

KARYA TULIS ILMIAH

**EVALUASI KEPATUHAN MINUM OBAT ANTI PSIKOTIK
ORAL PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK
RS JIWA PROF. DR. M. ILDREM
MEDAN**



**INCAR SEMBIRING
NIM: P07539019204**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
JURUSAN FARMASI
2020**

KARYA TULIS ILMIAH

**EVALUASI KEPATUHAN MINUM OBAT ANTI PSIKOTIK
ORAL PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK
RS JIWA PROF. DR. M. ILDREM
MEDAN**

Sebagai Syarat Menyelesaikan Pendidikan Program Studi
Diploma III Farmasi



**INCAR SEMBIRING
NIM: P07539019204**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
JURUSAN FARMASI
2020**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : EVALUASI KEPATUHAN MINUM OBAT ANTI PSIKOTIK
ORAL PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK RS
JIWA PROF. DR. M. ILDREM MEDAN**

NAMA : INCAR SEMBIRING

NIM : P07539019204

Telah Diterima dan Disetujui Untuk Diseminarkan Dihadapan Penguji

Medan, Juli 2020

**Menyetujui,
Pembimbing**

**Rini Andarwati, SKM, M.Kes
NIP. 197012131997032001**

**Ketua Jurusan Farmasi
Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan**

**Dra. Masniah, M.Kes, Apt
NIP. 196204281995032001**

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : EVALUASI KEPATUHAN MINUM OBAT ANTI PSIKOTIK
ORAL PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK RS
JIWA PROF. DR. M. ILDREM MEDAN**

NAMA : INCAR SEMBIRING

NIM : P07539019204

**Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Di Uji Pada Sidang Ujian Akhir Program
Jurusan Farmasi Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan
2020**

Penguji I

Penguji II

Nurul Hidayah, M.Si
NIP. 198910162018012001

Masrah, S.Pd, M.Kes
NIP. 197008311992032002

Ketua Penguji

Rini Andarwati, SKM, M.Kes
NIP.197012131997032001

Ketua Jurusan Farmasi
Politeknik Kesehatan Kemenkes medan

Dra. Masniah, M. Kes, Apt
NIP. 196204281995032001

SURAT PERNYATAAN

EVALUASI KEPATUHAN MINUM OBAT ANTI PSIKOTIK ORAL PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK RS JIWA PROF. DR. M. ILDREM MEDAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk disuatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacukan dalam naskah ini.

Medan, Juli 2020

**Incar Sembiring
P07539019204**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
JURUSAN FARMASI
KTI, JUNI 2020

Incar Sembiring

Evaluasi Kepatuhan Minum Obat Antipsikotik Oral Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik RS. Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan

ix + 31 halaman + 1 gambar + 5 tabel + 5 lampiran

ABSTRAK

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas, efek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari. Pasien yang menghentikan pengobatan antipsikotik tersebut memiliki peluang 5 kali lebih besar untuk kambuh. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui tingkat kepatuhan minum obat antipsikotik oral pada pasien skizofrenia di Poliklinik RS. Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan

Jenis penelitian yang digunakan adalah survey deskriptif, yaitu data yang diperoleh dari pengisian kuesioner, wawancara pasien dan data sekunder yang diperoleh dari rekam medis pasien, dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapat: Evaluasi kepatuhan minum obat anti psikotik oral pada pasien skizofrenia di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan mayoritas responden berusia 36-50 tahun sebanyak 17 orang (65,6%) dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 19 orang (63,3%).

Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa responden yang patuh minum obat anti psikotik oral sebanyak 27 orang (90,0%) dan responden yang tidak patuh minum obat anti psikotik oral adalah sebanyak 3 orang (10,0%).

Kata Kunci : Kepatuhan, Antipsikotik Oral, Skizofrenia, RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan

Daftar Bacaan: 24 (2012 – 2018)

HEALTH POLYTECHNIC OF HEALTH MINISTRY OF MEDAN
DEPARTMENT OF PHARMACY
SCIENTIFIC PAPER, JUNI 2020

Incar Sembiring

Evaluation of Compliance in Taking Oral Antipsychotic Medication in Schizophrenia Patients in Polyclinic Hospital. The Soul of Prof. Dr. M. Ildrem Medan

Ix + 31 pages + 1 picture + 5 tables + 4 appendixes

ABSTRACT

Schizophrenia is a severe mental disorder that is characterized by a decrease or inability to communicate, disruption of reality, unnatural or blunt effects, cognitive impairment and having difficulty doing daily activities. Patients who stop antipsychotic treatment have a 5 times greater chance of relapse. This study was conducted to determine the level of adherence to take oral antipsychotic drugs in schizophrenic patients at the Polyclinic Hospital. The Soul of Prof. Dr. M. Ildrem Medan

This type of research is a descriptive survey, the data obtained from questionnaires, patient interviews and secondary data obtained from patient medical records, the number of sampel is 30 people.

From the results of the research that has been carried out obtained: Evaluation of adherence to take oral anti-psychotic medication in schizophrenic patients at the Polyclinic of Prof. Mental Hospital Dr. M. Ildrem Medan the majority of respondents aged 36-50 years were 17 people (65.6%) with male sex as many as 19 people (63.3%).

Based on this study it can be concluded that 27 respondents (90.0%) compliant respondents took oral anti-psychotic drugs and 3 non-adherent respondents took oral drugs (10.0%).

Keywords : Compliance, Oral Antipsychotics, Schizophrenia, RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan

The reading list : 24 (2012 - 2018)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dan menyusun Karya Tulis Ilmiah Yang berjudul "Evaluasi Kepatuhan Minum Obat Antipsikotik Oral Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan."

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Jurusan farmasi Poltekkes Kemenkes Medan. Dalam penyusunan dan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis mendapat banyak bimbingan, saran dan bantuan serta doa dari berbagai pihak oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Dra. Ida Nurhayati, M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Medan
2. Ibu Dra. Masniah, M.Kes, Apt. Selaku Ketua Jurusan Farmasi Poltekkes Kemenkes Medan
3. Ibu Rini Andarwati, SKM, M.Kes, selaku pembimbing akademik yang membimbing penulis selama menjadi mahasiswa di Jurusan Farmasi Poltekkes Kemenkes Medan
4. Ibu Nurul Hidayah, M.Si dan Ibu Masrah, S.Pd, M.Kes, selaku Penguji I dan II KTI yang memberikan masukan dan dukungan kepada saya
5. Seluruh Dosen dan Staff di jurusan Farmasi Poltekkes Kemenkes Medan
6. Teristimewa kepada keluarga penulis yang sangat disayangi dan dicintai, atas doa, dukungan materi dan kasih sayang yang tidak ada hentinya selama perkuliahan sampai pada penyelesaian studi penulis
7. Seluruh mahasiswa/i RPL jurusan Farmasi Poltekkes Kemenkes Medan. Dan kepada seluruh pihak yang membantu penyusunan Karya Tulis Ilmiah namun tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Penulis mengucapkan terimakasih.

Oleh karena itu, penulis menerima segala saran dan kritik yang bersifat membangun dari setiap pembaca demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa melimpahkan rahmat-Nya dan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua

Medan, Juni 2020
Penulis

Incar Sembiring
NIM P0759019204

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
SURAT PERNYATAAN	
ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR LAMPIRAN	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I. Pendahuluan	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	3
1.4. Manfaat Penelitian	3
BAB II. Tinjauan Pustaka	5
2.1. Skizofrenia.....	5
2.1.1. Definisi Skizofrenia	5
2.1.2. Etiologi	5
2.1.3. Gejala	7
2.1.4. Patologis.....	8
2.1.5. Klasifikasi.....	9
2.1.6. Manifestasi Klinis	10
2.1.7. Tatalaksana Terapi	11
2.2. Obat Antipsikotik.....	13
2.2.1. Definisi	13
2.2.2. Penggolongan.....	13
2.2.3. Kegunaan	14
2.2.4. Mekanisme Kerja	14
2.2.5. Efek Samping	18

2.3. Kepatuhan	19
2.3.1. Definisi.....	19
2.3.2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan ..	19
2.3.3. Metode Meningkatkan Kepatuhan.....	20
2.4. Kerangka Konsep	21
2.5. Definisi Operasional.....	21
BAB III. Metode Penelitian	22
3.1. Jenis Dan Desain Penelitian	22
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	22
3.2.1. Lokasi Penelitian.....	22
3.2.2. Waktu Penelitian	22
3.3. Populasi Dan Sampel Penelitian.....	22
3.3.1. Populasi Penelitian	22
3.3.2. Sampel Penelitian	22
3.4. Jenis Dan Cara Pengumpulan Data	23
3.5. Pengelolaan Dan Analisa Data	23
3.5.1. Pengolahan Data	23
3.5.2. Analisa Data	24
BAB IV. Hasil Dan Pembahasan	25
4.1. Hasil Penelitian	25
4.2. Pembahasan	27
BAB V. Kesimpulan Dan Saran.....	30
5.1. Kesimpulan.....	30
5.2. Saran.....	30
Daftar Pustaka.....	31
Lampiran	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1. Obat Antipsikotik Tipikal	13
Tabel 2.2. Obat Antipsikotik ATipikal	14
Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Responden Pasien Skizofrenia Di Poliklinik RS. Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan.....	25
Tabel 4.2. Evaluasi Kepatuhan Minum Obat Ati Psikotik Oral Pasien Skizofrenia Di Poliklinik RS. Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan .	26

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Kerangka Konsep	21

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden	34
Lampiran 2. Kuesioner.....	35
Lampiran 3. Master Data	37
Lampiran 4. Kartu Jadwal Bimbingan.....	38

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan suatu bentuk fungsional paling berat dan menimbulkan gangguan kepribadian yang terbesar. Pasien tidak punya kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal (Ingram et al. 2014). Skizofrenia merupakan sindrom klinis paling membingungkan dan gangguan psikologis yang paling berhubungan dengan pandangan populer tentang gila dan sakit mental. Skizofrenia menyerang jati diri seseorang, memutus hubungan yang erat antara pemikiran dan perasaan serta mengisinya dengan persepsi yang terganggu, ide yang salah, dan konsepsi yang tidak logis (Nevid et al. 2015).

Prevalensi skizofrenia di Indonesia masih cukup besar. Hasil riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2016, menyatakan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia adalah sebesar 1,7 per 1000 penduduk. Prevalensi skizofrenia di Provinsi Jawa Tengah mencapai 2,3 per 1000 penduduk. Penderita skizofrenia yang mengalami tindakan pemasangan sekitar 14,3%. Angka pemasangan di pedesaan sebesar 18,2%. Angka pemasangan di pedesaan lebih tinggi dibandingkan dengan angka di perkotaan yaitu sebesar 10,7% (Kemenkes RI 2016).

Tingginya angka kejadian skizofrenia di dunia disebabkan antara lain ketidakpatuhan terhadap program pengobatan maupun pengobatan yang tidak adekuat. Pengobatan skizofrenia yang memerlukan waktu relatif panjang menjadi penghambat dalam penyelesaian terapi pasien skizofrenia (Ana, 2012).

Keberhasilan suatu pengobatan tidak hanya dipengaruhi oleh kualitas pelayanan kesehatan, sikap dan keterampilan petugas, sikap dan pola hidup pasien beserta keluarganya, tetapi dipengaruhi juga oleh kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Hasil terapi tidak akan optimal tanpa adanya kesadaran pasien itu sendiri, bahkan dapat menyebabkan kegagalan terapi, serta dapat pula menimbulkan komplikasi yang sangat merugikan dan pada akhirnya dapat berakibat fatal (Hussar, 2015).

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang cukup luas dialami di Indonesia sekitar 99% pasien di Rumah Sakit Jiwa di Indonesia adalah penderita skizofrenia (Arif 2012). Penyakit skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr.M.Ildrem Medan tahun 2019 merupakan gangguan penyakit jiwa yang paling banyak diderita. Data yang didapat dari bagian rekam medik Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr.M.Ildrem Medan yaitu skizofrenia paranoid sebanyak 1.935 pasien, skizofrenia tidak terperinci sebanyak 1.853 pasien, skizofrenia bipolar sebanyak 1.756 pasien, skizofrenia efektif 1.490 pasien, skizofrenia tipe depresif sebanyak 1.679 pasien, skizofrenia hibefrenik sebanyak 1.057, gangguan psikotik polimorfik akut sebanyak 947 pasien dan depresi berat sebanyak 934 pasien (RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan, 2019).

Diagnosis yang tepat, pemilihan obat yang benar oleh tenaga kesehatan ternyata belum cukup untuk menjamin keberhasilan pengobatan jika tidak diikuti kepatuhan pasien mengkonsumsi obat. Persentase kepatuhan pasien pengobatan jangka panjang terhadap penyakit kronis di negara maju hanya sebesar 50% sedangkan di negara berkembang, jumlah tersebut lebih rendah (WHO, 2013)

Kepatuhan merupakan hal yang sangat penting dalam perilaku hidup sehat. Kepatuhan minum obat anti psikotik oral adalah mengkonsumsi obat-obatan sesuai yang diresepkan dan yang sudah ditentukan dokter. Pengobatan akan efektif apabila penderita patuh dalam mengkonsumsinya. Kondisi di lapangan masih terdapat skizofrenia yang gagal menjalani pengobatan secara lengkap dan teratur. Keadaan ini disebabkan oleh banyak faktor, tetapi yang paling banyak memainkan perannya adalah ketidakpatuhan penderita dalam menjalani pengobatan. Kegagalan pengobatan skizofrenia, akan meningkatkan risiko kesakitan, kematian, dan menyebabkan semakin banyak ditemukannya penderita skizofrenia (Sarfri, dkk., 2013).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dhika (2015), mengenai evaluasi kepatuhan minum obat anti psikotik pada pasien skizofrenia di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, didapatkan hasil bahwa sebanyak 68,24% (58 orang) patuh terhadap pengobatannya, dan faktor yang paling berpengaruh dalam kepatuhan pasien untuk minum obat adalah faktor penyakit dikarenakan keparahan pasien atau stadium penyakit, pasien merasa sembuh atau tidak mau minum obat.

Hal ini didukung dari data yang diperoleh dari RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan bahwa kebanyakan pasien yang berobat adalah pasien yang mengalami putus obat selama 2 bulan kemudian mengalami kekambuhan, pasien yang sudah merasa sembuh dan tidak mau minum obat. Keterlambatan penanganan akan berdampak buruk, kekambuhan menjadi sering, pengobatan menjadi semakin sulit dan akhirnya akan mengantar penderita pada keadaan kronis berkepanjangan. Penderita skizofrenia yang terlambat berobat akan cenderung “kebal” dengan obat-obatan, menggunakan obat dengan dosis yang lebih tinggi serta perawatan dirumah sakit yang lebih lama.

Berdasarkan hal-hal yang telah dikemukakan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang evaluasi kepatuhan minum obat anti psikotik pada pasien skizofrenia di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, maka penulis merumuskan masalah diatas yaitu, “Bagaimana evaluasi kepatuhan minum obat anti psikotik oral pada pasien skizofrenia di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran mengenai evaluasi kepatuhan minum obat anti psikotik oral pada pasien skizofrenia di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian, maka manfaat dari penelitian adalah sebagai berikut:

a. Manfaat Bagi Rumah Sakit

- i. Menjadi suatu masukan bagi dokter dan tenaga farmasi dalam meningkatkan pengobatan pada pasien skizofrenia di Poliklinik Prof. Dr. M. Ildrem Medan, sehingga diperoleh pengobatan yang efektif, aman dan efisien.
- ii. Agar pasien skizofrenia di Poliklinik Prof. Dr. M. Ildrem Medan menurun secara signifikan sehingga didapatkan hasil terapi yang baik.

- iii. Dapat menjadi tambahan informasi dan sumber pembelajaran mengenai pengobatan antipsikotik skizofrenia di Poliklinik Prof. Dr. M. Ildrem Medan
- b. Manfaat Bagi Peneliti
- i. Mengetahui pengobatan antipsikotropik pada pasien skizofrenia sehingga dapat menerapkan materi perkuliahan dan mengaplikasikan di lapangan
 - ii. Menambah wawasan tentang pengobatan antipsikotropik untuk terapi penyakit skizofrenia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang melibatkan perilaku psikotik, pemikiran kongkret, kesulitan dalam memperoleh informasi dan hubungan interpersonal serta kesulitan dalam memecahkan masalah (Stuart, 2015). Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang (Sadock, 2015).

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi serta perilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Isaac, 2015).

2.1.2. Etiologi Skizofrenia

a. Metabolisme.

Gangguan metabolisme disangka sebagai penyebab dari skizofrenia, karena penderita dengan skizofrenia tampak pucat. Teori metabolisme mendapat perhatian karena penelitian memakai obat halusinogenik, seperti meskalin dan Asam Lisergik Dietilamide (LDS-25). Obat tersebut dapat menimbulkan gejala yang mirip dengan skizofrenia, tetapi reversible. Skizofrenia disebabkan oleh suatu *Inborn Error of Metabolism*, tetapi hubungan terakhir belum ditemukan (Maramis, 2015).

b. Endokrin.

Skizofrenia disebabkan oleh gangguan endokrin. Teori ini dikemukakan karena penyakit skizofrenia sering timbul pada waktu pubertas, waktu kehamilan dan waktu klimakterium. Gangguan endokrin ini tidak dapat dibuktikan (Maramis, 2015).

c. Genetik.

Faktor genetik yang dapat menentukan timbulnya skizofrenia. Faktor genetik telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga yang menderita skizofrenia dan terutama anak kembar satu telur. Skizofrenia dipengaruhi oleh gen resesif, potensi ini diperkirakan sangat kuat, tetapi dapat juga berpotensi lemah, selanjutnya tergantung pada lingkungan individual (Maramis, 2015).

d. Hipotesis perkembangan syaraf.

Studi autopsi dan studi pencitraan otak memperlihatkan abnormalitas struktur dan morfologi otak pada penderita skizofrenia antara lain berupa berat otak yang rata-rata lebih kecil 6% daripada otak normal dan ukuran anterior-posterior yang 4% lebih pendek, pembesaran ventrikel otak yang non spesifik, gangguan metabolisme di daerah frontal dan temporal, dan kelainan susunan seluler pada struktur syaraf di beberapa daerah korteks dan subkorteks tanpa adanya glikolisis yang menandakan kelainan tersebut terjadi pada saat perkembangan (Maramis, 2015).

e. Neurokimia.

Hipotesis dopamin menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh overaktivitas pada dopamin mesolimbik, hal ini didukung dengan temuan bahwa, amfetamin bekerja meningkatkan pelepasan dopamin dapat menginduksi psikosis yang mirip dengan skizofrenia (Maramis 2011).

f. Psikososial.

Kerusakan yang menentukan penyakit mental adalah gangguan dalam organisasi "ego" yang kemudian mempengaruhi cara interpretasi terhadap realitas juga kemampuan pengendalian dorongan seks. Gangguan ini terjadi sebagai akibat distorsi dalam hubungan timbal balik antar bayi dan ibunya. Penderita skizofrenia tidak pernah dapat mencapai hubungan yang erat dengan ibunya. Penderita skizofrenia pada masa bayi, gangguan pada fungsi ego seseorang dapat menyebabkan perasaan bermusuhan. Distorsi hubungan ibu dan bayi ini kemudian mengakibatkan terbentuknya suatu kepribadian yang peka terhadap stress (Simanjutak 2016).

2.1.3 Gejala

a. Gejala positif.

Gejala khas yang muncul, yang seharusnya tidak ada dan sifatnya produktif. Beberapa contoh gejala positif yang muncul pada penderita skizofrenia sebagai berikut:

i. Waham.

Suatu keyakinan tentang isi pikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan, dan tetap dipertahankan. Penderita skizofrenia mempunyai 8 keyakinan yang menurut dia benar namun secara kenyataan menyimpang dan tidak dapat dibantah oleh orang lain (Iyus, 2015).

ii. Halusinasi.

Pasien skizofrenia halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang, misalnya pasien mendengar suara yang dirasa menyejukkan hati, tapi terkadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang berbahaya (Iyus, 2015).

iii. Delusi.

Suatu kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan, misalnya pada pasien skizofrenia jika melihat lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah, kuning, dan hijau itu dianggap sebagai isyarat dari luar angkasa (Iyus, 2015).

iv. Kegagalan proses berpikir. Pasien skizofrenia tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Kegagalan proses berpikir terjadi karena pasien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya untuk dapat membuat mereka berbicara secara teratur dan diterima logika (Iyus, 2015).

b. Gejala negatif.

Gejala yang memperlihatkan kemunduran yang bermakna dari beberapa aspek perilaku dimana seharusnya ada menjadi berkurang atau tidak ada, dan sifatnya defisit. Beberapa contoh gejala negatif yang muncul pada pasien skizofrenia antara lain:

i. Kehilangan motivasi dan apatis.

Pasien skizofrenia hilangnya motivasi dan bersikap apatis (menarik diri dari lingkungan sekitar), karena pada dasarnya mereka kehilangan energi dan

minat dalam hidupnya yang membuatnya menjadi malas. Pasien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, sehingga tidak ada yang bisa mereka lakukan selain makan dan tidur (Iyus, 2015).

ii. Perasaan yang tumpul. Perasaan seperti ini membuat emosi pasien skizofrenia menjadi datar. Pasien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan akan dia tidak memiliki emosi apapun (Iyus, 2015)

iii. Depresi.

Suatu perasaan yang tidak mengenal rasa ingin ditolong dan berharap. Perasaan depresi yang muncul pada pasien skizofrenia merupakan sesuatu yang sangat menyakitkan, kemudian perasaan itu berkelanjutan dan membuat mereka menarik diri dari lingkungan (Iyus, 2015).

2.1.4 Patologis

a. Peranan dopamin.

Hipotesis dopamin pada pasien skizofrenia diusulkan berdasarkan bukti farmakologi tidak langsung pada manusia dan hewan percobaan. Amfetamin pada jenis besar, suatu obat yang meningkatkan aksi dopamin ternyata menyebabkan gejala psikotik yang dapat diatasi dengan pemberian suatu obat yang memblok reseptor dopamin. Hipotesis dopamin, pada pasien skizofrenia dipengaruhi oleh aktivitas dopamin pada jalur mesolimbik dan mesokortis syaraf dopamin. Peningkatan aktivitas syaraf dopamin pada jalur mesolimbik menyebabkan gejala positif, sedangkan kurangnya aktivitas syaraf dopamin pada jalur mesokortis menyebabkan gejala negatif (Ikawati, 2016).

b. Serotonin.

Peranan serotonin diusulkan untuk terlibat dalam patofisiologis skizofrenia pada tahun 1950, karena adanya kesamaan struktural dengan *Diethylamide Asam Lisergat* (LSD), kesamaan antara efek halusinogen *Diethylamide Asam Lisergat* dengan gejala positif skizofrenia, dan fakta bahwa *Diethylamide Asam Lisergat* merupakan antagonis serotonin di jaringan perifer. Bukti tentang perubahan penanda serotonergik dalam skizofrenia relatif sulit ditafsirkan, namun secara keseluruhan, studi menunjukkan bahwa ada perubahan yang kompleks, perubahan ini menunjukkan bahwa disfungsi serotonergik adalah penting dalam patologi penyakit ini.

c. Peranan glutamat.

Hipotesis glutamatergik bahwa disfungsi sistem glutamatergik di korteks prefrontal diduga juga terlibat dalam patofisiologi skizofrenia. Pemberian antagonis reseptor *N-metil-D-aspartat* (NMDA), seperti *Phencyclidine* (PCP) dan ketamin. Efek antagonis *N-metil-D-aspartat* menyerupai baik gejala positif dan negatif serta defisit kognitif skizofrenia (Ikawati 2016).

2.1.5. Klasifikasi

a. Tipe skizofrenia berdasarkan variabel klinik.

i. Skizofrenia paranoid.

Skizofrenia paranoid adalah skizofrenia yang sering dijumpai dinegara dengan gejala yaitu adanya delusi (waham) dan halusinasi. Kriteria diagnostik lainnya adalah kekacauan ucapan, tingkah laku dan gejala negatif namun tidak dominan. Skizofrenia paranoid terjadinya lebih awal pada laki dibandingkan perempuan. Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa menyatakan bahwa yang memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia paranoid antara lain halusinasi dan waham harus menonjol, misalnya suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (*whistling*), mendengung (*humming*), ataupun bunyi tawa (Rusdi, 2016).

ii. Skizofrenia katatonik.

Ciri utama pada skizofrenia tipe katatonik adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidak bergerakan motorik, aktivitas motorik yang berlebihan, sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi, gerakan yang tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain atau mengikuti tingkah laku orang lain. Kriteria diagnostik skizofrenia tipe katatonik antara lain aktivitas motorik yang berlebihan (yang tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulasi eksternal), negativism yang ekstrim (tanpa motivasi yang jelas, bersikap sangat menolak pada segala instruksi atau mempertahankan postur yang kaku untuk menolak dipindahkan) atau sama sekali diam (Arif, 2016).

iii. Skizofrenia hebefrenik.

Tipe ini muncul pada pada usia remaja sekitar umur 15-25 tahun. Gejala yang dapat terlihat yaitu adanya gangguan proses berfikir, gangguan kemauan, dan adanya dispersonalisasi atau *double personality*. Skizofrenia hebefrenik perilaku pasien sering kekanakan dan mempunyai pandangan kosong tanpa maksud dan perasaan (Maramis, 2015).

iv. Skizofrenia tak terinci.

Tipe pasien skizofrenia tak terinci, gejala yang terlihat adalah halusinasi, waham, dan gejala psikosis aktif yang menonjol (Sylvia, 2015).

v. Skizofrenia residual.

Tipe ini terjadi pada keadaan kronis dari skizofrenia. Gejala yang menonjol adalah gejala negatif (Maramis 2011).

vi. Skizofrenia simplex.

Skizofrenia simplex sering timbul pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang terdapat. Skizofrenia diawali dengan timbulnya penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan makin lama ia mundur dari kerjaan dan akhirnya jadi pengangguran (Maramis, 2015).

2.1.6 Manifestasi klinik

Gejala akut dari skizofrenia meliputi tidak bisa membedakan antara khayalan dan kenyataan, halusinasi (terutama mendengar suara bisikan), delusi (keyakinan yang salah namun dianggap benar oleh penderita), ide karena pengaruh luar (tindakannya dikendalikan oleh pengaruh dari luar dirinya), proses berfikir yang tidak berurutan (asosiasi longgar), ambivalen (pemikiran yang saling bertentangan), datar tidak tepat atau afek yang labil, autisme (menarik diri dari lingkungan sekitar dan hanya memikirkan dirinya), tidak mau bekerja sama, menyukai hal-hal yang dapat menimbulkan konflik pada lingkungan sekitar dan melakukan serangan baik secara verbal maupun fisik kepada orang lain, tidak merawat diri sendiri, dan gangguan tidur maupun nafsu makan. Setelah terjadinya episode psikotik akut, biasanya penderita skizofrenia mempunyai gejala sisa (cemas, curiga, motivasi menurun, kepedulian berkurang, tidak mampu memutuskan sesuatu, menarik diri dari hubungan bersosialisasi dengan

lingkungan sekitar, sulit untuk belajar dari pengalaman dan tidak bisa merawat diri sendiri (Elin et al. 2016).

2.1.7 Tatalaksana Terapi

Pengobatan harus secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan lebih besar penderita menuju kemunduran mental, tetapi jangan melihat pada penderita skizofrenia sebagai penderita yang tidak dapat disembuhkan lagi atau suatu makhluk yang aneh dan inferior, seperti orang dengan penyakit lepra dahulu bila sudah diadakan kontak, maka dilakukan bimbingan tentang hal-hal yang praktis (Maramis 2015).

Terapi fase akut dilakukan pada saat terjadi episode akut dari skizofrenia yang melibatkan gejala psikotik intens seperti halusinasi, delusi, paranoid, dan gangguan berpikir. Tujuan pengobatan pada fase akut adalah untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga tidak membahayakan terhadap diri sendiri maupun orang lain. Rawat inap mungkin diperlukan pada fase ini. Penggunaan obat merupakan terapi utama pada fase ini. Obat yang diberikan secara benar dengan dosis yang tepat penggunaan obat antipsikotik dapat mengurangi gejala psikotik dalam waktu enam minggu (Ikawati 2014).

Terapi fase stabilisasi dilakukan setelah gejala psikotik akut telah dapat dikendalikan. Pasien akan melalui fase stabilisasi dimana mereka terus mengalami gangguan berupa gejala psikotik ringan. Pada fase ini pasien sangat rentan terhadap kekambuhan. Tujuan pengobatan dalam fase stabilisasi adalah mencegah kekambuhan, mengurangi gejala, dan mengarahkan pasien ke dalam tahap pemulihan yang lebih stabil (Ikawati 2014).

Terapi tahap pemeliharaan, yaitu terapi pemulihan jangka panjang skizofrenia. Terapi fase pemeliharaan bertujuan untuk mempertahankan kesembuhan dan mengontrol gejala, mengurangi resiko kekambuhan dan rawat inap dan mengajarkan keterampilan untuk hidup sehari-hari. Terapi pemeliharaan biasanya melibatkan obat-obatan, terapi suportif, pendidikan keluarga dan konseling, serta rehabilitasi pekerjaan dan sosial (Ikawati 2014).

a. Terapi non farmakologi.

Terapi non farmakologi pada skizofrenia dapat dilakukan dengan pendekatan psikososial dan ECT (*Electro Convulsive Therapy*) (Ikawati 2014). Intervensi psikososial merupakan bagian dari perawatan yang dapat meningkatkan

kesembuhan skizofrenia jika diterapkan dengan terapi farmakologis intervensi ini dapat memberikan manfaat tambahan bagi pasien dalam pencegahan kekambuhan, peningkatan ketrampilan, fungsi sosial dan pekerjaan yang lebih baik. Terapi farmakologi berfokus pada penurunan gejala, intervensi psikososial ditujukan untuk memberikan dukungan emosional pada pasien skizofrenia. Pilihan pendekatan dan intervensi psikososial didasarkan pada kebutuhan khusus pasien diberbagai tahapan penyakitnya (Ikawati 2014).

Jenis pendekatan psikososial :

- i. *Program for Assertive Community Treatment (PACT)*.
- ii. Intervensi keluarga.
- iii. Terapi perilaku kognitif (*Cognitive Behavioral Therapy*).
- iv. Pelatihan ketrampilan sosial (*Social Skill Training*).
- v. *Terapi Electro Convulsive Therapy (ECT)*.

b. Terapi farmakologi.

Prinsip tata laksana pengobatan dan pemulihan pasien skizofrenia. Pemilihan obat pada pasien skizofrenia sebaiknya mempertimbangkan tanda-tanda klinis dari penderita, khasiat dan efek samping dari obat-obatan yang akan digunakan tergantung pada fase yang akan dilewati.

- i. Prinsip tata laksana terapi fase akut.

Satu minggu pertama sejak terjadi serangan akut, direkomendasikan untuk segera memulai terapi dengan obat, karena serangan psikotik akut dapat menyebabkan gangguan emosi, gangguan terhadap kehidupan pasien, dan berisiko besar untuk berperilaku yang berbahaya untuk diri sendiri dan orang lain. Pemilihan suatu obat antipsikotik, didasarkan pada pengalaman pasien sebelumnya dengan antipsikotik, riwayat efek samping, dan rute pemberian yang disukai (Ikawati 2014).

- ii. Prinsip tata laksana terapi fase stabilisasi.

Fase stabilisasi yaitu pada minggu ke 2-3 setelah serangan akut. Tujuan pengobatan fase stabilisasi adalah untuk mengurangi serangan pengobatan stress pada pasien dan meminimalkan kemungkinan kambuh meningkatkan adaptasi pasien untuk hidup di masyarakat, memfasilitasi penurunan gejala, dan meningkatkan proses pemulihan. Pasien membaik dengan regimen obat tertentu, maka regimen tadi sebaiknya dilanjutkan dan dilakukan pemantauan selama minimal 6 bulan.

- iii. Prinsip tata laksana terapi fase stabil atau pemeliharaan.

Tujuan terapi pemeliharaan selama fase stabil adalah untuk memastikan bahwa kesembuhan terpelihara, kualitas hidup pasien meningkat, jika ada kekambuhan segera diobati, dan bahwa pemantauan untuk efek samping pengobatan terus berlanjut. Pasien pada fase stabil atau pemeliharaan, intervensi psikososial direkomendasikan sebagai terapi tambahan terhadap terapi obat dan dapat meningkatkan hasil (Ikawati 2014).

2.2 Obat Antipsikotik

2.2.1 Definisi

Antipsikotik (*major tranquilizer*) adalah obat yang dapat menekan fungsi psikis tertentu tanpa memengaruhi fungsi imun. Obat ini dapat meredakan emosi dan agresi dan dapat pula menghilangkan gangguan jiwa seperti impian buruk dan halusinasi serta menormalisasikan perilaku yang tidak normal. Obat antipsikotik digunakan pada pasien psikosis, misalnya skizofrenia (Tan & Raharjo 2015).

2.2.2 Penggolongan

- a. Antipsikotik tipikal.

Antipsikotik tipikal secara efektif dapat mengatasi simtom positif, pada umumnya dibagi lagi dalam sejumlah kelompok kimiawi seperti derivat Fenotiazine yang terdiri dari Klorpamazin, Levometromazine, Thioridazine, Periazine, Perazin, Flufenazin. Derivat thioxanten terdiri dari Klorpotixen dan Zuklopentixol. Derivat Butirofenon terdiri dari Haloperidol, Bromperidon, Pipamperol, dan Dromperidon. Derivat Butil Piperidin terdiri dari Pimozida, Fluspirilen, Penfluridol.

Tabel 2.1.
Obat Antipsikotik Tipikal

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

Sumber : Tan & Raharja (2015)

b. Antipsikotik atipikal.

Obat antipsikotik atipikal bekerja secara efektif melawan gejala negatif. Obat antipsikotik atipikal terdiri dari Sulpirida, Klozapin, Risperidon dan Quetiapin. Obat tersebut memiliki efek samping lebih ringan, tetapi lansia sebaiknya menghindari penggunaan antipsikotik atipikal karena resiko kerusakan ginjal akut (Tan & Raharja 2015).

Tabel 2.2
Obat Antipsikotik Atipikal

Nama obat	Dosis awal (mg/hari)	Dosis yang sering digunakan (mg/hari)
Aripiprazol	5-15	15-30
Asenapin	5	10-20
Klozapin	25	100-800
Lurasidon	20-40	40-120
Olanzapin	5-10	10-20
Paliperidon	3-6	3-12
Quetiapin	50	300-800
Risperidon	1-2	2-8
Ziprasidon	40	80-160

Sumber : Tan & Raharja (2015)

1.2.3 Kegunaan

Kegunaan obat antipsikotik untuk gangguan jiwa dengan gejala psikosis, seperti skizofrenia dan depresi psikotik. Obat antipsikotik dapat juga digunakan untuk menangani gangguan perilaku serius dan pasien demensia juga untuk keadaan gelisah akut dan penyakit lata (Tan & Rahardja 2015).

1.2.4 Mekanisme Kerja

Antipsikotik bersifat lipofil dan mudah masuk ke dalam CCS (cairan serebrospinal), memungkinkan obat ini bekerja secara langsung terhadap syaraf otak. Mekanisme obat ini pada taraf biokimiawi belum diketahui secara pasti, tetapi ada petunjuk kuat bahwa mekanisme ini berhubungan erat dengan kadar neurotransmitter di otak (Tan & Raharja 2015).

Mekanisme antipsikotik menghambat reseptor dopamin (D₂) di otak dan juga menghambat reseptor D₁ atau D₄, 1 dan 2 adrenergik, serotonin dan histamin. Riset baru mengenai otak menunjukkan bahwa blokade D₂ tidak cukup untuk menanggulangi skizofrenia secara efektif, oleh karena itu, neuro hormon serotonin (5HT₂), Glutamat dan GABA perlu dilibatkan (Tan & Rahardja 2015).

a. Antipsikotik tipikal.

Obat antipsikotik atipikal efektif mengatasi gejala positif pada pasien skizofrenia.

i. Derivat-Fenotiazin.

Obat yang termasuk derivat fenotiazin yaitu Klorpromazin, Levomepromazin dan Triflupromazin, Thioridazin dan Periciazin, Perfenazin dan Flufenazin, Perazin, Trifluoperazin dan Thietilperazin. Fenotiazin mempunyai struktur yang sama yaitu tiga cincin. Perbedaan terletak pada rantai samping atom nitrogen cincin tengah. Fenotiazin terdiri dari tiga jenis, berdasarkan substitusi pada posisi sepuluh. Substitusi ini memberikan pengaruh penting terhadap karakteristik farmakologi Fenotiazin. Substitusi pada rantai alifatik seperti Klorpromazin, menyebabkan turunya potensi antipsikotik. Obat ini cenderung menyebabkan sedasi, hipotensi dan efek antikolinergik pada dosis terapeutiknya. Klorpromazin mempunyai atom Klorpromarin pada posisi dua. Atom klorin dibuang, akan dihasilkan promazin yaitu antipsikotik lemah. Mensubstitusi piperidin pada posisi sepuluh dapat menghasilkan kelompok AP seperti Tioridazin. Obat ini mempunyai potensi dan profil efek samping yang sama dengan Fenotiazin alifatik. Flufenazin dan Trifluoperazin merupakan antipsikotik dengan kelompok piperazin yang disubstitusi pada posisi sepuluh. Piperazin memiliki efek otonom dan antikolinergik lebih rendah dan tetapi memiliki afinitas yang tinggi terhadap dopamin (D₂) sehingga efek samping ekstrapiramidalnya (EPS) lebih

tinggi. Beberapa Fenotiazin, Piperazin diesterifikasi pada kelompok hidroksil bebas dengan etanoat dan asam dekanat sehingga terbentuk AP depo antipsikotik generasi I (APG-I) jangka panjang (Amir 2013).

Klorpromazin dan Thioridazin dapat menghambat α_1 adreno reseptor lebih kuat dari reseptor dopamin D2. Kedua obat ini juga menghambat reseptor serotonin 5-HT₂ dengan kuat. Tetapi afinitas untuk reseptor D1 seperti diukur dengan penggeseran ligan D1 yang selektif, relatif lemah (Katzung 1998). Klorpromazin khasiat antipsikotiknya lemah dan juga digunakan untuk mengobati sedu yang tak henti-henti, dosis pada psikosis oral, intramuscular atau intravena 3 kali sehari sebanyak 25 mg selama 3-4 hari, bila perlu dinaikkan sampai 1 g. Thioridazin memiliki khasiat antipsikotik dan sedatif yang baik, sehingga sering digunakan pada pasien yang sukar tidur, maka obat digunakan dosis oral 2-4 kali sehari sebanyak 25-27 mg maksimal 800 mg sehari (Tan & Raharja 2015).

Levomepromazin khasiat antipsikotiknya sama dengan Klorpromazin dengan dosis pada nyeri hebat intramuscular 12,5-25 mg, oral 4-6 kali sehari 12,5- 50 mg. Trifluoperazin yang kurang lebih sama dengan Periciazin memiliki antipsikotik agak ringan dan efek antiadrenergik dan serotonin kuat dengan dosis oral permulaan 5 mg sehari, dinaikkan setiap 2-3 hari dengan 5 mg sampai maksimal 90 mg. Perfenazin bekerja terutama pada reseptor D₂, efek pada reseptor 5-HT₂ dan α_1 ada tetapi pada reseptor D₁ dapat dikesampingkan (Tan & Raharja 2015).

ii. Derivat-Thioxanthen.

Obat yang termasuk derivat thioxanthen yaitu Klorprotixen dan Zuklopentixol Tioxantine mempunyai persamaan struktur cincin tiga dengan Fenotiazine tetapi nitrogen pada posisi sepuluh disubstitusi dengan atom karbon. Klorprotixin merupakan tioxantin alifatik potensi rendah dengan profil efek samping sama dengan klorpromazine (Amir 2013)

iii. Derivat-Butirofenon.

Obat yang termasuk derivat-butirofenon yaitu Haloperidol, Bromperidol, Pipamperon dan Droperidol. Butirofenon mempunyai cincin piperidine yang melekat pada kelompok amino tersier. Haloperidol merupakan antipsikotik yang termasuk kelompok ini. Haloperidol dan Butirofenon lain bersifat D₂ antagonis yang sangat poten. Efek terhadap sistem otonom dan efek

antikolinergiknya sangat minimal. Haloperidol merupakan piperidine yang paling sering digunakan (Amir 2013).

Haloperidol merupakan obat yang digunakan untuk skizofrenia dan pada berbagai macam gerakan spontan dari otot kecil yang diperkirakan akibat hiperaktivitas sistem dopamin di otak. Bromperidol berkhasiat khusus terhadap halusinasi dan pikiran khayal sedangkan Droperidol digunakan sebagai antipsikotikum pada keadaan gelisah akut dengan dosis intramuscular atau secara intravena 5-10 mg (Tan & Raharja 2015).

iv. Derivat-Butilpiperidin.

Obat yang termasuk Derivat-butilpiperidin adalah Pimozida, Fluspirilen dan Penfluridol Difenilbutil Piperidine sama strukturnya dengan Butirofenon (Amir 2013). Pimozida memiliki khasiat antipsikotik kuat dan panjang. Efek terapi baru nyata sesudah beberapa waktu, tetapi bertahan agak lama. Obat ini tidak layak diberikan pada keadaan eksitasi dan kegelisahan akut, yang memerlukan sedasi langsung, lagi pula efek sedasinya lebih ringan dibandingkan obat lain. Pimozida khusus digunakan pada psikosis kronis jangka panjang (Tan & Raharja 2007).

b. Antipsikotik Atipikal.

Obat yang termasuk antipsikotik atipikal adalah Klozapin, Risperidon, Olanzapin dan Sulpirida. Obat tersebut bekerja efektif melawan gejala negatif. Efek sampingnya lebih ringan, khususnya gangguan ekstrapiramidal dan dyskinesia tarda.

i. Klozapin.

Obat Klozapin merupakan antipsikotik generasi kedua yang efek samping ekstrapiramidalnya dapat diabaikan. Antipsikotik generasi II (APG-II) mempunyai rasio blokade serotonin (5 hidroksitriptamin) (5-HT) tipe 2 (5-HT₂) terhadap reseptor dopamin tipe 2 (D₂) lebih tinggi. Antipsikotik generasi II bekerja pada sistem dopamin mesolimbik dari pada striatum (Amir 2013).

Klozapin bekerja dengan menghambat reseptor-D₂ agak ringan dibandingkan obat klasik (60-75%). Efek antipsikotisnya kuat, yang bisa dianggap paradoksal, afinitasnya pada reseptor lain dengan efek antihistamin, antiserotonin, 22 antikolinergis dan antiadrenergis adalah relatif tinggi. Efek baiknya dapat dijelaskan oleh blokade kuat dari reseptor

-D2, -D4, dan -5HT2. Blokade reseptormuskarinik dan -D4 diduga mengurangi GEP, sedangkan blokade 5HT2 meningkatkan sintesis dan pelepasan dopamin di otak, hal ini meniadakan sebagian blokade D2, tetapi mengurangi risiko gejala ekstrapiramidal (Tan & Raharja 2015).

ii. Risperidon.

Risperidon merupakan antagonis kuat baik terhadap serotonin (terutama 5-HT₂) dan reseptor D2. Risperidon juga mempunyai afinitas kuat terhadap α_1 dan α_2 tetapi afinitas terhadap β -reseptor dan muskarinik rendah. Walaupun dikatakan ia merupakan antagonis D2 kuat, kekuatannya jauh lebih rendah bila dibandingkan dengan Haloperidol, akibatnya efek samping ekstrapiramidalnya lebih rendah bila dibandingkan dengan Haloperidol. Aktivitasnya melawan gejala negatif dikaitkan dengan aktivitasnya terhadap 5HT₂ yang juga tinggi (Amir 2013). Blokade 1 dan 2 dapat menimbulkan masing – masing hipotensi dan depresi, sedangkan blokade H1 berkaitan dengan sedasi (Tan & Rahardja 2015).

iii. Olanzapin.

Olanzapin menghambat semua reseptor dopamin (D1 atau D2) dan reseptor reseptor H1, -5HT₂, adrenergik dan kolinergik, dengan afinitas lebih tinggi bagi reseptor 5-HT₂ dibandingkan D2 (Tan & Raharja 2015).

iv. Sulpirida.

Sulpirida menghambat reseptor D2 dan praktis pada afinitas bagi reseptor lain. Pada dosis rendah (dibawah 600 mg/hari) terutama bekerja antagonistik terhadap reseptor presinaptis, dan pada dosis lebih tinggi (diatas 800 mg/hari) juga terdapat reseptor D2 postsinapsis. Efek antipsikotik terutama dicapai pada dosis lebih tinggi sedangkan dosis rendah bermanfaat pada psikosis terutama simtom negatif (Tan & Raharja 2015).

1.2.5 Efek samping

a. Akathisia.

Selalu ingin bergerak, tidak mampu duduk diam tanpa menggerakkan kaki, tangan atau anggota tubuh lainnya. Akathisia dapat dicegah dengan propranolol atau benzodiazepin (Tan & Rahardja 2015).

b. Distonia akut.

Kontraksi otot muka dan tengkuk, kepala miring, gangguan menelan, sukar bicara, dan kejang rahang. Guna menghindarinya, dosis harus dinaikkan dengan perlahan dan dapat ditangani dengan antikolinergik sebagai profilaksis (Tan & Rahardja 2015).

c. **Dyskinesia tarda.**

Gerakan abnormal yang tidak sengaja khususnya otot muka dan mulut (menjulurkan lidah). Gejala ini sering muncul setelah 0,5-3 tahun dan berkaitan antara lain dengan dosis kumulatif yang telah diberikan. Gejala ini akan hilang dengan menaikkan dosis, akan tetapi dapat muncul kembali, pencegahan yang dapat dilakukan untuk mengurangi efek samping ini adalah pemberian vitamin E (Tan & Rahardja 2015).

d. **Antiserotonin.**

Disebabkan karena adanya blokade reseptor 5-HT yang merupakan stimulasi nafsu makan dengan akibat naiknya berat badan dan hiperglikemia (Tan & Rahardja 2015).

e. **Antikolinergik.**

Disebabkan karena adanya blokade reseptor muskarinik yang ditandai dengan mulut kering, penglihatan gura-m, obstipasi, rensi, kemih dan takikardia. Terutama pada lansia (Tan & Rahardja 2015).

1.3 Kepatuhan

2.3.1 Definisi

Kepatuhan terhadap pengobatan didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan intruksi yang diberikan oleh tenaga medis mengenai penyakit dan pengobatannya. Tingkat kepatuhan untuk setiap pasien biasanya digambarkan sebagai persentase jumlah obat yang diminum setiap harinya dan waktu minum obat dalam jangka waktu tertentu (Osterberg dan Terence, 2015).

Penderita yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus. Kegagalan skizofrenia dalam pengobatan dapat diakibatkan oleh banyak faktor, seperti obat, penyakit dan penderitanya sendiri. Berdasarkan berbagai penelitian, terbukti bahwa paling banyak hanya sepertiga dari penderita yang minum atau melakukan pengobatan persis seperti yang dianjurkan. Kondisi di lapangan masih terdapat skizofrenia

yang gagal menjalani pengobatan secara lengkap dan teratur. Keadaan ini disebabkan oleh ketidakpatuhan penderita dalam menjalani pengobatan. Selain itu masalah lainnya adalah pengobatan penyakit skizofrenia memerlukan jangka waktu yang lama dan rutin. Dengan demikian, apabila penderita meminum obat secara tidak teratur atau tidak selesai, justru akan mengakibatkan terjadinya kekambuhan. (Safri, 2013).

2.3.2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Anyaie, et al., (2016), Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah:

a. Faktor Penderita Individu

i. Sikap atau motivasi individu ingin sembuh

Motivasi atau sikap yang paling kuat adalah dalam diri individu sendiri. Motivasi individu ingin tetap mempertahankan kesehatannya sangat dipengaruhi perilaku penderita dalam control penyakitnya

ii. 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 keadaanya.

b. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tenteram apabila mendapatkan perhatian dan dukungan dari keluarga.

c. Dukungan sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga lain merupakan faktor-faktor yang penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis.

d. Dukungan Petugas Kesehatan

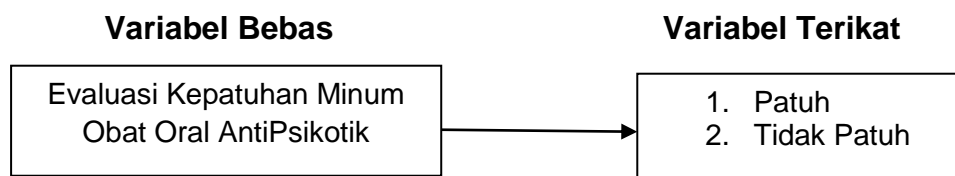
Dukungan petugas kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi penerapan perilaku kepatuhan (Solarte & Barona, 2015).

2.3.3. Metode Meningkatkan Kepatuhan

- a. Pemberian edukasi kepada pasien, anggota keluarga dan keduanya mengenai penyakit dan pengobatannya. Edukasi dapat diberikan secara individu maupun kelompok, dan dapat diberikan melalui tulisan, telepon, email, atau datang ke rumah.
- b. Mengefektifkan jadwal pendosisan melalui penyederhanaan regimen dosis harian, menggunakan kotak pil untuk mengatur jadwal dosis harian, dan menyertakan anggota keluarga berpartisipasi dalam mengingatkan pasien untuk minum obat
- c. Meningkatkan komunikasi antara pasien dan petugas kesehatan (Osterberg dan Terrence, 2015).

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konseptual penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti (Setiadi, 2010).



2.5. Definisi Operasional

- a. Kepatuhan Minum Obat adalah perilaku pasien dalam mengkonsumsi obat dan menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus diukur dengan menggunakan kuesioner.
- b. Patuh dan tidak patuh adalah apabila reponden dapat menjawab kuesioner dengan kriteria patuh $\geq 80\%$ dan tidak patuh $< 80\%$

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan metode penelitian survey deskriptif, pengambilan data dilakukan secara deskriptif, yaitu menggambarkan kepatuhan minum obat anti psikotik pada pasien skizofrenia di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan

3.2. Lokasi Dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan.

3.2.2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian akan di mulai pada Bulan Februari - Mei 2020.

3.3. Populasi Dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi Penelitian

Populasi adalah objek yang akan diteliti. Populasi pada penelitian ini adalah keluarga pasien skizofrenia yang melakukan pengobatan di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan dengan jumlah rata-rata sebanyak 30 pasien perhari (Data poliklinik, 2019).

3.3.2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian atau jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2018). Sampel penelitian yang diambil dalam penelitian ini adalah sebanyak 30 orang.

Kriteria inklusi yang ditentukan untuk subjek penelitian ini adalah :

- a. Pasien skizofrenia berulang yang rawat jalan di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan
- b. Pasien skizofrenia berulang yang berusia diatas 18 tahun
- c. Bersedia menjadi responden

3.4. Jenis Dan Cara Pengumpulan Data

Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan data primer dan sekunder.

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diambil langsung dari responden dengan cara membagikan kuesioner kepada pasien yang berobat di RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan. Kuesioner terdiri dari 2 bagian yaitu:

- i. Karakteristik responden berupa yang terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan
- ii. Tingkat kepatuhan pasien menggunakan kuesioner kepatuhan yang diadopsi dari morisky, kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan terkait perilaku pasien terhadap pengobatannya.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diambil secara tidak langsung, yaitu data yang diambil dari data yang sudah ada di tempat penelitian dengan menggunakan rekam medik.

3.5. Pengolahan Dan Analisa Data

3.5.1. Pengolahan Data

Dalam penelitian ini pengolahan data dilakukan dengan langkah – langkah sebagai berikut:

a. Proses *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul (Sugiyono, 2013).

Data yang diperoleh berupa daftar pertanyaan, pada kegiatan ini peneliti memeriksa data dengan cara mengumpulkan / menjumlahkan dan melakukan koreksi pada hasil kuesioner dan bila terjadi kesalahan atau kekurangan dalam pengumpulan data tersebut maka peneliti akan melakukan pengisian ulang terhadap data tersebut sampai data yang dikumpulkan sesuai.

b. *Coding*

Merupakan kegiatan pembagian kode numerik terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Memberikan tanda/kode berbentuk angka pada setiap data yang berhasil dikumpulkan.

c. *Entry Data*

Menganalisa data yang sudah didapat kemudian dimasukkan dan diolah dengan menggunakan uji statistik dengan program SPSS. Data kuesioner akan diubah menjadi angka (numerik) agar dapat diolah sehingga menghasilkan nilai yang bersifat kategorik, yaitu terdiri dari evaluasi kepatuhan minum obat oral anti psikotik

d. *Tabulating*

Memasukkan data kedalam tabel distribusi frekuensi maupun kedalam tabel deskriptif statistik untuk pengolahan dan analisa data serta mengambil keputusan bagaimana evaluasi kepatuhan minum obat oral anti psikotik.

3.5.2 Analisa Data

Data yang diperoleh dari penelitian ini dianalisis secara deskriptif. Data kuantitatif akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Indikator kepatuhan minum obat yang digunakan adalah kuesioner. Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan terkait dengan perilaku pasien terhadap pengobatannya, dengan alternatif jawaban Ya Atau Tidak. Pada setiap jawaban “ya” diberi nilai 0 dan untuk jawaban “tidak” diberi nilai 1.

Skor penilaian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu :

- i. Patuh, dengan skor nilai $\geq 80\%$
- ii. Tidak Patuh, dengan skor nilai $< 20\%$

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan yaitu tentang evaluasi kepatuhan minum obat anti psikotik oral pada pasien skizofrenia di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan melalui penyebaran kuesioner/angket pada 30 orang responden, maka diperoleh data sebagai berikut:

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Pasien Skizofrenia Di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan Tahun 2020

No	Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase (%)
1	Umur		
	21 – 35 Tahun	11	36,7
	36 – 50 Tahun	17	56,6
	51 – 65 Tahun	2	6,7
	Jumlah	30	100
2	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	19	63,3
	Perempuan	11	36,7
	Jumlah	30	100
3	Pendidikan		
	Rendah (SD/SMP)	6	20,0
	Menengah (SMU)	19	63,3
	Tinggi Diploma/Sarjana (perguruan Tinggi)	5	16,7
	Jumlah	30	100
4	Pekerjaan		
	Karyawan Swasta	1	3,3
	PNS	2	6,7
	Wiraswasta	6	20,0
	Tidak Bekerja	21	70,0
	Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 4.1, dapat dilihat bahwa mayoritas pasien skizofrenia yang datang berobat ke Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. Ildrem Medan adalah berumur 36-50 tahun sebanyak 17 orang (56,6%), dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 19 orang (63,3%), pendidikan menengah (SMA) sebanyak 19 orang (63,3%) dan tidak bekerja sebanyak 21 orang (70,0%)

Tabel 4.2. Evaluasi Kepatuhan Minum Obat Anti Psikotik Oral pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan Tahun 2020

No	Kepatuhan Minum Obat	Jumlah	Persentase (%)
	Patuh	27	90,0
	Tidak Patuh	3	10,0
	Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 4.2, dapat dilihat bahwa mayoritas Evaluasi Kepatuhan Minum Obat Anti Psikotik Oral Pada pasien skizofrenia yang datang berobat ke Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. Ildrem Medan Adalah Patuh sebanyak 27 orang (90,0%).

4.2. Pembahasan

Berdasarkan tabel data demografi pasien skizofrenia didapat bahwa mayoritas pasien skizofrenia berumur 41 – 50 tahun sebanyak 13 orang (43,3%). Berjenis kelamin laki-laki sebanyak 19 orang (63,3%), penelitian ini sesuai dengan *Ochoa et al* (2016) yang menunjukkan bahwa skizofrenia lebih banyak ditemukan pada kelompok laki-laki dibandingkan kelompok perempuan.

Pendapat ini dikuatkan oleh penelitian Weinberger & Harrison (2015) yang menyebutkan bahwa gejala-gejala skizofrenia lebih banyak ditemukan pada kelompok laki-laki dibandingkan kelompok perempuan. Sementara menurut Kaplan and Sadock (2015) menunjukkan bahwa jumlah prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan perempuan adalah sama.

Berdasarkan tabel data demografi responden didapat bahwa mayoritas pasien skizofrenia mempunyai pendidikan SMA sebanyak 19 orang (63,3%), dimana pengetahuan dan pemahaman pasien skizofrenia tentang pengobatan kemungkinan lebih baik dibandingkan yang berpendidikan rendah (SD dan SMP).

Pengetahuan berkaitan erat dengan pendidikan seseorang. Hal ini sesuai dengan pendapat Ade Rahimi (2016), menyatakan bahwa pendidikan formal pada dasarnya akan memberikan kemampuan kepada seseorang untuk berpikir rasional dan objektif dalam menghadapi masalah hidup dan akan berdampak timbulnya suatu proses pengembangan atau pematangan pandangan hidup pribadi. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang diharapkan di ikuti oleh semakin tingginya tingkat pengetahuan seseorang.

Berdasarkan tabel data demografi pasien skizofrenia didapat juga bahwa mayoritas pasien skizofrenia tidak bekerja berjumlah 21 orang (70,0%), hal ini sejalan dengan penelitian Paul & Moser (2017) yang menunjukkan bahwa kemungkinan terjadinya skizofrenia lebih besar pada kelompok orang yang tidak bekerja dibandingkan orang yang bekerja. Kelompok yang tidak memiliki pekerjaan mengalami kesulitan dalam keuangan dan kehidupan sehari-hari sehingga memberikan efek pada status kesehatan mentalnya, pengangguran yang berkepanjangan memberikan dampak yang lebih buruk bagi kesehatan mental orang tersebut. Gejala yang sering muncul pada orang yang tidak memiliki pekerjaan yaitu tekanan psikologi, penurunan kondisi kejiwaan, kecemasan dan depresi (Chatteriji *et al*, 2017).

Berdasarkan data yang diperoleh didapatkan 27 orang (90,0%) patuh minum obat anti psikotik oral. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien patuh dalam mengkonsumsi obat-obatannya baik secara mandiri karena pasien tersebut telah memahami tentang obat-obatan yang dikonsumsinya maupun karena masih di pantau oleh keluarganya.

Hasil penelitian bertolak belakang dengan teori Siregar (2016) yang mengatakan bahwa pada umumnya semakin banyak jenis dan jumlah obat yang digunakan pasien, semakin tinggi resiko ketidakpatuhan pasien dimana pemberian obat pada jangka waktu yang sering membuat ketidakpatuhan dan berbagai studi menunjukkan bahwa tingkat ketidakpatuhan menjadi lebih besar, apabila periode pengobatan lama karena ketaatan pada pengobatan jangka panjang lebih sulit di capai.

Hal senada juga dikatakan oleh Wardani, (2019) yang mengatakan kompleksitas penggunaan obat (jumlah maupun dosis) merupakan faktor risiko ketidakpatuhan, pasien yang mendapatkan tiga jenis medikasi dalam satu hari atau jika medikasinya harus digunakan lebih dari empat kali dalam sehari cenderung tidak patuh terhadap pengobatannya.

Kepatuhan (*Compliance*), juga dikenal sebagai ketaatan (*adherence*) adalah derajat dimana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya. Kepatuhan dalam pengobatan (*medication compliance*) adalah mengkonsumsi obat-obatan yang di resepkan dokter pada waktu dan dosis yang tepat dan pengobatan hanya akan efektif apabila anda mematuhi peraturan dalam penggunaan obat (Maharani, 2017).

Menurut Niven (2011) terdapat 5 faktor yang mendukung kepatuhan pasien yaitu pendidikan, akomodasi, modifikasi faktor lingkungan dan social, perubahan model terapi, meningkatkan interaksi professional kesehatan dengan pasien. Sebanyak 10,0% pasien skizofrenia tidak patuh terhadap pengobatannya. Hal ini dikarenakan berdasarkan wawancara yang dilakukan terhadap keluarga pasien dan keluarga pasien bahwa pasien tidak patuh dalam pengobatan karena pasien tidak mau meminum obatnya karena bosan menelan obat setiap hari dan karena pengobatan yang cukup lama. Hal ini sesuai dengan pendapat Siregar (2016) bahwa masalah kepatuhan berkaitan dengan periode pengobatan lama dimana ketaatan pada pengobatan jangka lama lebih sulit di capai.

Kepatuhan adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perilaku pasien dalam minum obat secara benar tentang dosis, frekuensi dan waktunya (Nursalam, 2012). Kepatuhan pada pasien skizofrenia terdiri dari kepatuhan terhadap terapi setelah pengobatan (kontrol), penggunaan obat secara tepat, mengikuti anjuran perubahan perilaku (Kaplan & Sadock, 2010).

Pasien dikatakan patuh minum obat jika meminum obat sesuai dosis, frekuensi, waktu dan benar obat. Kepatuhan minum obat pada pasien juga berbanding lurus dengan kekambuhan yang dialami pasien. Dibutuhkan pengawasan dan dukungan agar pasien selalu mengkonsumsi obat agar tidak mengalami kekambuhan (Nurjanah, 2014). Obat-obat anti psikotik merupakan lini pertama yang digunakan untuk meredakan gejala-gejala pasien skizofrenia. Seiring berjalannya waktu, kepatuhan minum obat pasien skizofrenia menurun, sehingga menyebabkan terhentinya proses pengobatan pasien (Anthony, *et. al.*, 2014).

Stuar & Laraia (2015) menambahkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia cenderung memiliki perilaku tidak patuh dalam pengobatan karena efek samping dari pengobatan yang diberikan. Ketidakpatuhan ini akan berdampak pada onset kekambuhan yang tinggi dengan gejala yang parah. Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian sebelumnya Yoga (2011), yang mengatakan bahwa paling banyak pasien skizofrenia memiliki perilaku tidak patuh dalam meminum obat sebanyak 27 orang (62,5%). Dengan begitu diharapkan tenaga kesehatan dapat berperan aktif dengan menerapkan konsep pharmaceutical care agar kepatuhan dapat ditingkatkan sehingga keberhasilan terapi skizofrenia dapat ditingkatkan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Evaluasi kepatuhan minum obat anti psikotik oral pada pasien skizofrenia di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan adalah patuh sebanyak 27 orang (90%) dan yang tidak patuh sebanyak 3 orang (10,0%).

5.2. Saran

Tenaga kesehatan diharapkan dapat bekerjasama dengan pasien dan keluarga pasien dalam mengobati penyakit skizofrenia dengan memberikan konseling dan pengetahuan mengenai skizofrenia kepada pasien dan keluarga. Keluarga dapat mengawasi pasien untuk minum obat antipsikotik oral secara teratur, dan tenaga kesehatan dapat memonitoring kesehatan pasien. Dengan diketahuinya penyebab ketidakpatuhan pasien dalam pengobatan skizofrenia, maka diharapkan tenaga kesehatan dapat melakukan upaya-upaya untuk memperbaiki masalah tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Ana, S., 2012. *Evaluasi Kepatuhan Penggunaan Obat Pada Pasien Tuberkulosis Rawat Jalan Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta 2012*. Skripsi Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah. Surakarta.
- Anyaike, C., Musa, O.I., Babatunde, O.A., Bolarinwa, O.A., Durowade, K.A., & Ajayi, O.S. Adherence to Tuberculosis Therapy in Unilorin Teaching Hospital, Ilorin, North-Central Nigeria. *International Journal of Science, Environment and Technology*. 2013.
- Arif, IS., 2016. *Skizofrenia: Memahami Dinamika Keluarga Pasien*, Refika Aditama. Bandung.
- Elin, *et al.*, 2016. *ISO Farmakoterapi*, PT ISFI. Jakarta.
- Hussar, D.A.. Patient Compliance, in Remington: The Science and Practice of Pharmacy. Volume kedua. Philadelphia: The Philadelphia College of Pharmacy and Science. 2015.
- Ikawati., Zullies., 2014. *Farmakoterapi Penyakit Sistem Saraf*, Bursa Ilmu. Yogyakarta.
- Ingram, IM., Timbury, GC., Mowbray, R.M., 2014. *Notes On Psychiatry*, Edisi 6. EGC Jakarta.
- Isaac., 2015. *Panduan Belajar Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikiatrik*. Edisi 3. EGC. Jakarta.
- Iyus, Y., 2017. *Keperawatan Jiwa Edisi Revisi*, Refika. Jakarta
- Maramis, W.F., 2015. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi ke-2, Air Langga University Press. Surabaya.
- Kaplan., Sadock., 2015. *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis (Terjemahan : Edisi Ketujuh)*, Bina Rupa Aksara. Jakarta.
- Kemenkes, RI.,. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia,. 2016. *Modul Penggunaan Obat Rasional*. Jakarta.
- Maharani., 2017. *Rahasia Sehat: Pengetahuan Praktis Hidup Sehat untuk Orang Cerdas*, Katahati. Jogjakarta
- Muslim, R., 2016. *Buku Saku Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan jiwa III*, PT Nuh Jaya. Jakarta.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., Greene, B., 2015. *Psikologi Abnormal*. Edisi kelima. Erlangga. Jakarta.

- Niven., 2015. Psikologi Kesehatan: Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain, EGC. Jakarta.
- Osterberg, L., dan Terrence, B.,. Adherence to Medication. *N Eng J Med.* 2015. 353(3)
- Sadock., Benyamin, B., Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry 10th edition. Lippincott William & wilknis. USA. 2015.
- Stuar., Laraia., 2015. Buku Saku Keperawatan Jiwa, EGC. Jakarta.
- Sugiyono., 2018. Statistika Untuk Penelitian, Alfabeta. Bandung.
- Sylvia., D.E., 2015. Buku Ajar Psikiatri. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Press. Jakarta.
- Tan, H.T., Rahardja, K., 2015. Obat-Obat Penting. Edisi 7. Elex Media Komputindo.
- Wardani., 2018. Pengalaman Keluarga Menghadapai Ketidapatuhan Anggota Keluarga Dengan Menikuti Regimen Terapeutik Pengobatan, Tesis FIK UI.Depok.
- World, Health, Organization., 2015. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action, World Health Organisation. Geneva.

Lampiran 1

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Dengan ini menyatakan persetujuan saya untuk ikut serta dalam penelitian ini mengenai **“Evaluasi Kepatuhan Minum Obat Anti Psikotik Oral Pada Pasien Skizofrenia Di poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan”**.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kepatuhan pasien terhadap penggunaan obat dan pengaruhnya terhadap keberhasilan terapi. Untuk itu saya akan menjalani prosedur berikut:

1. Lembar kuesioner ini berisi data pasien dan pertanyaan tentang kepatuhan terhadap penggunaan obat.
2. Saya akan menjawab semua pertanyaan dengan baik dan benar sesuai dengan apa yang saya lakukan mengenai pertanyaan yang ada dalam lembar kuesioner tersebut.
3. Setelah lembar kuesioner tersebut saya isi, kemudian lembar survey tersebut saya kembalikan kepada peneliti.
4. Saya telah membaca dan mendapatkan semua informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan penelitian ini, dan saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
5. Dengan demikian saya setuju untuk turut serta dalam penelitian ini.

Peneliti

Medan, Mei 2020

Responden

(Incar Sembiring)

()

B. PETUNJUK PENGISIAN

1. Pilihlah jawaban yang paling tepat menurut anda
2. Bacalah setiap pertanyaan dengan seksama
3. Isilah semua momor dengan memilih satu di antara 10 alternatif jawaban dengan memberikan tanda (√) pada kolom yang sudah disediakan
4. Alternatif jawaban adalah sebagai berikut:

Keterangan:	Nilai
Ya	0
Tidak	1

5. Jawablah semua jawaban yang ada tanpa ada yang dilewatkan

No	Pernyataan	Alternatif Jawaban Responden	
		Ya	Tidak
1	Pernahkah pasien terkadang lupa meminum obat?		
2	Selama minggu terakhir, adakah pasien pada suatu hari tidak meminum obat?		
3	Apakah pasien pernah mengurangi atau menghentikan penggunaan obat tanpa memberitahu dokter karena merasakan kondisi lebih buruk/tidak nyaman saat menggunakan obat?		
4	Saat melakukan perjalanan atau meninggalkan rumah, apakah pasien terkadang lupa untuk membawa serta obat?		
5	Apakah pasien kemarin meminum semua obat?		
6	Saat merasa keadaan membaik, apakah pasien terkadang memilih untuk berhenti meminum obat?		
7	Sebagian orang merasa tidak nyaman jika harus meminum obat setiap hari. Apakah pasien pernah merasa terganggu karena keadan seperti ini?		
8	Apakah pasien tahu bahwa meminum obat anti psikotik memerlukan waktu singkat?		
9	Apakah pasien tidak mengikuti aturan pakai penggunaan obat dalam satu hari penuh?		
10	Jika pasien merasa kondisi membaik, apakah pasien berhenti minum obat?		

Lampiran 3																
MASTER DATA																
EVALUASI KEPATUHAN MINUM OBAT ANTI PSIKOTIK ORAL PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIKRS JIWA PROF. DR. M. ILDREM MEDAN																
No	Karakteristik Responden				Kepatuhan Minum Obat										Total	Variabel Kepatuhan
	Umu r	Jenis Kelamin	Pend idika n	Peke rjaan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	35	1	3	4	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	8	1
2	48	1	4	4	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8	1
3	45	2	3	4	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	1
4	25	2	3	4	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8	1
5	42	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8	1
6	38	2	2	4	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	1
7	55	2	4	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	8	1
8	33	1	2	4	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1
9	43	2	4	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	8	1
10	45	2	2	4	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1
11	37	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8	1
12	42	1	3	4	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	8	1
13	25	1	3	4	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	7	2
14	33	1	3	4	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8	1
15	44	1	2	4	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8	1
16	28	1	3	4	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1
17	36	1	3	3	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	1
18	45	2	3	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1
19	58	1	3	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	1
20	28	1	2	4	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	7	2
21	44	2	3	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8	1
22	30	1	3	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	1
23	45	2	4	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8	1
24	32	1	2	4	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1
25	46	1	3	4	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	1
26	43	2	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1
27	29	1	3	4	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	8	1
28	36	1	3	4	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	6	2
29	41	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1
30	24	1	3	4	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8	1

Keterangan			
Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Kepatuhan
1 = Laki - Laki	1 = SD	1 = PNS	0 = Tidak
2 = Perempuan	2 = SMP	2 = Pegawai Swasta	1 = Ya
	3 = SMA	3 = Wiraswasta	
	4 = Diploma / Sarjana	4 = Tidak Bekerja	

Variabel Kepatuhan	
1 = Patuh	
2 = Tidak Patuh	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN

Jl. Jamin Ginting Km. 13,5 Kel. Lau Cih Medan Tuntungan Kode Pos 20136
Telepon: 061-8368633 Fax: 061-8368644
email : kepk.poltekkesmedan@gmail.com



PERSETUJUAN KEPK TENTANG
PELAKSANAAN PENELITIAN BIDANG KESEHATAN
Nomor: *of 255* /KEPK/POLTEKKES KEMENKES MEDAN 2020

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian usulan penelitian yang berjudul:

"Evaluasi Kepatuhan Minum Obat Anti Psikotik Oral Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik RS Jiwa Prof. Dr. M. Hdreem Medan"

Yang menggunakan manusia dan hewan sebagai subjek penelitian dengan ketua Pelaksana/ Peneliti Utama : **Incar Sembiring**
Dari Institusi : **Jurusan D-III Farmasi Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan**

Dapat disetujui pelaksanaannya dengan syarat :
Tidak bertentangan dengan nilai – nilai kemanusiaan dan kode etik penelitian kesehatan
Melaporkan jika ada amandemen protokol penelitian.
Melaporkan penyimpangan/ pelanggaran terhadap protokol penelitian.
Melaporkan secara periodik perkembangan penelitian dan laporan akhir.
Melaporkan kejadian yang tidak diinginkan.

Peretujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol dengan masa berlaku maksimal selama 1 (satu) tahun.

Medan, Juni 2020
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Medan

Jp Ketua,

Dr. Ir. Zuraidah Nasution, M.Kes
NIP. 196101101989102001

POLITEKNIK KESEHATAN
 JURUSAN FARMASI
 JL. AIRLANGGA NO. 1 MEDAN

KARTU LAPORAN PERTEMUAN BIMBINGAN KTI
 MAHASISWA RPL
 INCAR SEMBIRING



Nama

NIM

Petabimbing

NO	TGL	PERTEMUAN	PEMBAHASAN	PARAF MAHASISWA	PARAF PEMBIMBING
1	7/3/20	1	Usulan judul KTI	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	10/3/20	2	Perbaikan judul KTI	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	12/3/20	3	Proses proposal KTI	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	02/4/20	4	Proses proposal KTI	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	09/4/20	5	Proses/Revisi KTI	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	12/4/20	6	Pembuatan PPI proposal	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	16/4/20	7	Revisi PPI proposal	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	18/4/20	8	Revisi PPI proposal	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	30/4/20	9	Perbaikan proposal hasil	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10	4/5/20	10	Survey by google form	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
11	6/6/20	11	KTI lengkap	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12	17/6/20	12	KTI lengkap	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Ketua

Dra. Masnah, M.Kes., Apt
 NIP. 196204281995032001