

**PERBANDINGAN PENGGUNAAN OBAT TIPIKAL DAN ATIPIKAL
TERHADAP PASIEN PSIKOTIK AKUT DENGAN POSITIVE AND
NEGATIVE SYMPTOMS SCALE EXCITED COMPONENT
(PANSS-EC) DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
PROVINSI LAMPUNG**

(Skripsi)

Oleh

AYU NINGSIH



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2019**

**PERBANDINGAN PENGGUNAAN OBAT TIPIKAL DAN ATIPIKAL
TERHADAP PASIEN PSIKOTIK AKUT DENGAN POSITIVE AND
NEGATIVE SYMPTOMS SCALE EXCITED COMPONENT
(PANSS-EC) DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
PROVINSI LAMPUNG**

Oleh

AYU NINGSIH

Skripsi

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN

Pada

Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung



**PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2019**

ABSTRACT

COMPARISON OF TYPICAL AND ATYPICAL DRUGS ON ACUTE PSYCHOTIC PATIENTS WITH POSITIVE AND NEGATIVE SYMPTOMS SCALE-EXCITED COMPONENT(PANSS-EC) IN HOSPITAL PATIENTS WITH LAMPUNG PROVINCE

By
Ayu Ningsih

Background: Acute psychosis is a mental disorder that has been characterized by disruption of the ability to assess reality or views, one example of psychosis is schizophrenia. Schizophrenia is a mental disorder characterized by weak thought processes and responses and epidemiology of 1% of the world's population experiencing psychological disorders such as schizophrenia. In Indonesia the incidence of schizophrenia reaches 6 per 1000 population. Lampung Province in 2011 the number of people with mental disorders by 7,422 people (47.2%) overcome schizophrenia and increased in 2012 by 8890 people (50.7%) Antipsychotic drugs are the first choice therapy for the treatment of schizophrenia patients with agitation, both in the form of atypical antipsychotics. In measuring the patient's Agitation score scoring the Positive and Negative Component-Excited Syndrome (PANSS-EC), in order to know the differences in the use of typical and atypical drugs. PANSS - EC consists of 5 symptoms with a scale of 1-7.

Method: This research is a type of observational analytic study by obtaining cross sectional study between groups receiving typical therapy and atypical groups. The sample used using the total sampling technique of all patients who came to the Emergency Department (ER) of the Lampung Province Mental Hospital in the period 12 September - 11 October 2019, as many as 46 patients (typical group 5 patients, atypical group 41 patients) had meet the inclusion and exclusion criteria. PANSS-EC scores taken on the pre-test assessment must exceed scores > 15-19. Data analysis was performed using an unpaired t-test.

Results: The results of the difference between the haloperidol combination drug with the combination risperidone during the pre-test and post-test preparation ($P < 0.05$). The mean score was pre-test for haloperidol group 18.8 and risperidone group 17.2. The average post-test score of the haloperidol group was 1.53 and the risperidone group was 1.53.

Conclusion: There are significant differences in the PANSS - EC pre-test and post-test results of the combination haloperidol group with the combination of risperidone. Overcoming the same problem in overcoming the acute agitation problem of acute psychotic patients

Keywords: Acute psychotic, haloperidol, PANSS – EC, risperidone.

ABSTRAK

PERBANDINGAN PENGGUNAAN OBAT TIPIKAL DAN ATIPIKAL TERHADAP PASIEN PSIKOTIK AKUT DENGAN *POSITIVE AND NEGATIVE SYMPTOMS SCALE- EXCITED COMPONENT* (PANSS-EC) DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI LAMPUNG

Oleh
Ayu Ningsih

Latar Belakang : Psikosis akut adalah gangguan jiwa yang telah ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan, salah satu contoh psikosis adalah skizofrenia. Skizofrenia merupakan gangguan mental yang ditandai dengan gangguan proses berpikir dan tanggapan emosi yang lemah dan secara epidemiologi 1% populasi dunia mengalami gangguan psikotik akut berupa skizofrenia. Di Indonesia angka kejadian skizofrenia mencapai 6 per 1000 penduduk di RSJD. Provinsi Lampung tahun 2011 jumlah penderita gangguan jiwa skizofrenia sebesar 7.422 orang (47,2%) dan meningkat di tahun 2012 menjadi 8890 orang (50,7%) Obat antipsikotik merupakan terapi pilihan pertama untuk menangani pasien skizofrenia dengan agitasi, baik berupa antipsikotik tipikal maupun atipikal. Dalam mengukur skor agitasi pasien digunakan skoring *The Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component* (PANSS-EC), agar mengetahui perbedaan penggunaan obat tipikal dan atipikal. PANSS – EC terdiri dari 5 gejala dengan skala penilaian 1-7.

Metode : Penelitian ini merupakan jenis penelitian Observasional Analitik dengan pendekatan *cross sectional* antara kelompok yang mendapat terapi tipikal dan kelompok yang mendapat atipikal. Sampel yang digunakan menggunakan teknik *total sampling* seluruh pasien yang datang ke bagian Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung dalam kurun waktu 12 September – 11 Oktober 2019, sebanyak 46 pasien (kelompok tipikal 5 pasien, kelompok atipikal 41 pasien) telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Skor PANSS – EC yang diambil pada penilaia *pre test* harus melebihi skor >15-19. Analisa data dilakukan menggunakan uji t – test tidak berpasangan.

Hasil : Didapatkan hasil adanya perbedaan antara obat haloperidol kombinasi dengan risperidone kombinasi pada saat pengukuran *pre test* dan *post test* ($P < 0.05$). Nilai mean *pre test* kelompok haloperidol 18,8 dan kelompok risperidone 17,2. Nilai mean *post test* kelompok haloperidol 1,53 dan kelompok risperidone 1,53.

Simpulan : Terdapat perbedaan bermakna pada skor PANSS – EC *pre test* dan *post test* kelompok haloperidol kombinasi dengan risperidone kombinasi. Keduanya memiliki efektivitas yang sama dalam mengatasi keadaan agitasi akut pasien psikotik akut

Kata Kunci : Haloperidol, PANSS - EC, psikotik akut, risperidone.

Judul Skripsi : **PERBANDINGAN PENGGUNAAN OBAT TIPIKAL DAN ATIPIKAL TERHADAP PASIEN PSIKOTIK AKUT DENGAN POSITIVE AND NEGATIVE SYMPTOMS SCALE EXCITED COMPONENT (PANSS-EC) DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : **Ayu Ningsih**

No. Pokok Mahasiswa : **15180110126**

Program Studi : **Pendidikan Dokter**

Fakultas : **Kedokteran**



1. **Komisi Pembimbing**

Pembimbing 1

dr. Rasmi Zakiah Oktarina, S. Ked., M. Farm
NIP. 19841020 200912 2 005

Pembimbing 2

dr. Rizki Hanriko, S. Ked., Sp. PA
NIP. 19790701 200812 1 003

2. **Dekan Fakultas Kedokteran**

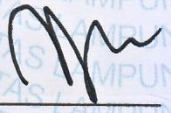


Dr. Dyah Wulan S.R. Wardani, S.KM., M.Kes
NIP. 19720628 199702 2 001

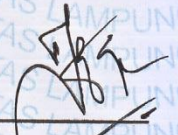
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

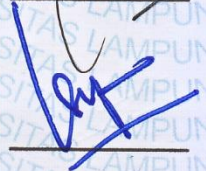
Ketua : dr. Rasmi Zakiah Oktarina, S. Ked., M. Farm



Sekretaris : dr. Rizki Hanriko, S. Ked., Sp. PA



**Penguji
Bukan Pembimbing : dr. Tendry Septa, S. Ked., Sp. KJ (K)**



2. Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. Dyah Wilan S.R. Wardani, S.KM., M.Kes
NIP. 19720628 199702 2 001



Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 22 Oktober 2019

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Skripsi dengan judul “PERBANDINGAN PENGGUNAAN OBAT TIPIKAL DAN ATIPIKAL TERHADAP PASIEN PSIKOTIK AKUT DENGAN *POSITIVE AND NEGATIVE SYMPTOMS SCALE-EXCITED COMPONENT* (PANSS-EC) DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI LAMPUNG” adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 22 Oktober 2019
Penulis,



Ayu Ningsih
NPM. 1518011126

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Tanjung Karang pada tanggal 14 Desember 2019, sebagai anak ke 3 dari 6 bersaudara dari Bapak Burhanudin dan Ibu Yuni Mukaromah.

Pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) diselesaikan di TK PWP Transos Rejomulyo Lampung Timur pada tahun 2003. Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SD N 1 Mulyosari Pasir Sakti Lampung Timur pada tahun 2009. Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMP N 1 Pasir Sakti Lampung Timur pada tahun 2012. Sekolah Menengah Akhir (SMA) diselesaikan di SMA N 1 Pasir Sakti Lampung Timur pada tahun 2015.

Tahun 2015, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur SBMPTN.

PERSEMBAHAN

Dengan penuh rasa syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan nikmat yang diberikan, shalawat dan salam selalu tercurah kepada baginda Rasulullah

Muhammad SAW. Aku persembahkan hasil karyaku ini :

Untuk cahaya penuh kasih sayang dan ketulusan, ibuku Yuni Mukaromah yang selalu memberikan kekuatan penuh cinta dan kasih sayang, ayahku Alm.

Burhanudin untuk inspirasi kerja keras dan kegigihan selama ini, adikku tersayang Mahendra, Mahdewa, dan Muhammad Eza untuk semangat dan harapan, sahabat-sahabat seperjuanganku Zihan Zetira, Achisna Rahmatika, Aslam Abdullah, Ghalib Abdul Nasser serta almamater tercinta, Jurusan Pendidikan Dokter Universitas Lampung.

SANWACANA

Puji syukur Penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan hidayah-Nya skripsi ini dapat diselesaikan. Shalawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad S.A.W.

Skripsi ini yang berjudul “Perbandingan Penggunaan Obat Tipikal Dan Atipikal Terhadap Pasien Psikotik Akut Dengan *Positive And Negative Symptoms Scale-Excited Component* (Panss-Ec) Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung” adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana Kedokteran di Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini Penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Karomani, M.Si selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Dr. Dyah Wulan S.R.W.,SKM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
3. dr. Rasmi Zakiah Oktarlina, S.Ked., M.Fam selaku pembimbing utama penulis, yang bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran serta selalu memberikan dorongan kepada penulis. Terimakasih arahan dan nasihat yang tidak pernah putus diberikan selama proses penyusunan skripsi ini;
4. dr. Rizki Hanriko, S.Ked., Sp.PA selaku pembimbing kedua yang bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran serta selalu memberikan dorongan kepada penulis. Terimakasih arahan dan nasihat yang tidak pernah putus diberikan selama proses penyusunan skripsi ini;

5. dr. Tendry Septa, S.Ked, Sp.KJ(K) selaku pembahas skripsi penulis yang bersedia meluangkan waktu, memberikan masukan, kritik, saran dan nasihat yang bermanfaat dalam penyelesaian skripsi ini;
6. dr. A. Fauzi, S.Ked., Sp.OT selaku pembimbing akademik, terimakasih banyak kepada dokter Fauzi yang selalu membimbing dan memberikan motivasi serta saran kepada penulis sejak awal semester hingga saat ini, dan terimakasih sudah meluangkan waktunya untuk mendengarkan keluhan kami anak PA dokter;
7. Kedua Orang Tua, Alm. Bapak Burhanudin dan Ibu Yuni Mukaromah atas segala cinta dan kasih sayangnnya. Tidak ada hentinya bapak dan ibu selalu mengajarkan, membimbing, memberikan saran, arahan dan nasihat untuk penulis menjadi lebih baik, serta terimakasih banyak untuk semua yang bapak dan ibu berikan hingga harus bekerja seharian dan tidak pernah mengeluh karena lelah. Kalian adalah alasan utama penulis untuk tidak menyerah dalam menyelesaikan pendidikan ini. Terimakasih sekali lagi, untuk doa yang selalu bapak dan ibu panjatkan demi kelancaran disetiap ujian yang penulis lalui dalam pendidikan di Fakultas Kedokteran Unila ini, terimakasih untuk setiap keringat yang mama dan papa keluarkan demi penulis;
8. Adik Mahendra, Mahdewa, dan Muhammad Eza adalah tiga sosok adik yang penulis andalkan untuk menjaga orang tua dirumah, yang selalu menguatkan penulis untuk tetap fokus dalam menimba ilmu sebab mereka akan dengan baik menjaga orang tua;
9. Ketiga ponakan, Andriansyah, Putra, dan Galuh, yang selalu menghibur dan menjadi teman bermain disaat penulis sedang jenuh;

10. Seluruh keluarga besar lainnya yang mungkin tidak bisa penulis ucapkan satu persatu, terimakasih selalu mendoakan dan memberikan dukungan kepada penulis selama masa studi;
11. Sahabat-Sahabatku di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, Achisna Rahmatika, Zihan Zetira, Aslam Abdullah, Ghalib Abdul Nasser, Dianti Sevina, Christa Selina, Bagas Adji Prasetyo, Nadhia Khairunnisa, Nurul Fitri, Vina Amelia, Ni Putu Nita Pranita, Larasati A., kelompok belajar yang selalu menjadi sahabat penulis dalam senang maupun sedih. Terimakasih untuk semua dukungan, doa, waktu, cerita dan air mata yang sudah kita lewati di setiap semester menjadi mahasiswa di Fakultas Kedokteran ini. Banyak cerita yang akan selalu teringat dan tak mungkin terlupakan, bersama kalian terasa indah dan lebih mudah untuk dilalui walaupun terkadang sulit, kalian adalah sahabat sejawatku;
12. Terimakasih untuk teman saya Puja Andelia, Dwi Fasadena, Noviani selalu membantu dan menemani setiap langkah penulis, dalam keadaan suka maupun duka;
13. Terimakasih untuk Alfi Sofyan, Fuad Iqbal EP, Ayu Sofia, dan Muhamad Danang Wijaya telah meluangkan waktu, tenaga, dan fikiran untuk memberikan saran dan nasihat kepada penulis;
14. Kepada Direktur dan Jajaran Managemen Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yang tidak bisa penulis ucapkan satu persatu, terima kasih atas izin, dukungan dan kerjasamanya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini tepat waktu;
15. Terima kasih kepada seluruh staff dan karyawan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung terutama perawat-perawat dan dokter di IGD Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung, karena sudah membantu dalam penelitian ini serta 1

bulan yang sudah berlalu dengan banyak kenangan, semoga suatu saat kita dapat berjumpa lagi;

16. Seluruh satu angkatan, ENDOM15IUM, terimakasih untuk setiap semester sulit yang sudah kita lewati bersama, untuk setiap acara angkatan yang kita lalui dengan penuh kenangan. Semoga senang dan sulit yang kita lewati kemarin menjadi memori indah yang membuat kita tidak pernah berhenti bersyukur. Sukses dan kompak selalu, ENDOM15IUM;
17. Seluruh angkatan 2014, 2015, 2016, dan 2017 yang saya banggakan.
18. Segenap jajaran dosen dan *civitas* Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas segala bantuan yang telah diberikan selama penulis menjalani proses perkuliahan;

Akhir kata, penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Akan tetapi, penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat dan berguna bagi kita semua. Aamiin.

Bandar Lampung, 22 Oktober 2019
Penyusun,

Ayu Ningsih

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Agitasi.....	9
2.2 Psikotik Akut	10
2.3 Skizofrenia	11
2.3.1 Definisi	11
2.3.2 Etiologi	12
2.3.3 Epidemiologi	14
2.3.4 Manifestasi Klinis.....	16
2.3.5 Kriteria Diagnosis Skizofrenia Menurut Panduan Praktis Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III.....	18
2.3.6 Klasifikasi Skizofrenia	21
2.3.7 Fase Skizofrenia	23
2.3.8 Tatalaksana Skizofrenia	25
2.4 <i>Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component</i> (PANSS - EC).....	32
2.5 Kerangka Teori	34
2.6 Kerangka Konsep.....	35
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	36
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	36
3.3 Subjek Penelitian	36
3.3.1 Populasi	36
3.3.2 Sampel	37

3.3.2.1 Kriteria Inklusi.....	37
3.3.2.2 Kriteria Eksklusi.....	37
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	37
3.4 Variabel Penelitian.....	38
3.4.1 Variabel Bebas	38
3.4.2 Variabel Terikat.....	38
3.5 Definisi Operasional	38
3.6 Pengumpulan Data.....	39
3.6.1 Langkah Kerja	39
3.7 Pengolahan dan Analisis Data	40
3.7.1 Pengolahan Data.....	40
3.7.2 Analisis Data	41
3.8 Alur Penelitian	42
3.9 <i>Dummy Table</i>	43
3.10 Etik Penelitian	44
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian	45
4.1.1 Distribusi Frekuensi	45
4.1.2 Analisis Univariat.....	46
4.1.3 Analisis Bivariat	48
4.1.3.1 Efektivitas Terapi Antara Kelompok Haloperidol dengan Kelompok Risperidone	48
4.1.3.2 Perbedaan nilai PANSS – EC <i>pre test</i> dan <i>post test</i> kelompok Terapi Haloperidol dan Risperidone.....	54
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Simpulan	57
5.2 Saran	57
5.2.1 Saran Untuk Peneliti Selanjutnya.....	57
5.2.2 Saran Untuk Fakultas	58
5.2.3 Saran Untuk Institusi Kesehatan	58
5.3 Keterbatasan Penelitian.....	58
DAFTAR PUSTAKA	59
LAMPIRAN.....	64

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Perbedaan Antipsikotik Tipikal dengan Atipikal.....	31
2. Definisi Operational	38
3. Data Demografis Sampel	43
4. Penilaian skor PANSS-EC Obat Tipikal Saat Sebelum Terapi dan Setelah Hari ke-5.....	43
5. Penilaian Skor PANSS-EC Obat Atipikal Saat Sebelum Terapi dan Setelah Hari ke-5.....	43
6. Distribusi Karakteristik Responden	45
7. Uji Normalitas Data PANSS – EC Skor Haloperidol	46
8. Perbedaan Skor PANSS – EC Dengan Skizofrenia yang Mendapat Terapi Haloperidol H ke-1 dan H ke-5	46
9. Uji Normalitas Data PANSS – EC Skor Risperidone.....	47
10. Perbedaan Skor PANSS – EC Skor Dengan Skizofrenia yang Mendapat Terapi Risperidone H ke-1 dan H ke-5	48
11. Analisis Nilai H ke-1 PANSS-EC pada Kelompok Haloperidol dan Kelompok Risperidon	49
12. Analisis Nilai H ke-5 PANSS-EC pada Kelompok Haloperidol dan Kelompok Risperidon.....	50
13. Perbedaan Nilai PANSS – EC <i>pre test</i> Dengan <i>post test</i> kelompok terapi Haloperidol dan Risperidone.....	55

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Algoritme Antipsikotik Menurut <i>American Society Of Health-System Pharmacists</i> (Chuang and Crismon, 2003).	26
2. Kerangka Teori.....	34
3. Kerangka Konsep.....	35
4. Alur Penelitian	42

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa berat adalah gangguan jiwa yang telah ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (*insight*) yang buruk. Gejala yang menyertai gangguan ini antara lain berupa halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh, misalnya agresivitas atau katatonik. Gangguan jiwa berat dikenal dengan sebutan psikosis dan juga salah satu contoh psikosis adalah skizofrenia (Idaiani, *et all*, dalam Riset Kesehatan Dasar, 2013). Penyebab dari gangguan psikotik masih belum diketahui. Pasien dengan gangguan personalitas seperti *borderline*, *schizoid*, *schyzotypal* atau *paranoid qualities* dapat berkembang menjadi gejala psikotik.

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang ditandai dengan gangguan proses berpikir dan tanggapan emosi yang lemah. Secara epidemiologi 1% dari populasi penduduk dunia mengalami gangguan psikotik akut yang berupa skizofrenia (Kirkpatrick & Tek, 2005). Epidemiologi penyakit ini terjadi di masa remaja akhir atau dewasa awal. Puncak usia dari onset penyakit ini antara 15 - 35 tahun. Onset sebelum usia 10 tahun atau setelah 45 tahun jarang terjadi.

Di Indonesia angka kejadian skizofrenia mencapai 6 per 1000 penduduk Indonesia (Riskesdas, 2018). Angka prevalensi skizofrenia di Provinsi Lampung yaitu sebesar 0,8% (Balitbang Kemenkes RI, 2018). Data RSJ Provinsi Lampung tahun 2011 jumlah penderita gangguan jiwa sebesar 15.720 orang dengan 7.422 orang (47,2%) diantaranya mengalami skizofrenia dan angka kejadian tersebut meningkat ditahun 2012 menjadi 17.528 orang dengan 8890 orang (50,7%) mengalami skizofrenia (Rekam Medik RSJ Provinsi Lampung, 2012).

Skizofrenia memiliki sifat menurun ke generasi berikutnya yang diperkirakan mencapai 80%. Skizofrenia memberikan kerugian yang besar dalam kehidupan bermasyarakat dalam hal pengeluaran biaya pengobatan yang cukup besar serta kehilangan produktivitas (Monji A *et al.*, 2009; Paul-Samojedny M *et al.*, 2013). Walaupun antipsikotik baru telah dikembangkan, pada beberapa kasus gejala kognitif dan negatif skizofrenia terkadang tidak berespon terhadap farmakoterapi. Tingginya gejala gangguan dalam interaksi sosial dan perburukan kronik menunjukkan bahwa skizofrenia memiliki karakteristik neurodegeneratif (Na K, *et all*, 2014).

Terdapat beberapa tipe skizofrenia, yaitu tipe paranoid, hebefrenik, katatonik, tak terinci, depresi pasca skizofrenia, residual, simpleks, dan lainnya dan tak tergolongkan (Departemen Kesehatan, 2004). Para ahli berpendapat bahwa etiologi skizofrenia belum dapat didefinisikan secara jelas, namun terdapat beberapa teori pendekatan yang diduga merupakan faktor penyebab dari skizofrenia, antara lain faktor genetik, peristiwa pada kehidupan, lingkungan,

dan adanya suatu perbedaan struktur senyawa kimia (neurotransmitter) di otak (Taylor *et al.*, 2007).

Agitasi adalah gejala akut pada penyakit-penyakit psikiatrik. Agitasi sering dijumpai di pelayanan gawat darurat psikiatri sebagai keluhan pada pasien-pasien dengan gangguan psikotik. Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) dari *American Psychiatric Association*, agitasi didefinisikan sebagai aktivitas motorik yang berlebihan dihubungkan dengan perasaan ketegangan dari dalam diri. Gangguan perilaku yang kompleks yang dikarakteristikan dengan agitasi ini terdapat pula pada sejumlah gangguan psikiatrik seperti skizofrenia, gangguan afektif bipolar, demensia (termasuk penyakit Alzheimer) dan penyalahgunaan zat (obat dan/atau alkohol).

Obat antipsikotik merupakan terapi pilihan pertama untuk menangani pasien skizofrenia dengan agitasi. Obat antipsikotik terdiri dari dua jenis, yaitu antipsikotik generasi pertama (AGP-1/tipikal) dan antipsikotik generasi kedua (APG-2/atipikal) dengan *level of evidence A dan recommendation grade 1*. Mekanisme kerja obat antipsikotik secara umum sebagai berikut: sebagai antagonis Dopamin 2 (D2) tinggi dan antagonis reseptor *5-hydroxytryptamine* 2A (5-HT2A) rendah seperti APG-1; antagonis D2 menengah hingga tinggi dan antagonis 5-HT2A tinggi seperti APG-2-non klozapin; antagonis D2 rendah dan antagonis 5-HT2A tinggi seperti APG-2 seperti aripiprazol, klozapin.

Pasien dengan agitasi akut yang dihubungkan dengan skizofrenia berisiko untuk mencelakai diri mereka sendiri dan orang lain maka dari itu membutuhkan pengobatan untuk mengontrol gejalanya dengan cepat. Obat Injeksi APG-I sering digunakan untuk mengatasi agitasi akut pada skizofrenia. Kerja obat ini sangat cepat. Walaupun demikian, ada beberapa efek samping yang sering dikaitkan dengan injeksi APG-I, misalnya distonia akut, pemanjangan interval QT dan akatisia.

Obat seperti haloperidol intramuskular (IM) adalah pengobatan APG-1 intramuskular standar yang paling banyak digunakan untuk pengobatan agitasi akut dengan dosis berkisar 5-10 mg. Dosis haloperidol 5mg dipergunakan untuk mengontrol dengan cepat pasien skizofrenik akut dengan gejala gaduh gelisah pada pasien psikotik akut. Bergantung kepada respons pasien, dosis berikutnya dapat diberikan tiap jam, walaupun dengan interval 4-8 jam sudah menimbulkan efek berarti. *Onset of action* haloperidol intramuskular bervariasi dan umumnya antara 30 dan 60 menit (Kapur dkk, 2005). Selanjutnya, APG-1 dapat pula menyebabkan gejala ekstrapiramidal (EPS), abnormalitas elektrokardiogram (EKG), sedasi berlebihan atau sindrom neuroleptik malignansi (SNM) apabila obat psikotik tersebut digunakan dalam jangka waktu yang cukup lama. Efek samping ini dapat menimbulkan penderitaan bagi pasien dan memberikan dampak buruk terhadap kepatuhan dan penerimaan terhadap terapi jangka panjang (Marder SR dan Kane JM, 2005).

Obat APG-2, baik oral maupun injeksi, bermanfaat dalam mengendalikan agitasi pada fase akut skizofrenia. APG-2 memberikan efek yang sama dengan obat APG-1 dalam mengurangi gejala positif dengan gejala EPS yang lebih rendah pada dosis terapeutik. Lebih jauh lagi, APG-2 lebih baik dibandingkan APG-1 dalam hal perbaikan kognitif. Disamping mempunyai risiko yang lebih rendah untuk terjadinya gejala ekstrapiramidal, pengobatan antipsikotik atipikal intramuskular juga mempunyai keuntungan dalam menangani psikosis akut. Aripiprazol oral menunjukkan perbaikan dengan tolerabilitas yang baik pada pasien psikosis akut, namun membutuhkan waktu beberapa hari untuk mengontrol gejala gaduh gelisah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa obat injeksi jangka pendek APG-II, misalnya risperidon, olanzapin, dan aripiprazol efektif mengontrol agitasi pada fase akut skizofrenia (Breier A dkk, 2002; Brook S dkk, 2005).

Penelitian yang dilakukan oleh Fang dkk ada tahun 2012 dengan membandingkan penggunaan risperidone oral (2-6mg/hari) dengan injeksi haloperidol (10-20mg/hari). Hasil menunjukkan bahwa penggunaan obat risperidon ditambah clonazepam menghasilkan efek yang cepat dan kontrol yang lebih efektif pada pasien skizofrenia dengan agitasi akut. Penelitian *single blind study* Currier dkk tahun 2004 melaporkan dosis tunggal risperidone oral tambah lorazepam dengan injeksi intramuskular haloperidol tambah lorazepam memiliki efikasi yang sama dalam hal penurunan PANSS-EC skor pada keadaan agitasi akut. Dalam penelitian Fan juga disebutkan bahwa risperidone oral kurang sedatif dibandingkan haloperidol injeksi.

Pada penelitian lain oleh Lim HK dkk tahun 2010 membandingkan antara penggunaan total 6mg risperidone oral dengan total 15mg haloperidol injeksi pada 62 pasien pada masing-masing subjek penelitian. Skoring PANSS-EC dinilai pada 30 menit, 2, 6 dan 24 jam pemberian obat. Hasilnya menunjukkan bahwa terdapat penurunan skor PANSS-EC pada subjek penelitian. Namun tidak terdapatnya perbedaan penggunaan yang signifikan antara risperidone oral dengan haloperidol injeksi pada penelitian ini.

Psikopatologi pasien (subjek penelitian) dinilai menggunakan skala gejala positif dan negatif pada *The Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component* (PANSS-EC), yakni suatu subskala yang telah divalidasi dari PANSS yang digunakan untuk mengukur gejala-gejala agitasi, dan menilai lima gejala, antara lain buruknya kontrol terhadap impuls, ketegangan, permusuhan, ketidakkooperatifan dan gaduh. PANSS-EC ialah salah satu instrumen penilaian yang paling penting untuk pasien dengan agitasi (Obermeier M, 2011). PANSS pertama kali dibuat oleh Stanley Kay, Lewis Opler, dan Abraham Fiszbein di tahun 1987 yang diambil dari dua instrumen terdahulu, yaitu *Brief Psychiatry Rating Scale* (BPRS) dan *Psychopathology Rating Scale* (PRS) (Obermeier M, 2011). Pengukuran PANSS berdasarkan pada hasil dari wawancara klinis empat tahap, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu dan riwayat penyakit keluarga serta ditambah informasi perilaku pasien yang didapatkan dari laporan keluarga atau perawat. Penilaian PANSS-EC dimulai dari 1 (tidak ada) sampai dengan 7 (sangat parah); nilai berkisar antara 5 sampai 35 (Montoya *et al.*, 2011).

Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung merupakan satu-satunya rumah sakit jiwa yang ada di Provinsi Lampung yang menangani seluruh pasien gangguan jiwa dari berbagai kota di Provinsi Lampung. Disana terdapat pasien-pasien skizofrenia mulai dari anak, remaja sampai dewasa, baik berjenis kelamin laki-laki atau perempuan. Pada penelitian ini jenis pasien yang ditangani setiap pasien psikotik akut yang datang ke RSJ Daerah Provinsi Lampung dalam kurun waktu 30 hari. Pasien beragam ada yang anak-anak, dan dewasa, berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan.

Penggunaan obat antipsikotik memang merupakan pilihan pada pasien skizofrenia khususnya pada saat keadaan agitasi akut namun data terkait perbandingan antara penggunaan APG-1 dan APG-2 disana masih belum pernah diteliti sebelumnya terhadap skor PANSS-EC. Oleh karena itulah peneliti ingin meneliti tentang “Perbandingan Penggunaan Obat Tipikal dan Atipikal Terhadap Pasien Skizofrenia Dengan PANSS-EC di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung”.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah Terdapat Perbedaan Penggunaan Obat Tipikal dan Atipikal Terhadap Pasien Psikotik Akut Dengan PANSS Skor di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung”.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui adakah Perbedaan Penggunaan Obat Tipikal dan Atipikal Terhadap Psikotik Akut Dengan PANSS-EC Skor di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung sebagai referensi baru mengenai informasi ilmiah tentang Perbedaan Penggunaan Obat Tipikal dan Atipikal Terhadap Pasien Psikotik Akut Dengan PANSS-EC di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.
2. Bagi Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung sebagai referensi pemilihan pengobatan pada pasien psikotik akut menggunakan obat tipikal maupun atipikal
3. Bagi peneliti selanjutnya sebagai sumber referensi dalam pengambilan data penelitian berikutnya.
4. Bagi pembaca sebagai referensi tentang perbandingan penggunaan obat tipikal maupun atipikal pada pasien psikotik akut dengan kriteria PANSS-EC.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Agitasi

Agitasi adalah gejala perilaku yang bermanifestasi dalam penyakit-penyakit psikiatrik yang luas. Agitasi sangatlah sering dijumpai di dalam pelayanan rawat inap psikiatri sebagai keluhan pasien-pasien dengan gangguan psikotik. Agitasi memiliki manifestasi yang bermacam-macam. Umumnya komponen perilaku dari agitasi dapat dikenali sebagai agresif secara fisik atau verbal (seperti berkelahi, melempar, merebut, menghancurkan barang-barang, memaki dan berteriak) dan juga yang nonagresif (tidak dapat tenang, mondar-mandir, bertanya berulang-ulang, bercakap-cakap dan *inappropriate disrobing* (Reverger, 2012).

Menurut (APA) di dalam DSM-IV-TR, agitasi didefinisikan sebagai aktivitas motorik yang berlebih-lebihan terkait dengan perasaan ketegangan dari dalam diri. Gangguan perilaku yang kompleks yang dikarakteristikkan dengan agitasi terdapat pada sejumlah gangguan psikiatri seperti skizofrenia, gangguan bipolar, demensia (termasuk penyakit Alzheimer) dan penyalahgunaan zat (obat dan/atau alkohol) (American Psychiatric Association, 2013).

Dari data-data pasien yang mengunjungi pelayanan gawat darurat psikiatri, agitasi merupakan gejala yang sering sekali dikeluhkan pada penderita dengan psikosis, gangguan bipolar dan demensia. Di Amerika Serikat, penderita dengan agitasi yang datang ke pelayanan gawat darurat psikiatri meliputi 21% pasien-pasien skizofrenik, 13% pasien dengan gangguan bipolar dan 5% pasien dengan demensia.

2.2 Psikotik Akut

Gangguan psikosis adalah gangguan kejiwaan berupa hilang kontak dengan kenyataan yaitu penderita kesulitan membedakan hal nyata dengan yang tidak, umumnya akan dimulai dengan kesulitan konsentrasi, berbicara tidak jelas dan kesulitan mengingat. Penderita psikosis akan terlihat jika penderita sudah mengalami delusi, halusinasi dan diikuti dengan perubahan emosi dan tingkah laku. Penderita gangguan psikosis akan terlihat menyendiri dengan emosi yang datar tetapi terkadang secara mendadak emosi menjadi sangat tinggi atau depresi. Pada penderita psikosis juga akan tampak ekspresi emosi yang tinggi dan akan berhubungan dengan coping mechanism yang terfokus emosi seperti penarikan diri (Raune, 2004). Dalam keseharian penderita psikosis juga dapat mengalami hal-hal yang tidak nyata yang memengaruhi tingkah laku mereka seperti ketakutan akan hal-hal yang tidak nyata dan paranoia.

Banyak definisi operasional yang digunakan oleh tenaga medis di dunia dan diakui secara internasional untuk mengklasifikasi gangguan psikotik. Definisi operasional yang paling sering adalah ICD 10 dan DSM V. Beberapa peneliti

menggunakan istilah gangguan psikosis episode awal untuk nama lain dari skizofrenia dan diagnosis bisa diperluas untuk psikosis spektrum skizofrenia dan mencakup skizofreniform. Akan tetapi batas dari psikosis spektrum skizofrenia yang kurang dipahami (Baldwin dkk, 2005).

2.3 Skizofrenia

2.3.1 Definisi

Gangguan skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang memengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang dapat diterima secara social. Gangguan ini berlangsung selama sedikitnya 6 bulan dan termasuk minimal satu bulan yang diakibatkan gangguan susunan sel-sel syaraf pada otak manusia (Isaacs, 2004).

Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa memandang jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi (Maramis, 2005). Skizofrenia dikarakteristikan dengan psikosis, halusinasi, delusi, disorganisasi pembicaraan dan perilaku, afek datar, penurunan kognitif, ketidakmampuan bekerja atau kegiatan dan hubungan sosial yang memburuk (Lauriello, 2008).

Menurut PPDGJ III ada 6 macam skizofrenia yaitu skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia tak terinci (I), skizofrenia simpleks dan skizofrenia residual. Dalam penelitian ini peneliti akan mengambil sample secara keseluruhan tanpa membedakan tipe skizofrenia (Departemen Kesehatan RI, 1998).

2.3.2 Etiologi

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

1. Model Diastesis Stres

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

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. Menurut hipotesa dopamine ini, skizofrenia terjadi akibat dari peningkatan aktivitas neurotransmitter dopaminergik. Peningkatan ini mungkin merupakan akibat dari meningkatnya pelepasan dopamine, terlalu banyaknya reseptor dopamine, turunnya nilai ambang atau hipersensitivitas reseptor dopamine, atau kombinasi dari faktor-faktor tersebut.

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%.

4. Sudut Pandang Psikososial

a. 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 gejala 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. Gejala positif diasosiasikan dengan onset akut sebagai respon terhadap faktor pemicu atau pencetus, dan erat kaitanya dengan adanya konflik. Gejala 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.

b. 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. 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.

c. 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.

2.3.3 Epidemiologi

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV Text Revised* (DSM-IV-TR) insidens tahunan skizofrenia berkisar antara 0,5-

5,0 per 10.000 dengan beberapa variasi geografis. Di Amerika Serikat prevalensi skizofrenia seumur hidup dilaporkan secara bervariasi terentang dari 1% sampai 1,5%, konsisten dengan rentang tersebut, penelitian *Epidemiological Catchment Area* (ECA) yang disponsori oleh *National Institute of Mental Health* (NIMH) melaporkan prevalensi seumur hidup sebesar 0,025% sampai 0,5% populasi total diobati untuk pasien skizofrenia dalam 1 tahun. Walaupun duapertiga dari pasien yang diobati tersebut membutuhkan perawatan di rumah sakit, hanya kira-kira setengah dari pasien skizofrenia mendapat pengobatan, tidak tergantung pada keparahan penyakit (Sadock & Sadock, 2010).

Pada laki-laki biasanya skizofrenia mulai pada usia lebih muda yaitu 15-25 tahun sedangkan pada perempuan lebih lambat yaitu sekitar 25-35 tahun. Insiden skizofrenia lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan dan lebih besar di daerah urban dibandingkan daerah rural (Sadock & Sadock, 2010). Meskipun ada beberapa ketidaksepakatan tentang distribusi skizofrenia di antara laki-laki dan perempuan, perbedaan di antara kedua jenis kelamin dalam hal umur dan onset-nya jelas. Onset untuk perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki, yaitu sampai umur 36 tahun, yang perbandingan risiko onsetnya menjadi terbalik, sehingga lebih banyak perempuan yang mengalami skizofrenia pada usia yang lebih lanjut bila dibandingkan dengan laki-laki (Durand, 2007).

2.3.4 Manifestasi Klinis

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 3 yaitu gejala positif, gejala negatif dan gejala kognitif (Maramis, 2005 & Sinaga, 2007) yaitu :

1. Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri. Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya penderita skizofrenia, lampu traffic di jalan raya yang berwarna merah, kuning, hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi paranoid, mereka selalu merasa sedang di amat amati, diikuti atau hendak diserang. Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya. Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Ketidak mampuan dalam berpikir

mengakibatkan ketidak mampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya. Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia, juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada dan sebagainya.

2. Gejala Negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis yaitu kehilangan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang pemalas. Karena klien hanya memiliki minat sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosinya menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi yang baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Mereka mungkin bisa menerima perhatian dari orang lain tapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka. Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari hidup klien skizofrenia. Mereka tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien menarik diri dari lingkungannya dan merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus skizofrenia sering menyerang pada usia antara 15-30 tahun dan kebanyakan menyerang saat usia 40 tahun ke atas.

3. Gejala kognitif

Permasalahan yang berhubungan dengan perhatian, tipe-tipe ingatan tertentu dan fungsi yang memungkinkan kita untuk merencanakan mengorganisasikan sesuatu.

2.3.5 Kriteria Diagnosis Skizofrenia Menurut Panduan Praktis Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III

Berdasarkan ICD-10 dan PPDGJ III, untuk mendiagnosa skizofrenia harus ada (Departemen Kesehatan RI, 1998):

1. Sedikitnya satu gejala berikut ini yang 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 isinya sama, namun kualitasnya berbeda ; atau *“Thought insertion or withdrawal”* = isi yang asing dan luar masuk ke dalam 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”* = waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau

“Delusion of influence” = waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau *“Delusion of passivity”* = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang ”dirinya” = secara jelas merujuk kepergerakan tubuh / anggota gerak atau ke pikiran,

tindakan, atau penginderaan khusus); “*Delusional perception*” = pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

c. Halusinasi Auditorik:

- 1) Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau
- 2) Mendiskusikan perihal pasien pasien di antara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau
- 3) Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

d. Waham – waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat.

2. Waham

Waham sesuatu 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).

3. Atau paling sedikit dua gejala di bawah ini yang harus selalu ada secara jelas:

- a. Halusinasi yang menetap dan panca-indra 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 berkibat inkohherensi 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-gejala negatif, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpul atau 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 neuroleptika.
4. Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik (*prodromal*)).
5. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dan 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.

2.3.6 Klasifikasi Skizofrenia

1. Skizofrenia tipe Hebefrenik

Seorang yang menderita Skizofrenia tipe Hebefrenik yang disebut juga *disorganized type* atau "kacau balau" yang ditandai dengan gejala-gejala antara lain:

- a. Inkoherensi yaitu jalan pikiran yang kacau, tidak dapat dimengerti apa maksudnya. Hal ini dapat dilihat dari kata-kata yang diucapkan tidak ada hubungannya satu dengan yang lain.
- b. Alam perasaan yang datar tanpa ekspresi serta tidak selera.
- c. Perilaku dan tertawa kekanak-kanakan, senyum yang menunjukkan rasa puas diri atau senyum yang hanya dihayati sendiri
- d. Waham *bizarre* tidak jelas dan tidak sistematis (terpecah-pecah) tidak terorganisir sebagai suatu kesatuan
- e. Halusinasi yang terpecah-pecah yang isi temanya tidak terorganisir sebagai suatu kesatuan.
- f. Perilaku aneh, misalnya menyeringai sendiri, menunjukkan gerakan-gerakan aneh, berkelakar, pengucapan kalimat yang diulang-ulang dan kecenderungan untuk menarik diri secara ekstrim dari hubungan sosial.

2. Skizofrenia tipe Katatonik

Seseorang yang menderita Skizofrenia tipe Katatonik menunjukkan gejala-gejala yaitu:

- a. Stupor Katatonik, yaitu suatu pengurangan hebat dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan atau pengurangan dari

gerakan atau aktivitas spontan sehingga tampak seperti “patung” atau diam membisu.

- b. Negativisme Katatonik, yaitu suatu perlawanan yang nampaknya tanpa motif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan dirinya.
 - c. Kekakuan Katatonik, yaitu mempertahankan suatu sikap kaku terhadap semua upaya untuk menggerakkan dirinya.
 - d. Kegaduhan Katatonik, yaitu kegaduhan aktivitas motorik yang tampaknya tak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan luar.
 - e. Sikap Tubuh Katatonik, yaitu sikap yang tidak wajar atau aneh.
3. Skizofrenia tipe Paranoid

Seseorang yang menderita Skizofrenia tipe Paranoid menunjukkan gejala-gejala yaitu:

- a. Waham kejar atau waham kebesaran, misalnya kelahiran luar biasa, misi atau utusan sebagai penyelamat bangsa, dunia atau agama, misi kenabian atau mesias, atau perubahan tubuh. Waham cemburu seringkali ditemukan.
- b. Hausinasi yang mengandung isi kejaran atau kebesaran.
- c. Gangguan alam perasaan dan perilaku misalnya kecemasan yang tidak menentu, kemarahan, suak bertengkar dan berdebat dan tindak kekerasan

4. Skizofrenia tipe Residual

Tipe ini merupakan sisa-sisa (residu) dari gejala Skizofrenia yang tidak begitu menonjol. Misalnya alam perasaan yang tumpul dan mendatar serta tidak serasi (meningkat), penarikan diri dari pergaulan social, tingkah laku eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional atau pelanggaran asosiasi pikiran. Meskipun gejalagejala 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.

5. Skizofrenia tipe Tak Tergolongkan

Tipe ini memenuhi criteria 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 tikah laku kacau

2.3.7 Fase Skizofrenia

Menurut APA bahwa perjalanan penyakit skizofrenia terdiri dari tiga fase yaitu fase akut, fase stabilisasi dan fase stabil (Reverger, 2012). Ketiga fase tersebut disebut dengan fase psikotik. Sebelum fase psikotik muncul, terdapat fase premorbid dan fase prodormal (Muhyi, 2011).

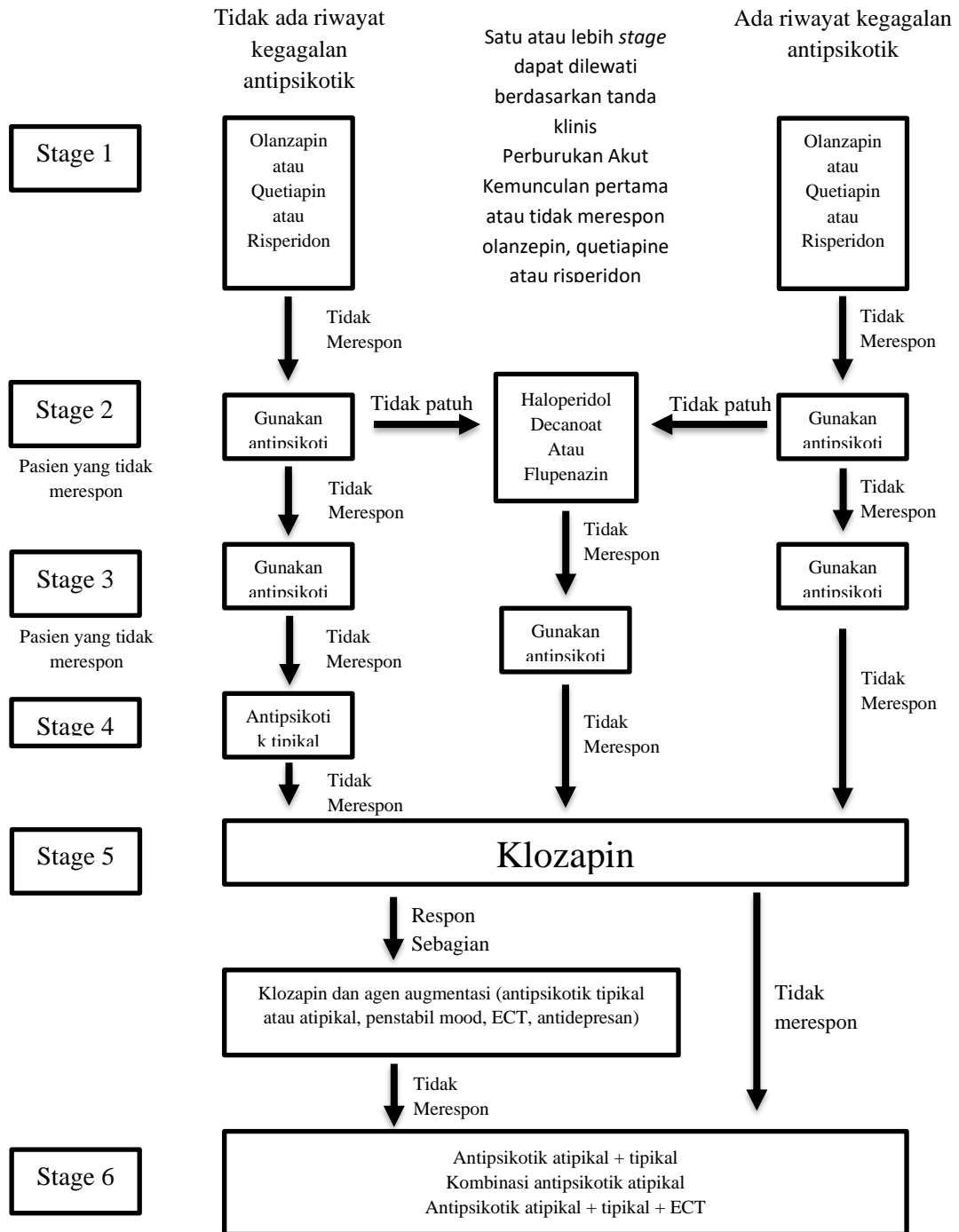
Pada fase premorbid, fungsi-fungsi individu masih dalam keadaan normatif (Muhyii, 2011). Pada fase prodormal biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa sampai beberapa bulan atau beberapa tahun sebelum diagnosis pasti skizofrenia ditegakkan (Herdaetha, 2009). Gejala non spesifik berupa gangguan tidur, ansietas, iritabilitas, depresi, konsentrasi berkurang, mudah lelah, dan adanya defisit perilaku misalnya kemunduran fungsi peran dan penarikan sosial (Muhyi, 2011). Hendaya fungsi pekerjaan, fungsi sosial, fungsi penggunaan waktu luang dan fungsi perawatan diri juga muncul pada fase prodormal (Safitri, 2012).

Gejala positif seperti curiga mulai berkembang di akhir fase prodromal dan berarti sudah mendekati fase psikotik (Muhyi, 2011). Masuk ke fase akut psikotik, gejala positif menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai gangguan afek (Safitri, 2010). Kemudian muncul fase stabilisasi yang berlangsung setelah dilakukan terapi dan pada fase stabil terlihat gejala negatif dan residual dari gejala positif. Pada beberapa individu bisa dijumpai agejalaatis, sedangkan individu lain mengalami gejala non psikotik misalnya, merasa tegang (tension), ansietas, depresi, atau insomnia (Muhyi, 2011).

2.3.8 Tatalaksana Skizofrenia

Pengobatan untuk penderita skizofrenia menggunakan obat anti psikotik. Obat antipsikotik dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok atipikal dan kelompok tipikal (Maslim, 2001). Faktor-faktor yang mempengaruhi efek terapeutik obat ini meliputi : usia, perilaku penyalahgunaan zat, kondisi medis, obat penginduksi enzim, obat yang mengubah *clearance* dan perubahan ikatan dalam protein (Benhard, 2007).

Terapi skizofrenia berdasarkan algoritme dari American Society of Health System Pharmacists (Chuang and Crismon, 2003).



Gambar 1. Algoritme Antipsikotik Menurut *American Society Of Health-System Pharmacists* (Chuang and Crismon, 2003).

1. Anti Psikotik Generasi (APG-1)

Anti Psikotik Generasi (APG-1) merupakan obat golongan tipikal yang merupakan antagonis reseptor dopamin berafinitas tinggi (Sianturi, 2014). Aksi terapi dari obat-obat antipsikotik tipikal secara langsung memblok reseptor dopamin tipe 2 (D2) yang spesifik di jalur dopamin mesolimbik (Stahl, 2013). Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Terdapat empat jalur obat ini bekerja menghambat jalur dopamin. Penting dalam teori dopamin, yaitu jalur mesolimbik, mesokorteks, nigrostriatal, dan tuberoinfundibuler (Safitri, 2012). Aksi memblok reseptor dopamin tipe 2 mempunyai efek menurunkan hiperaktifitas dalam jalur yang menyebabkan munculnya gejala positif dari psikotik (Stahl, 2013).

Semua antagonis reseptor dopamin dengan preparat liquid lebih efisien diabsorpsi dibandingkan dengan tablet atau kapsul (Sianturi, 2014). Waktu paruh Haloperidol adalah kira-kira 24 jam. Orang dewasa dalam keadaan akut cukup sesuai dengan menggunakan dosis ekivalen Haloperidol 5-20 mg (Stahl, 2000). Sediaan Haloperidol yang disediakan oleh sistem JKN menurut Pedoman Penerapan Formularium Nasional adalah tablet 0,5 mg; 1,5 mg; dan 5 mg serta injeksi 5 mg/mL.

Efek samping obat golongan tipikal adalah timbulnya gejala ekstrapiramidal (Lesmanawati, 2012). Gejala ekstrapiramidal yang terjadi bisa berupa distonia dan akitsia. Efek samping lain yang

sangat berbahaya adalah Sindroma Neuroleptik Maligna yang ditandai dengan hipertermia, rigiditas, akinesia, mutisme, kebingungan, agitasi, hipertensi hingga kolapsnya sistem kardiovaskular (Reverger, 2012).

Obat antipsikotik yang termasuk golongan tipikal adalah:

Golongan Fenotiazine seperti klorpomazin, thioridazine, perphenazine dan trifluoperazine. Golongan *Butyrophenones* seperti haloperidol dan golongan *Diphenylbutylpiperidines* seperti pimozide. Terdapat golongan *Long acting injectable preparation* seperti Haloperidol decanoate. Klorpomazin memiliki efek antipsikotik yang lemah dan efek sedatif yang kuat. Haloperidol digunakan untuk skizofrenia yang kronis dan memiliki efek antipsikotik yang kuat dan efek sedatif yang lemah. Golongan obat ini lebih efektif mengatasi gejala positif dari skizofrenia namun kurang efektif untuk gejala negatif (Saddock and saddock, 2003).

2. Anti Psikotik Generasi (APG-2)

Anti Psikotik Generasi (APG-2) merupakan obat atipikal (Lesmanawati, 2012). Cara kerja APG-2 adalah dengan memblok reseptor dopamin dan reseptor 5 HT-2. Cara kerja seperti ini efektif untuk menurunkan atau menghilangkan gejala positif maupun negatif (Sianturi, 2014). Karena sebab ituah saat ini Risperidon menjadi terapi *firstline* pasien skizofrenia menggantikan obat antipsikotropika tipikal (Reverger, 2012).

Dosis efektif Risperidon yang digunakan sebesar 2,7 mg/hari dan aman digunakan pada fase akut psikotik dengan dosis dibawah 4 mg/hari (Lesmanawati, 2012). Pemberian Risperidon 4 mg/hari menunjukkan kerja yang sangat cepat dalam menangani psikosis atau skizofrenia dibandingkan dengan pemberian Haloperidol 10 mg/hari terutama selama minggu pertama (Sianturi, 2014). Penggunaan obat antipsikotik yang direkomendasikan berdasarkan *American Psychiatric Association* (APA) menyebutkan bahwa rentang dosis untuk Haloperidol adalah 5 sampai 20 mg/hari setara dengan Risperidon 2 sampai 8 mg/hari (McIntyere, 2006). Sediaan Risperidon yang disediakan oleh sistem JKN menurut Pedoman Penerapan Formularium Nasional adalah tablet salut 1 mg dan 2 mg serta tablet 3 mg.

Risperidon diabsorpsi dengan cepat dari saluran cerna setelah pemberian peroral sebesar 70-85%. Proses absorpsi tidak dipengaruhi oleh makanan sehingga dapat diberikan dengan atau tanpa makanan. Risperidon mencapai konsentrasi plasma puncak dalam 2 jam (Stahl, 2013).

Risperidon terlihat lebih unggul bila dibandingkan dengan penggunaan jenis antipsikotik tipikal dan rata-rata terjadinya relaps lebih rendah. Obat ini juga dilaporkan dapat menimbulkan gejala ekstrapiramidal, namun sangat kecil dibandingkan dengan antipsikotik tipikal (Lesmanawati, 2012). Efek samping yang ditimbulkan oleh Risperidon adalah meningkatkan konsentrasi

prolaktin yang memicu terjadinya galaktore dan gangguan menstruasi pada wanita serta gangguan seksual pada pria. Efek samping lain yang mungkin terjadi adalah konstipasi, takikardi dan peningkatan berat badan (Reverger, 2012).

Terapi skizofrenia secara farmakologi berdasarkan onset dibagi menjadi 2 fase, yaitu (Sadock & Sadock, 2010):

1. Fase Psikosis Akut Pada fase ini pengobatan dengan menggunakan anti psikotik dan benzodiazepine akan cepat menenangkan pasien yang kebanyakan mengalami agitasi antara lain akibat dari halusinasi dan delusi. Anti psikotik akan bekerja lebih cepat melalui injeksi intramuskuler (Sadock & Sadock, 2007). Obat antipsikotik yang dapat menyebabkan akinesia dan gangguan traktus ekstra piramidalis antara lain haloperidol dan flupenazine. Sedangkan golongan antipsikotik atipikal seperti olanzapine dan risperidone sedikit menyebabkan gangguan ekstrapiramidal (Sadock & Sadock, 2007).
2. Fase Maintenance dan Stabilisasi Pada fase ini tujuan pengobatan adalah mencegah relaps dengan terus menggunakan obat-obatan karena jika obat dihentikan maka risiko terjadi relaps meningkat hingga 72 % pada satu tahun pertama, sehingga disarankan agar pengobatan dilakukan minimal selama 5 tahun (Sadock & Sadock, 2007).

Non Farmakoterapi

Beberapa jenis pengobatan yang tidak menggunakan obat-obatan yaitu:

1. ECT (*Electro Convulsive Therapy*) Dikatakan penggunaan ECT dengan pengobatan antipsikotik akan lebih efektif (Sadock & Sadock, 2007).
2. Terapi Berorientasi Keluarga
3. Karena pasien dikembalikan dalam keadaan remiten, maka penting untuk mengedukasi keluarga bagaimana cara mengatasi masalah-masalah yang dapat timbul dari pasien (Sadock & Sadock, 2007).

Lehman dan Lieberman, 2004, membedakan subgolongan antipsikotik secara ringkas terlihat pada **Tabel 1**.

Tabel 1. Perbedaan Antipsikotik Tipikal dengan Atipikal (Lehman dan Lieberman, 2004).

TIPIKAL	ATIPIKAL
Generasi lama	Generasi baru
Memblok reseptor dopamine D2	Memblok reseptor 5-HT (serotonin), afinitas efek blok D2 rendah
Efek samping EPS besar	Efek samping EPS rendah
Efek untuk mengatasi gejala positif	Efek untuk mengatasi gejala baik positif maupun negatif
Potensi rendah : Klorpromazin, Tioridazin, Mesoridazin	Clozapin, Risperidon, Olanzapin, Quetiapin, Ziprasidon, Aripiprazol
Potensi tinggi : Flufenazin, Perfenazin, Thiotixene, Haloperidol	
Pada dasarnya potensi tidak berhubungan dengan efektifitas obat. Jika digunakan dalam dosis yang ekuipoten semua antipsikotik tipikal sama efikasinya (contoh: 15 mg Haloperidol ekuivalen dengan 750 mg klorpromazin)	Terdapat hubungan kuat antara sistem dopaminergik dan serotonergik. Serotonin memodulasi fungsi dopamin Saat ini lebih banyak digunakan sebagai pilihan, karena relatif lebih aman.

2.4 *Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component (PANSS - EC)*

Analisis efektivitas terapi dinilai dengan PANSS-EC (Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component). PANSS-EC (The Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component) atau PANSS komponen gaduh gelisah merupakan sub skala yang telah divalidasi dari PANSS yang digunakan untuk mengukur gejala-gejala agitasi, dan menilai 5 (lima) gejala, yaitu : buruknya kontrol terhadap impuls, ketegangan, permusuhan, ketidak kooperatifan dan gaduh gelisah.

Pada fase akut skizofrenia merupakan fase emergensi yang butuh instrumen penilaian yang cepat dan efektif (Montoya, 2011). Maka dari instrumen PANSS yang terdiri dari 30 butir gejala tersebut disederhanakan menjadi 5 butir gejala yang disebut dengan PANSS-EC. Lima butir gejala tersebut berupa :

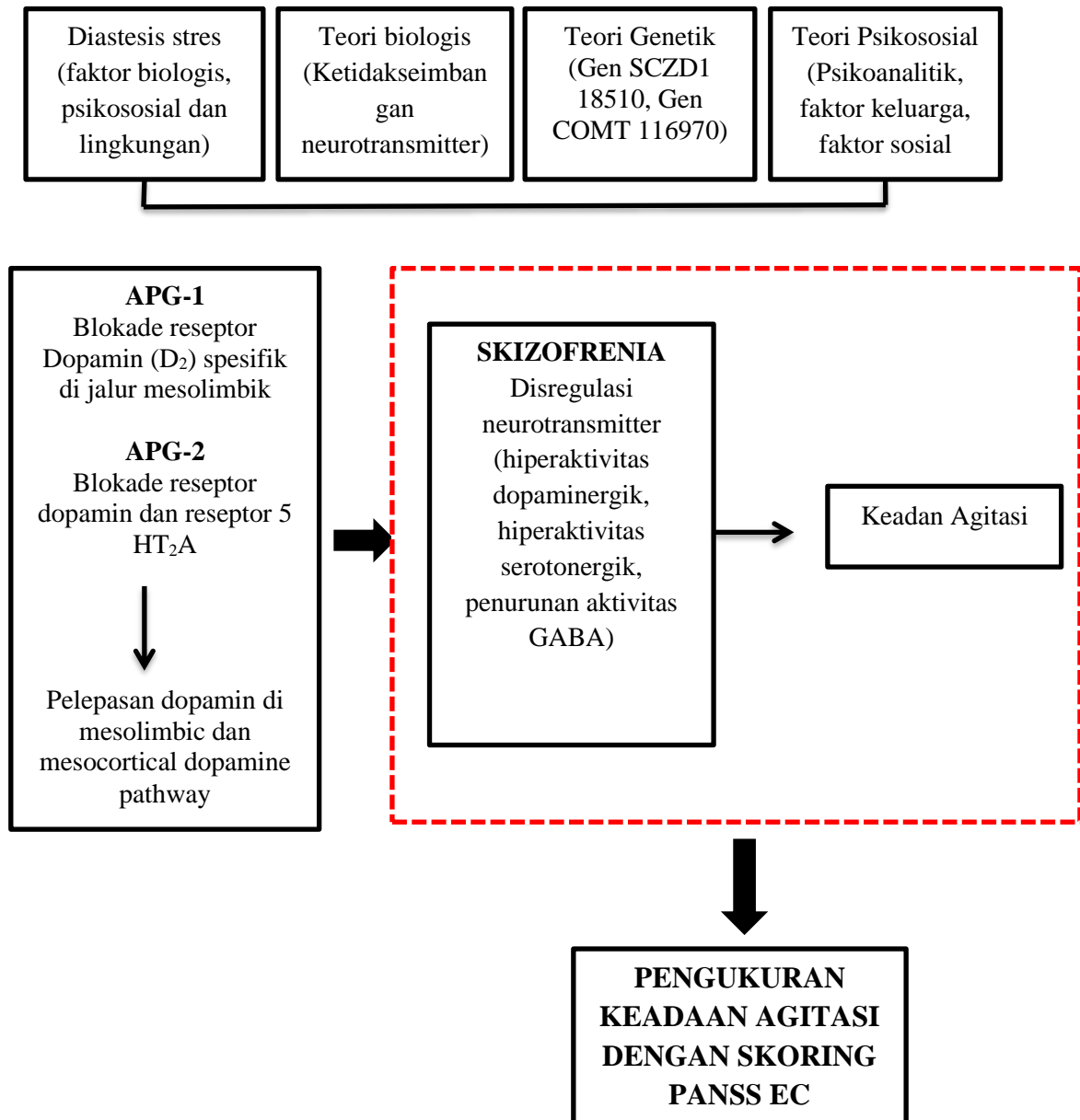
- a) Gaduh gelisah (P4) merupakan hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respon terhadap stimuli, waspada berlebihan atau labilitas perasaan yang berlebihan;
- b) Permusuhan (P7) merupakan ekspresi verbal dan non verbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif agresif, cacik, dan penyerangan;
- c) Ketegangan (G4) yang merupakan manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, kecemasan, dan agitasi seperti kekakuan, tremor, keringat berlebihan, dan ketidaktenangan;

- d) Ketidakkoooperatifan (G8) merupakan gejala aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, dan penolakan terhadap otoritas selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga;
- e) Pengendalian impuls yang buruk (G14) merupakan gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur, sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa peduli konsekuensinya (Safitri, 2010).

Masing-masing gejala dinilai oleh dokter pada skala 1-7 (Kay SR, 1986., dalam Khalimah, 2009). Penilaian PANSS-EC dimulai dari 1 (tidak ada) sampai dengan 7 (sangat parah); nilai berkisar antara 5 sampai 35. Jika nilai ≥ 20 maka berarti pasien memiliki gejala klinis dengan agitasi parah (Lindenmayer JP; dkk, 2008). Adapun nilai rata-rata ≥ 20 klinis menunjukkan adanya agitasi akut (Baker RW; dkk, 2003 dalam Montoya; dkk, 2011). Apabila ditemukan hasil total skor 25-35 pada pengukuran PANSS gaduh gelisah pasien, maka pasien tersebut dapat dikategorikan dalam indikasi untuk dilakukan perawatan di rumah sakit (Kay SR, 1986., dalam Khalimah 2009).

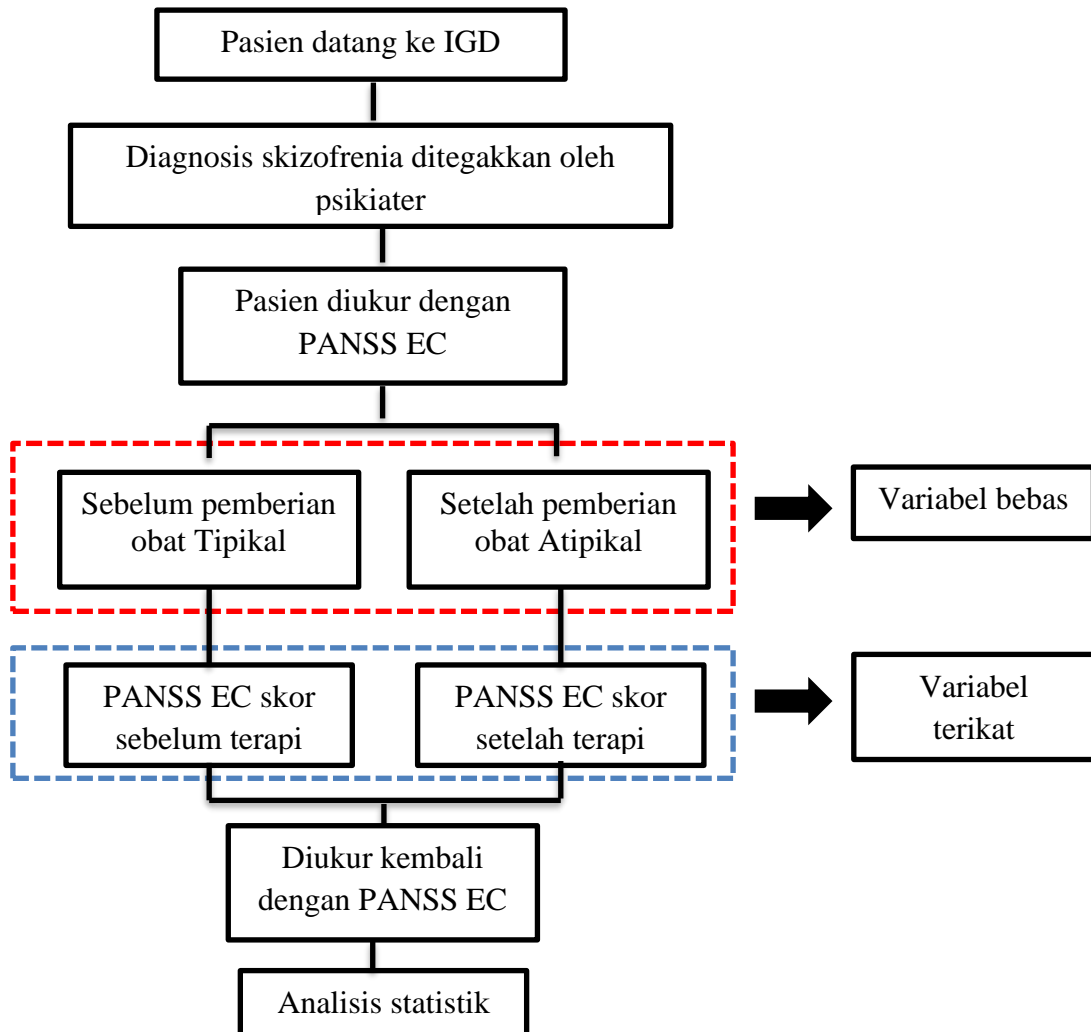
Dari perspektif klinis, PANSS-EC adalah salah satu skala yang paling sederhana tetapi paling intuitif yang digunakan untuk menilai pasien gaduh gelisah (Lindenmayer JP; dkk, 2008). Pasien Skizofrenia fase akut akan pindah ke fase stabil jika nilai PANSS-EC ≤ 15 . Penilaian PANSS-EC dilakukan pada awal (*pre-test*) dan akhir (*post-test*) masa pengobatan.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori.

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka Konsep.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian Observasional Analitik dengan pendekatan *cross sectional* antara kelompok yang mendapat terapi tipikal dan kelompok yang mendapat atipikal.

1. Pada kelompok I: kelompok pasien yang mendapat terapi tipikal
2. Pada kelompok II: kelompok pasien yang mendapat terapi atipikal

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung dan pengambilan data dilaksanakan pada tanggal 12 September – 11 Oktober 2019.

3.3 Subjek Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien psikotik akut yang masuk ke Unit Gawat Darurat (IGD) dan mendapatkan terapi antipsikotik baik tipikal maupun atipikal. Populasi di dapatkan dari seluruh jumlah pasien yang datang ke bagian IGD di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung selama tanggal 12 September – 11 Oktober 2019.

3.3.2 Sampel

Sampel meliputi seluruh pasien skizofrenia yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3.3.2.1 Kriteria Inklusi

1. Pasien dengan diagnosa Psikotik Akut.
2. Pasien yang sedang dirawat dan mendapatkan terapi antipsikotik di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.
3. Pasien yang bersedia mengikuti penelitian dari awal hingga selesai.
4. Pasien dengan skor PANSS-EC >15-19

3.3.2.2 Kriteria Eksklusi

1. Pasien yang sedang dirawat namun sudah dalam kurung waktu dipulangkan
2. Memiliki gangguan mental organik (GMO)
3. Memiliki riwayat penggunaan zat (kecuali kafein dan nikotin)

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian ini digunakan teknik pengambilan sampel dengan metode *Non-Probability Sampling* dengan teknik *Total Sampling* dimana seluruh populasi diambil sebagai sampel yakni sebesar 46 sampel. Alasan mengambil *Total sampling* karena menurut Sugiyono (2007) jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian semuanya.

3.4 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2011).

Variabel dalam penelitian ini yaitu:

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel independen: disebut sebagai variabel bebas. Dalam penelitian ini yang merupakan variabel bebas adalah penggunaan antipsikotik jenis tipikal maupun atipikal.

3.4.2 Variabel Terikat

Variabel dependen: disebut sebagai variabel terikat. Dalam penelitian ini yang merupakan variabel dependen adalah skor PANSS-EC.

3.5 Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi Operasional.

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil	Skala
1	PANSS-EC	5 butir gejala dari instrumen PANSS-EC yaitu gaduh gelisah, permusuhan, ketegangan, ketidakkooperatifan, pengendalian impuls yang buruk	PANSS-EC	PANSS-EC skor 15-19	Numerik
2	Antipsikotik	Terdapat 2 jenis antipsikotik yaitu tipikal (klorpromazin, haloperidol, tioridazin, mesoridazin) dan atipikal (risperidon, clozapin, olanzapin, aripiprazol, quetiapin)	Anamnesis	1= tipikal 2= atipikal	Nominal

3.6 Pengumpulan Data

3.6.1 Langkah Kerja

Pelaksanaan penelitian ini meliputi persiapan, pencarian literatur, persetujuan pembimbing, studi pendahuluan, proposal penelitian, persetujuan komite etik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, melakukan penelitian. Penelitian ini dilakukan dalam beberapa tahap diantaranya:

1. Menunggu pasien datang di IGD Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.
2. Pengambilan data didahului dengan penegakkan diagnosis berdasarkan PPDGJI-III oleh dokter di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung, kemudian dilanjutkan skrining dengan menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi.
3. Seluruh pasien dengan psikotik akut yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, maka keluarga pasien akan diberikan penjelasan dari peneliti dan jika subjek atau keluarga pasien bersedia, akan dilakukan penandatanganan surat persetujuan (*Informed Consent*) untuk menjadi subjek penelitian.
4. Pasien psikotik akut akan dinilai skor PANSS-EC terlebih dahulu oleh peneliti.
5. Pasien dengan skor PANSS-EC >15-19 akan diterapi, kelompok 1 akan diberikan terapi obat tipikal dan kelompok 2 akan diberikan terapi obat atipikal.

6. Kelompok pertama adalah kelompok yang mendapat terapi obat tipikal. Dosis ini dipakai selama 5 hari lalu akan dinilai perbaikan skor PANSS-EC kembali oleh peneliti.
7. Kelompok kedua adalah kelompok yang mendapat terapi obat atipikal. Dosis ini dipakai selama 5 hari lalu akan dinilai perbaikan skor PANSS-EC kembali oleh peneliti.
8. Setelah semua data terkumpul akan dilakukan pengolahan dan analisis data serta disajikan dalam bentuk tabel.
9. Penelitian dilakukan selama 30 hari dalam pencarian jumlah pasien.
10. Laporan dan analisis hasil penelitian.

3.7 Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Pengolahan Data

Data yang telah diperoleh dari proses pengumpulan data akan diolah menggunakan program aplikasi komputer. Kemudian, proses pengolahan data menggunakan program komputer ini terdiri beberapa langkah:

1. *Editing*

Editing dilakukan dengan cara memeriksa kelengkapan data, kesinambungan dan kesesuaian data. Editing dilakukan segera setelah peneliti menerima data sekunder dari pihak RSJ, sehingga apabila terjadi kesalahan dapat segera diklarifikasi.

2. *Coding*

Coding merupakan pemberian kode yang berupa angka-angka terhadap data yang masuk berdasarkan variabelnya masing-masing.

Coding juga untuk menerjemahkan data yang dikumpulkan selama penelitian ke dalam simbol yang cocok untuk keperluan analisis.

3. *Tabulating*

Tabulating adalah mengelompokkan data ke dalam suatu tabel tertentu menurut sifat-sifat yang dimilikinya. Maksud pembuatan tabel-tabel ini adalah menyederhanakan data agar mudah melakukan analisis sehingga dapat ditarik kesimpulan (Azwar, 2007).

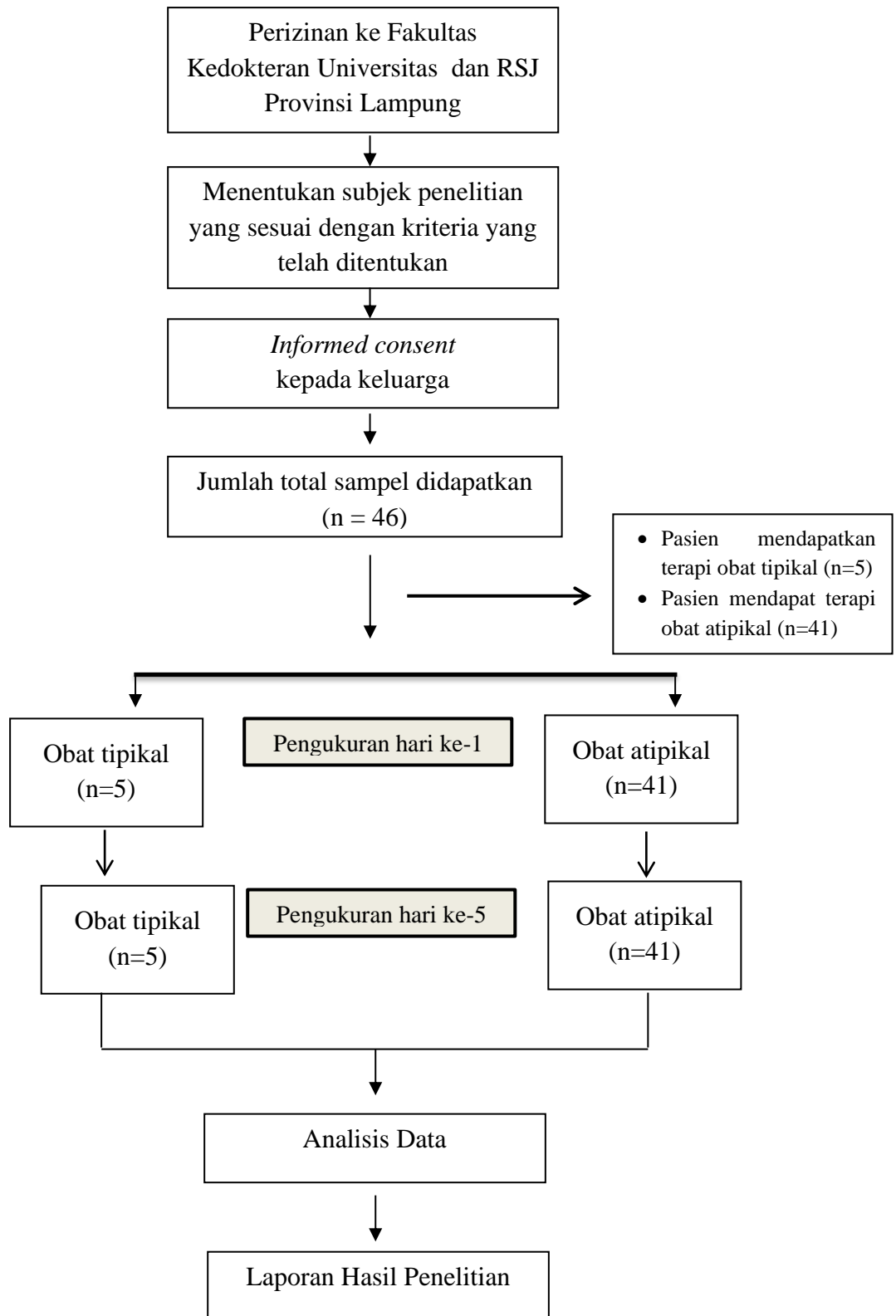
4. *Entry Data*

Proses memasukkan data ke dalam program komputer untuk dapat di analisis.

3.7.2 Analisis Data

1. Analisis Univariat untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dengan menggunakan distribusi frekuensi meliputi umur, dan jenis kelamin.
2. Setelah dilakukan analisis *univariate* akan diketahui karakteristik atau distribusi dari setiap variabel, kemudian dilanjutkan dengan analisis *bivariate*. Analisis *bivariate* dalam penelitian ini dilakukan dengan uji *Independent Sample T Test* jika sebaran data normal atau uji *Mann-Whitney* jika sebaran data tidak normal.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 4. Alur Penelitian.

3.9 Dummy Table

Dummy Table Penelitian

Tabel 3. Data demografis sampel

Karakteristik	Jumlah	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Perempuan		
Laki-Laki		
Usia		
1-17		
17-25		
25-40		
40-55		
Pendidikan		
Tidak sekolah		
Tamat SD		
Tamat SMP		
Tamat SMA		
Pekerjaan		
Ibu Rumah		
Tangga		
Buruh		
Pedagang		
Wiraswasta		

Tabel 4. Penilaian PANSS-EC Obat Tipikal saat Sebelum Terapi dan Setelah Hari ke-5.

Variabel	Skor
Penilaian skor PANSS-EC sebelum terapi	
Obat tipikal	
Penilaian skor PANSS-EC hari ke-5	
Obat tipikal	

Tabel 5. Penilaian PANSS-EC Obat Atipikal saat Sebelum Terapi dan Setelah Hari ke-5.

Variabel	Skor
Penilaian skor PANSS-EC sebelum terapi	
Obat atipikal	
Penilaian skor PANSS-EC hari ke-5	
Obat atipikal	

3.10 Etik Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti mendapat rekomendasi dari Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan permintaan izin ke Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. Dengan nomor keterangan lolos kaji etik: 1680/UN26.18/PP.05.02.00/2019.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Dari penelitian ini dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat perbedaan nilai PANSS – EC antara *pre test* dengan *post test* pada kelompok pemberian obat tipikal dan atipikal terhadap pasien psikotik akut.

5.2 Saran

5.2.1 Saran Untuk Peneliti Selanjutnya

1. Untuk peneliti lain bisa melakukan penelitian tanpa pemberian obat kombinasi klorpromazin pada setiap kelompok.
2. Untuk peneliti lain agar dapat memperbanyak sampel terutama pada kelompok terapi obat haloperidol.
3. Untuk peneliti selanjutnya, agar dapat meminimalkan bias penelitian dengan menambah durasi penelitian agar lebih lama.
4. Untuk peneliti selanjutnya agar melakukan penelitian dengan menggunakan *fixed dose* pada setiap subjek.

5.2.2 Saran Untuk Fakultas

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan suatu bentuk kerja sama fakultas dengan RS Jiwa Daerah Provinsi Lampung agar bisa dilakukan penelitian lainnya terkait penilaian skor PANSS – EC pasien psikotik akut

5.2.3 Saran Untuk Institusi Kesehatan

1. Sebagai upaya lanjut untuk menangani pasien psikotik akut secara intensif di provinsi Lampung.
2. Untuk Kementrian Kesehatan RI agar sediaan obat injeksi antipsikotik disediakan untuk peserta asuransi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan.

5.3 Keterbatasan Penelitian

1. Dalam penelitian ini, terbatas waktu yang digunakan untuk melakukan penelitian, sehingga pengamatan yang dilakukan dalam waktu 5 hari saja.
2. Penggunaan obat-obatan terbatas karena mengikuti peraturan yang dilakukan oleh BPJS kesehatan dalam hal pengobatan pasien.
3. Penilaian skor PANSS – EC masih bersifat subjektif oleh peneliti sendiri.
4. Obat kombinasi haloperidol atau risperidon dapat menimbulkan bias pada penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorder edition “DSM-5”. Washinton DC: American Psychiatric Publishing. Washinton DC.
- Baldwin P, *et all*. 2005. Epidemiology of first-episode psychosis: ilustrating the challenges acros diagnostic boundaries through the cavan-monaghan study at 8 years. *Schizophrenia Bulletin*. 31(3); 624-638.
- Balitbang Kemenkes RI. Riset kesehatan dasar. 2018. RISKESDAS. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI.
- Ballon J. dan Stroup TS. 2014. Polypharmacy for schizophrenia, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4026924/>.
- Breier A, Bertolino A, Callicott JH. 2000. The relationship between dorsolateral prefrontal neuronal N-acetylaspartate and evoked release of striatal dopamine in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. Hal 125–32
- Brooks GF, Janet SB, Stephen AM. 2001. Mikrobiologi kedokteran. Jakarta : Penerbit Salemba Medika.
- Cherrie G, *et all*. 2016. Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 50(5), 410-472.
- Chuang WC, and Crismon ML. 2003. Evaluation of a schizophrenia med algorithm in a state hospital: methods. *American Journal of Health-System Pharmacy* 60(14).
- Crismon ML, and Buckley PF. 2008. Pharmacotherapy a pathophysiologic approach. Sixth Edition. McGraw Hill : New York.
- Departemen Kesehatan RI. 1998. Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di indonesia (PPDGJ). Edisi III. Dirjen Pelayanan Medis RI. Jakarta.

- Departemen Kesehatan. 2004. Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Durand VM, Barlow DH. 2007. Skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya. Penerbit Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Goodwin G, *et all.* 2009. Advantages and disadvantages of combination treatment with antipsychotics ECNP (Consensus Meeting Nice. Eur Neuropsychopharmacol). Vol 19(7):520–32.
- Herdaetha A. 2009. Keefektifan terapi remediasi kognitif dengan bantuan komputer terhadap disfungsi kognitif pasien skizofrenia kronis di panti rehabilitasi budi makarti boyolali. Tesis. Universitas Sebelas Maret.
- Isaacs, Ann. 2004. Panduan Belajar: Kesehatan jiwa dan psikiatri edisi 3. Jakarta : EGC
- Kane JM, Marder SR. 2005. Schizophrenia : somatic treatment. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edisi VIII. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. 1; 1467-75.
- Kaplan HL, Sadock BJ dan Grebb JA. 2006. . Sinopsis psikiatri: ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis. Edisi 7. Jilid II. Jakarta : Binaputra Aksara.
- Kapur S, *et all.* 2005. Evidence for onset of antipsychotic effects within the first 24 hours of treatment. Am J Psychiatry. 162:939–46.
- Kay, and Singh. 1998. The positive negative distinction in drug free schizophrenia patients. Arch Gen Psychiatry. 46 (8): 711–718
- Kementerian Kesehatan. 2014. Stop stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Diakses dari <http://www.depkes.go.id/article/view/201410270011/stop-stigma-dandiskriminasi-terhadap-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj.html>
- Khalimah, Siti. 2009. Perbaikan gejala agitasi akut dengan terapi medikamentosa pada pasien skizofrenia dalam tujuh hari pertama perawatan. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Kinon B J, *et all.* 2009. Early response to antipsychotic drug therapy as a clinical marker of subsequent response in the treatment of schizophrenia. Neuropsychopharmacology. 35(2); 581–590.

- Kinon BJ, *et all.* 2010. Early response to antipsychotic drug therapy as a clinical marker of subsequent response in the treatment of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* . 35;581–590
- Kirkpatrick B and Tek C. 2005. Scizophrenia: clinical features and physocopatology In Kaplan & Sadock (ed) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8 Edition. New York.
- Lauriello J, Bustillo JR, dan Keith SJ. 2008. Schizophrenia: scope of the problem. Dalam comperhensive textbook of psychiatry. Edisi Kedelapan. Volume IB. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins. Hal; 1345-1353.
- Lehman AF, Lieberman JA, dan Dixon LB. 2004. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Edisi 2. Arlington: The American Psychiatric Association. Hal; 98.
- Lesmanawati DAS. 2012. Analisis efektivitas biaya penggunaan terapi antipsikotika pada pasien skizofrenia di instalansi rawat inap RSJ Grhasia Yogyakarta. Karya Tulis Imiah Strata Dua. Universitas Gajah Mada: Yogyakarta.
- Lindenmayer JP, *et all.* 2008. Dimensions of psychosis in patients with bipolar mania as measured by the positive and negative syndrome scale. *Psychopathology*. 41 (4): 264–270.
- Lindenmayer JP, dan Khan A. 2004. Harmacological treatment strategies for schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 4; 705-723.
- Maramis WF. 2005. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Surabaya : Airlangga. Universitas Press.
- Marder SR, *et all.* 2008. Maintenance treatment of schizophrenia with benzodiazepine or haloperidol: 2-Year outcomes. *Am. J. Psychiatry* 160, 1405–1412.
- McIntyre JS, First MB, Fochtmann LJ. 2006. American psychiatric association practice guidelines for the treatment of psychiatrics disorders compendium. USA. Hal; 30.
- Meier MH, *et all.* 2013. Neuropsychological decline in schizophrenia from the premorbid to the post onset period: evidence from a population-representative longitudinal study. *Am J Psychiatry*.
- Monji A, Kato T, Kanba S. 2009. Cytokines and schizophrenia: microglia hypothesis of schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 63; 257-265.

- Montoya A, *et all.* 2011. Validation of the excited component of the positive and negative syndrome scale (PANSS-EC) in a naturalistic sample of 278 patients with acute psychosis and agitation in a psychiatric emergency room. *Health and Quality of Life Outcomes.* 9; 18.
- Montoya A, *et all.* 2011. Validation of the excited component of the positive and negative syndrome scale (panss-ec) in a naturalistic sample of 278 patients with acute psychosis and agitation in a psychiatric emergency room. *Health Qual Life Outcomes.* 9(18):1–11.
- Muhyi A. 2011. Prevalensi penderita skizofrenia paranoid dengan gejala depresi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta tahun 2010. Skripsi. Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Jakarta.
- Na K, Jung H, Kim Y. 2014. The role of pro-inflammatory cytokines in the neuroinflammation and neurogenesis of schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry.* 48; 277-286.
- Obermeier M. 2011. Is the PANSS used correctly A systematic review. *BMC Psychiatry.* 11(113); 1–5.
- Pajonk FG, Fleiter B. 2003. Psychopharmacological treatment in the pre-clinical emergency medicine. *Anaesthesist.* 52; 577-585.
- Paul Samojedny M, *et all.* 2013. Association of Interleukin 2 (IL-2), Interleukin 6 (IL-6), dan TNF-Alpha (TNF α) Gene Poly morphism With Paranoid Schizophrenia In A Polish Population. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 25; 72-82.
- Ranti I, *et all.* 2015. Analisis efektivitas terapi dan biaya antara haloperidol kombinasi dengan risperidon kombinasi pada terapi skizofrenia fase akut. *Artikel Penelitian Mutiara Medika.* 15(1); 57-64.
- Raune D, *et all.* 2004. Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *British Journal of Psychiatry.* 184; 321-326.
- Reverger MJ. 2012. Perbandingan performa fungsi pasien skizofrenia yang mendapat terapi tunggal dengan terapi kombinasi antipsikotika di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo. Karya Tulis Ilmiah strata dua. Universitas Indonesia, Jakarta.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.

- Sadock B J dan Sadock VA. 2010. Kaplan and Sadock's. Synopsis of psychiatry behavioral sciences or clinical psychiatry. 10th Edition. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sadock BJ, *et all*. 2007. Synopsis of psychiatry. Behavior Sciences/Clinical Psychiatry. 10th. Lippincott Williams & Wilkins. Hal; 527-30
- Safitri M. 2012. Perbedaan kualitas hidup antara pasien gejala positif dan gejala negatif menonjol. Skripsi. Universitas Negeri Surakarta. Fakultas Kedokteran : Solo.
- Sianturi FL. 2014. Risperidone and haloperidol comparative effects of positive symptoms patient schizophrenic. Journal of Biology. Agriculture and Healthcare. 4(28).
- Sinaga BR. 2007. Skizofrenia & diagnosis banding. Jakarta: Balai Penerbit : FKUI.
- Stahl SM. 2013. Stahl's Essential Psychopharmacology. 4th ed. Cambridge : Cambridge University Press.
- Stahl, S. M. (2003). Describing an atypical antipsychotic: receptor binding and its role in pathophysiology. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 5(3); 9-13.
- Taylor D, *et all*. 2007. A review of the use of the health beliefmodel (HBM), the theory of reasoned action (TRA), the theory of planned behaviour (TPB) and the trans-theoretical model (TTM) to study and predict health related behaviour change. Department of Health: National institute for Clinical Excellence.
- Trans Johnson TK, *et all*. 2007. Efficacy and safety of intramuscular aripiprasole in patients with acute agitation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry 68(1); 111-119.
- Yulianty MD, Cahaya N , Srikartika VM. 2017. Studi Penggunaan Antipsikotik dan Efek Samping pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Kalimantan Selatan. Jurnal Sains Farmasi & Klinis. 3(2); 153-164.