

# NILAI PANSS-EC DAN GAF PADA PASIEN GANGGUAN MENTAL PSIKOTIK YANG DITERAPI ATYPICAL-ATYPICAL DAN ATYPICAL-TYPICAL DI RSJ GRHASIA YOGYAKARTA

Mexsi Mutia Rissa<sup>1</sup>, Endang Darmawan<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Akademi Farmasi Indonesia Yogyakarta, 55161 INDONESIA

<sup>2</sup> Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta, 55164 INDONESIA  
[mexsi.rissa@gmail.com](mailto:mexsi.rissa@gmail.com)

---

## ABSTRAK

Sekitar 7% penduduk Indonesia mengalami gangguan mental psikosis. Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan daerah kedua tertinggi tingkat kejadian psikosis dengan angka 10 per 1000 penduduk dan yang dirawat di rumah sakit jiwa dengan gangguan skizofrenia sebanyak 80%. Respon terapi pengobatan pasien dengan gangguan jiwa seperti skizofrenia dapat dilihat dari perbaikan gejala yang dapat diukur melalui parameter seperti *The Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component* (PANSS-EC) dan *Global Assessment of Functioning* (GAF), kedua parameter ini merupakan variabel penting yang ditunjukkan oleh hasil penilaian secara obyektif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan nilai PANSS-EC dan GAF sebelum dan sesudah diterapi *atypical-atypical* dan *atypical-typical*. Desain penelitian kohort prospektif. Kriteria inklusi pasien usia dewasa (18-65 tahun), sedang menjalani rawat inap, mendapatkan terapi *atypical-atypical* dan *atypical-typical* dan memiliki data yang lengkap. Data didapatkan dari rekam medis dan dianalisis dengan tes univariat untuk menggambarkan distribusi pasien. Pengujian bivariat untuk membandingkan dan menghubungkan nilai PANSS-EC dan GAF. Jumlah sampel sebanyak 32 pasien terbagi menjadi 2 kelompok. Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai PANSS-EC sesudah diterapi turun secara signifikan ( $p=0,001$ ) dan nilai GAF naik secara signifikan ( $p=0,001$ ) namun tidak terdapat perbedaan bermakna antara kedua kelompok terhadap pasien gangguan mental psikotik di Rumah Sakit Jiwa Yogyakarta.

**Kata kunci :** *gangguan mental psikosis, atypical-atypical, atypical-typical, PANSS-EC, GAF*

## ABSTRACT

*Approximately 7% of Indonesia's population experience mental disorders psychosis. Special Region of Yogyakarta is the second highest area of psychosis incidence rate with 10 per 1000 population and 80% are treated in mental hospitals with schizophrenia. Treatment response of patients with mental disorders such as schizophrenia can be seen from the improvement of symptoms that can be measured through parameters such as The Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component (PANSS-EC) and Global Assessment of Functioning (GAF), these two parameters are important variables that are important indicated by the results of an objective assessment. This study aims to determine the differences in PANSS-EC and GAF values before and after atypical-atypical and atypical-typical treatment. Prospective cohort study design. The inclusion criteria for adult patients (18-65 years), who are inpatient, get atypical-atypical and atypical-typical therapy and have complete data. Data obtained from medical records and analyzed by univariate tests to describe the distribution of patients. Bivariate testing to compare and link PANSS-EC and GAF values. The total sample of 32 patients was divided into 2 groups. The results showed that the PANSS-EC value after being treated dropped significantly ( $p=0.001$ ) and the GAF value rose significantly ( $p=0.001$ ) but there were no significant differences between the two groups of psychotic mental disorder patients at the psychiatric hospital.*

**Keywords :** *psychotic mental disorder, atypical-atypical, atypical-typical, PANSS-EC, GAF*

## 1. Pendahuluan

Kesehatan jiwa merupakan salah satu masalah yang menjadi perhatian dunia saat sekarang, yaitu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan dan menimbulkan penderitaan pada individu atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial (Keliat *et al.*, 2014). Penyebab dari gangguan mental psikotik masih belum diketahui. Pasien dengan gangguan personalitas seperti *borderline*, *schizoid*, *schizotypal* atau *paranoid qualities* dapat berkembang menjadi gejala psikotik. Pada beberapa pasien psikosis juga memiliki riwayat skizofrenia atau gangguan *mood* pada keluarga namun hal ini belum dapat dipastikan. Psikodinamis telah mengembangkan mekanisme penggandaan yang tidak sesuai dan kemungkinan perkembangan sekunder pada pasien gangguan psikotik.

Skizofrenia salah satu bentuk gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), efek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktifitas sehari-hari (Hariyani, 2016). Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan fungsi medis yang mempengaruhi fungsi otak manusia, fungsi kognitif, emosional dan tingkah laku (Depkes RI, 2015). Skizofrenia dapat terjadi karena adanya kelainan di dalam otak yang dapat berpengaruh pada proses persepsi, pikiran, emosi, gerakan dan perilaku sosial (Herdman, 2015).

Menurut *World Health Organization*, 2016 terdapat sekitar 35 juta orang yang mengalami depresi, 60 juta mengidap bipolar, 47,5 juta mengalami demensia, dan 21 juta mengalami gangguan skizofrenia. *American Psychiatric Association*, 2013 menyebutkan bahwa 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia dan 75% penderita dari skizofrenia dapat terjadi pada usia 16-25 tahun (Depkes RI, 2015).

Menurut *World Health Organization*, 2012 terdapat 450 juta jiwa yang mengalami gangguan jiwa, angka penderita skizofrenia di dunia menunjukkan 1% penderita jiwa atau setara dengan 24 jiwa. Berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018), gangguan jiwa mengalami peningkatan dengan angka yang signifikan dari 83.612 jiwa menjadi 85.788 jiwa dari tahun 2013 sampai tahun 2018, 1,7 jiwa atau 1-2 orang dari 1.000 warga Indonesia.

Jumlah ini cukup besar, artinya 50 juta atau sekitar 25% dari jumlah penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa. Yogyakarta merupakan daerah kedua tertinggi tingkat kejadian gangguan mental psikosis dengan angka 10 per 1000 penduduk.

Penatalaksanaan farmakoterapi pada pasien gangguan mental psikotik dengan penggunaan antipsikotik, baik tunggal maupun kombinasi. Antipsikotik diklasifikasikan menjadi antipsikotik *atypical* dan antipsikotik *typical*. Kedua kelompok antipsikotik tersebut memiliki aktivitas farmakologi yang sama, yaitu memlokir reseptor dopamine D2 (Bruijnzeel *et al.*, 2014). Penggunaan terapi kombinasi antipsikotik lebih banyak digunakan dibandingkan terapi tunggal yaitu 90,6% (Yulianty *et al.*, 2017). Penggunaan kombinasi antipsikotik *typical* dan antipsikotik *atypical* merupakan kombinasi yang paling banyak diberikan (70,83%), hal ini yang menjadi salah satu alasan peneliti untuk melakukan penelitian dengan kombinasi antipsikotik *atypical-atypical* dan antipsikotik *atypical-typical*.

Antipsikotik generasi pertama dapat memperbaiki gejala positif, namun umumnya tidak memperbaiki gejala negatif. Sedangkan antipsikotik generasi kedua dapat memperbaiki gejala positif dan negatif dari skizofrenia dan lebih efektif mengobati pasien yang resisten (Cherrie *et al.*, 2016).

Permatasari (2016) melaporkan bahwa antipsikotik yang paling sering diresepkan dokter jiwa Grhasia adalah kombinasi dua obat (*typical-atypical*) yaitu haloperidol-*clozapine* (42,6%). Pola penggunaan antipsikotik yang diberikan pada masing-masing pasien kebanyakan tidak mengalami perubahan obat maupun dosisnya. Pola penggunaan antipsikotik yang diresepkan satu kali perubahan paling banyak adalah yang diganti menjadi bentuk kombinasi dua obat (klorpromazin-haloperidol diganti menjadi haloperidol-*clozapine*) selama selang waktu 1 minggu yaitu sebesar 15,9%. *Clozapine* merupakan antipsikotik *atypical* yang efektif dan tidak menimbulkan efek samping ekstrapiramidal. Oleh karenanya, *clozapine* digunakan sebagai agen pengobatan lini pertama pada penderita skizofrenia (Chisholm-Burns *et al.*, 2016).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada bulan Juni, Juli dan Agustus 2018 di Rumah Sakit Jiwa Grhasia yaitu kombinasi *atypical* (*clozapine-risperidon*) dan kombinasi *atypical-typical* (*clozapine-haloperidol-risperidon*), salah

satu yang melatarbelakangi peneliti untuk melakukan penelitian dengan menganalisa perubahan nilai PANSS-EC dan GAF pada kedua kelompok tersebut.

PANSS-EC (*Positive and Negative Symptom Scale-Excited Component*) dan GAF (*Global Assessment of Functioning*) digunakan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Grhasia Yogyakarta untuk mengetahui status kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ditimbulkan, seperti gejala positif, negatif, gangguan fungsi keseluruhan, dan psikopatologi umum. PANSS-EC terdiri dari 5 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat atau ringannya gejala. Jika skor PANSS-EC pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil. Begitu juga dengan GAF, jika dari awal pengobatan hingga akhir pengobatan terus meningkat maka terapi tersebut dikatakan berhasil, maka hal tersebut yang melatarbelakangi peneliti untuk melakukan penelitian dengan menganalisa perubahan nilai PANSS-EC dan GAF pada kedua kelompok tersebut. PANSS-EC dan GAF digunakan pada penelitian ini karena kedua alat ukur tersebut merupakan para meter untuk melihat perubahan gejala positif, negatif, dan gangguan fungsi keseluruhan yang dipengaruhi oleh pemberian terapi. Terapi yang digunakan pada penelitian ini adalah *atypical* dan *typical* dimana kedua kelompok antipsikotik tersebut memiliki aktivitas farmakologi yang sama, yaitu memblokir reseptor *dopamine* D2 (Bruijnzeel *et al.*, 2014)

## 2. Tinjauan Teoritis

Gangguan psikosis adalah gangguan kejiwaan berupa hilang kontak dengan kenyataan yaitu penderita kesulitan membedakan hal nyata dengan yang tidak, umumnya akan dimulai dengan kesulitan konsentrasi, berbicara tidak jelas dan kesulitan mengingat (Kaplan and Sadock, 2010). Dalam keseharian penderita psikosis juga dapat mengalami hal-hal yang tidak nyata yang mempengaruhi tingkah laku seperti ketakutan akan hal-hal yang tidak nyata dan paranoia.

Patofisiologi dari gangguan mental psikotik terjadi karena neurotransmitter yang bekerja secara abnormalitas sehingga menimbulkan gejala gangguan mental psikotik. Selain neurotransmitter, dopamine serotonin dan glutamat juga menjadi salah satu faktor pencetus terjadinya gangguan mental psikotik. Gejala

positif pada gangguan mental psikotik disebabkan oleh kelebihan dopamine, glutamate dan terjadinya rangsangan neurotransmitter di mesolimbic. Beberapa penelitian telah menemukan penurunan fungsi reseptor glutamate N-metil-D-aspartat (NMDA) (Gaddes, 2011).

Gambaran secara klinis terjadinya gangguan psikis pada setiap orang berbeda-beda, bahkan pada satu individu pun akan bervariasi seiring bejalan waktu. Menurut *American Psychiatric Association* (2013), ada beberapa manifestasi klinis gangguan psikis yang muncul dari *The Diagnostic and Statistical Manual; fifth edition* (DSM-V), seperti; delusi, halusinasi, pikiran yang tidak teratur, perilaku yang tidak teratur, gejala negatif.

Psikotik dapat disebabkan oleh penyakit kejiwaan primer, penggunaan zat, atau kondisi neurologis atau medis lainnya. Gangguan psikotik primer dianggap sebagai kelainan perkembangan saraf dan diyakini berkembang dalam rahim, meskipun berkali-kali manifestasi gejala psikotik dan penyakit lengkap berkorelasi dengan faktor epigenetik atau lingkungan (penyalahgunaan zat, stres, imigrasi, infeksi, periode postpartum, atau penyebab medis lainnya). Ada bukti signifikan untuk faktor risiko genetik dalam patogenesis gangguan psikotik (Temmingh, 2018).

Klasifikasi gangguan psikotik menurut Kaplan and Sadock, (2010) sebagai berikut:

- a. Skizofrenia. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia, di mana adanya gejala-gejala khas tersebut telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodormal).
- b. Gangguan skizotipal. Tidak terdapat onset yang pasti dan perkembangan yang biasanya menyerupai gangguan kepribadian.
- c. Gangguan waham menetap. Kelompok ini meliputi gangguan dengan waham-waham yang berlangsung lama (paling sedikit selama 3 bulan) sebagai satu-satunya gejala klinis yang khas atau yang paling mencolok dan tidak dapat digolongkan sebagai gangguan mental organik, skizofrenia atau gangguan efektif.
- d. Gangguan psikotik akut dan sementara. Memiliki onset yang akut (dalam masa 2 minggu), kesembuhan yang sempurna biasanya terjadi dalam 2-3 bulan, sering dalam beberapa minggu atau bahkan beberapa hari, dan hanya sebagian kecil dari

- pasien dengan gangguan ini berkembang menjadi keadaan yang menetap.
- e. Gangguan waham induksi. Dua orang atau lebih mengalami waham atau sistem waham yang sama, dan saling mendukung dalam keyakinan waham tersebut. Penderita waham orisinil (gangguan psikotik) hanya satu orang, waham tersebut terinduksi (mempengaruhi) lainnya, dan biasanya menghilang apabila orang-orang tersebut dipisahkan.
  - f. Gangguan skizoafektif. Merupakan gangguan yang bersifat episodik dengan gejala afektif dan skizofrenik yang sama-sama menonjol dan secara bersamaan ada dalam episode yang sama.
  - g. Gangguan psikotik non-organik lainnya. Gangguan psikotik yang tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia atau untuk gangguan afektif yang bertipe psikotik, dan gangguan-gangguan yang psikotik yang tidak memenuhi kriteria gejala untuk gangguan waham menetap.

Skizofrenia didefinisikan sebagai gangguan mental yang berlangsung sekurang-kurangnya satu bulan atau enam bulan mengalami gejala fase aktif (mengalami dua atau lebih gejala delusi, halusinasi, bicara tidak teratur, perilaku tidak teratur atau katatonik dan gejala negatif) (Dipiro *et al.*, 2015). Studi menunjukkan bahwa genetika, perkembangan janin dalam kandungan, lingkungan awal, neurobiologi, proses psikologi dan faktor sosial merupakan penyebab penting. Meskipun tidak ada penyebab umum skizofrenia yang dapat diidentifikasi pada semua individu yang didiagnosa pada kondisi tersebut. Saat ini sebagian besar peneliti dan dokter percaya bahwa skizofrenia dipengaruhi oleh faktor kerentanan otak (baik yang diwarisi atau yang diperoleh) (Ikawati, 2011).

Etiologi lain menjelaskan skizofrenia berasal dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang disebut neurotransmitter, yaitu mediator kimia yang memungkinkan saraf-saraf berkomunikasi satu sama lain. Beberapa ahli mengatakan bahwa skizofrenia berasal dari aktivitas neurotransmitter dopamin yang berlebihan pada bagian tertentu dari otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap dopamin. Banyak ahli yang berpendapat bahwa aktivitas dopamin yang berlebihan saja tidak cukup untuk skizofrenia. Beberapa neurotransmitter lain seperti serotonin dan norepinefrin juga memainkan peranan terhadap

skizofrenia (Raquel *et al.*, 2018).

Gejala utama pada skizofrenia dibuatkan ke dalam 5 lokalisasi pada region otak manusia, tidak hanya gejala positif dan gejala negatif saja, tetapi juga gejala kognitif, gejala agresif dan gejala afektif yang dikaitkan dengan daerah otak yang mengalami gangguan (Stahl, 2013).

### 3. Metodologi

Alat yang digunakan pada penelitian ini adalah formulir pengambilan data, digunakan untuk mengumpulkan data demografi pasien, yaitu usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit hingga tanggal keluar rumah sakit, nilai PANSS-EC dan GAF saat baru masuk rumah sakit (sebelum) dan saat pulang (sesudah) melalui *medical record* atau rekam medis.

Tempat penelitian di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta karena rumah sakit ini adalah rumah sakit rujukan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan prevalensi kejadian gangguan mental psikotik di rumah sakit ini lebih sering dibandingkan rumah sakit umum yang lain. Periode penelitian pada bulan Juli hingga September tahun 2019. Menentukan kelompok sasaran pada populasi penelitian berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa hal. Setiap pasien gangguan mental psikotik yang memenuhi kriteria inklusi pada kelompok penelitian, akan dicatat identitasnya. Subyek selanjutnya dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok yang diterapi *atypical-atypical* dan kelompok *atypical-typical*. Merekap nilai PANSS-EC dan GAF sebelum dan sesudah diterapi *atypical-atypical* dan kelompok *atypical-typical*. Melakukan pengolahan dan analisis data secara statistik dengan sistem komputerisasi.

Analisis data menggunakan *Statistical Product And Service Solution* (SPSS), untuk membuktikan hipotesis pada penelitian ini. Gambaran distribusi frekuensi dan proporsi dari sosio-demografi subyek pada kelompok *atypical-atypical* dan kelompok *atypical-typical*. Sedangkan analisis komparatif data numerik berpasangan, untuk mengetahui perbedaan rerata skor PANSS-EC dan GAF sebelum dan sesudah diterapi menggunakan uji *paired sample t-test* apabila data berdistribusi normal dan *Wilcoxon* jika data tidak berdistribusi normal. Perbedaan rerata skor sebelum dan sesudah diterapi, dianalisis menggunakan *independent sample t-*

test jika data berdistribusi normal, bila data tidak berdistribusi normal maka dapat menggunakan analisis *Mann-Whitney*.

## 4. Hasil dan Pembahasan

### 4.1 Karakteristik Sosio-Demografis Subyek

Karakteristik sosio-demografi subyek terdiri dari usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, dan pekerjaan. Tabel I menggambarkan karakteristik sosio-demografi subyek dalam penelitian ini.

Tabel 1 menunjukkan bahwa usia masa dewasa (18-40 tahun) pada kelompok *atypical-atypical* lebih banyak dengan jumlah 13 subyek (81,2%) dibandingkan kelompok *atypical-typical* dengan jumlah 11 subyek (68,8%). Sedangkan untuk usia masa tua (41-65 tahun) pada kelompok *atypical-typical* lebih banyak dengan jumlah 5 subyek (31,2%) dibandingkan kelompok *atypical-atypical* dengan jumlah 3 subyek (18,8%). Berdasarkan usia, sebagian besar subyek termasuk masa dewasa. *America Psychiatric Association* (2013) menyebutkan bahwa 1% populasi penduduk dunia menderita gangguan jiwa berat dan 75% penderita dari skizofrenia dapat terjadi pada usia 16-25 tahun.

Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh Sadock *et al.* (2015), bahwa pasien yang mengalami pengobatan gangguan jiwa berat hampir 90% berusia diantara 15-55 tahun. Begitu juga dengan hasil penelitian ini bahwa mayoritas pada usia masa dewasa baik pada kelompok *atypical-atypical* maupun kelompok kombinasi *atypical-typical*. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Setiati *et al.* (2017) di rumah sakit Dr. Tjitrowardojo -Kabupaten Purworejo menunjukkan bahwa prevalensi pasien gangguan jiwa berat yang berumur lebih dari 35 tahun lebih banyak dibandingkan yang kurang dari 35 tahun.

**Tabel 1.** Karakteristik sosio-demografi subyek yang diterapi dengan *atypical-atypical* dan *atypical-typical* di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta.

Karakteristik	Frekuensi (n, %)	
	A-A (n=16)	A-T (n=16)
<b>Usia</b>		
Usia muda (18-40 tahun)	13 (81,2%)	11 (68,8%)
Usia tua (41-65 tahun)	3 (18,8%)	5 (31,2%)
<b>Jenis Kelamin</b>		

Laki-laki	10 (62,5%)	14 (87,5%)
Perempuan	6 (37,5%)	2 (12,5%)
<b>Status Perkawinan</b>		
Tidak kawin	11 (68,8%)	14 (87,5%)
Kawin	5 (31,2%)	2 (12,5%)
<b>Pendidikan</b>		
Dasar (SD-SLTP)	3 (18,8%)	5 (31,2%)
Lanjutan (SLTA-PT)	13 (81,2%)	11 (68,8%)
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	9 (56,2%)	14 (87,5%)
Bekerja	7 (43,8%)	2 (12,5%)

Keterangan: A-A= *Atypical-Atypical*; A-T= *Atypical-Typical*

Jenis kelamin laki-laki pada kelompok *atypical-typical* lebih banyak dengan jumlah 14 subyek (87,5%) dibandingkan kelompok *atypical-atypical* dengan jumlah 10 subyek (62,5%). Sedangkan untuk jenis kelamin perempuan pada kelompok *atypical-atypical* lebih banyak dengan jumlah 6 subyek (37,5%) dibandingkan kelompok *atypical-typical* dengan jumlah 2 subyek (12,5%). Apabila dibandingkan antara perempuan dengan laki-laki, perempuan cenderung didiagnosis di kemudian hari (Abel *et al.*, 2010), dan terdapat indikasi prognosis yang lebih buruk pada laki-laki (Andrade *et al.*, 2015). Prognosis laki-laki lebih buruk dibandingkan perempuan, karena laki-laki lebih sering muncul gejala negatif dibanding perempuan, sedangkan fungsi sosial perempuan lebih baik dibanding laki-laki. Hal ini dikarenakan adanya pengaruh antidopaminergik estrogen yang dimiliki wanita. Konsisten dengan penelitian Siegrist *et al.* (2015) yang melibatkan 1208 pasien skizofrenia yang menunjukkan bahwa mayoritas pasien skizofrenia (61,8%) adalah laki-laki.

Penelitian ini menunjukkan bahwa persentase yang tidak kawin pada kelompok *atypical-typical* lebih banyak dengan jumlah 14 subyek (87,5%) dibanding kelompok *atypical-atypical* dengan jumlah 11 subyek (68,8%). Sedangkan yang kawin pada kelompok *atypical-atypical* lebih banyak dengan jumlah 5 subyek (31,2%) dibandingkan kelompok *atypical-typical* dengan jumlah 2 subyek (12,5%). Kebanyakan pasien dengan gangguan ini mengalami kesulitan untuk bersosialisasi di masyarakat, terutama kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain sehingga pasien cenderung tidak pernah menikah ataupun mempunyai anak. Selain itu gejala skizofrenia yang muncul pada saat remaja

atau masa produktif merupakan salah satu penyebab pasien tidak menikah untuk waktu selanjutnya. Dengan demikian orang yang hidup sendiri mempunyai risiko lebih besar untuk mengalami gangguan jiwa berat sehingga dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang sudah ada.

Berdasarkan data penelitian yang menempuh pendidikan dasar pada kelompok *atypical-typical* lebih banyak dengan jumlah 5 subyek (31,2%) dibanding kelompok *atypical-atypical* dengan jumlah 3 subyek (18,8%). Sedangkan yang menempuh pendidikan lanjutan pada kelompok *atypical-atypical* lebih banyak dengan jumlah 13 subyek (81,2%) dibandingkan kelompok *atypical-typical* dengan jumlah 11 subyek (68,8%). Menurut Sutejo (2017), pendidikan merupakan salah satu faktor pemicu terjadinya gangguan jiwa berat/skizofrenia. Karakteristik subyek menurut pendidikan terakhir menunjukkan sebagian besar adalah subyek yang berpendidikan terakhir SLTA. Selain itu, semakin meningkatnya jenjang pendidikan maka akan meningkat pula fungsi sosial pada pasien skizofrenia.

Pengamatan variabel pekerjaan bertujuan untuk mengetahui perbandingan jumlah pasien yang didiagnosis skizofrenia yang bekerja dengan yang tidak bekerja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa yang tidak bekerja pada kelompok *atypical-typical* lebih banyak dengan jumlah 14 subyek (87,5%) dibandingkan kelompok *atypical-atypical* dengan jumlah 9 subyek (56,2%). Sedangkan yang bekerja pada kelompok *atypical-atypical* lebih banyak dengan

jumlah 7 subyek (43,8%) dibanding kelompok *atypical-typical* dengan jumlah 2 subyek (12,5%). Menurut Kaplan & Sadock's (2010), di mana sekitar 75% pasien dengan skizofrenia berat tidak dapat bekerja dan tidak memiliki pekerjaan. Fakta ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Saputri (2016) dengan distribusi tertinggi menurut pekerjaan adalah tidak bekerja yang disebabkan pasien gangguan jiwa mengalami keterbatasan. Pada pasien gangguan jiwa kemampuan bersosialisasi biasanya menurun, sehingga kemampuannya dalam melaksanakan pekerjaan juga menurun bahkan jika dilihat dari prognosis perbaikannya yang kurang baik (40-60% terus terganggu selama sepanjang hidupnya).

**4.2 Analisa Komparatif Data Numerik Berpasangan dengan Uji Paired Samples t-test**

Uji *paired samples t-test* bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan rata-rata dua kelompok yang saling berpasangan. Uji *paired samples t-test* merupakan bagian dari analisis statistik parametrik. Syarat utama dalam uji ini adalah harus berdistribusi normal.

Berdasarkan tabel 2 diketahui *p-value* 0,001 <0,050, maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rata-rata antara nilai skor sebelum dengan skor sesudah artinya ada pengaruh antara terapi *atypical-atypical* dan *atypical-typical* dalam menurunkan nilai skor PANSS-EC dan peningkatan nilai GAF pada pasien gangguan mental psikotik di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta.

**Tabel 2.** Analisis Statistik Uji Paired Sample T-Test Data Penelitian Pada Pasien Gangguan Mental Psikotik/Skizofrenia Yang Diterapi Dengan *Atypical-Atypical* Dan *Atypical-Typical* Di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta

Parameter	Kelompok	Nilai skor $\bar{X} \pm SD$		95% confidence interval of the difference		p-value
		Pre	Post	Lower	Upper	
PANSS-EC	A-A	2,750±0,447	1,310±0,479	1,004	1,871	0,001
	A-T	2,620±0,500	1,060±0,250	-1,663	-0,837	0,001
GAF	A-A	2,750±1,065	4,000±1,211	1,289	1,836	0,001
	A-T	2,880±0,619	4,310±0,704	-1,871	-1,004	0,001

Keterangan: A-A = *Atypical-Atypical*; A-T= *Atypical-Typical*; pre=sebelum; post=sesudah

Nilai skor rata-rata PANSS-EC sebelum terapi pada kelompok *atypical-atypical*

2,750±0,447 dan sesudah diterapi 1,310±0,479 sedangkan kelompok *atypical-typical* 2,620±0,500 dan sesudah diterapi 1,060±0,250 lebih rendah dari kelompok *atypical-atypical*, sedangkan nilai GAF sebelum diterapi pada kelompok *atypical-atypical* 2,750±1,065 dan sesudah diterapi 4,000±1,211 sedangkan kelompok *atypical-typical* 2,880±0,619 dan sesudah diterapi 4,310±0,704 lebih tinggi dari kelompok *atypical-atypical*. Nilai selisih perbedaan tersebut pada PANSS-EC antara 1,004 sampai 1,871 dan GAF -1,663 sampai -0,837 (95% confidence interval of the difference lower dan upper). Sedangkan pada kelompok *atypical-typical* nilai selisih perbedaan tersebut pada PANSS-EC 1,289 sampai 1,836 dan GAF -1,871 sampai -1,004 (95% confidence interval of the difference lower dan upper).

Gambaran klinis gangguan psikosis terbagi menjadi dua kategori yaitu gejala positif dan negatif. Gejala positif muncul sebagai perilaku yang tidak terlihat pada sekelompok aktivitas normal manusia, sedangkan gejala negatif mengacu pada perilaku penting yang dieliminasi dari sekelompok perilaku. Biasanya gejala positif mendominasi fase aktif pada penyakit saat individu merasa sangat terganggu dan mengganggu aktifitas (Tsuang et al, 2011).

Gejala negatif biasanya mendominasi fase prodromal dan residual pada gangguan psikosis. Fase prodromal biasanya lebih dulu daripada fase aktif pertama dan fase residual akan mengikuti fase aktif (Tsuang et al, 2011). Jika gejala ini mendominasi atau mendahului gejala positif, masyarakat seringkali tidak akan memperhatikan individu-individu ini sampai mereka mencapai titik dimana mereka tidak dapat merawat dirinya sendiri. Kondisi demikian sama halnya disaat subyek ditemui di IGD sebelum mendapatkan terapi dari psikiater, sehingga dapat dinilai skor PANSS-EC dan GAF. Dimana untuk nilai PANSS-EC yang akan dinilai seperti gaduh gelisah, permusuhan, ketegangan, ketidakkooperatifan dan pengendalian impuls yang buruk dengan masing-masingnya ada 7 skor dan skor maksimal 35, dan nilai GAF dengan skor maksimal 100.

Delusi, halusinasi, serta perilaku dan bicara kacau digolongkan menjadi gejala positif pada pasien gangguan psikotik. Selain gejala positif, pasien gangguan psikotik juga dapat mengalami gejala negatif diantaranya, tidak memiliki emosi, ekspresi wajah datar atau tidak berekspresi sama sekali, kehilangan ketertarikan terhadap aktivitas

harian dan lingkungan sekitar, serta kehilangan ketertarikan terhadap kegiatan yang menyenangkan bahkan menimbulkan ide untuk bunuh diri. Psikiater akan melihat dari beberapa gejala tersebut sehingga didapatkan nilai skor PANSS-EC dan GAF.

Semakin tinggi skor PANSS-EC membuktikan bahwa keadaan pasien tersebut memburuk, dan hal tersebut terbukti dari nilai skor PANSS-EC pasien disaat di ruang IGD, dengan pemberian terapi obat psikosis *typical* tersebut yang bekerja dengan memblok dopamine pada reseptor pasca-sinaptik di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (dopamine D2 reseptor antagonis), sehingga obat ini efektif untuk gejala positif. Sedangkan obat antipsikotik *atypical* disamping berafinitas terhadap dopamine D2 reseptor juga terhadap serotonin 5HT<sub>2</sub> reseptor (serotonin-dopamin antagonis) sehingga efektif juga untuk gejala negatif (Stahl, 2013). Sehingga menyebabkan perubahan terhadap gejala positif dan negatif dimana nilai skor PANSS-EC dan GAF akan menjadi lebih baik.

Hasil penelitian ini pada kedua kelompok *atypical-atypical* dan *atypical-typical* mengalami penurunan nilai skor PANSS-EC dan peningkatan nilai skor GAF pada pasien gangguan mental psikotik. Studi pendukung lainnya dalam hal yang sama juga dibuktikan oleh Huang *et al.* (2015) bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna dalam skor PANSS-EC antara kedua kelompok (olanzepin -10,2 *p-value*<0,001; haloperidol + lorazepam -9,9 *p-value*<,001) haloperidol plus lorazepam tidak kalah dengan olanzepin dalam menguji agitasi pada 2 jam dan juga tidak ada perbedaan signifikan dalam skor PANSS-EC antara kedua kelompok dalam waktu 2 jam setelah injeksi pertama.

#### 4.3 Analisis komparatif data numerik tidak berpasangan dengan uji *Independent samples t-test*

Uji *independent sample t-test* merupakan analisis statistik uji komparatif atau uji beda untuk mengetahui adakah perbedaan mean atau rata-rata yang bermakna antara dua kelompok bebas atau tidak saling berpasangan. Dalam penelitian ini ada dua kelompok *atypical-atypical* dan kelompok *atypical-typical*.

Tabel 3 digunakan untuk melihat apakah terdapat perbedaan rata-rata dari hasil nilai skor PANSS-EC dan GAF antara kelompok *atypical-atypical* dan kelompok *atypical-typical*. Nilai

skor rata-rata PANSS-EC sebelum diterapi pada kelompok *atypical-atypical* 2,750 dan kelompok *atypical-typical* 2,620 sedangkan skor rata-rata sesudah diterapi pada kelompok *atypical-*

*atypical* 1,310 dan kelompok *atypical-typical* 1,060 lebih rendah dari kelompok *atypical-atypical*.

**Tabel 3.** Hasil Analisis Statistik Uji *Independent Sampel T-Test* Data Penelitian Pada Pesein Gangguan Mental Psikotik Yang Diterapi *Atypical-Atypical* Dan *Atypical-Typical* Di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta

Kelompok	Parameter	Skor $\bar{X}$	95% confidence interval of the difference		p-value
			Lower	Upper	
A-A ; A-T	PANSS-EC pre	2,750-2,620	-0,217	0,467	0,462
A-A ; A-T	PANSS-EC post	1,310-1,060	-0,030	0,530	0,077
A-A ; A-T	GAF pre	2,750-2,880	-0,760	0,510	0,688
A-A ; A-T	GAF post	4,000-4,310	-1,028	0,403	0,379

Keterangan: A-A = *Atypical-Atypical*; A-T= *Atypical-Typical*; pre=sebelum; post=sesudah

Nilai skor rata-rata GAF sebelum diterapi pada kelompok *atypical-atypical* 2,750 dan kelompok *atypical-typical* 2,880 sedangkan skor rata-rata sesudah diterapi pada kelompok *atypical-atypical* 4,000 dan kelompok *atypical-typical* 4,310 lebih tinggi dari kelompok *atypical-atypical*. Nilai signifikansi PANSS-EC sebelum diterapi *p-value* 0,462, dan sesudah diterapi *p-value* 0,077 sedangkan nilai skor GAF sebelum diterapi *p-value* 0,688, dan sesudah diterapi *p-value* 0,379. Semua *p-value* lebih besar dari 0,05 maka dinyatakan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara nilai skor antara kelompok *atypical-atypical* dan *atypical-typical* pada penelitian ini.

Dengan pemberian terapi antipsikotik *atypical* dan *typical* skor PANSS-EC dan GAF membuktikan bahwa keadaan pasien menjadi membaik, dan hal tersebut terbukti dari nilai skor PANSS-EC saat di ruang *maintenance* dan GAF semakin membaik serta pasien mulai bisa beraktifitas dan berkomunikasi dengan baik. Antipsikotik *typical* merupakan antipsikotik generasi pertama dengan antagonis tinggi reseptor dopamine D2 yang efektif terhadap gejala psikosis, tetapi memiliki efek samping neurologi seperti ekstrapiramidal dan *tardive dyskinesia*. Mekanisme kerjanya dengan memblok reseptor dopamine D2 khususnya di jalur mesolimbik. Efek dari blockade reseptor dopamine di jalur mesolimbik mengurangi

hiperaktivitas pada jalur ini, yang mengendalikan penyebab gejala psikosis positif. Antipsikotik *typical* efektif dalam menangani gejala positif dan mengurangi kejadian relaps. Sebanyak 30% pasien skizofrenia dengan gejala akut menghasilkan sedikit atau tanpa respon terhadap pengobatan antipsikotik *typical*.

Antipsikotik *typical* memiliki afinitas yang rendah terhadap reseptor muskarinik M1 Ach, histaminergik H1 dan norepinefrin al yang memicu timbulnya efek samping berupa penurunan fungsi kognitif dan sedasi secara bersamaan (Hill et al., 2010).

Prinsip kerja dari obat ini berbeda, yaitu dengan memblok reseptor 5-HT2 efek blokade dopamine rendah. Hambatan reseptor serotonin akan menyebabkan aktivitas dopamine naik. Peningkatan aktivitas dopamine tersebut disebabkan karena terjadi hipodopaminergik pada jalur mesokortik yang bertanggung jawab pada gejala negatif, kognitif, dan efektif. Oleh karena itu, antipsikotik *atypical* lebih bisa mengatasi gejala negatif dibanding antipsikotik *typical*. Selain memperbaiki gejala negatif, antipsikotik *atypical* juga bisa memperbaiki gejala positif (Ikawati, 2011). Hasil dari penelitian ini signifikan bahwa terjadi penurunan skor PANSS-EC dan GAF dari sebelum diterapi dibandingkan sesudah pemberian terapi, di mana kelompok *atypical-typical* lebih rendah terhadap nilai PANSS-EC



dan lebih tinggi terhadap nilai GAF, namun tidak berbeda signifikan jika dibandingkan antara kedua kelompok.

Sedangkan sub tes PANSS, tidak memberi hasil yang signifikan dalam memprediksi efek kognitif pada pasien skizofrenia. Dosis harian haloperidol yang digunakan yaitu 2,5 mg/hari di mana dosis tersebut lebih rendah dibandingkan dengan dosis yang digunakan oleh penelitian lain. Hal ini disebabkan penggunaan dosis tinggi haloperidol meningkatkan risiko efek samping ekstrapiramidal dan penggunaan antikolinergik yang pada akhirnya dapat mengganggu kecepatan motorik dan kognitif.

Penelitian lain juga menyebutkan bahwa penggunaan antipsikotik berpengaruh terhadap penurunan skor PANSS secara signifikan, baik pada penggunaan monoterapi maupun kombinasi antipsikotik generasi pertama (*atypical*) dan kedua (*typical*). Studi pendukung lainnya dalam hal yang sama juga dibuktikan oleh Huang *et al.* (2015) bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna dalam skor PANSS-EC antara kedua kelompok (olanzepin -10,2 *p-value*<0,001; haloperidol + lorazepam -9,9 *p-value*<,001) haloperidol plus lorazepam dengan olanzepin dalam menguji agitasi pada 2 jam dan juga tidak ada perbedaan signifikan dalam skor PANSS-EC antara kedua kelompok dalam waktu 2 jam setelah injeksi pertama. Kinon *et al.* (2010)., menyebutkan bahwa semua antipsikotik yang tersedia saat ini memiliki khasiat untuk menangani gejala positif dan disorganisasi. Tidak ada perbedaan signifikan yang ditemukan mengenai kekuatan efikasi yang dihasilkan oleh antipsikotik tersebut.

## 5. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa nilai PANSS-EC sesudah diterapi *atypical-atypical* dan *atypical-typical* turun secara signifikan ( $p=0,001$ ) dan nilai GAF sesudah diterapi *atypical-atypical* dan *atypical-typical* naik secara signifikan ( $p=0,001$ ) pada pasien gangguan mental psikotik di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta, namun tidak terdapat perbedaan yang signifikan antar kedua kelompok.

## 6. Saran

Perlu dilakukannya penelitian sejenis dengan pembagian kelompok berdasarkan generasi antipsikotik dan rute pemberian terapi, disertai

pengontrolan dan penyetaraan jumlah sampel, sehingga dapat diketahui pengaruh respon terapi terhadap nilai skor *The Positive and Negative Symptoms Scale - Excited Component* (PANSS-EC) dan *Global Assessment of Functioning* (GAF), serta perlu dilakukannya penelitian sejenis dengan membandingkan antar kelompok antipsikotik *atypical-atypical* dan antipsikotik *atypical-typical* atau kombinasi lainnya terhadap nilai quality of life scale (QLS).

## Daftar Pustaka

1. Abel, K.M., Drake, R., and Goldstein, J.M., 2010, Sex differences in schizophrenia, *Int. Rev. Psychiatry* 22(5), 417-28.
2. American Psychiatric Association dan American Psychiatric Association (Editor), 2013, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5th ed., American Psychiatric Association, Washington, D.C.
3. Andrade, C., Kisely, S., Monteiro, I. and Rao, S., 2015, Antipsychotic Augmentation with Modafinil or Armodafinil for Negative Symptoms of Schizophrenia: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, *Journal of Psychiatric Research*, 60, 14-21 <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.07.013>.
4. Bruijnzeel, D., Uma, S., Rajiv, T. 2014. *Antipsychotic treatment of schizophrenia: An Update*. Asian Journal of Psychiatry, 635 p: 1-5
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia., 2018, *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*, Jakarta: Departemen Kesehatan RI
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2015, *Schizophrenia.*, Diunduh dari <http://bbtklppjakarta.pppl.depkes.go.id/assets/files/downloads/f1375258333schizophrenia.pdf>.
7. Dipiro, J.T., Wells, B.G., Schwinghammer, T.L., & Dipiro, C.V., 2015, *Pharmakotherapy Handbook*.
8. Hariyani, 2016, *The Treatment Pattern Of Schizophrenia Patient With Rujuk Balik Program In Primary Health Care Mungkid*, Period January-June 2014.
9. Herdman, T.H., 2015, *Nanda International Nursing Diagnoses, Definitions & Classification, 2015–2017*, Oxford: Wiley-Blackwell

10. Huang C.L., Hwang T.J., Chen Y.H., Hsieh M.H., Chen H.H., and Hwu H.G., 2015, *Intramuscular olanzapine versus intramuscular haloperidol plus lorazepam for the treatment of acute schizophrenia with agitation: An open-label, randomized controlled trial*, J Formos Med Assoc, 2015 May; 114 (5): 438-45. doi: 10.1016/j.jfma.2015.01. 018. Epub 2015 Mar 17.
11. Ikawati, Z., 2011, *Farmakoterapi Penyakit Sistem Saraf Pusat*, 249-282 Bursa Ilmu, Yogyakarta.
12. Permatasari, V.D., 2016, *Pola Penggunaan Antispikotik Pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Ghrasia Yogyakarta Tahun 2014*, Skripsi, Universitas Gadjah Mada, 2016, Indonesia
13. Raquel, C., Tânia, B., Michel, P., André, S., Estela, V., dan Rui, C., 2018, Autonomous motivation and quality of life as predictors of physical activity in patients with schizophrenia. ISSN: 1365-1501 (Print) 1471-1788 (Online) *Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/ijpc20>* Diakses pada tanggal 30 April 2018
14. Sadock, B.J., Sadock, V.A. & Ruiz, P., 2015, *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. 11th penyunt. Philadelphia: Wolters Kluwer.
15. Santoso, S., 2014. *Panduan Lengkap Statistical Product And Service Solution (SPSS) Versi 20.0 Edisi Revisi*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
16. Siegrist, K., Millier, A. & Amri, I., 2015. Association between social contact frequency and negative symptoms, psychosocial functioning and quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, p. 860–866
17. Setiati, E., Sumarni, & Suryawati, S., 2017, Dukungan sosial dan ketaatan pengobatan kecambuhan pasien skizofrenia di Purworejo. (BKM Journal of Community Medicine and Public Health).
18. Sutejo, 2017, *Keperawatan Kesehatan Jiwa Prinsip dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
19. Sthal, S.M., 2013, *Sthal Essensial Psychopharmacology*, Fourth Edition, 79-128, Cabridge University Press, New York.
20. Tsuang, M. S. W. F., 2011. *British Journal of Psychiatry*, p. 178
21. World Health Organization (WHO), 2016, *Prevalence Of Schyzofrenia Report 2016*, Switzerland.
22. World Health Organization (WHO), 2012, *Schizophrenia*. Diambil dari [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/)
23. Yulianty, M.D, Noor Cahaya, Valentina Meta, S., 2017, *Studi Penggunaan Antispikotik dan Efek Samping Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Kalimantan Selatan, Program Studi Farmasi Universitas Lambung Mangkurat, Jurnal Sains Farmasi dan Klinis, Vol 03. No 02.*