

## RESEARCH ARTICLE

# Kualitas Hidup Pasien Parkinson Berdasarkan Jenis Obat yang Digunakan

## *Quality of Life of Parkinson's Patients Based on The Type of Medication Used*

Musa Fitri Fatkhia\*, Jamaludin Al Jeff, Cita Setiana, Muhammad Malik Yaasiin, M. Fahmi Izzul Haq

Program Studi D3 Farmasi, Universitas Pekalongan, Pekalongan, Indonesia

\*E-mail: musafitri29@gmail.com

### ABSTRAK

Parkinson merupakan penyakit neurodegeneratif yang memerlukan pengobatan jangka panjang atau bahkan seumur hidup. Dampak yang ditimbulkan adalah gangguan pergerakan dan otot seperti tremor, gerakan melambat, atau kekakuan otot pada penderita. Terapi farmakologi dan non farmakologi diperlukan untuk meminimalkan gejala. Keberhasilan manajemen gangguan pergerakan dan otot pada penderita dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien Parkinson. Tujuan dilakukan penelitian untuk mengetahui kualitas hidup pada 8 aspek yaitu kemampuan bergerak, aktivitas sehari-hari, kondisi emosional, persepsi, dukungan sosial, kognitif, komunikasi, dan rasa nyeri pasien Parkinson berdasarkan jenis obat yang digunakan. Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dan data diambil secara prospektif dengan mengambil data pasien Parkinson rawat jalan di RSUD dr. M. Ashari dan menyebarkan kuisioner PDQ-39 kepada pasien Parkinson. Teknik sampling menggunakan *purposive sampling* yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Data dianalisis menggunakan SPSS dengan uji ANOVA untuk mengetahui perbedaan kemampuan beraktivitas pada tiap jenis pengobatan atau kelompok terapi. Hasil penelitian dari 23 sampel menunjukkan karakteristik paling banyak pasien jenis kelamin laki-laki sebesar 70%, dan sebanyak 52% berusia > 65 tahun. Sebanyak 33% pasien Parkinson menerima obat Levodopa dan Triheksiphenidil. Hasil penelitian menunjukkan bahwa domain kualitas hidup paling baik pada kemampuan berkomunikasi yaitu baik sekali 91%, baik 6% dan cukup 3%, sedangkan domain kualitas hidup paling buruk pada domain mobilitas yaitu buruk 22% dan sangat buruk 6%. Pasien Parkinson dengan kemampuan aktivitas berdasarkan jenis pengobatan paling besar pada pemberian Triheksiphenidil dengan aktivitas baik sekali sebesar 90%. Kualitas hidup pasien berdasarkan jenis terapi yang digunakan mendapatkan hasil  $p\text{ value} = 1$  ( $> 0,05$ ). Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan terapi yang digunakan.

Kata Kunci: Kualitas hidup, obat, parkinson

### ABSTRACT

Parkinson's disease is a neurodegenerative disorder that requires long-term, and often lifelong, treatment. It primarily affects motor function, with symptoms such as tremors, bradykinesia (slowness of movement), and muscle rigidity. Both pharmacological and non-pharmacological therapies are essential to minimize these symptoms. Successful management of motor and muscular impairments in Parkinson's patients can significantly influence their quality of life. This study aimed to assess the quality of life across eight domains: mobility, activities of daily living, emotional well-being, stigma, social support, cognition, communication, and bodily discomfort in Parkinson's patients, based on the type of medication used. This research was an observational analytic study using prospective data collection, involving outpatient Parkinson's patients at RSUD dr. M. Ashari. Data were collected by administering the PDQ-39 questionnaire. The sampling technique employed was *purposive sampling*, based on predefined inclusion and exclusion criteria. Data were analyzed using ANOVA in SPSS to evaluate differences in activity levels based on treatment types. The study included 23 participants, with the majority being male (70%) and aged over 65 years (52%). Among the participants, 33% were treated with a combination of Levodopa and Trihexyphenidyl. Results showed that the best-scoring quality of life domain was communication, rated as "very good" by 91% of respondents, "good" by 6%, and "moderate" by 3%. In contrast, the worst-scoring domain was mobility, rated as "poor" by 22% and "very poor" by 6%. Regarding functional activity based on treatment type, the highest positive outcome was observed in patients receiving Trihexyphenidyl, with 90% reporting "very good" activity performance. However, the analysis revealed no statistically significant difference in quality of life across different treatment groups ( $p\text{-value} = 1$ ,  $> 0.05$ ). In conclusion, this study found no significant difference in the quality of life of Parkinson's patients based on the type of therapy used.

Keywords: *Quality of life, medicine, Parkinson disease*

Submitted: March 24<sup>th</sup> 2025 | 1<sup>st</sup> Revised: June 26<sup>th</sup> 2025 | Accepted: June 29<sup>th</sup> 2025 | Published: June 30<sup>th</sup> 2025

## Pendahuluan

Penyakit Parkinson adalah penyakit neurodegeneratif. Neurodegeneratif merupakan kelompok penyakit yang dapat menyebabkan penurunan fungsi dan struktur sel saraf. Penyakit Parkinson disebabkan karena berkurangnya neurotransmitter dopamine di otak. Penyakit Parkinson dapat menyebabkan penurunan aktivitas otak akibat kerusakan sel dopaminergik. Orang dengan kondisi ini terutama menderita demensia, depresi, ataupun gangguan saraf pusat lainnya. Hal ini dapat berupa gangguan tidur maupun gangguan kognitif seperti gangguan atensi [1], [2], [3].

Prevalensi penyakit ini meningkat secara signifikan seiring bertambahnya usia. Berdasarkan data *Global Burden of Disease* (GBD), terdapat lebih dari 8,5 juta penderita Parkinson di seluruh dunia pada tahun 2019, dan jumlah ini diperkirakan akan meningkat menjadi lebih dari 17 juta pada tahun 2040 [4]. Prevalensinya mencapai sekitar 1% pada individu usia di atas 60 tahun, dan meningkat hingga 4% pada usia di atas 80 tahun [5]. Peningkatan ini terutama dipicu oleh penuaan populasi global dan peningkatan harapan hidup [6].

Angka kejadian penyakit Parkinson belum ada data pastinya di Indonesia, namun pada 2003 di Indonesia terdapat 200.000-400.000 pasien yang menderita Parkinson. Pada tahun 2010, jumlah pasien Parkinson sebanyak 876.665 jiwa dengan jumlah kematian menempati peringkat ke-12 di dunia dan peringkat ke-5 di Asia dengan angka kejadian 1.100 kematian pada tahun 2002 [7].

Gejala Parkinson dapat berubah-ubah setiap harinya. Setiap waktu pada setiap individu penderita dapat meningkatkan komplikasi dan kualitas hidupnya. Penggunaan obat pada penderita Parkinson hanya efektif selama kurang lebih 10 tahun. Hal ini menyebabkan penurunan kemampuan fungsional secara bertahap dan membuat orang tersebut tidak mampu mengurus dirinya sendiri sehingga menyebabkan ketergantungan total [8], [9].

Penggunaan obat pada pasien Parkinson bertujuan dalam meningkatkan kadar dopamine di otak dengan tujuan untuk memperbaiki gejala-gejala motorik pada penderita Parkinson untuk menekan progresivitas penyakitnya. Pemilihan terapi dari beberapa golongan obat yang ditujukan untuk mengatasi gejala yang muncul atau simptomatik yaitu obat berasal dari agonis dopamine seperti levodopa, bromokriptin, pramipexol, inhibitor enzim monoamine oksidase (MAO) B seperti selegilin, rasagiline, inhibitor enzim *Catechol-O-methyltransferase* (COMT) seperti entakapon, tolkapon, serta golongan antikolinergik seperti benztropin dan triheksifenidil. Penggunaan obat-obatan tersebut sering menunjukkan pengaruh yang tidak signifikan pada pengobatan jangka panjang yang disebabkan perkembangan neurodegenerasi saraf dopaminergik [10].

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peningkatan kualitas hidup pasien parkinson berdasarkan obat-obatan anti Parkinson yang dikonsumsi oleh pasien. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan pedoman dasar untuk penelitian selanjutnya atau dapat digunakan sebagai bahan penentuan strategi pengobatan Parkinson di rumah sakit guna peningkatan kualitas hidup pasien.

## Metode

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif observasional. Pengambilan data secara prospektif dilakukan dengan menyebarkan kuesioner langsung kepada pasien Parkinson rawat jalan di RSUD dr. M. Ashari Pematang. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari hingga Juni 2023 di RSUD dr. M. Ashari rawat jalan. Metode sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah *nonprobability sampling* dengan teknik pengambilan sampel yaitu *purposive sampling* dengan cara mengklasifikasikan sesuai kriteria inklusi yaitu pasien yang mendapatkan diagnosa Parkinson, pasien yang sedang menjalani terapi farmakologi, pasien yang bersedia mengisi kuisisioner dan dapat berkomunikasi secara lisan maupun tulis.

Instrumen penelitian menggunakan kuesioner kualitas hidup *Parkinson's Disease Questionnaire* (PDQ-39) yang merupakan kuisisioner yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien Parkinson melalui 39 pertanyaan dalam 8 aspek utama. Aspek-aspek tersebut meliputi kemampuan bergerak, aktivitas sehari-hari, kondisi emosional, persepsi, dukungan sosial, kognitif, komunikasi, dan rasa nyeri. Kuisisioner PDQ-39 adalah kuisisioner baku yang digunakan dalam dunia kesehatan yang telah diujikan secara reliabilitas dan validitasnya. Hasil *Cronbach's Alpha* berkisar antara 0,72 hingga 0,95, yang menunjukkan reliabilitas sangat baik, sedangkan pada uji validitas menunjukkan hasil validitas konstruk ataupun validitas konvergen yang valid [11], [12].

Pengambilan data diawali dengan mengamati lembar catatan medis pasien Parkinson rawat jalan RSUD dr. M. Ashari Pematang untuk mendapatkan data karakteristik pasien yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, jenis pengobatan, alamat rumah, dan nomor telepon. Selanjutnya dilakukan pengambilan data kuisisioner kualitas hidup pasien Parkinson menggunakan kuisisioner PDQ-39. Pengukuran kualitas hidup dilakukan dengan melakukan kunjungan ke masing-masing rumah pasien Parkinson. Hasil kemudian disajikan dalam bentuk persentase pada kemampuan beraktivitas penderita Parkinson. Analisis data dilakukan secara statistik dengan uji ANOVA untuk mengetahui perbedaan kemampuan beraktivitas pada tiap jenis pengobatan atau kelompok terapi.

## Hasil

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, didapatkan populasi penelitian sebesar 40 responden. Responden yang berhasil dilakukan pengambilan data sebagai sampel sebanyak 23 responden. Hal ini dikarenakan responden tidak menginginkan dilakukan sebagai sampel untuk pengambilan data.

Dari 23 responden dilakukan analisis karakteristik individu tiap responden yang meliputi jenis kelamin, usia, obat Parkinson yang digunakan dan kualitas hidup berdasarkan domain. Analisis selanjutnya yaitu menggunakan SPSS dengan uji ANOVA untuk melihat perbedaan kualitas hidup pasien Parkinson berdasarkan obat yang digunakan.

**Tabel 1.** Karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, dan jenis pengobatan

Karakteristik		Jumlah	Persentase (%)
<b>Jenis Kelamin</b>	Perempuan	7	30
	Laki-laki	16	70
<b>Total</b>		23	100
<b>Usia</b>	< 50 tahun	2	9
	50-65 tahun	9	39
	> 65 tahun	12	52
<b>Total</b>		23	100
<b>Jenis terapi</b>			
<b>Monoterapi</b>	Pramipexole (Pra)	1	4
	Triheksifenidil (thp)	1	4
	Alprazolam (Apz)	1	4
<b>Kombinasi 2</b>	Levodopa+thp (Lv+Thf)	9	33
	Thp + pramipexole (Thp+Pra)	2	9
	Levodopa+ pramipexole (Lv+Pra)	2	9
<b>Kombiansi 3</b>	Levo+thp+pramipexole	6	26
	Thf + levo + diazepam +haloperidol (Thp+Lv+Dzp+Hlp)	1	4
<b>Total</b>		23	100

**Tabel 2.** Persentase kualitas hidup pada domain mobilitas

Kemampuan Aktivitas	Apz	Pra	Thf	Lv+Thf	Thf+ Pra	Lv+Pra	Lv+Thf+Pra	Thf+Lv+Dzp+Hlp
Baik Sekali	40	50	80	33	60	50	40	40
Baik	50	0	10	20	10	10	15	0
Cukup	0	0	0	12	10	30	10	0
Buruk	10	40	10	17	20	10	10	60
Sangat Buruk	0	10	0	18	0	0	20	0

**Tabel 3.** Persentase kualitas hidup pada domain aktivitas sehari-hari

Kemampuan Aktivitas	Apz	Pra	Thf	Lv+Thf	Thf+ Pra	Lv+Pra	Lv+Thf+Pra	Thf+Lv+Dzp+Hlp
Baik Sekali	83	67	100	50	67	50	36	100
Baik	0	0	0	33	17	50	28	0
Cukup	17	17	0	20	17	0	11	0
Buruk	0	0	0	4	0	0	6	0
Sangat Buruk	0	17	0	7	0	0	19	0

**Tabel 4.** Persentase kualitas hidup pada domain kesejahteraan emosional

Kemampuan Aktivitas	Apz	Pra	Thf	Lv+Thf	Thf+ Pra	Lv+Pra	Lv+Thf+Pra	Thf+Lv+Dzp+Hlp
Baik Sekali	50	100	83	83	67	50	50	100
Baik	50	0	17	15	0	0	17	0
Cukup	0	0	0	2	33	50	33	0
Buruk	0	0	0	0	0	0	0	0
Sangat Buruk	0	0	0	0	0	0	0	0

**Tabel 5.** Persentase kualitas hidup pada domain persepsi

Kemampuan Aktivitas	Apz	Pra	Thf	Lv+Thf	Thf+ Pra	Lv+Pra	Lv+Thf+Pra	Thf+Lv+Dzp+Hlp
Baik Sekali	100	100	100	83	75	50	71	100
Baik	0	0	0	17	0	0	4	0
Cukup	0	0	0	0	25	50	17	0
Buruk	0	0	0	0	0	0	0	0
Sangat Buruk	0	0	0	0	0	0	8	0

**Tabel 6.** Persentase kualitas hidup pada domain dukungan

Kemampuan Aktivitas	Apz	Pra	Thf	Lv+Thf	Thf+ Pra	Lv+Pra	Lv+Thf+Pra	Thf+Lv+Dzp+Hlp
Baik Sekali	33	100	100	67	100	67	61	33
Baik	67	0	0	33	0	0	0	67
Cukup	0	0	0	0	0	33	28	0
Buruk	0	0	0	0	0	0	0	0
Sangat Buruk	0	0	0	0	0	0	11	0

**Tabel 7.** Persentase kualitas hidup pada domain kognitif

Kemampuan Aktivitas	Apz	Pra	Thf	Lv+Thf	Thf+ Pra	Lv+Pra	Lv+Thf+Pra	Thf+Lv+Dzp+Hlp
Baik Sekali	75	100	75	50	50	75	50	75
Baik	0	0	0	25	0	0	25	25
Cukup	25	0	25	25	25	25	0	0
Buruk	0	0	0	0	25	0	0	0
Sangat Buruk	0	0	0	0	0	0	25	0

**Tabel 8.** Persentase kualitas hidup pada domain komunikasi

Kemampuan Aktivitas	Apz	Pra	Thf	Lv+Thf	Thf+ Pra	Lv+Pra	Lv+Thf+Pra	Thf+Lv+Dzp+Hlp
Baik Sekali	100	100	100	93	100	100	72	67
Baik	0	0	0	7	0	0	6	33
Cukup	0	0	0	0	0	0	22	0
Buruk	0	0	0	0	0	0	0	0
Sangat Buruk	0	0	0	0	0	0	0	0

**Tabel 9.** Persentase kualitas hidup pada domain rasa nyeri

Kemampuan Aktivitas	Apz	Pra	Thf	Lv+Thf	Thf+ Pra	Lv+Pra	Lv+Thf+Pra	Thf+Lv+Dzp+Hlp
Baik Sekali	33	0	100	30	33	67	67	33
Baik	67	0	0	30	0	0	33	67
Cukup	0	100	0	30	67	33	0	0
Buruk	0	0	0	11	0	0	0	0
Sangat Buruk	0	0	0	0	0	0	0	0

**Tabel 10.** Kualitas hidup pasien Parkinson berdasarkan pada domain

Jenis domain	Kategori (%)				
	Baik Sekali	Baik	Cukup	Buruk	Sangat Buruk
Mobilitas	49	15	8	22	6
Aktivitas sehari-hari	69	16	10	1	5
Kesejahteraan emosional	73	12	15	0	0
Persepsi	85	3	11	0	1
Dukungan sosial	70	21	8	0	1
Fungsi kognitif	69	9	16	3	3
Komunikasi	91	6	3	0	0
Rasa tidak nyaman	45	25	29	1	0

**Tabel 11.** Persentase kemampuan aktivitas pada kualitas hidup berdasarkan jenis terapi

Kemampuan Aktivitas	Apz	Pra	Thf	Lv+Thf	Thf+ Pra	Lv+Pra	Lv+Thf+Pra	Thf+Lv+Dzp+Hlp
Baik Sekali	62	74	90	56	62	54	51	69
Baik	31	0	5	18	8	13	13	13
Cukup	5	10	3	10	23	31	18	0
Buruk	3	10	3	8	10	3	5	15
Sangat Buruk	0	5	0	8	0	0	13	3

Tabel 12. Hasil uji

Source of Variation	p-value	Interpretasi
Jenis Terapi	1	Tidak signifikan

## Pembahasan

Hasil pada **Tabel 1** menunjukkan bahwa sampel penelitian atau responden berjenis kelamin laki-laki menempati urutan paling tinggi yaitu sebesar 70%. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian sebelumnya [13] yang telah mendapatkan hasil bahwa penderita Parkinson sebagian besar adalah yang berjenis kelamin laki-laki atau sebesar 72,3%. Laki-laki memiliki presentase lebih besar mengalami gangguan Parkinson dibandingkan perempuan. Hal ini dimungkinkan oleh beberapa faktor diantaranya seperti toksin dan radikal bebas yang berasal dari lingkungan dan tempat kerja ataupun kejadian trauma kepala [14], [2]. Dalam literatur lain juga menjelaskan bahwa hormon estrogen yang ada pada perempuan memiliki efek proteksi terhadap neuron sehingga perempuan memiliki resiko yang lebih kecil [2].

Berdasarkan usia, penderita Parkinson paling tinggi rata-rata berusia > 65 tahun atau sebanyak 52%. Proses bertambahnya usia pada gangguan Parkinson berhubungan dengan perubahan fisiologis tubuh dan kemampuan tubuhnya. Selain itu kemampuan tubuh pada individu dengan usia lanjut juga telah berkurang dan simpanan nutrisi serta antioksidan alami di dalam tubuhnya juga berkurang. Hal inilah yang dapat meningkatkan progresivitas penyakit Parkinson dan dapat meningkatkan gejala klinis yang terjadi dengan bertambahnya usia pasien [15].

Berdasarkan jenis penggunaan obat Parkinson, didapatkan jumlah paling banyak adalah pasien dengan penggunaan terapi kombinasi 2 jenis obat, yaitu Levodopa + Triheksifenidil (THP) sebesar 33%, THP + Pramipexole sebesar 9%, dan Levodopa + Pramipexole sebesar 9% dan pada kombinasi 3 obat paling banyak yaitu Levodopa + Triheksifenidil (THP) + Pramipexole sebesar 26%. Penggunaan obat anti Parkinson pada pasien dengan diagnosis Parkinson yaitu guna menunjang kualitas hidup pasien dan menjaga kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti meminimalkan perkembangan progresivitas penyakit Parkinson dan mengurangi terjadinya efek samping dari penggunaan obat parkinson [16]. Ketika tujuan pengobatan pada penderita Parkinson tercapai, maka kualitas hidup pasien Parkinson dapat meningkat.

Penggunaan Levodopa terbukti efektif diberikan pada pasien dengan penyakit Parkinson. Agonis dopamin seperti Levodopa bekerja dengan aktivitas yang menyerupai dopamin sehingga kadar atau level dopamin di otak akan mengalami peningkatan. Terapi dengan Levodopa dapat digunakan untuk mengatasi gejala yang terjadi pada Parkinson seperti tremor, kaku, dan gerakan yang lambat. Selain Levodopa, obat golongan dopamin agonis seperti Pramipexole juga mampu bekerja dengan cara menyerupai kerja dopamin di otak. Dopamin dapat diberikan monoterapi pada tahap awal perkembangan penyakit Parkinson atau dapat juga digunakan sebagai terapi tambahan pada pemberian obat Carbidopa-Levodopa [17]. Golongan antikolinergik seperti Triheksiphenidyl juga sering digunakan untuk menangani penyakit Parkinson yang dijadikan dalam terapi tambahan obat antiparkinson lainnya. Golongan

antikolinergik atau Triheksiphenidyl kerap diberikan untuk mengatasi gejala tremor pada pasien parkinson.

Penggunaan obat pada pasien Parkinson data ini adalah untuk mengatasi gejala motorik yang dialami penderita dan mencegah progresivitas penyakit neurodegeneratif ini sehingga meminimalkan keparahan. Namun selain gejala motorik, penyakit Parkinson juga dapat menyebabkan gejala non motorik diantaranya menyebabkan depresi dan menurunkan kognitif penderita. Hal ini sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien Parkinson sehingga peningkatan dan perbaikan kualitas hidup merupakan hal yang penting dijadikan sebagai tujuan pengobatan [17].

Berdasarkan **Tabel 2** pada domain mobilitas, pasien parkinson yang menggunakan obat monoterapi ataupun kombinasi memiliki mobilitas yang sangat buruk sebesar 20% pada kombinasi Levopar + Triheksifenidil + Pramifol, 18% pada kombinasi Levopar + Triheksifenidil dan 10% pada monoterapi Pramifol. Kegiatan yang terganggu pada aspek mobilitas antara lain berjalan kaki, berjalan mengelilingi rumah maupun pergi keluar rumah.

Pramipexole bekerja sebagai agonis dopamin pada reseptor D2 dan D3, meniru efek dopamin di otak. Dopamin sangat rendah pada otak pasien Parkinson, sehingga pramipexole membantu mengembalikan fungsi motorik [18]. Levodopa merupakan terapi utama dalam penyakit Parkinson, terutama untuk usia lanjut dengan gejala motorik berat. Namun, levodopa dapat menyebabkan diskinesia dan fluktuasi motorik, sehingga penggunaan jangka panjang memerlukan pemberian kombinasi dengan agonis dopamin (pramipexole) maupun Monoamin Oksidase Inhibitor (MAO I) [19]. Triheksifenidil merupakan golongan antikolinergik yang dapat digunakan pada penyakit Parkinson, khususnya gejala tremor. Golongan ini bukanlah lini utama, dan penggunaannya kini semakin terbatas karena potensi efek samping, terutama pada pasien usia lanjut [20]. Penggunaan obat anti parkinson tidak menghasilkan efek yang optimal pada beberapa pasien Parkinson dapat disebabkan oleh berbagai aspek, diantaranya aspek farmakologis, fisiologis, maupun kondisi pasien [21].

Berdasarkan **Tabel 3** pada domain aktivitas sehari-hari, pasien parkinson memiliki aktivitas sehari-hari yang sangat buruk paling tinggi pada terapi kombinasi Levodopa + Triheksifenidil + Pramifol sebesar 19%. Kegiatan yang terganggu pada aktivitas sehari-hari pasien parkinson adalah mandi, mengganti baju sendiri, dan mengikat tali sepatu sendiri. Beberapa studi menunjukkan bahwa pada domain aktivitas sehari-hari dan kualitas hidup terkait kesehatan, kombinasi Levodopa + Pramipexole + Triheksifenidil (THF) sering kali tidak lebih unggul dibandingkan levodopa monoterapi, bahkan kadang lebih buruk [22].

Berdasarkan **Tabel 4** mengenai kualitas hidup pasien parkinson pada domain kesejahteraan emosional, penderita parkinson tidak memiliki kualitas hidup yang buruk atau sangat buruk. Sebagian pasien parkinson pada terapi kombinasi Levopar + Pramifol sebesar 50% memiliki perasaan emosional yang cukup yaitu pada rasa malu. Rasa malu ini bukan sekadar pengalaman personal, melainkan bagian dari perasaan sosial yang dialami oleh pasien Parkinson, seperti dijelaskan oleh Coret *et al.* [23]. Perasaan malu tersebut menurunkan motivasi pasien untuk berpartisipasi aktif dalam masyarakat dan dapat memperburuk kondisi psikologis mereka. Akibatnya, kesejahteraan emosional mereka terganggu dan akan

memperngaruhi kualitas hidup pasien parkinson [23].

Berdasarkan **Tabel 5** pada domain persepsi, 8% pasien parkinson yang mendapatkan terapi kombinasi Levopar + Triheksifenidil + Pramifol mengalami persepsi yang sangat buruk. Pasien Parkinson sering kali merasa dirinya tidak normal karena terdapat perubahan postur, mimik wajah datar (*hypomimia*), atau kesulitan berbicara. Hal ini menimbulkan ketidaknyamanan dalam interaksi sosial, rasa malu, serta penarikan diri dari lingkungan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa stigma sosial yang dialami pasien Parkinson berdampak signifikan terhadap kualitas hidup [23].

Berdasarkan **Tabel 6**, terdapat kualitas yang sangat buruk pada domain dukungan sosial pada terapi kombinasi Levopar + Triheksifenidil + Pramifol yaitu 11%. Diantaranya pasien pasien merasa tidak mendapatkan dukungan yang kuat dari pasangannya. Dukungan dari pasangan yang tidak tersedia atau terganggu, dapat menyebabkan pasien Parkinson mengalami stres emosional, rasa kesepian, dan penurunan kualitas hidup. Perasaan emosi yang buruk tentang diri sendiri juga sering kali diperparah oleh perasaan menjadi beban bagi pasangan, menciptakan lingkaran negatif antara stigma internal (*self-stigma*) dan isolasi emosional [24].

Berdasarkan **Tabel 7** pada domain fungsi kognitif, sebesar 25% pasien mengalami kualitas yang sangat buruk pada terapi kombinasi Levopar + Triheksifenidil + Pramifol. Gejala yang memperburuk domain ini adalah sulit berkonsentrasi dan penurunan daya ingat. Pasien dengan penyakit Parkinson tidak hanya mengalami gangguan motorik, tetapi juga menunjukkan gejala non-motorik yang signifikan, termasuk kesulitan berkonsentrasi dan gangguan daya ingat. Kesulitan kognitif ini berpengaruh langsung terhadap kemampuan pasien dalam menjalin dan mempertahankan hubungan sosial, sehingga berdampak negatif pada domain dukungan sosial dalam kualitas hidup mereka [25].

Berdasarkan domain komunikasi pada **Tabel 8**, pasien Parkinson yang mendapatkan terapi kombinasi Levopar + Triheksifenidil + Pramifol memiliki kualitas hidup yang cukup sebesar 22%. Kondisi Parkinson dapat memengaruhi sistem dopaminergik otak yang berperan penting dalam kontrol motorik, termasuk motorik bicara. Meskipun pasien Parkinson menggunakan pengobatan seperti levodopa, agonis dopamin, dan obat antiparkinson lain, namun tidak selalu memberikan efek yang optimal untuk mengatasi gangguan bicara dan komunikasi [26].

Berdasarkan domain rasa tidak nyaman atau rasa nyeri yang ditampilkan pada **Tabel 9**, pasien Parkinson yang menerima terapi Levopar + Triheksifenidil sebesar 11% memiliki rasa nyeri yang buruk. Nyeri pada pasien Parkinson dapat bersifat muskuloskeletal, neuropatik, distonik, maupun sentral yang dapat disebabkan oleh gangguan proses persepsi nyeri di otak. Studi oleh Ford [27] menyatakan bahwa sekitar 40–85% pasien Parkinson mengalami berbagai bentuk nyeri kronis yang sering kali tidak membaik hanya dengan pengobatan antiparkinson seperti Levodopa.

Pada **Tabel 10** menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien parkinson berdasarkan domain kualitas hidup paling baik pada kemampuan berkomunikasi yaitu baik sekali 91%, baik 6% dan cukup 3%, sedangkan domain kualitas hidup paling buruk pada domain mobilitas yaitu buruk 22% dan sangat buruk 6%. Domain mobilitas mencakup aspek-aspek seperti kemampuan berjalan, bangun dari kursi, menjaga keseimbangan, serta

aktivitas berpindah tempat secara mandiri. Pada pasien Parkinson, mobilitas sering kali menjadi salah satu domain dengan skor paling buruk, menandakan tingkat gangguan yang paling berat dan berdampak luas pada kehidupan sehari-hari. domain komunikasi sering menunjukkan skor terbaik, artinya pasien relatif masih mampu berkomunikasi secara fungsional, khususnya pada stadium awal hingga menengah penyakit. Hal ini diperkuat oleh studi Martínez-Martín *et al.* [28], bahwa pada pasien Parkinson domain mobilitas adalah domain yang paling berdampak pada kualitas hidupnya dan domain komunikasi adalah domain yang tidak berdampak.

Berdasarkan kemampuan beraktivitas pasien Parkinson pada tiap pengobatan pada **Tabel 11** didapatkan bahwa penggunaan Triheksiphenidyl memiliki kemampuan aktivitas baik sekali sebesar 90%. Sedangkan kemampuan beraktivitas sangat buruk pada pasien Parkinson dengan pengobatan kombinasi Levodopa + Triheksiphenidyl + Pramipexole sebesar 13%. Antikolinergik seperti Triheksifenidil dapat digunakan sebagai monoterapi maupun terapi tambahan, namun tidak direkomendasikan menjadi pilihan pengobatan lini pertama pada Parkinson tahap awal karena tingginya tingkat efek samping. Penggunaan antikolinergik hanya diindikasikan pada kasus khusus dan pasien usia kurang dari 70 tahun, dan dengan mempertimbangkan efek samping yang dapat terjadi yaitu penglihatan kabur, retensi urin, dan gangguan memori. Obat ini hanya efektif untuk terapi tremor dan rigiditas serta untuk mengurangi saliva (*sialorrea*), namun tidak efektif untuk memperbaiki kelambatan gerak [29].

Terapi farmakologis pada Parkinson bersifat individual untuk mencapai tujuan yaitu meringankan gejala-gejala motorik dan meningkatkan kualitas hidup pasien parkinson tanpa menimbulkan efek samping. Tidak ada satu pengobatan yang khusus yang direkomendasikan untuk inisiasi terapi. Faktor yang mempengaruhi pemilihan obat dan terapi pada Parkinson yaitu tingkat gejala dan keparahan yang muncul, faktor sosial (misalnya rasa malu pada pasien, kemampuan bekerja atau berpartisipasi dalam aktivitas seperti hobi), biaya, dan keinginan pasien [29].

Penggunaan obat pada pasien Parkinson mempertimbangkan beberapa faktor diantaranya usia pasien, tingkat keparahan penyakit Parkinson, gejala dan tingkat fungsional tubuh, status kognitif penderita, dan efek samping penggunaan obat yang dilakukan. Dengan perkembangan penyakit Parkinson, pengobatan yang diterima harus disesuaikan berdasarkan individu agar dapat memberikan efek terapi yang maksimal dengan efek samping yang minimal. Modifikasi pengobatan perlu dilakukan untuk mengatasi gejala dan komplikasi motoric yang timbul selama pengobatan. Modifikasi pengobatan dapat dilakukan dengan meningkatkan dosis atau menyesuaikan pemberian dopaminergik berdasarkan respon pasien terhadap terapi yang diterima [30].

Berdasarkan hasil uji statistik pada **Tabel 12**, didapatkan nilai *p-value* untuk variabel yang digunakan. Hasil uji ANOVA untuk mengetahui kualitas hidup pasien berdasarkan jenis terapi yang digunakan. Hasil menunjukkan bahwa kualitas hidup berdasarkan terapi yang digunakan menunjukkan nilai *p-value* = 1 ( $\geq 0.05$ ). Hasil dengan *p-value*  $\geq 0.05$  mengartikan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antar variabel. Kualitas hidup pasien Parkinson berdasarkan obat yang digunakan tidak memiliki perbedaan yang signifikan baik pasien yang menerima monoterapi, kombinasi 2 obat, dan kombinasi 3

obat. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya [30] bahwa pemilihan terapi tidak mempengaruhi kualitas hidup pasien Parkinson. Pemilihan pengobatan pada pasien Parkinson tidak mempengaruhi kualitas hidup pasien. Kualitas hidup pasien Parkinson dapat dipengaruhi dengan terdapatnya komplikasi motorik setelah penggunaan agonis dopamin jangka panjang. Kemampuan aktivitas dalam kualitas hidup pasien Parkinson juga tidak dipengaruhi oleh aktivitas sosial. Hal-hal yang mempengaruhi kualitas hidup pasien adalah aktivitas fisik dan olahraga, Tingkat keparahan penyakit Parkinson dan gejala serta komplikasi motorik yang diderita oleh pasien Parkinson. Penggunaan obat antiparkinson sebaiknya tetap diseimbangkan dengan aktivitas fisik dan fisioterapi yang terprogram untuk meningkatkan dan memperbaiki gejala klinis penderita sehingga kualitas hidup pasien Parkinson dapat meningkat dan pasien Parkinson dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dengan lebih baik [30].

## Kesimpulan

Kesimpulan yang dihasilkan dari penelitian ini adalah kualitas hidup pasien Parkinson paling baik pada domain komunikasi dan kualitas hidup paling buruk pada domain mobilitas. Hasil uji ANOVA menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kualitas hidup pasien berdasarkan jenis terapi yang digunakan dengan nilai  $p$  value = 1.

## Referensi

- [1] Yudha EP, Muhammad NF. Sistem Otomatis untuk Deteksi Penyakit Parkinson Menggunakan Fuzzy K-NN. *J Tek Komput*. 2023;9(2):96–102. DOI: 10.31294/jtk.v9i2.15933
- [2] Indriyani W, Fatkhya MF. Characteristics of Patients With Parkinson Disease. 2023;02(02):12–23. DOI: 10.31941/benzena.v2i02.3772
- [3] Wiharti C, Fatkhya MF. Gambaran Persepsi Pasien Parkinson Terhadap Penyakit Yang Dideritanya Di RSUD Dr . M . Ashari Pematang. 2024;3(2):102–11.
- [4] Dorsey ER, Sherer T, Okun MS, Bloem BR. The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic. *J Parkinsons Dis*. 2018;8(s1). DOI: 10.3233/jpd-181474
- [5] Tysnes OB, Storstein A. Epidemiology of Parkinson's disease. *J Neural Transm*. 2017;124(8):901–5. DOI: 10.1007/s00702-017-1686-y
- [6] Collaborators of the GBD 2019 Parkinson's Disease Study. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990–2019: a systematic analysis. *Lancet Neurol*. 2022;21(11):939–53.
- [7] Qonita WN, Setyawati MB, Suandika MS. Gambaran Persepsi Pasien Parkinson Tentang Penyakit Yang Dideritanya Di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Mitra Siaga Tegal. *BIMIKI (Berkala Ilm Mhs Ilmu Keperawatan Indones*. 2022;10(2):75–84. DOI: 10.53345/bimiki.v10i2.307
- [8] Bhasin SK, Bharadwaj IU. Perceptions and meanings of living with Parkinson's disease: an account of caregivers lived experiences. *Int J Qual Stud Health Well-being [Internet]*. 2021;16(1). DOI: 10.1080/17482631.2021.1967263
- [9] Istiana GU, Fatkhya MF. Analisis Biaya Berdasarkan Persepsi Pasien Pada Penderita. 2024;2(1):12–26.
- [10] Ellis JM, Fell MJ. Current approaches to the treatment of Parkinson's Disease. 2017;27(18):4247–55. DOI: 10.1016/j.bmc.2017.07.075
- [11] Hagell P, Nygren C. The 39 item Parkinson's disease questionnaire (PDQ-39) revisited: Implications for evidence based medicine. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78(11):1191–8. DOI: 10.1136/jnnp.2006.111161
- [12] Tan LCS, Luo N, Nazri M, Li SC, Thumboo J. Validity and reliability of the PDQ-39 and the PDQ-8 in English-speaking Parkinson's disease patients in Singapore. *Park Relat Disord*. 2004;10(8). DOI: 10.1016/j.parkreldis.2004.05.007
- [13] Haeriyoko WA, Samatra DPGP, Sri Yenni Trisnawati GS, Budiarsa IGN, Karang AASI, Wiratmi NKC. Profil Gangguan Tidur Penderita Parkinson Di Rumah Sakit Rujukan Di Kota Denpasar Tahun 2018. *Callosum Neurol*. 2020;3(1):12–6. DOI: 10.29342/cnj.v3i1/111
- [14] Khairunnisa FA, Fatkhya MF. Analisis Biaya Berdasarkan Persepsi Rumah Sakit Pada Penderita Parkinson Cost Analysis Based On Hospital Perceptions Of. 2024;7(1):16–27. DOI: 10.33024/jfm.v7i1.13293
- [15] Kim SD, Allen NE, Canning CG, Fung VSC. Postural Instability in Patients with Parkinson's Disease. *CNS Drugs*. 2013;27(2):97–112 DOI: 10.1007/s40263-012-0012-3
- [16] Brown K, Johnston D, Kinsella J, McMillan F, Qureshi S, Sonthalia V, Twaddle S. Diagnosis and Pharmacological Management of Parkinson's Disease: A National Clinical Guideline. In: In Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edinburgh; 2010.
- [17] Halli-Tierney AD, Luker J, Carroll DG. Parkinson Disease. *Am Fam Physician*. 2020;102(11):679–91.
- [18] Möller JC et al. Pramipexole in the treatment of early Parkinson's disease. *Expert Rev Neurother*. 2005;5(4):499–506.
- [19] Olanow CW et al. Levodopa in the treatment of Parkinson's disease: current controversies. *Mov Disord*. 2004;19(9):997–1005. DOI: 10.1002/mds.20243
- [20] Fernandez HH et al. Update on Parkinson's disease therapy. *Ann New York Acad Sci*. 2010;
- [21] Seppi K et al. Update on treatments for nonmotor symptoms of Parkinson's disease. *Lancet Neurol*. 2011;
- [22] Abbasi MH, Esmaeili S, Habibi SA, Shahidi GA. Dilemma in Parkinson's Treatment; Levodopa mono-therapy may be the best choice. 2020;79(1). DOI: 10.1016/j.parkreldis.2020.06.217
- [23] Coret M, Korte K, Tickle-Degnen L. The social psychology of stigma in Parkinson's disease. *Disabil Rehabil*. 2020;42(23):3312–8.
- [24] Solari A, Radice D, Manneschi L, Motti L, Montanari E, Cifelli G. Relationship between quality of life and family support in Parkinson's disease: A multicenter study in Italy. *J Neurol Sci*. 2010;1(2):95–9.
- [25] Aarsland D, Bronnick K, Fladby T. Mild cognitive impairment in Parkinson's disease. *Curr Neurol Neurosci Reports*. 2009;9(4):281–8.
- [26] Duffy JR. Motor speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, and Management. Elsevier Heal Sci. 2013;
- [27] Ford B. Pain in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2010;22(1):98–103. DOI: 10.1002/mds.22716
- [28] Martínez-Martin P, Rodríguez-Blázquez C, Kurtis MM,

- Chaudhuri KR. The impact of non-motor symptoms on health-related quality of life of patients with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2011;26(3):399–406. DOI: 10.1002/mds.23462
- [29] PERDOSSI. Panduan Tata Laksana Parkinson Dan Gangguan Gerak Lainnya. 2015.
- [30] Oktariza Y, Amalia L, Sobaryati S, Kurniawati MY. Evaluasi Kualitas Hidup Pasien Parkinson Berdasarkan Terapi Berbasis Levodopa. *Indones J Clin Pharm.* 2019;8(4):246. DOI: 10.15416/ijcp.2019.8.4.246