



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PERBANDINGAN PERFORMA FUNGSI PASIEN SKIZOFRENIA YANG  
MENDAPAT TERAPI TUNGGAL DENGAN TERAPI KOMBINASI  
ANTIPSIKOTIKA DI RUMAH SAKIT CIPTO MANGUNKUSUMO  
( PERIODE DESEMBER 2011-MEI 2012)**

**TESIS**

**MONIKA JOY REVERGER**

0706311491

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA  
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS I  
BIDANG STUDI ILMU KEDOKTERAN JIWA  
JAKARTA  
JUNI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Monika Joy Reverger

NPM : 0706311491

Tanda Tangan : 






Tanggal : 24 Juni 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Monika Joy Reverger  
NPM : 0706311491  
Program Studi : Kedokteran Jiwa  
Judul Tesis : Perbandingan Performa Fungsi Pasien Skizofrenia Yang Mendapat Terapi Tunggal dengan Terapi Kombinasi Antipsikotika di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo ( Periode Desember 2011 – Mei 2012)

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Spesialis Kedokteran Jiwa, pada Program Studi Dokter Spesialis, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia.**

## DEWAN PENGUJI

Pembimbing	: dr. Heriani, SpKJ (K)	(  )
Pembimbing	: DR.dr. Nurmiati Amir, SpKJ (K)	(  )
Penguji	: dr. Noorhana, SpKJ (K)	(  )
Penguji	: DR. dr. Martina Wiwie, SpKJ (K)	(  )
Penguji	: dr. Richard Budiman, SpKJ (K)	(  )

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 14 Juni 2012

## **KATA PENGANTAR**

Puji Syukur saya panjatkan kepada Allah Bapa di Surga, karena atas rahmat dan karunia-Nya penelitian ini dapat saya selesaikan. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan dokter ahli kedokteran jiwa pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dengan tujuan mendapatkan pengalaman dan wawasan tentang penelitian di bidang kedokteran jiwa.

Penelitian ini dapat diselesaikan dengan adanya dukungan dan bantuan banyak pihak. Untuk itu, saya menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dr. Heriani, SpKJ(K) selaku Ketua Program Studi Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, yang juga merupakan guru yang memberikan bimbingan dan dukungan selama mengikuti pendidikan spesialisasi sekaligus sebagai pembimbing penelitian ini. Terima kasih yang sebesar-besarnya juga saya haturkan kepada Dr.dr. R. Irawati Ismail, SpKJ(K), M.Epid selaku koordinator penelitian Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian ini.

Saya juga mengucapkan terima kasih kepada dr. A.A.A. Agung Kusumawardhani, SpKJ (K) selaku Ketua Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dan dr. Tjhin Wiguna, SpKJ(K) selaku sekretaris Program Studi Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang telah memberikan banyak bimbingan, masukan, serta kritikan selama masa pendidikan saya di Departemen Psikiatri FKUI.

Kepada dr. Sylvia D. Elvira, SpKJ(K) selaku Kepala Instalasi Rawat Jalan Psikiatri Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yang telah memberikan ijin dan tempat bagi saya untuk melakukan penelitian di tempat tersebut, saya menghaturkan terima kasih. Terima kasih kepada Dr. dr. Nurmiati Amir, SpKJ(K) yang memperkenalkan kepada saya instrumen Skala *Personal and Social Performance*, dan telah bersedia menjadi pembimbing penelitian ini, sekaligus pembimbing akademis saya selama saya menjalani program pendidikan dokter spesialis di FKUI-RSCM.

Terima kasih juga saya berikan kepada dosen penguji tesis saya, dr. Noorhana, SpKJ (K), Dr.dr. Martina Wiwie, SpKJ (K) dan dr. Richard Budiman, SpKJ (K), perhatian, kritik dan masukan dari awal penyusunan proposal sampai saat menyelesaikan ujian tesis menjadi pelajaran berharga bagi saya.

Penghargaan dan terima kasih saya sampaikan pula kepada rekan sejawat selama pendidikan spesialisasi khususnya kepada dr. Azhari C. Nurdin, dr. Hening Madonna, dr. Umie Faizah, dr. Ezra Ebenezer, dr. Rossalina Lili, dr. Anwarsim dan dr. Deasyanti yang telah membantu dalam penelitian ini. Terima kasih juga kepada semua guru dan teman sejawat, tenaga paramedis, tenaga non-medis, serta semua pasien di Departemen Psikiatri FKUI/RSCM yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Terima kasih yang tidak terhingga dan rasa sayang saya haturkan kepada Ayahanda dr. Robert Reverger, SpKJ(K) dan Ibunda Ignatia Titin Handjojo, yang telah membesarkan, mendidik, membimbing, dan selalu mendoakan saya sehingga

saya boleh menjalani program pendidikan dokter spesialis dan pada akhirnya dapat menyelesaikan pendidikan dan penelitian ini. Terima kasih yang tidak terhingga juga saya haturkan kepada mertua saya Leo Herman Susilo dan Airy Beatrice, yang selalu membantu dan memperhatikan anak dan menantunya selama menjalani pendidikan. Terima kasih juga untuk dr. Satya Joewana, SpKJ(K), dr. Dharmady Agus SpKJ dan dr. Surilena, SpKJ, yang selalu mendukung dan membimbing saya untuk menjadi psikiater sejak saya masih menjalani kuliah di Fakultas Kedokteran Universitas Atma Jaya Jakarta. Terima kasih untuk adik ipar saya tercinta yang juga selalu membantu semua usaha saya.

Kepada suami saya tercinta, Paulus Geraldi Satria Susilo dan anak-anak saya tersayang, George Bryan Tristan Susilo dan Gianna Bianca Trisha Susilo terima kasih atas segala pengertian dan cinta kasih yang selalu kalian berikan, keberadaan dan dukungan kalian merupakan penyemangat bagi saya dalam menyelesaikan pendidikan ini.

Terima kasih juga untuk sahabat saya, dr. Yenny Yan Saputra, SpKJ yang telah menjadi teman terbaik selama menjalani pendidikan dokter spesialis, juga teman-teman seangkatan lainnya, dr. Natalia Dewi, SpKJ, dr. Fransiska Irma, dr. Frilya Rachma Putri, dr. Rudy Wijono, dr. Dian Vietara, dr. Arma Diani, keberadaan dan semangat kebersamaan dari kalian menjadi motivasi bagi saya dalam melakukan penelitian dan menyelesaikan

Saya menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna. Karena itu, saya sangat menghargai setiap kritik dan saran atas penelitian ini. Akhir kata, saya

berharap penelitian ini dapat bermanfaat untuk penatalaksanaan skizofrenia di Indonesia. Pada kesempatan ini pula saya mohon maaf atas segala kesalahan dan kekhilafan yang mungkin terjadi selama saya menjalani pendidikan ini. Semoga Allah Bapa di Surga membalas semua kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada saya sampai saat selesainya pendidikan ini dan semoga saya dapat mengamalkan ilmu yang telah saya peroleh sebaik-baiknya demi semakin kemuliaan nama Allah di dunia.

Jakarta, Juni 2012

  
Monika Joy Reverger

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMISI**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Monika Joy Reverger  
NPM : 0706311491  
Program Studi : Kedokteran  
Departemen : Ilmu Kedokteran Jiwa  
Fakultas : Kedokteran  
Jenis karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak **Bebas Royalti Noneklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Perbandingan Performa Fungsi Pasien Skizofrenia Yang Mendapat Terapi Tunggal dengan Terapi Kombinasi Antipsikotika di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (Periode Desember 2011 – Mei 2012)

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 24 Juni 2012

Yang menyatakan



(Monika Joy Reverger)



## ABSTRAK

Nama : Monika Joy Reverger  
Program Studi : Ilmu Kedokteran Jiwa  
Judul : Perbandingan Performa Fungsi Pasien Skizofrenia Yang Mendapat Terapi Tunggal dengan Terapi Kombinasi Antipsikotika di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo ( Periode Desember 2011 – Mei 2012)

**Latar Belakang :** Tujuan terapi skizofrenia saat ini adalah untuk mengembalikan fungsi pasien kepada fungsi sebelum menderita skizofrenia atau paling tidak mendekati fungsi sebelum menderita skizofrenia. Pengobatan skizofrenia dengan antipsikotika saat ini dianjurkan dengan pemberian tunggal, namun akhir-akhir ini terjadi peningkatan pemberian antipsikotika secara kombinasi baik di Indonesia maupun di dunia. Pemberian antipsikotika secara kombinasi diperkirakan pada akhirnya mempengaruhi performa fungsi pasien skizofrenia. Penilaian performa fungsi pasien dapat dilakukan melalui penilaian dengan *Personal and Social Performance Scale* (PSP).

**Tujuan :** Menilai performa fungsi pasien skizofrenia dengan terapi tunggal dan kombinasi antipsikotika, serta membandingkan performa fungsi di antara kedua kelompok tersebut.

**Metode:** Dua ratus lima pasien dengan diagnosis skizofrenia berusia 18-59 tahun yang berobat jalan didampingi keluarga/*care giver* di Poliklinik Jiwa Dewasa RSCM pada Desember 2011 sampai Mei 2012, pria maupun wanita, tanpa membedakan jenis skizofrenianya, disertakan dalam penelitian dengan *simple random sampling*, dan dikelompokkan menjadi dua menurut jumlah antipsikotika yang diterima, tunggal dan kombinasi. Dilakukan pengumpulan data dan penilaian pasien menurut *Personal and Social Performance Scale* (PSP) yang sudah divalidasi kedalam bahasa Indonesia. Hipotesis penelitian adalah performa fungsi pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal antipsikotika lebih baik dibandingkan yang mendapatkan terapi kombinasi antipsikotika. Dilakukan analisis non parametrik untuk membandingkan nilai PSP antara kedua kelompok tersebut, serta analisis multivariat untuk mengetahui faktor yang paling berperan terhadap performa fungsi pasien.

**Hasil :** Hasil analisis non parametrik dengan uji *Mann-Whitney* memberikan hasil  $p < 0.005$ , yang artinya performa fungsi pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal lebih baik daripada yang mendapatkan terapi kombinasi. Hasil analisis multivariat menunjukkan faktor yang paling bermakna dalam memberikan performa fungsi yang baik adalah tingkat pendidikan pasien, apabila dibandingkan dengan faktor lainnya. Performa fungsi menjadi salah satu faktor dalam menentukan pemilihan antipsikotika. Dalam penelitian ini tidak dianalisis hubungan antara awitan, lama penyakit, jenis skizofrenia, frekuensi kekambuhan, serta faktor sosial ekonomi pasien terhadap baik atau buruknya performa fungsi.

**Kesimpulan :** Performa fungsi pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal antipsikotika lebih baik daripada yang mendapatkan terapi kombinasi antipsikotika.

**Kata kunci :** Performa fungsi, *Personal and Social Performance*, terapi tunggal antipsikotika, terapi kombinasi antipsikotika.



## ABSTRACT

Name : Monika Joy Reverger  
Study Program : Psychiatry  
Judul : Perbandingan Performa Fungsi Pasien Skizofrenia Yang Mendapat Terapi Tunggal dengan Terapi Kombinasi Antipsikotika di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo ( Periode Desember 2011 – Mei 2012)

**Background :** *The goal of therapy for schizophrenia nowadays is to restore patient's function to their premorbid level, or at least near that original capability. Single drug therapy, or monotherapy for schizophrenia is recommended, but there are evidences that the use of combination therapy with antipsychotic or polypharmacy is frequent, this is true in Indonesia and also in the rest of the world. The use of the combination therapy is believed to affect performance and function of the patients. Measurement of performance and function can be done with the Personal and Social Performance Scale (PSP), for the clinical assessment.*

**Objectives :** *To assess the functioning performance in patients with schizophrenia who have been given monotherapy and polypharmacy of antipsychotics, followed by a comparison analysis between both groups.*

**Method:** *Two hundred and five patients who have been diagnosed with schizophrenia between the ages of 18-59 years and accompanied by a family member or their caregivers coming to the Poliklinik Jiwa Dewasa RSCM in December 2011 to April 2012, were assessed. Both male and female patients were studied and no differentiation of schizophrenia type was done in this study. Simple random sampling was used and they were then listed in two groups, one group receiving single drug and the other getting combination therapy. Data collection conducted by researcher and the assessment is according to the protocol of the Personal and Social Performance Scale (PSP), Indonesian validated translation. Research hypothesis is that the performance of the functions of patients with schizophrenia who received single therapy is better compared to those receiving combination antipsychotic therapy. Non-parametric analysis was performed to compare values between groups, as well as multivariate analysis to determine the factors that most contribute to the performance of the functions of the patient.*

**Results :** *The result of non-parametric analysis with Mann-Whitney test is  $p < 0.005$ , which means that the performance of the functions of patients with schizophrenia who received single therapy was better than the group who received combination therapy. The results of multivariate analysis showed that the most significant factor in delivering good performance is the educational level of the patients, when compared with other factors.*

**Conclusions :** *Performance of the functions of patients with schizophrenia who received single therapy antipsychotics was found to be better than the group who were given combination antipsychotic therapy.*

**Keywords:** *Performance of functions, Personal and Social Performance, antipsychotics monotherapy, combination therapy*

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.... Error! Bookmark not defined.	
HALAMAN PENGESAHAN ..... Error! Bookmark not defined.	
KATA PENGANTAR .....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMISI.....	viii
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT .....	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL, GRAFIK DAN GAMBAR.....	xiv
<b>BAB 1.PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Rumusan Masalah .....	4
1.3 Hipotesis .....	5
1.4 Tujuan.....	5
1.4.1 Tujuan umum.....	5
1.4.2 Tujuan khusus.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.5.1 Bidang pendidikan.....	5
1.5.2 Bidang penelitian.....	5
1.5.3 Bidang pelayanan kesehatan.....	5
<b>BAB 2.TINJAUAN KEPUSTAKAAN.....</b>	<b>6</b>
2.1 Skizofrenia.....	6
2.2 Penatalaksanaan Skizofrenia .....	6
2.2.1 Antipsikotika Tipikal.....	6
2.2.2 Antipsikotika Atipikal .....	7
2.3 Terapi tunggal dan terapi Kombinasi sebagai tatalaksana pada Skizofrenia .....	9
2.4 Konsep Performa Fungsi pada Skizofrenia .....	10
2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi Performa Fungsi pada Skizofrenia .....	11
2.6 Pengukuran Performa Fungsi Pasien Skizofrenia .....	13
2.7 <i>Personal and Social Performance Scale (PSP)</i> .....	14
2.6.1. Ranah penilaian & komponennya .....	15
2.6.2. Menilai keparahan hendaya pada keempat ranah .....	16
2.6.3 Interval penilaian skala PSP .....	17
2.8 Kerangka Teori .....	19
2.9 Kerangka Konsep .....	20
<b>BAB 3.METODE .....</b>	<b>21</b>
3.1 Desain penelitian .....	21
3.2 Tempat dan waktu penelitian.....	21
3.3 Populasi dan sampel penelitian .....	21

3.4 Cara Pengambilan Sampel.....	21
3.5 Besar sampel.....	21
3.6 Kriteria.....	22
3.6.1 Kriteria inklusi.....	22
3.6.2 Kriteria eksklusi.....	22
3.7 Alur Penelitian.....	23
3.8 Cara Kerja.....	23
3.9 Perangkat Kerja .....	24
3.10 Pengolahan dan Analisis Data .....	24
3.11 Masalah Etik.....	25
3.12 Definisi Operasional.....	25
<b>BAB 4.HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>28</b>
4.1 Analisis Data .....	28
4.2 Analisis Terhadap Faktor-faktor yang Mempengaruhi Performa Fungsi.....	32
<b>BAB V.PEMBAHASAN.....</b>	<b>35</b>
<b>BAB VI.SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>43</b>
6.1 Simpulan.....	43
6.2 Saran .....	44
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>45</b>
<b>Lampiran I.Jadwal Pelaksanaan Penelitian .....</b>	<b>50</b>
<b>Lampiran II.Anggaran biaya penelitian .....</b>	<b>51</b>
<b>Lampiran III.Lembaran Persetujuan Subyek Penelitian.....</b>	<b>52</b>
<b>Lampiran IV.Lembar Informasi Untuk Subyek Penelitian .....</b>	<b>53</b>
<b>Lampiran V.Formulir Data Demografis Pasien .....</b>	<b>55</b>
<b>Lampiran VI.Wawancara Terstruktur Untuk <i>Personal &amp; Social Performance Scale</i> (WT PSP) (Pasien/Pengasuh) .....</b>	<b>56</b>
<b>Lampiran VII.MENILAI SKALA PSP: SUATU PROSES 3 TAHAP .....</b>	<b>60</b>
<b>Lampiran VIII.Data Demografi Tambahan .....</b>	<b>63</b>

## DAFTAR TABEL, GRAFIK DAN GAMBAR

<b>Tabel 4.1. Rerata nilai PSP Pada Masing-masing Kelompok Terapi.....</b>	<b>28</b>
<b>Tabel 4.2. Hasil Uji Mann-Whitney .....</b>	<b>28</b>
<b>Tabel 4.3. Karakteristik Umum Responden .....</b>	<b>29</b>
<b>Tabel 4.4. Rerata Usia, Awitan, Frekuensi Kekambuhan dan Usia Awal Menderita Skizofrenia.....</b>	<b>30</b>
<b>Tabel 4.5. Hubungan Faktor-Faktor Risiko terhadap Performa Fungsional ..</b>	<b>33</b>
<b>Tabel 4.6. Analisis Multivariat .....</b>	<b>34</b>
<b>Tabel 4.7. Hasil Regresi Logistik.....</b>	<b>34</b>
<b>Grafik 4.1. Sebaran Nilai PSP pada Kelompok dengan Terapi Tunggal Antipsikotika.....</b>	<b>31</b>
<b>Grafik 4.2. Sebaran Nilai PSP pada Kelompok dengan Terapi Kombinasi Antipsikotika.....</b>	<b>31</b>
<b>Gambar <i>Box Plot</i> perbedaan skor PSP .....</b>	<b>32</b>

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1.Latar Belakang

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa kronik, berat, pervasif, yang ditandai dengan adanya halusinasi, waham, gangguan penilaian realitas. Skizofrenia menyebabkan disabilitas serta mempengaruhi kesehatan seutuhnya, fungsi otonomi, kesejahteraan dan kepuasan terhadap kehidupan. Sampai dengan saat ini, skizofrenia dikenal sebagai penyakit kronik yang berlangsung seumur hidup dengan harapan yang minimal untuk sembuh. Pada awalnya tujuan terapi adalah untuk mengendalikan gejala positif dan negatif pada penderita skizofrenia. Setelah hal ini tercapai maka tujuan pengobatan selanjutnya adalah untuk mengembalikan fungsi pasien kepada fungsi sebelum menderita skizofrenia atau paling tidak mendekati fungsi sebelum menderita skizofrenia. Oleh karena itu, pada tahun-tahun terakhir ini, tujuan terapi pasien skizofrenia adalah mengoptimalkan fungsi kehidupan pasien skizofrenia yang telah remisi baik total maupun parsial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah 50 tahun dilakukan penelitian terhadap pasien skizofrenia yang telah menjalani terapi baik farmakologik dan psikososial, skizofrenia masih menjadi penyebab disabilitas yang teratas di dunia.<sup>1</sup>

*American Psychiatric Association* (APA) menyatakan bahwa perjalanan penyakit skizofrenia terdiri dari tiga fase yang satu sama lain dapat terjadi secara bersamaan. Fase pertama adalah fase akut yang ditandai oleh munculnya gejala positif dan negatif, kemudian diikuti oleh fase stabilisasi yang ditandai oleh meredanya gejala, dan selanjutnya fase stabil yang ditandai oleh berkurangnya keparahan gejala dan stabilisasi. Sebagian besar pasien dapat mengalami peralihan berulang kali dari fase akut ke fase stabil diselingi oleh remisi total atau parsial dalam perjalanan penyakitnya.<sup>2,3</sup>

Prevalensi penderita skizofrenia di dunia adalah sekitar 1% dari populasi. Di Indonesia, penelitian yang dilakukan oleh Direktorat Kesehatan Jiwa

menunjukkan prevalensi sebesar 1,75%. (survei kesehatan jiwa Indonesia. Direktorat Kesehatan Jiwa Indonesia, 2007) .*Shepherd* (1989) menyatakan bahwa pasien dengan skizofrenia memiliki keluaran yang paling jelek dibandingkan gangguan psikotik lainnya. Sebanyak 22% pasien skizofrenia mengalami remisi tanpa relaps, 35% mengalami pengulangan episode dan sisanya tidak pernah mengalami remisi selama pengamatan lima tahun. Akhir-akhir ini, para ahli telah merumuskan definisi operasional remisi pada skizofrenia dan saat ini timbul gagasan untuk menghubungkan keadaan remisi ini dengan meningkatnya fungsi pada pasien skizofrenia. Dengan semua usaha ini diharapkan strategi terapi untuk mengoptimalkan fungsi pasien skizofrenia lebih tepat sasaran. Pada awalnya, pengobatan skizofrenia terutama ditujukan untuk mengatasi psikopatologi, terutama mengatasi gejala positif dan negatif. Saat ini fenomena terapi pasien skizofrenia telah bergeser dan hasil yang diharapkan adalah perbaikan performa dan fungsi kognitif, kestabilan emosional, peningkatan kualitas hidup, dan pada akhirnya meningkatkan performa fungsi psikososial. Keseluruhan hal ini menentukan terapi pasien skizofrenia<sup>1,2,3</sup>.

Terapi skizofrenia dengan antipsikotika dianjurkan hanya menggunakan satu jenis obat antipsikotika saja (terapi tunggal). Tujuan penggunaan terapi tunggal adalah untuk mengetahui kemampuan sebuah antipsikotika dalam mengatasi gejala skizofrenia. Selain itu juga agar profil efek samping dapat dengan jelas diketahui dan diatasi dengan tepat, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kepatuhan pasien skizofrenia. Efek samping adalah salah satu hal yang dapat menghambat pengobatan pada pasien skizofrenia, sehingga hal ini menghambat terjadinya remisi dan menurunkan performa fungsi pada pasien. Akhir-akhir ini, di berbagai negara ditemukan kecenderungan peresepan antipsikotika secara kombinasi yang disebabkan kurangnya kesuksesan sebuah antipsikotika dalam mengatasi gejala pada pasien skizofrenia. Antipsikotika yang digunakan dapat meliputi antipsikotika tipikal yang digunakan bersama dengan antipsikotik tipikal lainnya atau yang digunakan bersama dengan antipsikotika atipikal. Di Amerika Serikat dilaporkan 10-30% psikiater klinis menggunakan terapi kombinasi dalam



praktik mereka dan terdapat peningkatan kecenderungan penggunaan polifarmasi. Di Poliklinik Jiwa Dewasa RSCM, selama bulan Maret 2011, tercatat 253 orang pasien rawat jalan dengan diagnosis skizofrenia, 95 orang di antaranya (37%) mendapatkan terapi dengan antipsikotika kombinasi. Penelitian yang dilakukan oleh Khalimah pada tahun 2009 menunjukkan 68% pasien yang datang ke instalasi gawat darurat Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor, mendapatkan antipsikotika secara kombinasi dalam mengatasi kegelisahan motorik.<sup>4,5,6</sup>

Pemberian antipsikotika secara kombinasi menghasilkan beberapa efek yang dapat terkait dengan cara kerja obat maupun interaksi obat, yang pada akhirnya berpengaruh terhadap kapasitas dan performa fungsi pasien. Citrome, dkk (2004) melaporkan bahwa pemberian antipsikotika kombinasi, meningkatkan risiko terjadinya efek samping metabolik dan kardiovaskuler dibandingkan dengan pemberian terapi tunggal, hal ini mengakibatkan muncul hendaya dan keterbatasan pasien dalam melakukan aktivitas hariannya. Correl, dkk (2007) juga melaporkan bahwa terdapat efek dari pemberian terapi kombinasi yang mempengaruhi keseharian pasien, yaitu penambahan berat badan. Efek yang muncul ini pada akhirnya dapat mempengaruhi performa fungsi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Pemberian terapi tunggal juga dilaporkan memberikan jangka waktu pengobatan yang lebih singkat dibandingkan dengan pemberian terapi secara kombinasi. Fran L (2007) menyatakan pasien dengan terapi tunggal lebih cepat mengalami remisi dan kembali mendekati fungsi semula dibandingkan dengan yang mendapatkan terapi kombinasi. Susan M (2011) menyatakan bahwa duapertiga pasien yang mengalami perubahan modalitas terapi dari terapi kombinasi ke terapi tunggal selama perawatannya tidak menunjukkan gambaran perubahan gejala jika dibandingkan pada saat masih mendapatkan terapi kombinasi.<sup>7,8</sup>

Alat ukur yang dapat digunakan untuk menilai performa fungsi pada pasien skizofrenia adalah *Personal and Social Performance Scale* (Skala PSP) yang mampu mengukur tingkat performa fungsi sosial dan personal yang merupakan

bagian dari kualitas hidup. Pengetahuan mengenai skala performa fungsi sosial dan personal tersebut maka dapat memberi manfaat secara klinis dalam merencanakan berbagai tindakan antisipatif untuk penatalaksanaan terapi yang lebih terarah dan tepat sasaran, yang bertujuan semakin optimalnya kualitas hidup pasien skizofrenia. Penilaian terhadap skala PSP dapat dilakukan pada pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal maupun terapi kombinasi agar dapat diketahui perbedaan fungsi antara pasien dengan kedua jenis terapi tersebut, dan pada akhirnya dapat membantu klinisi memutuskan pengobatan yang tepat pada pasien skizofrenia. Alat ukur PSP sendiri telah divalidasi dalam bahasa Indonesia dan dapat digunakan untuk kepentingan klinis.<sup>3,9</sup>

Saat ini belum ada penelitian yang menilai performa fungsi pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal dibandingkan dengan yang mendapat terapi kombinasi.

## **1.2. Identifikasi Rumusan Masalah**

Berdasarkan pada latar belakang di atas dapat diidentifikasi beberapa masalah penelitian yang menjadi dasar untuk melakukan penelitian ini sebagai berikut:

- a. Prevalensi skizofrenia di dalam masyarakat Indonesia masih cukup tinggi dan pada akhirnya berpengaruh pada kualitas hidup dan performa fungsi pasien skizofrenia.
- b. Pemberian antipsikotika secara kombinasi saat ini cukup sering ditemukan, walaupun pemberian terapi antipsikotika yang dianjurkan adalah dengan menggunakan terapi antipsikotika secara tunggal.

Atas dasar hal tersebut di atas, dapat dirumuskan masalah penelitian yang disusun dalam bentuk pertanyaan penelitian sebagai berikut:

Apakah terdapat perbedaan performa fungsi antara pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal bila dibandingkan dengan yang mendapatkan terapi kombinasi?

### **1.3 Hipotesis**

- 1.3.1 Performa fungsi pasien dengan skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal lebih baik dibandingkan dengan yang mendapatkan terapi kombinasi antipsikotika.

### **1.4 Tujuan**

#### **1.4.1 Tujuan umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui performa fungsi pasien dengan skizofrenia

#### **1.4.2 Tujuan khusus**

- 1.4.2.1 Mendapatkan gambaran performa fungsi pasien dengan skizofrenia dengan terapi tunggal antipsikotika
- 1.4.2.2 Mendapatkan gambaran performa fungsi pasien dengan skizofrenia dengan terapi kombinasi antipsikotika
- 1.4.2.3 Membandingkan performa fungsi pasien dengan skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal dengan terapi kombinasi antipsikotika.

### **1.5 Manfaat Penelitian**

#### **1.5.1 Bidang pendidikan**

Dengan penelitian ini diharapkan dapat diperoleh informasi tentang dampak pemberian antipsikotika secara tunggal maupun secara kombinasi.

#### **1.5.2 Bidang penelitian**

Memberikan masukan bagi penelitian lebih lanjut dalam bidang skizofrenia pada umumnya dan dalam hal terapi pasien skizofrenia pada khususnya.

#### **1.5.3 Bidang pelayanan kesehatan**

Dengan mengetahui perbedaan performa fungsi antara pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal dibandingkan dengan yang mendapatkan terapi kombinasi, klinisi dapat mempertimbangkan strategi pemberian antipsikotika secara tepat guna.

## BAB 2

### TINJAUAN KEPUSTAKAAN

#### 2.1 Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang diderita oleh 1% dari populasi. Skizofrenia adalah gangguan kronik dengan gejala yang beraneka ragam, bervariasi dalam hasil akhir dan respons terhadap terapi. Perjalanan penyakit skizofrenia biasa diawali dengan episode psikotik akut yang membutuhkan perawatan. Gejala pada skizofrenia terdiri dari gejala positif (waham, halusinasi, disorganisasi pikir, agitasi dan permusuhan) serta gejala negatif (afek tumpul, penarikan emosional, kurangnya spontanitas dan kemiskinan isi pikir). Gangguan ini mengakibatkan dampak yang mendalam dan berpengaruh pada banyak bidang kehidupan dan pada akhirnya mempengaruhi kualitas hidup pasien. Bagi pasien skizofrenia dan keluarganya, perjalanan penyakit yang kronik dan sering kambuh ini menjadi beban yang berlipat ganda. Mereka harus berjuang menghadapi gejala psikopatologi yang berat seperti halusinasi, waham, pendataran emosi dan penurunan semangat. Semua hal tersebut dapat memperburuk fungsi perawatan diri, sosial dan pekerjaan penderita skizofrenia. Awitan skizofrenia biasanya pada remaja akhir atau pada dewasa muda, dengan prevalensi pada pria lebih banyak dibandingkan pada wanita.<sup>1,2,4</sup>

#### 2.2 Penatalaksanaan Skizofrenia

Sejak tahun 1950, pengobatan berpusat pada pemberian antipsikotika yang mengurangi gejala hingga 70%-80%. Golongan antipsikotika dibagi menjadi antipsikotika tipikal dan antipsikotika atipikal.<sup>4,5</sup>

##### 2.2.1 Antipsikotika Tipikal<sup>5,7</sup>

Disebut juga *Dopamine Receptor Antagonist*. Terdiri dari Fenotiazine, Butirofenon (haloperidol), tioxanten, dibenzoxazepin, dihidroindol, difenilbutilpiperidin. Jenis yang paling sering digunakan dalam praktek klinis adalah haloperidol. Antipsikotika atipikal memberikan gejala sindroma ekstrapiramidal ditandai dengan distonia, akatisia, bahkan dapat memberikan

efek samping Sindroma Neuroleptik Maligna yang sangat berbahaya dengan gejala seperti hipertermia, rigiditas dan distonia, akinesia, mutisme, kebingungan, agitasi, peningkatan tekanan darah hingga kolaps kardiovaskuler. Juga dilaporkan gangguan fungsi endokrin, yaitu peningkatan sekresi prolaktin (pembesaran payudara, galaktore, amenore, gangguan orgasme pada wanita, impotensi pada pria)

### **2.2.2 Antipsikotika Atipikal**<sup>5,7</sup>

Disebut juga Serotonine Dopamine Antagonist. Antipsikotika atipikal saat ini telah menjadi pilihan utama dalam terapi skizofrenia dan secara bertahap menggantikan antipsikotika tipikal. Mekanisme kerjanya adalah berafinitas terhadap “*Dopamine D2 Receptors*” dan “*Serotonin 5 HT2 Receptors*” (*Serotonin-dopamine antagonists*) dan memiliki efek menurunkan gejala ekstrapiramidal (EPS) dan efektif mengatasi simptom negatif. Perbedaan antipsikotika tipikal dan atipikal adalah antipsikotika tipikal hanya memblok reseptor D2 sedangkan antipsikotika atipikal memblok secara bersamaan reseptor serotonin ( 5HT2 ) & reseptor dopamin ( D2 . Antipsikotika atipikal menyebabkan EPS jauh lebih kecil, umumnya pada dosis terapi jarang terjadi EPS, serta dapat mengurangi gejala negatif, afektif dan kognitif skizofrenia. Antipsikotika atipikal terbagi menjadi :

#### **2.2.2.1 Risperidone**

Merupakan obat antipsikotik turunan benzisoxazole. Hasil penelitian menunjukkan bahwa risperidone merupakan antipsikotik yang efektif dengan efek samping sindroma ekstrapiramidal minimal dibandingkan antipsikotik konvensional potensi tinggi (eg. Haloperidol). Risperidone lebih baik untuk mengatasi gejala negatif pada skizofrenia daripada haloperidol. Pada saat ini risperidone tersedia dalam bentuk tablet maupun cairan untuk pemberian peroral dan depot jangka lama. Suatu penelitian tersamar ganda mengindikasikan bahwa terapi risperidone yang mengakibatkan gejala ekstrapiramidal sangat tergantung pada peningkatan dosis, walaupun pada umumnya penderita yang diterapi dengan dosis yang dianjurkan 6 mg/hari tidak mengeluhkan gejala ekstrapiramidal.

Reaksi distonik pada pasien yang mendapatkan risperidone juga ditemukan. Risperidone juga secara hipotesa meningkatkan konsentrasi prolaktin, sebagai suatu efek langsung obat dengan aktivitas D2. Hal ini memungkinkan terjadinya galaktore dan gangguan menstruasi pada wanita, juga disfungsi seksual pada pria. Efek samping lainnya yang biasa terjadi adalah konstipasi, takikardia, dan peningkatan berat badan. Risperidone memiliki resiko yang rendah untuk terjadinya sindroma neuroleptik maligna.

#### 2.2.2.2 Olanzapine

Olanzapine merupakan obat yang aman dan efektif untuk pengobatan skizofrenia, termasuk gejala positif & negatif, lebih baik dari haloperidol untuk gejala negatif. Olanzapine juga dilaporkan efektif untuk mengobati kegelisahan akut pada skizofrenia. Berpotensi untuk mengobati pasien yang mengalami relaps. Efek samping yang sering terjadi pada penggunaan olanzapine adalah mengantuk, hipotensi ortostatik, konstipasi serta bertambahnya berat badan. Sedangkan efek samping yang lebih jarang terjadi adalah reaksi distonia akut, asthenia, akatisia, sindroma neuroleptik maligna, gejala ekstrapiramidal, kejang-kejang. Olanzapine memiliki efek meningkatkan berat badan dan meningkatkan kadar trigliserida rata-rata dibandingkan dengan antipsikotika lainnya.

#### 2.2.2.3 Quetiapine

Quetiapine merupakan antagonis reseptor D2, 5-HT<sub>2</sub>, 5-HT<sub>6</sub>, D1, H1,  $\alpha$ 1- $\alpha$ 2-, memiliki efek antipsikotika yg kuat dan baik mengatasi gejala negatif tanpa menimbulkan efek samping ekstrapiramidal yang berarti (karena adanya aktivitas agonis parsial pada reseptor 5HT<sub>1A</sub>). Studi pada manusia menunjukkan minimalnya efek ekstra piramidal. Quetiapine efektif untuk skizofrenia akut dengan eksaserbasi akut dan skizoafektif. Efek samping yang sering terjadi adalah somnolen, hipotensi postural, serta rasa pusing. Peningkatan prolaktin dan gangguan metabolisme jarang dilaporkan pada pasien.

#### 2.2.2.4 Aripiprazole

Aripiprazole merupakan agonis partial dopamin. Sampai saat ini mekanisme kerjanya belum jelas. Aripiprazole efektif untuk gejala negatif dan neurokognitif, dengan profil efek samping yang lebih rendah. Aripiprazole tidak mengakibatkan hipodopaminergik berat di area striatal sehingga tidak menyebabkan gejala ekstrapiramidal. Juga tidak mengakibatkan hiperprolaktinemia dan peningkatan berat badan pada pasien.

#### 2.2.2.5 Clozapine

Clozapine merupakan antipsikotika lini kedua, yang digunakan apabila obat lini pertama tidak efektif dalam mengatasi gejala skizofrenia atau lebih dikenal sebagai resisten terhadap pengobatan. Clozapine dikenal sebagai antipsikotika yang efektif dalam mengatasi gejala negatif dan positif skizofrenia dengan sedikit mempengaruhi kognitif pasien skizofrenia. Pasien yang mendapatkan clozapine perlu dimonitor secara ketat karena efek samping agranulositosis yang serius. Efek samping lainnya yang perlu diwaspadai adalah gangguan usus, kejang, miokarditis dan diabetes. Masalah yang dapat muncul juga adalah sialorea dan peningkatan berat badan yang dapat mempengaruhi kepatuhan pengobatan.

Saat ini, pemberian terapi antipsikotik tidak hanya semata-mata mengatasi gejala positif dan negatif saja, namun kualitas hidup dan performa fungsi pasien menjadi target terapi yang utama.<sup>3,4</sup>

### 2.3 Terapi tunggal dan terapi Kombinasi sebagai tatalaksana pada Skizofrenia

Penggunaan antipsikotika secara tunggal merupakan rekomendasi yang pertama dan menjadi modalitas utama dalam pengobatan pasien skizofrenia. Terapi tunggal dapat membantu klinisi menilai respons pengobatan, dan membantu pasien untuk mengingat respons terhadap masing-masing pengobatan, menurunkan risiko efek samping obat dan memudahkan mengontrol gejala di masa depan.

Adanya ketidakberhasilan pengobatan pasien skizofrenia dengan terapi tunggal mengakibatkan munculnya pemberian antipsikotika secara kombinasi. Pada dasarnya terdapat beberapa tujuan utama dari terapi kombinasi pada pasien skizofrenia, yaitu (1) meningkatkan efektivitas antipsikotika dan hasil pengobatan pada pasien yang resisten terhadap pengobatan, (2) memperkuat potensi efek antipsikotika melalui modifikasi pada profil reseptor, serta (3) mengurangi resiko efek samping pada kombinasi tertentu. Terapi kombinasi yang digunakan oleh pasien skizofrenia dapat berupa penggunaan antipsikotika tipikal dan atipikal, kombinasi anti psikotik tipikal dan atipikal, serta anti psikotik atipikal dengan atipikal.<sup>4,5</sup>

Sampai saat ini, belum ada dasar ilmiah yang mendukung pengobatan skizofrenia dengan terapi kombinasi walaupun hal ini sudah ditemukan secara luas dalam praktik klinis. Alasan yang dikemukakan dalam penggunaan terapi kombinasi antara lain untuk meningkatkan efektivitas pengobatan pada pasien dengan gejala psikotik yang refrakter, adanya gejala mood maupun gejala perilaku yang menyertainya. Hingga kini belum banyak kepustakaan yang menunjukkan keuntungan dalam penggunaan antipsikotika secara kombinasi dibandingkan dengan terapi tunggal, dan rasionalitasnya hanya berdasarkan teori, dimana terdapat perbedaan pada pengikatan reseptor sehingga dapat saling memperkuat pada efek obat tersebut. Adanya peningkatan efek samping obat pada terapi kombinasi mengakibatkan penggunaan terapi tunggal hingga saat ini masih lebih dianjurkan.<sup>5,8</sup>

#### **2.4 Konsep Performa Fungsi pada Skizofrenia**

Menurut *Consensus Conference of Schizophrenia*, terdapat beberapa komponen dalam menilai efektivitas klinis dalam kehidupan sehari-hari, yaitu (1) berkurangnya gejala, dalam hal ini gejala positif dan negatif, (2) dampak dari pengobatan, (3) dampak penyakit terhadap pasien, keluarga, pekarya kesehatan dan sistem kesehatan, serta (4) kesehatan dan kesejahteraan, seperti fungsi sosial, kesehatan fisik dan kehidupan sehari-hari.<sup>9,10</sup>

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, perkembangan pengobatan pada skizofrenia tidak hanya menjadikan pasien terbebas dari gejala utama skizofrenia, namun saat ini juga membantu pasien untuk lebih dapat mengembangkan performa



fungsi yang lebih luas. Performa fungsi psikososial merupakan salah satu tolok ukur dalam keberhasilan terapi pasien skizofrenia, Hal ini terdiri atas kemampuan untuk berperan dalam lingkungan keluarga, sosial atau pekerjaan, kemampuan menilai diri sendiri, serta aktivitas hidupnya sehari-hari.<sup>11,12</sup>

Performa fungsi meliputi perawatan diri sehari-hari (mandi, makan, keramas, menyikat gigi, berganti pakaian serta kemampuan pasien untuk minum obat), aktivitas yang berguna secara sosial (bekerja atau bersekolah, berperan dalam aktivitas kelompok serta melakukan pekerjaan rumah tangga), hubungan personal dan sosial baik dengan keluarga maupun dengan pendukung terapi, serta adanya perilaku mengganggu dan agresif (bicara terlalu keras, menyumpah, mengancam melukai diri sendiri dan orang lain, merusak benda-benda, terlibat dalam perkelahian serta perilaku sosial yang tidak pantas). Performa fungsi pada pasien skizofrenia dipengaruhi oleh perjalanan penyakit itu sendiri, gejala penyakit yang tersisa, dukungan dari lingkungan sosial serta pengobatan yang diterima oleh pasien. Pemahaman tentang performa fungsi sangat diperlukan agar klinisi dapat mempertimbangkan pengobatan yang tepat dalam meningkatkan performa fungsi pasien.<sup>4,8,10,11</sup>

## **2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi Performa Fungsi pada Skizofrenia**

Performa fungsi pada pasien skizofrenia dipengaruhi oleh beberapa hal. Awitan penyakit yang dini dapat menyebabkan menurunnya performa fungsi pada pasien di kemudian hari. Gobbl, dkk (1987) juga menuliskan bahwa jenis skizofrenia sangat mempengaruhi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas dan kegiatannya sehari-hari. Skizofrenia hebefrenik memberikan gambaran performa fungsi yang terburuk dibandingkan dengan skizofrenia lainnya. Pengalaman pribadi individu terhadap gejala juga memiliki peran dalam mempengaruhi performa fungsi. Gejala skizofrenia sangat mempengaruhi hubungan sosial seseorang dan adanya gejala dapat menurunkan kualitas serta kepuasan terhadap kehidupan. Menurut Meehl (1962), gejala anhedonia sangat mempengaruhi performa fungsi pasien, juga kecemasan terhadap hubungan sosial dapat menurunkan performa fungsi pada

pasien. Jaramillo (2009) mengatakan bahwa gejala negatif yang dialami oleh pasien skizofrenia dapat mengakibatkan penurunan kemampuan dalam berfungsi dengan baik dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Green (2000), adanya kemunduran dalam fungsi kognitif dapat juga menurunkan fungsi kognitif pasien, dan performa fungsi pasien juga bergantung pada tingkat pendidikan atau kognitif dasar. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Margaret (2007), yang menemukan bahwa fungsi kognitif yang baik dapat menjadi faktor proteksi terhadap performa fungsi pasien. Berkaitan dengan hal ini, tingkat pekerjaan yang dimiliki oleh pasien sebelumnya juga dapat membantu pasien kembali ke performa fungsi sebelumnya atau paling tidak mendekati performa fungsi sebelum gangguan dimula. Packer, dkk (1997), juga menyatakan bahwa tingkat keparahan gejala pasien sangat menentukan performa fungsi pasien di masa yang akan datang. Adanya gejala depresi pada akhirnya akan mempengaruhi fungsi psikososial pasien, kesanggupan sosial serta hubungan dengan orang lain. Van Os, dkk (1999) menyatakan bahwa 700 pasien skizofrenia yang menunjukkan tanda depresi menunjukkan kemunduran fungsi dalam waktu 2 (dua) tahun pengamatan.<sup>13,14,15</sup>

Pasien dengan jenis kelamin perempuan dilaporkan memiliki faktor proteksi yang lebih baik dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki terhadap performa fungsi baik fungsi sehari-hari maupun fungsi sosial. Lama pasien menderita skizofrenia juga dapat mengakibatkan penurunan performa fungsi dan kemampuan adaptasi, McCall (2001) menyatakan semakin lama seseorang menderita skizofrenia, akan mengurangi kemampuannya dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan kegiatan sosial. Usia juga berpengaruh terhadap performa fungsi pasien skizofrenia. Anak dan remaja penderita skizofrenia cenderung mengalami penurunan performa fungsi yang lebih besar dibandingkan dengan penderita dewasa (Dworkin, dkk 1993). Menurut Pinkhan dan Penn (2003), seringnya kekambuhan dapat mengakibatkan penurunan fungsi sosial dan kemampuan pasien skizofrenia dalam beradaptasi dengan lingkungan. Adanya riwayat gangguan skizofrenia pada keluarga menurut Leam, dkk (2008) juga memperburuk fungsi yang dapat dicapai setelah pengobatan.<sup>14,16</sup>

Terapi yang diberikan juga dapat berpengaruh terhadap performa fungsi pasien skizofrenia baik secara langsung maupun tidak langsung. Tidak semua antipsikotika atipikal memiliki efek yang baik untuk meningkatkan performa fungsi pasien, namun secara umum lebih baik daripada antipsikotika tipikal karena mempengaruhi perbaikan gejala negatif lebih besar. Berkaitan dengan pengobatan, profil efek samping yang dialami oleh pasien dapat juga mengakibatkan berkurangnya kepatuhan pasien pada pengobatan dan pada akhirnya dapat berpengaruh terhadap performa fungsi pasien yang dapat menurun bila komplians pasien tidak baik. Jumlah antipsikotika yang diberikan pada pasien juga memiliki peran, dimana banyaknya jenis antipsikotika yang diterima pasien pada akhirnya dapat memberikan interaksi obat dan profil efek samping yang berpengaruh terhadap fungsi pasien sehari-hari. Young, dkk (1998) mengatakan bahwa keteraturan meminum obat dan datang ke pelayanan kesehatan untuk kontrol rutin dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien skizofrenia. Meyer (2004) menyatakan bahwa terapi psikososial dilaporkan juga membantu meningkatkan performa fungsi pada pasien dan berkaitan dengan hal ini, rehabilitasi yang sesegera mungkin, serta dukungan dari lingkungan dapat membantu meningkatkan performa fungsi pada pasien skizofrenia.<sup>13,17,18,19,20</sup>

## 2.6 Pengukuran Performa Fungsi Pasien Skizofrenia

Penilaian performa fungsi pasien skizofrenia dapat dilakukan dengan beberapa cara, yaitu pertama dengan observasi langsung. Hal ini merupakan cara paling baik untuk melihat bagaimana seorang pasien melakukan kegiatan sehari-hari, berinteraksi dalam lingkungan yang alami. Hal ini memiliki kekurangan yaitu waktu yang dibutuhkan untuk mengamati dan mengumpulkan data akan menjadi sangat panjang.

Cara kedua adalah dengan *self-report*. Pasien diminta untuk menilai dan melaporkan tingkat performa fungsi mereka. *Self-report* merupakan cara yang sederhana, mudah dan ekonomis, namun kemampuan pasien dalam menilai diri mereka dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti adanya psikopatologi dalam diri

pasien, yang dapat mempengaruhi *self-report* mereka. Individu normal juga dapat melaporkan dengan lebih baik atau lebih buruk mengenai diri mereka sendiri. Hal ini mengakibatkan *self-report* kadang memberikan gambaran yang kurang sah.

Cara selanjutnya adalah dengan pelaporan dari pengasuh. Cara ini cukup efektif apabila pengasuh tinggal dengan pasien, dan dapat menggambarkan keseharian pasien. Pelaporan dapat juga mengalami kesenjangan terutama bila diberikan oleh pengasuh yang tidak selalu berada bersama pasien, misalnya pasien sedang berada dalam perawatan.<sup>21</sup>

Cara terakhir untuk dapat mengatasi keterbatasan dari cara sebelumnya adalah dengan menggunakan alat ukur. Salah satu alat ukur yang dapat digunakan adalah *Personal and Social Performance Scale* (PSP). Dengan alat ini, klinisi menilai 4 (empat) ranah dari ketidakmampuan dan performa fungsi pasien. Ketidakmampuan pasien untuk melakukan atau mengerjakan suatu aktivitas yang dianggap normal untuk seorang manusia dapat merupakan akibat dari adanya suatu kerusakan/kelemahan organ/sistem organ. Performa fungsional adalah berbagai kemampuan esensial agar seseorang dapat mempertahankan kehidupan yang independen secara sosial.<sup>8,9</sup>

## **2.7 PERSONAL AND SOCIAL PERFORMANCE SCALE (PSP)<sup>8,22</sup>**

*Personal and Social Performance Scale* (PSP) adalah instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur performa fungsi pasien skizofrenia. Instrumen PSP dikembangkan pada tahun 1999 dan dipublikasikan pada tahun 2000 oleh Morosini dkk untuk mengukur fungsi sosial pasien. Instrumen ini telah divalidasi di Indonesia pada tahun 2008 oleh dr. Dharmawan A. Purnama, SpKJ dengan validitas 0,77. Alasan mengembangkan PSP adalah menciptakan alat ukur yang sederhana dapat diisi dengan singkat sehingga dapat digunakan dalam praktek sehari-hari. Skala PSP terdiri dari penilaian terhadap 4 (empat) ranah, yaitu (1) merawat diri dengan 6 komponennya, (2) aktivitas sosial yang berguna dengan 3 komponennya, (3) hubungan personal dan sosial dengan 2 komponennya, serta (4) perilaku agresif dan

mengganggu dengan 5 komponennya. Instrumen PSP terdiri dari 4 ranah dengan 19 butir pertanyaan terstruktur dan penilaiannya sebagai berikut:

- Skor 100-70 menunjukkan hanya ada kesulitan fungsi yang ringan
- Skor 69-31 menunjukkan adanya disabilitas yang bermanifestasi dalam berbagai tingkatan
- Skor yang kurang atau sama dengan skor 30 menunjukkan fungsi pasien sangat buruk dan memerlukan bantuan atau supervisi.

Keempat ranah beserta komponennya dan interval penilaiannya adalah sebagai berikut:

### 2.6.1. Ranah penilaian & komponennya

Ranah penilaian	Komponen
a. Perawatan diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minum obat</li> <li>• Makan</li> <li>• Mandi</li> <li>• Keramas</li> <li>• Menyikat gigi</li> <li>• Mengganti pakaian</li> </ul>
b. Aktivitas yang berguna secara sosial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekerja atau bersekolah</li> <li>• Bekerja sebagai relawan atau mengikuti aktivitas kelompok</li> <li>• Melakukan pekerjaan rumah tangga</li> </ul>
c. Hubungan personal dan sosial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hubungan dengan pasangan, keluarga dan/atau teman-teman.</li> <li>• Sistem pendukung di luar terapi</li> </ul>
d. Perilaku mengganggu dan agresif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bicara terlalu keras atau menyumpah</li> <li>• Mengancam melukai diri sendiri atau orang lain</li> <li>• Memecahkan atau melempar benda-</li> </ul>

	benda <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyerangan fisik atau perkelahian</li> <li>• Perilaku sosial yang tidak pantas (misal: membuka baju di depan umum, bersikap terlalu akrab, berbicara dengan suara terlalu keras/ berisik)</li> </ul>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 2.6.2. Menilai keparahan hendaya pada keempat ranah.

Keparahan hendaya (ranah a-c)	Keparahan hendaya (ranah d)
<p><b>1.Tidak ada</b></p> <p><b>2.Ringan:</b> hanya diketahui oleh seseorang yang sangat mengenal pasien.</p> <p><b>3.Terlihat:</b> kesulitan jelas terlihat oleh semua orang, tetapi secara substansial tidak mengganggu kemampuannya dalam menjalankan perannya dalam area tersebut, sesuai konteks sosio-kultural, usia, jenis kelamin &amp; tingkat pendidikan pasien.</p> <p><b>4.Nyata/jelas:</b> kesulitan sangat mengganggu peran kemampuannya dalam bidang tersebut, namun individu masih dapat melakukan beberapa hal tanpa pertolongan professional atau pertolongan sosial, meskipun tidak adekuat dan/atau kadang-kadang saja. Bila dibantu, ia mungkin dapat mencapai taraf fungsi sebelumnya.</p> <p><b>5.Berat:</b> kesulitan membuat individu tidak dapat menjalankan peran apapun pada bidang tersebut, jika tidak dibantu secara profesional, atau mendorong individu menjadi destruktif. Meskipun demikian, tidak ada risiko kematian.</p> <p><b>6.Sangat berat:</b> intensitas hendaya dan kesulitan yang ada membahayakan diri individu . Risiko bunuh diri harus diperhitungkan hanya jika</p>	<p><b>1.Tidak ada</b></p> <p><b>2.Ringan:</b> setara dengan kekasaran ringan, tidak dapat bergaul atau mengeluh</p> <p><b>3.Terlihat:</b> termasuk perilaku seperti berbicara keras atau berbicara pada orang lain dengan sikap terlalu akrab, atau makan dengan sikap yang tak dapat diterima secara sosial.</p> <p><b>4.Nyata/jelas:</b> menghina orang di tempat umum, memecahkan/ merusak benda, sering berperilaku tidak sesuai secara sosial tetapi dalam cara yang tidak membahayakan (co. telanjang atau kencing di tempat umum), tidak terjadi sesekali.*</p> <p><b>5.Berat:</b> sering mengancam secara verbal atau sering menyerang secara fisik, tanpa sebab atau kemungkinan luka yang serius, tidak terjadi sesekali.*</p> <p><b>6. Sangat berat:</b> berniat atau tampak dapat menyebabkan luka serius, tidak terjadi sesekali.*</p> <p>*Pada konteks ini, 'tidak terjadi sesekali' didefinisikan sebagai kemunculan <math>\geq 3</math> kali selama periode tertentu. Perilaku mengganggu ini dapat dipertimbangkan 'hanya sesekali' jika muncul hanya satu atau dua kali selama periode, dan professional kesehatan jiwa dan pengasuh yakin bahwa tidak akan muncul lagi dalam 6 bulan mendatang. Pada kasus ini, skornya harus diturunkan 1 (contoh, berat menjadi</p>

pikiran-pikiran bunuh diri itu mempengaruhi fungsi sosialnya.	nyata/jelas)
---------------------------------------------------------------	--------------

Tabel untuk menilai keempat ranah	Tidak ada	Ringan	Terlihat	Nyata/ Jelas	Berat	Sangat berat
Perawatan diri						
Aktivitas yang berguna secara sosial.						
Hubungan personal dan sosial						
Perilaku mengganggu dan agresif						

### 2.6.3 Interval penilaian skala PSP

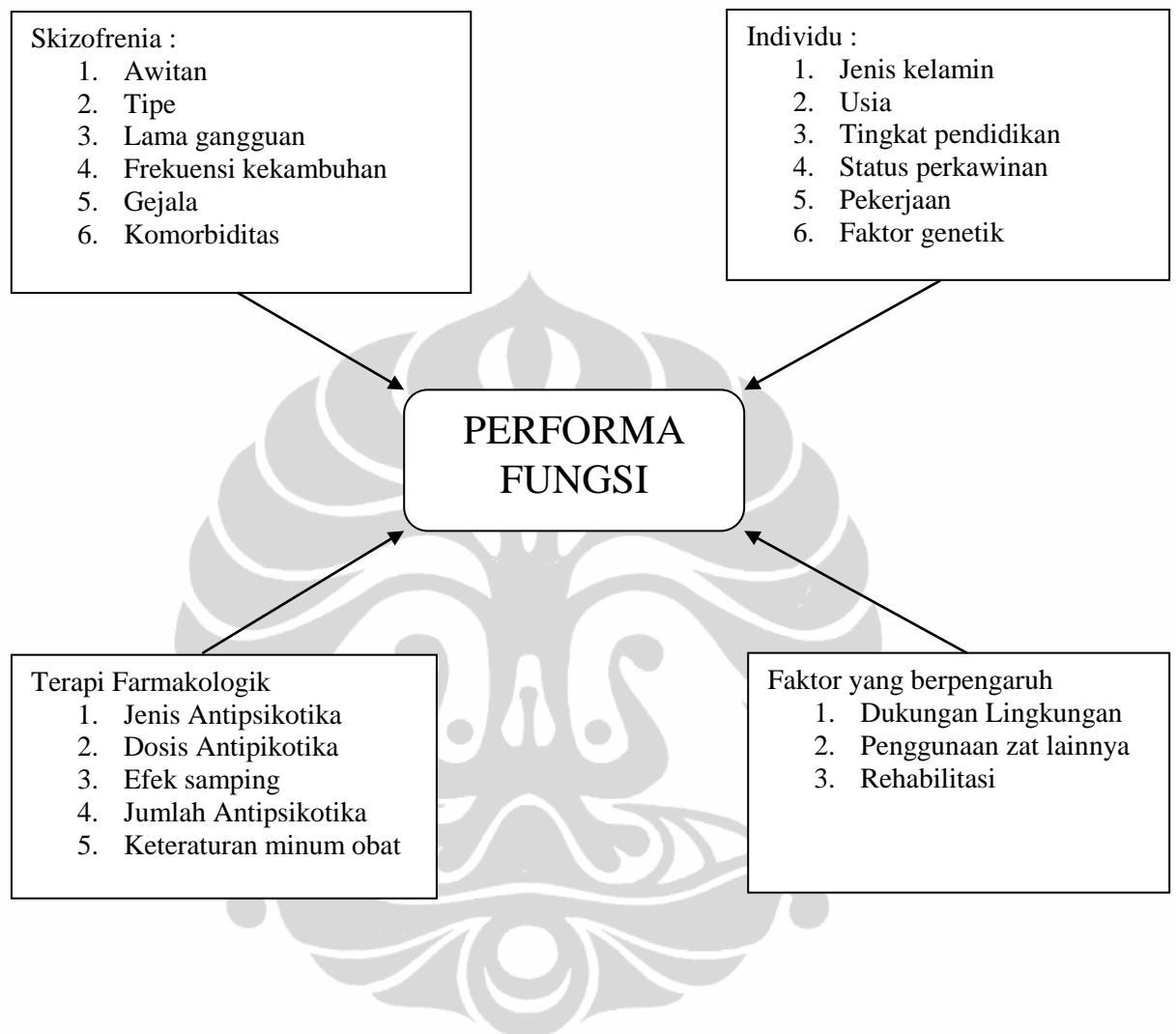
	Skoring PSP dengan interval 10 poin
100-91	Fungsi yang sangat baik pada semua ranah. Pasien dipertimbangkan dalam kualitas yang baik, mampu beradaptasi terhadap masalah kehidupan dengan adekuat, dan terlibat dalam aktivitas dan ketertarikan yang luas.
90-81	Fungsi yang baik pada semua ranah. Pasien hanya menunjukkan masalah dan kesulitan yang umum
80-71	Kesulitan ringan pada satu atau lebih dari ranah a-c
70-61	Kesulitan terlihat tetapi tidak sampai nyata/jelas pada satu atau lebih ranah a-c; atau kesulitan ringan pada d. Untuk ranah b, bengkel kerja dapat dimasukkan jika prestasi kerjanya baik.
60-51	Kesulitan yang nyata/jelas hanya pada salah satu ranah a-c; atau adanya kesulitan yang terlihat pada ranah d.
50-41	Kesulitan yang nyata/jelas pada dua atau tiga ranah a-c; atau kesulitan berat hanya pada satu domain a-c tanpa kesulitan yang nyata/jelas pada dua ranah lainnya. Tidak ada kesulitan yang nyata/jelas pada d.
40-31	Kesulitan berat hanya pada satu dari ranah a-c dan kesulitan yang nyata/jelas pada paling tidak satu dari dua yang lainnya; atau kesulitan yang nyata/jelas pada ranah d.
30-21	Kesulitan berat pada dua ranah a-c; atau kesulitan berat pada d, walaupun jika kesulitan berat dan nyata/jelas tidak ada pada ranah a-c.

20-11	Kesulitan berat pada semua ranah a-c; atau kesulitan sangat berat pada d, walaupun kesulitan berat tidak ada pada ranah a-c. Jika pasien bereaksi terhadap stimulus eksternal, skor yang disarankan (20-16); jika tidak (16-11).
10-1	Tidak adanya otonomi pada fungsi dasar dengan perilaku yang ekstrim tetapi. tanpa risiko pertahanan hidup (skor 10-6); atau dengan risiko pertahanan hidup, seperti malnutrisi, dehidrasi, infeksi, tidak dapat menyadari situasi berbahaya (skor 5-1)

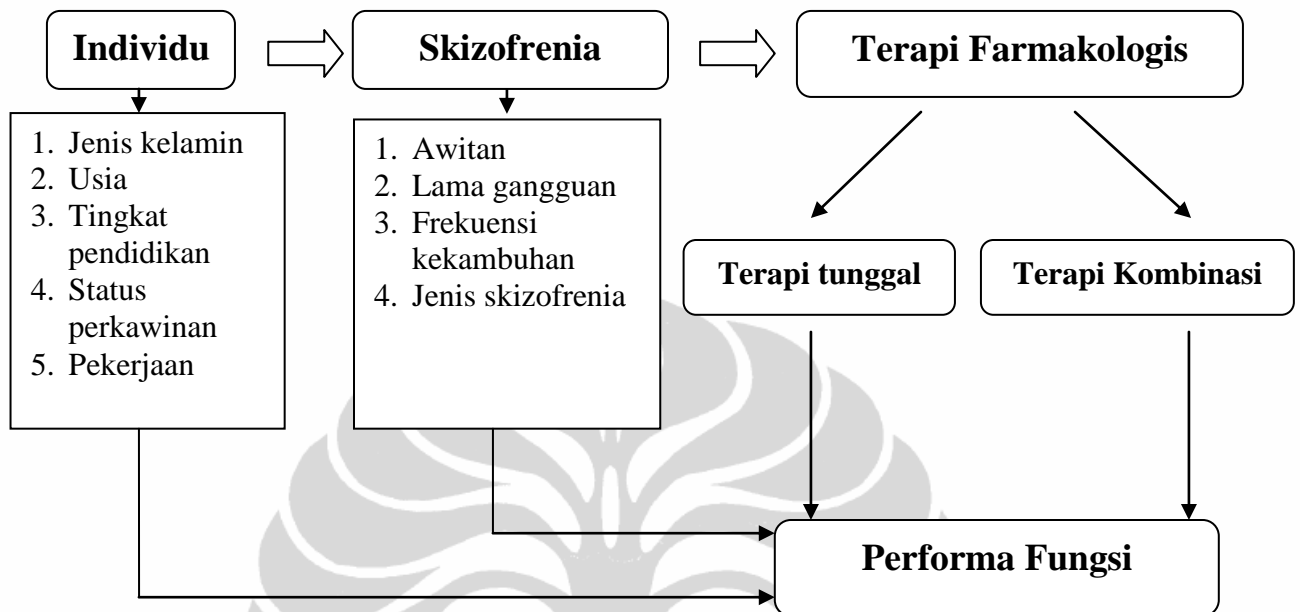




## 2.8 Kerangka Teori



## 2.9 Kerangka Konsep



## BAB 3 METODE

### 3.1 Desain penelitian

Penelitian ini merupakan studi kuantitatif komparatif *cross sectional*.

### 3.2 Tempat dan waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan di Poliklinik Jiwa Dewasa RSCM. Penelitian berlangsung selama 6 bulan, dari Desember 2011- Mei 2012.

### 3.3 Populasi dan sampel penelitian

3.3.1 **Populasi** adalah semua pasien skizofrenia di RSCM

3.3.2 **Populasi terjangkau** adalah semua pasien skizofrenia, berusia antara 18-60 tahun dan berobat jalan di poliklinik jiwa RSCM.

3.3.3 **Sampel** adalah populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi dalam waktu 6 bulan terhitung dari Desember 2011- Mei 2012.

### 3.4 Cara Pengambilan Sampel

Sampel diambil dengan cara *simple random sampling* dengan menggunakan bantuan tabel random hingga tercapai jumlah sampel yang diinginkan.

### 3.5 Besar sampel <sup>22</sup>

Untuk menentukan jumlah sampel, digunakan uji perbedaan dua rerata, menggunakan rumus :

$$n_1 = n_2 = \frac{Z\alpha^2 (P_1Q_1 + P_2Q_2)}{d^2}$$

$Z\alpha$  : Deviat baku  $\alpha = 1,96$

$P_1$  : Perbedaan rerata standar pasien yang mendapatkan terapi tunggal maupun terapi kombinasi menurut literatur ( P terapi kombinasi 0.6 dan P terapi tunggal 0.4) <sup>9</sup> = 0.2

Q1 :  $1-P1 = 1-0.2 = 0.8$

P2 : Perbedaan rerata yang ingin diteliti = 0.1

Q2 :  $1-P2 = 1-0.1 = 0.9$

d : Tingkat kemaknaan absolut yang dikehendaki = 0.1

Berdasarkan rumus di atas maka besar sampel :

$$n1 = n2 = \frac{1.96^2 (0.2 \times 0.8 + 0.1 \times 0.9)}{0.1^2}$$

Didapatkan  $n1 = n2 = 96.04$  dibulatkan menjadi 97

Untuk mengantisipasi *drop-out*, maka jumlah sampel ditambah 10%, sehingga sampel yang dibutuhkan adalah sebesar  $97 + 10\% = 107$  orang masing-masing kelompok.

### 3.6 Kriteria

#### 3.6.1 Kriteria inklusi

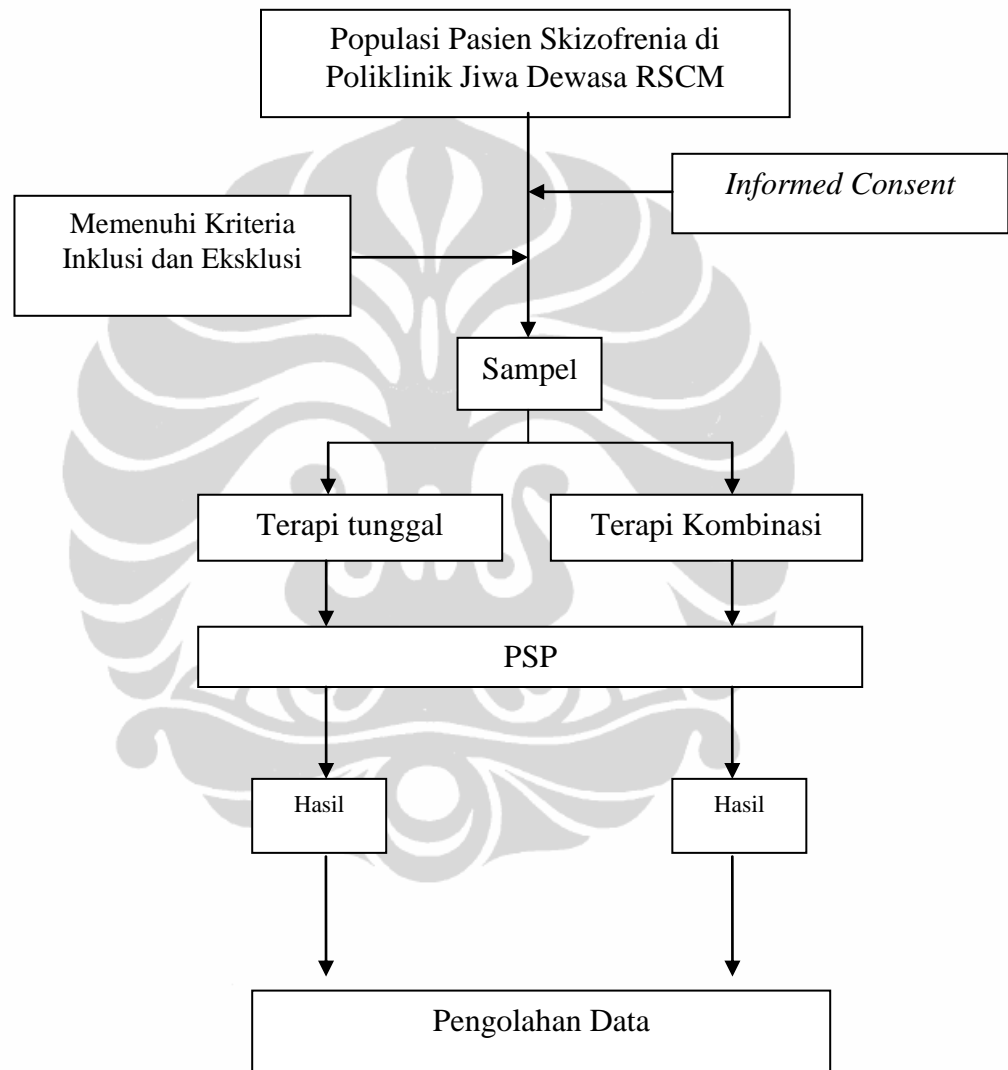
1. Usia 18– 60 tahun
2. Didiagnosis skizofrenia menurut kriteria diagnostik PPDGJ III
3. Mendapatkan terapi antipsikotika baik terapi tunggal maupun terapi kombinasi yang sudah diterima dalam waktu minimal satu tahun terakhir.
4. Bersedia menjadi responden
5. Pendidikan minimal SMP
6. Pasien didampingi oleh keluarga atau *caregiver*

#### 3.6.2 Kriteria eksklusi

1. Subjek menderita penyakit fisik kronik yang dapat mempengaruhi penilaian fungsi sosial dan personalnya dalam kehidupan sehari-hari.
2. Adanya komorbiditas dengan penyalahgunaan zat dan penyakit fisik berat
3. Mengalami perubahan modalitas terapi pada saat pengobatan, dalam satu tahun terakhir.

4. Subjek atau keluarganya menolak untuk ikut serta dalam penelitian
5. Subjek tidak dapat berkomunikasi sehingga tidak dapat diwawancarai, seperti sedang berada dalam keadaan akut.

### 3.7 Alur Penelitian



Keterangan:

PSP: Personal and Social Performance Scale

### 3.8 Cara Kerja

- 3.8.1 Peneliti mendapat ijin dari kepala Departemen Psikiatri untuk melakukan penelitian di Poliklinik Jiwa Dewasa RSCM

- 3.8.2 Peneliti mendapat ijin dari Komite etik FKUI
- 3.8.3 Peneliti mendapat ijin dari Kepala Instalasi Rawat Jalan RSCM untuk melakukan penelitian.
- 3.8.4 Peneliti dilatih oleh Dr. dr. Nurmiati Amir, SpKJ (K) dalam penggunaan PSP dan dilakukan rater terhadap 5 pasien.
- 3.8.5 Mengumpulkan data pasien skizofrenia di Poliklinik Jiwa Dewasa RSCM selama bulan Mei 2011-November 2011
- 3.8.6 Dari data tersebut, pasien yang mendapat terapi antipsikotika dikelompokkan oleh dokter di Poliklinik Jiwa Dewasa, sesuai dengan terapi antipsikotika yang diterima menjadi dua, yaitu pasien dengan terapi tunggal dan terapi kombinasi.
- 3.8.7 Dilakukan pengambilan sampel pada masing-masing kelompok pasien menggunakan table *simple random sampling*.
- 3.8.8 Subjek yang terpilih dihubungi dan dijelaskan tentang maksud dan tujuan penelitian.
- 3.8.9 Subjek yang setuju untuk berpartisipasi akan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*)
- 3.8.10 Pengisian data demografi pasien
- 3.8.11 Peneliti melakukan pemeriksaan PSP pada pasien dan keluarga / *caregiver*.
- 3.8.12 Penilaian performa fungsi pada pasien
- 3.8.13 Pengolahan hasil penilaian

### **3.9 Perangkat Kerja**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah instrumen PSP.

### **3.10 Pengolahan dan Analisis Data**

Seluruh data sampel penelitian yang diperoleh dari wawancara dan rekam medik dicatat pada formulir penelitian, diedit, dilakukan tabulasi dan diolah secara statistik menggunakan program SPSS 17.0.

### 3.11 Masalah Etik

Hal-hal yang dilakukan oleh peneliti dalam mempertimbangkan masalah etika dalam penelitian ini adalah :

3.11.1 Meminta surat keterangan lolos kaji etik dari Panitia Tetap Penilaian Etik Penelitian, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

3.11.2 Memberikan penjelasan lengkap kepada subyek dan keluarganya (*caregiver* pasien) berkaitan dengan tujuan penelitian. Setelah subyek memahami dan menyetujui ketentuan penelitian, maka subyek diminta untuk memberikan persetujuan tertulis yang dituangkan dalam bentuk *informed consent*. Peneliti juga kemudian meminta persetujuan mendapatkan informasi menyangkut subyek dari catatan medik. Subyek penelitian dapat menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian, dan hal ini tidak akan berpengaruh pada perawatan klinis selanjutnya.

3.11.3 Seluruh informasi dan hal-hal pribadi yang didapat dari penelitian ini dijaga kerahasiaannya dan akan digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan jiwa.

### 3.12 Definisi Operasional

3.12.1 Penderita skizofrenia adalah seseorang yang didiagnosis menderita gangguan jiwa skizofrenia menurut kriteria diagnosis PPDGJ III (ICD X), yang diperiksa dengan Mini ICD X.

3.12.1.1 Awitan adalah usia awal pasien menderita gejala skizofrenia yang didapatkan melalui anamnesis.

3.12.1.2 Tipe skizofrenia adalah berdasarkan gejala yang menonjol pada pasien skizofrenia, terbagi menjadi skizofrenia paranoid, disorganisasi, katatonik, residual atau skizofrenia tak terinci.

3.12.1.3 Lama gangguan adalah lama masa gangguan hingga saat pemeriksaan

3.12.1.4 Frekuensi kekambuhan adalah jumlah kekambuhan, yang ditandai dengan berulangnya rawat inap pada pasien.

3.12.1.5 Penyakit fisik kronik yang dapat mempengaruhi fungsi sosial dan personal adalah penyakit-penyakit yang berpotensi menyebabkan hendaya seperti artritis rematoid, diabetes melitus dengan komplikasi, cacat tubuh, dan lain-lain.

3.12.1.6 Tidak dapat berkomunikasi dan diwawancara misalnya dalam keadaan akut sehingga masih mengalami gangguan proses pikir yang bermanifestasi bicara kacau (asosiasi longgar sampai inkoheren) atau penurunan kesadaran.

3.12.1.7 Terapi adalah pengobatan berupa obat-obatan antipsikotika yang diberikan pada seluruh penderita skizofrenia di Poliklinik Jiwa Dewasa RSCM, dapat berupa terapi tunggal antipsikotika (terapi tunggal) maupun terapi antipsikotika kombinasi, yang diterima dalam waktu minimal satu tahun terakhir.

3.12.1.8 Terapi tunggal adalah penderita skizofrenia yang mendapatkan satu jenis antipsikotika.

3.12.1.9 Terapi kombinasi adalah penderita yang mendapatkan dua atau lebih antipsikotika, baik antipsikotika tipikal – tipikal maupun antipsikotika tipikal – atipikal.

3.12.1.10 Keteraturan minum obat adalah kepatuhan pasien dalam minum obat, pasien tidak lupa meminum obat dalam waktu kurang dari atau sama dengan tujuh hari dalam sebulan.

3.12.1.11 Performa fungsi adalah berbagai kemampuan esensial seseorang agar dapat mempertahankan kehidupan yang independen secara sosial. Performa fungsi dinyatakan baik apabila hasil PSP di atas 30, dan buruk bila hasil kurang atau sama dengan 30.

### 3.12.2 Individu :



- 3.12.2.1 Usia adalah jumlah tahun berdasarkan pengurangan tahun penelitian dengan tahun kelahiran
  - 3.12.2.2 Batasan usia yang dipakai adalah usia dewasa yaitu umur 18 - 60 tahun. Sekurangnya berusia tepat 18 tahun pada 1 Agustus 2011 dan belum 61 tahun pada 1 Februari 2012.
  - 3.12.2.3 Jenis kelamin adalah laki-laki atau perempuan.
  - 3.12.2.4 Pendidikan adalah jenjang pendidikan pasien (sekolah atau tidak sekolah, tamat atau tidak tamat SD, tamat atau tidak tamat SMP dan seterusnya).
  - 3.12.2.5 Pekerjaan adalah riwayat pekerjaan sebelumnya (pernah atau tidak pernah bekerja, jenis pekerjaan, lamanya bekerja).
  - 3.12.2.6 Status perkawinan adalah menikah atau belum menikah, cerai hidup (berpisah sebagai suami istri karena bercerai dan belum menikah lagi, status janda/duda), cerai mati (ditinggal mati oleh suami/istrinya dan belum menikah lagi, status janda/duda)
  - 3.12.2.7 Riwayat genetik adalah adanya riwayat skizofrenia dalam keluarga derajat pertama.
- 3.12.3 Skala PSP adalah suatu alat ukur untuk menilai tingkat fungsi atau kemampuan untuk dapat mandiri dalam kehidupannya sehari-hari dengan melakukan wawancara terstruktur kepada pasien dan pengasuh pasien.
- 3.12.4 Caregiver adalah seseorang yang tinggal bersama pasien setiap hari dan mendampingi pasien lebih dari 4 (empat) jam dalam satu hari.

## BAB 4

### HASIL PENELITIAN

#### 4.1 Analisis Data

Penelitian ini membuktikan bahwa performa fungsi pasien skizofrenia di instalasi rawat jalan jiwa dewasa (PJD) Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM), Jakarta, yang mendapat terapi tunggal lebih baik daripada pasien yang mendapatkan terapi kombinasi antipsikotika. Tabel 1 di bawah ini menunjukkan rerata nilai PSP pada masing-masing kelompok terapi, sedangkan tabel 2 memperlihatkan hasil analisis terhadap hasil PSP kedua kelompok terapi menggunakan uji Mann-Whitney. Hasilnya adalah sebagai berikut :

**Tabel 4.1. Rerata nilai PSP Pada Masing-masing Kelompok Terapi**

<b>Kelompok</b>	<b>Jumlah Sampel</b>	<b>Rerata PSP</b>	<b>SD</b>
Terapi Tunggal	103	72.47	14.632
Terapi Kombinasi	102	64.55	13.932

Tabel 4.1 menunjukkan rerata PSP pada kelompok yang mendapatkan terapi tunggal adalah 72.47, yang artinya rata-rata responden mengalami kesulitan yang terlihat namun tidak sampai nyata ataupun jelas. Rerata PSP pada responden yang mendapatkan terapi kombinasi adalah sebesar 64.55 yang artinya rata-rata responden mengalami kesulitan yang nyata atau cukup jelas.

**Tabel 4.2. Hasil Uji Mann-Whitney**

	<b>Terapi Tunggal</b>	<b>Terapi Kombinasi</b>	<b>p</b>
<b>Skor PSP</b>	72.47 ±14.632	64.55 ± 13.932	< 0.001*

\*Dari hasil uji non parametrik Mann-Whitney, didapatkan p = 0.000

Berdasarkan uji di atas, didapatkan nilai p <0.05, artinya hipotesis diterima, yang menunjukkan bahwa performa fungsi pasien skizofrenia yang mendapatkan

terapi tunggal antipsikotika lebih baik daripada pasien yang mendapatkan terapi antipsikotika kombinasi.

**Tabel 4.3. Karakteristik Umum Responden**

Variabel	Jenis Terapi Antipsikotika	
	Terapi Tunggal (%) n = 103	Terapi Kombinasi (%) n = 102
Jenis Kelamin		
Laki-laki	74 (71.8)	73 (71.6)
Perempuan	29 (28.2)	29 (28.4)
Usia		
≥35 tahun	46 (44.7)	47 (46.1)
< 35 tahun	57 (55.3)	55 (53.9)
Pendidikan		
SMP	22 (21.4)	18 (17.6)
SMA dan perguruan tinggi	81 (76.6)	84 (82.4)
Status Pernikahan		
Menikah	31 (30.4)	21 (20.8)
Belum menikah / cerai	71 (69.6)	80 (79.2)
Pekerjaan		
Bekerja	69 (68.3)	69 (68.3)
Tidak bekerja	32 (31.7)	32 (31.7)
Jenis skizofrenia		
Skizofrenia paranoid	94 (94.2)	92 (90.2)
Skizofrenia hebefrenik	6 (5.9)	1 (1.0)
Skizofrenia residual	1 (1.0)	0 (0)
Skizofrenia simpleks	0 (0)	1 (1.9)
Skizofrenia YTT	3 (2.9)	2 (2.9)
Lama gangguan		
< 5 tahun	47 (45.6)	31 (30.4)
5-10 tahun	30 (29.1)	33 (33.3)
> 10 tahun	26 (25.2)	34 (36.3)
Awitan		
<18 tahun	7 (11.8)	12 (6.8)
18-35 tahun	82 (79.6)	73 (71.6)
>35 tahun	14 (13.6)	17 (16.7)
Frekuensi kekambuhan		
0-5 kali	101 (98.1)	92 (90.2)
>5 kali	2 (1.9)	10 (9.8)

Tabel 4.3 diperlihatkan karakteristik umum responden secara keseluruhan yang didapatkan peneliti dari kuesioner sosiodemiografik responden serta dari hasil wawancara dan penentuan diagnosis berdasarkan mini ICD 10. Terdapat total 205 responden yang berpartisipasi dalam penelitian. Jumlah pasien yang mendapatkan terapi tunggal yang menjadi responden adalah sebanyak 103 orang, sampel yang

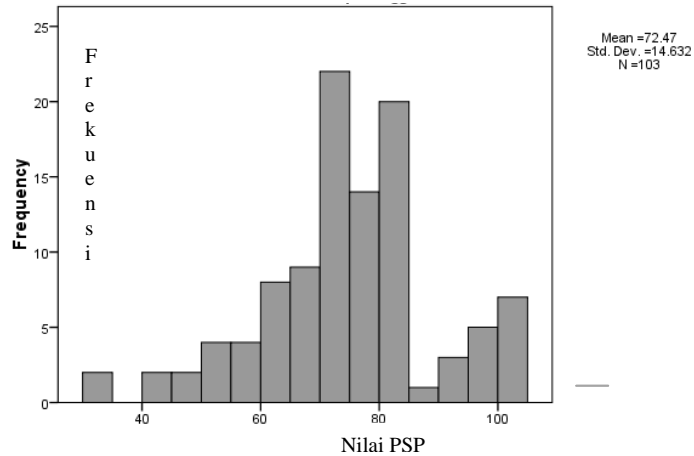
mendapat terapi tunggal keseluruhan berjumlah 108 orang, 4 orang dikeluarkan karena pendidikan kurang dari SMP, dan 1 orang dikeluarkan karena menderita epilepsi. Jumlah pasien yang mendapatkan terapi kombinasi yang menjadi responden adalah sebanyak 102 orang, sampel yang mendapatkan terapi kombinasi secara keseluruhan sejumlah 108 orang, 3 orang dikeluarkan karena pendidikan kurang dari SMP, 2 orang menolak diwawancara, serta 1 orang dikeluarkan karena menderita gangguan fisik yang mengakibatkan pasien tidak dapat beraktivitas.

Pada tabel 4.4 berikut ini, dapat dilihat rerata usia pasien, frekuensi kekambuhan, awitan (dalam tahun) dan usia awal pasien menderita skizofrenia.

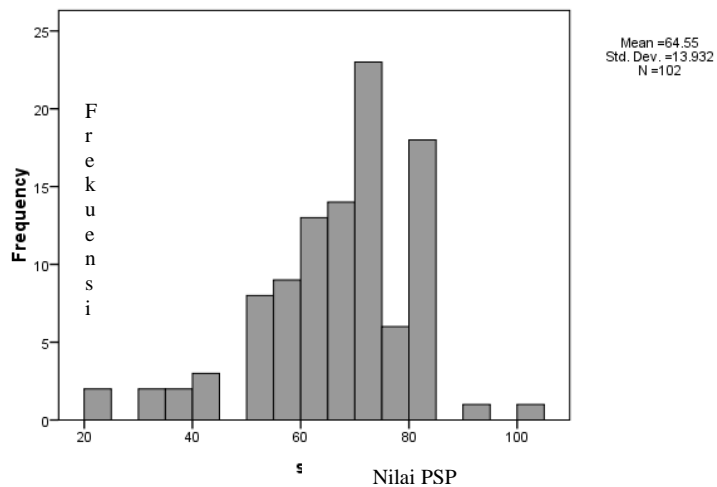
**Tabel 4.4. Rerata Usia, Awitan, Frekuensi Kekambuhan dan Usia Awal Menderita Skizofrenia**

Variabel	Nilai Rerata	
	Terapi Tunggal	Terapi Kombinasi
Usia	34.21 ± 8.494	35.70 ± 10.705
Awitan	7.29 ± 6.336	9.65 ± 7.290
Frekuensi kekambuhan	1.33 ± 1.580	2.44 ± 3.235
Usia awal menderita	26.92 ± 7.617	26.05 ± 8.677

Grafik 4.1 dan grafik 4.2 berikut ini menggambarkan sebaran nilai PSP pada kedua kelompok terapi.

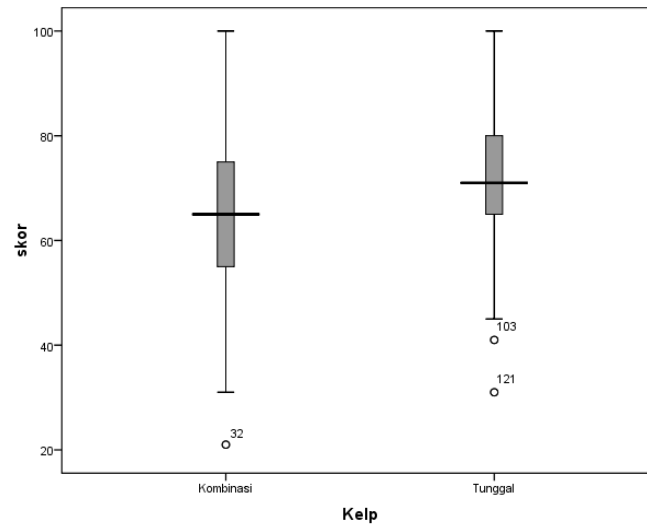


**Grafik 4.1. Sebaran Nilai PSP pada Kelompok dengan Terapi Tunggal Antipsikotika**



**Grafik 4.2. Sebaran Nilai PSP pada Kelompok dengan Terapi Kombinasi Antipsikotika**

Gambar di bawah ini adalah box plot perbedaan nilai PSP pada kedua kelompok terapi.



**Gambar *Box Plot* perbedaan skor PSP**

#### 4.2 Analisis Terhadap Faktor-faktor yang Mempengaruhi Performa Fungsi

Dilakukan analisis terhadap variabel-variabel dependen untuk mengetahui faktor mana yang paling berpengaruh terhadap performa fungsi pasien skizofrenia. Pada tabel 5.5 dapat dilihat seluruh variabel dependen yang diduga memiliki pengaruh terhadap performa fungsi pasien skizofrenia.

**Tabel 4.5. Hubungan Faktor-Faktor Risiko terhadap Performa Fungsional**

Variabel	Performa Fungsional		OR (CI 95%)	p Value
	Buruk	Baik		
Jenis Kelamin				
Laki-laki	3 (2.0)	144 (98.0)	0.221	0.042
Perempuan	5 (8.6)	53 (91.4)	0.051 – 0.956	
Usia				
Usia ≤ 35 tahun	3 (3.2)	90 (96.5)	0.713	0.731
Usia ≥ 35 tahun	5 (4.5)	107 (95.5)	0.166 – 3.067	
Tingkat Pendidikan				
Pendidikan rendah (SMP)	4 (10.0)	36 (90.0)	4.472	0.048
Pendidikan tinggi (SMA keatas)	4 (2.4)	161 (97.6)	1.068 – 18.730	
Pekerjaan				
Tidak Bekerja	8 (5.8)	130 (94.2)	-	0.058
Bekerja	0 (0)	64 (100.0)	0.904 – 0.982	
Status Pernikahan				
Menikah	1 (3.8)	50 (96.2)	0.967	1.000
Tidak menikah	6 (4.0)	145 (96.0)	0.189-4.945	
Jenis skizofrenia				
Skizofrenia paranoid	7 (3.7)	182 (96.3)		0.663*
Skizofrenia hebefrenik	1 (14.3)	6 ( 85.7)	-	
Skizofrenia residual	0 (0)	1 (100.0)		
Skizofrenia simpleks	0 (0)	2 (100.0)		
Skizofrenia ytt	0 (0)	6 (100.0)		
Frekuensi kekambuhan				
0 – 5 kali	8 (4.1)	185 (95.9)	-	1.000
>5 kali	0 (0)	12 (100.0)	0.931-0.987	
Lama gangguan				
<5 tahun	3 (3.8)	75 (96.2)	-	0.892*
5-10 tahun	2 (3.1)	62 (96.9)		
>10 tahun	3 (4.8)	60 (95.2)		
Awitan				
<18 tahun	2 (10.5)	17 (89.5)	-	0.303*
18-35 tahun	5 (3.2)	150 (96.8)		
>35 tahun	1 (3.2)	30 (96.8)		
Jenis Terapi				
Terapi tunggal	2 (25.0)	101 (51.3)	3.156	0.170
Terapi kombinasi	6 (75.0)	96 (48.7)	0.622-16.021	

Uji Chi Square ; \*Uji Fisher Exact

Hasil yang didapat dari analisis jenis kelamin terhadap performa fungsi adalah OR 0,221. Analisis hubungan usia dan performa fungsi menunjukkan OR 0,713 pada kelompok yang berusia lebih dari atau sama dengan 35 tahun. Pada

analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan performa fungsi, didapatkan hasil OR 4,472. Analisis hubungan antara pekerjaan dengan performa fungsi menghasilkan OR 0,942, dan analisis hubungan antara status pernikahan dengan performa fungsi menghasilkan OR sebesar 0,967.

Terhadap variabel-variabel dependen, dilakukan analisis multivariat, karena jumlah sampel yang diambil mencukupi untuk dilakukan analisis multivariat berdasarkan *rule of thumb*. Variabel yang diikutsertakan dalam analisis multivariat adalah variabel yang memenuhi syarat untuk masuk dalam analisis multivariat, yaitu seperti yang terlihat di bawah pada tabel 4.6 adalah jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan kelompok terapi.

**Tabel 4.6. Analisis Multivariat\***

Variabel	B	Wald	OR (CI 95%)	p Value
Jenis kelamin	-1,041	1,791	0,181 (0,077-1,622)	0,353
Tingkat pendidikan	1,334	3,014	0,083 (0,842-17,133)	3,798
Pekerjaan	17,960	0,000	0,997 (0,000 - .)	6,308E7
Kelompok terapi	1,203	1,976	0,160 (0,622-17,835)	3,331

\*dilakukan regresi logistik

Pada tabel 4.7 di bawah dapat dilihat hasil dari regresi logistik ternyata variabel yang berhubungan bermakna dengan performa fungsional adalah tingkat pendidikan. Hasil analisis didapatkan OR dari variabel tingkat pendidikan adalah 4,472 artinya subyek yang berpendidikan rendah (SMP) mempunyai probabilitas 4,472 kali lebih tinggi mempunyai performa fungsional rendah dibandingkan dengan berpendidikan tinggi (SMA dan perguruan tinggi).

**Tabel 4.7. Hasil Regresi Logistik**

Variabel	B	Wald	OR (CI 95%)	p Value
Tingkat Pendidikan	1,498	4,202	4,472 (1,068-18730)	0,042



## BAB 5

### PEMBAHASAN

Pada penelitian ini didapatkan bahwa rerata hasil PSP pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal antipsikotika lebih tinggi dibandingkan dengan pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi kombinasi, dan setelah diuji menggunakan uji non parametrik Mann-Whitney, memberikan hasil  $p < 0,005$ , yang artinya performa pasien skizofrenia dengan terapi tunggal antipsikotika lebih baik daripada pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi kombinasi antipsikotika. Hal ini sesuai dengan hipotesis penelitian bahwa pasien-pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal antipsikotika memiliki performa fungsi yang lebih baik daripada pasien yang mendapatkan terapi kombinasi antipsikotika. Performa fungsi mencakup perawatan diri pasien, aktivitas sosial yang berguna, hubungan personal dan sosial serta ada atau tidaknya perilaku mengganggu dan agresif. Jumlah antipsikotika yang diberikan diduga memiliki hubungan terhadap hasil dari pemeriksaan terhadap performa fungsi.

Douglas, dkk (2005) menyatakan bahwa pemberian antipsikotika secara kombinasi dapat meningkatkan resiko munculnya efek samping, dan juga mengakibatkan kepatuhan pengobatan pasien menjadi berkurang, sehingga muncul kembali gejala yang pada akhirnya dapat mengakibatkan berkurangnya performa fungsi. Terdapat juga pembahasan yang mengatakan bahwa efek samping antipsikotika seperti adanya tremor, gejala ekstrapiramidal ataupun bradikinesia pada pemberian antipsikotika, dapat menurunkan fungsi sosial pasien tersebut, walaupun gejala psikotik yang dialami telah berkurang. Barbui, dkk (2009) menyatakan pemberian terapi antipsikotika secara kombinasi akan meningkatkan resiko munculnya gejala ekstrapiramidal, meningkatkan jumlah kekambuhan dan mortalitas, serta mengurangi kepatuhan berobat dari pasien, yang pada akhirnya dapat menurunkan fungsi pasien dalam kehidupannya.<sup>19,20</sup>

Stahl (2002), juga menyatakan bahwa penggunaan terapi kombinasi belum memiliki cukup fakta mengenai keuntungannya. Selain adanya profil efek samping

yang muncul pada pemberian antipsikotika secara kombinasi, namun mungkin juga pemberian kombinasi memberikan hasil yang baik bagi pasien. Dalam hal ini adanya sinergi antara obat-obatan perlu dipertimbangkan, namun tidak dapat disangkal juga bahwa ada kemungkinan dari masing-masing obat itu sendiri memberikan hasil terapi yang baik terhadap pasien. Fujimaki, dkk (2012) menyatakan bahwa efek kardiovaskuler, gangguan metabolik dapat muncul dalam derajat yang lebih berat pada pemberian antipsikotika kombinasi atipikal dan atipikal, pada pasien yang sensitif dapat mengakibatkan peningkatan resiko terjadinya diabetes yang pada akhirnya bisa mempengaruhi fungsi pasien di masa yang akan datang. Gangguan fungsi seksual juga banyak dilaporkan pada pemberian antipsikotika secara kombinasi, hal ini disebabkan adanya potensiasi efek antipsikotika secara bersamaan. Pemberian terapi tunggal antipsikotika juga dapat membantu pasien menilai respons obat yang paling sesuai terhadap dirinya, sehingga membantu pasien menyadari tentang perkembangan pengobatan yang ia terima. Beberapa studi yang lain menyatakan masih belum mendapatkan perbedaan signifikan antara pemberian terapi tunggal maupun kombinasi antipsikotika pada pasien skizofrenia. Baandrup, dkk (2011) yang membandingkan pemberian antipsikotika secara tunggal dengan kombinasi menunjukkan pasien dengan terapi kombinasi masih menunjukkan gejala yang lebih jelas, dan kualitas hidup serta turunya fungsi yang lebih rendah pada pasien yang mendapatkan terapi kombinasi dibandingkan dengan yang mendapatkan terapi tunggal antipsikotika. Studi lebih lanjut dengan kontrol masih diperlukan karena belum terdapat studi yang membandingkan kapasitas fungsi dengan kontrol.  
25,26,27

Terdapat beberapa faktor yang diduga memiliki hubungan dengan performa fungsi, seperti jenis skizofrenia, awitan dan lama gangguan skizofrenia, frekuensi kekambuhan, gejala yang muncul, adanya komorbiditas dengan penyakit atau gangguan lain, dan keteraturan minum obat. Keseluruhan hal ini dapat mempengaruhi derajat keparahan penyakit skizofrenia dan pada akhirnya mempengaruhi performa fungsi pasien. Juga ada faktor dari individu penderita sendiri, yaitu jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan

serta faktor genetik, ada atau tidaknya anggota keluarga yang juga menderita skizofrenia. Jenis terapi antipsikotika, dosis, jumlah antipsikotika yang digunakan menurut kepustakaan juga memiliki peran dalam mempengaruhi performa fungsi pasien, dan juga profil efek samping yang muncul akibat penggunaan antipsikotika. Faktor lain yang berpengaruh terhadap performa fungsi adalah dukungan lingkungan, ada atau tidaknya penggunaan zat, serta program rehabilitasi yang pernah diikuti oleh pasien. Pada penelitian ini dilakukan analisis tambahan terhadap beberapa variabel yang diduga berpengaruh pada performa fungsi. Dari individu, terdapat beberapa faktor yang dianalisis, yaitu jenis kelamin, kelompok usia, tingkat pendidikan, status perkawinan serta pekerjaan. Sedang dari gangguan skizofrenia yang ditelaah adalah jenis, awitan, lama gangguan, serta frekuensi kekambuhan. Dilakukan juga analisis terhadap jumlah antipsikotika yang didapatkan oleh pasien, dalam hal ini adalah antipsikotika tunggal dan antipsikotika kombinasi.

Hasil yang didapat dari analisis jenis kelamin terhadap performa fungsi adalah laki-laki memiliki resiko untuk menderita performa fungsi yang buruk 0,221 kali lebih besar dibandingkan dengan perempuan. Hal ini sesuai dengan sebuah penelitian yang menyatakan terdapat fungsi yang lebih baik pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa terdapat beberapa sebab perempuan memiliki performa fungsi yang lebih baik, di antaranya adalah lelaki lebih banyak mengalami stres dibandingkan dengan wanita, dan lelaki lebih rentan terhadap efek yang tidak menyenangkan dari stressor. Trauma interpersonal juga lebih banyak didapatkan pada lelaki dibandingkan pada perempuan. Kepustakaan lain menyatakan bahwa estrogen merupakan faktor protektif pada pasien skizofrenia perempuan. Estrogen memiliki efek antipsikotika, sehingga estrogen melindungi pasien skizofrenia perempuan dari kerusakan otak, terutama jika kadar estrogen tinggi. Rujukan lain juga menyatakan bahwa pada pasien skizofrenia lelaki, lebih banyak menderita gangguan *neurodevelopmental* dan abnormalitas struktur otak yang menetap, yang pada akhirnya menghasilkan keluaran yang lebih buruk pada pasien laki-laki. Hubungan antara gender dengan performa fungsi masih membutuhkan telaah secara lebih luas, karena masih terdapat beberapa

literatur yang menyatakan tidak ada perbedaan antara perbedaan gender dengan performa fungsi.<sup>28,29</sup>

Analisis yang dilakukan terhadap kelompok usia dengan performa fungsi menunjukkan pasien yang berusia lebih atau sama dengan 35 tahun, memiliki resiko menderita performa fungsi yang buruk 0,713 kali lebih besar daripada yang berusia di bawah 35 tahun. Sebuah penelitian menyatakan bahwa pasien skizofrenia yang berusia lanjut biasanya memiliki kemampuan fungsi sosial yang berkurang, namun hal itu bisa dikarenakan adanya beberapa kemunduran dalam bidang lainnya. Performa fungsi pada pasien skizofrenia lanjut juga berhubungan dengan berbagai faktor.<sup>28</sup>

Pada analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan performa fungsi, didapatkan hasil pasien dengan tingkat pendidikan rendah (SMP) memiliki resiko memiliki performa fungsi yang buruk 4,472 kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang memiliki pendidikan tinggi (SMA dan sarjana). Telaah terhadap hubungan ini menghasilkan bahwa kognisi pada pasien skizofrenia memiliki hubungan yang bermakna dengan tingkat pendidikan pasien sebelumnya. Tingkat pendidikan yang cukup tinggi, berkaitan dengan meningkatnya fungsi sosial pada pasien-pasien skizofrenia. Jumlah tahun pendidikan memiliki peran penting dalam perjalanan penyakit skizofrenia, karena secara tidak langsung meningkatkan tilikan tentang gangguan yang mereka derita. Pendidikan yang tinggi juga menunjukkan fungsi premorbid yang lebih baik, sehingga menghasilkan keluaran yang lebih baik.<sup>31,32</sup>

Analisis hubungan antara pekerjaan dengan performa fungsi memperlihatkan pasien yang tidak bekerja memiliki resiko memiliki performa fungsi yang buruk 0,942 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien yang bekerja. Temuan ini sesuai dengan kepustakaan, yang menyatakan bahwa pekerjaan merupakan hal yang penting pada pasien skizofrenia. Pekerjaan bisa menurunkan stigma pasien sendiri terhadap dirinya, serta meningkatkan kepercayaan dirinya, dan dapat meningkatkan sistem keuntungan dan hukum ketenagakerjaan. Status pekerjaan sendiri penting juga bagi klinisi untuk mengukur kemampuan pasien skizofrenia.<sup>33,34</sup>

Analisis hubungan antara status pernikahan dengan performa fungsi menunjukkan bahwa pasien skizofrenia yang tidak menikah memiliki kemungkinan untuk menderita performa fungsi yang buruk 0,967 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien skizofrenia yang menikah. Literatur menyatakan bahwa pasien skizofrenia yang menikah memiliki fungsi yang lebih baik daripada mereka yang tidak menikah. Dalam kepustakaan juga didapatkan bahwa pasien skizofrenia yang menikah memiliki fungsi dan kualitas hidup yang lebih baik daripada pasien skizofrenia yang tidak menikah. Status pernikahan erat hubungannya dengan kesejahteraan dan kualitas kehidupan yang lebih baik. Pernikahan dapat meningkatkan kemampuan bersosialisasi, membina hubungan yang intim, serta membantu mendapatkan hubungan emosional yang lebih baik.<sup>35,36,37</sup>

Pada variabel gangguan skizofrenia yang diderita oleh pasien, dari jenis skizofrenia paranoid, proporsi pasien yang memiliki performa fungsi yang buruk adalah sebesar 3,7%, dan yang memiliki performa fungsi yang baik adalah 96,3%. Dari jenis skizofrenia hebefrenik, terdapat 14,3% pasien dengan performa fungsi yang buruk, dan 85,7% pasien dengan performa fungsi yang baik. Pasien dengan skizofrenia residual, skizofrenia simpleks dan skizofrenia tak terinci seluruhnya (100%) memiliki performa fungsi yang baik. Terdapat penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa pasien dengan diagnosis skizofrenia paranoid memiliki keluaran yang lebih baik, dan memiliki kualitas hidup yang paling baik di antara jenis skizofrenia lainnya. Skizofrenia hebefrenik juga dinyatakan mengalami regresi yang buruk sehingga mempengaruhi fungsi pasien tersebut, dan fungsi sosial dapat secara nyata terhambat karena memiliki gejala gangguan proses pikir yang nyata. Hal ini juga sesuai dengan pernyataan penelitian yang lain bahwa pasien skizofrenia dengan gangguan proses pikir lebih banyak mengalami kemunduran fungsi pasien.<sup>38</sup>

Dari pasien yang memiliki frekuensi kekambuhan 0-5 kali, 4,1% persen memiliki performa fungsi yang buruk, dan 95,9% memiliki performa fungsi yang baik, sedangkan yang memiliki frekuensi kekambuhan lebih dari 5 kali, seluruhnya (100%) memiliki performa fungsi yang baik. Dalam literatur ditemukan jumlah kekambuhan yang lebih sedikit juga dapat meningkatkan prognosis dan kualitas

hidup. Semakin jarang mengalami kekambuhan, semakin baik performa fungsi pasien. Sebuah telaah menyeluruh dari kepustakaan mendapatkan bahwa kekambuhan yang dialami pasien lebih dari 2 kali dapat menurunkan fungsi pasien tersebut, dan kekambuhan dengan frekuensi lebih dari 5 kali, dapat memperburuk keluaran pasien skizofrenia, namun hal ini masih dapat berkaitan dengan beberapa hal seperti kepatuhan pengobatan, jenis terapi dan dosis antipsikotika yang diterima, dan ada atau tidaknya dukungan sosial. Dalam penelitian ini, frekuensi kekambuhan lebih dari 5 kali seluruhnya memiliki performa fungsi yang baik, hal ini mungkin disebabkan karena pasien-pasien tersebut telah masuk dalam fase stabilisasi, dan masih banyak hal yang dapat berperan seperti kepatuhan akan pengobatan, keadaan premorbid, pengobatan yang diterima oleh pasien, serta dukungan sosial yang diterima oleh pasien. Sebuah studi yang lain mengatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat kekambuhan dengan usia, tingkat pendidikan, hubungan sosial, gejala yang masih diderita, serta efek samping obat yang diderita oleh pasien<sup>30,39,40,41</sup>

Pada analisis awitan terhadap performa fungsi didapatkan bahwa pasien skizofrenia dengan awitan kurang dari 18 tahun, 10.5% memiliki performa fungsi yang buruk, sedangkan 89.5% baik. Sebagian besar pasien memiliki awitan 18-35 tahun yang sesuai dengan referensi, dimana gangguan skizofrenia memiliki awitan dalam rentang waktu yang sama seperti yang ditemukan dalam penelitian ini. 96.8% pasien skizofrenia yang memiliki awitan dalam rentang waktu ini memiliki performa fungsi yang baik, sedangkan 3.2% memiliki performa fungsi yang buruk. Proporsi yang sama juga ditemukan pada pasien skizofrenia dengan awitan usia lebih dari 35 tahun. Pada kepustakaan didapatkan bahwa semakin muda usia pasien saat menderita gangguan untuk pertama kalinya, akan memperburuk prognosis, namun apabila mendapatkan pengobatan dengan baik, maka bisa memperbaiki fungsi pasien dalam kehidupannya, hal yang sama juga dikatakan bagi pasien skizofrenia dengan awitan lanjut.<sup>39,40</sup>

Pasien skizofrenia yang telah menderita gangguan selama kurang dari 5 tahun, memiliki proporsi performa fungsi yang buruk sebanyak 3,8%, sedangkan 96,2% memiliki performa fungsi yang baik. Proporsi pasien dengan lama gangguan

5-10 tahun 3,1% memiliki performa fungsi yang buruk dan 96,9% memiliki performa fungsi yang baik. Pasien dengan lama gangguan di atas 10 tahun, memiliki proporsi performa fungsi yang buruk sebanyak 4,8% dan proporsi memiliki performa fungsi yang baik adalah sebesar 95,2%. Lenior, Peter, dkk (2005) menyatakan bahwa 5 tahun pertama awal skizofrenia menentukan perjalanan penyakit selanjutnya. De Haan dan der Haag (1999) menyatakan bahwa pasien skizofrenia yang menderita gangguan setelah 10 tahun akan memiliki keluaran yang lebih buruk, namun penemuan pada penelitian juga menunjukkan bahwa keluaran akan menjadi lebih baik setelah tahun ke-30 pengamatan. Jobe, Harrow, dkk (2005) juga menyatakan bahwa setelah 5 tahun menderita gangguan, ada kestabilan gejala, dan terdapat penurunan fungsi secara global di komunitas Chest Lodge setelah tahun ke-10 pada penelitian mereka. Pada kepustakaan juga didapatkan bahwa lamanya gangguan memiliki hubungan dengan fungsi personal dan sosial pasien, namun hal ini juga berhubungan dengan beberapa faktor lainnya seperti gender, awitan, serta fungsi premorbid sebelumnya. Terdapat juga penelitian lain yang menyebutkan bahwa semakin lama gangguan skizofrenia diderita, maka semakin buruk kemampuan seseorang untuk beradaptasi dan melakukan fungsi sehari-harinya karena berkaitan dengan adanya kerusakan pada jaringan otak yang bersifat permanen dan lama gangguan yang singkat merupakan prediktif faktor yang baik untuk fungsi sosialnya. Semakin singkat skizofrenia ditangani, maka hal ini akan membantu pasien mengatasi gejala-gejalanya sehingga mampu mencapai performa fungsi yang lebih baik.<sup>39,42,43,44,45,46</sup>

Variabel yang memenuhi syarat untuk diikutsertakan dalam analisis multivariat adalah jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan. Hasilnya adalah variabel memiliki hubungan paling bermakna dengan performa fungsional adalah tingkat pendidikan, dengan OR 4,472 artinya subyek yang berpendidikan rendah (SMP) mempunyai probabilitas 4,472 kali lebih tinggi mempunyai performa fungsional rendah dibandingkan dengan berpendidikan tinggi (SMA dan perguruan tinggi). Terdapat penelitian sebelumnya untuk melihat faktor-faktor yang berpengaruh terhadap nilai PSP, yang dilakukan oleh Arsova, dkk pada tahun 2010

di Macedonia, yang meneliti 120 pasien dengan diagnosis skizofrenia. Penelitian tersebut menunjukkan hasil melalui regresi logistik, faktor yang paling bermakna terhadap nilai PSP adalah status pekerjaan pasien, sedangkan kelompok usia, status perkawinan, serta tingkat pendidikan tidak memberikan perbedaan yang bermakna terhadap nilai PSP. Pada penelitian tersebut, pekerjaan diduga memberikan dukungan psikososial yang besar kepada penderita skizofrenia sehingga mereka dapat menghasilkan kualitas performa fungsi yang lebih baik dibandingkan yang tidak bekerja. Pada penelitian ini, pekerjaan tidak memberikan hubungan yang besar terhadap performa fungsi, yang dapat dikarenakan perbedaan latar belakang budaya dan tempat penelitian, dimana di Indonesia, penerimaan terhadap orang dengan gangguan mental masih kurang terbuka, dan masih diberikan stigma terhadap pasien di lingkungan sosialnya.<sup>47</sup>

#### **Keterbatasan penelitian**

Penelitian ini membandingkan dua kelompok yang mendapatkan antipsikotika, namun tidak dilakukan terhadap kontrol. Penelitian ini juga tidak membedakan fase dari responden yang menderita skizofrenia, responden dapat berada dalam fase stabil maupun fase rumatan. Pengelompokan responden hanya dilakukan berdasarkan jumlah antipsikotika yang diterima, dan tidak dibedakan apakah responden mendapatkan antipsikotika tipikal maupun atipikal, tidak diketahui dosis antipsikotika yang diterima oleh pasien, maupun profil efek samping yang mungkin muncul. Penelitian ini juga tidak mempertimbangkan penggunaan obat-obatan lain, seperti antidepresan, anti anxietas, dan lain-lain. Peneliti juga tidak melakukan wawancara dan pemeriksaan tentang keadaan fungsi premorbid pasien serta dukungan sosial yang diterima oleh pasien saat ini. Pemeriksaan terhadap derajat keparahan penyakit tidak diperiksa secara langsung, beberapa faktor yang diduga memiliki peran dalam mempengaruhi performa fungsi pasien skizofrenia (seperti faktor sosial ekonomi pasien, gejala yang diderita, komorbiditas, keteraturan minum obat, faktor genetik dalam keluarga, serta penggunaan zat) tidak dianalisis.



## BAB 6

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Simpulan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui performa fungsi pasien skizofrenia melalui pemeriksaan menggunakan PSP. Terdapat 205 penderita skizofrenia dari kedua kelompok terapi yang berpartisipasi dalam penelitian ini, dengan diagnosis terbanyak adalah skizofrenia paranoid. Rerata umur pasien yang mendapatkan terapi tunggal antipsikotika adalah 34.21 tahun, sedang pada kelompok yang mendapatkan terapi kombinasi adalah 35.70 tahun. Distribusi jenis kelamin pada kedua kelompok lebih banyak pria dan pasien yang tidak menikah lebih banyak daripada pasien yang menikah, sebagian besar pasien bekerja. Tingkat pendidikan pasien yang terbanyak adalah SMA dan perguruan tinggi. Rerata lama gangguan pasien yang mendapatkan terapi tunggal antipsikotika adalah 7,29 tahun, dan terapi kombinasi adalah 9.65 tahun, rerata usia awitan pasien yang mendapat terapi tunggal adalah 26.92 tahun, dan terapi kombinasi adalah 26.05 tahun. Rerata frekuensi kekambuhan adalah 1.33 kali pada pasien dengan terapi tunggal dan 2.44 kali pada pasien yang mendapat terapi kombinasi antipsikotika.

Hasil penelitian menunjukkan skor PSP pasien dengan terapi tunggal antipsikotika adalah  $72.47 \pm 14.632$  dan  $64.55 \pm 13.932$  untuk pasien yang mendapatkan terapi kombinasi. Perbandingan terhadap skor PSP menghasilkan performa fungsi pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal lebih baik daripada yang mendapatkan terapi kombinasi. Ada penelitian ini juga dilakukan analisis terhadap faktor-faktor yang dapat mempengaruhi performa fungsi dari pasien skizofrenia, dan hasil yang paling bermakna dalam memberikan performa fungsi yang baik adalah tingkat pendidikan pasien, apabila dibandingkan dengan faktor lainnya.

Pada penelitian ini tidak terbukti adanya hubungan yang bermakna antara awitan, lama penyakit, jenis skizofrenia, frekuensi kekambuhan terhadap baik atau buruknya performa fungsi pasien dan tidak dianalisis beberapa faktor lain yang

mungkin memiliki peran terhadap performa fungsi, misalnya faktor sosial ekonomi pasien. Performa fungsi pada akhirnya dapat menjadi salah satu faktor dalam menentukan terapi antipsikotika yang akan diberikan kepada pasien.

## 6.2 Saran

1. Dapat dipertimbangkan pemberian terapi tunggal antipsikotika sebagai langkah awal penatalaksanaan pasien skizofrenia.
2. Perlu dilakukan penelitian yang dapat menilai secara lebih terperinci faktor-faktor yang diduga dapat mempengaruhi dan meningkatkan performa fungsi, seperti cara pemberian antipsikotika, dosis antipsikotika yang diberikan, serta ada atau tidaknya peran terapi non farmakologis dan faktor sosial ekonomi serta dukungan sosial yang diterima pasien terhadap performa fungsi pasien. Penelitian lanjutan diperlukan untuk dapat menjawab hal-hal tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

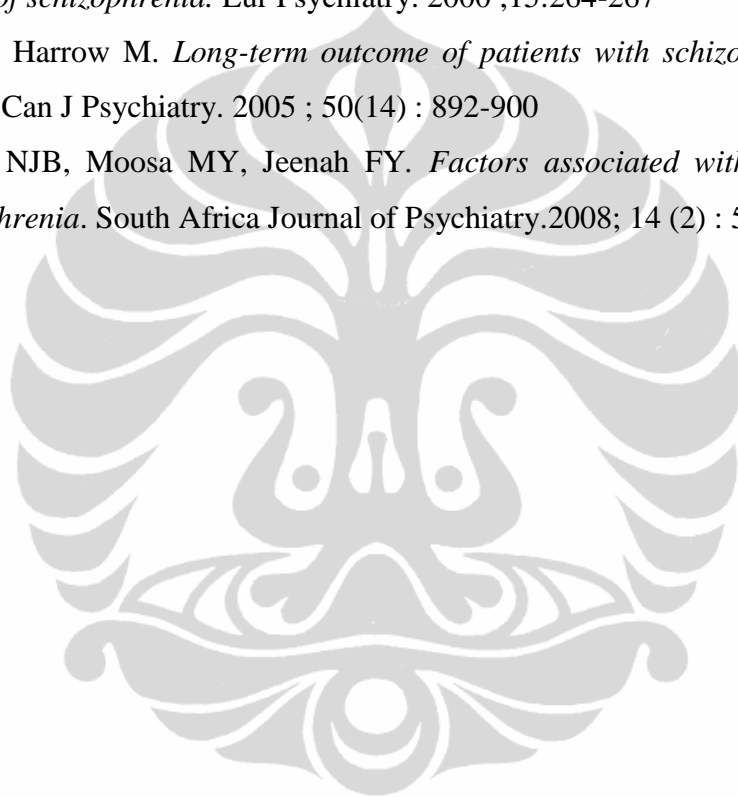
1. Brian K, Cenk T, editor. *Schizophrenia : Clinical features and psychopathology concepts*. Dalam : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8<sup>th</sup> ed. Kaplan HI, Sadock BJ .Philadelphia : Lippincott William & Wilkins, 2007 ; hal 1416-1435
2. Bastaman, TK.: Skizofrenia dari remisi ke fungsi. *Majalah Jiwa* 2006 Juli; 3 : vii-viii
3. Wayne S, Fenton, editor. *Schizophrenia : Integrated treatment and functional outcomes*. Dalam : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8<sup>th</sup> ed. Kaplan HI, Sadock BJ . Philadelphia : Lippincott William & Wilkins, 2007; hal 1487-1501
4. Lieberman JA, Murray, RM.. *The outcome of Psychotic Illness*. Dalam: *Comprehensive Care of Schizophrenia A Text Book of Clinical Management*. London: Martin Dunitz Ltd, 2001.
5. Cristoph U, Christine R, Caroline C. *Antipsychotic Combinations vs Monotherapy in Schizophrenia: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials*. *Schizophrenia Bulletin*. 2009 ; 35( 2): 443–457.
6. Khalimah S . Perbaikan gejala agitasi akut dengan terapi medikamentosa pada pasien skizofrenia. Tesis. Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta; 2009.
7. Alan FS, Charles BN. *Essentials of Clinical Psychopharmacology*. Washington DC. American Psychiatry Publishing, Inc ;2001.
8. Wolff M, dkk. *Combination therapy in the treatment of schizophrenia*. *Pharmacopsychiatry*. 2010; 43 :122-129.
9. . \_\_\_\_\_. *The PSP Scale-Simple and Accurate Assessment of Funcionality in Schizophrenia*. *Antipsychotic Update*, Issue 4; 2006.
10. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, dkk. *Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus*. *The American Journal of Psychiatry*. 2007;162(3) : 441-449.

11. Georg J, Pier LM .*The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia*. Current Opinion in Psychiatry.2008; 21:630–639.
12. Anna G, Maria CT. *Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning?*. International Journal of Mental Health Systems.2010;4:31.
13. David MR. *Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia : A reanalysis*. Schizophrenia Bulletin. 1995; 21(3).
14. Jack JB, Kim TM, Alan GB. *Anhedonia, positive and negative affect and social functioning in schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin. 1998; 24(3):413-424.
15. Rieckmann N, Reichenberg A, Bowie CR, dkk. *Depressed mood and its functional correlates in institutionalized schizophrenia patients*. Schizophrenia Res. 2005; 77:179–187.
16. Paula J, Imaculada F. *Cognition, social cognition and social functioning in schizophrenia*. Psychology, Society and Education. 2009 ; 1 (1): 13-24.
17. Alexander SY, Greer S, Audrey B. *Measuring the quality of outpatient treatment for schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry.2007 ;55:611-617.
18. Margaret MM, Christopher RB, Thomas LP. *Correlation of functional capacity and neuropsychological performance in older patients with schizophrenia : Evidence for specificity*. Schizophrenia Research. 2007; 89 :330-338.
19. Douglas F, Haya A, Baojin Z . *Antipsychotic monotherapy and polypharmacy in the naturalistic treatment of schizophrenia with atypical antipsychotics*. BMC Psychiatry. 2005;5:26.
20. Barbui C, Signoretti A, Mule S, Boso M. *Does the addition of second antipsychotic drug improve clozapine treatment?* Schizophrenia bulletin. 2009;35 (2) : 458-468.
21. Stahl SM. *Editorial : Antipsychotic polypharmacy :Evidenced based or eminence based*. Acta Psychiatry Scand. 2002 ; 106 :321-322.

22. Thomas LP, Brent TM. *Measurement of functional capacity: A new approach to understanding functional differences and real-world behavioral adaptation in those with Mental Illness*. Annual Rev. Clin. Psychol. 2010;6:139-154.
23. Darmawan A . Penentuan validitas dan reliabilitas *Personal and Social Performance Scale*. Tesis. Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta; 2008
24. Sudigdo S, Ismael S. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 2. CV Sagung Seto. Jakarta;2002.
25. Fujimaki K, Takahashi T, Morinobu S. Association of typical versus atypical antipsychotics with symptoms and quality of life in schizophrenia. PLoS One. 2012; 5 (7) :e37087
26. Baandrup L, Gasse C, Jensen VD, dkk. *Antipsychotic polypharmacy and risk of death from natural causes in patients with schizophrenia : a population based case-control study*. The Journal of Clinical Psychiatry. 2011;71 (2) : 103-108.
27. Millier A, Sarlon E, Azorin JM, dkk. *Relapse according to antipsychotic treatment in schizophrenic patients : A propensity-adjusted analysis*. BMC Psychiatry. 2011;11 : 24-44.
28. Salem J, Kring A. *The role of gender differences in the reduction oy etiologic heterogeneity in schizophrenia*. Clinical Psychiatry Review. 1998;18 (7) : 795-819.
29. Murray RM, Castle D. *Women and Schizophrenia*. Cambridge University Press; 2000 : 1-45.
30. Rashmi N, Mark D. *Prognosis and recovery factors of schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin.2005; 7(2) :135-142.
31. Lysaker P, Erickson M, dkk. *Metacognition and social function in schizophrenia: Associations over a period of five months*. Cognitive Neuropsychiatry. 2011;16 (3) : 241-255.

32. MacPherson R, Jerrom B, Hughes A. *Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia*. British Journal Psychiatry. 1996;168 :718-722.
33. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P. *Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany*. British Journal Psychiatry. 2007;191 :30-37.
34. Kurihara T, Kato M, Reverger R, Tirta IG. *Eleven years clinical outcome of schizophrenia in Bali*. Acta Psychiatry Scandinavia .2005;112 : 456-462.
35. Lehman A. *Measure of Quality of Life among persons with severe and persistent mental disorders*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology.2006 ; 31 : 78-88.
36. Nyer M, Kasckow J, Fellows I, dkk. *The relationship of marital status and clinical characteristics in middle-aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms*. Annals of Clinical Psychiatry.2010; 22 (3) :172-179.
37. Folneqovic SV, Kocijan-Hercigonja D, Mimica N, dkk. *The significance of marital status for the course and prognosis of schizophrenia*. Coll. Antropol .1996;20 :7-10.
38. Stephens JH. *Long term prognosis and follow up in schizophrenia*. Schizophrenia bulletin. 1978; 4(1) :25-45.
39. Rosen K, Garety P. *Predicting recovery from schizophrenia : A retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes*. Dalam : Schizophrenia Bulletin. 2005; 31 (3) 733-750.
40. Arsova H, Pejaska V, Novotni A. *Personal and social functioning in patients with schizophrenia*. Contributions Sec Biol Med Sci.2010 ; 31(2) : 209-221.
41. Lehman T, Lieberman J, Dixon L. *Treatment Recommendations for Patients With Schizophrenia*. American Psychiatry Association. 2002. 1-332
42. Davis KL, Buchsbaum MS, Shihabuddin L, dkk. *Ventricular enlargement in poor outcome schizophrenia*. Biology Psychiatry. 1998; 43 :783-793.

43. Ali A. *Disability in schizophrenia and its relationship with duration of illness and age of onset*. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 2009; 14(1) :37-41.
44. Lenior E, Dingemas P. *Predictors of the early 5 year course of schizophrenia : A path analysis*. Schizophrenia Bulletin. 2005 ; 31(3) : 781-791
45. De Haan, der Gaag. *Duration of untreated psychosis and the long term course of schizophrenia*. Eur Psychiatry. 2000 ;15:264-267
46. Jobe T, Harrow M. *Long-term outcome of patients with schizophrenia : A review*. Can J Psychiatry. 2005 ; 50(14) : 892-900
47. Kazadi NJB, Moosa MY, Jeenah FY. *Factors associated with relapse in schizophrenia*. South Africa Journal of Psychiatry.2008; 14 (2) : 53-62.



## Lampiran I

## JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN

<b>Kegiatan</b>	November 2011	Desember 2011- Maret 2012	April 2012	Mei 2012
<b>Persiapan</b>				
<b>Pengumpulan data</b>				
<b>Pengolahan data</b>				
<b>Pemaparan hasil</b>				



## Lampiran II

**ANGGARAN BIAYA PENELITIAN**

A. Tahap persiapan		
Penelusuran kepustakaan dan fotokopi	Rp.	1.000.000,-
Kuesioner, lembar persetujuan, lembar informasi, 10x150x210	Rp.	3.150.000,-
B. Tahap pelaksanaan		
Biaya fotokopi PSP	Rp.	3.000.000,-
C. Tahap penyelesaian		
Penulisan dan penggandaan pelaporan 100x Rp 50000	Rp.	5.000.000,-
Jumlah	Rp.	11.150.000,-

||

Lampiran III

**LEMBARAN PERSETUJUAN SUBYEK PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Umur : .....

Alamat : .....

No. Responden

Menyatakan bersedia untuk mengikuti penelitian **“Perbandingan Performa Fungsi Pasien Skizofrenia Yang Mendapat Terapi tunggal Antipsikotika dengan Terapi Kombinasi di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (Periode Desember 2011- Mei 2012)”** secara suka rela, setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat dari penelitian tersebut.

Jakarta, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2012

( dr. Monika Joy Reverger )  
Peneliti

( \_\_\_\_\_ )  
Responden

## LEMBAR INFORMASI UNTUK SUBYEK PENELITIAN

Peneliti Utama : dr. Monika Joy Reverger  
 Alamat : Departemen Psikiatri FKUI/RSCM  
 Jl. Kimia II no 35 Jakarta Pusat

Bapak/Ibu Yth, saat ini kami dari Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI)/ RSUPN Cipto Mangunkusumo (RSCM) sedang melakukan penelitian dengan judul **“Perbandingan Performa Fungsi Pasien Skizofrenia Yang Mendapat Terapi tunggal Antipsikotika dengan Terapi Kombinasi di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (Periode Desember 2011-Mei 2012)”**.

Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan gambaran performa fungsi pasien skizofrenia rawat jalan yang mendapatkan satu jenis terapi dengan antipsikotika dibandingkan dengan yang mendapatkan terapi kombinasi.

Beberapa tahun lalu, skizofrenia dikenal sebagai penyakit kronik yang berlangsung seumur hidup tanpa harapan untuk sembuh. Saat ini perkembangan terapi pasien skizofrenia adalah mengoptimalkan fungsi kehidupan pasien skizofrenia. Semua hal ini pada akhirnya bertujuan meningkatkan fungsi penderita skizofrenia. Fungsi pribadi berhubungan dengan aktivitas hidup sehari-hari, seperti kebersihan diri, melakukan pekerjaan rumah tangga, belanja atau bekerja. Fungsi sosial dan hubungan interpersonal yaitu kemampuan mempertahankan hubungan dengan orang lain, dapat menjalankan peran sosial seperti mempertahankan pekerjaan, perkawinan, mengurus anak serta mampu menghadapi masalah dan tidak terisolasi dari lingkungan sosialnya. Performa fungsi-fungsi ini perlu dinilai baik pada pasien yang mendapat satu jenis pengobatan dibandingkan yang mendapat terapi kombinasi.

Apabila Bapak/Ibu/saudara adalah keluarga dengan salah seorang anggota keluarganya adalah penderita skizofrenia, maka kami mengundang Bapak/Ibu untuk

## Lampiran IV ( lanjutan )

turut berpartisipasi dalam penelitian ini. Apabila Bapak/Ibu berminat berpartisipasi dalam penelitian ini, Bapak/Ibu akan menjalani beberapa prosedur berikut ini:

1. Wawancara untuk mengetahui identitas berupa nama, jenis kelamin, umur, alamat rumah, nomor telepon yang dapat dihubungi.
2. Wawancara untuk menilai performa fungsi personal dan sosial akan dilakukan kepada Bapak/Ibu pengasuh pasien dan pasiennya sendiri.

Partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela sehingga Bapak/Ibu dapat mengundurkan diri dari penelitian ini kapan saja. Apabila Bapak/Ibu memutuskan untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini maka Bapak/Ibu akan diminta menandatangani formulir surat persetujuan yang menyatakan bahwa Bapak/Ibu telah mendapat penjelasan tentang penelitian ini dan secara sukarela Bapak/Ibu bersedia untuk berpartisipasi.

Jika ada sesuatu yang belum jelas, dokter akan menjawab semua pertanyaan yang diajukan Bapak/Ibu atau keluarga Bapak/Ibu tentang penelitian ini. Untuk itu Bapak/Ibu dapat menghubungi: dr. Monika Joy Reverger, telp 08557812210.

## Lampiran V

**FORMULIR DATA DEMOGRAFIS PASIEN**

No. Responden : .....

Tanggal Pengisian : .....

Cara pengisian instrumen

Isilah penilaian anda pada kolom yang disediakan.

Nama Lengkap : .....

Usia : ..... tahun; Jenis kelamin: .....

Tempat tanggal lahir : .....

Alamat : ..... No. .... RT. .... RW. ....  
 Kelurahan ..... Kecamatan .....

No. Telepon (kalau ada) : .....

Agama : 1. Islam 2. Kristen 3. Katolik 4. Budha 5. Hindu 6. Lain-lain

Suku : 1. Jawa 2. Sunda 3. Minang 4. Tapanuli 5. Betawi   
 6. Cina 7. Arab 8. India 9. Lain-lain

Pendidikan : 1. SD 2. SMP 3. SMU 4. Akademi/S1 5. S2 6. S3

Pekerjaan : 1. PNS 2. Pegawai swasta 3. Wiraswasta 4. IRT 5. lain-lain

Status pernikahan : 1. Menikah 2. Tidak menikah   
 3. Cerai hidup 4. Cerai Meninggal

Jumlah anak : .....

Usia awal saat menderita gangguan : ..... tahun

Jumlah perawatan selama menderita gangguan : ..... kali

Terapi yang didapatkan : .....

**WAWANCARA TERSTRUKTUR UNTUK *PERSONAL & SOCIAL*  
*PERFORMANCE SCALE*  
(WT PSP) (PASIEN/PENGASUH)  
(Versi Indonesia)**

Penuntun wawancara ini dimaksudkan sebagai alat bantu mendapatkan informasi penting mengenai performa sosial dan pekerjaan serta dampak perilaku-perilaku yang berhubungan dengan gangguan mental. Oleh sebab itu, alat ini tidak dimaksudkan untuk mendapatkan informasi mengenai simptomatologi atau untuk digunakan secara eksklusif ketika menentukan informasi mengenai perilaku dan atau perubahan-perubahan yang berhubungan dengan penyakit atau fungsi seorang subjek.

Bagi pewawancara, panduan ini mungkin membantu untuk menanyajan pertanyaan-pertanyaan berikut untuk memperjelas keparahan sebuah perilaku atau dampak dari sebuah perilaku yang berpengaruh pada fungsi selama periode waktu tertentu. Kerangka waktu dalam panduan ini bersifat fleksibel dan dapat ditentukan oleh protocol ketika suatu perilaku dinilai. Pertanyaan yang dicetak lebih tebal adalah pertanyaan inti. Pertanyaan-pertanyaan yang dicetak biasa adalah pertanyaan lebih lanjut yang ditanyakan bila pasien menjawab ‘ya’ pada pertanyaan inti.

*Pendahuluan: Saya akan bertanya kepada anda beberapa pertanyaan tentang kejadian selama satu bulan terakhir (atau protokol dengan kurun waktu tertentu). Jadi, tolong beritahu saya, bagaimana keadaan anda selama satu bulan terakhir?*

**PERAWATAN DIRI**

- 1. Dimanakah Anda tinggal? Menurut pendapat Anda, bagaimana Anda mengurus diri sendiri selama sebulan terakhir?**
- 2. Apakah Anda mendapat resep obat? Apakah Anda secara teratur meminum obat sesuai aturan yang dianjurkan menurut resep? Apakah ada orang lain yang harus mengingatkan atau menolong Anda?**
- 3. Rata-rata, apakah biasanya Anda makan paling tidak 2 kali sehari selama satu bulan terakhir? Apakah orang lain harus mengingatkan atau menolong Anda? (Jika ya: seberapa sering?)**
- 4. Seberapa sering Anda mandi dalam sehari? Apakah orang lain harus mengingatkan Anda atau menolong Anda mandi? (Jika ya: seberapa sering?)**
- 5. Berapa sering Anda menggosok gigi? Apakah orang lain yang harus mengingatkan atau menolong Anda? (Jika ya: seberapa sering?)**

**6. Menurut pendapat Anda, bagaimana penampilan Anda selama sebulan terakhir ini?**

Seberapa sering Anda keramas rambut? Apakah orang lain harus mengingatkan atau menolong Anda? (Jika ya: seberapa sering?)

Seberapa sering Anda mengganti baju? Apakah orang lain harus mengingatkan atau menolong Anda? (Jika ya: seberapa sering?)

Seberapa sering Anda mencuci baju Anda? Apakah orang lain harus mengingatkan atau menolong Anda? (Jika ya: seberapa sering?)

*(Catatan: Paling tidak pasien berinisiatif meminta bantuan orang lain untuk mencuci bajunya)*

**AKTIVITAS YANG BERGUNA SECARA SOSIAL (Termasuk bekerja dan sekolah/belajar)**

**1. Bagaimana Anda menghabiskan waktu Anda selama sebulan terakhir?**

Apakah Anda bekerja?

(Jika ya: Berapa sering Anda dijadwalkan bekerja? Berapa sering Anda hadir bekerja?)

Apakah Anda menjadi relawan di sesuatu tempat?

(Jika ya: Berapa sering Anda dijadwalkan bekerja? Berapa sering Anda hadir bekerja?)

Apakah Anda pergi ke sekolah?

(Jika ya: Berapa sering jadwalnya? Berapa sering Anda hadir?)

Apakah Anda menghadiri suatu program terapi?

(Jika ya: Berapa sering Anda dijadwalkan? Berapa sering Anda hadir?)

**2. Apakah Anda melakukan pekerjaan rumah tangga sebulan terakhir ini? (Seperti: memasak, mencuci, dll) (Jika ya: Seberapa sering aktivitas-aktivitas ini dilakukan?)**

**3. Apakah Anda berpartisipasi dalam aktivitas kelompok? (seperti: klub, kelompok pendukung, tim) (Jika ya: Seberapa sering aktivitas-aktivitas ini dijadwalkan? Seberapa sering Anda menghadirinya?)**

**4. Apakah Anda berpartisipasi dalam organisasi keagamaan atau menghadiri pelayanan keagamaan (seperti sholat Jumat/ kebaktian di Gereja/di tempat ibadah lainnya)? (Jika ya: Seberapa sering aktivitas-aktivitas ini dijadwalkan? Seberapa sering Anda menghadirinya?)**

5. **Bagaimana Anda mengisi waktu luang Anda? Apakah Anda mempunyai hobi (kesukaan)?** (Jika ya: Berapa kali frekuensi melakukan hal tersebut?)

#### **HUBUNGAN SOSIAL DAN PERSONAL**

1. **Siapaakah orang yang dekat dengan Anda?**
2. **Bagaimana hubungan Anda dengan mereka selama sebulan terakhir ini?**

Berapa lama Anda menghabiskan waktu seorang diri dalam sehari?  
 Berapa lama waktu yang Anda habiskan bersama keluarga?  
 Berapa lama waktu yang Anda habiskan bersama teman-teman Anda?  
 Apakah Anda menelepon keluarga atau teman?  
 Bagaimana hubungan Anda dan rekan-rekan di tempat kerja/sekolah/  
 program terapi?

#### **PERILAKU MENGGANGGU DAN AGRESIF**

1. **Selama sebulan terakhir, apakah Anda mudah tersinggung oleh orang lain?**  
 Jika ya: **Tolong ceritakan pada saya lebih lanjut tentang hal itu.**  
 Apa yang telah Anda lakukan dalam sebulan terakhir ini, jika Anda teriritasi atau marah dengan seseorang?
2. **Apakah Anda pernah bersikap yang oleh orang lain dianggap tidak pantas?** (seperti: berbicara pada orang asing dengan cara yang terlalu akrab, mengganggu orang lain dengan berbicara terlalu keras, membuka baju di depan umum)
3. **Selama sebulan terakhir, apakah Anda pernah secara sengaja merusak sesuatu?**  
 Jika pernah: **Tolong ceritakan pada saya lebih lanjut tentang hal itu.**  
 Apakah Anda pernah melempar barang?  
 Apakah Anda pernah memukul perabot rumah tangga atau dinding?  
 Jika pernah: Seberapa sering hal ini terjadi dalam sebulan terakhir?
4. **Selama sebulan terakhir, apakah Anda pernah bertengkar mulut?**
5. **Bagaimana dengan perkelahian fisik?**  
 Jika pernah: **Tolong ceritakan pada saya lebih lanjut tentang hal itu.**  
 Pernahkah Anda menyumpahi seseorang?  
 Pernahkah suara Anda meninggi atau berteriak pada seseorang?  
 Pernahkah Anda mengancam untuk melukai seseorang?  
 Pernahkah Anda mencoba melukai diri sendiri?



## Lampiran VI (lanjutan)

Pernahkah Anda melakukan percobaan bunuh diri?

Jika pernah: **Apakah percobaan ini mempengaruhi kemampuan atau fungsi Anda?**

Jika ya: **Tolong ceritakan pada saya lebih lanjut tentang hal itu**  
(contohnya: kehilangan pekerjaan, dirawat di rumah sakit)

- 6. Seberapa sering perilaku yang Anda ceritakan tadi terjadi selama satu bulan terakhir ini?**



### MENILAI SKALA PSP: SUATU PROSES 3 TAHAP

#### 1. Menilai keparahan hendaya pada keempat ranah.

Keparahan hendaya (ranah a-c)	Keparahan hendaya (ranah d)
<p><b>1.Tidak ada</b></p> <p><b>2.Ringan:</b> hanya diketahui oleh seseorang yang sangat mengenal pasien.</p> <p><b>3.Terlihat:</b> kesulitan jelas terlihat oleh semua orang, tetapi secara substansial tidak mengganggu kemampuannya dalam menjalankan perannya dalam area tersebut, sesuai konteks sosio-kultural, usia, jenis kelamin &amp; tingkat pendidikan pasien.</p> <p><b>4.Nyata/jelas:</b> kesulitan sangat mengganggu peran kemampuannya dalam bidang tersebut, namun individu masih dapat melakukan beberapa hal tanpa pertolongan professional atau pertolongan sosial, meskipun tidak adekuat dan/atau kadang-kadang saja. Bila dibantu, ia mungkin dapat mencapai taraf fungsi sebelumnya.</p> <p><b>5.Berat:</b> kesulitan membuat individu tidak dapat menjalankan peran apapun pada bidang tersebut, jika tidak dibantu secara profesional, atau mendorong individu menjadi destruktif. Meskipun demikian, tidak ada risiko kematian.</p> <p><b>6.Sangat berat:</b> intensitas hendaya dan kesulitan yang ada membahayakan diri individu . Risiko bunuh diri harus diperhitungkan hanya jika pikiran-pikiran bunuh diri itu mempengaruhi fungsi sosialnya.</p>	<p><b>1.Tidak ada</b></p> <p><b>2.Ringan:</b> setara dengan kekasaran ringan, tidak dapat bergaul atau mengeluh</p> <p><b>3.Terlihat:</b> termasuk perilaku seperti berbicara keras atau berbicara pada orang lain dengan sikap terlalu akrab, atau makan dengan sikap yang tak dapat diterima secara sosial.</p> <p><b>4.Nyata/jelas:</b> menghina orang di tempat umum, memecahkan/ merusak benda, sering berperilaku tidak sesuai secara sosial tetapi dalam cara yang tidak membahayakan (co. telanjang atau kencing di tempat umum), tidak terjadi sesekali.*</p> <p><b>5.Berat:</b> sering mengancam secara verbal atau sering menyerang secara fisik, tanpa sebab atau kemungkinan luka yang serius, tidak terjadi sesekali.*</p> <p><b>6. Sangat berat:</b> berniat atau tampak dapat menyebabkan luka serius, tidak terjadi sesekali.*</p> <p><small>*Pada konteks ini, 'tidak terjadi sesekali' didefinisikan sebagai kemunculan <math>\geq 3</math> kali selama periode tertentu. Perilaku mengganggu ini dapat dipertimbangkan 'hanya sesekali' jika muncul hanya satu atau dua kali selama periode, dan professional kesehatan jiwa dan pengasuh yakin bahwa tidak akan muncul lagi dalam 6 bulan mendatang. Pada kasus ini, skornya harus diturunkan 1 (contoh, berat menjadi nyata/jelas)</small></p>

## Lampiran VII (lanjutan)

Tabel untuk menilai keempat ranah	Tidak ada	Ringan	Terlihat	Nyata/ Jelas	Berat	Sangat berat
Perawatan diri						
Aktivitas yang berguna secara sosial.						
Hubungan personal dan sosial						
Perilaku mengganggu dan agresif						

## 2. Menilai pasien pada interval 10 poin

	Skoring PSP dengan interval 10 poin
100-91	Fungsi yang sangat baik pada semua ranah. Pasien dipertimbangkan dalam kualitas yang baik, mampu beradaptasi terhadap masalah kehidupan dengan adekuat, dan terlibat dalam aktivitas dan ketertarikan yang luas.
90-81	Fungsi yang baik pada semua ranah. Pasien hanya menunjukkan masalah dan kesulitan yang umum
80-71	Kesulitan ringan pada satu atau lebih dari ranah a-c
70-61	Kesulitan yang terlihat tetapi tidak sampai nyata/jelas pada satu atau lebih ranah a-c; atau kesulitan ringan pada d. Untuk ranah b, bengkel kerja dapat dimasukkan jika prestasi kerjanya baik.
60-51	Kesulitan yang nyata/jelas hanya pada salah satu ranah a-c; atau adanya kesulitan yang terlihat pada ranah d.
50-41	Kesulitan yang nyata/jelas pada dua atau tiga ranah a-c; atau kesulitan berat hanya pada satu domain a-c tanpa kesulitan yang nyata/jelas pada dua ranah lainnya. Tidak ada kesulitan yang nyata/jelas pada d.
40-31	Kesulitan berat hanya pada satu dari ranah a-c dan kesulitan yang nyata/jelas pada paling tidak satu dari dua yang lainnya; atau kesulitan yang nyata/jelas pada ranah d.
30-21	Kesulitan berat pada dua ranah a-c; atau kesulitan berat pada d, walaupun jika kesulitan berat dan nyata/jelas tidak ada pada ranah a-c.
20-11	Kesulitan berat pada semua ranah a-c; atau kesulitan sangat berat pada d, walaupun

	kesulitan berat tidak ada pada ranah a-c. Jika pasien bereaksi terhadap stimulus eksternal, skor yang disarankan (20-16); jika tidak (16-11).
10-1	Tidak adanya otonomi pada fungsi dasar dengan perilaku yang ekstrim tetapi. tanpa risiko pertahanan hidup (skor 10-6); atau dengan risiko pertahanan hidup, seperti malnutrisi, dehidrasi, infeksi, tidak dapat menyadari situasi berbahaya (skor 5-1)

### 3. Penentuan skor akhir dengan interval 10-poin

Sebuah nilai numerik di antara interval 10 poin harus ditentukan dengan mempertimbangkan perilaku baik positif maupun negatif. Yang termasuk contoh perilaku positif:

- Naik kendaraan atau pergi kontrol ke dokter secara mandiri.
- Minum obat tanpa bantuan/ pengawasan; dan
- Menghubungi sendiri teman-teman atau saudara.

Penentuan skor pasti terbuka untuk interpretasi, tetapi pasien-pasien yang menunjukkan banyak indikator positif harus menerima skor bagian atas dari interval 10 poin. Sebaliknya, pasien dengan indikator negatif yang lebih banyak daripada indikator positif harus diberikan skor lebih rendah pada interval 10 poin.

**SEBAGAI CONTOH, JIKA SEORANG PASIEN TELAH DILETAKKAN DALAM INTERVAL 40-31, TETAPI MENUNJUKKAN BANYAK PERILAKU POSITIF (SEPERTI MINUM OBAT SENDIRI, MAKAN SECARA** Lampiran VII

teratur dan tetap menghubungi keluarga), mereka harus menerima skor mendekati 40. Sebaliknya, jika pasien ini menunjukkan lebih banyak perilaku negatif daripada positif (misalnya menolak mium obat, ingin meninggalkan rumah seorang diri, kurang hubungan dengan keluarga), mereka harus menerima skor mendekati 31.

**DATA DEMOGRAFI TAMBAHAN**

Variabel	Jenis Terapi Antipsikotika	
	Terapi Tunggal (%)	Terapi Kombinasi (%)
Agama		
Islam	84 (81.6)	91 (89.2)
Kristen Protestan	14 (13.6)	11 (10.8)
Katolik	3 (2.9)	0 (0)
Budha	2 (1.9)	0 (0)
Suku		
Jawa	41 (39.8)	37 (36.3)
Sunda	16 (15.5)	28 (27.4)
Minang	9 (8.7)	7 (6.9)
Tapanuli	8 (7.8)	10 (9.8)
Betawi	20 (19.5)	9 (8.8)
Cina	4 (3.9)	0 (0)
Arab	0 (0)	1 (1.0)
Lain-lain	5 (4.8)	10 (9.8)

