



SKIZOFRENIA: SUATU STUDI LITERATUR

Ike Asana Putri, Amnan, B Fitria Maharani

Fakultas Kesehatan Universitas Nahdlatul Ulama Nusa Tenggara Barat. Email.
asanaputriike@gmail.com

ABSTRAK

Skizofrenia adalah gangguan mental yang menyebabkan seseorang menjadi disfungsi secara fisiologis untuk dirinya sendiri maupun interaksi secara sosial. Skizofrenia adalah salah satu yang paling kompleks dan menantang dari penyakit gangguan jiwa. Pada penderita skizofrenia ada 2 gejala umum yaitu gejala positif dan gejala negatif. Terapi farmakologi dengan menggunakan antipsikotik merupakan terapi dengan obat-obatan pertama yang efektif dalam menangani penyakit skizofrenia. Pasien psikotik sering mengalami kecemasan sehingga penggunaan antipsikotik sering dikombinasikan dengan antiansietas. Disimpulkan perlunya terapi dalam pemulihan penyakit skizofrenia, berupa terapi farmakologi dan terapi non farmakologi.

Kata kunci : Skizofrenia, Terapi, Gejala, Penderita

A. PENDAHULUAN

Pada saat ini di negara-negara lain termasuk Indonesia sedang mengalami pandemi *Corona Virus Disease-2019* (COVID-19) yang masih belum berakhir dari tahun 2019 lalu. COVID-19 masih menjadi hal yang menakutkan bagi masyarakat Indonesia dan negara-negara lain. Seluruh masyarakat dari berbagai kelompok usia turut merasakan dampak akibat pandemi COVID-19. Pandemi COVID-19 tidak hanya berefek pada kesehatan fisik, tetapi juga berpengaruh pada kesehatan mental seseorang. Berbagai permasalahan terjadi karena COVID-19 dinilai menjadi sumber stress baru bagi masyarakat. Pada aktivitas seperti karantina, isolasi mandiri dan menjaga jarak memiliki efek terhadap kesehatan psikologis seseorang.

Meningkatnya rasa kesepian dan berkurangnya interaksi sosial dapat menjadi faktor resiko untuk gangguan mental seperti skizofrenia dan depresi major (Fiorillo dan Gorwood, 2020). Gangguan jiwa merupakan masalah kesehatan yang serius karena meningkatnya jumlah penyakit, termasuk penyakit kronis dengan proses penyembuhan yang lama. Gangguan jiwa dibagi menjadi 2 kategori, yaitu gangguan jiwa ringan dan gangguan jiwa berat. Gangguan jiwa yang berbahaya dan tidak terkendali adalah skizofrenia (Hartanto dkk, 2021).

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2016, pada orang gangguan jiwa sekitar 35 juta akan terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. Angka kejadian di masyarakat berkisar 1-2% dari seluruh penduduk yang pernah mengalami skizofrenia dalam hidup mereka. Prevalensi, skizofrenia tertinggi di Indonesia tahun 2013 di Di Yogyakarta dan Aceh (Zahnia dan Sumekar, 2016). Selanjutnya berdasarkan data Risdas (Riset Kesehatan Dasar) tahun 2018 mencatat jumlah penderita skizofrenia yaitu sebanyak 7% dari 1.000 orang. Untuk wilayah Nusa Tenggara Barat (NTB) telah tercatat jumlah prevalensi penderita skizofrenia sebanyak 10% dari 1.000 orang. Dengan jumlah tersebut NTB menempati urutan ke-3 terbanyak penderita skizofrenia setelah Bali dan Yogyakarta (Riakesdas, 2018).

Banyak sekali faktor yang berperan terhadap kejadian skizofrenia, antara lain faktor genetik, biologis, biokimia, status sosial, ekonomi, stress dan penyalahgunaan obat. Status

ekonomi rendah mempunyai resiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan status ekonomi tinggi, sedangkan orang yang tidak bekerja mempunyai resiko 6,2 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan yang bekerja (Zahnia dan Sumekar, 2016).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang umum terjadi dengan karakteristik adanya kerusakan pada pikiran, persepsi, emosi, pergerakan dan perilaku individu yang menyimpang (Vedebeck, 2020). Menurut WHO pada tahun 2012 sebanyak hampir 1% penduduk di dunia pernah menderita skizofrenia pada usia 15-35 tahun. Laki-laki memiliki tingkat kejadian lebih tinggi di bandingkan wanita yaitu dengan perbandingan 1,4 banding 1 (Syiah U dkk, 2016).

Skizofrenia adalah salah satu yang paling kompleks dan menantang dari penyakit gangguan jiwa. Skizofrenia merupakan suatu sindrom heterogen yang tidak teratur dan gangguan perilaku-prilaku aneh, delusi, halusinasi, emosi yang tidak wajar dangangguan fungsi utama psikososial (Ikawati, 2014). Skizofrenia ditandai dengan delusi, halusinasi, pemikiran dan ucapan yang tidak teratur, perilaku motoric abnormal, dan gejala negatif (Wells *et all*, 2015).

B. ANALISIS DAN PEMBAHASAN

1. Definisi Operasional

Definisi oprasional adalah uraian-uraian tentang penentuan sifat yang akan dipelajari sehingga menjadi variabel yang dapat diukur. Definisi oprasional pada penelitian ipenggunaan ni adalah sebagai berikut :

Tabel III. 4. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Pengukuran	Hasil Peneltian
1.	Penggunaan Antipsikotik	Penggunaan Antipsikotik adalah penggunaan obat golongan tipikal atau atipikal yang diresepkan oleh dokter untuk pengobatan pasien skizofrenia di RSJ Mutiara Sukma	Melihat data rekam medis penggunaan obat pasien	Antipsikotik golongan tipikal dan atipikal
2.	Penggunaan Antiansietas	Penggunaan antiansietas adalah obat anti cemas yang sering di kombinasikan pada pasien skizofrenia di RSJ Mutiara Sukma	Melihat data rekam medis penggunaan obat pasien	Antiansietas turunan benzodiazepin
2.	Pasien Skizofrenia	Pasien skizofrenia adalah pasien dengan gangguan mental yang menyebabkan disfungsi secara fisiologis untuk dirinya sendiri maupun interasksi sosial	Melihat data rekam medis hasil diagnosis	Hasil diagnosis dokter

3.	Tepat Pasien	Tepat pasien adalah ketepatan pemilihan obat yang mempertimbangkan keadaan pasien sehingga tidak menimbulkan kontraindikasi kepada pasien secara individu.	Pedoman <i>Drug Information Handbook 17th Edition</i>	Tepat atau tidak tepat
4.	Tepat Obat	Tepat pemilihan obat adalah keputusan untuk melakukan upaya terapi di ambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar.	Pedoman <i>Drug Information Handbook 17th Edition</i> dan <i>Guideline Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach Seventh Edition</i>	Tepat atau tidak tepat
5.	Tepat Dosis	Dosis obat yang digunakan harus sesuai range terapi obat tersebut.	Pedoman <i>Drug Information Handbook 17th Edition</i> Dan <i>Guideline Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach Seventh Edition</i>	Tepat atau tidak tepat
6.	Tepat Cara Pemberian	Cara pemberian yang tepat harus mempertimbangkan keamanan dan kondisi pasien. Hal ini juga dapat berpengaruh pada bentuk sediaan obat dan saat pemberian obat.	Pedoman <i>Drug Information Handbook 17th Edition</i>	Tepat atau tidak tepat
7.	Tepat Interval Pemberian	Pemberian obat hendaknya dibuat sederhana dan praktis agar mudah di taati oleh pasien. Semakin besar frekuensi pemakaian yang diberikan maka semakin besar kemungkinan ketidakpatuhan	Pedoman <i>Drug Information Handbook 17th Edition</i>	Tepat atau tidak tepat

pasien dalam mengkonsumsi obat.

8.	Tepat tindak lanjut	Saat memutuskan pemberian terapi kepada pasien, harus sudah dipertimbangkan upaya tindak lanjut yang diperlukan, misal jika pasien tidak sembuh atau mengalami efek samping.	Pedoman <i>Drug Information Handbook 17th Edition</i>	Tepat atau tidak tepat
----	---------------------	--	---	------------------------

2. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata yaitu “skizo” artinya retak atau pecah dan “frenia” artinya jiwa. Oleh karena itu orang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau kepribadian (*splitting of personality*) (Hawari, 2012). Skizofrenia merupakan sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak tepat dan adanya gangguan fungsi psikososial (Andryan dkk, 2013).

Skizofrenia adalah istilah untuk sekelompok psikosis dengan berbagai gangguan kepribadian di sertai adanya perubahan yang khas dari cara berpikir, perasaan dan hubungannya dengan lingkungan (farmakologi dan toksikologi). Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi fungsi individu, termasuk cara berfikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi, gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi dan perilaku yang aneh (Rhoad, 2011).

Gangguan jiwa skizofrenia adalah bentuk psikosa yang sering dijumpai sejak dahulu. Namun patogenesisnya masih belum jelas. Seseorang yang mengalami skizofrenia berarti kesehatan jiwanya terganggu. Gejala dari skizofrenia biasanya terlihat pada masa remaja atau dewasa muda dan terjadi secara kronis serta dapat menetap (Patricia *et all*, 2014). Skizofrenia lebih sering terjadi pada akhir masa remaja atau usia lebih dari 40 tahun. Karena rentang usia tersebut merupakan usia produktif yang di penuh oleh berbagai banyak faktor seperti beban tanggung jawab yang besar dan stress. Faktor pencetus stress diantaranya mencangkup masalah dengan keluarga, teman kerja, pekerjaan yang berat, hingga masalah ekonomi yang dapat mempengaruhi perkembangan emosional (Mawar *et all*, 2017).

3. Epidemiologi Skizofrenia

Berdasarkan data statistik dari World Health Organisation (WHO) pada tahun 2011 menunjukkan bahwa penduduk di dunia mengalami gangguan jiwa sebesar 450 juta orang, dimana sepertiga dari jumlah tersebut terjadi di negara-negara berkembang. WHO juga menunjukkan bahwa potensi seseorang mengalami gangguan jiwa cukup tinggi, satu di antara empat orang mudah terserang gangguan jiwa (WHO, 2011). Dari data yang ada di Harvard University dan College London memaparkan bahwa penyakit kejiwaan ditahun 2016 di semua jenis kecacatan di seluruh dunia memiliki peranan sebesar 32% dan angka tersebut mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya (Nurmi, 2011).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2007, 2013 dan 2018 menunjukkan gangguan jiwa di indonesia dengan diagnosa skizofrenia memiliki prevalensi gangguan jiwa fluktuatif. Diamana pada tahun 2007 prevalensi gangguan

jiwa di Indonesia sebesar 4.1 per mil, tahun 2013 mengalami penurunan menjadi 1.7 per mil dan pada rentang tahun 2013-2018 mengalami peningkatan 4 kali lipat selama 5 tahun terakhir menjadi 7 per mil. Provinsi Bali sebagai salah satu wilayah di Indonesia yang memiliki prevalensi sebesar 11 per mil melebihi prevalensi nasional sebesar 4 per mil. Untuk wilayah Nusa Tenggara Barat (NTB) telah tercatat jumlah prevalensi penderita skizofrenia sebanyak 10% dari 1.000 orang. Dengan jumlah tersebut Nusa Tenggara Barat (NTB) menempati urutan ke-3 terbanyak penderita skizofrenia setelah Bali dan Yogyakarta (Riskesdas, 2018).

Skizofrenia lebih sering terjadi pada laki-laki yaitu sebanyak 12 juta jiwa, sedangkan perempuan sebanyak 9 juta jiwa. Onset pada laki-laki umumnya pada usia 15-24 tahun, dan perempuan pada usia 25-35 tahun, dengan implikasi lebih banyak gangguan kognitif dan outcome yang lebih jelek pada laki-laki dibanding perempuan (Elvira, 2013).

Laki-laki mudah terkena gangguan jiwa dibanding perempuan karena laki-laki yang menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup, sedangkan perempuan lebih sedikit beresiko menderita gangguan jiwa karena perempuan lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan dengan laki-laki (Zahnia dan Sumekar, 2016). Resiko morbiditas gangguan jiwa skizofrenia selama hidup baik pada laki-laki maupun perempuan sekitar 0,85% dan kejadian puncak pada akhir masa remaja atau awal dewasa (Katona *et al*, 2012).

4. Etiologi Skizofrenia

Penyebab gangguan jiwa skizofrenia belum diketahui secara pasti sampai saat ini, namun beberapa penelitian telah menunjukkan adanya struktur dan fungsi otak yang abnormal. Pada penderita gangguan skizofrenia terjadi perubahan struktur otak yaitu: ukuran otak bagian tertentu menjadi lebih kecil dari ukuran normal. Kombinasi faktor genetik dan lingkungan berperan dalam perkembangan skizofrenia. Faktor genetik dapat menjadi penyebab gangguan jiwa skizofrenia sekitar 0,6-1,9% dalam populasi U.S (Chisholm-Burns *et al*, 2016)

Faktor genetik dapat mempengaruhi terjadinya penyakit skizofrenia. Seorang dengan riwayat kedua orang tua mengalami gangguan jiwa skizofrenia, maka beresiko sekitar 40% untuk mengalami gangguan skizofrenia (Dipiro *et al*, 2011). Pada kembar monozigot, jika salah satu telah terdiagnosis mengalami gangguan skizofrenia, maka kemungkinan kembar lainnya akan mengalami gangguan skizofrenia tersebut sekitar 50% (Chisholm-Burns *et al*, 2016).

5. Klasifikasi Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, Text Revision*) adalah sebagai berikut:

1) Skizofrenia Paranoid

Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Halusinasi dan atau waham harus menonjol, suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (*whistling*), mendengar (*humming*), atau bunyi tawa (*laughing*) (Maslim, 2013).

2) Skizofrenia Terdisorganisasi/Hebefrenik

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III menyatakan bahwa skizofrenia hebefrenik memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Diagnosis hebefrenia untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun). Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas: pemalu dan senang menyendiri (*solitary*), namun tidak harus demikian untuk menentukan diagnosis.

Untuk diagnosis hebefrenia yang menyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinu selama 2 atau 3 bulan lamanya, untuk memastikan bahwa

gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan: perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan serta mannerisme; ada kecenderungan untuk selalu menyendiri (*solitary*), dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan; efek pasien dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*inappropriate*), sering disertai oleh cekikikan (*giggling*) atau perasaan puas diri (*self-satisfied*) dan senyum sendiri.

3) Skizofrenia Residual

Untuk suatu diagnosis yang meyakinkan, berikut ini merupakan kriterianya, yaitu gejala negatif skizofrenia yang menonjol seperti aktivitas menurun, afek yang menumpul sikap pasif atau tidak ada inisiatif, komunikasi non-verbal yang buruk seperti seperti dalam menunjukkan ekspresi wajah, perawatan diri yang krang dan kinerja sosial yang buruk.

4) Skizofrenia Katatonik

Salah satu dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya yaitu menampilkan posisi tubuh tertentu (aneh dan tidak wajar), gelisah-gaduh, sangat berkungan dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan gejala-gejala lain seperti "command automatism" atau kepatuhan secara otomatis terhadap perintah dan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.

5) Skizofrenia Tak Terinci

Untuk jenis skizofrenia ini memiliki kriteria penting yaitu adanya gejala yang menunjukkan kriteria A, namun tidak termasuk dalam jenis skizofrenia paranoid, hebefrenik, residual ataupun katatonik.

6. Patofisiologi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan penyakit dengan penyebab multifaktor. Patofisiologi skizofrenia belum diketahui secara pasti dan sangat bervariasi seperti halnya etiologi, terdapat beberapa hipotesis yang telah diajukan diantaranya (Kemenkes RI, 2021) :

a. Faktor genetik

Individu dengan keluarga penderita skizofrenia memiliki resiko lebih tinggi mengalami penyakit skizofrenia. Pada anak dengan orang tua menderita skizofrenia beresiko 5% untuk mengalami penyakit serupa. Pada individu dengan saudara kandung atau kembar dizigot yang mengalami skizofrenia beresiko 10% dan pada kembar monozigot resiko mengalami skizofrenia sebesar 40%.

b. Gangguan neurotransmitter

Pada hipotesis dopamin, ditemukan yaitu terdapat hiperaktivitas dopamin pusat. Peningkatan aktivitas dopamin di sistem limbik diasosiasikan dengan gejala positif. Antipsikotik yang bekerja sebagai antagonis reseptor dopamin pascasinaps (D2) diketahui efektif menangani gejala positif skizofrenia.

Hipotesis serotonin mengatakan jika serotonin berlebih dapat menimbulkan gejala positif dan negatif. Neurotransmitter lain yang di duga terkait dengan patofisiologi skizofrenia yaitu asetilkolin, glutamat, norepinefrin, *aminobutyric acid* (GABA) dan sebagainya.

c. Gangguan Morfologi dan Fungsi Otak

Gangguan struktur dan fungsi otak yang sering ditemukan pada penderita skizofrenia adalah pelebaran ventrikel ke-3 dan lateral, atrofi lobus temporal dan medial, gangguan girus hipokampus, parahipokampus, dan amigdala. Namun tidak ada gangguan yang khas pada penderita skizofrenia.

7. Manifestasi Klinis Skizofrenia

Gejala skizofrenia dapat dikelompokkan menjadi 2 macam yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif yang diperlihatkan seorang penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Delusi atau Waham

Delusi atau waham merupakan keyakinan yang salah terhadap kenyataan yang tidak sesuai dengan latar belakang sosial dan kultural seorang skizofrenia (Zahnia dan Sumekar, 2016). Meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa kenyataan tersebut tidak benar namun penderita skizofrenia tetap menyakini kebenarannya (Hawari, 2012). Penyimpangan dari proses berfikir penderita menyebabkan terbentuknya waham tersebut (Ibrahim, 2011).

b. Halusinasi

Halusinasi merupakan persepsi sensori tanpa stimulus eksternal. Misalnya penderita mendengar suara atau bisikan di telinga padahal tidak ada sumber dari suara tau bisikan tersebut (Hawari, 2012).

c. Kekacauan Alam Pikir

Dapat dilihat dari cara bicara dan isi dari pembicaraan yang kacau sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya (Hawari, 2012).

d. Galuh, gelisah, agresif, gembira yang berlebihan dan bicara terlalu semangat (Hawari, 2012).

Gejala-gejala negatif pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Kehilangan kemampuan berfikir atau berbicara (Keliat, 2012).

b. Kurangnya kemampuan untuk merasakan kesenangan serta memisahkan diri dari lingkungan sosial (Ikawati, 2014). Penderita merasa jauh dari dirinya sendiri atau orang lain dan tidak berdaya

c. Kehilangan dorongan kehendak atau inisiatif, monoton, tidak ada upaya, tidak menginginkan sesuatu dan serba malas (Hawari, 2012).

d. Alam perasaan yang tumpul dan datar merupakan penurunan intensitas ekspresi dan emosi. Penderita tampak acuh atau hanya berespon superfisial (Keliat, 2012). Ekspresi emosi penderita sangat sedikit bahkan ketika afek tersebut seharusnya diekspresikan namun penderita tidak menunjukkannya (Elvira, 2013). Gejala ini merupakan gejala khas pada penderita skizofrenia kronis. Penderita tidak dapat beraksi secara normal dalam intensitas emosional dan tidak mempunyai perasaan (Keliat, 2012).

8. Diagnosis Skizofrenia

Diagnosis gangguan jiwa skizofrenia ditentukan berdasarkan gejala-gejala yang muncul pada penderita. Saat ini belum ada tes yang dapat digunakan untuk mengkonfirmasi gangguan jiwa skizofrenia secara pasti.

Kriteria diagnosis yang dipaparkan dalam ICD-10 adalah sebagai berikut (WHO, 2004) :

a. Adanya pikiran yang bergema (*though echo*), penarikan pikiran atau penyisipan (*though insertion* atau *withdrawal*) dan penyiaran pikiran (*broadcasting*) pada penderita.

b. Waham dikendalikan (*delusion of control*), waham dipengaruhi (*delusion of being influenced*) atau kepasifan, yang jelas merujuk pada pergerakan tubuh, anggota gerak, atau pikiran, perbuatan dan perasaan dari penderita.

c. Halusinasi berupa suara yang berkomentar tentang perilaku penderita atau sekelompok orang yang sedang mendiskusikan atau bentuk halusinasi suara lainnya yang datang dari beberapa bagian tubuh.

d. Waham-waham yang menetap atau jenis-jenis lain yang menurut budayanya dianggap tidak wajar serta sama sekali atau mustahil, seperti misalnya mengenai identitas keagamaan atau politik, atau kekuatan dan kemampuan "manusia

- super” (tidak sesuai dengan budaya dan sangat tidak mungkin atau tidak masuk akal, misalnya mampu berkomunikasi dengan makhluk asing yang datang dari planet lain).
- e. Halusinasi yang menetap pada berbagai modalitas disertai dengan waham yang mengambang maupun yang berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun ide-ide yang berlebihan yang menetap terjadi setiap hari atau berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan secara terus menerus.
 - f. Arus pikiran yang terputus yang berakibat pembicaraan tidak relevan atau neologisme.
 - g. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), sikap tubuh tertentu (*posturing*), negativisme, mutisme, dan stupor.
 - h. Gejala-gejala negatif, seperti sikap masa bodoh (*apatis*), respon 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.
 - i. Perubahan yang signifikan dan konsisten dalam beberapa aspek perilaku pribadi, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, tanpa tujuan, malas-malasan dan sikap mementingkan diri sendiri.

9. Terapi Skizofrenia

a. Tujuan Terapi Skizofrenia

Tujuan utama dalam pengobatan skizofrenia adalah untuk mengurangi frekuensi dan tingkat keparahan, memperbaiki berbagai gejala, dan meningkatkan kapasitas fungsional dan kualitas hidup pasien skizofrenia (Bruinzeel, 2014). Selain itu tujuan utama dari terapi pada skizofrenia adalah pemulihan. Pemulihan dapat dicapai baik dari segi fungsi mental maupun fisik. Penilaian dalam menentukan pemulihan terdapat empat faktor termasuk diantaranya hilangnya gejala, fungsi pekerjaan, kehidupan mandiri dan relasi. Dari penilaian tersebut dapat dilihat bahwa hilangnya gejala hanya satu dari empat faktor dalam menilai pemulihan, sementara tiga faktor lainnya melibatkan peran penyandang skizofrenia sendiri, pengasuh maupun masyarakat (Dewi dkk, 2013).

b. Prinsip Terapi Skizofrenia

Ada tiga tahap terapi skizofrenia, yaitu fase akut, fase stabilisasi dan fase pemeliharaan. Terapi fase akut dilakukan pada saat terjadi episode akut dari skizofrenia yang melibatkan gejala psikotik intens seperti halusinasi, delusi, paranoid dan gangguan berpikir (Ikawati, 2014). Terapi ini dilakukan selama 7 hari pertama (Wells *et al*, 2015).

Tujuan pengobatan pada fase akut adalah untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga tidak membahayakan terhadap diri sendiri maupun orang lain. Jika diberikan obat yang benar dengan dosis yang tepat, penggunaan obat antipsikotik dapat mengurangi gejala psikotik dalam waktu enam minggu (Ikawati, 2014).

Terapi fase stabilisasi dilakukan setelah gejala psikotik akut telah dapat dikendalikan. Terapi ini dilakukan selama 6-8 minggu (Wells *et al*, 2015). Tujuan pengobatan dalam fase stabilisasi adalah untuk mencegah kekambuhan, mengurangi gejala, dan mengarahkan pasien ke dalam tahap pemulihan yang lebih stabil (Ikawati, 2014).

Selanjutnya terapi tahap pemeliharaan, yaitu terapi pemulihan jangka panjang skizofrenia bertujuan untuk mempertahankan kesembuhan dan mengontrol gejala, mengurangi resiko kekambuhan dan rawat inap, dan mengajarkan keterampilan untuk hidup sehari-hari. Terapi pemeliharaan biasanya melibatkan obat-obatan, terapi suportif, pendidikan keluarga, konseling, rehabilitasi pekerjaan dan sosial (Ikawati, 2014). Terapi pemeliharaan dilakukan selama 12 bulan setelah

membbaiknya episode pertama psikotik sedangkan untuk pasien dengan episode akut yang multipel sebaiknya terapi pemeliharaan dilakukan minimal selama 5 tahun (Wells *et al*, 2015).

c. Terapi Farmakologi Skizofrenia

Terapi farmakologi adalah terapi obat pilihan utama pada pasien skizofrenia, dipilih berdasarkan target gejala pada pasien skizofrenia. Terapi pengobatan bertujuan untuk mengontrol pasien, mencegah bahaya pada pasien, dan mengurangi gejala psikotik pada pasien (Hendarsyah, 2016). Salah satu terapi farmakologi yang digunakan pasien skizofrenia yaitu terapi dengan menggunakan antipsikotik. Pasien psikotik sering mengalami kecemasan didalam hubungan gejala psikotiknya sehingga penggunaan antipsikotik sering dikombinasikan dengan antiansietas (Ibrahim, 2011).

1) Terapi Antipsikotik

Antipsikotik merupakan terapi obat-obatan pertama yang efektif mengobati skizofrenia (Jarut dkk, 2013). Antipsikotik adalah obat yang dapat menekan fungsi psikis tertentu tanpa mempengaruhi fungsi umum seperti berfikir dan berkelakuan normal. Antipsikotik ini dapat meredakan emosi, agresif dan dapat mengurangi atau menghilangkan gangguan jiwa seperti impian buruk, halusinasi serta menormalkan perilaku (Tjay dkk, 2015).

Pemberian obat jenis ini tidak bersifat kuratif karena sebenarnya tidak menyembuhkan penyakit namun mengupayakan penderita untuk bisa menjalankan aktivitas seperti manusia normal (Nugroho, 2015). Antipsikotik efektif mengobati gejala positif pada episode akut misalnya halusinasi, waham, digunakan untuk mencegah kekambuhan (Katona *et al*, 2012), untuk pengobatan darurat gangguan perilaku akut dan untuk mengurangi gejala.

Antipsikotik dibagi menjadi 2 kelompok yaitu antipsikotik tipikal (generasi ke-1) dan atipikal (generasi ke-2) (Katona *et al*, 2012). Antipsikotik generasi pertama secara umum bekerja dengan cara memblokir dopamin pada reseptor pasca sinaps neuron di otak, khususnya sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (*dopamine D2 reseptor antagonis*) (Subakti, 2014). Antipsikotik generasi 1 mempunyai keterkaitan tinggi dengan reseptor D2, antipsikotik dapat bekerja secara efektif apabila reseptor dopamin D2 dalam otak dihambat. Antipsikotik generasi 1 dapat memperbaiki gejala positif dari skizofrenia, namun umumnya tidak memperbaiki gejala negatif. Pengobatan antipsikotik generasi 1 sering menimbulkan efek samping sindrom ekstrapiramidal yang lebih besar (Yulianty *et al*, 2017) Sedangkan antipsikotik generasi kedua dapat memperbaiki gejala positif dan negatif dari skizofrenia dan lebih efektif mengobati pada pasien yang resisten.

Antipsikotik generasi 2 umumnya mempunyai keterkaitan yang lemah terhadap reseptor D2, reseptor D4, serotonin, histamin, reseptor muskarinik dan reseptor alfa adrenergik (Jarut dkk, 2013). Antipsikotik generasi 2 sama-sama berpotensi menyebabkan efek samping berupa sedasi, ekstrapiramidal, gangguan otonomik dan gangguan pada sistem metabolik (Yulianty dkk, 2017). Efek samping ekstrapiramidal pada antipsikotik generasi 2 lebih rendah dibandingkan generasi 1 (Ellenbroek *et al*, 2014).

Obat-obat antipsikotik berdasarkan golongan dan dosisnya :

Tabel II. 2. Obat Antipsikotik Berdasarkan Golongan dan Dosisnya.

Golongan	Nama generik	Merk dagang	Dosis awal (mg/hari)	Range dosis umum (mg/hari)
----------	--------------	-------------	----------------------	----------------------------

Antipsikotik generasi 1 (antipsikotik tipikal)	Klorpromazin	Cefezet, meprosetil, promacetil, dan largactil.	50-150	300-1.000
	Haloperidol	Dores, haldol, lodomer, dan seradol.	2-5	2-20
	Flufenazin	Anatensol, prolixin dan modecate.	5	5-20
	Perfenazin Loxapin	Trilafon Loxapin	4-25 50-250	16-64 50-150
Antipsikotik generasi 2 (antipsikotik atipikal)	Clozapin	Clorilex, clozaril, nuzip, sizoril	20	100-800
	Risperidon	Risperdal	1-2	2-8
	Olanzapin	Onzapin, olandoz.	5-10	10-20
	Quetiapin	Seroquel	5-10	300-800

2) Antiansietas

Antiansietas utamanya digunakan dalam pengobatan kecemasan. Selain itu obat ini juga biasanya memiliki efek relaksasi otot, menangani kejang, amnestik dan sedasi. Obat antiansietas umumnya bekerja pada reseptor GABA, neurotransmitter yang berperan menghambat transmisi neuronal. Penggunaan antiansietas dianjurkan untuk digunakan sebagai pengobatan jangka pendek yaitu 2-4 minggu. Selama penggunaannya perlu diperhatikan secara khusus potensi terjadinya toleransi dan ketergantungan, khususnya pada terapi jangka panjang dan dengan dosis yang besar. Toleransi terjadi jika untuk memperoleh efek terapi yang diinginkan, diperlukan dosis yang digunakan besar, sehingga penghentiannya juga sulit. Penghentian obat secara mendadak dapat menimbulkan gejala putus zat, seperti gelisah dan rasa tidak nyaman.

Antiansietas dapat diklasifikasikan berdasarkan turunannya, menjadi :

- Benzodiazepin, seperti diazepam, lorazepam, alprazolam dan klobazam
- Non benzodiazepin, seperti buspiron dan zolpidem
- Gliserol, seperti meproamat
- Barbiturat, seperti fenobarbital

Pasien psikotik sering mengalami cemas dalam hubungan dengan gejala psikotiknya, sehingga penggunaan antipsikotik sering kali dikombinasikan dengan antiansietas (Ibrahim, 2011).

Benzodiazepin sering digunakan sebagai obat tambahan pada penderita skizofrenia dan tampaknya berguna untuk mengurangi ansietas/kecemasan, walaupun tidak berpengaruh pada psikosis. Potensi penyalahgunaan benzodiazepin cukup rendah pada populasi umum, namun sedikit lebih tinggi di antara pasien dengan gangguan penggunaan zat. Tidak

diketahui bagaimana diagnosis skizofrenia mempengaruhi potensi penyalahgunaan benzodiazepin. Perhatian selalu ditunjukkan saat meresepkan benzodiazepin ke pasien dengan gangguan penggunaan zat. Benzodiazepin harus jarang digunakan pada pasien yang secara aktif menyalahgunakan alkohol atau opioid karena potensi efek sinergis yang menyebabkan depresi pernafasan. Bila benzodiazepin diresepkan dalam gangguan penggunaan zat, sebaiknya menggunakan "kontrak benzodiazepin" yang menjelaskan harapan untuk penggunaan obat yang aman, termasuk mendapatkan resep tambahan dari dokter lain dan mengharuskan penghentian pengobatan jika pasien menyalahgunakannya atau kambuh dengan penggunaan alkohol atau opioid (Bogenschutz and Arenella, 2012).

Anjuran dosis antiansietas turunan benzodiazepin per hari yaitu sebagai berikut :

Tabel II. 3. Dosis Antiansietas Turunan Benzodiazepin Per Hari

Obat	Dosis per hari
Diazepam	1x2-40mg
Klonazepam	1x0,5-2mg
Alprazolam	2-3x0,5-2mg
Lorazepam	1-2x0,5-2mg
Klobazam	2-3x5-10mg

d. Terapi Non Farmakologi Skizofrenia

Salah satu terapi Non Farmakologi adalah dengan melakukan psikoedukasi. Psikoedukasi adalah sebuah program edukasi dalam rangka mengurangi suatu efek penyakit atau disabilitas. Sejak tahun 1970 psikoedukasi telah menjadi bentuk terapi atau rehabilitasi yang terbaik bagi pasien dan keluarga pasien skizofrenia. Selama terapi akan diberikan pengetahuan yang berhubungan dengan penyakit yang sedang dialami individu, penyembuhannya dan efek yang melibatkan kognitif dan emosional pasien (Liza *et all*, 2019).

Tujuan terapi psikoedukasi adalah untuk menambah pengetahuan terkait gangguan jiwa dan diharapkan dapat menurunkan tingkat kekambuhan serta meningkatkan fungsi keluarga (Sulung dan Foresa, 2018).

C. KESIMPULAN

Pandemi *Corona Virus Disease-2019* (COVID-19) yang dialami oleh banyak negara merupakan hal yang menakutkan bagi masyarakat. Hal ini berpengaruh pada kesehatan mental seseorang, antara lain meningkatnya rasa kesepian dan berkurangnya interaksi sosial dapat menjadi faktor resiko untuk gangguan mental seperti skizofrenia dan depresi major. Diperlukan pengobatan terhadap masyarakat untuk mengurangi frekuensi dan tingkat keparahan, memperbaiki berbagai gejala, dan meningkatkan kapasitas fungsional dan kualitas hidup pasien skizofrenia. Salah satu pengobatan yang disarankan adalah terapi mengingat tujuan utama dari terapi pada skizofrenia adalah pemulihan. Terdapat tiga tahap terapi skizofrenia, yaitu fase akut, fase stabilisasi dan fase pemeliharaan. Terapi pada pasien skizofrenia dapat mempergunakan terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. Terapi farmakologi merupakan terapi obat, yang bertujuan untuk mengontrol pasien, mencegah bahaya pada pasien, dan mengurangi gejala psikotik pada pasien. Salah satu terapi farmakologi

yang digunakan pasien skizofrenia adalah terapi antipsikotik. Pasien psikotik sering mengalami kecemasan didalam hubungan gejala psikotiknya sehingga penggunaan antipsikotik sering dikombinasikan dengan antiansietas. Sedangkan salah satu terapi Non Farmakologi adalah psikoedukasi. Psikoedukasi merupakan sebuah program edukasi dalam rangka mengurangi suatu efek penyakit atau disabilitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Andryan, I. K., Andrajati, R., Setiadi, A.P., Sigit, J, I., Sukandar, E, Y. (2013). ISO Farmakoterapi. Pt. ISFA Penerbit: Jakarta.
- Bruizeel, D., Suryadevara, U., Tandon, R. 2014. *Antipsychotic Treatment of Schizophrenia : An Update*. Asian J Psychiatr.
- Dewi S, Elvira SD, Budiman R. 2013. *Gambaran Kebutuhan Hidup Penyandang Skizofrenia*. J Indon Med Assoc. 63 (3): 84-90.
- Ellenbroek, B. A., Cesura, A.M. 2014. *Antipsychotics and the Dopamine Serotonin Connection*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Top Med Chem 13: 1-50.
- Elvira, S.D. 2013. *Buku Ajar Psikiatri*. Edisi Ke-2. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, pp 173-182.
- Hartanto, A.E., Hendrawati, G.W., & Sugiyorini, E. 2021. *Terhadap Penurunan Stigma Masyarakat*. 5(1), 63-68.
- Hawari, Dandang. 2012. *Skizofrenia: Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko Sosial Spiritual Edisi 3*. Jakarta. Fakultas Kedokteran UI.
- Ibrahim, A. S. 2011. *Skizofrenia Spliting Personality*. Tangerang. Jelajah Nusa.
- Ikawati, Z. 2014. *Farmakoterapi Penyakit Sistem Syaraf Pusat*. Yogyakarta: Bursa Ilmu.
- Jarut, Y.M., Fatimawali, Wiyono, W.I. 2013. Tinjauan Penggunaan Antipsikotik Pada Pengobatan Skizofrenia Di Rumah Sakit PROF. DR. V.L. Ratumbuang Manado Periode Januari 2013-Maret 2013. *Pharmacology Journal of Science and Pharmacy* Vol. 2. No. 03.
- Katona C, Cooper C, Robertson M. 2012. *At a Galance Psikiatri*. Jakarta: PT. Gelora Aksara Pratama.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2021. *Pedoman Pelayanan Kefarmasian pada Pasien Gangguan Jiwa*. Jakarta: KemenKes RI.
- Mawar D. Y., Norr. C And Valentina. M.S., 2017, *Studi Penggunaan Antipsikotik Dan Efek Samping Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihun Kalimantan Selatan*. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 3(2), 153-164.
- Patricia G. O., Wanifred Z. K., And Karen A. B., 2014. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatri Teori Dan Praktek*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta.
- Rhoad, J. 2011. *Clinical Consult For Psychiatric Mental Health Care*. New York: Springer Publishing Company.
- Wells, Et Al. 2009. *Pharmacotherapy Handbook* 9th Edition. New York: McGraw-Hill.
- WHO. 2004. *The ICD-10 Classification Of Mental And Behavioural Disorders*. Geneva.
- WHO. 2011. *The World Report : Mental Health : New Understanding New Hope*, Geneva: S.N.
- Yulianty, Mawar Dwi, Noor Cahaya, dan Valentina Meta Srikartika. 2017. "Studi Pnggunan Antipsikotik dan Efek Samping Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihun Kalimantan Selatan". *Jurnal Sains Farmasi Dan Klinis* 3(2), 153-164.
- Zahnia, S., dan Sumekar. D.W. 2016. Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *J Majority*, Vol. 5. No.4.