kekambuhan yang valid berjumlah 32 dan tidak ada data yang hilang (missing) dengan prosentase 100%.

5.3.2 Hasil Tabulasi Silang Antara Variabel Kepatuhan Minum Obat dengan Tingkat Kekambuhan

Hasil tabulasi silang (dapat dilihat pada Lampiran 9) menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang tidak patuh minum obat namun memiliki tingkat kekambuhan sebanyak 13 responden, sedangkan responden yang tidak patuh minum obat tetapi tidak mengalami tingkat kekambuhan sebanyak 4 responden. Adapun pada kelompok responden yang patuh minum obat serta memiliki tingkat kekambuhan sebanyak 10 responden, sedangkan responden yang patuh minum obat dan tidak mengalami tingkat kekambuhan sebanyak 5 responden.

5.3.3 Hasil Uji person *Chi-Square*

Uji pearson *Chi-Square* dimaksudkan untuk menguji hubungan antar dua variabel yaitu antara kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan (*relapse*). Hipotesa dalam uji *Chi-Square* adalah H_0 (Tidak ada hubungan antara kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan (*relapse*) pada pasien skizofrenia) dan H_a (Adanya hubungan antara faktor kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan (*relapse*) pada pasien skizofrenia). Dalam Uji *Chi-Square* terdapat dua parameter uji yang digunakan, yaitu berdasarkan nilai *Chi-Square Tabel* dan berdasarkan *Signifikansi*. Jika nilai *Chi-Square Hitung* $<$ *Chi-Square Tabel* maka H_0 diterima dan jika nilai *Chi-Square*

Hitung > *Chi-Square Tabel* maka H_0 ditolak. Jika nilai signifikansi > 0,05 maka H_0 diterima dan jika nilai signifikansi < 0,05 maka H_0 ditolak (Duwi Priyatno, 2016).

Untuk mengetahui hubungan ini didapatkan dari hasil uji *Chi-Square* pada (Lampiran 9), diperoleh nilai *Chi-Square Hitung* > *Chi-Square Tabel* ($25,000 > 3,841$) dan nilai signifikansi < 0,05 ($0,00 < 0,05$). Berdasarkan (Lampiran 9), didapatkan adanya hubungan antara kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang adalah sebesar 0,000 yang menunjukkan bahwa nilai signifikansi (p) Nilai p yang besarnya lebih kecil dari 0,05.

Nilai *Chi-Square Hitung* yang dihasilkan adalah sebesar 25,000. Nilai *Chi-Square Hitung* yang lebih besar dari nilai *Chi-Square Tabel* mengindikasikan bahwa hubungan yang terjadi bersifat linier positif. Dengan kata lain, semakin besar nilai *Chi-Square Hitung* maka H_0 (tidak adanya hubungan faktor kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia) itu ditolak dan berlaku sebaliknya. Adapun nilai *Chi-Square Tabel* sebesar 3,841 mengindikasikan bahwa faktor kepatuhan minum obat berhubungan dengan tingkat kekambuhan juga disebutkan sebagai diterimanya H_a karena nilai *Chi-Square Hitung* > *Chi-Square Tabel* $25,000 > 3,841$ (Duwi Priyatno, 2016). Adapun besarnya nilai *Chi-Square Hitung* diketahui adalah sebesar 25,000. Hal ini menunjukkan bahwa besarnya nilai *Chi-Square Hitung* menandakan tingkat kekambuhan pasien rawat jalan pasien skizofrenia berhubungan dengan faktor kepatuhan minum obat pada pasien rawat jalan skizofrenia di Rumah Sakit HMC Malang.

Hasil penelitian ini didukung oleh teori Maharani (2007), yang mengatakan bahwa dengan melakukan pengobatan secara efektif dapat mengurangi terjadinya kekambuhan. Dalam teori yang disebutkan, jelaslah bahwa kepatuhan minum obat sangat berpengaruh dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia. Selain itu, Hawari (2003) juga menambahkan perilaku kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat lebih cenderung mengalami kekambuhan. Selain itu Stuart dan Laraia (2005) menambahkan bahwa, ketidakpatuhan minum obat memiliki onset kekambuhan yang tinggi dengan gejala positif yang menonjol atau parah. Hasil penelitian ini sesuai dengan *guidelines* yang diterapkan oleh APA (*American Psychiatric Association*) dalam *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia* yang menyebutkan bahwa contributor yang paling umum atas kekambuhan (*relapse*) pada pasien skizofrenia adalah ketidakpatuhan pasien dalam minum obat dan ketidakpatuhan kontrol.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian analisis hubungan kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan (*relapse*) di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Prevalensi kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang ini dibuktikan dengan hasil crosstabulation yang didapatkan persentase yang patuh minum obat sebanyak 15 responden (47%) dan persentase responden yang tidak patuh sebanyak 17 (53%).
2. Prevalensi kekambuhan pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang ini dibuktikan dengan hasil crosstabulation yang didapatkan persentase yang kambuh sebanyak 23 (71,87%) dan persentase responden yang tidak kambuh sebanyak 9 (28,12%).
3. Adanya hubungan antara kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan (*relapse*) pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji statistik person *chi square*, yang didapatkan nilai *Chi-Square Hitung* < *Chi-Square Tabel* ($25,000 < 3,841$) dan nilai signifikansi ($p > 0,05$) ($0,00 > 0,05$).

6.2 Saran

1. Bagi responden penting untuk patuh minum obat untuk mencegah dan meminimalisis tingkat kekambuhan.
2. Bagi keluarga juga untuk tetap memberi motivasi kepada pasien dengan mendampingi pasien saat kontrol.
3. Bagi rumah sakit untuk tetap lebih memberikan pembinaan terkait kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia saat melakukan kontrol. Bentuk pembinaannya dengan memberikan lemplet terkait pentingnya kepatuhan minum obat.
4. Bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian serupa dengan pengambilan data menggunakan teknik prospektif.



DAFTAR PUSTAKA

- Adianta I, K., I Made Sedana Putra. 2017. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia*. JRKN. Denpasar : Stikes Bali Vol 01 (01).
- Agus. 2001. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pasien Skizofrenia di RSJD Jakarta dan Sanatorium Dharmawangsa dalam Penelitian Jalur Pelayanan Kesehatan Pertama Kali dan Keterlambatan Kontak ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Agustini Christiawati, Bhisma Murti. 2012. Hubungan Cara Bayar, Jarak Tempat Tinggal, Dan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Berobat Rawat Jalan Pasien Skizofrenia Di RSJD Surakarta. [Tesis]. Surakarta: Program Studi Magister Manajemen Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Amri, Fahrul. 2012. Farmakologi Alprazolam Dalam Mengatasi Gangguan Panik. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. Vol. 12 : 3.
- Ananda Muhammad Naafi, Dyah Aryani Perwitasari, Endang Darmawan. 2016. Kepatuhan Minum Obat Pasien Rawat Jalan Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. *Kartika Jurnal Ilmiah Farmasi*. Vol 4 (2). Hal 7-17. Yogyakarta: Fakultas Farmasi Universitas Ahmad Dahlan.
- As-Syarqawi. 1979. *Nahwa Ilm an-Nafsi al-Islami*. Mesir. Al-Hai'ah Al-Misriyah.
- Aulia Nisa, Victoria Yulita Fitriani, Arsyik Ibrahim. 2014. Karakteristik Pasien Dan Pengobatan Penderita Skizofrenia Di RSJD ATMA Husada Makaham Samarinda. *Jurnal Trop Pharm Chem*. Vol 2 (5).
- Arum, W. 2011. *Psikologi Kesehatan*. Yogyakarta: Galangpress.
- Baiq Septi Sandriani, Mamnuah. 2014. Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Grhasie DIY. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes 'Aisyiyah.
- Bart, S. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT. Gramedia Widiasarna Indonesia.

- Benhard, R.S. 2007. *Skizofrenia dan Diagnosis Banding*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Bintang Malam Gemilang, Cokorda Bagus Jaya Lesmana, Luh Nyoman Alit Aryani. 2017. Karakteristik Pasien Relapse Pada Pasien Skizofrenia dan Faktor Pencetusnya Di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Provinsi Bali. *E-Journal Medika*. Vol. 6 (10). Hal 61-65. Bali: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Bledermann and Fleischhacker, W., Oleh M.A & Hummer, M. 2011. Factors Influencing Compliance in Schizophrenia Patients. *Journal Clin Psychiatry*. 64 (16).
- Brunner and Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8 Volume 2. Jakarta: EGC.
- Chowdhury, Z.S., Morshed, M.M., Shahriar, M., et al. 2016. The Effect of Chronic Alprazolam Intake on Memory, Attention, and Pshychomotor Performance in Healthy Human Male Volunteers, Behavioural Neurology. <http://BN2016-3730940.pdf>. Diakses pada tanggal 29 Juli 2018.
- Crismon, M.L., Argo, T.R., Buckley, P.F., 2008. Schizophrenia, in Dipiro : *Pharmachoterapy a Pathophysiological Approach, 7th ed*. McGraw Hill. New York.
- Davison dan Neale. 2006. *Psikologi Abnormal*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Departemen Kesehatan RI. *Riset Kesehatan Dasar*. 2008. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dipiro, J, T., Talbert, R.L., Yes, G. C., Matzke, G, R., Wells, B, G., Posey, L, M,. 2005. *Phar,acotherapy : A Pathophysiological Approach Sixth Edition*. The McGraw-Hill. New York.
- Durand dan Barlow. 2007. *Essentials of Abnormal Psychology*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. 2013. The Nature of Relaps in Skizofrenia. *BMC Psychiatry*. (13 : 50).
- Ensan Galuh Pertiwi. 2012. Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. *[Skripsi]*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Fadli dan Mitra. 2013. “Pengetahuan dan Ekspresi Emosi Keluarga serta Frekuensi Kekambuhan Penderita Skizofrenia”. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. Vol 7, Nomor 10: 466-471.

- Fina Aryani & Oelan Sari. 2016. Gambaran Pola Penggunaan Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*. Vol 6 (1).
- HR. Al-Bukhari. Kitab Hadist Khutsiyah.
- Hariyanto Ih, Rizka A, Putri, Eka K. Untari. 2016. Perbedaan Jenis Terapi Antipsikotik Terhadap Lama Rawat Inap Pasien Skizofrenia Fase Akut di RSJD Sungai Bangkong Pontianak. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*. Vol 5 (2).
- Hariyani, Fitriana Yuliasuti, Tiara Mega Kusuma. 2016. Pola Pengobatan Pasien Schizophrenia Program Rujuk Balik Di Puskesmas Mungkid Periode Januari – Juni 2014. *Jurnal Pharmacia*. Vol 6 (1). 63 – 70.
- Hawari dan Dadang. 2001. *Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hawari, D. 2003. *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Sjizofrenia*. Edisi 3. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Hafner, M., Loffler, W., Fatkenheuer, B., Der Heiden, W., Reicher, R A., Behrens, S., Gattaz, WF,. 1994. *The Epidemiology Of Early Schizophrenia : Influence Of Age And Gender On Onset Early Course*. *Br J Psychiatry Supp*. 164 (Suppl 23):29-38.
- Hoffman, H. 1994. Age and Other Factors Relevant to the Rehospitalization of Schizophrenic Outpatients. *Acta Pshyciatrica Scandinavica*. 89 (3) : 205 – 10.
- Igram, Timbury dan Mowbray. 1993. *Catatan Kuliah Psikiatri*. Edisi IV. Terjemahan oleh Andrianto, P. Jakarta: EGC.
- Ike Desy Ratnasari. 2018. Analisis Drug Related Problems Penggunaan Antipsikotik Pada Penderita Schizophrenia Dewasa Di Rumah Sakit Jiwa X Surabaya. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya*. Vol 7 (1).
- Ira Erwina, Dewi Eka Putri, Bunga Permata Wenny. 2015. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Di RSJ Prof. Dr. HB Saanin Padang. *Ners Jurnal Keperawatan*. Vol 11 (1). Hal 72-78. Padang : Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.
- Ireine Kaunang, Esrom Kanine, dan Vanri Kallo. 2015. Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Prevalensi Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Yang Berobat Jalan Di Ruang Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Prof. Dr. V. L Ratumbusang Manado.

Ejournal Keperawatan. Vol. 2 (2): Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi.

Irwan. 2010. *Skizofrenia*. PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.

Jarut YM, Fatimawali, Wiyono WI. Tinjauan Penggunaan Antipsikotik Pada Pengobatan Skizofrenia Di Rumah Sakit Prof. Dr. V.I Ratumbuang Manado Periode Januari 2013 – Maret 2013. *Jurnal Ilmiah Farmasi*. 2 (3) : 54-7.

Kaplan. Sadock dan Grebb. 1994. *Synopsis of Psychiatri*. Edisi 7. Jakarta: Binarupa Aksara.

Kartono dan Kartini. 2002. *Psikologi Umum*. Bandung: Sinar Baru Algies Indonesia.

Keliat, B.A. dan Akemat. 2009. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.

Leff, J., & Vaughn, C. 1985. dalam M.A. Subandi. 2014. Interaksi Dinamis Penderita Gangguan Psikotik Dengan Keluarga. *Jurnal Buletin Psikologi*. Vol 22 (2). Halaman 87-93. Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.

Lieberman, J. A., Stroup, T. S., & Perkins, D. O., (Editor). 2006. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia*. USA : American Pshyciatric Publishing, Inc.

Maharani, S,. 2007. *Rahasia Sehat : Pengetahuan Praktis Hidup Sehat Untuk Orang Cerdas*. Katahati : Jogjakarta.

Maslim, R,. 2001. *Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta: PT. Nuh Jaya.

Maslim. 2014. *Penggunaan Klinis Obat Psikotropik (Psychotropic Medication)*. Edisi Ketiga. Jakarta.

Maramis, W. F. 2010. *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 9. Surabaya : Airlangga University Press.

Mawar Dwi Yulianty, Noor Cahaya, & Valentina Meta Srikartika. 2017. Studi Penggunaan Antipsikotik dan Efek Samping Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit

- Jiwa Sambang Lihum Klimantan Selatan. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*. 3 (3). 153 – 164.
- Melike Christiani, Sudarso, & Didik Setiawan. 2010. Keamanan Obat Antipsikotik Bagi Penderita Skizofrenia Di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas Tahun 2009. *Jurnal Pharmacy*. Vol 07 (01).
- Moller, M. D. 2005. Neurobiological Responses and Schizophrenia and Psychotic Disorders. In G. W. Stuart & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th Edition. Philadelphia, PA : Elsevier Mosby.
- M. Sandy Fitra, Arif Widodo A.Kep., M.Kes, dan Endang Zulaicha S, S.Kp. 2013. *Hubungan Antara Faktor Kepatuhan Mengonsumsi Obat, Dukungan Keluarga Dan Lingkungan Masyarakat Dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di RSJD Surakarta*. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Najati, Muhammad Usman. 2004. *Psikologi Dalam Perspektif Hadist*. (Alih Bahasa: Zaenudin Bakar). Jakarta: Pustaka Al-Husna Baru.
- Niven, N. 2002. *Psikologi Kesehatan : Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain*. Edisi 2. Jakarta : EGC.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novitayani, S. 2016. Karakteristik Pasien Skizofrenia Dengan Riwayat Rehospitalisasi. *Idea Nursing Journal*. Vol 7 (2). Aceh: Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh.
- Osterberg, L., Blaschke, T., 2005. Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*. 6 (2) : 487-495.
- Priyatno, Duwi. 2016. *Belajar Alat Analisis Data Dan Cara Pengolahannya Dengan SPSS Praktis dan Mudah Dipahami untuk Tingkat Pemula dan Menengah*. Yogyakarta: Gava Medi
- Pratt S. I., 2006. Medication Nonadherence in Older People with Serious Mental illness; Prevalence and Correlates. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; Spring; 29. 4. P. 299-309.
- Purnamasari, N., Tololiu T, Pangemanan Damajanty H. C. Pangemanan. 2013. Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Di Poliklinik Rumah Sakit Prof. V.L. Ratumbuang Manado. <http://ejournal.unsrat.ac.id>. Diakses pada tanggal 22 November 2018.

- Rahmayanti D. 2008. *Hubungan Antara Tingkat Perawatan Jiwa Di Rumah Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia di RSJ Surakarta.*
- Rizka Annur Putri. 2015. Pengaruh Perbedaan Jenis Terapi Antipsikotik Terhadap Lama Rawat Inap Pasien Skizofrenia Fase Akut di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Periode Januari – Desember 2014. [Skripsi]. Universitas Tanjung Pura : Pontianak.
- Ruspawan dkk., 2011. *Hubungan Peran Keluarga Dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia Di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Propinsi Bali.*
- Ronald. 2016. Kepatuhan Konsumsi Obat, Pengetahuan Dan Dukungan Keluarga Terhadap Frekuensi Kekambuhan Penderita Skizofrenia Di Desa Sriharjo, Imogiri, Bantul. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol. 9 (1).
- Sadock, dan Kaplan [Muttaqin H, dan Sihombing RNE]. 2010. *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Edisi 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Seeman, M. 2009. *The Changing Role of Mother of the Mentally III: From Schizophrenogenic Mother to Multigenerational Caregiver*. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 72(3), 284-294.
- Siswanto. 2007. *Kesehatan Mental; Konsep Cakupan dan Perkembangannya*. Yogyakarta: C.V. Andi Offset.
- Sinaga. 2007. *Skizofrenia dan Diagnosis Banding*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Siti Zahnia, Dyah Wulan Sumekar. 2016. *Kajian Epidemiologis Skizofrenia*. Universitas Lampung : Majority. Vol 5 (4).
- Stuart, Laraia. 2005. *Princhiiple & Paractice of Pshyciatric Nursing*. St. Louis : Mosby Year Book.
- Surya Mulya Fadli, Mitra. 2013. Pengetahuan dan Ekspresi Emosi Keluarga serta Frekuensi Kekambuhan Penderita Skizofrenia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. Vol 7 Nomor:10. 5 Halaman.
- Sunandar, Ratna Dewi, Carla R Marchira. 2008. *Riwayat Gangguan Jiwa Pada Keluarga Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Si RSUP DR Sardjito Yogyakarta*. *Yogyakarta : Berita Kedokteran Masyarakat*. Vol 25 (4).
- Slovin dan Robert. 1994. *Educational Psychology*. Massachuset: Paramount Publishing.

- Syarif A, Estuningtyas A, Setiawati A, Muchtar A, Arif A, Bahry B, et al. 2007. *Farmakologi dan Terapi*. Jakarta: Departemen Farmakologi dan Terapeutik. FKUI.
- Tafsir Ash-Shiddieqy. 2000. Penafsiran M. Hasbi Ash-Shiddieqy. *Terhadap Ayat-Ayat Hukum Dalam Tafsir An-Nur*. Mazahib.
- Tambayong, J. 2002. *Farmakologi Untuk Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Widya Medika.
- Takeuchi, H., Suzuki, T., Uchida, H., Watanabe, K., & Mimura, M. 2012. *Antipsikotik Treatment for Schizophrenia in the Maintance Phase : a Systematic Review of The Guidelines and Algorithms*. *SchizophrRes*, 134, 219 – 225.
- Wahyu Winanti, Dewi Utari, Puji Sutarjo. 2016. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY. [*Skripsi*]. Yogyakarta: Stikes Jenderal Achmad Yani.
- Wardani. 2009. *Riset Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- WHO. 2011. The World Health Report. 2011. *Menthal Health*. Health. New Understanding New Hope.
- WHO. 2008. Investing in Mental Mental Health. *Int. Mental Health*. 15 April 2015.
- Wardani. 2009. *Riset Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Wulansih, S., Arif Widodo. 2008. *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di RSJD Surakarta*. Surakarta : Berita Ilmu Keperawatan. Vol 1 (4).
- Yakita. 2003. dalam Sri Wulansih dan Ari Widodo. 2008. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di RSJD Surakarta. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*. Vol 1 (4). Halaman 181-186. Fakultas Ilmu Kesehatan Surakarta.
- Yogenoglu, S., Wertheimer, A, L., & Dubin,. W. R. 2003. Demographical Factors Affecting Patient Compliance (Adherence) to Medications in an Outpatient Psychiatric Clinic : A Preliminary Study. *FABAD Journal of Pharmaceutical Science*. 28 (77 – 84).
- Yunus Taufik, Mamnu'ah. 2014. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY*. Yogyakarta: Stikes 'Aisyiyah.

Yoga, L.S. 2011. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat di Poliklinik RSJD Sumatra Utara*. Medan : Universitas Sumatra Utara.

Yosep, I. 2011. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT. Refika Aditama.

Zakiah Darajat. 1990. *Kesehatan Mental*. Jakarta: C.V. Mas Agung. Hal 15-16.



LAMPIRAN



Lampiran 1. Ethical Clearance

	FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN Gedung Klinik UMMI It 2 Jalan Gajayana No. 50, Dinoyo, Kec Lowokwaru, Kota Malang E-mail: kepk.fkik@uin-malang.ac.id Website : http://www.kepk.fkik.uin-malang.ac.id
	KETERANGAN KELAIKAN ETIK (ETHICAL CLEARANCE) No. 017/EC/KEPK-FKIK/2018

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU-ILMU KESEHATAN UIN MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG TELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN :

Judul Analisis Hubungan Faktor Kepatuhan Minum Obat Dengan Tingkat Kekambuhan (*Relapse*) Pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang

Sub Judul Analisis Hubungan Faktor Kepatuhan Minum Obat Dengan Tingkat Kekambuhan (*Relapse*) Pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang

Peneliti Melda Dwi Lestari

Unit / Lembaga Program Studi farmasi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Maulana Malik Ibrahim Malang

Tempat Penelitian Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang Jl. Raya Sengkaling Kota Malang No. 245 Jawa Timur

DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN TERSEBUT TELAH MEMENUHI SYARAT ATAU LAIK ETIK.

Mengetahui,
Dekan FKIK UIN Maulana Malik Ibrahim Malang

Malang, 16 AUG 2018
Ketua

Prof. Dr.dr. Bambang Pardjianto, SpB, SpBP-RE(K)
NIP. 20161201 1 515

dr. Avin Ainur F, MBIomed
NIP. 19800203 200912 2 002

Keterangan :

- Keterangan Laik Etik Ini berlaku 1 (satu) tahun sejak tanggal dikeluarkan.
- Pada akhir penelitian, laporan Pelaksanaan Penelitian harus diserahkan kepada KEPK-FKIK dalam bentuk *soft copy*.
- Apabila ada perubahan protokol dan/atau Perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan Kajian Etik Penelitian (Amandemen Protokol).

Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

**KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN**

Jl. Ir. Soekarno No. 34 Dadaprejo Batu, Telepon (0341) 577033 Faksimile (0341) 577033
Website: <http://fkiik.uin-malang.ac.id> E-mail: fkiik@uin-malang.ac.id

Nomor : 645 /FKIK.1/TL.00/05/2018 15 Maret 2018
Sifat : Penting
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Yth.dr. Iwan Sys, Sp KJ
Jl. Raya Sengkaling Kota Malang, no. 245
Jawa Timur

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Dengan hormat, sehubungan dengan penelitian mahasiswa kami atas nama:

No	Nama	NIM	Dosen Pembimbing
1	Melda Dwi Lestari	14670008	Abd. Hakim, M.Farm, M.PI, Apt
Judul Penelitian :			
Analisis Hubungan Faktor Kepatuhan Minum Obat Dengan Tingkat Kekambuhan (Relapse) Pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia Di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang			

Dengan ini kami mohon kepada Bapak / Ibu dr. Iwan Sys, Sp KJ berkenan memberikan izin pada Mahasiswa tersebut untuk dapat melakukan Penelitian di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang terhitung mulai Tanggal 26 Maret – 26 April 2018.

Demikian Permohonan ini, atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

a.n Dekan
Wakil Dekan Bidang Akademik

Achdiat Agoes



Lampiran 3. Lembar Revisi



**KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
JURUSAN FARMASI**

Jl. Ir. Soekarno No.34 Dadaprejo Batu, Telepon (0341) 577033 Faksimile (0341) 577033
Website: <http://fkiik.uin-malang.ac.id>. E-mail: fkiik@uin-malang.ac.id

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN (REVISI) UJIAN SKRIPSI

Naskah ujian skripsi yang disusun oleh:

Nama : Melda Dwi Lestari
NIM : 14670008
Judul : Analisis Hubungan Faktor Kepatuhan Minum Obat Dengan Tingkat Kekambuhan (*Relapse*) Pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan Di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang Periode 2016 Dan 2017
Tanggal Ujian Skripsi : 04 Januari 2019

Telah dilakukan perbaikan sesuai dengan saran tim pembimbing dan tim penguji serta diperkenankan untuk melanjutkan ke tahap Yudisium.

No	Nama Dosen	Tanggal Revisi	Tanda Tangan
1.	Hajar Sugihantoro, M.P.H., Apt		
2.	Dr. Roihatul Muti'ah, M. Kes., Apt		
3.	Siti Maimunah, M.Farm., Apt		
4.	Abdul Hakim, M.Farm., M.PI., Apt		

Catatan :

1. Batas waktu maksimum melakukan revisi 2 Minggu. Jika tidak selesai, mahasiswa TIDAK dapat mendaftarkan diri untuk mengikuti Yudisium
2. Lembar revisi dilampirkan dalam naskah skripsi yang telah dijilid, dan dikumpulkan di Bagian Administrasi Jurusan Farmasi selanjutnya mahasiswa berhak menerima Bukti Lulus Ujian Skripsi.



Malang,
Mengetahui,
Ketua Jurusan Farmasi

Dr. Roihatul Muti'ah, M. Kes., Apt
NIP. 19800203 200912 2003



Certificate No: ID08/1219

Kedalaman Spiritual, Keagungan Akhlaq, Keluasan Ilmu dan Kematangan Profesional

Lampiran 4. Jumlah Frekuensi Resep Penggunaan Obat Antipsikotik Pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Hayunanto Medical Center Malang Periode 2016 dan 2017

<i>Kategori Antipsikotik</i>	<i>Obat</i>	<i>Frekuensi Pemakaian (N =577)</i>	<i>Persentase (%)</i>
<i>Tunggal</i>			
APG-1	-	-	-
APG-2	Alprazolam	12	2,07
	Antikonvulsan	14	2,42
	Aripiprazole	6	1,03
	Clozapin	8	1,38
	Diazepam	7	1,21
	Risperidon	75	12,99
<i>Kombinasi</i>			
APG-1 – APG-1	-	-	-
APG-2 – APG-2	Alprazolam-Clozapin	15	2,59
	Alprazolam-Fluoxetine	6	1,03
	Alprazolam-Risperidon	139	24,09
	Clozapine-Fluoxetine	1	0,17
	Fluoxetine-Risperidon	12	2,07
	Alprazolam-Clozapin-Fluoxetine	2	0,34
	Alprazolam-Clozapin-Risperidon	18	3,11
	Alprazolam-Fluoxetine-Risperidon	19	3,29

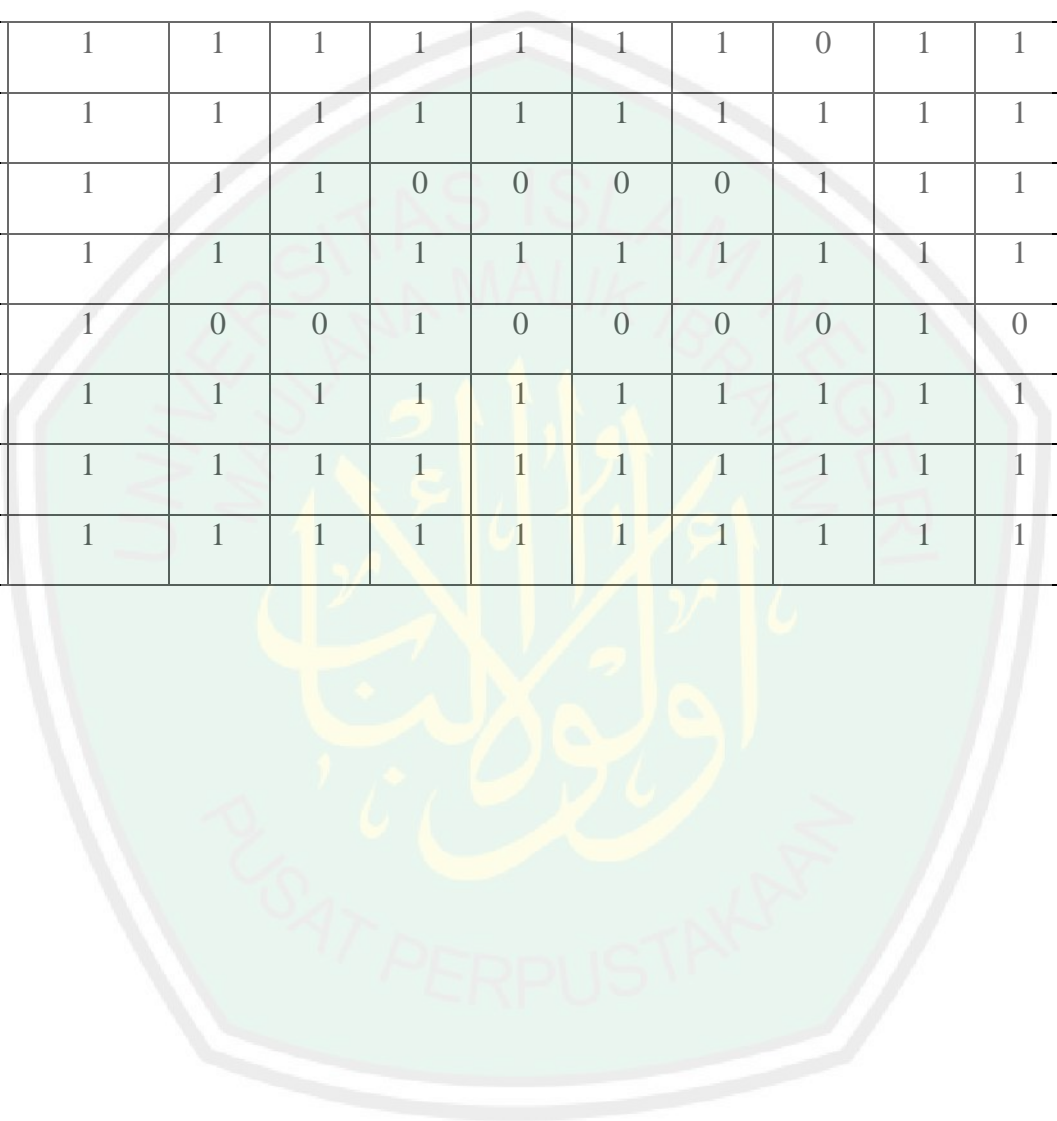
APG-1 – APG-2	Clozapine-Trifluoperazin	4	0,69
	Clozapine-Haloperidol	7	1,21
	Haloperidol-Risperidon	20	3,46
	Alprazolam-Clozapin-Trifluoperazin	5	0,86
	Alprazolam-Trifluoperazine-Risperidon	82	14,21
	Alprazolam-Fluoxetine-Trifluoperazine	5	0,86
	Alprazolam-Clozapin-Haloperidol	10	1,73
	Alprazolam- Haloperidol-Risperidon	49	8,49
	Alprazolam- Clozapine-Fluoxetine-Haloperidol	21	3,63
	Alprazolam-Fluoxetine-Trifluoperazine-Risperidon	40	6,93
Jumlah		577	100%



Lampiran 5. Lembar Kepatuhan Minum Obat Responden

No. Responden	Tahun 2016												Keterangan
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
01	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Tidak Patuh
03	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
05	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	Tidak Patuh
07	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
08	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	Tidak Patuh
09	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
12	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	Tidak Patuh
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Tidak Patuh
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
18	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	Tidak Patuh

19	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	Tidak Patuh
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
22	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	Tidak Patuh
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
25	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	Tidak Patuh
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	Tidak Patuh



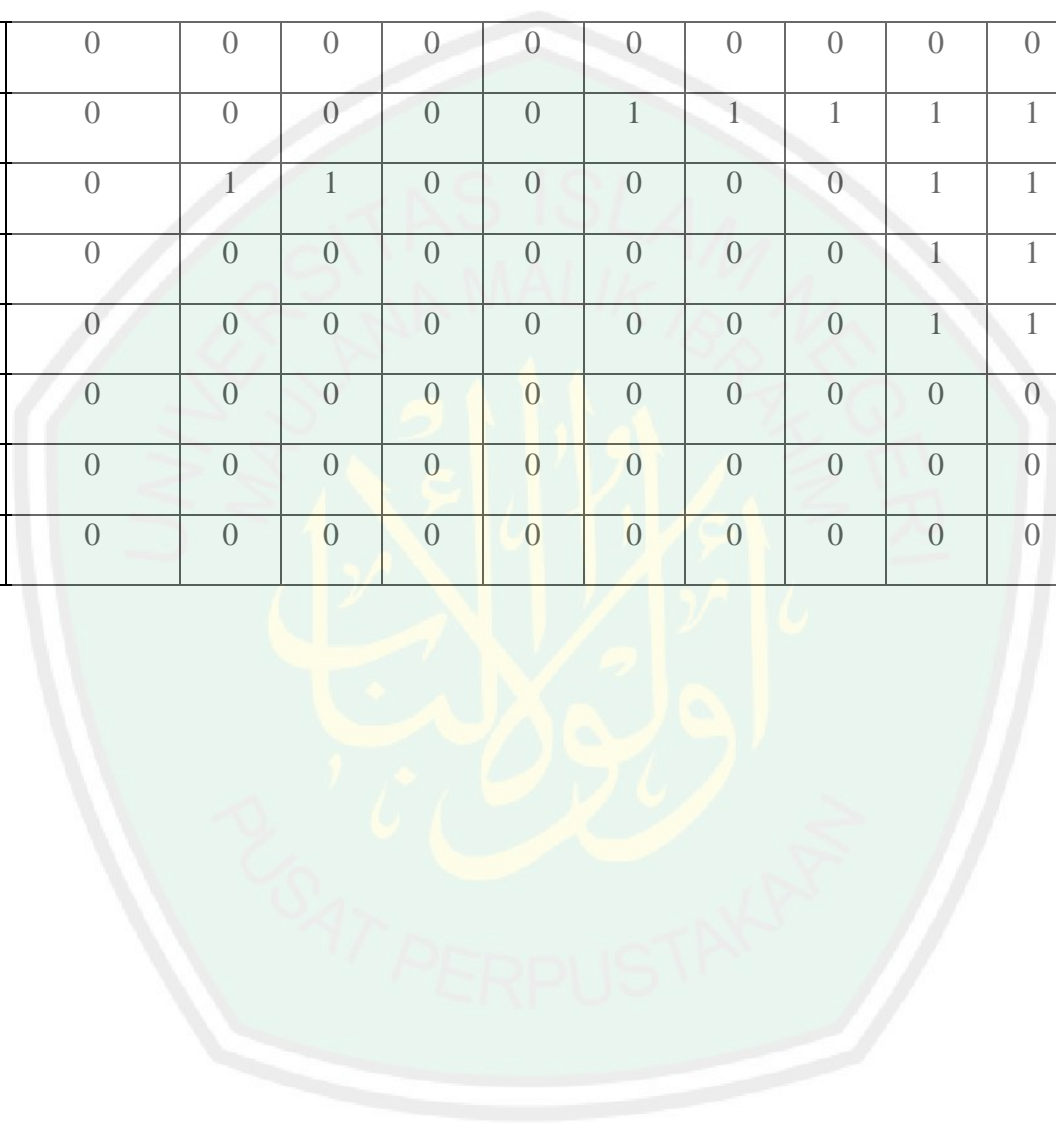
No. Responden	Tahun 2017												Keterangan
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
01	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Tidak Patuh
02	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	Tidak Patuh
03	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
04	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
05	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	Tidak Patuh
06	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	Tidak Patuh
08	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	Tidak Patuh
11	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	Tidak Patuh
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Tidak Patuh
13	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	Tidak Patuh
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
16	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	Tidak Patuh
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh

19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Tidak Patuh
20	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	Tidak Patuh
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
22	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Tidak Patuh
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Tidak Patuh
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Patuh
30	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	Tidak Patuh
31	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	Tidak Patuh

Lampiran 6. Lembar Kekambuhan Responden

No. Responden	Tahun 2016												Keterangan	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Kambuh
03	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	Tidak Kambuh
05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
07	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	Kambuh
08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	Kambuh
09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	Kambuh
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tidak Kambuh
12	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	Kambuh
13	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	Kambuh
15	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	Kambuh
17	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	Kambuh
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	Kambuh

19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Kambuh
21	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	Kambuh
22	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	Kambuh
23	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	Kambuh
25	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	Kambuh
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tidak Kambuh
32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	Kambuh



No. Responden	Tahun 2017												Keterangan
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
01	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tidak Kambuh
03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tidak Kambuh
04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tidak Kambuh
05	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	Kambuh
06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tidak Kambuh
08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tidak Kambuh
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
13	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tidak Kambuh
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tidak Kambuh
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh

19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	Kambuh
20	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	Kambuh
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
22	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Kambuh
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Tidak Kambuh
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	Kambuh
27	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
28	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
30	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	Kambuh
31	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	Kambuh

Lampiran 7. Lembar Rekapitulasi Pengumpul Data Penelitian

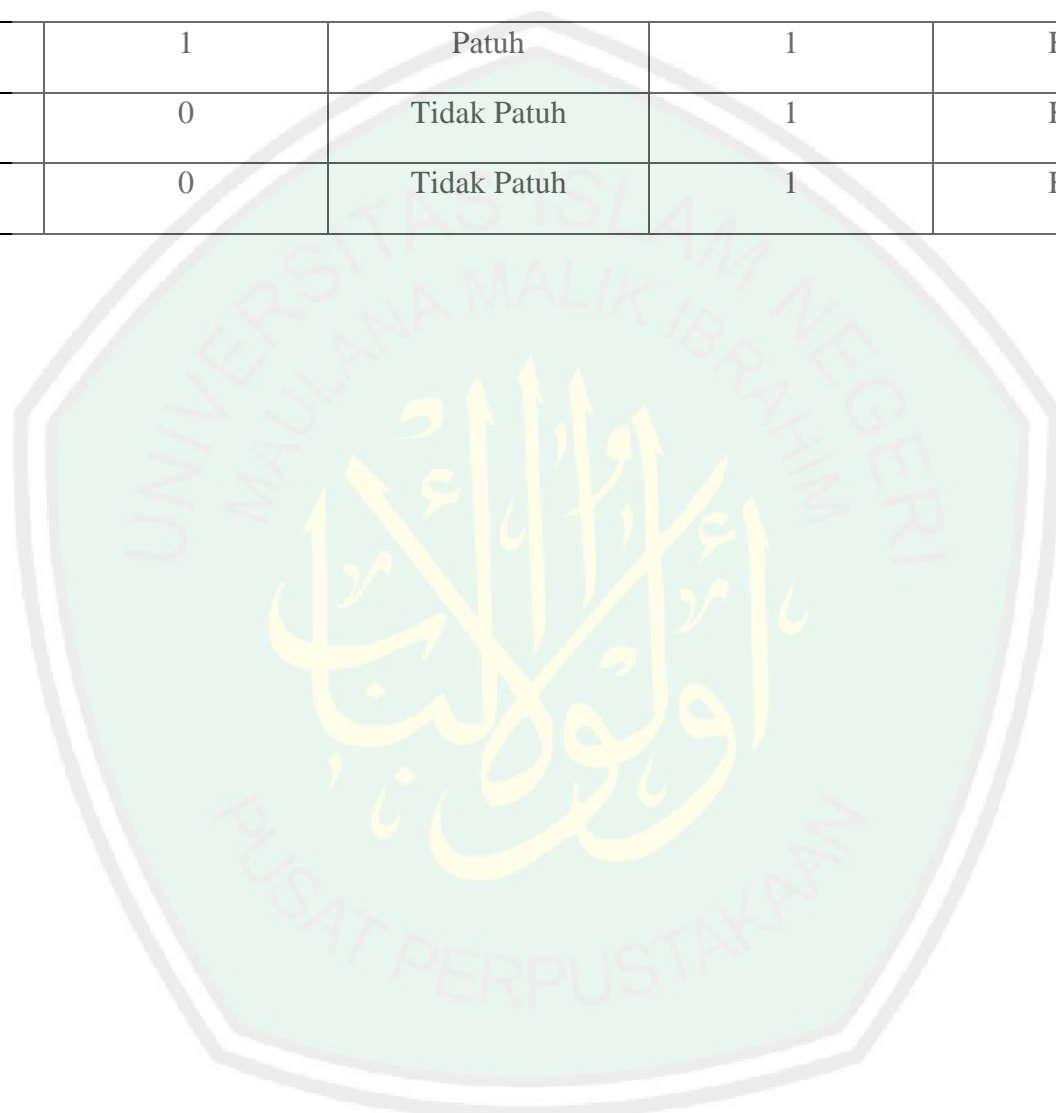
ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR KEPATUHAN MINUM OBAT DENGAN TINGKAT KEKAMBUHAN (*RELAPSE*) PADA PASIEN SKIZOFRENIA RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT HAYUNANTO MEDICAL CENTER MALANG

No.	No Responden	Kepatuhan	Keterangan	Kekambuhan	Keterangan
1.	01	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
2.	03	1	Patuh	1	Kambuh
3.	05	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
4.	07	1	Patuh	1	Kambuh
5.	08	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
6.	09	1	Patuh	1	Kambuh
7.	10	1	Patuh	0	Tidak Kambuh
8.	12	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
9.	13	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
10.	15	1	Patuh	1	Kambuh
11.	17	1	Patuh	1	Kambuh

12.	18	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
13.	19	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
14.	21	1	Patuh	1	Kambuh
15.	22	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
16.	23	1	Patuh	1	Kambuh
17.	25	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
18.	26	1	Patuh	1	Kambuh
19.	29	1	Patuh	0	Tidak Kambuh
20.	32	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
21.	01	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
22.	02	0	Tidak Patuh	0	Tidak Kambuh
23.	03	1	Patuh	1	Kambuh
24.	04	1	Patuh	0	Tidak Kambuh
25.	05	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
26.	06	0	Tidak Patuh	0	Tidak Kambuh
27.	08	0	Tidak Patuh	1	Kambuh

28.	11	0	Tidak Patuh	0	Tidak Kambuh
29.	12	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
30.	13	0	Tidak Patuh	0	Tidak Kambuh
31.	14	1	Patuh	0	Tidak Kambuh
32.	15	1	Patuh	1	Kambuh
33.	16	0	Tidak Patuh	0	Tidak Kambuh
34.	17	1	Patuh	1	Kambuh
35.	19	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
36.	20	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
37.	21	1	Patuh	1	Kambuh
38.	22	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
39.	23	1	Patuh	1	Kambuh
40.	24	1	Patuh	0	Tidak Kambuh
41.	25	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
42.	26	1	Patuh	1	Kambuh
43.	27	1	Patuh	1	Kambuh

44.	28	1	Patuh	1	Kambuh
45.	30	0	Tidak Patuh	1	Kambuh
46.	31	0	Tidak Patuh	1	Kambuh



Lampiran 8. Hasil Penelitian Uji Person *Chi-Square*

Tabel 5.1 Hasil Ringkasan Pemrosesan Data

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	Kepatuhan * Kekambuhan	32	100.0%	0	0.0%	32

Tabel 5.2 Hasil Tabulasi Silang Antara Variabel Kepatuhan Minum Obat dengan Tingkat Kekambuhan

Kepatuhan * Kekambuhan Crosstabulation

Count		Kekambuhan		
		Tidak Kambuh	Kambuh	Total
Kepatuhan	Tidak Patuh	4	13	17
	Patuh	5	10	15
Total		9	23	32

Tabel 5.3 Hasil Uji *Chi-Square*

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	25.000 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	28.125	1	.000		
Likelihood Ratio	44.361	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	31.000	1	.000		
N of Valid Cases	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 9. Hasil Perhitungan Nilai *Chi-Square* Tabel

Derajat Bebas	Tingkat Signifikansi (0,05)
1	3,841458821
2	5,991464547
3	7,814727903
4	9,487729037
5	11,07049769
6	12,59158724
7	14,06714045
8	15,50731306
9	16,9189776
10	18,30703805