

Analisis Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Fase Stabil pada Pengobatan Kombinasi Risperidon-Haloperidol dengan Kombinasi Klozapin-Risperidon-Haloperidol di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Kalimantan Barat

Yusi Anggriani¹, Dian Khairunisa², Wilson Wilson², Nurita Andayani¹

¹Fakultas Farmasi, Universitas Pancasila, Jakarta, Indonesia,

²Rumah Sakit Jiwa Provinsi Kalimantan Barat, Singkawang, Indonesia

Abstrak

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa kompleks yang dapat menimbulkan beban berat bagi individu dan keluarga. Pengobatan skizofrenia perlu masa yang panjang dan menahun karena merupakan penyakit kronis yang berpotensi terjadi kekambuhan. Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan kualitas hidup/*Health-Related Quality of Life* (HRQoL) pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi antipsikotik kombinasi risperidon dan haloperidol (RH) dengan kombinasi klozapin, risperidon, dan haloperidol (CRH). Penelitian ini berjenis kohort selama pengobatan pada 95 pasien rawat inap skizofrenia (fase stabil sampai fase pulang) yang diambil menggunakan teknik *consecutive sampling*. Pengambilan data dilakukan secara prospektif dari bulan Maret–Mei 2020 di Rumah Sakit Jiwa (2020) Provinsi Kalimantan Barat. Data kualitas hidup diambil menggunakan kuesioner *the 5-Level European Quality of Life 5 Dimensions* (EQ5D-5L) versi Bahasa Indonesia yang diisi oleh dua responden, baik perawat dan pasien pada saat bersamaan, pada saat *pre-* dan *post-*pengobatan. Uji *Mann-Whitney* digunakan untuk melihat perbedaan antarterapi, sedangkan uji *Wilcoxon* digunakan untuk mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah pengobatan. Hasil uji beda antarkelompok menggunakan uji *Mann-Whitney* pada sebelum pengobatan/fase stabil (*pre*) menunjukkan tidak terdapat perbedaan HRQoL antara kelompok RH dan CRH baik versi pasien maupun perawat ($p>0,05$), dan tidak terdapat perbedaan HRQoL yang signifikan antara kelompok RH dan CRH baik versi pasien maupun perawat pada fase pulang (*post*) ($p>0,05$). Uji beda sebelum dan sesudah pengobatan dalam tiap kelompok menggunakan uji *Wilcoxon* menunjukkan terdapat perbedaan signifikan dari awal pasien masuk fase stabil sampai fase pulang baik pada kelompok RH ($p=0,006$) maupun kelompok CRH ($p<0,05$). Penelitian ini menyimpulkan bahwa kombinasi RH dibandingkan dengan kombinasi CRH tidak memberikan perbedaan yang signifikan dalam peningkatan kualitas hidup pasien skizofrenia.

Kata kunci: Antipsikotik, *the 5-Level European Quality of Life 5 Dimensions*, kualitas hidup, skizofrenia

Comparative Analysis of the Quality of Life of Schizophrenic Patients between Combination Therapy of Risperidone-Haloperidol and Clozapine-Risperidone-Haloperidol in a Mental Health Hospital in West Kalimantan Province

Abstract

Schizophrenia is one of the most complex mental disorders that can burden individuals and families, and it requires long-term treatment since it is a chronic disease that can potentially relapse. Therefore, this study compared the Health-Related Quality of life (HRQoL) of schizophrenic patients receiving a combination of antipsychotic therapy of risperidone and haloperidol (RH) antipsychotic therapy to clozapine, risperidone, and haloperidol (CRH). This was an observational cohort, prospective, pre-post observation study of schizophrenic inpatients at the Mental Hospital of West Kalimantan Province in the stable and discharge phases. Data were collected prospectively from March–May 2020, and consecutive sampling was conducted on 95 respondents. The Indonesian version of The 5-Level European Quality of Life 5 Dimensions (EQ5D-5L) questionnaire was filled by nurses and patients simultaneously to measure the HRQoL. The pre-therapy analysis performed at the stable phase using the Mann-Whitney test showed no difference in HRQoL between RH and CRH groups ($p>0.05$). Meanwhile, during the discharge phase (post-therapy), the HRQoL of the RH and CRH groups was not significantly different ($p>0.05$). The Wilcoxon test showed a significant difference in the RH and CRH groups from the beginning of the patients' stable phase to the discharge ($p<0.05$). Therefore, there is a significant difference between RH and CRH combination therapy as well as the HRQoL improvement of schizophrenic patients.

Keywords: Antipsychotics, the 5-Level European Quality of Life 5 Dimensions, HRQoL, schizophrenia

Korespondensi: Dr. apt. Yusi Anggriani, M.Kes., Fakultas Farmasi, Universitas Pancasila, Jakarta, DKI Jakarta 12640, Indonesia, email: yusi1777@univpancasila.ac.id

Naskah diterima: 19 November 2020, Diterima untuk diterbitkan: 13 Maret 2022, Diterbitkan: 30 Maret 2022

Pendahuluan

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan kejiwaan yang paling kompleks yang dapat memengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu.^{1,2} *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa sekitar 450 juta penduduk mengalami gangguan jiwa paling dominan yaitu skizofrenia.^{3,4} Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia menyebutkan bahwa prevalensi gangguan jiwa skizofrenia mengalami peningkatan dari tahun 2013 ke 2018 yaitu sebesar 7 per seribu penduduk, dan di Kalimantan Barat pada periode waktu yang sama juga mengalami peningkatan pada tahun 2018 menjadi 8 per seribu penduduk dengan cakupan pengobatan kategori berobat sudah mencapai 84,9% dengan minum obat rutin 48,9%.⁵

Terapi yang didapatkan pasien skizofrenia yakni terapi somatik dan psikososial. Dalam terapi somatik, digunakan antipsikotik yang pemilihannya sering ditentukan berdasarkan pengalaman pasien dalam pengobatan sebelumnya.^{6,7} Hasil studi dengan metode *double blind* di Jerman melaporkan bahwa efektivitas terapi antipsikotik tipikal generasi pertama seperti haloperidol dosis 3–6 mg lebih rendah dibandingkan dengan atipikal dalam hal peningkatan kualitas hidup pasien.⁸ Antipsikotik atipikal generasi kedua (APG-2) memberikan efektivitas yang sebanding dengan antipsikotik tipikal generasi pertama (APG-1) namun dengan tolerabilitas subjektif yang superior dan profil efek samping yang lebih menguntungkan. Meski demikian, agen antipsikotik baru sangat terbatas dalam penelitian seperti metodologi dan desainnya.²

Kualitas hidup merupakan aspek yang kompleks dan menjadi parameter penting dalam perencanaan pengobatan pada penyakit kronis, salah satunya skizofrenia. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien skizofrenia memiliki kualitas hidup yang termasuk dalam klasifikasi rendah, baik pada

kepuasan, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.^{8–10}

The 5-Level European Quality of Life 5 Dimensions (EQ5D-5L) merupakan salah satu instrumen yang banyak direkomendasikan untuk mengukur nilai *utility*. EQ5D-5L terdiri atas lima domain, yaitu kemampuan berjalan (*mobility*), perawatan diri (*self care*), kegiatan sehari-hari (*usual activity*), nyeri/ketidaknyamanan (*pain/discomfort*), dan cemas/depresi (*anxiety/depression*). Kuesioner EQ5D-5L tersedia dalam Bahasa Indonesia yang terstandarisasi oleh *EuroQol Group*. Berdasarkan penelitian di Indonesia, kuesioner tersebut telah memiliki nilai *set* yang telah disesuaikan dengan kondisi dan standar kehidupan di Indonesia sehingga kuesioner ini valid dan pengerjaannya dapat dilakukan sendiri oleh pasien dengan waktu yang cukup singkat.¹¹

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk membandingkan *Health-Related Quality of Life* (HRQoL) pasien skizofrenia rawat inap fase stabil yang mendapatkan terapi antipsikotik kombinasi risperidon-haloperidol dengan yang mendapatkan terapi antipsikotik kombinasi klopazin-risperidon-haloperidol. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar dan pertimbangan dalam pemilihan terapi pasien skizofrenia untuk mencapai pengobatan yang optimal sehingga kualitas hidup pasien pun meningkat.

Metode

Desain studi

Penelitian ini menggunakan desain studi kohort. Pengambilan data dilakukan secara prospektif, *pre-post* pengobatan pada pasien skizofrenia rawat inap melalui wawancara secara langsung kepada pasien dan perawat dengan menggunakan kuesioner EQ5D-5L. Penelitian dilakukan pada bulan Maret–Mei 2020 di ruang rawat inap fase stabil Rumah Sakit Jiwa Provinsi Kalimantan Barat.

Pengambilan sampel menggunakan metode *consecutive sampling* pada seluruh pasien skizofrenia rawat inap fase stabil.

Kriteria inklusi dan eksklusi

Kriteria inklusi penelitian yaitu seluruh pasien skizofrenia rawat inap fase stabil dengan nilai skor *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) 12–14, mendapatkan pengobatan kombinasi risperidon-haloperidol (RH) dan kombinasi klopazin-risperidon-haloperidol (CRH), laki-laki ataupun perempuan, dapat berkomunikasi dengan baik, dan bersedia untuk berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian yang ditandai dengan pengisian *informed consent*. Kriteria eksklusi yaitu pasien skizofrenia dengan kelainan organik, gagal mendapat *outcome* terapi dan kembali ke masa akut, pasien yang sudah lama pada fase rumatan atau rehabilitas, dan pasien yang tidak bisa berbahasa Indonesia.

Penelitian ini diikuti oleh 106 pasien yang baru pertama kali masuk rumah sakit, namun yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebesar 95 pasien yang terdiri dari 44 pasien kelompok RH dan 51 pasien kelompok CRH, sementara 11 orang gagal memenuhi kriteria inklusi.

Instrumen

Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner EQ5D-5L versi bahasa Indonesia yang telah memiliki *value-set* Indonesia sehingga telah tervalidasi. Kuesioner EQ5D-5L memiliki 5 domain yaitu *mobility* (MO)=pergerakan; *self care* (SC)=perawatan diri; *usual activity* (UA)=aktivitas sehari-hari; *pain discomfort* (PD)=rasa ketidaknyamanan; *anxiety discomfort* (AD)=cemas/depresi. Setiap domain memiliki 5 tingkatan/respon yaitu *no problem* (tidak ada masalah), *slight problems* (sedikit bermasalah), *moderate problems* (cukup bermasalah), *severe problems* (sangat bermasalah), *extreme problems* (amat sangat bermasalah).^{11,12}

Pengumpulan data dilakukan dengan

memberikan *informed consent* dan kuesioner EQ5D-5L kepada dua responden yaitu pasien dan perawat. Pasien dan perawat mengisi kuesioner pada waktu yang bersamaan. Data sosio-demografi didapatkan melalui catatan rekam medis. Status kesehatan ditunjukkan dengan kode angka yang didapatkan seperti 11111 yang artinya responden tidak memiliki masalah terhadap 5 domain tersebut.

Analisis data

Analisis hasil data diuji secara statistik dengan membandingkan nilai rata-rata setiap variabel, yaitu: 1) Uji beda antara utilitas sebelum diberi pengobatan (*pre*) kelompok RH dengan utilitas kelompok CRH menggunakan uji *Mann-Whitney* karena data tidak terdistribusi normal. 2) Uji beda antara utilitas pada saat fase pulang (*post*) kelompok RH dengan utilitas kelompok CRH menggunakan uji *Mann-Whitney* karena data tidak terdistribusi normal. 3) Uji beda fase *pre* dan *post* kelompok RH dibandingkan dengan uji beda *pre* dan *post* kelompok CRH menggunakan uji *Wilcoxon* karena data tidak terdistribusi normal. Jika nilai $p < 0,05$ artinya terdapat perbedaan rata-rata nilai indeks EQ5D-5L antara kedua kelompok secara signifikan. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta nomor B/2441/III/2020/KEPK.

Hasil

Data karakteristik pasien menunjukkan bahwa pasien dengan jenis kelamin laki-laki (86,4% pada kelompok RH dan 74,5% pada kelompok CRH) lebih banyak dibandingkan perempuan. Pendidikan didominasi oleh tingkat dasar pada kedua kelompok (72,7% pada kelompok RH dan 41,2% pada kelompok CRH). Mayoritas pasien skizofrenia tidak bekerja, baik pada kelompok RH (90,9%) maupun kelompok CRH (88,2%). Sebanyak 81,8% pasien pada kelompok RH sudah menikah, sedangkan untuk

Tabel 1 Data Demografi Pasien

Data Demografi	Kombinasi RH N=44 Pasien		Kombinasi CRH N=51 Pasien	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin				
Laki-laki	38	86,4	38	74,5
Perempuan	6	13,6	13	25,5
Pendidikan				
Tidak sekolah	8	18,2	13	25,5
Dasar (SD–SMP)	32	72,7	21	41,2
Menengah (SMA)	4	9,1	16	31,4
Tinggi (D3–S1)	0	0	1	2
Pekerjaan				
Tidak bekerja	40	90,9	45	88,2
Bekerja	4	9,1	6	11,8
Pernikahan				
Menikah	36	81,8	10	19,6
Belum menikah	6	13,6	40	78,4
Duda/janda	2	4,5	1	2
Usia (menurut Depkes RI, 2009)				
Remaja akhir (17–25 tahun)	6	13,6	6	11,8
Dewasa awal (26–35 tahun)	13	29,5	13	25,5
Dewasa akhir (36–45 tahun)	15	34,1	21	41,2
Lansia awal (46–55 tahun)	8	18,2	10	19,6
Lansia akhir (56–65 tahun)	2	4,5	1	2

Keterangan: RH=Risperidon dan haloperidol; CRH=Klozapin, risperidon, dan haloperidol

kelompok CRH, sebanyak 78,4% pasien belum menikah. Mayoritas pasien pada kelompok RH (34,1%) maupun kelompok CRH (41,2%) berusia rentang dewasa akhir yaitu 36–45 tahun (Tabel 1).

Tabel 2 menggambarkan distribusi data dimensi HRQoL pada fase *pre*-pengobatan. Pada kelompok RH, proporsi paling tinggi pada kriteria skor sedikit bermasalah yakni domain *mobility* (72,5%), *usual activity* (54,9%), dan *anxiety/depression* (51%), sedangkan domain *self care* (47,1%) dan *pain/discomfort* (76,5%) tidak bermasalah. Pada kelompok CRH, domain *mobility* (52,9%) dan *usual activity* (51%) berada pada respon sedikit bermasalah, domain *self care* (45,1%) dan *pain/discomfort* (78,4%) tidak bermasalah,

dan domain *anxiety/depression* (43,1%) cukup bermasalah.

Data HRQoL pada fase *post*-pengobatan (Tabel 3) menunjukkan kategori skor tidak bermasalah proporsi paling tinggi berada pada domain *mobility*, *self care*, *pain/discomfort* dibandingkan domain lain baik pada kelompok RH maupun CRH. Proporsi pasien yang sedikit bermasalah paling tinggi berada pada dimensi AD atau kecemasan.

Uji statistik kualitas hidup pada fase stabil (*pre*) menggunakan uji *Mann-Whitney* terhadap pasien dan perawat masing-masing bernilai $p > 0,05$ yaitu 0,937 dan 0,342 (Tabel 4) artinya tidak ada perbedaan kualitas hidup pasien saat masuk di ruang stabil baik yang mendapatkan terapi kombinasi RH maupun

Tabel 2 Distribusi Respon Pasien Terhadap Tiap Dimensi pada Kuesioner EQ5D-5L (Pre)

Keterangan/ Domain		Pre Pasien Kelompok RH					Pre Pasien Kelompok CRH				
		MO	SC	UA	PD	AD	MO	SC	UA	PD	AD
TM	N	11	24	14	39	6	17	23	14	40	4
	%	21,6	47,1	27,5	76,5	11,8	33,3	45,1	27,5	78,4	7,8
SM	N	37	20	28	8	26	27	20	26	8	21
	%	72,5	39,2	54,9	15,7	51,0	52,9	39,2	51	15,7	41,2
CM	N	2	6	8	4	16	6	6	9	3	22
	%	3,9	11,8	15,7	7,8	31,4	11,8	11,8	17,6	5,9	43,1
SGM	N	1	1	1	0	3	1	2	2	0	4
	%	2	2	2	0	5,9		3,9	3,9	0	7,8
ASB	N	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Keterangan: RH=Risperidon dan haloperidol; CRH=Klozapin, risperidon, dan haloperidol, MO=*Mobility* (pergerakan); SC=*Self care* (perawatan diri); UA=*Usual activity* (aktivitas sehari-hari); PD=*Pain discomfort* (Rasa ketidaknyamanan); AD=*Anxiety discomfort* (cemas/depresi); TM=Tidak bermasalah; SM=Sedikit bermasalah; CM=Cukup bermasalah; SGM=Sangat bermasalah; ASB=Amat sangat bermasalah

terapi kombinasi CRH. Uji statistik pada fase pulang (*post*) menggunakan uji *Mann-Whitney* terhadap pasien dan perawat masing-masing bernilai $p > 0,05$ yaitu 0,114 dan 0,781 artinya tidak ada perbedaan kualitas hidup pasien pada fase pulang baik terapi kombinasi RH maupun terapi kombinasi CRH.

Analisis uji statistik perbedaan HRQoL fase stabil ke fase pulang (*pre-post*) menggunakan uji *Wilcoxon* bernilai $p < 0,05$, artinya ada perbedaan yang signifikan pada utilitas hidup pasien dari mulai fase stabil sampai ke fase pulang baik kelompok terapi RH maupun

kelompok terapi CRH dengan masing-masing nilai $p = 0,006$ dan $p = 0,000$. Begitu pula dengan versi perawat, didapatkan nilai $p < 0,05$ masing-masing nilai $p = 0,000$ dan $p = 0,000$ (Tabel 5).

Pembahasan

Skizofrenia merupakan penyakit dengan pengobatan jangka panjang dan memerlukan rawat inap pada pasien dengan agitasi berat sebagai pencegahan tindakan bunuh diri yang mana kasus tersebut memiliki prevalensi berkisar 10%.¹³ Pemilihan terapi yang sesuai

Tabel 3 Distribusi Respon Pasien Terhadap tiap Dimensi pada Kuesioner EQ5D-5L (Post)

Keterangan/ Domain		Post Pasien Kelompok RH					Post Pasien Kelompok CRH				
		MO	SC	UA	PD	AD	MO	SC	UA	PD	AD
TM	N	25	26	17	37	13	35	39	26	45	16
	%	56,8	59,1	38,6	84,1	29,5	68,6	76,5	51	88,2	31,4
SM	N	19	10	18	6	21	14	10	22	6	28
	%	43,2	22,7	40,9	13,6	47,7	27,5	19,6	43,1	11,8	54,9
CM	N	0	8	9	1	10	2	2	3	0	6
	%	0	18,2	20,5	2,3	22,7	3,9	3,9	5,9	0	11,8
SGM	N	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
ASB	N	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Keterangan: RH=Risperidon dan haloperidol; CRH=Klozapin, risperidon, dan haloperidol

Tabel 4 Uji Beda Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Saat Fase Stabil (*Pre*)

Kelompok Terapi dan Penilai	N (Pasien)	<i>Pre</i>		<i>Post</i>	
		Median (Minimum-Maksimum)	Nilai p Uji Mann-Whitney	Median (Minimum-Maksimum)	Nilai p Uji Mann-Whitney
Kualitas hidup menurut pasien kelompok RH	44	0,61 (–0,09–1)	0,937	0,79 (0,37–1)	0,114
Kualitas hidup menurut pasien kelompok CRH	51	0,65 (–0,09–0,92)		0,83 (0,38–1)	
Kualitas hidup pasien menurut perawat kelompok RH	44	0,61 (–0,09–0,92)	0,342	0,92 (0,38–1)	0,781
Kualitas hidup pasien menurut perawat kelompok CRH	51	0,69 (0,2–1)		0,69 (0,47–1)	

Keterangan: RH=Risperidon dan haloperidol; CRH=Klozapin, risperidon, dan haloperidol

sangat memengaruhi respon pasien terhadap pengobatan dalam mengatasi gejala positif dan negatifnya sehingga mampu memperbaiki fungsi kognitif dan meningkatkan HRQoL pasien. Pada konsensus terbaru, pemberian obat antipsikotik atipikal merupakan lini pertama dalam penatalaksanaan farmakoterapi pada pasien skizofrenia dalam mengontrol gejala positif dan negatif. Obat ini memiliki efikasi yang lebih baik dan efek samping yang minimal.⁷ Terapi antipsikotik fase stabil ini untuk memperoleh dosis optimal yang dipertahankan selama lebih kurang 8–10 minggu sebelum masuk ke tahap rumatan.⁶

Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa karakteristik responden yang sesuai inklusi yaitu jenis kelamin laki-laki baik kelompok terapi RH maupun CRH lebih dominan dibandingkan perempuan (masing-masing 86,4% dan 74,5%).

Skizofrenia pada laki-laki terjadi 1,4 kali lebih sering dibandingkan perempuan dan *onset* terjadinya skizofrenia lebih awal dibandingkan perempuan, yakni usia 10–25 tahun pada laki-laki dan 25–35 tahun pada perempuan. Selain itu, laki-laki cenderung mengalami skizofrenia yang lebih parah dibandingkan dengan wanita.¹ Penelitian Hariyanto *et al.* juga menunjukkan jumlah pasien laki-laki cenderung lebih besar dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan gangguan pada otak laki-laki umumnya lebih besar akibat pematangan yang lebih lambat, sedangkan pada perempuan hormon estrogen berpengaruh pada pelepasan dopamin melalui neuron GABA sehingga memiliki efek protektif terhadap skizofrenia.¹⁴

Jenjang pendidikan terakhir pasien skizofrenia pada kedua kelompok terapi RH dan CRH sebagian besar adalah pendidikan

Tabel 5 Analisis Uji Beda HRQoL Sebelum (*Pre*) dan Setelah (*Post*) pada Pasien Skizofrenia Baik Kelompok RH maupun Kelompok CRH Versi Pasien dan Versi Perawat

HRQoL	Sebelum (<i>Pre</i>)		Sesudah (<i>Post</i>)		Nilai-p (Uji Wilcoxon)	Keterangan
	<i>Mean</i>	SD	<i>Mean</i>	SD		
Menurut Pasien						
Pasien kelompok RH	0,6389	0,19776	0,7500	0,1929	0,006	Ada beda
Pasien kelompok CRH	0,6288	0,20955	0,8129	0,1598	0,000	Ada beda
Menurut Perawat						
Pasien kelompok RH	0,6389	0,19233	0,8280	0,1817	0,000	Ada beda
Pasien kelompok CRH	0,6829	0,18913	0,8539	0,1585	0,000	Ada beda

Keterangan: RH=Risperidon dan haloperidol; CRH=Klozapin, risperidon, dan haloperidol

dasar (53 orang, 55,8%). Rendahnya tingkat pendidikan pasien skizofrenia menyebabkan pasien cenderung kurang memperhatikan kualitas hidup yang sehat akibat kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakit dan pengobatannya, yang nantinya memengaruhi *outcome* terapi yang menjadi tidak optimal.¹⁴ Pendidikan yang rendah dapat memengaruhi pekerjaan pasien, sebagian besar pasien untuk kedua kelompok belum bekerja (85 orang, 89,5%). Pendidikan rendah dapat dipengaruhi faktor sosial sehingga individu sulit untuk berkomunikasi dengan baik, memiliki rasa percaya diri, menarik diri dari lingkungan, ataupun disebabkan oleh lingkungan yang kurang menerima.¹ Status tidak bekerja identik dengan penghasilan dan merupakan salah satu pemicu *relaps* yang berhubungan dengan keefektifan pelayanan kesehatan jiwa.¹⁰

Sebanyak 81,8% pasien pada kelompok RH berstatus sudah menikah, sedangkan 78,4% pasien pada kelompok CRH belum menikah. Pasien yang telah menjalani rawat inap di rentang usia 15–25 tahun (laki-laki) dan 25–35 tahun (perempuan) mayoritas belum menikah karena kondisi mereka yang memerlukan pengobatan yang cukup lama sehingga kemampuannya dalam membangun relasi dengan baik terganggu.^{6,14}

Rata-rata usia pasien pada penelitian ini masuk pada kategori dewasa akhir (36–45 tahun) baik kelompok RH maupun kelompok CRH. Usia rata-rata pasien tergolong pada usia produktif walaupun terdapat beberapa klien mulai mendekati usia lanjut. Usia puncak serangan adalah 10–25 tahun (laki-laki) dan 25–35 tahun (perempuan). Untuk perempuan, distribusi usia terjadi dua kali yaitu setelah usia 40 tahun tetapi hanya sekitar 3–10% saja, sisanya pasien dalam perawatan skizofrenia berusia antara 15–55 tahun. Rata-rata usia penderita skizofrenia sekitar 34,39 tahun.¹⁰ Skizofrenia adalah penyebab utama kecacatan kedelapan di dunia pada orang berusia lanjut atau sekitar 15–44 tahun.¹⁵

Uji statistik *Mann-Whitney* antara karakteristik kelompok RH dan kelompok CRH dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan karakteristik yang dapat memengaruhi kesuksesan penyembuhan. Hasil uji tersebut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kecuali pada status pernikahan dengan nilai $p=0,000$ ($p<0,05$).

Kualitas hidup pasien diukur menggunakan kuesioner EQ5D-5L versi Bahasa Indonesia yang diberikan dengan metode *pre-post* untuk mendapatkan nilai indeks utilitas EQ5D-5L.^{11,12} Perawat dilibatkan dalam penelitian ini untuk mendapatkan perspektif lain yang lebih objektif selain pasien, karena responden pasien merupakan pengidap skizofrenia sehingga kemungkinan dapat memengaruhi hasil pengisian kuesioner. Fase *pre* diukur pada saat pasien pertama kali masuk fase stabil dan fase *post* saat pasien sudah dapat pulang. Fase stabil dimulai pada saat pasien sudah tidak menunjukkan gejala gaduh gelisah dan mulai tenang, yakni ketika memiliki nilai PANSS skor 12–14 dan perbaikan kondisi sekitar 60% membaik namun tetap mengalami gejala ringan seperti halusinasi dan lain-lain. Pengobatan tetap dilanjutkan dengan kombinasinya selama 4–6 minggu, dan jika cocok, pengobatan tetap dilanjutkan sampai pada fase pulang yakni saat pasien mulai merespon segala arahan dengan baik.^{6,15}

Pada kelompok terapi RH fase stabil (*pre*), kemampuan berjalan, perawatan diri, kegiatan yang biasa dilakukan, dan rasa cemas/depresi masuk dalam kategori sedikit bermasalah. Di sisi lain, rasa nyeri/tidak nyaman responden dalam menjawab pertanyaan mayoritas tidak bermasalah. Hal ini mungkin terjadi karena sejatinya yang sakit adalah mental pasien, bukan fisiknya. Terapi *pre* kelompok CRH menunjukkan permasalahan yang berbeda-beda. Kemampuan berjalan dan kegiatan yang biasa dilakukan masih dalam kategori sedikit bermasalah, sedangkan perawatan diri dan rasa nyeri/tidak nyaman sudah tidak bermasalah.

Sebaliknya, rasa cemas dan depresi masih berada pada kategori cukup bermasalah—pasien masih merasakan cemas, tidak percaya diri, dan gelisah. Hal ini sejalan dengan pengobatannya, yakni penambahan klopazin dapat membantu pasien dalam menangani rasa cemas yang berlebihan ada pada dirinya.¹⁴

Hasil analisis uji beda antara utilitas *pre* kelompok RH terhadap kelompok CRH baik versi pasien maupun versi perawat dengan uji *Mann-Whitney* memperoleh nilai $p > 0,05$ (masing-masing $p = 0,937$ dan $p = 0,342$), artinya tidak ada perbedaan kualitas hidup pasien saat masuk di ruang stabil. Analisis uji beda saat pasien memasuki fase pulang terlebih dahulu didistribusikan sesuai domain dan tingkat responnya. Terapi kelompok RH menunjukkan beberapa domain sudah tidak mengalami masalah pada kemampuan berjalan, perawatan diri dan rasa nyeri/tidak nyaman, sedangkan untuk aktivitas harian dan rasa cemas/depresi masih sedikit bermasalah. Terapi kelompok CRH menunjukkan kemampuan berjalan, perawatan diri, kegiatan sehari-hari, dan rasa nyeri/tidak nyaman sudah tidak bermasalah, namun sebagian besar pasien masih sedikit merasa cemas/depresi. Hal ini sesuai dengan teori bahwa perawatan pada pasien gangguan jiwa tidak hanya sampai pada perawatan rumah sakit, tetapi tetap berlanjut pada lingkungan sosial. Diperlukan waktu 4–6 minggu untuk mencapai efek klinis efektif setelah pengobatan dan 8 minggu untuk mencapai tetap stabil.⁶

Analisis uji beda kualitas hidup pasien skizofrenia saat fase pulang (*post*) antar kelompok terapi menunjukkan tidak adanya perbedaan signifikan pada nilai utilitasnya. Nilai utilitas kelompok RH menunjukkan nilai utilitas paling kecil sebesar 0,37 dan 0,38, artinya kualitas hidup pasien skizofrenia masih dalam kategori rendah, tetapi ada beberapa pasien merasa sudah sehat sehingga menjawab setiap domainnya pada kategori 1 yang dapat dinyatakan sebagai skor kesehatan sempurna.

Analisis uji beda antara *pre* dan *post* baik pada kelompok RH maupun kelompok CRH bernilai $p < 0,05$ yang artinya terdapat perbedaan signifikan dalam kualitas hidup. Begitu pula dengan hasil yang diperoleh pada versi perawat, diperoleh nilai $p < 0,05$ yang artinya terdapat perbedaan signifikan terhadap kualitas hidup dari pertama kali masuk fase stabil sampai pada fase pulang. Hasil penelitian ini menunjukkan baik kelompok RH maupun CRH mengalami peningkatan pada kualitas hidup pasien setelah menjalani pengobatan.

Hasil studi oleh Leucht *et al.* mengenai penggunaan kombinasi antipsikotik terhadap 167 sampel analisis yang menggunakan metode *double blind randomized controlled trials* menyatakan bahwa dua kali lebih banyak pasien membaik dengan antipsikotik, dan terjadi penurunan gejala positif, negatif, dan depresi, serta kenaikan kualitas hidup dan fungsi sosial.¹⁶ Antipsikotik kombinasi dapat meningkatkan respon klinis tetapi tidak membuat perbedaan dalam kekambuhan percepatan perbaikan atau menyebabkan efek samping yang lebih serius dibandingkan monoterapi.¹⁷ Hasil studi lain oleh Hariyanto *et al.* menunjukkan bahwa penggunaan baik antipsikotik tunggal maupun kombinasi tidak memiliki perbedaan signifikan dalam lama hari perawatan. Hal ini sejalan dengan penatalaksanaan gangguan skizofrenia yaitu pengobatan disesuaikan dengan respon pasien terhadap obat-obatan.⁶ Penggunaan antipsikotik polifarmasi, yaitu dua sampai tiga kombinasi atau lebih antipsikotik seperti antipsikotik atipikal dan kolinergik juga tidak memiliki perbedaan QoL yang signifikan antara kombinasi tersebut.¹⁸

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu nilai utilitas yang diperoleh hanya berasal hasil dari wawancara dengan kuesioner EQ5D-5L secara langsung kepada pasien dan perawat tanpa membandingkan dengan penilaian PANSS dari setiap pasien. PANSS merupakan instrumen penilaian terhadap pasien dengan

gangguan jiwa berat atau skizofrenia yang diukur oleh dokter terlatih dalam menilai beratnya gejala, sensitivitas dalam perubahan gejala pendek maupun panjang. Selain itu, pemberlakuan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) akibat pandemi Covid-19 di Indonesia terjadi juga di kota Singkawang, sehingga pasien rawat inap di RSJ Provinsi Kalimantan Barat belum dapat pulang yang kemudian relatif menyulitkan semua pihak yang terlibat.

Simpulan

Kombinasi risperidon dan haloperidol (RH) maupun kombinasi klopazin, risperidon dan haloperidol (CRH) tidak memiliki perbedaan signifikan dalam peningkatan kualitas hidup pasien skizofrenia. Namun demikian, apabila dibandingkan antara sebelum dan setelah pemberian pengobatan, baik kelompok RH maupun CRH dapat memberikan peningkatan kualitas hidup pasien yang signifikan.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada semua kepala ruangan dan perawat yang bertugas di rumah sakit atas bantuan dalam pengumpulan data yang diperlukan dalam penelitian ini.

Konflik Kepentingan

Seluruh penulis menyatakan tidak terdapat potensi konflik kepentingan dengan penelitian, kepenulisan (*authorship*), dan atau publikasi artikel ini.

Daftar Pustaka

1. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, Meyer-Lindenberg A, Weinberger DR, Cannon TD, et al. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Prim.* 2015;1(November):15067. doi: 10.1038/nrdp.2015.67
2. Awad AG, Voruganti LNP. The impact of newer atypical antipsychotics on patient-reported outcomes in schizophrenia. *CNS Drugs.* 2013;27(8):625–36. doi: 10.1007/s40263-013-0070-1
3. Ashturkar MD, Dixit J V. Selected epidemiological aspects of schizophrenia: A cross sectional study at tertiary care hospital in Maharashtra. *Nat J Community Med.* 2013;4(1):65–9.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peran keluarga dukung kesehatan jiwa masyarakat, 06 Oktober 2016 [diakses pada 13 Desember 2019]. Tersedia dari: <http://www.kemkes.go.id/article/print/16100700005/peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat.html>.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan nasional riset kesehatan dasar 2018 [diakses pada 22 Oktober 2021]. Tersedia dari: http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
6. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia. Konsensus penatalaksanaan gangguan skizofrenia. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia; 2011.
7. Grunder G, Heinze M, Cordes J, Muhlbauer B, Juckel G, Schulz C, et al. Effects of first-generation antipsychotics versus second-generation antipsychotics on quality of life in schizophrenia: A double-blind, randomised study. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(8):717–29. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00085-7
8. Gomes E, Bastos T, Probst M, Ribeiro JC, Silva G, Corredeira R. Effects of a group physical activity program on physical fitness and quality of life in individuals with schizophrenia. *Ment Health Phys Act.* 2014;7(3):155–62. doi: 10.1016/j.mhpa.2014.07.002
9. Hayhurst KP, Drake RJ, Massie JA, Dunn

- G, Barnes TRE, Jones PB, et al. Improved quality of life over one year is associated with improved adherence in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2014;29(3):191–6. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.03.002
10. Wardani IY, Dewi FA. Kualitas hidup pasien skizofrenia dipersepsikan melalui stigma diri. *J Kep Indones*. 2018;21(1):17–26. doi: 10.7454/jki.v21i1.485
11. Purba FD, Hunfeld JAM, Iskandarsyah A, Fitriana TS, Sadarjoen SS, Ramos-Goni JM, et al. The Indonesian EQ-5D-5L value set. *Pharmacoeconomics*. 2017; 35(11):1153–65. doi: 10.1007/s40273-017-0538-9
12. Purba FD, Anggriani Y, Murtini T. EQ-5D-5L in schizophrenia: Differences between patients and nurses' reports. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):1–8. doi: 10.1186/s12955-021-01873-y
13. Citrome L, McEvoy JP, Saklad SR. A guide to the management of clozapine-related tolerability and safety concerns. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2016; 10(3):163–77. doi: 10.3371/1935-1232.10.3.163
14. Ih H, Putri RA, Untari EK. Perbedaan jenis terapi antipsikotik terhadap lama rawat inap pasien skizofrenia fase akut di RSJD Sungai Bangkok Pontianak. *J Pharm Clin Indones*. 2016;5(2):115–22. doi: 10.15416/ijcp.2016.5.2.115
15. Haddad PM, Correll CU. The acute efficacy of antipsychotics in schizophrenia: A review of recent meta-analyses. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018;8(11):303–18. doi: 10.1177/2045125318781475
16. Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B, et al. Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: Systematic review, Bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. *Am J Psychiatry*. 2017;174(10):927–42. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16121358
17. Ortiz-Orendain J, Castiello-De Obeso S, Colunga-Lozano L, Hu Y, Maayan N, Adams C. Antipsychotic combinations for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;44(1):15–7. doi: 10.1002/14651858.CD009005.pub2
18. Hou CL, Ma XR, Zang Y, Jia FJ, Lin YQ, Chiu HFK, et al. Antipsychotic polypharmacy and quality of life in patients with schizophrenia treated in primary care in China. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2016; 54(1):36–42. doi: 10.5414/CP202413