**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar belakang**

Perkembangan teknologi dan kebudayaan masyarakat banyak membawa perubahan dalam segala segi kehidupan manusia. Sejalan dengan perkembangan tersebut, maka akan semakin banyak masalah yang harus dihadapi dan diatasi. Keadaan ini sangat besar pengaruhnya terhadap kesehatan jiwa seseorang, yang berarti juga akan meningkatkan jumlah pasien gangguan jiwa.

Undang-Undang  No. 3 tahun 1966 tentang kesehatan jiwa mengatakan gangguan jiwa adalah suatu perubahan pada fungsi yang disebabkan oleh karena adanya gangguan dalam perkembangan fisik, intelektual, proses pikir, emosional dan perilaku psikomotorik, yang tidak berjalan selaras dengan orang lain (Depkes RI, 1998). Prevalensi gangguan jiwa menurut penelitian *World Health Organization* (WHO) tahun 1975 memperkirakan sekurang-kurangnya 10% atau lebih dari jumlah penduduk di suatu wilayah menderita gangguan jiwa. Sedangkan dari hasil penelitian Bahar, dkk (1995) di Indonesia dilaporkan 185 orang per 1000 penduduk mengalami gangguan jiwa. Hasil penelitian direktorat kesehatan jiwa di Indonesia pada tahun 1989, penderita gangguan jiwa terbanyak adalah dengan diagnosa skizofrenia.

Skizofrenia yaitu kekacauan jiwa yang serius ditandai dengan kehilangan kontak pada kenyataan (psikosis), halusinasi, khayalan (kepercayaan yang salah), pikiran yang abnormal yang mengganggu kerja dan fungsi sosial (Yarusman, 2007). Dharmadi (2002) mengemukakan bahwa, skizofrenia merupakan penyakit ganggaun jiwa terberat yang dialami manusia, bahkan bisa dinilai lebih buruk dibanding penderita *Human Immunodeficienci Virus* (HIV). Penyakit ini bersifat kronik, progresif dan cenderung memburuk yang melibatkan banyak faktor dalam kehidupan serta masalah ekonomi.Skizofrenia bisa terjadi pada siapa saja dan penyembuhanya membutuhkan waktu yang lama. Seringkali pasien Skizofrenia digambarkan sebagai individu yang bodoh, aneh, dan berbahaya (Irmansyah, 2006). Sebagai konsekuensi kepercayaan tersebut, banyak pasien Skizofrenia tidak dibawa berobat ke dokter (psikiater) melainkan disembunyikan. Hal tersebut telah membuat jumlah pasien skizofrenia semakin meningkat dari waktu ke waktu.

Jumlah pasien skizofrenia mencapai 1% penduduk dunia dan di Indonesia sendiri mencapai 0,3 sampai 1 % dari seluruh jumlah penduduk indonesia. Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 2 juta jiwa menderita skizofrenia dengan gejala dan tanda-tanda yang berbeda (Arif, 2006).

Gejala yang muncul dari pasien skizofrenia bervariasi tergantung perjalanan penyakitnya, antara lain: kelainan pikiran, kelainan emosi kelainan kemauan, katatonia, halusinasi, waham, gangguan ekspresi dan penarikan diri (Ingram et all ,1993). Menurut Atkinson (1997), bahwa pasien skizofrenia menunjukkan perilaku menarik diri, cemas, terisolasi dan sulit diatur, sehingga akan mempengaruhi status mental klien.

Perubahan status mental adalah timbulnya tanda dan gejala sakit pada anggota keluarga atau klien dengan tingkatan tertentu (Darminto P, 1995). Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perubahan status mental adalah kepatuhan pasien dalam minum obat. Diketahui bahwa klien yang gagal meminum obat dengan teratur mempunyai kecenderungan lebih tinggi untuk menunjukan gejala perubahan status mental, hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% klien pulang dari Rumah Sakit Jiwa tidak meminum obat secara teratur (Apleton,1982).

Rumah sakit jiwa Dr. Radjiman W. atau lebih dikenal dengan Rumah Sakit jiwa Lawang merupakan salah satu rumah sakit yang tertua di bangun dan diresmikan (23 juni 1902), setelah rumah sakit jiwa bogor yang dibuka pada tanggal 1 juli 1882. Rumah sakit jiwa Lawang ini merupakan salah satu rumah sakit yang memiliki kapasitas untuk menampung pasien yang sangat besar, yakni berkapasitas 1.000-2.000 tempat tidur, dan bahkan pada tahun 1940 rumah sakit jiwa Lawang pernah menampung 3.400 orang pasien . Sebagai Rumah sakit yang besar, rumah sakit jiwa Dr. Radjiman W. Lawang memiliki banyak pasien gangguan jiwa, termasuk pasien skizofrenia (Maramis, 2004).

Hasil wawancara kepada perawat Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman W. Lawang, pada bulan Agustus 2011 didapatkan informasi bahwa, pasien yang tidak patuh minum obat cenderung menunjukan tingkat perubahan status mental yang cukup tinggi. Hal ini dapat dibuktikan kondisi status mental pasien yang control ke Poli Jiwa Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman W. sekitar 80% pasien yang jarang kontrol cenderung menunjukan perubahan status mental lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang rutin control.

Dari fenomena tersebut, peneliti ingin mengetahui tentang gambaran tingkat kepatuhan minum obat dan perubahan status mental pada pasien skizofrenia.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis menetapkan rumusan masalah yaitu: bagaimanakah gambaran tingkat kepatuhan minum obat dan perubahan status mental pada pasien skizofrenia?

* 1. **Tujuan Penelitian**
     1. **Tujuan umum**

Untuk mengetahui gambaran tingkat kepatuhan minum obat dan perubahan status mental pada pasien skizofrenia.

* + 1. **Tujuan khusus**

1. Mengidentifikasi tingkat kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia.
2. Mengetahui gambaran tentang perubahan status mental penderita skizofrenia berdasarkan gejala yang di alami pasien di poli jiwa rumah sakit jiwa Dr. Radjiman W. Lawang.
   1. **Manfaat penelitian**
      1. **Bagi peneliti dan riset selanjutnya**

Memperoleh pengalaman dalam melaksanakan aplikasi riset keperawatan, khususnya tentang gambaran kepatuhan minum obat dan perubahan status mental klien *skizofrenia*. Hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai data awal dalam penelitian selanjutnya.

* + 1. **Bagi reponden dan keluarga**

Klien dapat mentaati cara minum obat secara teratur dan baik sehingga tidak terjadi gejala-gejala perubahan status mental sehingga kekambuhan dapat dideteksi secara dini, serta peran keluarga dalam memotifasi klien untuk minum obat lebih besar setelah diberikan informasi tentang pentingnya minum obat, sehingga perubahan status mental klien dapat diminimalkan.

* + 1. **Bagi perawat dan rumah sakit**

Memberikan informasi dan gambaran tentang kepatuhan minum obat sehingga dapat mengetahui tindakan apa yang dapat dilakukan untuk membantu keluarga dalam mengurangi tingkat perubahan status mental saudaranya yang menderita *skizofrenia*. Bagi rumah sakit, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam membuat kebijakan terkait dengan penurunan angka kekambuhan klien *skizofrenia* yang dapat di deteksi melalui perubahan status mental. Seperti mengadakan kontroling pasien skizofrenia yang telah pulang, dengan cara home care dan lain-lain

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Konsep Dasar Skizofrenia**

2.1.1 Pengertian skizofrenia

*Skizofrenia* adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterprestasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi serta berprilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Isaacs A, 2005).

Menurut Torrey (1998), *Skizofrenia* adalah penyakit yang sangat merusak, tidak hanya bagi orang yang terkena tapi pada keluarganya juga. Barangkali tidak ada penyakit lain yang lebih menimbulkan kepedihan yang mendalam bagi keluarga, seperti *skizofrenia* (Arif, 2006).

*Skizofrenia* merupakan sindrom klinik, termasuk gangguan psikotik yang paling sering dijumpai, dan merupakan masalah kesehatan masyarakat mayor. *Skizofrenia* dijumpai di seluruh daerah di dunia ini, dengan angka kejadian hampir sama. *Skizofrenia* melibatkan 1% dari populasi umum, biasanya mulai sebelum usia 25 tahun (Lumbantobing, 2007). Secara umum 25% individu sembuh sempurna, 40% mengalami kekambuhan dan 35% mengalami pemburukan (Loana, 2007).

*2.1.2* Penyebab *Skizofrenia*

*Skizofrenia* termasuk gangguan dengan banyak penyebab,antara lain:

1. Model Somatogenesis

Model ini menyatakan bahwa kemunculan skizofrenia sebagai akibat dari berbagai proses biologis dalam tubuh, ada beberapa teori tentang model somatogenesis

|  |  |
| --- | --- |
| *Genetik* | Penelitian pada keluarga kembar dan anak adopsi cenderung mrnunjukan kerentanan pada skizofrenia ditransmisikan secara genetik |
| *Bio chemistry* | Obat anti psikotik menghambat reseptor d*opamine,* cenderung skyzofrenia disebabkan oleh masalah dalam sistem *dopamine* |
| *Neuroanatomy* | Ketidaknormalan otak misalnya: pembesaran ventrikel ditemukan diantara pasien skizofrenia |

Tabel 2.1Teori-teori somatogenesis tentang penyebab skizofrenia (Neale,Davidson dan Hanga, 1996 dalam Arif, 2006)

|  |
| --- |
| **Teori-teori somatogenesis tentang penyebab skizofrenia** |

1. Faktor-faktor Genetik

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa gen yang diwarisi seseorang, sangat berpengaruh untuk menyebabkan seseorang mengalami skizofrenia.Pengaruh genetik lebih besar daripada lingkungan, terbukti dari penelitian Wender dkk. (1974), angka kejadian hampir sama antara anak kembar *monozigot* yang diadopsi dan yg diasuh orang tuanya sendiri yang *skizofrenik* (Nevid, Rathus & Greene, 2005).

1. *Biochemistry*

Beberapa ahli mengatakan bahwa *skizofrenia* berasal dari aktifitas *neurotransmitter dopamine* yang berlebihan di bagian-bagian tertentu otak, atau dikarenakan sensitifitas yang berlebihan terhadap *dopamine*. Selain *dopamine*, *neurotransmitter* lain seperti *serotonin* dan *norepinephrine* tampaknya juga memainkan peranan (Arif, 2006).

1. *Neuroanatomy*

Berbagai tehnik *imaging*, seperti *Magnetic Resonance Imaging* dan *Positron Emission Tomography*telah membantu para ilmuwan untuk menemukan abnormalitas struktur spesifik pada otak klien *skizofrenia*. Klien *skizofrenia* kronis cenderung memiliki *ventrikel* otak yang lebih besar dan volume jaringan otak yang lebih sedikit daripada orang normal. Aktifitas otak klien *skizofrenia* sangat rendah pada *lobus frontalis* (Arif, 2006).

1. Model Psikogenesis

Harry Stack Sullivan yang mendedikasikan hidupnya untuk penanganan pasien *skizofrenia* menyakini bahwa etiologi *skizofrenia* berasal dari kesulitan-kesulitan interpersonal di masa awal kehidupan (terutama relasi orang tua dengan anak), (Arif, 2006).

1. Model *Diatesis-Stres*

Pada tahun 1962, psikolog Paul Meehl mengajukan model integratif yang menghasilkan perkembangan model *diatesis-stres*. Meehl mengungkapkan bahwa orang-orang tertentu menunjukkan predisposisi genetis terhadap *skizofrenia* dan ditampilkan dalam bentuk perilaku hanya jika mereka diasuh dalam lingkungan yang penuh dengan stres (Meehl, 1962, 1972).

Selanjutnya, Zubin dan Spring (1977) memformulasikan model *diatesis-stres* yang memandang *skizofrenia*dapat berkembang karena adanya stres lingkungan yang melebihi ambang stres atau sumber-sumber *coping* individu. Stresor lingkungan tersebutmencakup faktor psikologis, seperti konflik keluarga, perlakuan salah terhadap anak, *deprivasi* emosi, atau kehilangan figur yang memberikan dukungan, selain itu juga bisa berupa pengaruh lingkungan fisik, seperti trauma atau luka otak pada masa muda. Akan tetapi, apabila stres lingkungan berada di bawah ambang stres individu, *skizofrenia* mungkin tidak akan pernah berkembang, meskipun pada orang yang memiliki resiko genetis (Nevid, Rathus & Greene, 2005) .

2.1.3 Gejala Skizofrenia

Menurut Lumbantobing (2007), permulaan gejala *skizofrenia* umumnya dideteksi oleh keluarga karena terdapat peruban pada penderita, atau penderita menjadi lain dari yang biasanya. Dalam tindakan keseharian terdapat perubahan dalam pekerjaan dan hubungan sosial. Didapatkan berbagai gejala (simtom dan tanda) yang menuntun pada diagnosis *skizofrenia*. Gejala ini dapat dibagi atas dua kategori, yaitu: Gejala positif dan gejala negatif. Klien yang terutama mempunyai gejala positif mengalami gejala yang akut dan penderita yang terutama mempunyai gejala negatif mengalami gejala kronis.

1. Gejala positif

Pada gejala positif klien mengalami sensasi padahal tidak ada yang merangsang atau mengkreasi sensasi tersebut. Dapat timbul pikiran yang tidak dapat dikontrol pasien.

1. Halusinasi *auditoric*

Mendengar suara, percakapan, bunyi asing dan aneh, atau malah mendengar musik, merupakan gejala positif yang paling sering dialami penderita *skizofrenia*. Pasien dapat mendengar satu atau lebih suara yang menyapa dia langsung atau banyak suara, berbagai suara mengomentari atau mengejek pikirannya atau tingkah lakunya.

1. *Delusi* (waham)

Bentuk delusi yang paling sering dijumpai pada penderita skizofrenia ialah penyelipan pikiran, menarik pikiran dan penyiaran isi atau buah pikiran. Klien percaya bahwa ada pemikiran yang dimasukkan, diinsersi, ke dalam pikirannya, mengakibatkan terjadi kebingungan, kekacauan dan disorientasi.

1. Gangguan pikiran dan bicara

Gangguan pikiran sering berbentuk asosiasi kata-kata yang tidak berkaitan, tidak berhubungan, dan terjadi bermacam kata-kata yang tidak berhubungan dan sulit difahami pendengarnya.

1. Menyimpan rasa permusuhan
2. Pikiran penuh dengan kecurigaan, seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya
3. Gejala negatif

Pada gejala negatif terjadi penurunan, pengurangan proses mental atau proses perilaku *(behaviour*). Hal ini dapat sangat mengganggu bagi klien dan orang di sekitarnya. Nancy Andreas, University of Iowa, menggolongkan gejala negatif ini atas lima kelompok.

1. Afek yang tumpul, datar atau emosi menumpul

Pada keadaan ini didapatkan gangguan kemampuan untuk mengekspresikan emosi secara *verbal* atau *non-verbal*.

1. Pembicaraan yang miskin(*alogia)*

Penderita sedikit berbicara dan jarang memulai percakapan. Kadang isi pembicaraan sedikit saja maknanya. Ada pula klien yang mulai berbicara yang bermakna namun tiba-tiba ia berhenti bicara, dan baru bicara lagi setelah tertunda beberapa waktu *(blocking).*

1. *Avolisi*

Merupakan keadaan dimana klien hampir tidak bergerak, gerakanya miskin. Kalau dibiarkan akan duduk seorang diri, tidak bicara, tidak ikut beraktifitas jasmani.

1. *Anhedonia*

Tidak mampu menikmati kesenangan, dan menghindari pertemanan dengan orang lain*(asociality*). Klien tidak mempunyai perhatian, minat pada rekreasi.

1. Katatonia

Klien dapat dibuat mengambil sikap seperti patung, posisi badan-tubuh yang aneh dan sulit selama beberapa waktu.

Menurut Yosep, 2001 tanda dan gejala skizofrenia adalah sebagai berikut

1. Gangguan Kognisi

Kognisi adalah suatu proses mental yang dengannya seseorang individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya baik lingkungan dalam maupun lingkungan luarnya (fungsi mengenal). Proses kognisi meliputi : sensasi dan persepsi, perhatian, ingatan, asosiasi, pertimbangan, pikiran dan kesadaran. Sensasi atau penginderaan adalah pengetahuan atau kesadaran akan suatu rangsang. Macam-macam gangguan sensasi antara lain: *hiperestesia, anastesia, parastesia, sinestesia, hiperasmia, anasmia, hiperkinestesia, dan hipokinestesia.* Sedangkan persepsi adalah kesadaran akan suatu rangsang yang dimengerti. Yang termasuk gangguan persepsi antara lain: ilusi, halusinasi, depersonalisasi dan derealisasi.

1. Gangguan Perhatian

Perhatian adalah pemusatan dan konsentrasi energy menilai dalam suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsang.

Beberapa bentuk gangguan perhatian antara lain:

1. *Distraktibiliti,* adalah perhatian yang mudah dialihkan oleh rangsang yang tidak berarti.
2. *Aproseksia,* suatu keadaan dimana terdapat ketidaksanggupan untuk memperhatikan secara tekun terhadap situasi/keadaan tanpa memandang pentingnya masalah tersebut.
3. *Hiperproseksia,* adalah suatu keadaan dimana terjadinya pemusatan/konsentrasi perhatian yang berlebihan, sehingga sangat mempersempit persepsi yang ada.
4. Gangguan Ingatan

Ingatan (kenangan, memori) adalah kesanggupan untuk mencatat, menyimpan, memproduksi isi dan tanda-tanda kesadaran. Jadi proses ingatan terdiri dari 3 unsur yaitu: pencatatan, penyimpanan dan pemanggilan kembali. Ganguan ingatan terjadi jika terdapat gangguan pada satu/lebih dari 3 unsur tersebut, faktor yang mempengaruhi adalah keadaan jasmaniyah (kelelahan, sakit, kegelisahan) dan umur. Sesudah usia 50 tahun fungsi ingatan akan berkurang secara bertahap. Bentuk gangguan ingatan antara lain: amnesia, hipernemsia, paranemsia (pemalsuan).

1. Gangguan Asosiasi

Asosiasi adalah proses mental yang dengannya suatu perasaan, kesan atau gambaran ingatan cenderung untuk menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon/konsep lain, yang memang sebelumnya berkaitan dengannya. Dalam kehidupan normal, proses asosiasi terjadi secara terus menerus dengan pola-pola tertentu. Faktor-faktor yang menentukan pola-pola dalam proses asosiasi antara lain: keadaan lingkungan pada saat itu, kejadian-kejadian yang baru terjadi, pelajaran dan pengalaman sebelumnya, harapan-harapan dan kebiasaan seseorang, kebutuhan dan riwayat emosionalnya.

Beberapa bentuk gangguan asosiasi adalah

a. *retardasi* (perlambatan), adalah proses asosiasi yang berlangsung lebih lambat dari biasanya.

*b. kemiskinan ide,* adalah suatu keadaan dimana terdapat kekurangan asosiasi yang dapat dipergunakan.

*c. perseverasi,* adalah suatu keadaan dimana suatu asosiasi diulang-ulang kembali secara terus menerus yang seakan-akan menggambarkan seseorang tidak sanggup lagi untuk melepaskan ide yang telah diucapkan.

*d. Flight of ideas* (pikiran melompat-lompat), adlah suatu keadaan dimana aliran asosiasi berlangsung sangat cepat yang tampak dari perubahan isi pembicaraan dan pikiran.

*e. inkoherensi,* adalah suatu keadaan dimana aliran asosiasi tak berhubungan satu dengan yang lain.

f.*blocking* (hambatan, benturan), adalah suatu keadaan dimana terjadi kegagalan membentuk asosiasi, mulai dari situasi sementara akibat reaksi emosional yang kuat sampai pada blocking yang lama seperti terdapat pada penyakit jiwa yang berat.

g. *aphasia,* adalah suatu keadaan dimana terjadi kegagalan sebagian atau seluruhnya untuk menggunakan atau memahami bahasa.

1. Gangguan Pertimbangan

Pertimbangan (penilaian) adalah suatu proses mental untuk membandingkan/menilai beberapa pilihan dalam suatu kerangka kerja dengan memberikan nilai-nilai untuk memutuskan maksud dan tujuan dari suatu aktivitas. Tiga hal yang mendukung berfungsinya pertimbangan yaitu: aparat sensoris yang mampu dan mempunyai persepsi diskriminal yang teliti. Ingatan yang penuh dengan data-data sebagai dasar untuk membandingkan. Aparat motoris yang mempunyai ketrampilan atau kemampuan untuk memutuskan serta adanya mekanisme inhibisi untuk aktivitas yang berlebihan.

1. Gangguan Pikiran

Berpikir merupakan suatu proses dalam memperatsukan atau menghubungkan ide-ide dengan membayangkan, membentuk pengertian untuk menarik kesimpulan, serta proses-proses yang lain untuk membentuk ide-ide baru, proses berpikir yang normal mengandung arus ide, symbol dan asosiasi yang terarah pada tujuan dan yang dibangkitkan oleh suatu masalah atau tugas yang dapat menghantar pada suatu penyelesaian yang berorientasi pada kenyataan. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses berpikir yaitu: faktor somatik (gangguan otak dan kelelahan), faktor psikologik (gangguan emosi dan persepsi), faktor sosial (kegaduhan dan keadaan sosial tertentu).

Beberapa bentuk gangguan proses berpikir adalah:

1. Gangguan bentuk pikiran (produksi), termasuk semua penyimpangan dari pemikiran rasional, logic dan terarah pada suatu tujuan seperti: pikiran deristik, pikiran autistic, pikiran yang non-realistik, pikiran obsesif, konfabulasi.
2. Gangguan jalan pikiran meliputi cara dan laju proses asosiasi dalam pemikiran, seperti: flight of ideas, retardasi (perlambatan), perseverasi, sirkumtanial, inkoherensi, dan lain- lain.
3. Gangguan isi pikiran (meliputi isi pikiran yang non verbal atau isi pikiran yang dilelevasikan), seperti: waham, fobia, *ideas of reference* (pikiran hubungan), Pre-okupasi, *thougt insertion* (sisip pikiran), *thought brought sour* (alur pikir).

7. Gangguan Kesadaran

Kesadaran adalah kemampuan seseorang untuk mengadakan hubungan dengan lingkungan serta dirinya sendiri melalui proses indera dan menadakan pendekatan terhadap lingkungan serta dirinya sendiri. Jika kesadaran baik maka terjadi orientasi yang baik pukla. Bentuk-bentuk gangguan kesadaran antara lain:

1. Kesadaran kuantitatif : kesadaran yang menurun (apatis, somnolen, supor, subkoma dan koma) dan kesadaran yang meninggi, yaitu keadaan reaksi yang meningkat terhadap suatu rangsang, disebabkan oleh zat toksik yang merangsang otak atau oleh faktor psikologik.
2. Kesadaran kualitatif, terjadi perubahan dalam kualitas kesadaran, dapat ditimbulkan oleh keadaan toksik, organic dan psikogen.
3. Gangguan orientasi, dapat timbul sebagai ganguan dari kesadaran mengenai waktu, tempat dan orang. Disorientasi ini dapat terjadi pada setiap gangguan jiwa yang mana ada kerusakan hebat dari ingatan, persepsi dan perhatian.

8. Gangguan Kemauan

Kemauan adalah suatu proses dimana keinginan-keinginan dipertimbangkan untuk kemudian diputuskan untuk dilaksanakan sampai mencapai tujuan. Kemauan dapat dirusak oleh gangguan emosional, gangguan-gangguan kognisi, kerusakan otak organic, dalam keadaan tidak terlatih atau bahkan terlalu banyak latihan. Bentuk-bentuk gangguan kemauan antara lain: *abulla* (kemauan yang lemah), *negativisme,* kekakuan (*rigiditas*), kompulsi

9. Gangguan Emosi dan Afek

Emosi merupakan manifestasi afek yang keluar disertai oleh banyak komponen fisiologik, biasanya ber;angsung relative singkat. Bentuk-bentuk gangguan emosi dan afek antara lain: eforia, elasi, eksaltasi, eklasi (kegairahan), inappropriate afek (afek yang tidak nyata), afek yang kaku (rigid), mosi labil, cemas dan depresi,arecvhisme, apatis, emosi yang tumpul dan datar.

10. Gangguan Psikomotor

Psikomotor adalah gerakan badan yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa, sehingga merupakan afek bersama yang mengenaibadan dan jiwa. Bentuk-bentuk gangguan psikomotor antara lain:

Aktivitas yang meningkat, aktivitas yang menurun, aktivitas yang terganggu atau tidak sesuai, aktivitas yang berulang-ulang, negativisme, aversi, dan lain-lain

* 1. **Pengobatan Psikofarmaka**

Psikofarmaka atau obat psikotropik adalah obat yang bekerja secara selektif pada system saraf pusat (SSP) dan mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku, digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik yang berpengaruh terhadap taraf kualitas hidup pasien.

Obat psikotropik dibagi menjadi beberapa golomgan diantaranya: anti-psikosis, anti-depresi, anti-mania, anti-ansietas, anti-insomnia, anti-panik, dan anti-obsesif/kompulsif. Pembagian lainya dari obat psikotropik antara lain: transquilizer, neuroleptic, antidepressant, dan psikomimetika.

* + 1. Obat anti psikosis

Anti psikosis disebut juga neuroleptic, dahulu dinamakan major transquilizer.

Tabel 2.2 Golongan obat antipsikosis, sediaan dan dosis yang dianjurkan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Golongan | Obat | Sediaan | Dosis anjuran |
| 1.  2.  3.  4. | Fenotiazin  Butirofenon  Difenibutil piperidin  Atypical | Chlorpromazin  Thioridazin  Trifluoperazin  Perfenazin  Fluefenazin  Halloperidol  Droperidol  Pinnozide  Risperidon | Tablet 25 dan 100 mg  Injeksi 25 mg/ml  Tablet 50 dan 100 mg  Tablet 1 dan 5 mg  Tablet 2, 4, 8 mg  Tablet 2,5 dan 5 mg  Tablet 0,51,5dan 5 mg  Injeksi 5 mg/ml  Amp 2,5 mg/ml  Tablet 1 dan 4 mg  Tablet 1, 2, 3 mg | 150-160 mg/hari  150-600 mg/hari  10-15 mg/hari  12-24 mg/hari  10-15 mg/hari  5-15 mg/hari  7,5 – 15 mg/hari  1-4 mg/hari  2-6 mg/hari |

**Mekanisme Kerja**

Semua obat anti-psikosis merupakan obat-obat potensial dalam memblokade

reseptor dopamin dan juga dapat memblokade reseptor kolinergik, adrenergik dan

histamin. Pada obat generasi pertama (fenotiazin dan butirofenon), umumnya tidak

terlalu selektif, sedangkan benzamid sangat selektif dalam memblokade reseptordopamine D2. Anti-psikosis “*atypical*” memblokade reseptor dopamine dan jugaserotonin 5HT2 dan beberapa diantaranya juga dapat memblokade dopamin system limbic, terutama pada striatum.

**Cara Penggunaan**

Umumnya dikonsumsi secara oral, yang melewati “*first-pass metabolism*” dihepar. Beberapa diantaranya dapat diberikan lewat injeksi *short-acting Intra*

*muscular*(IM) atau *Intra Venous* (IV), Untuk beberapa obat anti-psikosis (seperti

haloperidol dan flupenthixol), bisa diberikan larutan ester bersama *vegetable oil*

dalam bentuk “depot” IM yang diinjeksikan setiap 1-4 minggu. Obat-obatan depot

lebih mudah untuk dimonitor.

Pemilihan jenis obat anti-psikosis mempertimbangkan gejala psikosis yang

dominan dan efek samping obat. Penggantian obat disesuaikan dengan dosis

ekivalennya. Apabila obat psikosis tertentu tidak memberikan respon klinis dalam

dosis optimal setelah jangka waktu memadai, dapat diganti dengan obat anti-psikosislainnya. Jika obat anti-psikosis tersebut sebelumnya sudah terbukti efektif dan efeksampingnya dapat ditolerir dengan baik, dapat dipilih kembali untuk pemakaiansekarang.

Dalam pemberian dosis, perlu dipertimbangkan:

1. Onset efek primer (efek klinis) : sekitar 2-4 minggu
2. Onset efek sekunder (efek samping) : sekitar 2-6 jam
3. Waktu paruh 12-24 jam (pemberian 1-2 kali perhari)
4. Dosis pagi dan malam berbeda untuk mengurangi dampak efek samping,sehingga tidak menganggu kualitas hidup pasien.

Mulailah dosis awal dengan dosis anjuran dinaikkan setiap 2-3 hari hinggadosis efektif (sindroma psikosis reda) dievaluasi setiap 2 minggu dan bila perlu dinaikkan dosis optimal dipertahankan sekitar 8-12 minggu (stabilisasi) diturunkan setiap 2 minggu dosis *maintenance* dipertahankan selama 6 bulan2 tahun (diselingi *drug holiday*)1-2 hari/minggu *tapering off* (dosis diturunkan tiap2-4 minggu) stop

Obat anti-psikosis tidak menimbulkan gejala lepas obat yang hebat walaupundiberikan dalam jangka waktu lama, sehingga potensi ketergantungan sangat kecil.Jika dihentikan mendadak timbul gejala *cholinergic rebound*, yaitu: gangguanlambung, mual, muntah, diare, pusisng, gemetar dan lain-lain dan akan mereda jikadiberikan *anticholinergic agents* (injeksi sulfas atropine 0,25 mg IM dan tablettrihexylfenidil 3x2 mg/hari).

Obat anti-psikosis parenteral berguna untuk pasien yang tidak mau atau sulitteratur makan obat atau tidak efektif dengan medikasi oral. Dosis dimulai dengan 0,5cc setiap bulan. Pemberiannya hanya untuk terapi stabilisasi dan pemeliharaanterhadap skizofrenia.

Penggunaan CPZ sering menimbulkan hipotensi orthostatik pada waktu merubahposisi tubuh.Hal ini dapat diatasi dengan injeksi nor-adrenalin (effortil IM).Haloperidol juga dapat menimbulkan sindroma Parkinson, dan diatasi dengan tablettrihexylfenidil 3-4x2 mg/hari.

**Indikasi**

Obat anti-psikosis merupakan pilihan pertama dalam menangani skizofreni, untukmemgurangi delusi, halusinasi, gangguan proses dan isi pikiran dan juga efektifdalam mencegah kekambuhan. *Major transquilizer*juga efektif dalam menanganimania, Tourette’s syndrome, perilaku kekerasan dan agitasi akibat bingung dandemensia. Juga dapat dikombinasikan dengan anti-depresan dalam penanganandepresi delusional.

**Efek Samping**

1. Extrapiramidal: distonia akut, parkinsonism, akatisia, dikinesia tardiv

2. Endokrin: galactorrhea, amenorrhea

3. Antikolinergik: hiperprolaktinemia

Bila terjadi gejal tersebut, obat anti-psikosis perlahan-lahan dihentikan. Bisadiberikan obat reserpin 2,5 mg/hari. Obat pengganti yang yang paling baik adalahklozapin 50-100 mg/hari.Reaksi idiosinkrasi yang timbul dapat berupa diskrasia darah, fotosensitivitas,*jaundice*, dan *Neuroleptic Malignant Syndrome*(NSM)*.* NSM berupa hiperpireksia,rigiditas, inkontinensia urin, dan perubahan status mental dan kesadaran. Bila terejadiNSM, hentikan pemakaian obat, perawatan suportif dan berikan agonis dopamine (bromokriptin 3x 7,5 sampai 60 mg/hari, L-Dopa 2x100 mg atau amantidin 200mg/hari)

**Kontraindikasi**

Penyakit hati, penyakit darah, epilepsi, kelainan jantung, febris yang tinggi,

ketergantungan alkohol, penyakit SSP dan gangguan kesadaran

2.2.2 Obat antidepresan

Sinonim antidepresan adalah thimoleptika atau psikik energizer.Umumnya yang digunakan sekarang adalah dalam golongan trisiklik (misalnya imipramin,amitriptilin, dothiepin dan lofepramin).

Tabel 2.3 Golongan obatdepresan, sediaan dan dosis yang dianjurkan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Golongan | Obat | Sediaan | Dosis anjuran |
| 1.  2.  3.  4. | Trisiklik (TCA).  SSRI  MAOI  *Atypical* | Amitriptilin  Imipramin  Sentralin  Fluvoxamin  Fluoxetin  Paroxetin  Moclobemide  Mianserin  Trazodon  Maprotilin | Tablet 25mg  Tablet 25 mg  Tablet 50 mg  Tablet 50 mg  Kapsul 20 mg  Tablet 20 mg  Tab 150 mg  Tablet 10, 30 mg  Tablet 50 mg, 100 mg  Tablet 10, 25, 50, 75 mg | 75-150 mg/hari  75-150 mg/hari  50-150 mg/hari  50-100 mg/hari  20-40 mg/hari  20-40 mg/hari  300-600 mg/hari  30-60 mg/hari  75-150 mg/hari   * 1. /hari |

**Mekanisme Kerja**

Trisiklik (TCA) memblokade *reuptake* dari noradrenalin dan serotonin yangmenuju neuron presinaps.SSRI hanya memblokade *reuptake* dari serotonin.MAOImenghambat pengrusakan serotonin pada sinaps.Mianserin dan mirtazapinmemblokade reseptor alfa 2 presinaps. Setiap mekanisme kerja dari antidepresanmelibatkan modulasi pre atau post sinaps atau disebut respon elektrofisiologis.

**Cara Penggunaan**

Umumnya bersifat oral, sebagian besar bisa diberikan sekali sehari danmengalami proses *first-pass metabolism* di hepar. Respon anti-depresan jarang timbuldalam waktu kurang dari 2-6 mingguUntuk sindroma depresi ringan dan sedang, pemilihan obat sebaiknyamengikuti urutan:

1. Langkah 1 : golongan SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)
2. Langkah 2 : golongan tetrasiklik (TCA)
3. Langkah 3 :golongan tetrasiklik, atypical, MAOI (Mono Amin Oxydase Inhibitor)reversibel.

**Indikasi**

Obat antidepresan ditujukan kepada penderita depresi dan kadang bergunajuga pada penderita ansietas fobia, obsesif-kompulsif, dan mencegah kekambuhandepresi.

**Efek Samping**

Trisklik dan MAOI : antikolinergik(mulut kering, retensi urin, penglihatankabur, konstipasi, sinus takikardi) dan antiadrenergik (perubahan EKG, hipotensi SSRI : nausea, sakit kepala, MAOI : interaksi tiramin. Jika pemberian telah mencapai dosis toksik timbul *atropine toxic syndrome* dengangejala eksitasi SSP, hiperpireksia, hipertensi, konvulsi, delirium, confusion dandisorientasi. Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasinya:

1. Gastric lavage
2. Diazepam 10 mg IM untuk mengatasi konvulsi
3. Postigmin 0,5-1 mg IM untuk mengatasi efek antikolinergik, dapat diulangisetiap 30-40 menit hingga gejala mereda.
4. Monitoring EKG

**Kontraindikasi**

Penyakit jantung koroner, glaucoma, retensi urin, hipertensi prostat, gangguan fungsi hati, epilepsy

2.2.3 Obat Antimania

Obat anti mania mempunyai beberapa sinonim antara lain mood modulators,mood stabilizers dan antimanik. Dalam membicarakan obat antimania yang menjadiacuan adalah litium karbonat.

Tabel 2.4 Golongan obat antimania, sediaan dan dosis yang dianjurkan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Golongan | Sediaan | Dosis anjuran |
| 1.  2.  3. | Litium karbonat  Haloperidol  Karbamazepin | Tab 0,5 mg,2 mg, 5 mg  Liq 2 mg/hr  Injk 5 mg/ml  Tab 200 mg | 250-500 mg  4,5-15 mg  400-600 mg/hr   * 1. x/hr |

**Cara Penggunaan Obat**

Pada mania akut diberikan haloperidol IM atau tablet litium karbonat. Padagangguan afektif bipolar dengan serangan episodik mania depresi diberi litiumkarbonat sebagai obat profilaks.Daapt mengurangi frekwensi, berat dan lamanyasuatu kekambuahanBila penggunaan obat litium karbonat tidak memungkinkaan dapat digunakankarbamezin.Obat ini terbukti ampuh meredakan sindroma mania akut dan profilakssrerangan sindroma mania pada gangguan afektif bipolar.Pada ganguan afektif unipolar, pencegahan kekambuhan dapat juga denagnobat antidepresi SSRI yang lebih ampuh daripada litium karonat. Dosis awal haruslebih rendah pada pasien usia lanjut atau pasien gangguan fisik yang mempengaruhifungsi ginjal. Pengukuran serum dilakukan dengan mengambil sampeel darah pagihari, yaitu sebelum makan obat dan sekitar 12 jam setelah dosis petang.

**Mekanisme kerja**

Efek antimania lithium disebabkan oleh kemampuannya mengurangi”dopaminereseptor supersensitivity” meningkatkan ”cholinergic muscarinic activity”dan menghambat ” cyclic AMP” (adenosine monophospat)

**Efek samping**

1. Efek samping Lithium berhubungan erat dengan dosis dan kondisi fisik pasien
2. Gejala efek samping pada pengobatan jangka lama:
3. mulut kering, haus, gastrointestinal distress (mual, muntah, diare feses lunak),kelemahan otot, poliuria, tremor halus (fine tremor, lebih nyta pada pasienusia lanjut dan penggunaan bersamaan dengan neuroleptika dan antidepresan)Tidak ada efek sedasi dan gangguan akstrapiramidal
4. Efek samping lain : hipotiroidisme, peningkatan berat badan, perubahanfungsi tiroid, edema pada tungkai metalic taste, leukositosis, gangguan dayaingat dan kosentrasi pikiran
5. Gejala intoksikasi
6. Gejala dini : muntah, diare, tremor kasar, mengantuk, kosentrasipikiran menurun, bicara sulit, pengucapan kata tidak jelas, berjalantidak stabil
7. Dengan semakin beratnya intoksikasi terdapat gejala : kesadaran

menurun, oliguria, kejang-kejang

1. Penting sekali pengawasan kadar lithium dalam darah
2. Faktor predisposisi terjadinya intoksikasi lithium :
3. Demam (berkeringat berlebihan)
4. Diet rendah garam
5. Diare dan muntah-muntah
6. Diet untuk menurunkan berat badan
7. Pemakaian bersama diuretik, antireumatik, obat anti inflamasi nonsteroid
8. Tindakan mengatasi intoksikasi lithium
9. Mengurangi faktor predisposisi
10. Diuresis paksa dengan garam fisiologis NaCl diberikan secara IVsebanyak 10 ml
11. Tindakan pencegahan intoksikasi lithium dengan edukasi tentang factor predisposisi, minum secukupnya, bila berkeringat dan diuresis banyak harusdiimbangi dengan minum lebih banyak, mengenali gejala dan intoksikasi dankontrol rutin

**Kontra Indikasi**

Wanita hamil

* + 1. Obat antiansietas

Obat anti-ansietas mempunyai beberapa sinonim, antara lain psikoleptik transquilizer minor dan anksioliktik. Dalam membicarakan obat antiansietas yangmenjadi obat racun adalah diazepam atau klordiazepoksid.

Tabel 2.5 Golongan obat antimania, sediaan dan dosis yang dianjurkan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Golongan | Obat | Sediaan | Dosis anjuran |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10.  11. | Diazepam  Klordiazepoksoid  Lorazepam  Clobazam  Brumazepin  Oksazolom  Klorazepat  Alprazolam Prazepam  Sulpirid  Buspiron | Benzodiazepin  Benzodiazepin  Benzodiazepin  Benzodiazepin  Benzodiazepin  Benzodiazepin  Benzodiazepin  Benzodiazepin  Benzodiazepin  NonBenzodiazepin  NonBenzodiazepin | Tablet 2- 5 mg  Tab 5 mg  Kap 5 mg  Tab 0,5-2 mg  Tab 10 mg  Tab 1,5-3-6mg  Tab 10 mg  Cap 5-10mg  Tab0,25-0,5- 1 mg  Tab 5 mg  Cap 50 mg  Tab 10 mg | Peroral:  10-30mg/hr,2-3x/hari  Parenteral:  IV/IM2-10 mg/kali,  setiap 3-4 jam  15-30 mg/hari  2-3 x/hari  2-3 x 1 mg/hr  2-3 x 10 mg/hr  3 x 1,5 mg/hr  2-3 x 10 mg/hr  2-3 x 5 mg / hr  3 x 0,25-0,5mg / hr  2-3 x 5 mg/hr  100-200 mg/hari   * 1. g/hari |

**Mekanisme kerja**

Sindrom ansietas disebabkan hiperaktivitasndari system limbic yang terdirdari dopaminergic, nonadrenergic, seretonnergic yang dikendalikan oleh GABAergic yang merupakan suatu inhibitory neurotransmitter. Obat antiansietasbenzodiazepine yang bereaksi dengan reseptornya yang akan meng-inforce theinhibitory action of GABA neuron, sehingga hiperaktivitas tersebut mereda.

**Cara Pengguanan**

1. Klobazam untuk pasien dewasa dan pada usia lanjut yang ingin tetap aktif
2. Lorazepam untuk pasien-pasien dengan kelainan fungsi hati atau ginjal
3. Alprazolam efektif untuk ansietas antosipatorik, mula kerja lebih cepat danmempunyai komponen efek antidepresan.
4. Sulpirid 50 efektif meredakan gejala somatic dari sindroma ansietas danpaling kecil resiko ketergantungan obat.

Mulai dengan dosis awal (dosis anjuran) kemudian dinaikkan dosis setiap 3-5hari sampai mencapai dosis optimal.Dosis ini dipertahankan 2-3 minggu.Kemudianditurunkan 1/8 x dosis awal setiap 2-4 minggu sehingga tercapai dosis pemeliharan.Bila kambuh dinaikkan lagi dan tetap efektif pertahankan 4-8 mingu.Terakhirlakukan tapering off.Pemberian obat tidak lebih dari 1-3 bulan pada sindromaansietas yang disebabkan factor eksternal.

**Efek samping**

1. Sedasi ( rasa mengantuk, kewaspadaan berkurang, kinerka psikomotor menurun,kemampuan kognitif melemah)
2. Relaksasi otot ( rasa lemas, cepat lelah dan lain-lain)
3. Potensi menimbulkan ketergntungan lebih rendah dari narkotika
4. Potensi ketergantungan obat disebabkan oleh efek obat yang masih dapatdipertahankan setelah dosis trerakhir berlangsung sangat singkat.Penghentian obat secara mendadak, akan menimbulkan gejala putus obat, pasienmenjadi iritabel, bingung, gelisah, insomania, tremor, palpitasi, keringhat dingin,konvulsi.

**Kontra Indikasi**

Pasien dengan hipersensitif terhadap benzodiazepin, glaukoma, miasteniagravis, insufisiensi paru kronik, penyakit ginjal dan penyakit hati kronik Pada pasienusia lanjut dan anak dapat terjadi reaksi yang berlawanan (paradoxal reaction) berupakegelisahan, iritabilitas, disinhibisi, spasitas oto meningkat dan gangguan tidur.Ketergantungan relatif sering terjadi pada individu dengan riwayat peminum alkohol,penyalagunaan obat atau unstable personalities.Untuk mengurangi resikoketergantungan obat, maksimum lama pemberian 3 bulan dalam rentang dosisterapeutik.

* + 1. Obat antiinsomnia

Sinonimnya adalah hipnotik, somnifacient, atau hipnotika.Obat acuannya adalah fenobarbital.

Tabel 2.6 Golongan obat antiinsomnia, sediaan dan dosis yang dianjurkan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Golongan | Obat | Sediaan | Dosis anjuran |
| 1.  2.  3.  4. | Nitrazepam  Triazolam  Estazolam  Chloral hydrate | Benzodiazepin  Benzodiazepin  Benzodiazepin  Non-Benzodiazepin | Tab 5 mg  Tab 0,125 mg  Tab 0,250 mg  Tab 1 mg  Tab 2mg  Soft cap 500 mg | Dewasa 2 tab  Lansia 1 tab  Dewasa 2 tab  Lansia 1 tab  1-2 mg/malam  1-2 cap, 15-30 menit sebelum tidur |

**Mekanisme kerja**

Obat anti-insomnia bekerja pada reseptor BZ1 di susunan saraf pusat yangberperan dalam memperantarai proses tidur.

**Cara Penggunaan**

1. Dosis anjuran untuk pemberian tunggal 15-30 menit sebelum tidur.
2. Dosis awal dapat dinaikkan sampai mencapai dosis efektif dandipertahankan sampai 1-2 minggu, kemudian secepatnya tapering offuntuk mencegah timbulnya *rebound* dan toleransi obat.
3. Pada usia lanjut, dosis harus lebih kecil dan peningkatan dosis lebihperlahan-lahan untuk menghidari oversedation dan intoksikasi.
4. Lama pemberian tidak lebih dari 2 minggu agar risiko ketergantungankecil.

**Efek samping**

Supresi SSP pada saat tidur, *Rebound Phenomen*, Disinhibiting efect yang menyebabkan perilaku penyerangan dan ganas padapenggunaan golongan benzodiazepine dalam waktu yang lama

**Kontra indikasi**

Sleep apnoe syndrome, Congestive heart failure, Chronic respiratory disease, Wanita hamil dan menyusui

* + 1. Obat anti Obsesif-Kompulsif

Dalam membicarakan obat anti obsesi kompulsi yang menjadi acuan adalahklomipramin.Obat anti obsesi kompulsi dapat digolongkan menjadi :

1. Obat anti obsesi kompulsi trisiklik, contoh klomipramin
2. Obat anti obsesi kompulsi SSRJ, contoh sentralin, paroksin, flovokamin,fluoksetin

Tabel 2.7 Golongan obat antiobsesif-kompulsif, sediaan dan dosis yang dianjurkan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Nama generic | Sediaan | Dosis anjuran |
| 1.  2.  3.  4.  5. | Clompramine  Fluvoxamine  Sertraline  Fluxetine  Paroxetine | Tab 25 mg  Tab 50 mg  Tab 50 mg  Cap 20 mg, caplet20 mg  Tab 20 mg | 75-200 mg/hr  100-200 mg/hr  50-150 mg/hr  20-80 mg/hr  40-60 mg/ hr |

**Mekanisme kerja**

Menghambat re-uptake neurotransmitter serotonin sehingga gejala mereda.

**Cara penggunaan**

Sampai sekarang obat pilihan untuk gangguan obsesi kompulsi adalah

klomipramin. Terhadap meraka yang peka dapat dialihkan ke golongan SSRI dimanaefek samping relatif aman. Obat dimulai dengan dosis rendah klomopramin mulaidengan 25-50 mg /hari (dosis tunggal malam hari), dinaikkan secara bertahap denganpenambahan 25 mg/hari sampai tercaapi dosis efektif (biasanya 200-300 mg/hari).Dosis pemeliharan umumnya agak tinggi, meskipun bersifat individual,klomipramin sekitar 100-200 mg/hari dan sertralin 100 mg/hari. Sebelum dihentikanlakukan pengurangan dosis secara tappering off. Meskipun respon dapat terlihatdalam 1-2 minggu, untuk mendapatkan hasil yang memadai setidaknya diperlukanwaktu 2- 3 bulan dengan dosis antara 75-225 mg/hari

2.2.7 Obat Anti panic

Dalam membicarakan antipanik yang menjadi obat acuan adalah imipramin

Tabel 2.8 Golongan obat antipanik, sediaan dan dosis yang dianjurkan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Nama generic | Sediaan | Dosis anjuran |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8. | Imipramin  Clomipramin  Alprazol  Moclobemid  Sertralin  Fluoxetin  Parocetin  Fluvoxamine | Tab 25 mg  Tab 25 mg  Tab 0,25 mg,0,5 mg,1 mg  Tab 150 mg  Tab 50 mg  Cap dan caplet 20mg  Tab 20 mg  Tab 50 mg | 75-150 mg/hr  75-150 mg/hr   * 1. mg/hr   300-600 mg/hr  50-100 mg/hr  20-40 mg/hr  20-40 mg/hr  50-100 mg/hr |

**Mekanisme kerja**

Sindrom panik berkaitan dengan hipersensitivitas dari serotonic reseptor diSSP. Mekanisme kerja obat antipanik adalah menghambat reuptake serotonin padacelah sinaptik antar neuron

**Cara Penggunaan Obat**

1. Golongan SSRI mempunyai efek samping yang lebih ringan
2. Alprozolam merupakan obat yang paling kurang toksiknya dan onset kerjanyalebih cepat

**Efek samping obat**

Mengantuk, sedasi, kewaspadaan berkurang, Neurotoksik

**Lama Pemberian Obat**

Lamanya pemberian obat tergantung dari individual, umunya selama 6-12bulan, kemudian dihentikan secara bertahap selama 3 bulan bila kondisipenderita sudah memungkinkan. Dalam waktu 3 bulan bebas obat 75% penderita menunjukkan gejala kambuh.Dalam keadaan ini maka pemberian obat dengan dosis semula diulangi selama2 tahun.Setelah itu dihentikan secara bertahap selama 3 bulan.

* + 1. Prinsip-prinsip pemberian obat psikofarmaka

Prinsip pemberian obat psikofarmaka menurut Robert Prihadjo (1995)

1. Benar klien

Untuk memastikan bahwa klien yang diberikan obat adalah benar orangnya, harus mencocokan nama klien yang di tulis di etiket obat dengan klien yang akan diberikan obat.

1. Benar obat

Dapat dilakukan dengan memastikan obat dalam kemasan yangakan diberikan kepada klien adalah sesuai dengan etiket obat

1. Benar dosis

Untuk memastikan dosis obat yang benar dalam pemberian harus sesuai dengan petunjuk dokter.

1. Benar cara

Cara pemberian obat harus sesuai dengan petunjuk dokter dan biasanya ditulis di etiket obat.

1. Benar waktu

Ketepatan waktu pemberian obat penting untuk mempertahankan kadar obat di dalam darah.

* 1. **Kepatuhan**

2.3.1 Pengertian kepatuhan

Kepatuhan adalah istilah yaang dipakai untuk menjelaskan ketaatan atau pasrah pada tujuan yang telah di tentukan. Dengan definisi tersebut maka kepatuhan memiliki nada yang cenderung manipulatif atau otoriter dimana penyelenggara perawatan kesehatan diangap sebagai tokoh yang berwenang dan klien dianggap bersikap patuh. Istilah tersebut masih belum dapat diterima dengan baik dalam keperawatan, hal inidikarenakan adanya falsafah yang menyatakan bahwa klien berhak untuk membuat keputusan perawatan kesehatanya sendiri dan untuk tidak perlu mengikuti rangkaian tindakan yang telah ditentukan oleh profesional perawat kesehatan. Kepatuhan merupakan suatu permasalahan bagi semua disiplin perawatan kesehatan..

Menurut eraker dkk, (1984) dan Levanthai dan Cameron (1987), kepatuhan pasien program kesehatan dapat ditinjau dari berbagai perspektif teoriti antara lain:

1. Biomedis, yang mencakup demografi pasien, keseriusan penyakit, dan kompleksitas program kesehata.
2. Teori perilaku atau pembelajaran sosial yang menggunakan pendekatan behavioristik dalam hal reward, petunjuk, kontrak dan dukungan sosial.
3. Perputaran umpan balik komunikasi dalam hal mengirim, menerima, memahami, menyimpan, dan penerimaan.
4. Teori keyakinan rasional, yang menimbang manfaat pengobatan dan risiko penyakit melalui penggunaan logika cost benefit.
5. Sistem pengaturan diri, pasien dilihat sebagai pemecah yang mengatur perilakunya berdasarkan persepsi atas penyakit, ketrampilan kognitif, dan pengalaman masa lalu yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk membuat rencana dan mengatasi penyakit.

2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat

Banyak hal yang dapat dianggap sebagai faktor penghambat kepatuhan seseorang antara lain, penjelasan yang tidak adekuat, perbedaan pendapat antara klien dan tenaga kesehatan, terapi jangka panjang, tingginya kompleksitas atau biaya pengobatan, dan tingginya jumlah serta tingkat keparahan efek samping

* 1. **Perubahan Status Mental**

Menurut Prasetyo (2006), *skizofrenia* merupakan suatu gangguan yang kronis, yang disertai dengan memburuknya fungsi sosial dan kualitas hidup. Pada umumnya gangguan ini dapat diobati tetapi tidak dapat disembuhkan. Penderita *Skizofrenia* diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua (Sullinger, 1988), dan 100% pada tahun ke lima setelah pulang dari rumah sakit (Carson and Ross, 1987). Sebelum terjadi kekambuhan perlu diketahui deteksi dini perubahan status mental pasien supaya resiko kekambuhan dapat di minimalkan.

* + 1. Pengertian Perubahan status mental

Definisi teoritis Perubahan status mental adalah timbulnya tanda dan gejala sakit pada anggota keluarga atau klien dengan tingkatan tertentu (Darminto P, 1995).

* + 1. Faktor Penyebab perubahan status mental

Menurut Sulinger (dalam Keliat, 1995), ada 4 penyebab perubahan status mental.

1. Klien

Diketahui bahwa klien yang gagal meminum obat dengan teratur mempunyai kecenderungan lebih tinggi untuk menunjukan gejala perubahan status mental, hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% klien pulang dari Rumah Sakit Jiwa tidak meminum obat secara teratur (Apleton,1982). Klien *skizofrenia* sulit mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidakmampuan mengambil keputusan. Di Rumah Sakit, perawat bertanggung jawab dalam pemantauan pemberian obat, di rumah tugas perawat digantikan keluarga.

1. Dokter (Pemberi resep)

Minum obat yang teratur mengurangi gejala-gejala perubahan status mental, namun pemakaian obat *neuroleptik* yang lama menimbulkan efek samping *tardive dyskinesia*, yang mengganggu hubungan sosial seperti gerakan tidak terkontrol. Dokter yang memberi resep diharapkan tetap waspada mengidentifikasi dosis terapiutik yang dapat mencegah kambuh dan efek samping.

1. Penanggung jawab klien (*case manager*)

Setelah klien pulang ke rumah, maka perawat puskesmas tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien di rumah. Penanggung jawab kasus juga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk bertemu klien, sehingga dapat mengidentifikasi gejala dini dan segera mengambil tindakan.

1. Keluarga

Hasil penelitian Vaugh (1976) dan snyder (1981) memperlihatkan bahwa keluarga dengan *expressed emotion* yang tinggi (*hostility, criticalness, emotionally over-involved)* diperkirakan klien akan kambuh dalam waktu 9 bulan, hasilnya 57% kembali dirawat dari keluarga dengan *expressed emotion* yang tinggi dan 17% kembali dirawat dari keluarga dengan *expressed emotion* yang rendah. Terapi keluarga dapat diberikan untuk menurunkan *expressed emotion*, karena klien *skizofrenia* sangat mudah dipengaruhi oleh stres yang menyenangkan maupun menyedihkan. Dengan terapi keluarga, klien dan keluarga dapat mengatasi dan mengurangi stres (Keliat, 1995) sehingga gejala perubahan status mental dapat berkurang.

* + 1. Tanda-tanda perubahan proses pikir

Menurut Herz dan Melville (1980, dikutip oleh Sullinger, 1988) dalam Kelliat (1996) mengkaji beberapa gejala yang diidentifikasikan oleh klien dan keluarganya yaitu:

1. Nervous
2. Tidak ada nafsu makan
3. Sukar berkonsentrasi
4. Sukar tidur
5. Depresi
6. Tidak ada minat
7. Menarik diri

Menurut Firdaus (2005) tanda-tanda peringatan awal kekambuhan adalah dengan adanya gejala perubahan proses piker, antara lain:

1. Sulit tidur
2. Penarikan diri dari kehidupan sosial
3. Hambatan dalam hubungan sosial
4. Tidak dapat memusatkan pikiran
5. Tidak mampu mengambil keputusan
6. Sikap bermusuhan atau curiga (ketakutan tanpa alasan)
7. Over reaktif terhadap ketidak setujuan teman dan keluarga
8. Memburuknya kesehatan personal
9. Reaksi emosional yang tidak wajar
10. Pandangan kosong dan datar
11. Menatap tanpa berkedip atau berkedip tanpa henti
12. Tersenyum dan merasakan hal secara berbeda
13. Sangat sensitif terhadap stimulus berupa suara-suara bising/cahaya
14. Perilaku yang aneh
    1. **Kerangka konseptual penelitian**

Kerangka konsep pada suatu penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep–konsep yang ingin diminati atau diukur melalui penelitian–penelitian yang akan dilakukan (Notoatmojo, 2005). Kerangka konsep akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2003:55).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Terapi Skizofrenia |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Psikofarmaka |

KEPATUHAN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *SKIZOFRENIA* |

Perubahan Statu Mental

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Faktor yang mempengaruhi kepatuhan   1. Biomedis 2. Teori Perilaku 3. Perputaran umpan balik komunikasi 4. Teori keyakinan rasional 5. System pengaturan diri |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Etiologi   1. Genetik 2. *Biochemistry* 3. *Neuroanatomy* |
|  |  |  |

keterangan:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

= diteliti

= tidak diteliti

**BAB III**

**METODE PENELITAN**

**3.1 Jenis Penelitian**

Desain penelitian ini adalah penelitian deskriptif, yaitu penelitian yang didalamnya tidak ada analisis hubungan antar variabel, tidak ada variabel bebas, dan terikat, bersifat umum yang membutuhkan jawaban di mana, kapan, berapa banyak, siapa. Dalam pelaksanaan penelitian deskriptif menggunakan jenis survei, yaitu suatu cara penelitian deskriptif yang dilakukan terhadap sekumpulan objek yang biasanya cukup banyak dalam jangka waktu tertentu dan dari hasil data yang terkumpul dibuat suatu analisis secara kuantitatif. (Notoatmodjo, 2005)

Dalam penelitian ini peneliti ingin mendapat gambaran tingkat kepatuhan minum obat dan perubahan status mental pada pasien skizofrenia

**3.2 Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampling**

**3.2.1 Populasi Penelitian**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: Obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemungkinan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2007). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga (tinggal dalam satu rumah) klien skizofrenia yang mengantar pasien control ke poli jiwa Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang. Populasi dihitung berdasarkan rata-rata jumlah keluarga atau orang terdekat yang mengantarkan klien skizofrenia control dalam kurun waktu 3 bulan.

Tabel 3.1 Jumlah pasien control di poli jiwa Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2012

|  |  |
| --- | --- |
| Bulan | Jumlah |
| JANUARI | 512 |
| FEBRUARI | 325 |
| MARET | 451 |
| TOTAL | 1288 |
| RATA-RATA TIAP BULAN | 429 |

**3.2.2 Sampel Penelitian**

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2007).Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Arikunto, 2002). Perkiraan sampel apabila subyeknya kurang dari 100 lebih baik diambil semua, sehingga penelitiannya merupakan penelitian populasi. Jika jumlah subyeknya besar, dapat diambil antara 10%-15% atau 20%-25% atau lebih (Arikunto, 2006).

Pada penelitian ini rata-rata populasi sebesar 429 pasien tiap bulanya , maka peneliti mengambil sampel sebanyak 10% dari 429 pasien sehingga sampel penelitian berjumlah 42 pasien.

**Kriteria Inklusi**

Merupakan karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau layak untuk diteliti. Dalam penelitian ini kriteria inklusinya yaitu :

1. Keluarga pasien yang mengetahui kegiatan sehari-hari pasien skizofrenia dan sedang mengantarnya ke poli jiwa Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
2. Bisa baca tulis
3. Bersedia menjadi responden
4. Kooperatif.

**3.2.3 Teknik Sampling**

Penelitian ini, pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan cara *nonprobablity sampling* dengan menggunakan tehnik *accidental sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan memilih sampel yang memenuhi kriteria penelitian dalam kurun waktu tertentu (Notoatmodjo, 2005).

**3.3 Variabel Penelitian**

Variabel : Tingkat kepatuhan minum obat dan perubahan status mental.

**3.4 Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari suatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2003).

Tabel 3.2 Definisi Operasional

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala Ukur |
| Kepatuhan minum obat pasien skizofrenia  Perubahan status mental | 1. Ketaatan minum obat pada pasien skizofrenia pasca perawatan di rumah sakit yang dilaporkan oleh keluarganya, dalam pemberian obat sesuai terapi | Kemampuan responden menjawab pertanyaan pada kuesioner  berkaitan dengan prinsip ketaatan 4 benar pemberian obat, meliputi :   1. Taat obat 2. Taat dosis 3. Taat cara 4. Taat waktu | Kuesioner | Ordinal |
| Tanda-tanda penyimpangan kejiwaan yang di ukur berdasarkan perilaku pada status mental pasien skizofrenia Dengan menilai:   1. Proses pikir meliputi: Isi piker, bentuk piker dan arus pikir 2. Afek dan emosi meliputi: eforia, elasi, cemas depresi, emosi tumpul dll 3. persepsi 4. Psikomotor : aktivitas meningkat, menurun, terganggu atau tidak sesuai, berulang dll 5. Psikososial / avolisi | 1. Perubahan status mental ringan jika perubahan status mental memiliki skor 52-68 (perubahan status mental baik) 2. Perubahan status mental sedang jika perubahan status mental memiliki skor 35-51 (perubahan status mental sedang). 3. Perubahan status mental berat jika perubahan status mental memiliki skor 17-34 | Kuesioner | Ordinal |

**3.5 Instrumen Penelitian**

Instrumen adalah alat pada waktu penelitian menggunakan metode. (Arikunto, 2002).Instrumen dalam penelitian ini adalah angket. Angket yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tertutup (*close question retricted from)*, dimana sudah disediakan jawaban dari pertanyaan.Dalam penelitian kuisioner dibuat sendiri berdasarkan teori gooleman (1998).

**3.6 Tempat dan Waktu Penelitian**

Waktu : Bulan juni tahun 2012

Tempat : Penelitian ini mengambil tempat di poli jiwa Rumah Sakit

Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang

**3.7 Sistematika Pengambilan Data**

Sebelum melakukan penelitian, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kemudian meminta izin kepada pihak poli jiwa Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang untuk pemilihan sampel. Sampel yang sesuai dengan kriteriadiberikan kuisioner untuk diisi. Peneliti memilih calon responden dengan melihat urutan kedatangan keluarga pasien skizofrenia. Peneliti memilih responden sesuai dengan teknik sampling yang digunakan, Peneliti meminta kesediaan calon responden untuk menjadi responden dalam penelitian. Selanjutnya keluarga pasien skizofrenia yang menjadi calon responden menandatangani*informed consent* sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian. Responden dibagikan kuesioner penelitian secara langsung dan menjelaskan cara pengisian serta hal-hal yang kurang dimengerti oleh responden. Bagi responden yang mengalami kesulitan dalam memahami pertanyaan maka akan dibacakan atau dijelaskan secara terstruktur kuesionernya oleh peneliti. Kuesioner yang telah diterisi kemudian dikumpulkan untuk diolah.

**3.8 Teknik Pengolahan dan Analisa Data**

Analisa data merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan dengan tujuan supaya t*rends* dan *relationship* bisa dideteksi (Nursalam, 2003). Adapun dalam penelitian ini analisis data yang dilakukan terlebih dahulu melalui tahapan persiapan. Tahap ini dimaksudkan untuk merapikan data agar bersih, rapi, dan tinggal mengadakan pengolahan lanjutan atau analisis (Arikunto, 2002).

Setelah data diperoleh langkah selanjutnya adalah mengolah data dengan memberi skor/penilaian. Instrument untuk memperoleh data mengenai tingkat kepatuhan minum obat klien skizofrenia berjumlah 8 pernyataan (Nomor 1-8) yang didalamnya terdapat 3 pernyataan negatif dan 5 pernyataan positif. Untuk pernyataan positif terdapat pada pernyataan nomer 1, 2, 3, 5, 7 dan sisanya pernyataan negatif. Instrument untuk memperoleh data mengenai tingkat perubahan status mental klien skizofrenia berjumlah 9 pernyataan (nomor 9-17) yang didalamnya terdapat 15 pernyataan negatif dan 2 pernyataan positif. Untuk pernyataan positif terdapat pada pernyataan nomer 13 dan 16, sisanya pernyataan positif.

Untuk jawaban pernyataan negatif, A diberi skor 1, B diberi skor 2, C diberi skor 3 dan D diberi skor 4. Jawaban untuk pernyataan positif, A diberi skor 4, B diberi skor 3, C diberi skor 2 dan D diberi skor 1. Penghitungan skor untuk mengkategorikan berdasarkan tingkatan kepatuhan minum obat dilakukan dengan cara dijumlahkan dan selanjutnya dikategorikan seperti berikut :

Baik = jika kepatuhan memiliki skor 25-32

Cukup = jika kepatuhan memiliki skor 17-24

Tidak Baik = jika kepatuhan memiliki skor 8-16

Kategori perubahan status mental yang diukur berdasarkan perubahan fungsi mental digolongkan menjadi 3 perubahan status mental yaitu:

Ringan = jika perubahan status mental memiliki skor 52-68

Sedang = jika perubahan status mental memiliki skor 35-51

Berat = jika perubahan status mental memiliki skor 17-34

Hasil tabulasi digambarkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dengan menggunakan teknik analisa presentase skoring dengan rumus :

P = ∑f x 100%

N

Keterangan :

P : Presentase populasi atau sampel

∑f : Jumlah populasi atau sampel pada suatu kelompok kategori

N : jumlah seluruh sampel atau populasi

(Setiadi, 2007)

**3.9 Penyajian Data**

Data yang diperoleh dijelaskan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, dan dimodifikasi bentuk penyajiannya dengan grafik, dimana diberikan interpretasi data serta dilakukan pembahasan pada setiap subvariabel yang ditelitii.

**3.10 Etika Penelitian**

Dalam melaksanakan penelitian ini, terlebih dahulu mengajukan ijin kepada pihak poli jiwa Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang. Dalam pengisian lembar kuesioner kepada responden, peneliti menekankan etika penelitian, menurut Alimul (2003) meliputi :

3.10.1 Lembar Persetujuan Responden (*Informed Consent)*

Sebelum dilakukan penelitian, peneliti memberikan penjelasan tentang penelitian, kemudian peneliti memberikan *informed concent* kepada responden untuk ditandatangani. Setelah responden menyatakan bersedia dan menandatangani *informed consent*, peneliti membagikan kuisioner untuk diisi oleh subyek. Dari 42 responden, semuanya setuju untuk berpatisipaso untuk mengikuti penelitian dan telah menandatangan *Inform Concent.*

3.10.2 Tanpa Nama (*Anonimity)*

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya diberi inisial responden.

3.10.3. Kerahasiaan (*Confidentiality)*

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subyek dijamin oleh peneliti. Peneliti tidak mencantumkan lembar *Informed Consent* dan angket yang telah diisi oleh subyek. (Hidayat, 2008).