



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR DEMOGRAFI DAN KLINIS YANG BERPENGARUH
TERHADAP PEMULIHAN PADA ORANG DENGAN
SKIZOFRENIA (ODS)**

TESIS

IKA NUR FITRIANA

1606970013

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI SPESIALIS ILMU KEDOKTERAN JIWA
JAKARTA
2021**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR DEMOGRAFI DAN KLINIS YANG BERPENGARUH
TERHADAP PEMULIHAN PADA ORANG DENGAN
SKIZOFRENIA (ODS)**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Spesialis Kedokteran Jiwa

IKA NUR FITRIANA

1606970013

**FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI SPESIALIS ILMU KEDOKTERAN JIWA
JAKARTA
2021**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : dr. Ika Nur Fitriana

NPM : 1606970013

Tanda tangan :



Tanggal : 28 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : dr. Ika Nur Fitriana
NPM : 1606970013
Program Studi : Ilmu Kedokteran Jiwa
Judul Tesis : Faktor Demografi dan Klinis yang Berpengaruh
terhadap Pemulihan pada Orang dengan
Skizofrenia (ODS)

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing Ahli : Dr. dr. Khamelia, SpKJ


(.....)

Pembimbing Penelitian : dr. A.A.A.A. Kusumawardhani, SpKJ(K), MPH


(.....)

Pembimbing Akademik : dr. Sylvia Detri Elvira, SpKJ(K)


(.....)

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 28 Juni 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan izin- Nya saya dapat menyelesaikan tesis ini sebagai bagian dari pendidikan dokter spesialis kedokteran jiwa. Selama pembuatan tesis ini, saya mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Tanpa bantuan dan bimbingan sejak awal masa perkuliahan hingga penyusunan tesis ini, saya menyadari akan sulit bagi saya menyelesaikan. Oleh karena itu, saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. dr. Kristiana Siste, SpKJ(K), sebagai Kepala Departemen Medik Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
2. dr. A.A.A.A. Kusumawardhani, SpKJ(K), MPH, sebagai Pembimbing Penelitian yang memberikan waktu, semangat, pengetahuan, dan masukan yang sangat berarti hingga penyusunan tesis ini selesai.
3. dr. Sylvia Detri Elvira, SpKJ(K), sebagai Pembimbing Akademik yang terus memberikan waktu, tenaga, pengetahuan, dan masukan selama saya menjalani pendidikan dari awal hingga penyelesaian tesis ini.
4. Dr. dr. Khamelia, SpKJ, sebagai ketua penguji yang telah memberikan banyak masukan dan bimbingan yang berarti dalam proses penyusunan dan perbaikan tesis ini.
5. dr. Natalia Widiasih, SpKJ(K), MPd.Ked, sebagai Ketua Program Studi Departemen Medik Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
6. Dr. dr. Khamelia, SpKJ, sebagai Koordinator Penelitian dan Pengembangan Departemen Medik Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang telah memberikan masukan dalam proses penyusunan tesis ini.
7. Seluruh staf pengajar dan karyawan di Departemen Medik Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang telah memberikan masukan, bimbingan, dan bantuan yang sangat berarti bagi saya selama proses pendidikan ini.
8. Seluruh partisipan di Poli Psikiatri Dewasa RSCM yang telah bersedia mengikuti penelitian ini.

9. Orang tua (Kol. CBA Purn Agus Muntarto, ST, MM dan Almh. Drg. Hany Kartikaningdyah) serta adik asuh saya (Ninda Risti Anah) yang telah memberikan dukungan moril dan materiil selama saya menjalankan proses pendidikan ini.
10. Suami tercinta dr. Alfi Fajar Almasyhur, SpKJ yang senantiasa selalu mendampingi dan memberikan dukungan moril selama saya menjalankan proses pendidikan ini
11. Sahabat, khususnya teman-teman angkatan Nugroho (dr. Alfi Fajar Almasyhur, SpKJ, dr. Nicholas Hardi, SpKJ, dr. Dequarta Splinaria Umar, SpKJ, dr. Pangeran Ericson Arthur Siahaan, SpKJ, dr. Karina Yudithya, dan dr. RR. Galuh Maharani Sukma), serta rekan-rekan PPDS lainnya yang terus memberikan dukungan dan bantuan selama saya menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu. Terima kasih atas saran, kritik, dan dukungan yang diberikan sehingga saya dapat menjadi diri saya hari ini serta menyelesaikan rangkaian penelitian ini.

Jakarta, 28 Juni 2021

Penulis

Ika Nur Fitriana

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : dr. Ika Nur Fitriana
NPM : 1606970013
Program Studi : Ilmu Kedokteran Jiwa
Departemen : Medik Kesehatan Jiwa
Fakultas : Kedokteran
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan Ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Univrsitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalti Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Faktor Demografi dan Klinis yang Berpengaruh terhadap Pemulihan pada Orang dengan Skizofrenia (ODS).

Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif 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/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Jakarta

Pada tanggal: 28 Juni 2021

Yang menyatakan,



(dr. Ika Nur Fitriana)

ABSTRAK

Nama : dr. Ika Nur Fitriana
Program Studi : Ilmu Kedokteran Jiwa
Judul : Faktor Demografi dan Klinis yang Berpengaruh terhadap Pemulihan pada Orang dengan Skizofrenia (ODS).
Pembimbing : dr. AAAA. Kusumawardhani, SpKJ(K), MPH, Dr. dr. Khamelia, SpKJ, dan dr. Sylvia Detri Elvira, SpKJ(K)

Latar Belakang: Tatalaksana di bidang psikiatri khususnya terhadap orang dengan skizofrenia (ODS) saat ini berfokus pada gejala dan fungsi hingga menuju tercapainya pemulihan. Pemulihan dilihat sebagai suatu proses sehingga tidak ada luaran yang sama bagi tiap ODS. Identifikasi faktor yang mendukung pemulihan dapat membantu mengembangkan tatalaksana yang tepat untuk mewujudkan pemulihan bagi ODS.

Metode: Penelitian ini merupakan studi observasional dengan desain potong lintang. Sebanyak 240 subjek berasal dari pasien rawat jalan dengan skizofrenia di poliklinik psikiatri dewasa RS dr. Cipto Mangunkusumo. yang ditentukan dengan konsekutif. Pengambilan data terkait persepsi pemulihan dilakukan melalui pengisian *Recovery Assessment Scale – Domains and Stages* (RAS-DS), data yang diperoleh kemudian dilakukan analisis dengan metode regresi linear.

Hasil: Efek samping ekstrapiramidal, remisi gejala, ketaatan pengobatan, ekspresi emosi keluarga, dan taraf pencapaian fungsional ditemukan memengaruhi skor total pemulihan ODS. Melalui analisis multivariat hanya ekspresi emosi keluarga ($p=0,00$; CI95% -13,74 – -3,74) dan taraf pencapaian fungsional ($p=0,03$; CI95% 0,34 – 12,37) yang menunjukkan pengaruh bermakna terhadap skor total pemulihan pada ODS, dengan R^2 sebesar 0,087.

Simpulan: Diperlukan penilaian terukur secara rutin terkait faktor yang berhubungan terhadap pemulihan ODS dan tatalaksana yang komprehensif terhadap ODS untuk mewujudkan pemulihan

Kata kunci: Skizofrenia, pemulihan, *Recovery Assessment Scale – Domains and Stages*

ABSTRACT

Name : dr. Ika Nur Fitriana
Study Programme : Psychiatry
Title : The Association between Demographic, Clinical Factors,
and Recovery in Individual with Schizophrenia.
Supervisor : dr. AAAA. Kusumawardhani, SpKJ(K), MPH, Dr. dr.
Khamelia, SpKJ, dr. Sylvia Detri Elvira, SpKJ(K).

Background: In present time, treatments regarding psychiatric aspects especially towards people with schizophrenia have focus in symptoms and function with the goal for the achievement of recovery. Due to the perception which recovery is seen as a process, there is no common outcome for each person with schizophrenia. The identification of factors which support recovery may be beneficial to develop appropriate treatment for achieving recovery in people with schizophrenia.

Methods: This study is an observational study with cross-sectional design. The 240 subjects for this study were taken from patients with schizophrenia in adult outpatient psychiatric polyclinic Cipto Mangunkusumo Hospital and were selected with non-probability consecutive sampling. Data collection regarding perception of recovery was performed by completing *Recovery Assessment Scale – Domains and Stages* (RAS-DS), and analysis was performed using linear regression.

Results: Extrapyramidal side effects, symptom remission, drug compliance, family's expressed emotion and degree of functional achievement showed effect toward recovery total score for people with schizophrenia. Multi-variate analysis showed only family's expressed emotion ($p=0,00$; CI95% -13,74 – -3,74) and degree of functional achievement which had significant effect toward recovery total score for people with schizophrenia ($R^2 = 0.087$).

Conclusion: The routine assessment of factors which correlate towards recovery of people with schizophrenia is needed. Comprehensive treatment for people with schizophrenia is also required to achieve recovery.

Keywords: Schizophrenia, recovery, *Recovery Assessment Scale – Domains and Stage*

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Hipotesis Penelitian	5
1.5 Tujuan Penelitian	5
1.6 Manfaat Penelitian	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Orang dengan Skizofrenia (ODS) dan Gangguan Fungsional	7
2.2 Beban Penyakit dan Ekonomi pada Skizofrenia	8
2.3 Pemulihan pada Orang dengan Skizofrenia (ODS)	10
2.4 Konsep dan Proses Pemulihan	15
2.5 Faktor yang Terkait dengan Pemulihan Gejala dan Sosial	17
2.6 Instrumen	23
2.7 Kerangka Teori	29
2.8 Kerangka Konsep	30
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN	31
3.1 Desain Penelitian	31
3.2 Waktu dan tempat penelitian	31
3.3 Populasi	31
3.4 Besar Sampel	31
3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	32
3.5.1 Kriteria Inklusi	32
3.5.2 Kriteria Eksklusi	33
3.6 Izin Pelaksanaan Penelitian	33
3.7 Cara Kerja	33

3.7.1	Fase Persiapan Penelitian	33
3.7.2	Fase Pelaksanaan Penelitian.....	33
3.8	Kerangka Kerja	34
3.9	Manajemen dan Analisis Data	35
3.10	Identifikasi Variabel.....	36
3.11	Definisi Operasional.....	36
3.12	Kaji Etik	41
3.13	Organisasi Peneliti	41
3.14	Jadwal Penelitian.....	42
3.15	Biaya Penelitian	42
BAB 4 HASIL PENELITIAN		43
4.1	Data Deskriptif Penelitian	43
4.2	Analisis Bivariat.....	45
4.2.1	Hubungan Antara Usia dengan Pemulihan pada ODS	45
4.2.2	Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Pemulihan pada ODS	46
4.2.3	Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Pemulihan pada ODS	46
4.2.4	Hubungan Antara Status Pekerjaan dengan Pemulihan pada ODS	46
4.2.5	Hubungan Antara Status Pernikahan dengan Pemulihan pada ODS	47
4.2.6	Hubungan Antara IMT dengan Pemulihan pada ODS	47
4.2.7	Hubungan Antara Usia Saat Awitan dengan Pemulihan pada ODS	47
4.2.8	Hubungan Antara DUP dengan Pemulihan pada ODS	48
4.2.9	Hubungan Antara Jumlah Antipsikotik dengan Pemulihan pada ODS	48
4.2.10	Hubungan Antara EPS dengan Pemulihan pada ODS	48
4.2.11	Hubungan Antara PANSS Remisi dengan Pemulihan pada ODS	49
4.2.12	Hubungan Antara Ketaatan Pengobatan dengan Pemulihan pada ODS ...	49
4.2.13	Hubungan Antara Ekspresi Emosi Keluarga dengan Pemulihan pada ODS	49
4.2.14	Hubungan Antara GAF dengan Pemulihan pada ODS	50
4.3	Analisis Multivariat.....	53
BAB 5 PEMBAHASAN		63
5.1	Pemulihan pada Orang dengan Skizofrenia	63
5.2	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemulihan pada ODS	65
5.2.1	Faktor Terkait Sosiodemografi.....	65
5.2.2	Faktor Terkait Ekspresi Emosi Keluarga	68
5.2.3	Faktor Terkait Penyakit.....	69
5.2.4	Faktor Terkait Psikopatologi.....	70

5.2.5	Faktor Terkait Pengobatan	70
5.2.6	Faktor Terkait Taraf Pencapaian Fungsional	73
5.3	Kelebihan dan Keterbatasan Penelitian	73
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN		75
4.1	Simpulan	75
a.	Saran.....	76
i.	Kepada Peneliti	76
ii.	Kepada Klinisi.....	76
DAFTAR PUSTAKA		77
Lampiran I : Lembar Informasi Penelitian (<i>Information for Consent</i>)		80
Lampiran 3 : Pemantauan Pemulihan ODS.....		85
Lampiran 4 : <i>Positive and Negative Symptom of Schizophrenia</i> (PANSS) Remisi		86
Lampiran 5 : <i>Global Assesment of Functioning Scale</i> (GAF)		91
Lampiran 6 : Instrumen RAS-DS versi bahasa Indonesia.....		92
Lampiran VII: Cara Interpretasi Instrumen RAS-DS versi Bahasa Indonesia 33-butir		95
Lampiran VIII : Medication Adherence Rating Scale (MARS).....		97
Lampiran IX : Family Questionnaire (FQ)		98
LAMPIRAN X: Keterangan Lolos Kaji Etik dan Amandemen.....		100

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Empat ranah pemulihan pada RAS-DS.....	24
Tabel 4.1 Karakteristik Demografi Subyek Penelitian.....	44
Tabel 4.2 Skor RAS-DS Berdasarkan Ranah.....	45
Tabel 4.3 Hubungan Variabel Bebas Numerik dengan Pemulihan.....	45
Tabel 4.4 Hubungan Variabel Bebas Kategorik dengan Pemulihan.....	51
Tabel 4.5 Regresi Linear Faktor-Faktor yang Memengaruhi Skor Total Pemulihan RAS-DS.....	52
Tabel 4.6 Regresi Linear Faktor-Faktor yang Memengaruhi Ranah 1 Pemulihan Fungsional (Melakukan Hal-Hal yang Bermakna.....	53
Tabel 4.7 Regresi Linear Faktor-Faktor yang Memengaruhi Ranah 2 Pemulihan Pribadi (Harapan Saya).....	55
Tabel 4.8 Regresi Linear Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ranah 3 Pemulihan Klinis (Menguasai Penyakit Saya).....	57
Tabel 4.9 Regresi Linear Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ranah 4 Pemulihan Sosial (Hubungan dan Keterlibatan).....	59
Tabel 5.1 Perbandingan Skor RAS-DS Berdasarkan Ranah.....	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. <i>Normal Probability Plot</i> Nilai Residu Total RAS-DS.....	54
Gambar 2. <i>Scatter plot</i> Nilai Residu Total RAS-DS.....	54
Gambar 3. <i>Normal Probability Plot</i> Nilai Residu Ranah 1 RAS-DS.....	56
Gambar 4. <i>Scatter plot</i> Nilai Residu Ranah 1 RAS-DS.....	56
Gambar 5. <i>Normal Probability Plot</i> Nilai Residu Ranah 2 RAS-DS.....	57
Gambar 6. <i>Scatter plot</i> Nilai Residu Ranah 2 RAS-DS.....	58
Gambar 7. <i>Normal Probability Plot</i> Nilai Residu Ranah 3 RAS-DS.....	59
Gambar 8. <i>Scatter plot</i> Nilai Residu Ranah 3 RAS-DS.....	59
Gambar 9. <i>Normal Probability Plot</i> Nilai Residu Ranah 4 RAS-DS.....	61
Gambar 10. <i>Scatter plot</i> Nilai Residu Ranah 4 RAS-DS.....	61

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tatalaksana di bidang psikiatri yang berfokus pada gejala dan fungsi, mengembangkan penilaian yang bersifat elaboratif, wawancara terstruktur dan menggunakan skala penilaian untuk mendokumentasikan dan memantau psikopatologi. Penilaian ini digunakan untuk mengukur gejala, antara lain gejala psikotik (positif dan negatif), depresi dan kecemasan, defisit kognitif, serta mengukur fungsi. Profesional di bidang psikiatri kemudian membuat suatu konsep fase tahapan penyakit yaitu fase akut, pemeliharaan dan berkelanjutan; juga diusulkan konsep kambuh (*relapse*), kambuh berulang (*recurrence*), remisi (*remission*) dan pemulihan (*recovery*) berdasarkan profil gejala dari waktu ke waktu. Akhir abad ke-20 terjadi perubahan besar dalam dunia kedokteran dan masyarakat. Bagi kebanyakan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), konsep pemulihan adalah tentang “tetap dapat mengendalikan hidup mereka” daripada kondisi “kembali ke tingkat fungsi premorbid”. Pendekatan semacam itu tidak berfokus pada resolusi gejala penuh tetapi menekankan ketahanan dan kontrol atas masalah dan kehidupan, pendekatan ini disebut sebagai model pemulihan.¹

Di masa lalu, gangguan jiwa berat seperti skizofrenia umumnya dianggap sebagai penyakit kronis dan melumpuhkan serta memburuk selama perjalanan hidup. Menurut meta-analisis dan tinjauan sistematik oleh Jaaskelainen, dkk (2012) didapatkan jumlah pasien-pasien skizofrenia yang memenuhi kriteria pemulihan sebesar 13,5% (dengan kriteria selama masa pengobatan tidak ada gejala hingga dua tahun dan GAF $\geq$ 61).²

Telah terjadi pergeseran paradigma, yaitu pada era sebelum tahun 1960, target terapi hanya sampai pada peningkatan kemampuan mengurus diri, menurunkan agresi dan menyakiti diri sendiri saja. Kemudian berkembang pada era tahun 1970-an, ODS diharapkan bisa bertahan di luar rumah sakit (*deinstitutionalisation*), yang berlanjut sampai tahun 1980-an fokus terapi beralih ke pencegahan kekambuhan dan meminimalkan gejala positif. Pada tahun 1990-an

diharapkan tercapainya periode stabil yang bisa berlangsung lebih lama dan berkurangnya gejala negatif, serta berlanjut sampai era tahun 2000-an dengan dikembangkannya kriteria remisi yang terukur. Selanjutnya fokus perhatian beralih ke arah perbaikan fungsi yang kemudian berlanjut terus sampai sekarang menuju ke harapan tercapainya pemulihan.³

Banyak ODS menggambarkan pengalaman pemulihan personal meskipun gejala psikosis masih berlangsung. Maka dari itu, peran ilmiah dan pengaruh berbasis pasien menghasilkan suatu definisi pemulihan klinis dan pemulihan personal. Definisi pemulihan klinis mencakup remisi gejala dan perbaikan taraf fungsional. Fase penting sebelum target pemulihan klinis ditentukan, maka perlu dicapai tahapan remisi dengan kriteria yang terukur. Definisi remisi menurut *The Remission in Schizophrenia Working Group* (RSWG) adalah perbaikan tanda dan gejala inti menuju intensitas rendah sehingga tidak lagi mengalami gangguan pada perilaku secara signifikan. Untuk itu digunakan ukuran dari 8 butir PANSS (*Positive and Negative Symptoms Scale*) dengan skor tidak lebih dari 3 (ringan), yang dipertahankan dalam rentang waktu minimal 6 bulan; dan/atau penilaian taraf fungsional menggunakan penilaian GAF (*Global Assessment of Functioning*).⁴

RSWG menjelaskan bahwa pemulihan, selain relatif bebas dari psikopatologi terkait penyakit, kemampuan untuk berfungsi dalam komunitas, sosial dan vokasional juga penting. RSWG menyatakan bahwa pemulihan adalah fenomena yang penting dan bersifat jangka panjang dibandingkan dengan remisi, remisi adalah langkah yang perlu dicapai menuju pemulihan. Definisi pemulihan berbasis pasien telah dikembangkan berdasarkan narasi individu yang telah mengalami gangguan mental. Kisah-kisah dari perkembangan pasien telah menunjukkan bahwa ODS memiliki kemungkinan untuk menjalani kehidupan yang produktif dan memuaskan, meskipun ada gejala yang berkelanjutan. Karena pemulihan personal berbeda untuk setiap ODS, maka sulit untuk menentukan karakteristik umumnya. Meskipun demikian, beberapa penulis telah mencoba menangkap aspek penting dari pemulihan personal dalam suatu penelitian kualitatif. Leamy, dkk telah mengidentifikasi kategori proses pemulihan personal

yakni *connectedness, hope, identity, meaning, and empowerment* (dikenal dengan akronim “*CHIME*”).⁵

Selanjutnya, perjanjian internasional menjelaskan pentingnya suatu tindakan untuk mengevaluasi pemulihan personal. Kerangka kerja *CHIME* disarankan sebagai dasar dari definisi pemulihan personal. Salah satu langkah untuk menciptakan sistem pelayanan kesehatan jiwa berorientasi pemulihan, maka dibutuhkan suatu pengukuran yang dapat menilai secara menyeluruh pemulihan dan kebutuhan seseorang. Alat pengukur tersebut secara jelas menilai ranah-ranah yang berhubungan dengan pemulihan, serta dapat digunakan dengan mudah dan singkat. Alat tersebut sebaiknya menilai pemulihan dari sudut pandang kliennya, mudah digunakan dan dapat dikerjakan dalam waktu singkat, serta menunjukkan hasil yang baik pada uji psikometrik. Menurut penelitian berbasis ilmiah, *Recovery Assessment Scale* (RAS) dapat menjadi pilihan yang baik sebagai alat untuk mengevaluasi pemulihan personal. Menurut bukti yang ada, RAS tampaknya menjadi pilihan yang baik sebagai skala pemulihan personal untuk penggunaan reguler, karena dikembangkan dari keterlibatan pasien, sesuai dengan kerangka kerja *CHIME*, tampaknya sensitif terhadap perubahan waktu, mudah digunakan dan menunjukkan konsistensi internal yang baik ($\alpha = .70 - .93$), reliabilitas *test-retest* baik, dan reliabilitas antar penilai baik.⁵

Dalam perkembangan penelitian, didapatkan alat ukur *Recovery Assessment Scale – Domains and Stages* (RAS-DS) yang dikembangkan oleh Hancock dkk. dari RAS versi Amerika pada tahun 2014 di Australia. Hancock memodifikasi butir-butir pada RAS yang dianggap berlebihan dan kurang sesuai dengan struktur pertanyaan, serta memodifikasi skala pengukuran kategorinya. Alat ukur ini dikatakan sangat mudah digunakan, mudah dimengerti, dan dapat dikerjakan dengan cepat. RAS-DS menilai proses pemulihan melalui empat ranah, yaitu: fungsional (*doing things I value*), personal (*looking forward*), klinis (*mastering my illness*), dan sosial (*connecting and belonging*).⁶

Konsep pemulihan adalah mencapai remisi gejala dan fungsi selama periode waktu yang berkelanjutan. Mengidentifikasi faktor-faktor risiko yang berkaitan dengan pemulihan fungsional yang buruk dapat membantu mengidentifikasi ODS yang berisiko lebih tinggi terhadap fungsi jangka panjang yang buruk. Menargetkan sumber daya pengobatan langsung yang lebih kuat terhadap kelompok tersebut dapat membantu mengimbangi penurunan jangka panjang dan memperbaiki lintasan fungsional. Demikian pula, identifikasi faktor risiko yang dapat dimodifikasi akan membantu tenaga medis merencanakan dan melakukan pendekatan yang lebih baik untuk intervensi dini dan dengan demikian meningkatkan pemulihan fungsional.⁶

1.2 Rumusan Masalah

Pada hasil penelitian menyiratkan bahwa ODS yang masih mengalami gejala mungkin melaporkan suatu pemulihan personal yang baik. Hal tersebut menghasilkan pertanyaan tentang faktor mana yang memengaruhi ODS mencapai pemulihan personal. Faktor-faktor tersebut memuat informasi yang berguna tentang bahan intervensi dalam ranah klinis dan lainnya yang dapat mewujudkan pemulihan pada ODS.

Selanjutnya, klinisi maupun ODS memerlukan suatu alat ukur untuk dapat memahami kemajuan pemulihan klinis dan personal, baik tujuan maupun rencana pemulihan. Kemajuan pemulihan klinis dapat dinilai menggunakan instrumen PANSS remisi dan/atau GAF. RAS-DS merupakan salah satu instrumen yang mampu menilai ranah-ranah dan kemajuan pemulihan personal pada ODS. Selain itu, sebagai klinis perlu mengidentifikasi faktor – faktor berhubungan dengan pemulihan pada ODS agar dapat mengidentifikasi ODS yang berisiko lebih tinggi terhadap fungsi jangka panjang yang buruk, dapat merencanakan dan melakukan pendekatan yang lebih baik untuk intervensi dini dan dengan demikian meningkatkan pemulihan pada ODS.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Faktor – faktor apa saja yang berhubungan dengan pemulihan pada ODS ?

1.4 Hipotesis Penelitian

1. Terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan pemulihan pada ODS
2. Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemulihan pada ODS
3. Terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan pemulihan pada ODS
4. Terdapat hubungan antara status pernikahan dengan pemulihan pada ODS
5. Terdapat hubungan antara ekspresi emosi keluarga dengan pemulihan pada ODS
6. Terdapat hubungan antara usia saat awitan penyakit dengan pemulihan pada ODS
7. Terdapat hubungan antara *duration of untreated psychosis* (DUP) dengan pemulihan pada ODS
8. Terdapat hubungan antara keparahan gejala psikotik dengan pemulihan pada ODS
9. Terdapat hubungan antara jumlah antipsikotik dengan pemulihan pada ODS
10. Terdapat hubungan antara efek samping pengobatan dengan pemulihan pada ODS
11. Terdapat hubungan antara ketaatan pengobatan dengan pemulihan pada ODS
12. Terdapat hubungan antara taraf fungsional dengan pemulihan pada ODS

1.5 Tujuan Penelitian

Tujuan umum :

- Mendapatkan faktor – faktor yang berhubungan secara bermakna terhadap pemulihan pada ODS, mewujudkan dan meningkatkan tingkat pemulihan pada ODS

Tujuan khusus :

- Mengidentifikasi faktor – faktor demografi dan klinis yang berpengaruh terhadap pemulihan pada ODS

1.6 Manfaat Penelitian

- Aspek Penelitian

Penelitian ini menggunakan alat ukur RAS-DS yang telah divalidasi dan diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia, maka diharapkan dapat menilai ranah – ranah pemulihan personal serta faktor demografi dan klinis yang berhubungan secara bermakna terhadap pemulihan pada ODS, selain itu dapat mendorong timbulnya penelitian-penelitian yang lebih lanjut mengenai pemulihan personal.

- Aspek Pelayanan

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk meningkatkan pemahaman ODS dan tenaga kesehatan jiwa mengenai pemulihan klinis dan personal, meningkatkan kolaborasi serta perencanaan tatalaksana kesehatan jiwa yang berorientasikan pemulihan, serta membantu klinisi mengembangkan intervensi yang dirancang untuk meningkatkan pemulihan pada ODS.

- Aspek Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperluas dan menambah wawasan mengenai ranah-ranah pemulihan, kemajuan proses pemulihan pada ODS, serta faktor demografi dan klinis yang berpengaruh terhadap pemulihan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Orang dengan Skizofrenia (ODS) dan Gangguan Fungsional

Simtom skizofrenia dikategorikan ke dalam lima dimensi yaitu simtom positif, negatif, kognitif, afektif dan agresif. Sampai saat ini, penyebab pasti skizofrenia tidak diketahui. Faktor-faktor yang diduga berkontribusi dalam terjadinya skizofrenia adalah faktor genetik, lingkungan, perkembangan neuron, neurokimia, neurofungsional, neuroanatomi dan neuroimunologi.³

Skizofrenia disebabkan oleh kombinasi antara gen multipel (*nature*) dengan stresor multipel. Beberapa gen yang terlibat adalah DISC 1, neuregulin, dan lain-lain. Gen yang rentan ini memengaruhi berbagai neurokimia otak misalnya dopamin, serotonin, norepinefrin, glutamat, dan GABA. Stresor dapat terjadi pada saat prenatal, perinatal dan postnatal. Kombinasi faktor genetik dan stresor lingkungan ini dapat memengaruhi perkembangan neuron misalnya proses diferensiasi, mielinisasi dan pembentukan sinap. Beberapa regio otak mengalami abnormalitas pada skizofrenia, misalnya struktur limbik (hipokampus, amigdala, korteks entorinal, korteks singulat). Beberapa area korteks otak lain juga menunjukkan abnormalitas pada skizofrenia, misalnya korteks prefrontal dorsolateral, talamus, ganglia basalis, hipotalamus, dan serebelum.³

Komunitas medis dan penelitian telah sepakat bahwa ada tiga fase pengobatan berbeda yang dilalui ODS, antara lain: ³

- Fase 1: Akut. Fase akut ditandai dengan gejala psikotik yang dominan dan bila disertai dengan perilaku yang berpotensi bahaya bagi diri maupun orang lain maka memerlukan rujukan dan perawatan segera di rumah sakit. Gejalanya dapat merupakan gejala yang timbul di episode pertama atau ketika terjadi kekambuhan.
- Fase 2: Stabilisasi. Fase ini berlangsung paling sedikit 6 bulan

setelah gejala akut terkendalikan dan pasien pulang dari perawatan di rumah sakit. Risiko kekambuhan sangat tinggi pada fase ini terutama bila obat diminum tidak teratur atau dihentikan atau bila pasien terpapar oleh stressor.

- Fase 3: Rumatan. Pada fase ini, pasien dalam keadaan remisi. Oleh karenanya, terapi ditujukan untuk mencegah kekambuhan, mencegah perilaku yang merugikan serta meningkatkan kepercayaan diri dan keterampilan sosial untuk memperbaiki derajat fungsi pasien dan membatasi disabilitas.

Resolusi *American Psychological Association* (APA) tentang stigma dan diskriminasi terhadap ODGJ menjelaskan bahwa “gangguan fungsional didefinisikan sebagai kesulitan yang secara substansial mengganggu atau membatasi fungsi dalam satu atau lebih aktivitas kehidupan utama termasuk keterampilan hidup dasar sehari-hari (misalnya makan, mandi, berpakaian), keterampilan hidup instrumental (misalnya mengelola uang, menjalankan rumah tangga, mengambil obat yang diresepkan, atau berfungsi dalam konteks sosial, keluarga, dan kejuruan/pendidikan) dan orang dewasa yang memenuhi kriteria gangguan fungsional sepanjang tahun tanpa mendapatkan perawatan atau layanan pendukung lainnya dianggap memiliki gangguan jiwa yang serius”, hal – hal tersebut sangat sering dialami oleh ODS.⁷

Tatalaksana skizofrenia secara garis besar dapat dibagi menjadi tatalaksana dengan pendekatan biologis dan pendekatan psikososial. Pendekatan biologis meliputi pemberian medikasi atau psikofarmaka dan Terapi Kejang Listrik (ECT). Pendekatan psikososial meliputi kegiatan promosi, prevensi, deteksi dan intervensi dini, psikoterapi, serta rehabilitasi.³

2.2 Beban Penyakit dan Ekonomi pada Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan dengan tingkat prevalensi yang relatif rendah. Prevalensi global skizofrenia pada tahun 2016 diperkirakan 0,28%.⁸ Prevalensi pasien skizofrenia di Indonesia adalah 0,3-1%.⁹

Meskipun prevalensi rendah, skizofrenia menduduki peringkat ke 12 sebagai gangguan yang paling menyebabkan disabilitas diantara 310 penyakit dan cedera secara global pada tahun 2016. Pada populasi regional menunjukkan bahwa Asia Timur dan Asia Selatan memiliki jumlah kasus terbanyak, sekitar 7,2 juta dan 4,0 juta, masing-masing pada tahun 2016.⁸

Prevalensi Skizofrenia di Indonesia sebanyak 1,7%. Lima provinsi dengan prevalensi tertinggi di Indonesia antara lain: DI Yogyakarta (2,7%), Aceh (2,7%), Sulawesi Selatan (2,6%), Jawa tengah (2,3%) dan Bali (2,3%).⁹ Menurut penelitian oleh Puspandari AD (tahun 2016) di beberapa kota di Indonesia didapatkan total biaya layanan skizofrenia di praktik yang sebenarnya adalah Rp 1.514.925.113.958,- Distribusi terbesar berasal dari rawat inap di rumah sakit jiwa, biaya rata-rata per pasien adalah Rp 35.064.184,- biaya layanan tersebut menghabiskan 76% dari distribusi biaya.¹⁰

Kuantifikasi beban penyakit yang disebabkan skizofrenia pertama kali dilakukan dalam studi *Global Burden of Disease* (GBD) yang dilakukan oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 1990 dan data terbaru dibuat pada tahun 2016. Skizofrenia memberikan kontribusi 1,7% dari total *years of life lived with disability* (YLDs) secara global pada tahun 2016. Beban besar skizofrenia dialami oleh negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah yaitu sekitar empat kali lipat beban yang dialami oleh negara-negara berpenghasilan tinggi. Hal tersebut sebagian besar disebabkan oleh populasi negara berpenghasilan rendah dan menengah yang terus meningkat.⁸

Skizofrenia merupakan salah satu penyakit yang termasuk dalam kategori penyakit katastrofik yang membutuhkan biaya perawatan relatif mahal. Skizofrenia dapat menimbulkan dampak ekonomi tinggi pada pasien dan keluarga serta lembaga pembiayaan kesehatan jika pasien skizofrenia mengalami *readmission* di rumah sakit. WHO memperkirakan biaya perawatan ODS di negara-negara barat berkisar antara 1,6% hingga 2,6% dari total pengeluaran perawatan kesehatan. Di Amerika Serikat, beban

ekonomi karena skizofrenia didapatkan lebih dari 60 milyar US Dollar per tahun.⁸

Menurut data WHO (tahun 2000), Skizofrenia termasuk salah satu kelompok penyakit nonfatal yang mengakibatkan beban berat bagi penderita, masyarakat, dan pemerintah. Hal ini diduga karena sifat gangguan yang berlangsung kronis dengan angka remisi yang masih rendah. Oleh karena itu perlu dicari terobosan dan upaya untuk memperbaiki tatalaksana sehingga remisi dapat dicapai secepat mungkin bahkan diharapkan berhasil mencapai pemulihan dengan demikian akan dapat mengurangi beban.⁸

2.3 Pemulihan pada Orang dengan Skizofrenia (ODS)

Di masa lalu, gangguan jiwa berat seperti skizofrenia umumnya dianggap sebagai penyakit kronis dan melumpuhkan serta memburuk selama perjalanan hidup. Menurut meta-analisis dan tinjauan sistematis oleh Jaaskelainen, dkk (2012) didapatkan jumlah pasien-pasien skizofrenia yang memenuhi kriteria pemulihan sebesar 13,5% (dengan kriteria selama masa pengobatan tidak ada gejala hingga dua tahun dan GAF $\geq$ 61).²

Pemulihan pada skizofrenia adalah konsep yang telah berkembang sejak awal identifikasi kondisi kejiwaan. Emil Kraepelin, dikenal sebagai orang pertama yang menggambarkan kondisi skizofrenia, menyebutkan gangguan ini sebagai salah satu kerusakan yang tak terhindarkan. Kraepelin melihat gangguan ini sebagai salah satu yang menyebabkan demensia "terminal" atau yang biasa disebut *dementia praecox*. Eugen Bleuler, orang yang pertama kali menggunakan istilah skizofrenia, juga menekankan bahwa gangguan ini memiliki prognosis yang buruk. Para perintis awal ini memperkirakan adanya kemungkinan perbaikan bagi ODS, namun Kraepelin cenderung melihat perbaikan berlangsung sementara. Perspektif Kraepelin dan Bleuler yang pesimis terhadap pemulihan pada ODS terjadi selama awal abad ke-20 namun mulai berubah seiring penemuan dan pengenalan obat antipsikotik pada 1950-an. Salah satu hasil dari optimisme tersebut adalah kembalinya ODS ke komunitas. Sejak awal abad 21, lebih

dari 95% ODS yang berada di rumah sakit jiwa pemerintah kemudian dapat "hidup di masyarakat".¹¹

Telah terjadi pergeseran paradigma, yaitu pada era sebelum tahun 1960, target terapi hanya sampai pada peningkatan kemampuan mengurus diri, menurunkan agresi dan menyakiti diri sendiri saja. Kemudian berkembang pada era tahun 1970-an, ODS diharapkan bisa bertahan di luar rumah sakit (*deinstitutionalisation*), yang berlanjut sampai tahun 1980-an fokus terapi beralih ke pencegahan kekambuhan dan meminimalkan gejala positif. Pada tahun 1990-an diharapkan tercapainya periode stabil yang bisa berlangsung lebih lama dan berkurangnya gejala negatif, serta berlanjut sampai era tahun 2000-an dengan dikembangkannya kriteria remisi yang terukur. Selanjutnya fokus perhatian beralih ke arah perbaikan fungsi yang kemudian berlanjut terus sampai sekarang menuju ke harapan tercapainya pemulihan.³

Fase penting sebelum target pemulihan ditentukan, maka perlu dicapai tahapan remisi dengan kriteria yang terukur. Untuk itu digunakan ukuran dari 8 butir PANSS (*Positive and Negative Symptoms Scale*) dengan skor tidak lebih dari 3 (ringan), yang dipertahankan dalam rentang waktu minimal 6 bulan. Kedelapan butir PANSS tersebut adalah Waham (P1), Kekacauan Proses Pikir (P2), Perilaku Halusinasi (P3), Isi Pikir yang Tidak Biasa (G9), Manerisme dan Postur Tubuh (G5), Penumpukan Afek (N1), Penarikan Diri secara Sosial (N4), Kurangnya Spontanitas dan Arus Percakapan (N6).³

Tujuan utama perawatan ODS adalah meningkatkan kemampuan untuk "berfungsi" dalam masyarakat, dibandingkan dengan fokus tradisional yang berupaya untuk mengurangi atau menghilangkan gejala. Yang menarik, istilah "fungsi" mulai memasukkan sumber daya dan keterampilan agar berhasil dalam suatu lingkungan. Istilah "rehabilitasi psikososial" mulai digunakan untuk menggambarkan pendekatan ini, menekankan "rehabilitasi" orang-orang dengan disabilitas yang bertentangan dengan "pengobatan" medis dari penyakit. Prinsip-prinsip

"rehabilitasi psikososial" mencakup penekanan pada "pilihan pasien", "kekuatan," dan "pemberdayaan konsumen".^{2,11}

Kemudian menjadi jelas bagi banyak ODS bahwa aspek "psikososial" dari gangguan ini tidak dapat dipisahkan dari pertimbangan medis, kemudian "pendekatan holistik" semakin diakui dan aspek manajemen medis diselimuti ke dalam konsep "rehabilitasi psikososial". Ketika perhatian terhadap faktor medis dan sosial mulai bergabung, istilah "rehabilitasi kejiwaan" diciptakan untuk mencerminkan integrasi perspektif sosial dan medis ini.^{2,11}

Ketika fokus perawatan diperluas dan mencakup masukan – masukan dari ODS, beberapa dari mereka mulai berorganisasi. Kelompok-kelompok lokal disatukan dengan nama seperti *Insane Liberation Front*, yang didirikan di Portland, Oregon, pada tahun 1970. Pada tahun 1973, pertemuan nasional pertama kelompok tersebut diadakan di Detroit, pertemuan ini disebut sebagai *the Conference on Human Rights and Psychiatric Oppression*. Pada sesi ini, para peserta menyusun strategi dengan fokus utamanya adalah bagaimana mendapatkan lebih banyak martabat dan kebebasan bagi orang-orang yang telah mengalami apa yang mereka anggap kejam dan perlakuan yang merendahkan mereka tentang sistem kesehatan mental yang telah memberi mereka sedikit hak. Tidak lama setelah pertemuan organisasi pertama, beberapa “orang-orang dalam pemulihan” yang lebih berpendidikan atau pandai berbicara ini mulai menghasilkan laporan tentang pengalaman pribadi, persepsi, dan pendapat mereka sendiri tentang pengalaman pemulihan mereka. Persepsi dan pendapat ini berasal dari perspektif kolektif maupun individual dan seringkali sangat berbeda dari perspektif para profesional yang telah mengelola dan memberikan layanan kesehatan mental. Seiring berjalannya waktu, banyak suara konsumen mulai didengar dan gerakan konsumen nasional virtual mulai berkembang. Sering kali, perspektif konsumen ini berfokus pada menuntut perubahan dalam cara mereka dirawat dan bagaimana mereka diterima oleh masyarakat pada umumnya.¹¹

Selama setengah abad terakhir, kita sebagai masyarakat telah jelas berevolusi dari posisi dimana pemulihan untuk ODS dilihat sebagai suatu harapan yang masuk akal. Salah satu dampak yang signifikan dari pandangan baru ini yaitu dari laporan Presiden *New Freedom Commission* (NFC) pada tahun 2003. Laporan ini menetapkan pemulihan sebagai tujuan terpenting dalam sistem layanan kesehatan mental di Amerika. Kemudian, upaya utama membentuk definisi pemulihan dilakukan pada tanggal 16 dan 17 Desember tahun 2004 pada konsensus yang diselenggarakan oleh *the Center for Mental Health Services of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA). Hasil konferensi didapatkan bahwa definisi perjalanan pemulihan adalah suatu perjalanan penyembuhan dan transformasi yang memungkinkan seseorang dengan masalah kesehatan mental untuk menjalani kehidupan yang bermakna dalam komunitas pilihannya sambil berjuang untuk mencapai potensinya. Selain itu, hasil dari konferensi konsensus adalah pernyataan "10 Komponen Dasar Pemulihan." Pemulihan adalah suatu perjalanan, dan untuk mencapainya ditentukan oleh sedikitnya 10 hal berikut ini, yaitu:^{3,11,12}

1. Kemauan pasien sendiri. Bagi ODS, perjalanan menuju pemulihan merupakan perjuangan personal yang membutuhkan arah dan kemauan.
2. Terapi yang bersifat personal dan berorientasi pada kepentingan pasien. Diperlukan pemahaman tentang kebutuhan terapi yang memihak pada kepentingan pasien. Baik pilihan jenis psikofarmaka maupun pendekatan psikososial yang dibutuhkan.
3. Pemberdayaan. Potensi dan kemampuan yang dimiliki pasien merupakan modal menuju pemulihan dan perlu untuk mendorong pasien untuk mengembangkannya.
4. Tata laksana yang bersifat holistik. Konsep holistik tetap diperlukan, perhatikan semua aspek, biologis, psikososial dan perhitungkan latar belakang budaya pasien.
5. Tidak berpikir linear. Terapis perlu untuk memiliki visi bahwa perjalanan pasien menuju pemulihan tidak bersifat garis lurus, tetapi

berpeluang menjadi eksponensial.

6. Berbasis pada kekuatan pasien. Awal perjalanan menuju pemulihan dimulai dan berlandaskan pada kekuatan dan potensi pasien sendiri.
7. Adanya dukungan kelompok konsumen yang kuat. Dibutuhkan media lingkungan sesama konsumen yang bersifat mendukung. Contohnya KPSI yaitu Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia yang telah terbentuk di beberapa kota di Indonesia, Komunitas Sehat Jiwa (KSJ), *Into the light*, dan *Indonesia Mental Health Foundation*.
8. Respek. Seberapapun kecilnya kemajuan pasien dalam proses terapi, tetap berikan penghargaan.
9. Tanggung jawab. Dibutuhkan rasa tanggung jawab besar petugas kesehatan untuk mendampingi perjalanan pasien menuju pemulihan.
10. Harapan. Yang terpenting adalah tetap memiliki harapan bahwa suatu hari pemulihan akan dapat tercapai. Harapan ini harus ada pada semua pihak, tidak saja pasien dan keluarganya tetapi juga tenaga kesehatan yang mendampingi pasien melalui perjuangannya.

Menurut penelitian Lambert, dkk tahun 2016 prediksi remisi adalah kombinasi dari remisi gejala, fungsional, dan kesejahteraan subjektif pada 2960 pasien dengan skizofrenia. Pada penelitian oleh Rosen, dkk tahun 2005 angka pemulihan lebih tinggi pada pasien skizofrenia episode pertama dibandingkan pada pasien episode berulang. Pada episode pertama penyakit ini, awitannya terutama pada usia yang lebih lanjut, terjadi tiba-tiba, pengobatan dini, pemulihan dari episode pertama atau serangan dalam waktu singkat (respon awal), jenis kelamin perempuan, usia muda, kurangnya riwayat skizofrenia dalam keluarga, terdapat ide bunuh diri, fungsi kognitif yang baik, adanya gangguan skizoafektif, memiliki pekerjaan, dan premorbid yang baik telah dilaporkan sebagai faktor yang menentukan pemulihan.¹³

Pemulihan yang berhasil perlu melibatkan sejumlah pendekatan yang mencakup medikasi dan hospitalisasi. Penelitian dan pengalaman menunjukkan itu dasar terbaik untuk pemulihan melibatkan partisipasi aktif

dari individu dan keluarga dalam perawatan berkelanjutan. Hal ini termasuk pendidikan, pelatihan, dan pengembangan keterampilan tidak hanya untuk mengatasi skizofrenia tetapi dengan kehidupan secara umum. Pengetahuan adalah alat yang kuat untuk orang dan keluarga yang hidup dengan skizofrenia. Semakin banyak yang diketahui tentang skizofrenia dan bagaimana hal itu dapat memengaruhi persepsi orang tentang dunia di sekitar mereka dan dunia internal mereka, semakin baik persepsi tersebut dapat dipahami. Pendekatan psikososial adalah mereka yang membantu orang dalam hubungan mereka dengan orang lain, dengan kelompok dan masyarakat secara keseluruhan.¹³

2.4 Konsep dan Proses Pemulihan

Prinsip pemulihan adalah bukan sembuh atau pulih secara klinis, namun merupakan suatu perjalanan unik yang dialami seseorang ketika membangun hidupnya melebihi gangguan jiwa yang dialami (pemulihan secara sosial). ODGJ berat mendapatkan kembali kehidupannya secara optimal, tanpa harus sembuh dari gangguannya.¹⁴

Pemulihan secara klinis dapat dinilai secara objektif dan memiliki makna medis. Tujuan penilaian ini untuk digunakan pada penelitian empiris, yang mengandung elemen diagnostik, fungsi, dan terapi. Sebuah definisi lain dari pemulihan klinis yang memiliki fokus sosial adalah remisi gejala secara sempurna, memiliki pekerjaan atau pendidikan *full* atau *part-time*, hidup mandiri tanpa pengawasan pelaku rawat, memiliki teman-teman dalam aktivitas bersama, dan semua hal tersebut bertahan selama dua tahun. Orang dengan gangguan jiwa berat yang setelah dievaluasi secara klinis dinyatakan sudah mencapai kepulihan, ketika mereka kembali ke masyarakat baru merasakan adanya hendaya. Mereka yang telah diterapi secara klinis, memiliki tanda dan gejala yang minimal, namun tidak diberikan persiapan terhadap dampak gangguan tersebut pada fungsi interpersonal, sosial, pekerjaan, maupun pendidikan. Maka, pemulihan secara personal memiliki cakupan yang lebih luas.^{15,16}

Pemulihan secara personal (*personal recovery*) dibuat berdasarkan pengalaman dan pemahaman dari sudut pandang ODGJ berat. Secara garis besar, pemulihan ini dilihat sebagai suatu proses atau perjalanan hidup, sehingga tidak ada luaran yang sama bagi tiap individu. Pemulihan dikatakan bukan untuk menghilangkan gangguan yang dimilikinya, namun mengenai bagaimana memandang seseorang melebihi gangguannya. Proses ini lebih memfokuskan pada kemampuan yang mereka miliki, harapan, minat, dan impiannya, kemudian mengembalikan peran dan hubungan sosial ODGJ berat yang memberikan nilai dan makna dalam kehidupannya.¹⁷

Hasil dari penelitian-penelitian tersebut dikonseptualisasikan oleh Andresen dkk. menjadi lima tahapan model pemulihan, yaitu:^{5,17}

1. *Moratorium*: Tahap ini ditandai oleh rasa kehilangan dan keputusasaan yang hebat. ODGJ berat mengalami penyangkalan, kebingungan, keputusasaan, kebingungan akan identitas diri, dan menarik diri sebagai pelindung dirinya.
2. *Awareness*: ODGJ berat mulai memiliki harapan untuk mendapatkan kehidupan yang lebih baik dan pemulihan itu bisa dicapai. Hal ini bisa berupa pengalaman internal yang dipicu oleh terapis, orang yang berarti bagi ODGJ berat, atau *role-model*. Hal ini melibatkan kesadaran bahwa dirinya bukan “orang sakit”, namun seseorang yang mampu menjadi pulih.
3. *Preparation*: ODGJ berat mencari tahu kekuatan dan kelemahan mengenai pemulihan, kemudian mulai melakukan pemulihan. Pada tahap ini mereka mengambil saham dari *intact-self* dan nilai-nilai dirinya, serta kekuatan dan kelemahannya. Termasuk mempelajari mengenai gangguan jiwa dan pelayanan kesehatan jiwa yang ada, kemampuan untuk pulih, menjadi terlibat dalam aktivitas kelompok, dan memiliki hubungan kembali dengan teman sejawatnya.
4. *Rebuilding*: Tahap ini merupakan tahap yang paling berat dalam pemulihan. ODGJ berat mulai membentuk identitas diri yang positif.

Hal ini melibatkan persiapan dan membuat tujuan hidup yang bermakna dan menilai kembali tujuan dan makna hidup yang sebelumnya. Pada tahap ini ODGJ berat mengambil kembali tanggung jawabnya dalam mengatasi gangguan dan mengontrol kembali hidupnya. Termasuk dalam mengambil risiko, merasakan kegagalan, dan kembali semangat untuk mencoba kembali.

5. *Growth*: Tahap terakhir dari pemulihan ini dapat dianggap sebagai luaran dari proses pemulihan. ODGJ berat mungkin belum bebas dari gejala sepenuhnya, namun memahami cara untuk mengatasi gangguan tersebut dan untuk tetap bisa berfungsi dengan baik. Individu tersebut memiliki ketahanan dalam menghadapi kegagalan, memiliki keyakinan terhadap kemampuan dirinya untuk mencapai kehidupan yang utuh dan bermakna, serta memiliki masa depan. Individu memiliki *sense of self* yang positif, memahami bahwa pengalaman yang dialami membuat mereka menjadi individu yang lebih baik.

Tahapan-tahapan yang terjadi pada proses pemulihan tidak selalu berjalan secara linier dan tidak setiap tahapan harus dilalui oleh ODGJ berat. Menurut Davidson dan Roe, banyak ODGJ berat yang terkesan enggan terlibat dengan pemulihan. Hal tersebut dapat terjadi karena beratnya derajat gejala gangguan yang dialami, terdapat pengalaman yang kurang menyenangkan mengenai pelayanan kesehatan jiwa yang pernah dirasakan, efek samping pengobatan yang tidak dapat ditoleransi, atau fakta bahwa kenyataan mereka membutuhkan bantuan merupakan hal yang menyakitkan dan memberatkan. Maka sangat penting sekali untuk mendukung ODGJ berat pada awal perjalanan pemulihannya.¹⁷

2.5 Faktor yang Terkait dengan Pemulihan Gejala dan Sosial

Pada penelitian kohort prospektif pada pasien – pasien dengan gangguan spektrum skizofrenia, didapatkan prediktor dan variabel yang paling terkait dengan remisi dan pemulihan, antara lain:¹⁸

1. Variabel terkait sosiodemografi
 - a. Jenis Kelamin

Pada studi kohort prospektif selama dua tahun yang dilakukan oleh Usall J, dkk pada tahun 2003 didapatkan hasil setelah dua tahun, pasien pria dengan skizofrenia ditemukan memiliki jumlah total rawat inap dan jumlah total hari rawat inap lebih lama dibandingkan pasien skizofrenia wanita ($P < 0,01$).¹⁹

b. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan berkaitan secara signifikan terhadap pemulihan secara fungsional khususnya ranah fungsi dan kualitas hidup. Namun pada beberapa penelitian dikatakan bahwa pasien dengan diagnosis skizofrenia memiliki riwayat premorbid berupa pendidikan yang lebih buruk dibandingkan dengan pasien gangguan skizoafektif, ini menunjukkan bahwa komponen perkembangan neurologi terkait skizofrenia lebih buruk dibandingkan pada gangguan skizoafektif. Prognosis pemulihan pada ODS lebih baik ketika penyesuaian premorbid berupa pendidikan, pekerjaan dan relasi dengan teman sebaya juga lebih baik.¹⁸

c. Riwayat pekerjaan

Riwayat pekerjaan digambarkan dalam durasi riwayat pekerjaan, hal ini berkaitan secara signifikan terhadap pemulihan secara keseluruhan. Sejumlah besar penelitian telah melaporkan pengaruh yang signifikan dari situasi pekerjaan yang baik terhadap pemulihan. Situasi kerja pasien secara signifikan memprediksi pemulihan. Namun karena variasi usia yang signifikan dalam studi, maka usia dapat menjadi variabel perancu karena memiliki pengalaman kerja tidak mungkin sama untuk semua rentang usia. Status pekerjaan saat ini juga penting dalam penilaian.^{17,18}

d. Status Pernikahan

Liberman, dkk melaporkan bahwa pada pasien yang menikah pasangan telah memainkan peran kunci dalam proses pemulihan. Rund menyatakan bahwa dukungan psikologis dari pasangan dianggap penting untuk pemulihan. Telah dilaporkan bahwa pasien yang tidak menikah sebelum timbulnya penyakit sangat mungkin untuk tidak

menikah di kemudian hari. Hal ini menunjukkan bahwa pasien yang pulih adalah mereka yang memiliki perjalanan penyakit yang lebih menguntungkan yang mungkin sudah dalam hubungan relasi atau kemitraan sebelum timbulnya penyakit.¹⁴

2. Variabel terkait ekspresi emosi keluarga

a. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga dan sosial memainkan peranan penting dalam pemulihan ODS. Penelitian yang dilakukan di Asia menunjukkan bahwa kurang dari 10% ODS dirawat di rumah sakit selama masa *follow-up*, hal ini menunjukkan tingginya tingkat keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien. Banyak studi internasional telah menemukan bahwa stres keluarga yang direfleksikan dalam *high expressed emotion, attitudes of criticism and emotional over-involvement* terhadap kerabat yang mengalami gangguan jiwa merupakan prediktor kuat kekambuhan pada skizofrenia dan gangguan mood.¹⁸

3. Variabel terkait penyakit

a. Usia saat awitan penyakit

Awitan awal psikosis biasanya berhubungan dengan hasil yang lebih buruk. Awitan skizofrenia sebelum usia 13 tahun sangat jarang. Diperkirakan awitan 39% laki-laki dan 29% perempuan dengan skizofrenia di usia 19 tahun. ODS awitan dini (*early onset schizophrenia*) termasuk awitan anak (usia 13 tahun) dan awitan remaja (setelah usia 13 tahun dan sebelum usia 18 tahun) menunjukkan jumlah yang sama terkait kelainan neurobiologis yang diamati pada skizofrenia awitan dewasa, hal tersebut menunjukkan keterlibatan substrat neurobiologis. Bila dibandingkan dengan pasien skizofrenia awitan dewasa, skizofrenia awitan dini berkaitan dengan riwayat premorbid, performa kognitif, dan fungsi yang lebih buruk. Usia saat awitan penyakit muncul berkaitan dengan pemulihan. Pada penelitian ODS dengan rata – rata usia awitan 26 tahun didapatkan kemungkinan mencapai pemulihan lebih baik. Hal ini dapat dijelaskan bahwa ODS

dengan usia awitan penyakit tersebut kemungkinan besar sudah menyelesaikan sekolah menengah sebelum didiagnosis dan mendapatkan pengobatan. Dalam hal tersebut, kemungkinan besar ODS sudah memiliki dan mengembangkan keterampilan vokasional dan relasi sosial, dengan demikian dapat membantu tercapainya proses pemulihan.^{13,20}

b. *Duration of untreated psychosis (DUP)*

DUP muncul sebagai prediktor independen, dapat meramalkan remisi, gejala positif dan fungsi sosial, namun tidak dapat memprediksi kualitas hidup, fungsi pekerjaan dan hidup mandiri. Mengenai *cut-off* DUP, skor gejala lebih rendah jika DUP di bawah tiga bulan, dan remisi lebih besar kemungkinannya hanya jika DUP berada di bawah satu bulan. Fungsi sosial pada ODS dapat diprediksi akan lebih baik dan gejala positif lebih sedikit bila rentang DUP lebih pendek yaitu < 1 bulan ($P < 0,01$) atau $DUP < 3$ bulan ($P = 0,01$), dengan *cut-off* satu tahun tidak ada perubahan bermakna. Beberapa studi menemukan bahwa semakin panjang DUP berhubungan dengan peningkatan level gejala negatif. Studi di Norwegia menemukan bahwa pengurangan DUP dihubungkan dengan penurunan gejala negatif dan kesempatan mendapatkan pekerjaan yang lebih tinggi.²¹

4. Variabel terkait psikopatologi

a. Keparahan gejala pada ODS

Keparahan gejala dapat diukur dengan remisi gejala positif dan negatif berkaitan secara signifikan terhadap perbaikan fungsi secara keseluruhan. Dalam penelitian oleh Cassidy dkk tahun 2010 didapatkan bahwa remisi dari gejala positif dan negatif dapat memberikan prediksi pemulihan fungsi dan vokasional setelah 14 bulan pengobatan. Kenyataannya, ODS yang tidak mencapai remisi pada saat follow-up berisiko mengalami perburukan dan menjadi prediktor buruk bagi pemulihan. Penelitian oleh Lambert, dkk pada 392 ODS yang belum pernah diberi pengobatan kemudian mengalami remisi pada bulan

ketiga setelah mendapat pengobatan dapat mencapai remisi pada *follow-up* selanjutnya serta mencapai pemulihan.²²

b. Adanya gejala negatif

Adanya gejala negatif berkaitan secara signifikan terhadap perburukan fungsi secara keseluruhan. Gejala negatif yang lebih rendah pada *baseline* merupakan prediktor pemulihan yang baik. Gejala negatif berkaitan dengan kehilangan atau pengurangan perilaku tertentu seperti gangguan pada afek, emosi, interaksi sosial, tujuan dan motivasi. Dalam penelitian dikatakan bahwa tidak hanya memperhatikan gejala negatif pada *baseline* namun juga adanya gejala negatif pada *follow-up* satu tahun, hal tersebut juga dapat memprediksi pemulihan. Gejala negatif dapat diukur menggunakan PANSS.²⁰

5. Variabel terkait pengobatan (psikofarmaka)

Pada penelitian tidak menemukan perbedaan yang signifikan antara ODS dalam remisi dan pemulihan bila ditinjau dari jenis antipsikotik yang diterapkan. Khususnya mengenai remisi, terdapat bukti yang konsisten bahwa senyawa atipikal dan tipikal tampaknya sama efektif. Namun, mengenai tolerabilitas dan kelanjutan dari perawatan, dinyatakan bahwa pengobatan dengan antipsikotik atipikal adalah lebih menguntungkan karena mengurangi kekambuhan dan tingkat pemulihan lebih tercapai. Pada penelitian tidak ditemukan hubungan yang signifikan antar remisi atau pemulihan dengan pengobatan depot antipsikotik, namun karena terdapat konsensus bahwa depot antipsikotik menghasilkan hasil jangka panjang yang lebih menguntungkan maka kemungkinan yang lebih tinggi untuk mencapai remisi dan pemulihan.¹⁸

Sesuai dengan data penelitian saat ini ditemukan bahwa ODS dengan sikap yang lebih baik terhadap pengobatan mencapai pemulihan lebih baik. Serupa dengan penelitian ini, Ciudad dkk. Meneliti 452 ODS selama 1 tahun kemudian menemukan bahwa setelah 1 tahun ketaatan pengobatan yang baik secara signifikan terkait dengan remisi. Ketika memeriksa prediktor remisi dalam hasil studi dua tahun oleh Malla dkk. menemukan status remisi dipengaruhi secara positif oleh tingkat ketaatan

pengobatan yang lebih tinggi. Dalam sebuah penelitian prospektif dari 254 pasien, penulis menemukan bahwa pasien yang tidak sangat meyakini perlunya, atau manfaat dari, pengobatan lebih cenderung menjadi tidak taat pengobatan. Dalam ulasan tentang remisi dan prediktornya oleh Lambert dkk menemukan bahwa ketaatan pengobatan menjadi salah satu dari enam prediktor remisi yang paling relevan.¹³ Ketaatan pengobatan dapat diukur dengan instrument *Medication Adherence Rating Scale* (MARS) yang dapat memberi gambaran perilaku kepatuhan minum obat, sikap terhadap pengobatan, efek samping obat dan perilaku terhadap obat antipsikotik.^{18,23}

Antipsikotik generasi kedua umumnya cenderung menyebabkan lebih banyak masalah yang berkaitan dengan sindrom metabolik, seperti obesitas dan diabetes melitus tipe 2. Efek samping dari antipsikotik generasi pertama lebih mungkin dikaitkan dengan masalah neurologi yakni sindrom ekstrapiramidal (dapat diukur menggunakan *Extrapyramidal Symptom Rating Scale*). Hasil dari survei *cross-sectional* di Amerika Serikat pada pasien dengan skizofrenia mengidentifikasi 4 kategori efek samping yang masing-masing terkait dengan ketidakpatuhan pengobatan, kenaikan berat badan adalah efek samping yang paling sering dikaitkan dengan ketidakpatuhan. Efek samping kenaikan berat badan merupakan salah satu diantara 3 faktor paling berpengaruh yang berkontribusi terhadap ketidakpatuhan pasien dengan skizofrenia dan gangguan terkait di Cina. Skizofrenia telah dikaitkan dengan beberapa masalah kesehatan dan risiko, terdapat kekhawatiran yang berkembang bahwa ODS juga mungkin berisiko mengalami kelebihan berat badan atau obesitas, dibandingkan dengan populasi umum (diukur dengan indeks massa tubuh).²³

6. Variabel terkait taraf fungsional

Dalam penelitian ini fungsi sosial adalah salah satu dari dua prediktor remisi yang telah berulang kali dilaporkan sebagai prediktor kuat pemulihan pada ODS. Pada kohort secara natural didapatkan tingkat fungsional yang lebih tinggi dan fungsi dalam aktivitas sehari-hari yang lebih baik dilaporkan secara signifikan lebih umum terjadi pada ODS dalam remisi. Hal ini berkaitan dengan pemulihan fungsi yang juga berkaitan

dengan keterlibatan dalam pekerjaan atau pendidikan. Pemulihan yang penuh didefinisikan sebagai remisi stabil dari gejala positif dan negatif, tidak ada riwayat rawat inap paling tidak selama dua tahun terakhir, saat ini terlibat dalam pekerjaan atau pendidikan, dan skor *Global Assessment of Functioning scale* (GAF) ≥ 61 .^{17,18}

2.6 Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri atas 6 jenis instrumen, yaitu instrumen yang baku untuk mengevaluasi pemulihan klinis dan fungsional, efektivitas pengobatan, efek samping obat, ketaatan pengobatan dan ekspresi emosi keluarga terhadap ODS. Instrumen baku yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *Recovery Assessment Scale – Domains and Stages* (RAS-DS), *Positive and Negative Symptom of Schizophrenia* (PANSS) Remisi, skor *Global Assessment of Functioning scale* (GAF), *Medication Adherence Rating Scale* (MARS), *Extrapyramidal Symptom Rating Scale* (ESRS), dan *Family Questionnaire* (FQ).

2.6.1. *Recovery Assessment Scale – Domains and Stages* (RAS-DS)

Penilaian pemulihan pada orang dengan skizofrenia memang belum ada baku emas yang digunakan. Studi telaah sistematis yang dilakukan oleh Sklar, dkk pada tahun 2013 mengidentifikasi 13 instrumen kuantitatif untuk menilai pemulihan kesehatan mental pada layanan kesehatan. Instrumen yang memiliki kualitas tertinggi salah satunya adalah instrumen *Recovery Assessment Scale* (RAS). Pada penelitian yang dilakukan oleh Nada tahun 2018 didapatkan hasil uji keandalan konsistensi internal kuat ($\alpha=0,93$) dan *test-retest reliability* yang adekuat ($r=0,88$).²⁴ Instrumen penilaian pemulihan kesehatan mental diperlukan baik untuk memfasilitasi kolaborasi, praktik berorientasi pemulihan, dan mengukur luaran yang berfokus pada pemulihan. Oleh karena itu dikembangkan *Recovery Assessment Scale – Domains and Stages* (RAS-DS) untuk memenuhi tujuan tersebut secara bersamaan. RAS-DS menilai proses pemulihan melalui empat ranah, yaitu: fungsional (*doing*

things I value), personal (*looking forward*), klinis (*mastering my illness*), dan sosial (*connecting and belonging*). Instrumen ini merupakan skala *likert* dengan 4 pilihan yang dipilih oleh pasien yakni: “setuju (4)”, “hampir setuju (3)”, “sedikit setuju (2)”, dan “tidak setuju (1)”. Skor total RAS-DS berkisar antara 33 hingga 132. Semakin tinggi skor menunjukkan tingkat pemulihan yang lebih tinggi.²⁵

RAS-DS dirancang untuk menangkap rentang ranah pemulihan yang lebih luas dan juga untuk mencerminkan pencapaian yang terkait dengan tahap pemulihan selanjutnya. Pengujian asli dari RAS-DS menunjukkan validitas internal yang kuat, membangun integritas dan penerimaan terhadap konsumen dan pekerja kesehatan mental. Pengujian awal dan penelitian lain yang dipublikasikan telah menunjukkan bahwa skor RAS-DS meningkat seiring waktu ketika individu menerima layanan yang diharapkan dapat meningkatkan penemuan mereka. Hasil ini menunjukkan bahwa RAS-DS adalah instrumen yang berguna untuk mengukur pemulihan dan mungkin sensitif terhadap perubahan dari waktu ke waktu, tetapi pengujian lebih lanjut diperlukan.²⁶

Tabel 2.1 Empat ranah pemulihan pada RAS-DS

RANAH	TAHAP			
		Sangat Awal	Pertengahan	Lanjut
<i>Doing Things I Value</i>	Fungsional	Tidak aktif atau miskin aktivitas atau peran; peran sakit atau pasien mendominasi	—————→	Melakukan kegiatan yang bermakna dan berharga secara personal; memiliki rasa untuk berkontribusi kepada orang lain
<i>Looking Forward</i>	Personal	Penderitaan; keputusasaan; memandang	Kesadaran; tilikan;	Dapat mengendalikan hidup;

		diri sebagai “orang sakit”	perencanaan aksi	kesejahteraan; memiliki harapan tentang masa depan; memandang <i>self</i> sebagai bagian eksternal dari penyakitnya
<i>Mastering My Illness</i>	Klinis	Didominasi oleh gejala	→	Memiliki kontrol atau manajemen terhadap gejala- gejala sisa; gangguan minimal pada kehidupan
<i>Connecting and Belonging</i>	Sosial	Memiliki sedikit teman; dependen; sebagian besar keluarga	→	Jaringan sosial yang lebih luas; beranekaragam termasuk teman kerja, keluarga dan masyarakat yang lebih luas; memiliki timbal balik; memuaskan secara personal

Sumber: Hancock N, Scanlan JN, Bundy AC, Honey A. *Recovery Assessment Scale - Domains & Stages (RAS-DS) Manual- Version 2*. Sydney: University of Sydney; 2016

2.6.2. *Positive and Negative Symptom of Schizophrenia (PANSS) Remisi*

PANSS merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur keparahan gejala positif dan negatif pada orang dengan skizofrenia. Pengukuran dalam waktu 45 menit, penilaian skor 1 sampai 7 untuk 8 simptom berbeda. Berbeda dengan PANSS lengkap, PANSS remisi menilai beberapa komponen saja. Komponen yang dinilai adalah P1 (waham), P2 (disorganisasi proses pikir), P3 (perilaku halusinatorik), N1 (afek tumpul), N4 (penarikan sosial secara pasif), N6 (kurangnya spontanitas bicara atau arus percakapan), G5 (*mannerism*), dan G9 (isi pikir tidak biasa). Dapat dikatakan remisi apabila ada komponen yang skornya

kurang dari 3. Reliabilitas internal diuji dengan rumus koefisien alfa dari Cronbach terhadap 82 pasien skizofrenia. Reliabilitas untuk masing-masing skala adalah sebagai berikut: 0,83 untuk gejala positif, 0,85 untuk gejala negatif, 0,84 untuk indeks komposit dan 0,87 untuk gejala psikopatologi umum^{3,27}

2.6.3. *Global Assessment of Functioning Scale (GAF)*

GAF adalah sistem penilaian untuk tingkat keparahan penyakit di psikiatri. Gambaran seberapa banyak gejala ODS memengaruhi kehidupan sehari-harinya, gambaran seberapa serius gangguan jiwa yang dialami. Evaluasi fungsi psikologis, sosial, okupasional ODS saat ini.¹⁶ Pembagian skor GAF menjadi beberapa kategori yakni 61 – 100 (fungsi baik); 51 – 60, 41 – 50, dan 31 – 40 (gangguan sedang); 21 – 30 dan 1 – 20 (gangguan berat).²⁸ Uji keandalan antar penilai antara dua peneliti sangat baik yakni *ICC coefficients* $r = 0,81$ dan $0,85$).²⁹

2.6.4. *Medication Adherence Rating Scale (MARS).*

Instrumen MARS merupakan instrumen berupa *self-administered questionnaire* dengan jumlah pertanyaan relatif sedikit sehingga waktu pengisian lebih pendek dan hemat biaya meskipun metode ini dilaporkan dapat terjadi *overestimate*. Faktor utama yang dinilai pada instrumen MARS, yaitu: perilaku kepatuhan minum obat, sikap terhadap pengobatan, efek samping obat dan perilaku terhadap obat antipsikotik, Instrumen MARS berisi 10 pertanyaan yang memerlukan jawaban ya atau tidak yang menggambarkan kepatuhan minum obat dalam satu minggu terakhir. Instrumen MARS menilai perilaku ketaatan pengobatan pada butir 1-4, sikap terhadap pengobatan pada butir 5-8, efek samping dan sikap terhadap pengobatan antipsikotik pada butir 9-10. Penilaian diberi kode skor 0 yang menandakan tidak taat dan skor 1 yang

menandakan taat minum obat. Nilai total skor ≥ 6 menunjukkan ketaatan dan nilai total skor < 6 menunjukkan ketidaktaatan.³⁰

Uji reliabilitas instrumen *Medication Adherence Rating Scale* versi Bahasa Indonesia (10 item) menunjukkan hasil Cronbach's Alpha sebesar 0,8, uji test retest menunjukkan nilai konsistensi internal 0.798. Sementara itu, nilai Cronbach's Alpha untuk subskala instrumen menunjukkan nilai dalam rentang 0,74 – 0,81. Hal ini menunjukkan bahwa instrumen MARS versi Bahasa Indonesia memiliki konsistensi internal yang baik. Hasil ini tidak berbeda jauh dengan versi asli instrumen MARS hasil penelitian Kathrine, yang memiliki nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,75 untuk skor total 10 item.³¹

2.6.5. *Extrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS)*

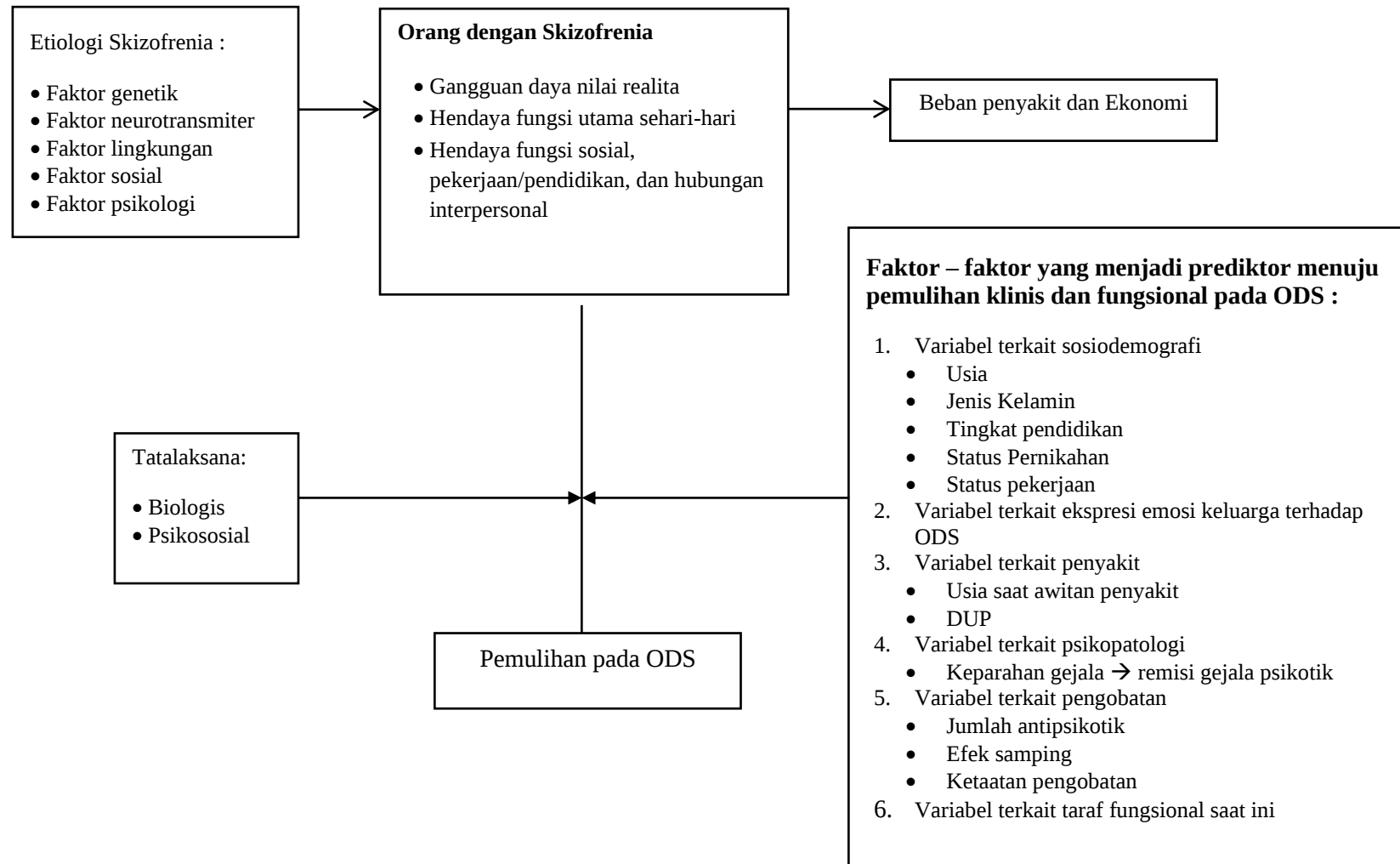
Ekstrapiramidal symptom rating scale (ESRS) adalah instrumen yang dikembangkan untuk menilai empat jenis gangguan gerakan yang diinduksi oleh penggunaan obat antipsikotik antara lain : Parkinsonisme, akatisia, distonia, dan tardif diskinesia. Penilaian gejala dikatakan skor 0 bila tidak ada gejala sama sekali.¹⁴ Uji keandalan sangat baik pada semua divisi skala yakni: kuesioner $r = 0,97$; penilaian parkinsonisme $r = 0,95$; pemeriksaan dystonia $r = 0,88$; pemeriksaan diskinesia $r = 0,96$.³²

2.6.6. *Family Questionnaire (FQ)*

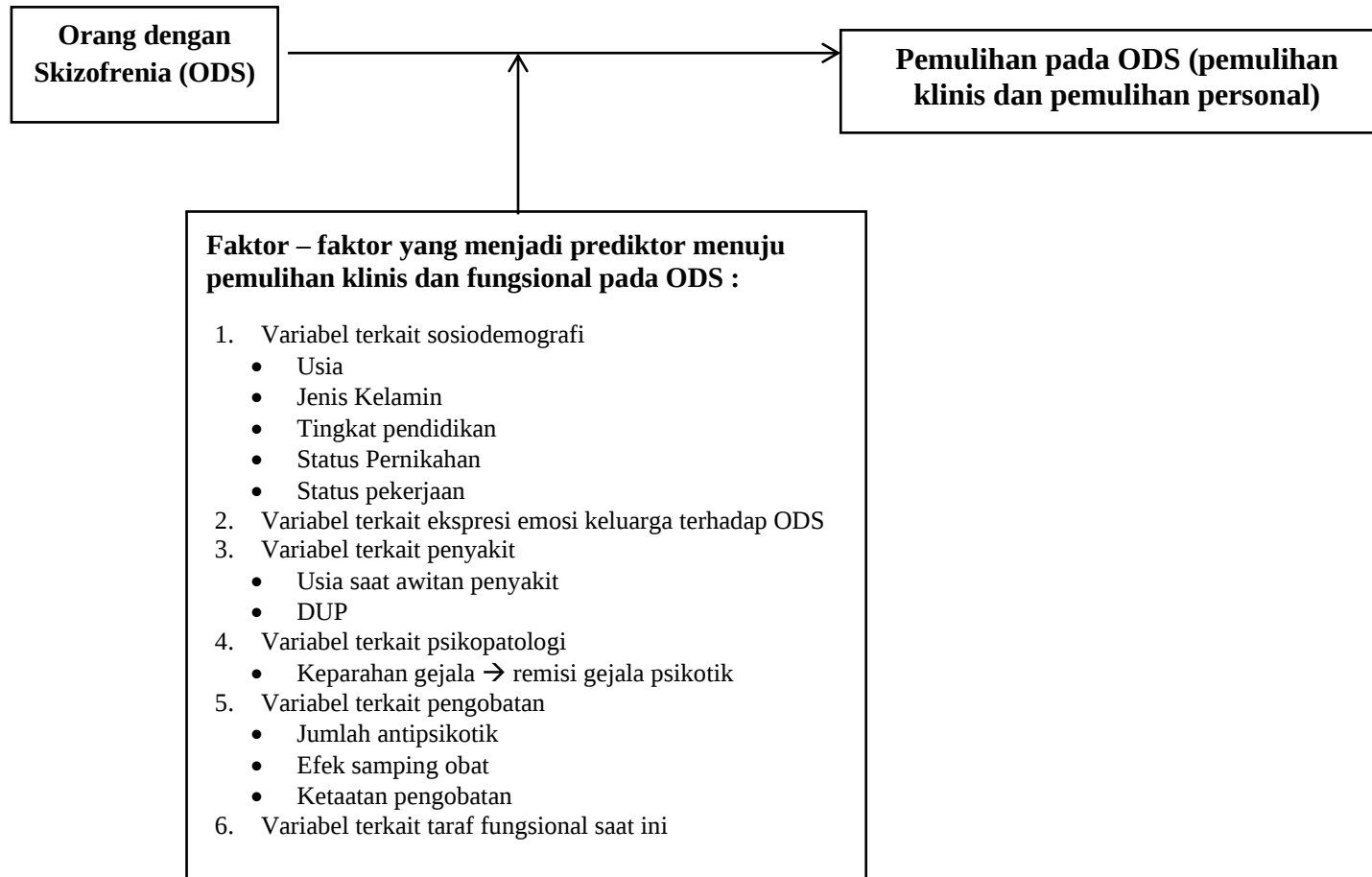
Instrumen untuk mengukur ekspresi emosi pada keluarga pasien skizofrenia digunakan *Family Questionnaire (FQ)*. FQ merupakan skala laporan diri (*self-report scale*) untuk menilai ekspresi emosi, dikembangkan dan divalidasi oleh Georg Wiedemann, Oliver Rayki, Elias Feinstein dan Kurt Hahlweg dari Universitas Tubingen, Departemen Psikiatri dan Psikoterapi, di Jerman. Pengembangan versi awal pada FQ dilakukan oleh para ahli klinis yang berpengalaman, disusun berdasarkan pernyataan anggota keluarga penderita Skizofrenia, mengenai interaksi dan cara

bersosialisasi dalam keluarga. Kuesioner ini mengandung 20 butir pertanyaan mencakup 2 ranah yang berbeda dari ekspresi emosi keluarga ODS, yaitu Kritik/*Critical Comments* (CC) dan keterlibatan emosi yang berlebih/*Emotional Over Involvement* (EOI). Ranah CC terdapat pada butir pertanyaan 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 sedangkan ranah EOI pada butir pertanyaan 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19. Nilai titik potong untuk ranah CC yakni 23 sehingga bila skor total ranah CC 23 dan untuk ranah EOI yakni 27. Oleh karena itu bila skor 23 atau lebih untuk ranah CC dan 29 atau lebih untuk ranah EOI maka dikatakan keluarga memiliki ekspresi emosi yang tinggi. Untuk menghindari jawaban – jawaban yang stereotype, terdapat empat pilihan jawaban yang memungkinkan dari “tidak pernah/sangat jarang” = 0; jarang = 1; sering = 2: hingga sangat sering = 3. Hasil Uji reliabilitas FQ menunjukkan bahwa skala FQ stabil atau konsisten. *Test-retest reliability* dinilai menggunakan *Pearson r Correlation*, menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna antara *test* dan *retest*. Uji sensitivitas dan spesifisitas FQ cukup memuaskan. Nilai titik potong pada instrument FQ adalah 23, ekspresi emosi rendah bila total skor <23, ekspresi emosi tinggi >23, dengan nilai sensitivitas 68% dan akurasi 78%.³¹

2.7 Kerangka Teori



2.8 Kerangka Konsep



BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah desain potong lintang.

3.2 Waktu dan tempat penelitian

- Penelitian dilaksanakan di Poliklinik Jiwa Dewasa (PJD) Departemen Medik Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM-FKUI).
- Pengambilan data dalam rentang waktu bulan Maret 2020 – April 2021.

3.3 Populasi

- Populasi target adalah semua pasien laki-laki dan perempuan yang berusia 18 hingga 59 tahun dengan skizofrenia.
- Populasi terjangkau adalah semua pasien laki-laki dan perempuan berusia 18 hingga 59 tahun dengan skizofrenia yang berobat ke Poliklinik Jiwa Dewasa Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo.
- Sampel penelitian adalah semua pasien laki-laki dan perempuan berusia 18 hingga 59 tahun dengan skizofrenia yang berobat ke Poliklinik Jiwa Dewasa Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo dan memenuhi kriteria inklusi.
- Pengambilan sampel menggunakan cara *non-probability convenience sampling*.

3.4 Besar Sampel

Besar sampel dihitung dengan rumus besar sampel untuk multivariat prediktif kategorik satu kali pengukuran.

$$n = \frac{10 \cdot I}{P}$$

n= jumlah sampel

I= variable bebas (independen)

P= proporsi dari *point of interest* (dari kepustakaan)

Dalam studi kohort prospektif di kepustakaan (Schennach dkk, tahun 2012) pada prediktor riwayat pekerjaan terhadap pemulihan pada ODS (salah satu prediktor signifikan) didapatkan risiko relatif (RR) yang bermakna 1,65; P=0,69.

$$\begin{aligned} n &= \frac{10 \cdot 12}{0.69} \\ &= 174 \end{aligned}$$

Sebagai *rule of thumb* dasar penggunaannya adalah pengalaman parah ahli dalam menggunakan analisis multivariat. Salah satu *rule of thumb* adalah bahwa jumlah subyek yang dianjurkan adalah 10 kali jumlah variabel independen. Terdapat rekomendasi lain dengan *rule of thumb* lebih sederhana tanpa melihat jumlah variabel independen, jumlah subyek yang lebih dari 400 disebut banyak atau memadai, antara 200 sampai 400 sedang, kurang dari 200 disebut sedikit. Penghitungan besar sampel pada penelitian ini adalah 20 kali jumlah variabel independen (12 variabel) yakni didapatkan 240 sampel.

3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.5.1 Kriteria Inklusi

1. Responden adalah pasien skizofrenia yang sudah didiagnosis oleh psikiater RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo.
2. Responden berusia 18 hingga 59 tahun.
3. Responden adalah pasien skizofrenia yang datanya tersedia di rekam medik dan *database* Poliklinik Jiwa Dewasa RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo
4. Responden bisa membaca, menulis, dan memahami bahasa Indonesia dengan baik
5. Bersedia menjadi responden dan mengisi *informed consent*.

3.5.2 Kriteria Eksklusi

1. Subyek dengan retardasi mental berat berdasarkan hasil pemeriksaan psikiatrik dan data dari rekam medik yang telah diverifikasi oleh psikiater RSUPN Cipto Mangunkusumo.
2. Subyek dengan gangguan neurologi atau trauma kepala yang menyebabkan penurunan kesadaran berdasarkan wawancara dan data dari rekam medik yang telah diverifikasi oleh psikiater RSUPN Cipto Mangunkusumo.

3.6 Izin Pelaksanaan Penelitian

1. Ijin dari Departemen Psikiatri FKUI-RSCM
2. Ijin dari Komite Etik RSCM
3. Ijin dari Direktur RSCM
4. Ijin dari Kepala Poliklinik Jiwa Dewasa RSCM

3.7 Cara Kerja

3.7.1 Fase Persiapan Penelitian

Penelitian dilakukan dengan cara mengajukan permohonan etik kepada Komisi Etik RSCM. Peneliti kemudian mengajukan permohonan izin ke tempat penelitian.

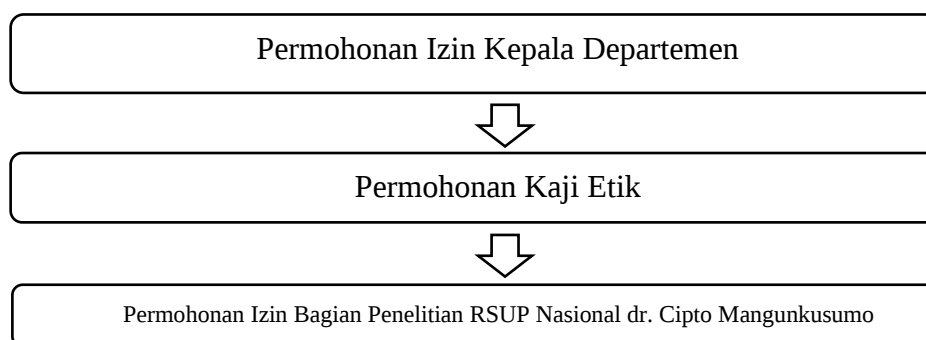
3.7.2 Fase Pelaksanaan Penelitian

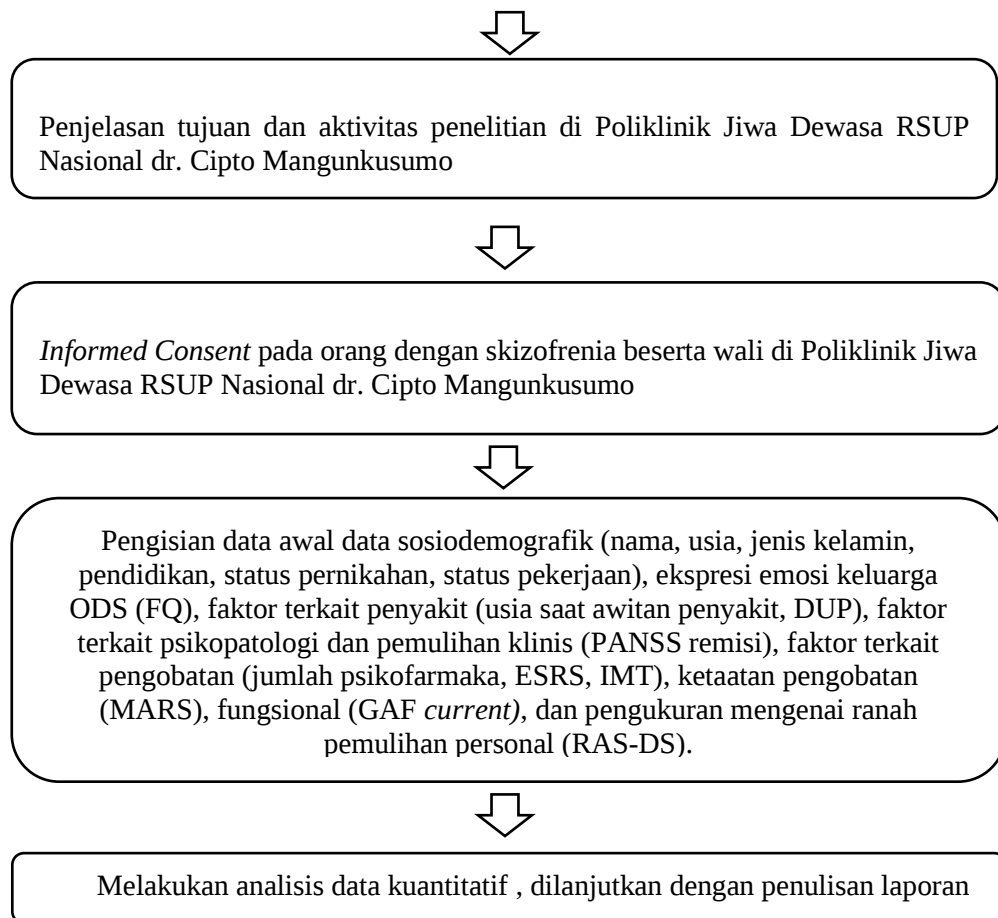
1. Pengajuan izin penelitian
2. Penjelasan proses penelitian poliklinik jiwa dewasa RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo
3. Formulir *informed consent*, informasi (demografi, PANSS remisi, ESRS, GAF, data obat, IMT), instrumen FQ, instrument RAS-DS dan instrumen MARS diperbanyak sesuai dengan target jumlah sampel.
4. Pengambilan sampel akan dilakukan bertahap sesuai dengan perizinan dari pihak yang berwenang yaitu Kepala Departemen Psikiatri FKUI-RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo, Komite

Etik Penelitian Kesehatan FKUI, dan Bagian Penelitian RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo.

5. Sebelum dilakukan penelitian, responden beserta wali yang dilibatkan diberi informasi tentang tujuan penelitian kepada ODS yang rawat jalan di Poli Psikiatri Dewasa RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo
6. Responden dan wali yang bersedia menjadi responden akan menandatangani lembar persetujuan penelitian.
7. Dilakukan pengumpulan data sosiodemografik (nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan), ekspresi emosi keluarga ODS (FQ), faktor terkait penyakit (usia saat awitan penyakit, DUP), faktor terkait psikopatologi (PANSS remisi), faktor terkait pengobatan (jumlah antipsikotik, ESRS, IMT), ketaatan pengobatan (MARS), taraf fungsional (GAF *current*), dan pengukuran mengenai ranah pemulihan personal (RAS-DS).
8. Peneliti kemudian menganalisis hubungan data sosiodemografik (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan), ekspresi emosi keluarga ODS (FQ), faktor terkait penyakit (usia saat awitan penyakit, DUP), faktor terkait psikopatologi (PANSS remisi), faktor terkait pengobatan (jumlah antipsikotik, ESRS, IMT), ketaatan pengobatan (MARS), taraf fungsional (GAF *current*) dengan pemulihan personal (RAS-DS).
9. Penulisan laporan analisis data kuantitatif.

3.8 Kerangka Kerja





3.9 Manajemen dan Analisis Data

Pada penelitian ini menggunakan metode kuantitatif. Untuk pengolahan data kuantitatif penelitian ini menggunakan perangkat *Statistical Analysis Software Package for Windows* (SPSS®, IBM, USA) versi 20.

A. Analisis deskriptif

Data deskriptif akan disajikan dalam bentuk proporsi dan persentase yang meliputi karakteristik data sosiodemografik, ekspresi emosi keluarga ODS, faktor terkait penyakit, faktor terkait psikopatologi, faktor terkait pengobatan, ketaatan pengobatan, efek samping pengobatan, taraf fungsional, dan proporsi pemulihan.

B. Analisis analitik

Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemulihan dianalisis dengan uji regresi linear karena data variabel dependen berupa numerik, variabel independen berupa kategori serta dapat membantu mencari interaksi hubungan

antara variabel – variabel yang memiliki hubungan bermakna terhadap pemulihan pada ODS.

3.10 Identifikasi Variabel

Penelitian	Variabel Bebas	Variabel Tergantung
Hubungan demografi dan klinis terhadap pemulihan pada ODS	jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan, ekspresi emosi keluarga ODS, usia saat awitan penyakit, <i>DUP</i> , keparahan gejala, jumlah antipsikotik, efek samping sindrom ekstrapiramidal, indeks massa tubuh, ketaatan pengobatan dan taraf fungsional	Pemulihan pada ODS

3.11 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Usia	Usia subyek penelitian merupakan hasil pengurangan antara tanggal tim peneliti bertatap muka dengan subyek dikurangi dengan tanggal lahir yang tercatat di kartu tanda penduduk	Melihat kartu tanda penduduk dan catatan rekam medik tentang tanggal lahir pasien	Nominal
2.	Jenis kelamin	Ciri biologis yang dimiliki oleh pasien, dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan	Melihat kartu tanda penduduk dan catatan rekam medik tentang jenis kelamin pasien. Hasil: 1. Laki-laki 2. perempuan	Nominal
3.	Tingkat pendidikan	Pendidikan: jenjang sekolah terakhir yang ditempuh (sekolah dasar, sekolah menengah pertama,	Melihat catatan rekam medik tentang pendidikan terakhir pasien. Hasil: ³³	Nominal

		sekolah menengah atas, sarjana). ³⁷	1. sekolah < 12 tahun (SMA) dinyatakan rendah 2. sekolah ≥ 12 tahun (SMA) dinyatakan tinggi	
4.	Status pernikahan	Status pernikahan pasien berdasarkan Kartu Tanda Penduduk dan dikelompokkan menjadi menikah, belum menikah, cerai hidup, dan cerai meninggal	Melihat kartu tanda penduduk dan rekam medis tentang status pernikahan pasien. Hasil: 1. Menikah 2. Belum menikah 3. Cerai hidup 4. Cerai meninggal	
5.	Status pekerjaan	Pekerjaan: status pekerjaan pasien saat penelitian dilakukan	Wawancara kepada pasien. Hasil : 1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Nominal
6.	Ekspresi emosi	Indeks keseluruhan emosi, sikap dan perilaku, yang diekspresikan oleh anggota keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan. ³¹	Penilaian menggunakan <i>Family Questionnaire</i> (FQ). Hasil:³¹ 1. Rendah: skor <23 2. Tinggi: skor >23	Nominal
7.	Usia saat awitan penyakit	Usia ODS saat awitan penyakit ²⁰	Wawancara kepada pasien. Hasil :²⁰ 1. Usia ≤ 18 tahun 2. Usia > 18 tahun	Nominal
8.	DUP	waktu antara awitan psikosis episode pertama dan pengobatan pertama (khususnya obat antipsikotik, perawatan psikososial, kontak dengan layanan perawatan atau rumah sakit pertama setelah timbulnya psikosis). ²¹	Wawancara kepada pasien. Hasil :²¹ 1. ≤ 1 bulan dinyatakan pendek 2. > 1 bulan dinyatakan panjang	Nominal
9.	Jumlah antipsikotik	Jumlah antipsikotik yang diberikan kepada pasien	Melihat catatan rekam medik tentang pemberian antipsikotik. 1. Monoterapi	Nominal

			2. > 1 jenis antipsikotik	
10.	Efek samping sindrom ekstrapiramidal	Sindrom ekstrapiramidal berupa: Parkinsonisme, akatisia, distonia, dan tardif diskinesia. ¹⁴	Penilaian menggunakan ESRS dengan hasil:¹⁴ 1. Skor ESRS ≥ 1 dinyatakan ada 2. Skor ESRS 0 dinyatakan tidak ada	Nominal
11.	Indeks Massa Tubuh (IMT)	Pengukuran untuk menentukan status gizi pada orang dewasa dengan membandingkan berat badan dalam <i>kilogram</i> dibagi dengan kuadrat tinggi badan seseorang dalam <i>meter</i> (kg/m^2). ³⁴	Penilaian menggunakan klasifikasi BMI pada orang dewasa:³⁴ Untuk Perempuan : Kurus : $< 17 \text{ kg}/\text{m}^2$ Normal : $17 - 23 \text{ kg}/\text{m}^2$ Kegemukan : $23 - 27 \text{ kg}/\text{m}^2$ Obesitas : $> 27 \text{ kg}/\text{m}^2$ Untuk Laki-laki : Kurus : $< 18 \text{ kg}/\text{m}^2$ Normal : $18 - 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ Kegemukan : $25 - 27 \text{ kg}/\text{m}^2$ Obesitas : $> 27 \text{ kg}/\text{m}^2$ <u>IMT Indonesia</u> Kurus : $< 18,4 \text{ kg}/\text{m}^2$ Normal : $18,5 - 25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ Kegemukan : $25,1 - 27 \text{ kg}/\text{m}^2$ Obesitas : $> 27 \text{ kg}/\text{m}^2$	Nominal
12.	Ketaatan pengobatan	Ketaatan terhadap pengobatan mencakup berbagai perilaku pasien terhadap pengobatan, keteraturan penggunaan obat, ada/tidaknya perubahan	Penilaian menggunakan MARS. Hasil :³⁰ 1. skor ≥ 6 menunjukkan ketaatan	Nominal

		parsial dosis obat setiap hari. ³⁰	2. skor < 6 menunjukkan ketidaktaatan	
13.	Remisi	Skor PANSS (<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>) Remisi: Skala untuk menentukan fase remisi pada pasien skizofrenia yang ditentukan oleh 8 butir PANSS Remisi yaitu: waham (P1), kekacauan proses pikir (P2), perilaku halusinasi (P3), isi pikir yang tidak biasa (G9), mannerisme dan sikap tubuh (G5), afek tumpul (N1), penarikan diri dari hubungan sosial (N4), kurangnya spontanitas dan arus percakapan (N6) dengan skor ≤ 3 , dipertahankan minimal 6 bulan. ³	Penilaian menggunakan PANSS remisi dengan hasil:³ - ada skor PANSS remisi yang ≤ 3 dinyatakan remisi - Seluruh komponen skor PANSS remisi > 3 dinyatakan tidak	Nominal
14.	Taraf fungsional saat ini (<i>current</i>)	Gambaran seberapa banyak gejala ODS memengaruhi kehidupan sehari-harinya, gambaran seberapa serius gangguan jiwa yang dialami. Evaluasi fungsi psikologis, sosial, okupasional ODS saat ini. ³⁵	Melihat catatan rekam medik tentang skor GAF <i>current</i> :^{28,35} - skor GAF <i>current</i> ≤ 61 - skor GAF <i>current</i> ≥ 61	Nominal
15.	Pemulihan	Suatu perjalanan atau transformasi penyembuhan dari seseorang yang mengalami problem gangguan jiwa, menuju ke kehidupan yang bermakna di dalam komunitas sesuai pilihannya dengan cara mengupayakannya untuk mencapai seluruh potensinya. Selain		

		relatif bebas dari psikopatologi terkait penyakit, kemampuan untuk berfungsi dalam komunitas, sosial dan vokasional juga penting. Banyak ODS menggambarkan pengalaman pemulihan personal meskipun gejala psikosis masih berlangsung. Maka dari itu, peran ilmiah dan pengarus berbasis pasien menghasilkan suatu definisi pemulihan klinis dan pemulihan personal. ³		
16.	Pemulihan klinis	Definisi pemulihan klinis mencakup remisi gejala. Fase penting sebelum target pemulihan klinis ditentukan, maka perlu dicapai tahapan remisi dengan kriteria yang terukur. Untuk itu digunakan ukuran dari 8 butir PANSS (<i>Positive and Negative Symptoms Scale</i>) dengan skor tidak lebih dari 3 (ringan), yang dipertahankan dalam rentang waktu minimal 6 bulan. ⁴		
17.	Pemulihan personal	Suatu proses perubahan sikap, nilai-nilai, perasaan, cita-cita, keterampilan, dan peranan seseorang yang personal dan unik. Suatu cara hidup yang memuaskan, penuh harapan, dan memberikan kontribusi dalam kehidupannya walaupun memiliki keterbatasan akibat gangguan/penyakit. ³⁶	Penilaian menggunakan RAS-DS. Menilai proses pemulihan melalui empat ranah, yaitu: ³⁶ 1. fungsional (melakukan hal-hal yang bermakna) 2. personal (harapan saya) 3. klinis (menguasai penyakit saya) 4. sosial (hubungan dan keterlibatan)	Numerik

			Penilaian skor total dan skor setiap ranah pemulihan. Semakin tinggi skor menggambarkan semakin tinggi pemulihan. ²⁵	
18.	Retardasi Mental	suatu perkembangan mental yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh adanya hendaya ketrampilan selama masa perkembangan, saling berpengaruh pada semua tingkat inteligensia yaitu kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial. Penderita retardasi mental berat menunjukkan hendaya motorik yang mencolok atau defisit lain yang menyertainya seperti lambat dalam mengembangkan pemahaman dan penggunaan bahasa. ¹³		
19.	Gangguan otak organik	Gangguan otak organik yang dapat memengaruhi fungsi mental (misalnya delirium, demensia, stroke, dan lain-lain). ¹³		

3.12 Kaji Etik

Dalam penelitian ini, peneliti tidak melakukan hal-hal yang bertentangan dengan etika. Subyek penelitian diberi penjelasan melalui formulir *informed consent*. Responden memiliki hak untuk menolak untuk ikut serta dalam penelitian setelah diberi informasi yang cukup.

3.13 Organisasi Peneliti

Peneliti : dr. Ika Nur Fitriana
Pembimbing Ahli : Dr. dr. Khamelia SpKJ

Pembimbing Penelitian : dr. AAAA. Kusumawardhani, SpKJ(K), MPH

Pembimbing Akademik : dr. Sylvia Detri Elvira, SpKJ(K)

3.14 Jadwal Penelitian

Kegiatan	2020											2021			
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4
Persiapan proposal															
Pengajuan kaji etik															
Perizinan															
Pengambilan data kuantitatif															
penulisan transkrip															
Pengolahan data															
Penulisan laporan															

3.15 Biaya Penelitian

Rincian anggaran penelitian adalah sebagai berikut:

Biaya cetak lembar informasi untuk subyek penelitian	Rp.	300.000,-	
Biaya cetak persetujuan	Rp.	400.000,-	
Biaya cetak kuesioner data responden	Rp.	900.000,-	
Biaya cetak lembar instrument	Rp.	900.000,-	
Biaya souvenir	Rp.	1.500.000,-	
Penyusunan laporan dan fotokopi	Rp.	1.500.000,-	
Publikasi	Rp.	1.500.000,-	
			+
Total	Rp.	7.000.000,-	

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Pengambilan sampel penelitian dilakukan di URJT Poliklinik Jiwa Dewasa Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo dari bulan Maret 2020 sampai April 2021. Subjek penelitian sebanyak 240 orang ikut dalam penelitian ini sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan sebelumnya.

4.1 Data Deskriptif Penelitian

Data demografi dan karakteristik klinis seluruh partisipan (n=240) rerata usia partisipan adalah 34,94. Tabel 4.1 menggambarkan karakteristik demografis subyek penelitian. Jenis kelamin laki-laki (53,8%), memiliki riwayat pendidikan ≥ 12 tahun (82,5%), tidak bekerja (62,1%), tidak memiliki pasangan (77,9%), dan memiliki Indeks Massa Tubuh (IMT) lebih dari normal (55,4 %). Mayoritas pasien mengalami awitan pada saat berusia >18 tahun (65,0%), DUP selama >1 bulan (68,8%), mendapatkan monoterapi antipsikotik (62,9%), tidak mengalami EPS (72,5%), mengalami remisi gejala psikotik (69,6%), taat berobat (66,3%), memiliki skor ekspresi emosi keluarga yang tinggi (58,3%), dan taraf pencapaian fungsional (GAF) skor ≥ 61 (78,3%).

Tabel 4.1 Karakteristik Demografi Subyek Penelitian

Karakteristik (N=240)	Median (persentil minimum – maksimum) N (%)
Usia	33,5 (18 – 59)
Jenis Kelamin	
Laki-laki	129 (53,8%)
Perempuan	111 (46,3%)
Pendidikan	
<12 tahun	42 (17,5%)
≥12 tahun	198 (82,5%)
Status Pekerjaan	
Tidak bekerja	149 (62,1%)
Bekerja	91 (37,9%)
Status Pernikahan	
Tidak memiliki pasangan	187 (77,9%)
Memiliki pasangan	53 (22,1%)
Indeks Massa Tubuh (IMT)	
Normal (IMT 18,5-25,0 kg/m ²)	107 (44,6%)
Lebih dari normal (>25,0 kg/m ²)	133 (55,4%)
Usia saat awitan	
≤18 tahun	84 (35,0%)
>18 tahun	156 (65,0%)
DUP	
≤1 bulan	75 (31,3%)
>1 bulan	165 (68,8%)
Jumlah Antipsikotik	
Monoterapi	151 (62,9%)
>1 jenis	89 (37,1%)
EPS	
Skor ESRS 0 Tidak EPS	174 (72,5%)
Skor ESRS ≥1 EPS	66 (27,5%)
PANSS Remisi	
Skor ≤3 Remisi	167 (69,6%)
Skor >3 Tidak	73 (30,4%)
Ketaatan pengobatan	
Skor MARS <6 Tidak taat	81 (33,8%)
Skor MARS ≥6 Taat	159 (66,3%)
Ekspresi Emosi Keluarga	
Skor FQ <23 Rendah	100 (41,7%)
Skor FQ >23 Tinggi	140 (58,3%)
Taraf pencapaian fungsional	
Skor GAF <61	52 (21,7%)
Skor GAF ≥61	188 (78,3%)

Rerata (simpang baku) skor setiap ranah pemulihan dan skor total RAS-DS pada penelitian ini disajikan pada tabel 4.2. Uji Keandalan konsistensi internal RAS-DS pada penelitian ini diperoleh nilai koefisien *Cronbach's alpha* sebesar 0,75 yang bermakna baik.

Tabel 4.2 Rerata Skor RAS-DS Berdasarkan Ranah

RAS-DS	Mean (SD)
Ranah 1 pemulihan fungsi (melakukan hal-hal yang bermakna)	13,09±3,03
Ranah 2 pemulihan pribadi (harapan saya)	52,44±9,77
Ranah 3 pemulihan klinis (menguasai penyakit saya)	22,20±4,78
Ranah 4 pemulihan sosial (hubungan dan keterlibatan)	18,07±4,44
Skor total RAS-DS	105,82±19,36

4.2 Analisis Bivariat

4.2.1 Hubungan Antara Usia dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel usia dengan skor total pemulihan (RAS-DS) maka dilakukan uji korelasi *spearman* karena sebaran usia dan skor total RAS-DS tidak normal. Didapatkan kekuatan korelasi $r_s = 0,031$ dengan nilai $p = 0,63$, sebagaimana ditampilkan pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Hubungan Variabel Bebas Numerik dengan Pemulihan

Karakteristik Usia (n=240)	Statistik	p
Skor Total RAS-DS	$r_s = 0,03$	0,63
Skor Ranah 1 RAS-DS	$r_s = 0,09$	0,12
Skor Ranah 2 RAS-DS	$r_s = 0,02$	0,75
Skor Ranah 3 RAS-DS	$r_s = 0,03$	0,58
Skor Ranah 4 RAS-DS	$r_s = -0,06$	0,30
$r_s = \text{korelasi Spearman}$		

Selain itu didapatkan kekuatan korelasi terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($r_s = 0,09$, $p = 0,12$), ranah 2 pemulihan pribadi ($r_s = 0,02$, $p = 0,75$), ranah 3 pemulihan

klinis ($r_s = 0,03$, $p = 0,58$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($r_s = -0,06$, $p = 0,30$). Nilai tersebut lebih tinggi dari batas kebermaknaan yakni $p = 0,05$. Dengan demikian, hipotesis bahwa terdapat hubungan antara usia dengan pemulihan tidak diterima.

4.2.2 Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel jenis kelamin dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,80 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,40$), ranah 2 pemulihan pribadi ($p = 0,70$), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,98$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,62$). Nilai tersebut lebih tinggi daripada batas kebermaknaan yakni $p = 0,05$. Dengan demikian, hipotesis bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan pemulihan tidak diterima.

4.2.3 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel tingkat pendidikan dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,21 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,43$), ranah 2 pemulihan pribadi ($p = 0,19$), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,13$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,63$). Nilai tersebut lebih tinggi daripada batas kebermaknaan yakni $p = 0,05$. Dengan demikian, hipotesis bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemulihan tidak diterima.

4.2.4 Hubungan Antara Status Pekerjaan dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel status pekerjaan dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,07 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,18$), ranah 2 pemulihan pribadi ($p = 0,05$), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,14$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,57$). Nilai tersebut lebih tinggi daripada batas kebermaknaan yakni $p = 0,05$. Dengan

demikian, hipotesis bahwa terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan pemulihan tidak diterima.

4.2.5 Hubungan Antara Status Pernikahan dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel status pernikahan dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,08 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,02$), ranah 2 pemulihan pribadi ($p = 0,06$), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,27$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,36$). Dengan demikian, hipotesis bahwa terdapat hubungan antara status pernikahan dengan skor total pemulihan RAS-DS, ranah 2 pemulihan pribadi, ranah 3 pemulihan klinis, dan ranah 4 pemulihan sosial tidak diterima namun terdapat hubungan antara status pernikahan dengan ranah pemulihan fungsional.

4.2.6 Hubungan Antara IMT dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel IMT dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,20 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,90$), ranah 2 pemulihan pribadi ($p = 0,23$), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,35$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,11$). Nilai tersebut lebih tinggi daripada batas kebermaknaan yakni $p = 0,05$. Dengan demikian, hipotesis bahwa terdapat hubungan antara IMT dengan pemulihan tidak diterima.

4.2.7 Hubungan Antara Usia Saat Awitan dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel usia saat awitan dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,18 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,08$), ranah 2 pemulihan pribadi ($p = 0,37$), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,27$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,47$). Nilai tersebut lebih tinggi daripada batas kebermaknaan yakni $p = 0,05$. Dengan

demikian, hipotesis bahwa terdapat hubungan antara usia saat awitan dengan pemulihan tidak diterima.

4.2.8 Hubungan Antara DUP dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel DUP dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,10 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,07$), ranah 2 pemulihan pribadi ($p = 0,19$), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,45$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,13$). Nilai tersebut lebih tinggi daripada batas kebermaknaan yakni $p = 0,05$. Dengan demikian, hipotesis bahwa terdapat hubungan antara DUP dengan pemulihan tidak diterima.

4.2.9 Hubungan Antara Jumlah Antipsikotik dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel jumlah antipsikotik dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,07 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,14$), ranah 2 pemulihan pribadi ($p = 0,21$), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,12$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,04$). Dengan demikian, hipotesis bahwa terdapat hubungan antara jumlah antipsikotik dengan skor total pemulihan RAS-DS, ranah 1 pemulihan fungsional, ranah 2 pemulihan pribadi, dan ranah 3 pemulihan klinis tidak diterima namun terdapat hubungan antara jumlah antipsikotik dengan ranah pemulihan sosial.

4.2.10 Hubungan Antara EPS dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel EPS dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,01 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,06$), ranah 2 pemulihan pribadi ($p = 0,05$), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,03$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,05$). Dengan demikian, terdapat hubungan antara EPS dengan skor total pemulihan RAS-DS dan ranah 3

pemulihan klinis namun tidak didapatkan hubungan antara EPS dengan ranah 1 pemulihan fungsional, ranah 2 pemulihan pribadi, dan ranah 4 pemulihan sosial.

4.2.11 Hubungan Antara PANSS Remisi dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel PANSS remisi dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,03 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,07$), ranah 2 pemulihan pribadi ($p = 0,01$), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,37$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,11$). Dengan demikian, terdapat hubungan antara PANSS remisi dengan skor total pemulihan RAS-DS dan ranah 2 pemulihan pribadi namun tidak didapatkan hubungan antara PANSS remisi dengan ranah 1 pemulihan fungsional, ranah 3 pemulihan klinis, dan ranah 4 pemulihan sosial.

4.2.12 Hubungan Antara Ketaatan Pengobatan dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel ketaatan pengobatan dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,02 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,07$), ranah 2 pemulihan pribadi ($p = 0,14$), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,04$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,01$). Dengan demikian, terdapat hubungan antara ketaatan pengobatan dengan skor total pemulihan RAS-DS, ranah 3 pemulihan klinis, dan ranah 4 pemulihan sosial namun tidak terdapat hubungan antara ketaatan pengobatan dengan ranah 1 pemulihan fungsional dan ranah 2 pemulihan pribadi.

4.2.13 Hubungan Antara Ekspresi Emosi Keluarga dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel ekspresi emosi keluarga dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,00 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,00$), ranah 2 pemulihan pribadi (p

= 0,00), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,00$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,00$). Dengan demikian, hipotesis bahwa terdapat hubungan antara ekspresi emosi keluarga dengan skor total pemulihan RAS-DS dan seluruh ranah pemulihan dapat diterima. Pada penelitian ini didapatkan data deskriptif rerata ranah *critical comments* 24,12 serta rerata ranah *emotional overinvolvement* 22,48. Dengan demikian ranah *critical comments* keluarga ODS pada penelitian ini lebih tinggi dari titik potong yakni 23 sedangkan ranah *emotional overinvolvement* lebih rendah dari titik potong yakni 29.

4.2.14 Hubungan Antara GAF dengan Pemulihan pada ODS

Untuk melihat adanya hubungan antara variabel GAF dengan pemulihan (skor total RAS-DS) maka dilakukan uji perbandingan rerata 2 kelompok tidak berpasangan menggunakan *Man-Whitney U test*. Didapatkan nilai p sebesar 0,00 sebagaimana ditunjukkan pada tabel 4.4. Selain itu didapatkan nilai p terhadap ranah 1 pemulihan fungsional ($p = 0,02$), ranah 2 pemulihan pribadi ($p = 0,00$), ranah 3 pemulihan klinis ($p = 0,03$), dan ranah 4 pemulihan sosial ($p = 0,00$). Dengan demikian, hipotesis bahwa terdapat hubungan antara GAF dengan dengan skor total pemulihan RAS-DS dan seluruh ranah pemulihan dapat diterima.

Tabel 4.4 Hubungan Variabel Bebas Kategorik dengan Pemulihan

Karakteristik (N=240)	N (%)	pValue ^m				
		Skor Total RAS-DS	Skor Ranah 1	Skor Ranah 2	Skor Ranah 3	Skor Ranah 4
Jenis Kelamin						
Laki-laki	129 (53,8)	0,80	0,40	0,70	0,98	0,62
Perempuan	111 (46,3)					
Pendidikan						
<12 tahun	42 (17,5)	0,21	0,43	0,19	0,13	0,63
≥12 tahun	198 (82,5)					
Status Pekerjaan						
Tidak bekerja	149 (62,1)	0,07	0,18	0,05	0,14	0,57
Bekerja	91 (37,9)					
Status Pernikahan						
memiliki pasangan	187 (77,9)	0,08	0,02*	0,06	0,27	0,36
tidak berpasangan	53 (22,1)					
IMT						
Normal	107 (44,6)	0,20	0,90	0,23	0,35	0,11
Lebih dari normal	133 (55,4)					
Usia saat awitan						
≤18 tahun	84 (35,0)	0,18	0,08	0,37	0,27	0,47
>18 tahun	156 (65,0)					
DUP						
≤1 bulan	75 (31,3)	0,10	0,07	0,19	0,45	0,13
>1 bulan	165 (68,8)					
Jumlah Antipsikotik						
Monoterapi	151 (62,9)	0,07	0,14	0,21	0,12	0,04*
>1 jenis	89 (37,1)					
EPS						
Tidak EPS	174 (72,5)	0,01*	0,06	0,05	0,03*	0,05
Ada EPS	66 (27,5)					
PANSS Remisi						
Remisi	167 (69,6)	0,03*	0,07	0,01*	0,37	0,11
Tidak Remisi	73 (30,4)					
Ketaatan pengobatan						
Tidak taat	81 (33,8)	0,02*	0,07	0,14	0,04*	0,01*
Taat	159 (66,3)					
Ekspresi Emosi Keluarga						
Rendah	100 (41,7)	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*
Tinggi	140 (58,3)					
GAF						
Skor <61	52 (21,7)	0,00*	0,02*	0,00*	0,03*	0,00*
Skor ≥61	188 (78,3)					

*p<0,05; ^m) Mann Whitney U test

Rerata (simpang baku) setiap variabel terhadap skor total pemulihan dan skor setiap ranah pemulihan disajikan pada tabel 4.5.

Tabel 4.5 Rerata Variabel Bebas Kategorik terhadap Pemulihan

Karakteristik (n=240)		Mean (SD)				
		Skor Total RAS-DS	Skor Ranah 1 RAS-DS	Skor Ranah 2 RAS-DS	Skor Ranah 3 RAS-DS	Skor Ranah 4 RAS-DS
Jenis Kelamin	Laki-Laki	105,84±18,73	13,24±3,00	52,40±9,42	22,23±4,69	17,97±4,47
	Perempuan	105,79±20,17	12,93±3,07	52,50±10,22	22,17±4,92	18,20±4,42
Tingkat Pendidikan	<12 tahun	108,12±21,58	13,31±3,20	53,74±10,40	22,86±5,44	18,21±4,86
	≥12 tahun	105,33±18,89	13,05±3,00	52,17±9,64	22,07±4,64	18,05±4,36
Status Pekerjaan	tidak bekerja	104,37±18,94	12,97±2,92	51,56±9,73	21,83±4,85	18,00±4,31
	bekerja	108,20±19,93	13,30±3,21	53,89±9,73	22,81±4,64	18,20±4,67
Status Pernikahan	memiliki pasangan	104,61±19,72	12,84±3,15	51,82±9,88	22,05±4,74	17,90±4,63
	tidak berpasangan	110,08±17,62	13,98±2,41	54,66±9,13	22,74±4,97	18,70±3,67
IMT	Normal	104,21±19,22	13,09±3,01	51,61±10,04	21,96±4,64	17,55±4,52
	Lebih dari normal	107,11±19,47	13,10±3,06	53,12±9,54	22,40±4,91	18,50±4,34
Usia saat awitan	≤18 tahun	103,36±20,55	12,39±3,57	51,45±10,49	21,70±5,05	17,81±4,41
	> 18 tahun	107,15±18,64	13,47±2,63	52,98±9,36	22,47±4,63	18,22±4,47
DUP	≤1 bulan	109,17±17,25	13,69±2,51	54,04±8,31	22,67±4,47	18,77±4,23
	>1 bulan	104,30±20,12	12,82±3,21	51,72±10,32	21,99±4,93	17,76±4,51
Jumlah Antipsikotik	monoterapi	107,36±19,52	13,38±2,80	52,95±9,90	22,52±4,89	18,51±4,35
	> 1 jenis	103,21±18,93	12,62±3,35	51,60±9,55	21,66±4,59	17,34±4,52
EPS	Ada EPS	107,44±19,46	13,36±2,81	53,16±9,66	22,52±4,97	18,41±4,41
	Tidak ada EPS	101,56±18,62	12,41±3,47	50,58±9,90	21,38±4,18	17,20±4,42
PANSS remisi	skor ≤ 3	108,05±17,43	13,45±2,59	53,68±8,81	22,49±4,50	18,43±4,20
	skor > 3	100,73±22,52	12,29±3,75	49,63±11,26	21,55±5,36	17,26±4,87
Ketaatan Pengobatan	Tidak taat	101,42±21,31	12,38±3,57	50,73±10,99	21,28±5,13	17,02±4,65
	Taat	108,06±17,96	13,46±2,65	53,32±9,00	22,67±4,55	18,61±4,25
Ekspresi Emosi Keluarga	Rendah	111,87±15,63	13,96±2,28	55,23±7,57	23,33±4,17	19,35±3,97
	Tinggi	101,50±20,64	12,48±3,34	50,46±10,67	21,40±5,05	17,16±4,55
GAF	skor ≤ 61	98,37±18,85	12,25±3,30	48,77±9,40	20,98±4,90	16,37±4,53
	skor ≥ 61	107,88±19,05	13,33±2,92	53,46±9,66	22,54±4,71	18,55±4,31

4.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan menggunakan regresi linear dengan metode *backward*. Tabel 4.6 menunjukkan hasil analisis multivariat regresi linear faktor-faktor yang berpengaruh terhadap skor total pemulihan. Faktor-faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap $\pm$ skor total pemulihan adalah ekspresi emosi keluarga ($p=0,00$) dan GAF ($p=0,03$). Skor total pemulihan berbanding lurus dengan GAF namun berbanding terbalik dengan ekspresi emosi keluarga. Diperoleh model dengan nilai *R-square* 8,7%, yang berarti bahwa ekspresi emosi keluarga dan GAF memberikan kontribusi sebesar 8,7% terhadap skor total pemulihan, dengan semua asumsi regresi linear terpenuhi.

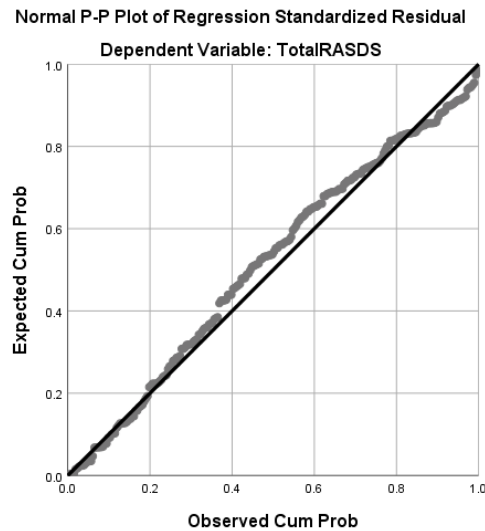
Uji linearitas menggunakan uji ANOVA menunjukkan terdapat hubungan linear yang bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen ($F=11,24$; $p<0,00$). Hasil uji kolinearitas menunjukkan nilai toleransi $>0,4$ dan nilai VIF <10 pada semua variabel, yang artinya tidak terdapat korelasi yang kuat antar variabel bebas.

Gambar 1 menunjukkan grafik uji normalitas distribusi nilai residu skor total RAS-DS. Pola sebaran nilai residu mengikuti garis diagonal, yang menunjukkan bahwa nilai residu memiliki distribusi yang normal. Gambar 2 menunjukkan distribusi nilai residu skor total RAS-DS. Penyebaran nilai residu tidak membentuk suatu pola tertentu, yang menunjukkan bahwa nilai residu memiliki varian yang konstan (homoskedisitas).

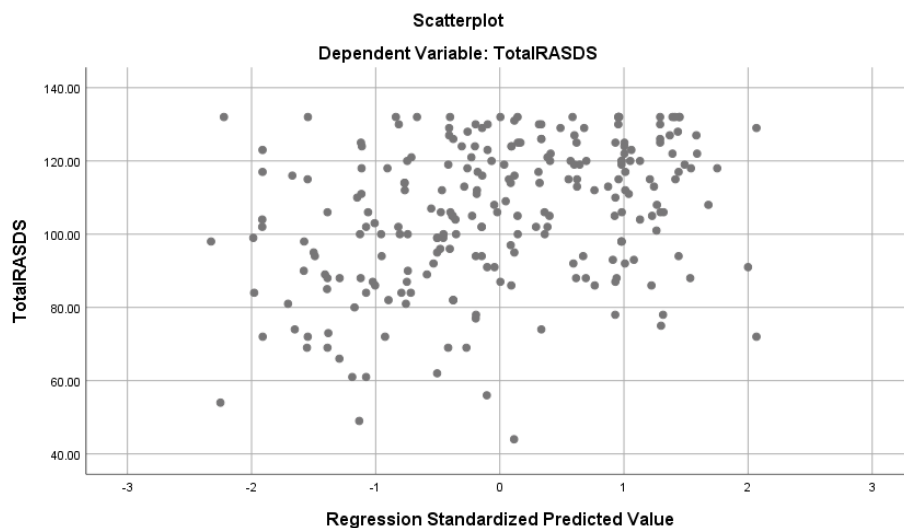
Tabel 4.6 Regresi Linear Faktor-Faktor yang memengaruhi skor total pemulihan RAS-DS

Variabel	Koefisien Regresi	Std. Error	p	95% CI	Kolinearitas	
					Toleransi	VIF
Konstanta	108,36	7,79	0,00	93,02 – 123,71		
Ekspresi Emosi Keluarga	-8,77	2,55	0,00*	-13,79 – -3,74	0,909	1,100
GAF	0,13	2,08	0,03*	0,34 – 12,37	0,909	1,100

* $p<0,05$; *R square* 0,087; $F = 11,24$ ($p<0,01$)



Gambar 1. *Normal Probability Plot* Nilai Residu Total RAS-DS



Gambar 2. *Scatter plot* Nilai Residu Total RAS-DS

Tabel 4.7 menunjukkan hasil analisis multivariat regresi linear faktor-faktor yang berpengaruh terhadap skor ranah 1 pemulihan fungsional (Melakukan Hal-Hal yang Bermakna). Faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap skor ranah 1 pemulihan fungsi adalah onset ($p=0,04$), ekspresi emosi keluarga ($p=0,02$), dan status pernikahan ($p=0,02$). Skor ranah 1 pemulihan fungsional berbanding lurus dengan onset dan status pernikahan namun berbanding terbalik dengan ekspresi emosi keluarga. Diperoleh model dengan nilai *R-square* 9,6%, yang berarti bahwa

usia saat awitan, ekspresi emosi keluarga, dan status pernikahan memberikan kontribusi sebesar 9,6% terhadap skor ranah 1 pemulihan fungsional, dengan semua asumsi regresi linear terpenuhi.

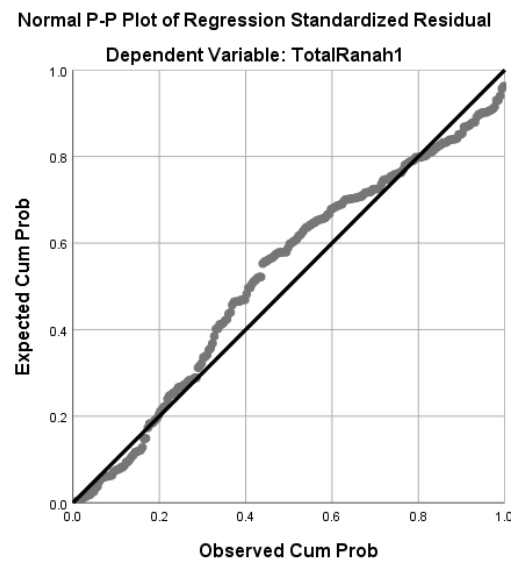
Uji linearitas menggunakan uji ANOVA menunjukkan terdapat hubungan linear yang bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen ($F=8,333$; $p<0,01$). Hasil uji kolinearitas menunjukkan nilai toleransi $>0,4$ dan nilai VIF <10 pada semua variabel, yang artinya tidak terdapat korelasi yang kuat antar variabel bebas.

Gambar 3 menunjukkan grafik uji normalitas distribusi nilai residu ranah 1 pemulihan fungsional. Pola sebaran nilai residu mengikuti garis diagonal, yang menunjukkan bahwa nilai residu memiliki distribusi yang normal. Gambar 4 menunjukkan distribusi nilai residu ranah 1 pemulihan fungsional. Penyebaran nilai residu tidak membentuk suatu pola tertentu, yang menunjukkan bahwa nilai residu memiliki varian yang konstan (homoskedisitas).

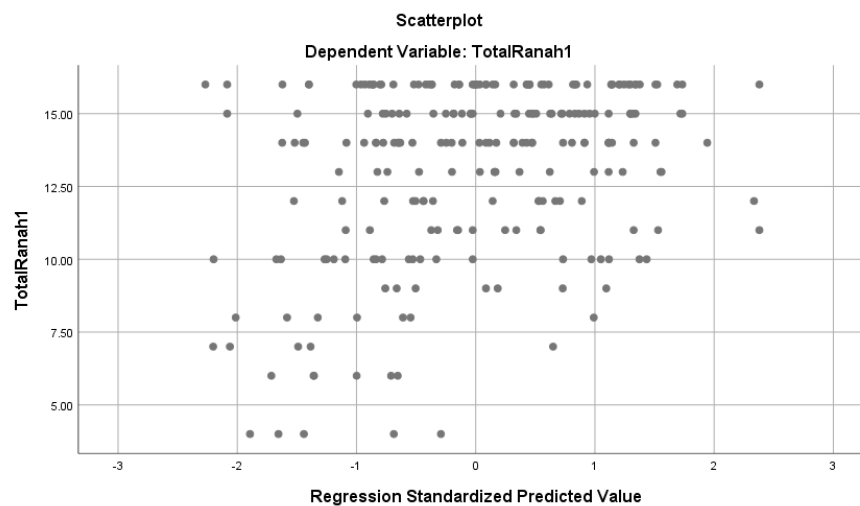
Tabel 4.7 Regresi Linear Faktor-Faktor yang Memengaruhi Ranah 1 Pemulihan Fungsional (Melakukan Hal-Hal yang Bermakna).

Variabel	Koefisien Regresi	Std. Error	p	95% CI	Kolinearitas	
					Toleransi	VIF
Konstanta	12,849	1,050	0,00	10,78 – 14,91		
Onset	0,781	0,40	0,04*	-0,00 – 1,57	0,957	1,045
Ekspresi Emosi Keluarga	-1,38	0,38	0,00*	-2,13 – -0,63	0,989	1,011
Status Pernikahan	0,94	0,45	0,04*	0,04 – 1,84	0,968	1,034

* $p<0,05$; *R square* 0,096; $F = 8,333$ ($p<0,01$)



Gambar 3. *Normal Probability Plot* Nilai Residu Ranah 1 RAS-DS



Gambar 4. *Scatter plot* Nilai Residu Ranah 1 RAS-DS

Tabel 4.8 menunjukkan hasil analisis multivariat regresi linear faktor-faktor yang berpengaruh terhadap skor ranah 2 pemulihan pribadi (Harapan Saya). Faktor-faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap skor ranah 2 pemulihan pribadi adalah ekspresi emosi keluarga ($p=0,00$). Skor ranah 2 pemulihan pribadi berbanding terbalik dengan ekspresi emosi keluarga. Diperoleh model dengan nilai *R-square* 8,7%, yang berarti bahwa ekspresi emosi keluarga memberikan kontribusi sebesar 8,7% terhadap skor ranah 2 pemulihan pribadi, dengan semua asumsi regresi linear terpenuhi.

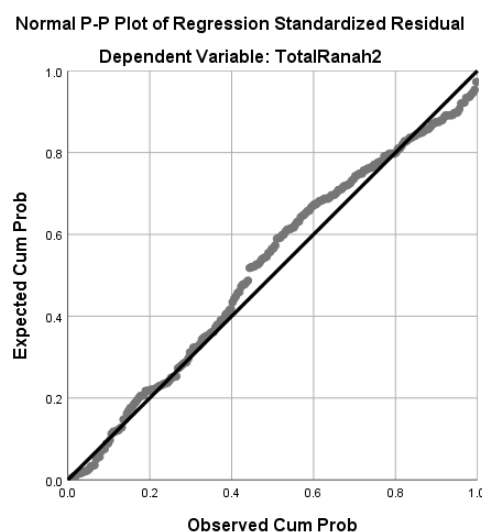
Uji linearitas menggunakan uji ANOVA menunjukkan terdapat hubungan linear yang bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen ($F=7,471$; $p=0,00$). Hasil uji kolinearitas menunjukkan nilai toleransi $>0,4$ dan nilai VIF <10 pada semua variabel, yang artinya tidak terdapat korelasi yang kuat antar variabel bebas.

Gambar 5 menunjukkan grafik uji normalitas distribusi nilai residu ranah 2 pemulihan pribadi. Pola sebaran nilai residu mengikuti garis diagonal, yang menunjukkan bahwa nilai residu memiliki distribusi yang normal. Gambar 6 menunjukkan distribusi nilai residu ranah 2 pemulihan pribadi. Penyebaran nilai residu tidak membentuk suatu pola tertentu, yang menunjukkan bahwa nilai residu memiliki varian yang konstan (homoskedisitas).

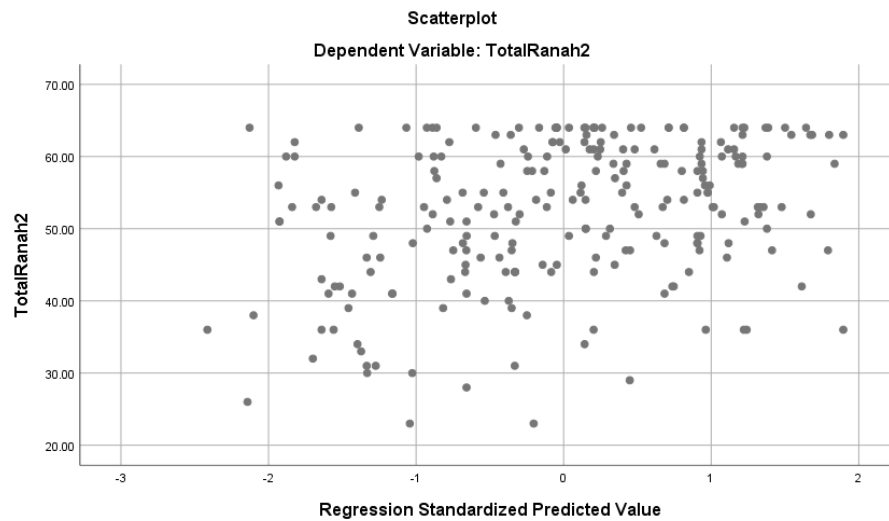
Tabel 4.8 Regresi Linear Faktor-Faktor yang Memengaruhi Ranah 2 Pemulihan Pribadi (Harapan Saya)

Variabel	Koefisien Regresi	Std. Error	p	95% CI	Kolinearitas	
					Toleransi	VIF
Konstanta	50,235	4,232	0,00	41,89 – 58,57		
Ekspresi Emosi Keluarga	-3,96	1,29	0,00*	-6,50 – -1,42	0,909	1,100

* $p < 0,05$; $R\ square\ 0,087$; $F = 7,471$ ($p = 0,00$)



Gambar 5. Normal Probability Plot Nilai Residu Ranah 2 RAS-DS



Gambar 6. *Scatter plot* Nilai Residu Ranah 2 RAS-DS

Tabel 4.9 menunjukkan hasil analisis multivariat regresi linear faktor-faktor yang berpengaruh terhadap skor ranah 3 pemulihan klinis (Menguasai Penyakit Saya). Faktor-faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap skor ranah 3 pemulihan klinis adalah ekspresi emosi keluarga ($p=0,00$). Skor ranah 3 pemulihan klinis berbanding terbalik dengan ekspresi emosi keluarga. Diperoleh model dengan nilai *R-square* 4%, yang berarti bahwa ekspresi emosi keluarga memberikan kontribusi sebesar 4% terhadap skor ranah 3 pemulihan klinis, dengan semua asumsi regresi linear terpenuhi.

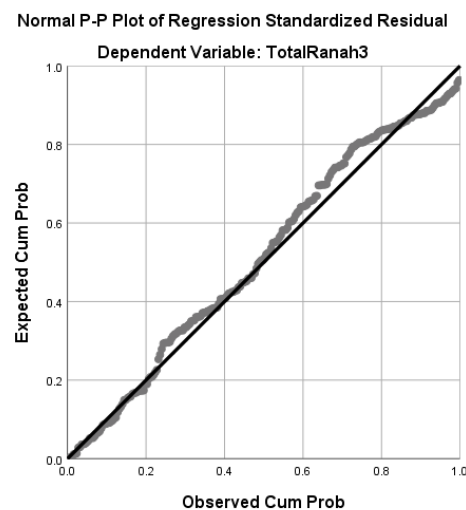
Uji linearitas menggunakan uji ANOVA menunjukkan tidak terdapat hubungan linear yang bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen ($F=9,825$; $p=0,00$). Hasil uji kolinearitas menunjukkan nilai toleransi $>0,4$ dan nilai VIF <10 pada semua variabel, yang artinya tidak terdapat korelasi yang kuat antar variabel bebas.

Gambar 7 menunjukkan grafik uji normalitas distribusi nilai residu ranah 3 pemulihan klinis. Pola sebaran nilai residu mengikuti garis diagonal, yang menunjukkan bahwa nilai residu memiliki distribusi yang normal. Gambar 8 menunjukkan distribusi nilai residu ranah 3 pemulihan klinis. Penyebaran nilai residu tidak membentuk suatu pola tertentu, yang menunjukkan bahwa nilai residu memiliki varian yang konstan (homoskedisitas).

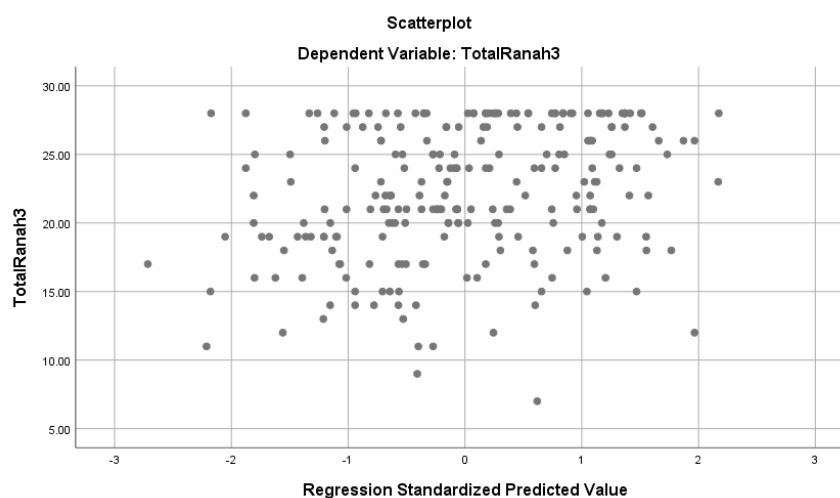
Tabel 4.9 Regresi Linear Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ranah 3 Pemulihan Klinis (Menguasai Penyakit Saya)

Variabel	Koefisien Regresi	Std. Error	p	95% CI	Kolinearitas	
					Toleransi	VIF
Konstanta	25,260	1,021	0,00	23,24 – 27,27		
Ekspresi Emosi Keluarga	-1,93	0,61	0,00*	-3,14 – -0,71	1,000	1,000

* $p < 0,05$; R^2 square 0,040; $F = 9,825$ ($p = 0,00$)



Gambar 7. Normal Probability Plot Nilai Residu Ranah 3 RAS-DS



Gambar 8. Scatter plot Nilai Residu Ranah 3 RAS-DS

Tabel 4.10 menunjukkan hasil analisis multivariat regresi linear faktor-faktor yang berpengaruh terhadap skor ranah 4 pemulihan sosial (Hubungan dan Keterlibatan). Faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap skor ranah 4 pemulihan sosial adalah skor ekspresi emosi keluarga ($p=0,04$) dan GAF ($p=0,04$). Skor total ranah 4 pemulihan sosial berbanding lurus dengan GAF namun berbanding terbalik dengan ekspresi emosi keluarga. Diperoleh model dengan nilai *R-square* 9,2%, yang berarti bahwa ekspresi emosi keluarga memberikan kontribusi sebesar 4% terhadap skor ranah 4 pemulihan sosial, dengan semua asumsi regresi linear terpenuhi.

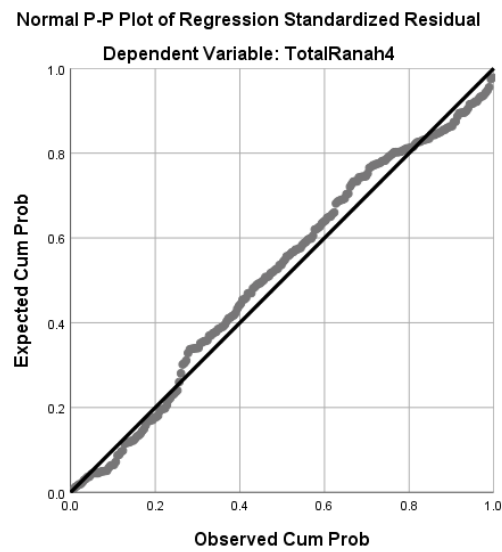
Uji linearitas menggunakan uji ANOVA menunjukkan tidak terdapat hubungan linear yang bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen ($F=7,996$; $p=0,00$). Hasil uji kolinearitas menunjukkan nilai toleransi $>0,4$ dan nilai VIF <10 pada semua variabel, yang artinya tidak terdapat korelasi yang kuat antar variabel bebas.

Gambar 9 menunjukkan grafik uji normalitas distribusi nilai residu ranah 4 pemulihan sosial. Pola sebaran nilai residu mengikuti garis diagonal, yang menunjukkan bahwa nilai residu memiliki distribusi yang normal. Gambar 10 menunjukkan distribusi nilai residu ranah 4 pemulihan sosial. Penyebaran nilai residu tidak membentuk suatu pola tertentu, yang menunjukkan bahwa nilai residu memiliki varian yang konstan (homoskedisitas).

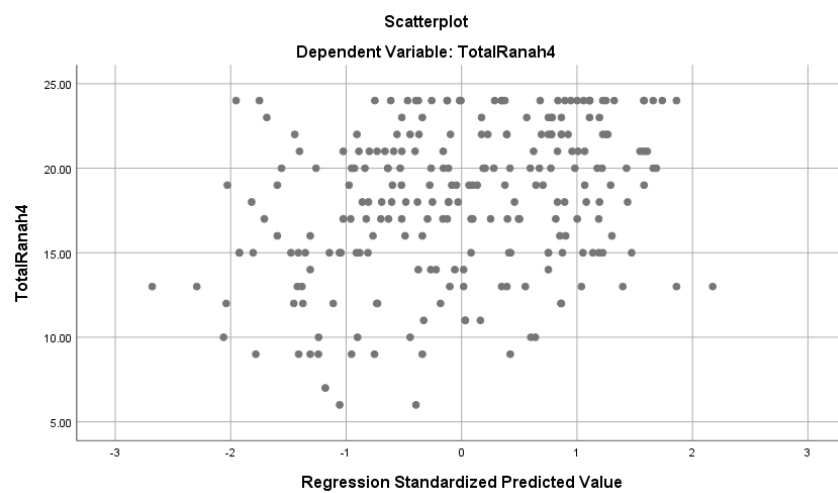
Tabel 4.10 Regresi Linear Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ranah 4 Pemulihan Sosial (Hubungan dan Keterlibatan)

Variabel	Koefisien Regresi	Std. Error	p	95% CI	Kolinearitas	
					Toleransi	VIF
Konstanta	16,969	1,890	0,00	13,24 – 20,69		
Ekspresi Emosi Keluarga	-1,95	0,70	0,00*	-3,11 – -0,79	0,893	1,119
GAF	1,40	0,55	0,04*	0,02 – 2,78	0,901	1,110

* $p<0,05$; *R square* 0,092; $F = 7,996$ ($p=0,00$)



Gambar 9. *Normal Probability Plot* Nilai Residu Ranah 4 RAS-DS



Gambar 10. *Scatter plot* Nilai Residu Ranah 4 RAS-DS

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Pemulihan pada Orang dengan Skizofrenia

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Jiwa Dewasa Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta dengan rentang waktu pengambilan subjek penelitian mulai dari bulan Maret 2020 hingga April 2021. Pemilihan lokasi penelitian ini berdasarkan pertimbangan bahwa RSCM merupakan rumah sakit rujukan nasional sehingga dianggap mencakup beragam faktor sosiodemografi yang dapat mewakili populasi klinis dan dapat diterapkan pada lingkungan yang serupa. Subjek penelitian sejumlah 240 orang pasien dewasa dengan skizofrenia. Sesuai dengan prinsip pemulihan yakni bukan hanya sembuh atau pulih secara klinis, namun merupakan suatu perjalanan unik yang dialami seseorang ketika membangun hidupnya melebihi gangguan jiwa yang dialami (pemulihan secara sosial). ODGJ berat mendapatkan kembali kehidupannya secara optimal, tanpa harus sembuh dari gangguannya.¹⁴ Selain itu, pemulihan secara personal dibuat berdasarkan pengalaman dan pemahaman dari sudut pandang ODGJ berat. Secara garis besar, pemulihan ini dilihat sebagai suatu proses atau perjalanan hidup, sehingga tidak ada luaran yang sama bagi tiap individu.¹⁶

Pada penelitian ini menggunakan instrumen RAS-DS 33 butir pertanyaan yang telah dilakukan uji validasi oleh Nada, 2018. Didapatkan rerata skor total pemulihan menggunakan RAS-DS adalah $105,82 \pm 19,36$, skor tersebut lebih tinggi (tabel 5.1) dibandingkan dengan penelitian serupa yang dilakukan oleh El-Monshed di Afrika pada tahun 2020 didapatkan rerata skor total pemulihan $87,14 \pm 5,28$. Hal tersebut dapat menggambarkan bahwa gambaran pemulihan ODS di layanan kesehatan jiwa RSUPN dr Cipto Mangunkusumo Jakarta lebih baik dan menggambarkan bahwa tatalaksana berorientasi pemulihan terhadap ODS yang telah dilakukan memberikan luaran yang baik. Pada penelitian yang dilakukan oleh Nada (2018) didapatkan rerata skor total pemulihan $122,82 \pm 19,00$ yang mana lebih tinggi daripada penelitian ini. Penelitian ini dilaksanakan pada saat kondisi pandemi covid-19 yang mungkin berpengaruh terhadap proses tatalaksana terhadap ODS. Situasi pandemi menjadi sebuah tantangan baru dalam proses pemberian layanan

kesehatan jiwa berorientasi pemulihan sehingga perlu dilakukan penyesuaian agar tetap terlaksana dengan baik.

Tabel 5.1 Perbandingan Skor RAS-DS Berdasarkan Ranah

RAS-DS	Penelitian Ika (2021)	Penelitian El-Monshed (2020) ³⁷	Penelitian Nada (2018) ²⁴
	RAS-DS 33 item	RAS-DS 38 item	RAS-DS 33 item
	<i>Mean (SD)</i>	<i>Mean (SD)</i>	<i>Mean (SD)</i>
Ranah 1 pemulihan fungsi (melakukan hal-hal yang bermakna)	13,09±3,03	17.09 ± 6.4	20,58±3,07
Ranah 2 pemulihan pribadi (harapan saya)	52,44±9,77	36.6 ± 14.26	59,99±9,59
Ranah 3 pemulihan klinis (menguasai penyakit saya)	22,20±4,78	16.38 ± 5.49	21,90±4,56
Ranah 4 pemulihan sosial (hubungan dan keterlibatan)	18,07±4,44	17.01 ± 5.28	20,35±4,27
Skor total RAS-DS	105,82±19,36	87.14 ± 29.98	122,82±19,00

Pemulihan yang dinilai menggunakan RAS-DS dapat menilai gambaran pada setiap ranah yakni ranah 1 pemulihan fungsi (melakukan hal-hal yang bermakna), ranah 2 pemulihan pribadi (harapan saya), ranah 3 pemulihan klinis (menguasai penyakit saya), dan ranah 4 pemulihan sosial (hubungan dan keterlibatan). Bila dibandingkan dengan hasil penelitian El-Monshed (2020), rerata skor ranah 2 pemulihan pribadi, ranah 3 pemulihan klinis, dan ranah 4 pemulihan sosial didapatkan lebih tinggi pada penelitian ini dan penelitian Nada (2018). Hal tersebut dapat memberi masukan bagi psikiater agar dapat rutin melakukan evaluasi pemulihan secara terukur dan mendiskusikan lebih jauh mengenai hal-hal yang tertuang dalam ranah 1 pemulihan fungsi (melakukan hal-hal yang bermakna) dengan ODS yang berobat jalan.

Pemulihan pada ODS dipengaruhi oleh faktor-faktor sosio-demografi dan klinis. Pada penelitian ini didapatkan data demografik yakni rerata usia partisipan adalah 33,5 (18 – 59). Mayoritas partisipan adalah laki-laki, memiliki riwayat pendidikan ≥ 12 tahun, tidak bekerja, tidak memiliki pasangan, dan memiliki Indeks Massa

Tubuh (IMT) lebih dari normal. Mayoritas partisipan mengalami awitan pada saat berusia >18 tahun, DUP selama >1 bulan, mendapatkan monoterapi antipsikotik, tidak mengalami EPS, mengalami remisi gejala psikotik, taat berobat, memiliki skor ekspresi emosi keluarga yang tinggi, dan skor *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF) ≥ 61 . Karakteristik demografi serupa dengan penelitian El-Monshed yakni mayoritas partisipan adalah laki-laki, tidak memiliki pasangan, tidak bekerja, dan memiliki riwayat pendidikan ≥ 12 tahun. Karakteristik demografi tersebut sesuai dengan epidemiologi skizofrenia yakni mayoritas laki-laki dan lebih sering terjadi pada pasien dengan tingkat ekonomi menengah ke bawah.³⁸

5.2 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemulihan pada ODS

5.2.1 Faktor Terkait Sosiodemografi

Pada penelitian ini tidak ditemukan hubungan bermakna antara faktor usia dan pemulihan baik pada skor total maupun skor setiap ranah pemulihan. Temuan ini berbeda dengan hasil penelitian El-Monshed dkk, yang melakukan penelitian terhadap 176 pasien skizofrenia di Afrika tahun 2020 yakni didapatkan adanya hubungan antara faktor usia dengan pemulihan ketika dilakukan analisis bivariat. Perbedaannya adalah pada penelitian El-Monshed mengkategorikan usia yakni usia 20 – <30, 30 – 40, dan >40 tahun. Hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa pemulihan pada ODS berusia muda (20 – 30) lebih tinggi dibandingkan dengan ODS yang berusia lebih dari 40 tahun.³⁷ Dijelaskan pada studi tersebut bahwa hasil tersebut mendukung fakta oleh Townsend dan Morgan yang mengindikasikan rawat inap yang lama dan kekambuhan lebih sering terjadi pada usia awal awitan skizofrenia. Hal tersebut menyebabkan penurunan fungsi kognitif, kehilangan kesempatan untuk pendidikan, karir, interaksi sosial, pekerjaan.³⁹

Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan bermakna antara faktor jenis kelamin dengan pemulihan baik pada skor total maupun skor setiap ranah pemulihan. Temuan ini berbeda dengan hasil penelitian El-Monshed dkk, yang melakukan penelitian terhadap 176 pasien skizofrenia di Afrika tahun 2020 yakni didapatkan adanya hubungan antara faktor jenis kelamin dengan pemulihan yakni pemulihan pada ODS jenis kelamin perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki.³⁷ Perempuan dengan skizofrenia mungkin lebih memiliki dukungan sosial keluarga

karena perempuan biasanya tinggal dengan keluarganya. Terdapat faktor hormonal yakni estrogen yang memiliki kemungkinan respons terapi antipsikotik lebih baik daripada laki-laki dengan skizofrenia, selain itu perempuan juga memiliki fungsi premorbid yang lebih baik dibandingkan dengan laki-laki dengan skizofrenia. Gathaiya, dkk (2018) melaporkan bahwa kekambuhan pada ODS laki-laki lebih besar dua kali dibandingkan dengan ODS perempuan.⁴⁰ Pada penelitian yang dilakukan oleh Hendryx, dkk (2009) melaporkan bahwa faktor sosio-demografi tidak berperan terhadap kelompok ODS yang mengalami kekambuhan.⁴¹ Perbedaan hasil mungkin diakibatkan oleh situasi budaya di Indonesia yang mana laki – laki cukup banyak yang tinggal serumah dengan orang tua atau keluarga mereka dengan durasi lebih lama sehingga kesempatan mendapatkan dukungan dan pendampingan juga lebih tinggi. Kondisi tersebut mungkin dapat menjelaskan bahwa pemulihan dapat terjadi baik pada ODS perempuan maupun laki-laki dengan memperhatikan faktor lain yang terkait yakni situasi tempat tinggal dan dukungan keluarga.

Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan bermakna antara faktor tingkat pendidikan dengan pemulihan baik pada skor total maupun skor setiap ranah pemulihan. Temuan ini berbeda dengan hasil penelitian El-Monshed dkk, yang melakukan penelitian terhadap 176 pasien skizofrenia di Afrika tahun 2020 yakni didapatkan adanya hubungan antara faktor tingkat pendidikan dengan pemulihan. ODS dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi (universitas) memiliki skor rerata pemulihan lebih tinggi dibandingkan dengan ODS yang memiliki tingkat pendidikan dasar atau menengah. Faktor pendidikan berperan mendukung kesehatan mental individu dan pendidikan yang kurang dapat berhubungan dengan latar belakang sosioekonomi yang rendah.³⁷ Perbedaan yang terjadi mungkin diakibatkan karena perbedaan kategori tingkat pendidikan yakni pada penelitian ini hanya dibagi menjadi dua kategori (<12 tahun dan ≥ 12 tahun).

Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan bermakna antara faktor status pekerjaan dengan pemulihan baik pada skor total maupun skor setiap ranah pemulihan. Temuan ini berbeda dengan hasil penelitian El-Monshed dkk, yang melakukan penelitian terhadap 176 pasien skizofrenia di Afrika tahun 2020 yakni didapatkan adanya hubungan antara faktor status pekerjaan dengan pemulihan.³⁷

Studi terbaru menunjukkan bahwa pemulihan lebih tinggi pada ODS yang bekerja dan memiliki pemasukan yang cukup dibandingkan dengan ODS yang tidak bekerja dan tidak memiliki pemasukan yang cukup. Chabungbam, dkk (2007) mengindikasikan bahwa ODS yang tidak bekerja dalam waktu yang lama dapat menjadi faktor terjadinya readmisi. Faktor status pekerjaan juga dikatakan berhubungan dengan pendidikan dalam peranannya terhadap proses pemulihan. Situasi dukungan sosial yang baik dalam pekerjaan didapatkan berkorelasi dengan luaran pemulihan yang baik dan dapat membantu ODS menghadapi stress dengan lebih adaptif.⁴² Penelitian ini mungkin dapat memberi gambaran bahwa ODS yang saat ini tidak bekerja mungkin mampu mencapai pemulihan karena masih terdapat faktor lain yang memengaruhi namun perlu dijelaskan spesifik mengenai jenis pekerjaan dan pendapatan.

Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan bermakna antara faktor status pernikahan dengan pemulihan baik pada skor total maupun skor setiap ranah pemulihan ketika dilakukan analisis bivariat. Pada analisis multivariat menemukan bahwa status pernikahan memiliki korelasi positif terhadap skor ranah 1 pemulihan fungsional (koefisien $\beta=0,94$, $p=0,04$) yang bermakna bahwa ODS yang memiliki pasangan saat ini memiliki kemungkinan terjadi pemulihan fungsional lebih tinggi. Hasil penelitian El-Monshed dkk, yang melakukan penelitian terhadap 176 pasien skizofrenia di Afrika tahun 2020 yakni didapatkan adanya hubungan antara faktor status pernikahan dengan pemulihan.³⁷ Menurut penelitian yang dilakukan oleh Moxham (2016), pemulihan pada ODS yang menikah lebih tinggi dibandingkan dengan ODS yang lajang atau bercerai. Selain itu, pemulihan pada ODS yang tinggal bersama keluarganya lebih tinggi jika dibandingkan dengan ODS yang tinggal sendiri. Oleh karena itu, menikah dan tinggal bersama keluarga memberikan tingkat dukungan sosial yang baik bagi ODS dan memainkan peran penting dalam proses pemulihan. Sebuah bukti dari penjelasan ini disebutkan sebelumnya sesuai dengan hasil penelitian yang melaporkan bahwa dukungan sosial dari keluarga atau pasangan berhubungan signifikan dengan pemulihan. Penelitian Moxham mendukung dan menyarankan bahwa akomodasi yang aman dan nyaman adalah elemen dasar bagi martabat manusia serta penentu penting bagi kesehatan mental dan elemen penting dalam pemulihan klinis dan pribadi.⁴³ Pada

hasil penelitian ini didapatkan bahwa status pernikahan tidak menjadi hubungan bermakna terhadap skor total pemulihan namun menjadi faktor yang berpengaruh terhadap ranah pemulihan fungsional pada analisis multivariat, sehingga dapat dipertimbangkan bahwa ODS yang memiliki pasangan, memiliki dukungan sosial lain berupa tinggal bersama keluarga atau mampu memiliki relasi dengan sebaya dapat menjadi faktor pendukung.

5.2.2 Faktor Terkait Ekspresi Emosi Keluarga

Pada penelitian ini didapatkan hubungan bermakna antara faktor ekspresi emosi keluarga dengan skor total pemulihan dan seluruh skor ranah pemulihan. Dukungan keluarga dan sosial memainkan peranan penting dalam pemulihan ODS. Penelitian yang dilakukan di Asia menunjukkan bahwa kurang dari 10% ODS dirawat di rumah sakit selama masa *follow-up*, hal ini menunjukkan tingginya tingkat keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Ivanovic, dkk (1994) didapatkan bahwa kekambuhan pada ODS sepuluh kali lebih sering pada ODS dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi tinggi.⁴⁴ Pada penelitian yang dilakukan oleh El-Monshed didapatkan bahwa dukungan sosial termasuk keluarga yang mendukung terkait dengan pemulihan yang lebih baik.³⁷ Oleh karena itu, faktor ekspresi emosi keluarga perlu dieksplorasi ketika memberi tatalaksana kepada ODS dan perlu dijadikan salah satu target tatalaksana agar ODS mampu mencapai pemulihan.

Hasil analisis multivariat menemukan bahwa ekspresi emosi keluarga berkorelasi negatif dengan skor total pemulihan (koefisien $\beta = -8,77$, $p = 0,00$). Penelitian ini juga melakukan analisis multivariat terhadap setiap skor ranah pemulihan yakni ekspresi emosi keluarga berkorelasi negatif dengan skor ranah 1 pemulihan fungsional (koefisien $\beta = -1,38$, $p = 0,00$), berkorelasi negatif dengan skor ranah 2 pemulihan pribadi (koefisien $\beta = -3,96$, $p = 0,00$), berkorelasi negatif dengan skor ranah 3 pemulihan klinis (koefisien $\beta = -1,93$, $p = 0,00$), dan berkorelasi negatif dengan skor ranah 4 pemulihan sosial (koefisien $\beta = -1,95$, $p = 0,00$). Hasil penelitian bermakna bahwa semakin baik ekspresi emosi keluarga ODS yang ditandai dengan berkurangnya skor ekspresi emosi pada FQ (skor < 23) menjadi faktor penguat terjadinya pemulihan pada ODS. Selain itu pada data deskriptif

didapatkan rerata ranah *critical comments* 24,12 serta rerata ranah *emotional overinvolvement* 22,48. Dengan demikian ranah *critical comments* keluarga ODS pada penelitian ini lebih tinggi dari titik potong yakni 23 sedangkan ranah *emotional overinvolvement* lebih rendah dari titik potong yakni 29. Hal ini mengindikasikan bahwa perlu dilakukan evaluasi mengenai ekspresi emosi keluarga atau pelaku rawat ODS menggunakan penilaian terukur yaitu FQ dalam tatalaksana menuju pemulihan karena faktor tersebut sangat berpengaruh. Hasil ini sesuai dengan banyak studi internasional yang telah menemukan bahwa stres keluarga yang direfleksikan dalam *high expressed emotion, attitudes of criticism and emotional over-involvement* terhadap kerabat yang mengalami gangguan jiwa merupakan prediktor kuat kekambuhan pada skizofrenia dan gangguan mood.¹⁸ Penilaian ekspresi emosi keluarga dapat dinilai secara objektif menggunakan instrumen FQ dalam praktik klinis. Hasil Uji reliabilitas FQ menunjukkan bahwa skala FQ stabil atau konsisten. *Test-retest reliability* dinilai menggunakan *Pearson r Correlation*, menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna antara *test* dan *retest*. Uji sensitivitas dan spesifisitas FQ cukup memuaskan, dengan nilai sensitivitas 68% dan akurasi 78%.³¹ Dengan evaluasi yang tepat, klinisi diharapkan mampu melakukan tatalaksana komprehensif terhadap keluarga atau pelaku rawat ODS.

5.2.3 Faktor Terkait Penyakit

Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan bermakna antara faktor usia saat awitan dengan pemulihan baik pada skor total maupun skor setiap ranah pemulihan. Pada analisis multivariat menemukan bahwa usia saat awitan memiliki korelasi positif terhadap skor ranah 1 pemulihan fungsional (koefisien $\beta=0,78$, $p=0,04$) yang bermakna bahwa usia saat awitan >18 tahun memiliki kemungkinan terjadi pemulihan fungsional lebih tinggi. Pada penelitian Roe, dkk yang melakukan penelitian potong lintang terhadap 1.059 pasien yang didiagnosis spektrum skizofrenia di Israel pada tahun 2011 didapatkan adanya korelasi signifikan positif antara usia saat awitan terhadap pemulihan ($r=0,33$, $p<0,05$).⁴⁵ Temuan ini juga konsisten dengan luaran yang tidak menguntungkan seperti tingkat fungsi sosial di masa depan yang rendah dan gangguan kognitif serta impulsivitas pada pasien dengan usia saat awitan ≤ 18 tahun.²⁰ Pada penelitian ini meski tidak didapatkan hubungan bermakna pada analisis bivariat namun faktor usia saat awitan menjadi

salah satu faktor yang bermakna terhadap pemulihan fungsional saat dilakukan analisis multivariat. Hal ini dapat memberikan gambaran bahwa faktor usia saat awitan >18 tahun berpengaruh terhadap terjadinya pemulihan yang lebih baik pada ODS

Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan bermakna antara faktor DUP dengan pemulihan baik pada skor total maupun skor setiap ranah pemulihan. Temuan ini serupa dengan penelitian kohort prospektif selama 10 tahun yang dilakukan oleh Austin, dkk (2013) terhadap 496 pasien dengan episode pertama psikosis di Denmark. DUP bukan merupakan prediktor signifikan pemulihan, tidak dapat memprediksi kualitas hidup, fungsi pekerjaan dan hidup mandiri namun DUP dapat meramalkan remisi, gejala positif dan fungsi sosial. Remisi lebih besar kemungkinannya hanya jika DUP berada di bawah satu bulan. Fungsi sosial pada ODS dapat diprediksi akan lebih baik dan gejala positif lebih sedikit bila rentang DUP lebih pendek yaitu < satu bulan ($P < 0,01$) atau DUP < 3 bulan ($P = 0,01$), dengan *cut-off* satu tahun tidak ada perubahan bermakna.²¹

5.2.4 Faktor Terkait Psikopatologi

Pada penelitian ini didapatkan hubungan bermakna antara faktor PANSS remisi dengan skor total pemulihan dan skor ranah 2 pemulihan pribadi (harapan saya). Gambaran yang serupa yang didapatkan dari penelitian kohort prospektif oleh Scennach, dkk (2011) yakni pasien yang mengalami psikopatologi lebih sedikit dan sudah dalam fase remisi secara signifikan lebih mungkin untuk mencapai remisi dan pemulihan pada tindak lanjut berikutnya.¹⁸ Oleh karena itu remisi gejala klinis mampu memberikan gambaran pemulihan pada masa tindak lanjut dan remisi gejala klinis perlu dicapai oleh ODS dalam proses tatalaksana. Namun pada penelitian ini tidak membagi kategori berdasarkan jenis gejala positif dan negatif sehingga kurang menggambarkan hubungan yang spesifik dengan pemulihan.

5.2.5 Faktor Terkait Pengobatan

Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan bermakna antara faktor jumlah antipsikotik dengan skor total pemulihan namun terdapat hubungan bermakna terhadap skor ranah 4 pemulihan sosial yakni hubungan dan keterlibatan. Pada

penelitian kohort prospektif satu tahun yang dilakukan oleh Scehnnach, dkk (2011) pada 474 pasien spektrum skizofrenia didapatkan bahwa pasien dengan pemulihan signifikan mendapatkan antipsikotik lebih jarang pada masa *follow-up* namun masih perlu dilakukan evaluasi dengan durasi *follow-up* yang lebih lama untuk menarik kesimpulan lebih lanjut.¹⁸ Antipsikotik generasi kedua umumnya cenderung menyebabkan lebih banyak masalah yang berkaitan dengan sindrom metabolik, seperti obesitas dan diabetes melitus tipe 2. Efek samping dari antipsikotik generasi pertama lebih mungkin dikaitkan dengan masalah neurologi yakni sindrom ekstrapiramidal (dapat diukur menggunakan *Extrapyramidal Symptom Rating Scale*). Hasil dari survei *cross-sectional* di Amerika Serikat pada pasien dengan skizofrenia mengidentifikasi 4 kategori efek samping yang masing-masing terkait dengan ketidaktaatan pengobatan, kenaikan berat badan adalah efek samping yang paling sering dikaitkan dengan ketidakpatuhan.²³ Dalam ulasan tentang remisi dan prediktornya oleh Lambert dkk menemukan bahwa ketaatan pengobatan menjadi salah satu dari enam prediktor remisi yang paling relevan.^{18,23} Meskipun tidak terdapat hubungan dengan skor total pemulihan namun terdapat hubungan dengan skor ranah pemulihan sosial, oleh karena itu faktor terkait pengobatan antipsikotik perlu menjadi pertimbangan karena hubungannya terhadap remisi. Pada penelitian El-Monshed didapatkan bahwa pemulihan pada ODS yang mendapatkan tatalaksana psikofarmakoterapi dan psikoterapi ($p=0,00$) lebih tinggi dibandingkan dengan ODS yang hanya mendapatkan psikofarmakoterapi saja atau psikofarmakoterapi dan *electroconvulsive therapy* (ECT).³⁷

Pada penelitian ini didapatkan hubungan bermakna antara faktor EPS dengan skor total pemulihan dan skor ranah 3 pemulihan klinis (menguasai penyakit saya). Dalam ulasan tentang remisi dan prediktornya oleh Lambert dkk menemukan bahwa ketaatan pengobatan menjadi salah satu dari enam prediktor remisi yang paling relevan. Ketaatan pengobatan dapat memberi gambaran perilaku kepatuhan minum obat, sikap terhadap pengobatan, efek samping obat dan perilaku terhadap obat antipsikotik.^{18,23} Efek samping dari antipsikotik generasi pertama lebih mungkin dikaitkan dengan masalah neurologi yakni sindrom ekstrapiramidal (dapat diukur menggunakan *Extrapyramidal Symptom Rating Scale*). Oleh karena itu, efek samping psikofarmaka khususnya EPS perlu menjadi hal penting yang perlu

dievaluasi ketika memberikan tatalaksana pada ODS terkait proses menuju pemulihan.

Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan bermakna antara faktor IMT dengan pemulihan baik pada skor total maupun skor setiap ranah pemulihan. Hasil dari survei *cross-sectional* di Amerika Serikat pada pasien dengan skizofrenia mengidentifikasi 4 kategori efek samping yang masing-masing terkait dengan ketidakpatuhan pengobatan, kenaikan berat badan adalah efek samping yang paling sering dikaitkan dengan ketidakpatuhan. Efek samping kenaikan berat badan merupakan salah satu diantara 3 faktor paling berpengaruh yang berkontribusi terhadap ketidakpatuhan pasien dengan skizofrenia dan gangguan terkait di Cina. Skizofrenia telah dikaitkan dengan beberapa masalah kesehatan dan risiko, terdapat kekhawatiran yang berkembang bahwa ODS juga mungkin berisiko mengalami kelebihan berat badan atau obesitas, dibandingkan dengan populasi umum (diukur dengan indeks massa tubuh).²³ Namun pada penelitian tersebut tidak menjelaskan hubungan langsung dengan pemulihan pada ODS. Meskipun IMT mungkin tidak berhubungan secara signifikan dengan proses pemulihan namun perlu dianggap sebagai hal penting yang perlu diperhatikan dan dievaluasi ketika memberi tatalaksana pada ODS dalam rangka menuju pemulihan klinis dan pribadi.

Pada penelitian ini didapatkan hubungan bermakna antara faktor ketaatan pengobatan dengan skor total pemulihan, skor ranah 3 pemulihan klinis (menguasai penyakit saya), dan ranah 4 (hubungan dan keterlibatan). Dalam ulasan tentang remisi dan prediktornya oleh Lambert dkk menemukan bahwa ketaatan pengobatan menjadi salah satu dari enam prediktor remisi yang paling relevan.¹³ Hasil penelitian oleh Malla, dkk menemukan status remisi dipengaruhi secara positif oleh tingkat yang lebih tinggi dari ketaatan pengobatan.²³ Remisi pada ODS didapatkan terdapat hubungan bermakna dengan pemulihan, oleh karena itu ketaatan pengobatan diharapkan mampu menjadi salah satu faktor terkait pemulihan pada ODS. Pada proses pengambilan data didapatkan masukan yang berharga dari beberapa partisipan yakni dengan pemberian edukasi mengenai adanya akses obat-obatan psikofarmaka melalui BPJS dan edukasi mengenai perbaikan gejala akibat pengobatan, hal tersebut dapat meningkatkan optimisme kesembuhan dan ketaatan

pengobatan. Oleh karena itu hal tersebut menjadi masukan bagi klinisi tentang pentingnya psikoedukasi pengobatan yang detil.

5.2.6 Faktor Terkait Taraf Pencapaian Fungsional

Pada penelitian ini didapatkan hubungan bermakna antara faktor taraf fungsional dengan skor total pemulihan dan seluruh skor ranah pemulihan. Hasil analisis multivariat menemukan bahwa taraf fungsional berkorelasi positif dengan skor total pemulihan (koefisien beta=0,13, $p=0,03$). Penelitian ini juga melakukan analisis multivariat terhadap setiap skor ranah pemulihan yakni taraf fungsional berkorelasi positif dengan skor ranah 4 pemulihan sosial (koefisien beta=1,40, $p=0,04$). Hasil ini bermakna bahwa semakin baik taraf fungsional ODS yang dinilai dengan GAF dapat menjadi faktor penguat ODS menuju pemulihan. Terdapat hasil yang berbeda didapatkan pada penelitian oleh Roe, dkk yang mana tidak didapatkan hubungan bermakna antara taraf fungsional dengan pemulihan serta peneliti melakukan analisis korelasi dan didapatkan tidak ada korelasi.⁴⁵ Meski demikian, didapatkan korelasi signifikan positif terhadap kualitas hidup. Oleh karena itu, taraf fungsional pada ODS mampu menjadi salah satu faktor terkait pemulihan pada ODS. Perbedaan antara penelitian ini dan penelitian oleh Roe, dkk mungkin diakibatkan oleh proses analisis yang berbeda dan penilaian taraf fungsional mungkin kurang bersifat objektif, dengan demikian perlu dilakukan penilaian taraf fungsional yang penilaiannya bersifat lebih objektif. Selain itu yang membedakan adalah skor GAF pada penelitian ini mayoritas ≥ 61 .

5.3 Kelebihan dan Keterbatasan Penelitian

Kelebihan dari penelitian ini adalah jumlah partisipan yang banyak, metodenya yang bersifat multivariat, dengan menilai banyak faktor sehingga diharapkan hasil dapat lebih menggambarkan faktor yang memengaruhi pemulihan pada ODS. Pada populasi ODS di Indonesia, belum pernah dilakukan penelitian untuk menilai hubungan faktor klinis dan demografi terhadap pemulihan menggunakan instrumen pemulihan yang tervalidasi disertai gambaran ranah pemulihan.

Terkait keterbatasan penelitian, peneliti tidak memasukkan variabel yang menilai lebih spesifik terkait kategori usia partisipan, jenis pekerjaan, strata pendidikan, tingkat kepuasan pendapatan, situasi tempat tinggal saat ini, dan rentang DUP yang

lebih dari dua kategori. Selain itu, peneliti tidak menjumlahkan skor total PANSS remisi serta tidak memberikan penilaian setiap ranah klinis. Meskipun metode penelitian potong lintang sudah dapat memberikan gambaran hubungan faktor klinis dan demografi, namun metode kohort prospektif mungkin dinilai lebih mampu memberikan gambaran yang lebih baik khususnya prediktor pemulihan. Keterbatasan lainnya adalah selama pengumpulan data, terdapat beberapa ODS yang rutin melakukan rawat jalan di Poli Psikiatri Dewasa menolak berpartisipasi dalam penelitian terutama ODS dengan derajat tilikan buruk, gejala negatif yang dominan dan/atau penurunan fungsi kognitif. Selain itu terdapat bias *sampling* karena metode *non probability sampling convenience*. Hal tersebut menyebabkan berkurangnya informasi yang bernilai penting, mungkin dapat melemahkan generalisasi dari temuan penelitian saat ini, serta kurang memberikan gambaran mengenai hubungan antara adanya gejala negatif terhadap pemulihan.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

4.1 Simpulan

1. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin terhadap skor total pemulihan pada ODS
2. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan terhadap skor total pemulihan pada ODS
3. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status pekerjaan terhadap skor total pemulihan pada ODS
4. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status pernikahan terhadap skor total pemulihan pada ODS
5. Terdapat hubungan yang bermakna antara ekspresi emosi keluarga terhadap skor total pemulihan pada ODS. Semakin tinggi ekspresi emosi keluarga maka semakin buruk (rendah atau tidak optimal) pemulihan keseluruhan yang dipersepsikan oleh ODS
6. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara usia saat awitan terhadap skor total pemulihan pada ODS
7. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara DUP terhadap skor total pemulihan pada ODS
8. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara keparahan gejala psikotik yang dinilai dengan PANSS remisi terhadap skor total pemulihan pada ODS
9. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah antipsikotik terhadap skor total pemulihan pada ODS
10. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara efek samping pengobatan terhadap skor total pemulihan pada ODS
11. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara ketaatan pengobatan terhadap skor total pemulihan pada ODS
12. Terdapat hubungan yang bermakna antara taraf pencapaian fungsional yang dinilai dengan GAF terhadap skor total pemulihan pada ODS. Sebaliknya semakin baik taraf pencapaian fungsional ODS maka semakin baik (tinggi atau optimal) pemulihan keseluruhan yang dipersepsikan oleh ODS

a. Saran**i. Kepada Peneliti**

Untuk peneliti yang akan melanjutkan penelitian serupa di bidang ini, peneliti menyarankan agar dilakukan eksplorasi lebih lanjut terhadap faktor – faktor lain terkait pemulihan seperti faktor sosial serta dapat dikategorikan secara lebih spesifik agar didapatkan gambaran yang lebih luas. Peneliti merekomendasikan untuk dilakukan penelitian dengan metode kohort prospektif agar mendapatkan model prediktor. Selain itu peneliti juga merekomendasikan untuk dilakukan penelitian lebih spesifik terkait hubungan faktor ekspresi emosi keluarga terhadap pemulihan agar didapatkan gambaran spesifik mengenai ranah ekspresi emosi keluarga mana yang memengaruhi secara spesifik terhadap proses pemulihan pada ODS.

ii. Kepada Klinisi

Hasil penelitian ini dapat memberi gambaran bahwa banyak faktor yang berpengaruh pada proses menuju pemulihan pada ODS sehingga penting untuk rutin dilakukan pemeriksaan secara terukur terkait faktor – faktor yang berpengaruh. Salah satu faktor yang berpengaruh adalah ekspresi emosi keluarga atau pelaku rawat sehingga peneliti merekomendasikan untuk melakukan pemeriksaan secara terukur menggunakan instrumen yang tervalidasi yakni FQ serta dapat didiskusikan bersama dengan keluarga atau pelaku rawat. Selain itu, peneliti merekomendasikan untuk dilakukan pemeriksaan terukur menggunakan RAS-DS secara rutin terhadap ODS sekaligus mendiskusikan setiap ranahnya. Penilaian tersebut diharapkan mampu memberi gambaran tentang proses perjalanan pemulihan ODS serta melakukan tatalaksana komprehensif untuk mewujudkan pemulihan pada ODS. Pemberian psikoedukasi yang tepat, terinci, dan rutin juga penting dilakukan terutama mengenai pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Jacob K. Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian J Psychol Med.* 2015;37(2):117.
2. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2012;39(6):1296–306.
3. Kusumawardhani AA, Dharmono S, Amir N, Diatri H, Malik K. From Curing to Caring: Achieving Patient's Recovery Rekomendasi Tata Laksana Layanan Skizofrenia. 1st ed. Jakarta: Centra Communications; 2014.
4. Eck RM Van, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, Haan L De. The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. 2017;44(3):631–42.
5. Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;40(11–12):972–80.
6. Scanlan JN, Hancock N, Honey A. The Recovery Assessment Scale – Domains and Stages (RAS-DS): Sensitivity to change over time and convergent validity with level of unmet need. *Psychiatry Res.* 2018;261(January):560–4.
7. American Psychological Association. Resolution on APA Endorsement of the Concept of Recovery for People with Serious Mental Illness [Internet]. APA. 2009 [dikutip 1 Januari 2019]. Tersedia pada: <https://www.apa.org/about/policy/chapter-10b#endorsement>
8. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull.* 2018;44(May):1195–203.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS 2013). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
10. Puspendari DA. Budget Impact Analysis of Schizophrenia Treatment in Indonesia. *Value Heal.* 2016;22:683.
11. Frese FJ, Knight EL, Saks E. Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophr Bull.* 2009;35(2):370–80.
12. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). National Consensus Statement on Mental Health Recovery definition [Internet]. [dikutip 1 Januari 2019]. Tersedia pada: <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/sma05-4129>
13. Lambert M, Naber D, Schacht A, Wagner T, Hundemer HP, Karow A, et al. Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(3):220–9.
14. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and

- factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 2002;14(4):256–72.
15. Hall A. *Care Planning in Mental Health: Promoting Recovery*. 2nd ed. Hall A, Wren M, Kirby S, editor. Wiley-Blackwell; 2013.
 16. Shepherd G, Broadman J, Slade M. *Making Recovery a Reality* [Internet]. Sainsbury Centre for Mental Health. 2007 [dikutip 1 Januari 2019]. Tersedia pada: https://www.researchintorecovery.com/files/SCMH_2008_Making_recovery_a_reality.pdf
 17. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. Januari 2003;37(5):586–94.
 18. Schennach R, Riedel M, Obermeier M, Ja M. Remission and Recovery and their Predictors in Schizophrenia Spectrum Disorder : Results from a 1-Year Follow-Up Naturalistic Trial. *Psychiatr Q*. 2012;83(2):187–207.
 19. Usall J, Ochoa S, Araya S, Márquez M. Gender differences and outcome in schizophrenia : a 2-year follow-up study in a large community sample. *Eur Psychiatry*. 2003;18(6):282–4.
 20. Kao YC, Liu YP. Effects of age of onset on clinical characteristics in schizophrenia spectrum disorders. *BMC Psychiatry*. 2010;10.
 21. Austin SF, Mors O, Secher RG, Hjørthøj CR, Albert N, Bertelsen M, et al. Predictors of recovery in first episode psychosis: The OPUS cohort at 10year follow-up. *Schizophr Res*. 2013;150(1):163–8.
 22. Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, et al. Beyond the critical period: Longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *Br J Psychiatry*. 2009;194(1):18–24.
 23. Álvarez-Jiménez M, Gleeson JF, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Killackey E, et al. Road to full recovery: Longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years. *Psychol Med*. 2012;42(3):595–606.
 24. Nada K. Uji Kesahihan dan Keandalan Instrumen Recovery Assessment Scale – Domains and Stages (RAS-DS) versi Bahasa Indonesia. Universitas Indonesia; 2018.
 25. Hancock N, Scanlan JN, Bundy AC. *Recovery Assessment Scale – Domains and Stages (RAS-DS) Manual- Version 2*. 2016;
 26. Sklar M, Groessl EJ, O’Connell M, Davidson L, Aarons GA. Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1082–95.
 27. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Res*. 1988;23(1):99–110.
 28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
 29. Vatnaland T, Vatnaland J, Friis S, Opjordsmoen S. Are GAF scores reliable in routine clinical use? *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(4):326–30.
 30. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res*. 2000;42(3):241–7.

31. Nurtantri IS. Penentuan Validitas dan Reliabilitas Family Questionnaire (FQ) dalam Menilai Ekspresi Emosi pada Keluarga yang Merawat Penderita Skizofrenia di RSCM. Universitas Indonesia; 2005.
32. Chouinard G, Margolese HC. Manual for the Extrapyrimal Symptom Rating Scale (ESRS). *Schizophr Res.* 2005;76(2–3):247–65.
33. Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi. Statistik Pendidikan Tinggi Tahun 2019. Indonesia: Pusat Data dan Informasi IPTEK DIKTI; 2019.
34. Departemen Kesehatan. Pedoman Praktis Memantau Status Gizi Orang Dewasa. Departemen Kesehatan RI. Jakarta, Indonesia: Departemen Kesehatan RI; 2011.
35. Aas IM. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Ann Gen Psychiatry.* 2011;10(2):1–11.
36. Hancock N, Scanlan JN, Honey A, Bundy AC, O'Shea K. Recovery Assessment Scale - Domains and Stages (RAS-DS): Its feasibility and outcome measurement capacity. *Aust N Z J Psychiatry.* 2015;49(7):624–33.
37. El-Monshed A, Amr M. Association between perceived social support and recovery among patients with schizophrenia. *Int J Africa Nurs Sci.* 2020;13.
38. Shadock BJ, Shadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Eleventh E. Florida: Wolters Kluwer; 2015. 300 hal.
39. Townsend M. Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts of Care in Evidence-Based Practice [Internet]. 2019 [dikutip 5 Juni 2021]. Tersedia pada: <https://www.fadavis.com/product/nursing-psychiatric-mental-health-concepts-of-care-evidence-based-practice-townsend-9>
40. N G, J M, M W. A Cross-Sectional Study on Factors Associated with Relapse in Patients with Schizophrenia at Mathari Hospital, Nairobi Kenya. *Ann Clin Lab Res.* 2018;06(01):1–5.
41. Hendryx M, Green CA, Perrin NA. Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *J Behav Heal Serv Res.* 2009;36(3):320–9.
42. Chabungbam G, Avasthi A, Sharan P. Sociodemographic and clinical factors associated with relapse in schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2007;61(6):587–93.
43. Moxham L. Where you live and who you live with matters: Housing and mental health. *J Prev Interv Community.* 2016;44(4):247–57.
44. Ivanovic M, Vuletic Z, P B. Expressed Emotion in the Families of Patients with Schizophrenia and its Influence on the Course of Illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol Vol.* 1994;29:61–5.
45. Roe D, Mashiach-Eizenberg M, Lysaker PH. The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophr Res.* 2011;131(1–3):133–8.

Lampiran I : Lembar Informasi Penelitian (*Information for Consent*)

LEMBAR INFORMASI PENELITIAN (*INFORMATION for CONSENT*)

Judul penelitian:

PREDIKTOR MENUJU PEMULIHAN PADA ORANG DENGAN SKIZOFRENIA (ODS)

Yth. Bapak/Ibu

Saya, dr. Ika Nur Fitriana / Tim peneliti dr. AAAA Kusumawardhani,SpKJ(K),MPH , Dr. dr. Khamelia Malik,SpKJ, dan dr. Sylvia Detri Elvira, SpKJ(K), yang diketuai oleh dr. AAAA Kusumawardhani,SpKJ(K),MPH dari Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Cipto Mangunkusumo akan melakukan penelitian dengan judul Prediktor Menuju Pemulihan pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS).

Saya akan memberikan informasi kepada (Bapak/Ibu/Saudara/Saudari) mengenai penelitian ini dan mengundang (Bapak/Ibu/Saudara/Saudari) untuk menjadi bagian dari penelitian ini.

Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dapat berpartisipasi dalam penelitian ini dengan cara menandatangani formulir ini. Jika Bapak/Ibu/Saudara/Saudari setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara/Saudari kapan saja dapat secara bebas mundur dari penelitian ini. Jika Bapak/Ibu/Saudara menolak untuk berpartisipasi atau mundur dari penelitian ini, keputusan tersebut tidak akan mempengaruhi hubungan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dengan saya dan tidak akan berdampak pada pelayanan yang berlaku di rumah sakit ini.

Jika Bapak/Ibu/Saudara/Saudari tidak mengerti tiap pernyataan dalam formulir ini, Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dapat menanyakannya kepada saya.

1. Tujuan penelitian

Mendapatkan dan mengidentifikasi faktor – faktor yang menjadi prediktor signifikan menuju pemulihan pada ODS, serta menilai ranah-ranah dan kemajuan pemulihan personal pada ODS

2. Partisipasi dalam penelitian

Bapak/Ibu/Saudara/Saudari akan menjalani penelitian yang terdiri atas pengisian kuesioner dan wawancara terstruktur dengan panduan instrumen dengan mengikuti petunjuk dari tim pemeriksa

3. Alasan memilih Bapak/Ibu/Saudara/Saudari

- Bapak/Ibu/Saudara/Saudari adalah pasien Skizofrenia yang sudah didiagnosis oleh psikiater RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo
- Bapak/Ibu/Saudara/Saudari bisa membaca, menulis, dan memahami bahasa Indonesia dengan baik
- Bapak/Ibu/Saudara/Saudari berusia antara 18 hingga 59 tahun pada hari pemeriksaan penelitian
- Bapak/Ibu/Saudara/Saudari bersedia mengikuti penelitian dan mengisi lembar persetujuan
- Bapak/Ibu/Saudara/Saudari bersedia menjadi subyek penelitian.

4. Prosedur penelitian

a. Informasi Obat atau Prosedur Intervensi

- Bapak/Ibu/Saudara/Saudari diberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian, prosedur yang harus dijalani dan pelaksanaan penelitian.
- Jika Bapak/Ibu/Saudara/Saudari setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian, diminta untuk menandatangani dan mengisi formulir persetujuan
- Bapak/Ibu/Saudara/Saudari akan ditanya tentang data terkait penyakit (usia saat awitan penyakit dan data durasi saat gejala psikotik belum diobati), data terkait gejala psikopatologi, data terkait pengobatan (jumlah antipsikotik, efek samping pengobatan, dan data pengukuran indeks massa tubuh), data tentang ketaatan pengobatan, taraf fungsional, dan pengukuran mengenai ranah pemulihan personal. Keluarga juga akan ditanyakan mengenai data tentang ekspresi emosi terhadap ODS.
- Sesi pengambilan data selama kurang lebih 30 menit
- Setelah selesai maka peneliti akan menyampaikan bahwa penelitian telah selesai dan menanyakan apakah Bapak/Ibu/Saudara/Saudari memiliki pertanyaan lebih lanjut. Jika tidak maka peneliti akan berterima kasih atas partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/Saudari

b. Prosedur atau pengobatan alternatif yang tersedia saat ini

Tidak ada

5. Risiko, efek samping dan tatalaksananya

Saat pengambilan data wawancara mungkin akan menyita waktu. Subjek penelitian akan dipaparkan terhadap pertanyaan personal sehingga mungkin ada perasaan tidak nyaman yang akan timbul, namun dapat diatasi dengan konseling singkat pada wawancara

6. Manfaat

Manfaat yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dapatkan antara lain:

- Dapat mengetahui faktor-faktor yang menjadi prediktor menuju pemulihan pada ODS (baik pemulihan klinis maupun pemulihan personal) agar meningkatkan pemahaman ODS mengenai pemulihan dan meningkatkan perencanaan tatalaksana kesehatan jiwa yang berorientasikan pemulihan
- Dapat mengetahui mengenai ranah-ranah pemulihan dan kemajuan proses menuju pemulihan pada ODS
- Membantu memberikan masukan untuk layanan kesehatan guna memperbaiki layanan terhadap ODS khususnya dalam proses pemulihan.

7. Kompensasi

Bapak/Ibu/Saudara/Saudari akan mendapatkan kompensasi ketidaknyamanan dalam bentuk cinderamata tanda terima kasih atas kesediaan mengikuti penelitian.

8. Pembiayaan

Biaya yang timbul sepenuhnya menjadi tanggung jawab peneliti.

9. Kerahasiaan

Semua data yang dikumpulkan dalam penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya. Semua data yang diperoleh akan disimpan dalam bentuk kode inisial yang hanya dapat diakses oleh peneliti. Presentasi hasil penelitian dalam pertemuan ilmiah / konferensi dan publikasi dalam jurnal ilmiah tidak akan mencantumkan nama Bapak/Ibu/Saudara/Saudari.

10. Kewajiban subyek penelitian

Sebagai subyek penelitian, Bapak/Ibu/Saudara/Saudari berkewajiban mengikuti aturan atau petunjuk penelitian seperti yang tertulis di atas. Bila ada yang belum jelas, dapat bertanya lebih lanjut kepada tim peneliti.

11. Hak untuk menolak dan mengundurkan diri

Bapak/Ibu/Saudara/Saudari tidak harus berpartisipasi dalam penelitian ini bila tidak menghendakinya karena penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara/Saudari harus paham bahwa walaupun Bapak/Ibu/Saudara/Saudari menyetujui untuk berpartisipasi, Bapak/Ibu/Saudara/Saudari berhak untuk mundur dari penelitian ini. Jika Bapak/Ibu/Saudara/Saudari menolak untuk berpartisipasi atau mundur dari penelitian ini, keputusan tersebut tidak akan mempengaruhi hubungan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dengan saya dan tidak akan

berdampak pada standar pelayanan yang berlaku di rumah sakit ini. Saya akan memberikan kesempatan pada Bapak/Ibu/Saudara/Saudari pada akhir penjelasan ini untuk dapat mempertimbangkan keputusan yang akan diambil.

12. Akses pasca penelitian (*Post-trial access*)

Pada akhir penelitian ini, kami akan tetap memberikan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari pengobatan lanjutan terhadap penyakit Bapak/Ibu/Saudara/Saudari saat ini seperti yang sebelumnya dilakukan di poliklinik Jiwa Dewasa RS Cipto Mangunkusumo

13. Informasi Tambahan

Bapak/Ibu/Saudara/Saudari diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dapat menghubungi Departemen Medik Ilmu Kesehatan Jiwa FKUI-RSCM (dr. Ika Nur Fitriana) dengan email: dr_ikanurfitriana@yahoo.com dan nomor telepon 0813105040

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Subyek Penelitian

Semua penjelasan tersebut telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh dr. Ika Nur Fitriana. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan, saya dapat menanyakan kepada dr. Ika Nur Fitriana.

Sertifikat Persetujuan (<i>Consent</i>)	
Saya telah membaca semua penjelasan tentang penelitian ini. Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan semua pertanyaan saya telah dijawab dengan jelas. Saya bersedia untuk berpartisipasi pada studi penelitian ini dengan sukarela. _____ Nama subjek/wali _____ Tanda tangan subjek/wali Tanggal _____ hari/bulan/tahun	Saya mengkonfirmasi bahwa peserta telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai penelitian ini, dan semua pertanyaan telah dijawab dengan benar. Saya mengkonfirmasi bahwa persetujuan telah diberikan dengan sukarela. _____ Nama peneliti/peminta persetujuan _____ Tanda tangan peneliti/peminta persetujuan Tanggal _____ hari/bulan/tahun

Informasi Peneliti:

Peneliti Utama: dr. AAAA Kusumawardhani, SpKJ(K), MPH.
 Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa RSCM/FKUI
 Jalan Diponegoro no 71, Jakarta Pusat
 0818668532/agung_kusumawardhani@yahoo.com

Peneliti: dr. Ika Nur Fitriana
 Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa RSCM/FKUI
 Jalan Diponegoro no 71, Jakarta Pusat
 081310504024 / dr_ikanurfitriana@yahoo.com

KEPK FKUI-RSCM: Jalan Salemba 6, Jakarta Pusat, 10430
 No. Telp: 021 3157008
 Email: ec_fkui@yahoo.com

Lampiran 3 : Pemantauan Pemulihan ODS

NRM	:	
Nama	:	
Jenis Kelamin	:	
Tanggal Lahir	:	

Pendidikan terakhir :

Agama :

Pekerjaan saat ini :

Status Pernikahan :

Diagnosis :

Berat badan&tinggi badan : IMT : kg/m²

Usia saat awitan penyakit :

DUP (≤1 bulan / >1bulan) :

Tanggal Pengisian :

Tahun				
Bulan				
Fase (A=Akut; S=Stabilisasi; M=Pemeliharaan)				
Remisi (TR=Tidak Remisi; RP=Remisi Parsial; RT=Remisi Total)				
1	Skor 8 item PANSS Remisi	P1	Waham	
		P2	Kekacauan proses pikir (<i>conceptual disorganization</i>)	
		P3	Perilaku halusinasi	
		G9	Isi pikiran yang tidak biasa	
		G5	Manerisme dan sikap tubuh	
		N1	Afek tumpul	
		N4	Penarikan diri dari hubungan sosial secara pasif/apatis	
		N6	Kurangnya spontanitas dan arus percakapan	
2	Skor Global Assessment of Functioning (GAF) current			
3	Extrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS)			
4	Psikofarmaka			
	Antipsikotik generasi 1			
	-	Dosis		
	-			
	Antipsikotik generasi 2			
	-	Dosis		
	-			

Lampiran 4 : *Positive and Negative Symptom of Schizophrenia (PANSS)*

Remisi

Skala Positif

- P1 Waham
- P2 Kekacauan proses pikir
- P3 Perilaku halusinasi

Skala Negatif

- N1 Afek tumpul
- N4 Penarikan diri dari hubungan sosial secara pasif
- N6 Kurangnya spontanitas dan arus percakapan

Skala Psikopatologi Umum

- G5 Mannerisme dan sikap tubuh
- G9 Isi pikiran yang tidak biasa

P1. Waham

Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistik dan aneh (idiosinkratik). Dasar penilaian: Isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi dan perilaku.

1. Tidak ada – definisi tidak dipenuhi
2. Minimal – patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal
3. Ringan – ada satu atau dua waham yang samar-samar, tidak terkrystalisasi dan tidak bertahan. Waham tidak memengaruhi proses pikir, relasi sosial atau perilaku
4. Sedang – Adanya rangkaian waham yang bentuknya kurang jelas dan tidak sabil atau beberapa waham yang bentuknya jelas, yang kadang-kadang memengaruhi proses pikir, relasi sosial atau perilaku
5. Agak berat – adanya beberapa waham yang berbentuk jelas, yang dipertahankan dan kadang-kadang memengaruhi proses pikir, relasi sosial atau perilaku
6. Berat – adanya suatu susunan waham yang stabil, yang terkrystalisasi, mungkin sistematis, dipertahankan, dan jelas memengaruhi proses pikir, relasi sosial atau perilaku
7. Sangat berat – adanya suatu susunan waham yang stabil, sangat sistematis, atau sangat banyak, dan mendominasi bidang (*facet*) utama kehidupan

pasien. Sering kali mengakibatkan tindakan yang tidak serasi dan tidak bertanggung jawab, yang bahkan membahayakan keamanan pasien atau orang lain

P2. Kekacauan proses pikir

Kekacauan proses pikir ditandai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud, misalnya sirkumstansial, tangensial, asosiasi longgar, tidak berurutan, ketidaklogisan yang parah, atau putusnya arus pikir.

1. Tidak ada - definisi tidak dipenuhi
2. Minimal – patologi diragukan; mungkin suatu ujung ekstim dari batasan normal
3. Ringan – proses pikir sirkumstansial, tangensial atau paralogikal. Adanya kesulitan dalam mengarahkan pikiran ke tujuan dan kadang-kadang asosiasi longgar dapat dijumpai di bawah tekanan
4. Sedang – mampu memusatkan pikiran bila komunikasi singkat dan terstruktur, tetapi menjadi longgar atau tidak relevan bila menghadapi komunikasi yang lebih kompleks atau bila di bawah tekanan minimal
5. Agak berat – secara umum mengalami kesulitan dalam menata pikiran yang longgar bahkan walaupun tanpa tekanan
6. Berat – proses pikir sangat menyimpang dan pada dasarnya (*internally*) tidak konsisten, mengakibatkan tidak relevan yang parah dan kacau proses pikir, yang hamper terjadi terus-menerus
7. Sangat berat – pikiran sangat kacau sehingga menjadi inkoheren. Asosiasi longgar yang sangat jelas, yang mengakibatkan kegagalan total dalam komunikasi, misalnya: "word-salad" atau mutisme

P3. Perilaku halusinasi

Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli luar. Dapat terjadi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman atau somatic

1. Tidak ada - definisi tidak dipenuhi
2. Minimal – patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstim dari batasan normal
3. Ringan – satu atau dua halusinasi yang jelas tetapi jarang timbul atau beberapa abnormalisasi persepsi yang samar-samar lainnya yang tidak mengakibatkan penyimpangan (distorsi) proses pikir atau perilaku
4. Sedang – sering ada halusinasi tetapi tidak terus menerus, dan proses pikir serta perilaku pasien hanya sedikit terpengaruh
5. Agak berat – Halusinasi sering, dapat meliputi lebih dari satu organ sensoris dan cenderung menyimpangkan proses pikir dan/atau mengacaukan

perilaku. Pasien dapat memiliki interpretasi bersifat waham atas pengalamannya ini dan bereaksi terhadapnya secara emosional, kadang-kadang secara verbal

6. Berat – Halusinasi hampir terus menerus ada, mengakibatkan kekacauan berat pada proses pikir dan perilaku. Pasien menganggapnya sebagai persepsi nyata dan fungsinya terganggu oleh seringnya bereaksi secara emosional dan verbal terhadapnya
7. Sangat berat – pasien hampir secara total mengalami preokupasi dengan halusinasi, yang jelas mendominasi proses pikir dan perilaku. Halusinasi diikuti oleh interpretasi bersifat waham yang kaku dan memacu timbulnya respons verbal dan perilaku. Termasuk kepatuhan terhadap halusinasi perintah

N1. Afek tumpul

Berkurangnya respons emosional yang ditandai oleh berkurangnya ekspresi wajah, gelombang (*modulation*) perasaan dan gerak gerak komunikatif.

1. Tidak ada – definisi tidak dipenuhi
2. Minimal – patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal
3. Ringan – perubahan ekspresi wajah dan gerak gerak komunikatif tampak kaku, dipaksakan, dibuat-buat atau kurangnya gelombang
4. Sedang – berkurangnya corak ekspresi wajah dan sedikitnya gerak gerak ekspresif yang tampak dalam penampilan yang tumpul
5. Agak berat – Afek umumnya datar hanya sekali-kali tampak perubahan ekspresi wajah dan gerak gerak komunikatif sedikit
6. Berat – pendataran dan defisiensi emosi yang mencolok yang tampak hampir sepanjang waktu. Kemungkinan terdapat pelepasan afek ekstrim yang tidak bergelombang seperti '*excitement*', kemarahan atau tertawa yang tidak terkendali yang tidak serasi
7. Sangat berat – jelas tidak tampak ekspresi perubahan wajah dan adanya gerak gerak komunikatif. Pasien terus-menerus menampilkan ekspresi yang tidak hidup atau berwajah 'kayu'

N4. Penarikan diri dari hubungan sosial secara pasif/apatis

Berkurangnya minat dan inisiatif dalam interaksi sosial, yang disebabkan oleh pasivitas, apatis, anergi atau tidak ada dorongan kehendak. Hal ini mengarah pada berkurangnya keterlibatan interpersonal dan mengabaikan aktivitas kehidupan sehari-hari

1. Tidak ada – definisi tidak dipenuhi
2. Minimal – patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal

3. Ringan – sekali-kali menunjukkan minat dalam aktivitas sosial, tetapi inisiatif sangat kurang. Biasanya keterlibatan dengan orang lain hanya bila ‘didekati’ oleh orang lain tersebut
4. Sedang – secara pasif ikut dalam sebagian besar aktivitas sosial dengan cara “ogah-ogahan” (*disinterested*) atau secara mekanis. Cenderung untuk ada di baris belakang
5. Agak berat – secara pasif berpartisipasi dalam hanya sedikit aktivitas sosial dan menunjukkan jelas tidak ada minat atau inisiatif. Umumnya menyendiri
6. Berat – Cenderung menjadi apatis dan terisolasi, sangat jarang berpartisipasi dalam aktivitas sosial dan sekali-sekali mengabaikan kebutuhan pribadi. Kontak sosial yang spontan sangat sedikit
7. Sangat berat – sangat apatis, terisolasi secara sosial dan sangat mengabaikan perawatan diri

N6. Kurangnya spontanitas arus percakapan

Berkurangnya arus normal percakapan yang disertai dengan apatis, avolisi tidak ada dorongan kehendak, defensif atau defisit kognitif. Ini dimanifestasikan oleh berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam proses interaksi verbal

1. Tidak ada – definisi tidak dipenuhi
2. Minimal – patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal
3. Ringan – Menunjukkan sedikit inisiatif dalam percakapan. Jawaban pasien cenderung singkat dan tanpa tambahan, membutuhkan pertanyaan langsung dan pengarahan dari wawancara
4. Sedang – arus percakapan kurang bebas dan tidak lancar atau terhenti-henti. Pertanyaan terarah sering dibutuhkan untuk mendapatkan respons yang adekuat untuk melanjutkan percakapan
5. Agak berat – Pasien menunjukkan kurangnya spontanitas dan keterbukaan yang mencolok, menjawab pertanyaan pewawancara dengan hanya 1 atau 2 kalimat singkat
6. Berat – respons pasien hanya terbatas terutama pada beberapa kata atau kalimat pendek untuk menghindari atau mempersingkat komunikasi (misalnya “saya tidak tahu”, “saya sedang tidak bebas berbicara”). Akibatnya terdapat hendra berat dalam percakapan, dan wawancara sangat tidak produktif
7. Sangat berat – Kata-kata yang diucapkan sangat terbatas, sekali-sekali ada ungkapan tetapi percakapan tidak mungkin terjadi

G5. Mannerisme dan sikap tubuh

Gerakan atau sikap tubuh yang tidak wajar seperti yang ditandai oleh kejanggalan, kaku, disorganisasi, atau penampilan yang aneh

1. Tidak ada – definisi tidak dipenuhi
2. Minimal – patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal
3. Ringan – kejanggalan ringan dalam pergerakan atau kekauan sikap tubuh yang ringan
4. Sedang – gerakan janggal yang khusus atau terputus-putus, atau sikap tubuh tidak wajar yang dipertahankan untuk suatu periode yang singkat
5. Agak berat – sekali-kali tampak ritual aneh, atau sikap tubuh yang berubah-ubah, atau suatu posisi abnormal yang dipertahankan terus-menerus untuk waktu yang agak lama
6. Berat – sering tampak pengulangan ritual aneh, manerisme, atau gerakan-gerakan stereotipik, atau sikap tubuh yang berubah-ubah yang dipertahankan terus untuk waktu yang agak lama
7. Sangat berat – fungsi terganggu berat oleh keterlibatan terus-menerus yang jelas dalam ritual. Manerisme, atau gerakan-gerakan stereotipik atau suatu sikap tubuh tertentu yang tidak wajar yang dipertahankan terus-menerus dalam sebagian besar waktu

G9. Isi pikiran yang tidak biasa

1. Tidak ada – definisi tidak dipenuhi
2. Minimal – patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal
3. Ringan – isi pikiran ganjil atau idiosinkratik; atau ide yang lazim dalam konteks yang aneh
4. Sedang – ide-ide seringkali mengalami distorsi dan sekali-kali cukup bizar.
5. Agak berat – pasien banyak mengekspresikan pikiran-pikira asing dan fantastic (misalnya menjadi anak angkat raja, orang yang berhasil lolos dari kematian) atau beberapa pikiran yang sangat tidak masuk akal (punya ratusan anak, menerima pesan radio dari angkasa luar, dll)
6. Berat – pasien mengekspresikan banyak ide yang tidak logis atau tidak masuk akal atau beberapa ide yang jelas berkualitas aneh
7. Sangat berat – proses pikir dipenuhi ide-ide yang tidak masuk akal (*absurd*)

Lampiran 5 : *Global Assesment of Functioning Scale (GAF)*

91-100 : gejala tidak ada, berfungsi maksimal, tidak ada masalah yang tidak tertanggulangi

81-90 : gejala minimal, fungsi baik, cukup puas, tidak lebih dari masalah harian biasa

71-80 : gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial

61-70 : beberapa gejala ringan dan menetap, disabilitas ringan dalam fungsi, secara umum baik

51-60 : gejala dan disabilitas sedang

41-50 : gejala dan disabilitas berat

31-40 : beberapa disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi

21-30 : disabilitas berat dalam komunikasi dan daya nilai, tidak mampu berfungsi dalam hampir semua bidang

11-20 : bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri

01-10 : persisten dan lebih serius

0 : informasi tidak adekua

Lampiran 6 : Instrumen RAS-DS versi bahasa Indonesia

NRM	:
Nama	:
Jenis Kelamin	:
Tanggal Lahir	:

Tanggal :

Jam mulai :

Jam selesai :

RAS-DS (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages)

Instruksi:

- Di bawah ini adalah pernyataan-pernyataan yang menggambarkan perasaan yang terkadang dirasakan seseorang mengenai diri dan hidupnya.
- Bacalah dengan teliti setiap pernyataan dan lingkari angka yang paling menggambarkan diri anda pada saat ini.
- Hanya lingkari satu angka untuk tiap pernyataan dan jangan ada yang terlewat.

MELAKUKAN HAL-HAL YANG BERMAKNA

		Tidak SETUJU	Sedikit SETUJU	Hampir SETUJU	SETUJU
1	Saya melakukan hal-hal yang berarti bagi saya	1	2	3	4
2	Saya senantiasa mempunyai ketertarikan pada hal-hal baru	1	2	3	4
3	Saya melakukan hal-hal yang berarti dan bermanfaat bagi orang lain	1	2	3	4
4	Saya melakukan hal-hal yang membuat saya merasa sangat bahagia	1	2	3	4

HARAPAN SAYA

		Tidak SETUJU	Sedikit SETUJU	Hampir SETUJU	SETUJU
5	Bila saya kurang sehat kembali, saya dapat mengatasinya	1	2	3	4
6	Saya dapat membantu diri saya menjadi lebih baik	1	2	3	4
7	Saya mempunyai keinginan untuk sukses	1	2	3	4
8	Saya mempunyai tujuan dalam hidup yang ingin saya capai	1	2	3	4

9	Saya percaya bahwa saya dapat mencapai tujuan pribadi saya saat ini	1	2	3	4
10	Saya dapat mengatasi apa yang terjadi dalam hidup saya	1	2	3	4
11	Saya mempunyai tujuan dalam hidup	1	2	3	4
12	Bila orang mengenal saya dengan baik, mereka akan menyukai saya	1	2	3	4
13	Bila saya terus berusaha, saya akan terus menerus semakin baik	1	2	3	4
14	Saya memiliki gambaran akan menjadi seperti siapa	1	2	3	4
15	Saya adalah orang yang paling bertanggung jawab terhadap kemajuan diri saya	1	2	3	4
16	Saya mempunyai harapan untuk masa depan saya	1	2	3	4
17	Saya tahu kapan harus meminta bantuan	1	2	3	4
18	Saya meminta bantuan ketika saya membutuhkannya	1	2	3	4
19	Saya tahu apa yang dapat membuat saya lebih baik	1	2	3	4
20	Saya dapat belajar dari kesalahan-kesalahan saya	1	2	3	4

MENGUASAI PENYAKIT SAYA

		Tidak SETUJU	Sedikit SETUJU	Hampir SETUJU	SETUJU
21	Saya dapat mengenali tanda-tanda awal saat saya merasa kurang sehat	1	2	3	4
22	Saya mempunyai rencana sendiri tentang bagaimana untuk tetap atau menjadi sehat	1	2	3	4
23	Ada banyak hal yang dapat saya lakukan, yang bisa membantu saya dalam mengatasi gejala-gejala yang tidak diinginkan	1	2	3	4
24	Saya tahu bahwa ada fasilitas layanan kesehatan jiwa yang dapat membantu saya	1	2	3	4
25	Meskipun gejala-gejala saya dapat memburuk, saya tahu bahwa saya mampu mengatasinya	1	2	3	4

26	Gejala-gejala saya terasa semakin berkurang dalam mengganggu hidup saya	1	2	3	4
27	Setiap kali gejala saya muncul, sepertinya masalah yang ditimbulkan semakin singkat	1	2	3	4

HUBUNGAN DAN KETERLIBATAN

		Tidak SETUJU	Sedikit SETUJU	Hampir SETUJU	SETUJU
28	Saya mempunyai orang-orang yang dapat saya andalkan	1	2	3	4
29	Walaupun saya tidak percaya terhadap diri saya, orang lain percaya	1	2	3	4
30	Mempunyai bermacam tipe teman adalah hal yang penting	1	2	3	4
31	Saya mempunyai teman-teman yang tidak mengalami gangguan jiwa	1	2	3	4
32	Saya mempunyai teman-teman yang dapat mengandalkan saya	1	2	3	4
33	Saya merasa cukup puas terhadap situasi keluarga saya	1	2	3	4

Lampiran VII: Cara Interpretasi Instrumen RAS-DS versi Bahasa Indonesia 33-butir

Penilaian skor Instrumen RAS-DS versi Bahasa Indonesia 33-butir dapat dilakukan dengan dua cara:

1. Menjumlahkan semua skor total

Jumlah keseluruhan skor pada RAS-DS versi Bahasa Indonesia 33-butir adalah 132.

2. Menjumlahkan skor setiap ranah

Penilaian tiap ranah juga dapat dilakukan untuk melihat kemajuan relatif diantara ranah-ranah lainnya. Skor dapat diubah dalam bentuk persentase untuk dapat melihat variasi antar ranah.

- Tambahkan seluruh skor tiap butir pada ranah
- Hasil skor ranah dibagi dengan jumlah butir ranah yang telah diisi
- Hasil skor rata-rata dibagi 4 dan dikalikan 100 (mendapatkan nilai persentase)

Penghitungan:

Skor total RAS-DS versi Bahasa Indonesia 33-butir	Tambahkan semua skor tiap butir	Skor total adalah 132
Melakukan Hal-hal yang Bermakna Skor (4 butir)	Tambahkan semua skor tiap butir dalam ranah Dibagi 4 (atau kurang jika ada butir yang tidak diisi) Dibagi 4 Kali 100	Mendapatkan nilai persentase tiap ranah
Harapan Saya Skor (16 butir)	Tambahkan semua skor tiap butir dalam ranah Dibagi 16 (atau kurang jika ada butir yang tidak diisi) Dibagi 4 Kali 100	
Menguasai Penyakit Saya Skor (7 butir)	Tambahkan semua skor tiap butir dalam ranah Dibagi 7 (atau kurang jika ada butir yang tidak diisi) Dibagi 4 Kali 100	
	Tambahkan semua skor tiap butir dalam ranah	

**Hubungan dan
Keterlibatan**
Skor (6 butir)

Dibagi 6 (atau kurang jika ada
butir yang tidak diisi)
Dibagi 4
Kali 100

Catatan:

Penjumlahan skor akan bermanfaat ketika menggunakan RAS-DS versi Bahasa Indonesia 33-butir sebagai penilaian pemulihan. Pada praktik klinis, penggunaan instrumen ini akan lebih baik ketika antara klinisi dan pasien saling berdiskusi mengenai ‘hasil skor’. Hal ini bertujuan agar pasien dapat mengidentifikasi ranah pemulihan yang secara subjektif dirasakan positif (skor 3 atau 4) maupun yang dirasakan masih kurang (skor 1 atau 2). Hasil tersebut juga dapat digunakan sebagai target atau perencanaan tatalaksana yang sesuai bagi pasien. Terdapat kemungkinan aspek yang ingin diperbaiki oleh pasien belum tentu pada area yang mereka nilai rendah

Lampiran VIII : Medication Adherence Rating Scale (MARS)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda pernah lupa minum obat?		
2	Apakah Anda terkadang kurang peduli terhadap jadwal minum obat Anda?		
3	Ketika Anda merasa lebih baik, Apakah Anda terkadang berhenti minum obat?		
4	Terkadang bila Anda merasa tidak enak ketika Anda minum obat, Apakah Anda berhenti meminumnya?		
5	Saya minum obat hanya saat saya sakit		
6	Rasanya tidak alami bagi pikiran dan tubuh saya untuk dikendalikan oleh obat		
7	Pikiran saya menjadi lebih jernih kalau minum obat		
8	Dengan tetap minum obat, saya dapat mencegah kekambuhan penyakit saya		
9	Saya merasa aneh, seperti “robot” kalau minum obat		
10	Pengobatan membuat saya merasa lelah dan lamban		

Lampiran IX : Family Questionnare (FQ)

Tanggal pemeriksaan :

Tempat pemeriksaan :

Waktu mulai :

Waktu selesai :

Pemeriksa :

Instruksi : Kuesioner ini memperlihatkan berbagai cara yang ditempuh keluarga dalam menghadapi permasalahan sehari-hari yang berkaitan dengan kondisi pasien. Silahkan tandai jawaban yang sesuai, seberapa sering anda bereaksi terhadap pasien dengan cara tersebut. Tidak ada jawaban yang benar atau salah. Penting diingat untuk memperhatikan jawaban pertama yang muncul di benak anda. Jawablah setiap pertanyaan, dan tandai hanya satu jawaban pada tiap pertanyaan

Keterangan : **Dia, ia dan nya** menyatakan pasien

*) diisi oleh pemeriksa

NRM	:
Nama	:
Jenis Kelamin	:
Tanggal Lahir	:

No.		Tidak pernah/ sangat jarang	jarang	sering	Sangat sering	Skor*
1	Saya cenderung tidak memperdulikan diri sendiri karenanya					
2	Saya harus selalu menyuruhnya untuk melakukan sesuatu					
3	Saya sering berfikir bagaimana dengan nasibnya					
4	Dia menjengkelkan saya					
5	Saya selalu memikirkan penyebab penyakitnya					
6	Saya harus berusaha untuk tidak mengkritiknya					
7	Saya tidak bisa tidur karenanya					
8	Sulit bagi kami untuk sependapat dalam berbagai hal					
9	Ketika ada sesuatu tentangnya mengganggu saya, saya pendam sendiri					
10	Dia tidak menghargai apa yang saya lakukan untuknya					
11	Saya beranggapan kepentingan saya sendiri kurang penting					
12	Dia terkadang membuat saya menjadi tegang					
13	Saya sangat khawatir tentangnya					

14	Di luar kebiasaannya, dia melakukan hal yang menyebalkan/membuat kesal					
15	Terpikir oleh saya bahwa saya sendiri akan menjadi sakit					
16	Ketika ia terus menerus meminta sesuatu dari saya, itu menjengkelkan saya					
17	Dia merupakan bagian penting dari hidup saya					
18	Saya harus memaksanya untuk mengubah perilakunya					
19	Saya telah mengorbankan hal yang penting untuk bisa menolongnya					
20	Saya sering marah terhadapnya					

Total skor

Korektor :

LAMPIRAN X: Keterangan Lolos Kaji Etik dan Amandemen



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS KEDOKTERAN

Gedung Fakultas Kedokteran UI
Jl. Salemba Raya No.6, Jakarta 10430
PO.Box 1358
T. 62.21.3912477, 31930371, 31930373,
3922977, 3927360, 3153236
F. 62.21.3912477, 31930372, 3157288
E. humas@fk.ui.ac.id, office@fk.ui.ac.id
fk.ui.ac.id

Nomor : KET- 183 /UN2.F1/ETIK/PPM.00.02/2020

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK ETHICAL APPROVAL

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol penelitian yang berjudul:

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, University of Indonesia, with regards of the Protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research entitled:

“Prediktor Menuju Pemulihan pada Orang dengan Skizofrenia (ODS)”

Protocol Number : 20-03-0263

Peneliti Utama : dr. AAAA Kusumawardhani, Sp.KJ(K), MPH
Principal Investigator

Nama Institusi : Departemen Kedokteran Jiwa FKUI-RSCM
Name of the Institution

Lokasi Penelitian : Poliklinik Jiwa Dewasa RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
Site

Tanggal Persetujuan : 11 MAR 2020
Date of Approval (valid for one year beginning from the date of approval)

Dokumen Disetujui : Proposal Penelitian, Versi 00 tanggal 16 Februari 2020
Document Approved Lembar Informasi untuk Calon Subjek, Versi 00 tanggal 16 Februari 2020

dan telah menyetujui protokol berikut dokumen terlampir.
and approves the above mentioned protocol including the attached document.



Prof. dr. Rita Sita Sitorus, Ph.D., Sp.M(K)

**** Peneliti berkewajiban**

1. Menjaga kerahasiaan identitas subjek penelitian.
2. Memberitahukan status penelitian apabila:
 - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos kaji etik, penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical approval* harus diperpanjang.
 - b. Penelitian berhenti ditengah jalan.
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*).
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada subjek sebelum protokol penelitian mendapat lolos kaji etik dan sebelum memperoleh *informed consent* dari subjek penelitian.
5. Menyampaikan laporan akhir, bila penelitian sudah selesai.
6. Cantumkan nomor protokol ID pada setiap komunikasi dengan KEPK FKUI-RSCM.

Semua prosedur persetujuan dilakukan sesuai dengan standar ICH-GCP.
All procedure of Ethical Approval are performed in accordance with ICH-GCP standard procedure.



UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS KEDOKTERAN

Gedung Fakultas Kedokteran UI
Jl. Salemba Raya No.6, Jakarta 10430
PO.Box 1358
T. 62.21. 3912477, 31930371, 31930373,
3922977, 3927360, 3153236,
F. 62.21. 3912477, 31930372, 3157288,
E. humas@fk.ui.ac.id, office@fk.ui.ac.id
fk.ui.ac.id

NOTA DINAS

Nomor: ND-103 /UN2.F1/ETIK/PPM.00.02/2021

Kepada : dr. AAA. Kusumawardhani, SpKJ(K), MPH
Institusi : Peneliti Utama Psikiatri FKUI-RSCM
Dari : Komite Etik Penelitian Kesehatan FKUI-RSCM
Hal : Perpanjangan *Ethical Approval* ke-1

Sehubungan dengan protokol penelitian berikut:

Judul : **"Prediktor Pemulihan pada Orang dengan Skizofrenia"**

Peneliti Utama : dr. AAA. Kusumawardhani, SpKJ(K), MPH

No. Protokol Etik : 20-03-0263

No. Surat Lolos Etik : KET-283/UN2.F1/ETIK/PPM.00.02/2020 tanggal 11 Maret 2020.

Komite Etik Penelitian Kesehatan FKUI RSCM telah menerima dan meninjau surat Sejawat:

Tanggal	No. Surat	Perihal	Dokumen
04 Maret 2021	-	Permohonan Perpanjangan <i>Ethical Approval</i>	1. Salinan Surat Keterangan Lolos Kaji Etik FKUI-RSCM 2. <i>Progress Report</i> Penelitian

Komite Etik Penelitian Kesehatan FKUI-RSCM memberikan perpanjangan Surat Keterangan Lolos Kaji Etik / *Ethical Approval* untuk pelaksanaan penelitian yang dimaksud selama satu tahun, terhitung dari **11 Maret 2021 sampai dengan 10 Maret 2022**.

Atas laporan dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

08 Maret 2021
Ketua KEPK FKUI-RSCM

Prof. dr. Rita Sita Sitorus, PhD, SpM(K)

Semua prosedur persetujuan dilakukan sesuai dengan standar ICH-GCP.
All procedures of Ethical Approval are performed in accordance with ICH-GCP standard procedure.