



**HUBUNGAN ANTARA DERAJAT GANGGUAN PENGGUNAAN KAFEIN  
DENGAN GEJALA POSITIF PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLI  
PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO LUMAJANG**

**SKRIPSI**

Oleh

**Nurdiana Cahyani  
NIM 142010101058**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2017**



**HUBUNGAN ANTARA DERAJAT GANGGUAN PENGGUNAAN KAFEIN  
DENGAN GEJALA POSITIF PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLI  
PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO LUMAJANG**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan studi pada Program Studi Ilmu Kedokteran (S-1) dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

**Nurdiana Cahyani  
NIM 142010101058**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2017**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT, dengan segala rahmat dan karunia-Nya yang tak pernah henti membuat saya bersyukur akan nikmat iman dan Islam yang telah menjadi penerang dan pedoman dalam proses belajar selama ini beserta Nabi Muhammad SAW yang selalu menjadi tauladan bagi saya;
2. Orang tua tersayang, Ayahanda Romdhoni, Ibunda Endang Utaminingsih, Kakak saya Ulfa Mariana Rosita Dewi, yang telah memberikan dukungan doa, semangat, bimbingan, kasih sayang, dan telah membesarkan mimpi-mimpi saya;
3. Guru-guru saya dari masa taman kanak-kanak hingga kuliah, karena ilmu yang diajarkan membuat saya menjadi pribadi yang bertaqwa dan berakhlak;
4. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember atas kesempatan belajar dan menjadi bagian keluarga besar di dalamnya

**MOTO**

Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum  
sebelum mereka mengubah keadaan diri mereka sendiri.

*(Terjemahan Surat Ar-Ra'd ayat 11)\*)*



---

\*)Departemen Agama Republik Indonesia. 2006. Al Qur'an dan Terjemahannya.  
Jakarta: Maghfirah Pustaka

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Nurdiana Cahyani

NIM : 142010101058

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan antara Derajat Gangguan Penggunaan Kafein dengan Gejala Positif pada Pasien Skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 28 Desember 2017  
Yang menyatakan,

Nurdiana Cahyani  
NIM 142010101058

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN ANTARA DERAJAT GANGGUAN PENGGUNAAN KAFEIN  
DENGAN GEJALA POSITIF PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLI  
PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO LUMAJANG**

Oleh

**Nurdiana Cahyani  
NIM 142010101058**

Pembimbing

Dosen Pembimbing I : dr. Alif Mardijana, Sp.KJ

Dosen Pembimbing II : dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M.Kes

**PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul “Hubungan antara Derajat Gangguan Penggunaan Kafein dengan Gejala Positif pada Pasien Skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang” telah diuji disahkan pada:

hari, tanggal : Kamis, 28 Desember 2017

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua I

Anggota I

dr. Dwita Aryadina R., M. Kes.  
NIP. 19801027 200812 2 002

dr. Cich Komariah, Sp. M.  
NIP. 19740928 200501 2 001

Anggota II

Anggota III

dr. Alif Mardijana, Sp. KJ  
NIP. 19581105 198702001

dr. Ida Srisurani W. A., M. Kes.  
NIP. 19820901 200812 2 001

Mengesahkan  
Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

dr. Enny Suswati, M. Kes.  
NIP. 19700214 199903 2 001

## RINGKASAN

**Hubungan antara Derajat Gangguan Penggunaan Kafein dengan Gejala Positif pada Pasien Skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang;**Nurdiana Cahyani., 142010101058; 2017: 76 halaman; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu. Gejala utama skizofrenia dikelompokkan menjadi tiga kategori: gejala positif, negatif, dan disorganisasi.

Gejala positif meliputi waham, kekacauan proses pikir, halusinasi, sikap permusuhan, dan kecurigaan. Gejala negatif meliputi afek datar, kehilangan rasa senang, kehilangan kemampuan untuk memulai dan merencanakan aktivitas, sedikit berbicara, sulit berpikir, apatis, dan katatonia. Sedangkan gejala disorganisasi mencakup disorganisasi pembicaraan dan perilaku aneh.

Salah satu masalah yang sering terjadi pada pasien skizofrenia adalah konsumsi kafein. Frekuensi konsumsi kafein pada pasien gangguan jiwa lebih tinggi dibandingkan dengan populasi pada umumnya dengan prevalensi 64%. Tingginya konsumsi kafein sering dikaitkan dengan sifat kafein yang dapat memberikan efek pendorong (*reinforcer*) dengan menginduksi perasaan euforia, selain itu penggunaan obat antipsikotik dapat memberikan efek samping polidipsi, mulut terasa kering serta pasien cenderung bosan dan mengantuk sehingga untuk mengimbangi hal tersebut, pasien skizofrenia mengkonsumsi kafein dalam jumlah yang tinggi.

Penelitian pendahulu oleh Goff .D.C tahun 1992 dengan sampel 78 pasien skizofrenia menjelaskan bahwa konsumsi kafein yang berlebih sering dikaitkan dengan gejala positif. Namun penelitian lain oleh Hamera. E tahun 1995 melaporkan bahwa ditemukan sedikit korelasi antara konsumsi kafein dengan beratnya psikosis. Korelasi antara gejala positif pada pasien skizofrenia dengan konsumsi kafein berlebih, mungkin disebabkan oleh senyawa kafein yang memblokir reseptor adenosin A2A sehingga meningkatkan aktivitas dopaminergik dan memperburuk gejala psikotik.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto, Lumajang. Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien terdiagnosis skizofrenia yang menjalani pengobatan di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang yang memiliki kebiasaan mengkonsumsi kafein dan pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *total sampling* dengan besar 30 sampel yang dilakukan oleh tenaga ahli atau dokter spesialis kedokteran jiwa sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan. Jika pasien dan keluarga pasien bersedia mengikuti penelitian, selanjutnya keluarga pasien akan mendapatkan penjelasan dan menandatangani lembar *inform consent*.

Peneliti menggunakan data sekunder dan primer. Data sekunder diperoleh melalui rekam medis pasien skizofrenia meliputi usia, jenis skizofrenia, dan jenis

kelamin. Data primer diperoleh melalui wawancara yang dilakukan oleh relawan dengan bimbingan dan didampingi oleh tenaga ahli atau dokter spesialis kedokteran jiwa, untuk derajat gangguan penggunaan kafein diperoleh dari wawancara kepada sampel dan keluarga menggunakan *Caffeine Use Disorder* serta skor gejala positif yang diperoleh dari wawancara, laporan keluarga, dan observasi selama wawancara menggunakan Skor *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) subskala positif. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah ketergantungan kafein pada pasien skizofrenia dan variabel terikat dalam penelitian ini adalah gejala positif pada pasien skizofrenia. Analisis data yang digunakan adalah uji korelasi *Spearman rank*.

Berdasarkan hasil uji korelasi *Spearman rank* didapatkan hasil nilai  $p$  0,003 dengan nilai korelasi ( $r$ ) 0,521. Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara ketergantungan kafein pada pasien skizofrenia dengan gejala positif di poli psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang. Nilai korelasi *Spearman* menunjukkan arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi kuat. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi derajat ketergantungan kafein pada pasien skizofrenia maka semakin berat gejala positif.

## PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan antara Derajat Gangguan Penggunaan Kafein dengan Gejala Postifi pada Pasien Skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang”. Skripsi ini diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Jember (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. dr. Enny Suswati, M. Kes, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. Dosen Pembimbing Utama dr. Alif Mardijana,Sp. KJ dan Dosen Pembimbing Anggota dr. Ida Srisirani Wiji Astuti,M. Kes yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
3. Dosen Penguji I dr. Dwita Aryadina R., M. Kes. dan Dosen Penguji II dr. Cicih Komariah, Sp. M. yang telah meluangkan waktu dan memberikan saran untuk skripsi ini;
4. Direktur, Kepala poli psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang yang telah memberikan ijin penelitian;
5. Dosen Pembimbing Akademik dr. Dini Agustina, M.Biomed. yang telah memberikan bimbingan selama penulis menjadi mahasiswa;
6. Kedua orang tua saya, Ayahanda Romdhoni dan Ibunda Endang Utaminingsih yang selalu memotivasi, mendoakan, dan membimbing saya ke arah yang lebih baik;
7. Kakak-kakak saya tercinta, Ulfa Mariana Rosita Dewi yang selalu memberikan nasehat dan motivasi;

8. Teman seperjuangan saya Nafiys Hilmy, Nathania Putri, dan Esty Dwi Nurmalita yang setia memberi bantuan pikiran dan semangat;
9. Teman-teman angkatan 2014 yang telah menuliskan berbagai catatan tak terlupakan dalam kesejawatan ini;
10. Seluruh keluarga besar TBM Vertex yang telah menjadi rumah dan keluarga semoga tetap jaya;
11. Sahabat-sahabat saya, Nanda Ayu Syavira, Sofi Aliyatul Himmah, Dasarina Rizqi Amalia, dan Ain Yuanita Insani yang memotivasi untuk segera menyelesaikan skripsi ini;
12. Sahabat-sahabat saya, Rizaldi Yudhistira, Klintia Dea Hendratno, dan Dentar Pri Anggy yang telah memberikan semangat dan motivasi;
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat disebut satu per satu, terima kasih atas bantuannya.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata penulis berharap, semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Jember, 28 Desember 2017

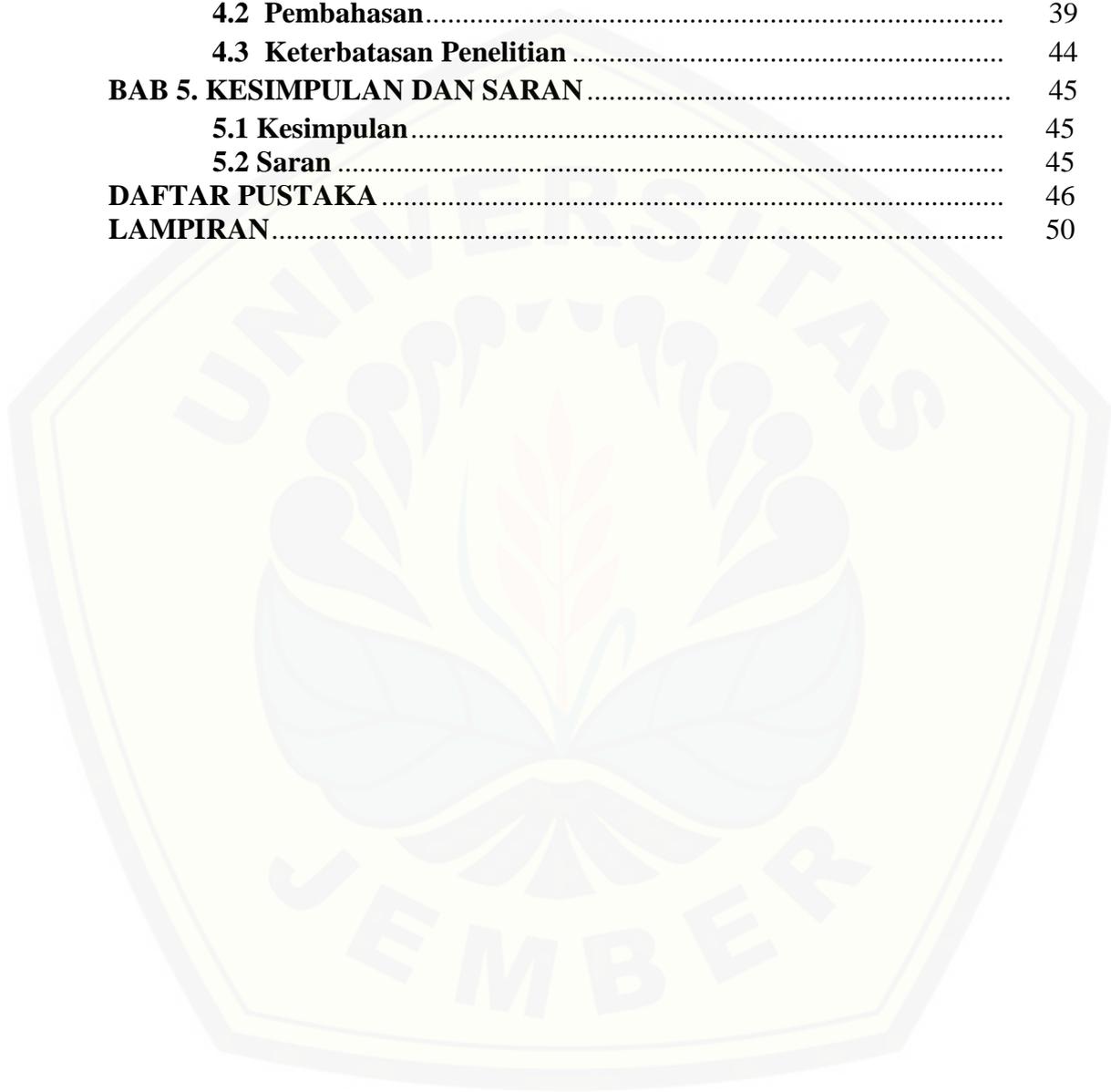
Penulis

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>RINGKASAN</b> .....	viii
<b>PRAKATA</b> .....	x
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	2
<b>1.3 Tujuan</b> .....	2
1.3.1 Tujuan Umum .....	2
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
<b>1.4 Manfaat</b> .....	3
1.4.1 Bagi Rumah Sakit .....	3
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan .....	3
1.4.3 Bagi Keluarga Pasien dan Masyarakat .....	3
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	4
<b>2.1 Skizofrenia</b> .....	4
2.1.1 Epidemiologi .....	4
2.1.2 Etiologi.....	4
2.1.3 Patofisiologi .....	6
2.1.4 Perjalanan Penyakit.....	8
2.1.5 Gambaran Klinis .....	9
2.1.6 Gejala Positif.....	11
2.1.7 Kriteria Diagnostik Skizofrenia .....	12
2.1.8 Jenis-Jenis Skizofrenia.....	13
2.1.9 Terapi .....	14
<b>2.2 Kafein</b> .....	15

2.2.1 Sumber Kafein .....	16
2.2.2 Mekanisme Kerja .....	16
2.2.3 Farmakokinetik Kafein .....	17
2.2.4 Farmakodinamik Kafein .....	18
2.2.5 Efek Kafein pada Sistem Saraf Pusat .....	19
2.2.6 Gangguan Penggunaan Kafein.....	20
2.2.7 Diagnosis Gangguan Penggunaan Kafein .....	20
<b>2.3 Kerangka Konsep Penelitian.....</b>	<b>21</b>
<b>2.4 Hipotesis Penelitian.....</b>	<b>21</b>
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Jenis Penelitian.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....</b>	<b>22</b>
3.2.1 Populasi Penelitian.....	22
3.2.2 Sampel Penelitian.....	22
3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel .....	23
3.2.4 Besar Sampel Penelitian. ....	23
<b>3.3 Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>23</b>
<b>3.4 Variabel Penelitian.....</b>	<b>23</b>
3.4.1 Variabel Bebas .....	23
3.4.2 Variabel Terikat .....	23
3.4.3 Variabel Pengganggu .....	24
<b>3.5 Definisi Operasional.....</b>	<b>24</b>
3.5.1 Skizofrenia .....	23
3.5.2 Gangguan Penggunaan Kafein.....	24
3.5.3 Gejala Positif Skizofrenia .....	25
<b>3.6 Instrumen Penelitian .....</b>	<b>26</b>
3.6.1 <i>Inform Consent</i> (lembar Persetujuan) .....	26
3.6.2 Lembar Penjelasan pada Calon Sampel.....	26
3.6.3 Identitas Sampel.....	26
3.6.4 <i>Caffeine Use Disorder</i> .....	27
3.6.6 Kuesioner <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> (PANSS) .....	27
<b>3.7 Teknik Pengumpulan Data .....</b>	<b>27</b>
3.7.1 Sumber Data.....	27
3.7.2 Teknik Pengumpulan Data.....	28
<b>3.8 Prosedur Penelitian.....</b>	<b>29</b>
3.8.1 <i>Ethical Clearance</i> .....	29
3.8.2 Persiapan dan Perizinan .....	30
3.8.3 Pengambilan Data .....	30
3.8.4 Pengolahan Data .....	30
<b>3.9 Analisis Data.....</b>	<b>31</b>

3.10 Alur Penelitian .....	32
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	33
<b>4.1 Hasil penelitian</b> .....	33
4.1.1 Analisis Univariat.....	33
4.1.2 Analisis Bivariat.....	38
<b>4.2 Pembahasan</b> .....	39
<b>4.3 Keterbatasan Penelitian</b> .....	44
<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	45
<b>5.1 Kesimpulan</b> .....	45
<b>5.2 Saran</b> .....	45
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	46
<b>LAMPIRAN</b> .....	50



**DAFTAR TABEL**

	Halaman
2.1 Sumber kafein dan contoh produknya .....	15
4.1 Diskripsi sampel berdasarkan PANSS .....	38
4.2 Hasil uji korelasi antara derajat gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif .....	38



**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Disfungsi dopamin pada skizofrenia .....	17
2.2 Struktur kimia kafein .....	19
2.3 Farmakokinetik kafein .....	31
2.4 Kerangka konsep penelitian.....	
3.1 Alur penelitian .....	32
4.1 Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin .....	33
4.2 Distribusi frekuensi berdasarkan usia .....	34
4.3 Distribusi frekuensi berdasarkan kebiasaan merokok .....	34
4.4 Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat pendidikan .....	35
4.5 Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan .....	35
4.6 Distribusi frekuensi berdasarkan pendapatan.....	36
4.7 Distribusi frekuensi berdasarkan jenis skizofrenia .....	36
4.8 Distribusi frekuensi berdasarkan lama terdiagnosis.....	37
4.9 Distribusi frekuensi berdasarkan <i>caffeine use disorder</i> .....	37

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3.1 Lembar persetujuan etik.....	50
3.2 Surat rekomendasi penelitian .....	52
3.3 Surat ijin penelitian .....	53
3.4 Formulir <i>informed consent</i> (lembar persetujuan).....	54
3.5 Lembar penjelasan kepada calon sampel.....	55
3.6 Identitas sampel.....	56
3.7 <i>Caffeine use disorder</i> .....	57
3.8 Skor <i>positive and negative syndrome scale</i> (PANSS) .....	59
3.9 <i>Caffeine Use Disorder</i> dengan keterangan operasional .....	61
3.10 Skor <i>positive and negative syndrome scale</i> (PANSS) dengan keterangan operasional .....	63
3.11 Item Skor <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> (PANSS).....	65
4.1 Tabulasi data umum responden.....	71
4.2 Tabulasi <i>caffeine use disorder</i> dan skor PANSS .....	72
4.3 Analisis data.....	73

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*World Health Organization* (2013) menunjukkan prevalensi skizofrenia adalah 450 juta jiwa di seluruh dunia. Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan prevalensi individu dengan skizofrenia di Indonesia tercatat sebesar 1,7% per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang (Kemenkes, 2013). Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur menunjukkan sekitar 595.873 dan 4.955 orang dengan gangguan jiwa berada di Kabupaten Lumajang (Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang, 2014). Hal tersebut menunjukkan bahwa masalah skizofrenia menjadi masalah yang sangat serius dan menjadi masalah kesehatan global.

Kafein adalah zat psikoaktif yang paling banyak dikonsumsi di dunia dan mempunyai sifat yang berhubungan dengan zat yang seringkali disalahgunakan. Konsumsi kafein pada pasien gangguan jiwa terutama pasien skizofrenia relatif tinggi daripada populasi pada umumnya. Frekuensi konsumsi kafein pada pasien gangguan jiwa berdasarkan penelitian Diksha (2014) adalah 64%. Hal ini dapat mendasari terjadinya gangguan penggunaan kafein.

Penelitian pendahulu oleh Goff . D. C tahun 1992 dengan sampel 78 pasien skizofrenia menjelaskan bahwa konsumsi kafein yang berlebih sering dikaitkan dengan gejala positif. Namun penelitian lain oleh Hamera. E tahun 1995 melaporkan bahwa ditemukan sedikit korelasi antara konsumsi kafein dengan beratnya psikosis (Winston *et al.*, 2005).

Korelasi antara gejala positif pada pasien skizofrenia dengan konsumsi kafein berlebih, mungkin disebabkan oleh senyawa kafein yang memblokir reseptor adenosin A2A sehingga meningkatkan aktivitas dopaminergik dan memperburuk gejala psikotik (Diksha *et al.*, 2014). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa konsumsi kafein berlebih menyebabkan pelepasan dopamin di sel *nukleus accumbens* yang mendasari potensi kecanduan atau ketergantungan kafein dan menyebabkan konsumsi kafein lebih tinggi lagi (Solinas *et al.*, 2002).

Kafein juga dapat menyebabkan presipitasi obat antipsikotik sehingga menurunkan absorpsi obat menyebabkan penurunan kinerja obat (Diksha *et al.*, 2014). Hal tersebut menyebabkan semakin lamanya perawatan dan pengobatan pasien skizofrenia dan sulit untuk disembuhkan.

Konsumsi kafein yang berlebih dapat menyebabkan keracunan kafein yang ditandai dengan perasaan mual dan muntah yang sulit dikendalikan, kegelisahan, gugup, sakit kepala, tremor, dan gangguan tidur. Keracunan kafein juga dapat mengancam jiwa sehingga harus mendapatkan pemeriksaan dan pertolongan lanjut diantaranya takidisritmia, gangguan elektrolit termasuk hipokalemi, hipomagnesemia, hipofosfatemia, hiperglikemia, asidosis metabolik dengan peningkatan serum laktat serta kejang (Pohler, 2010).

Penelitian mengenai hubungan konsumsi kafein pada pasien skizofrenia dengan gejala positif masih sangat minim. Sedangkan di Indonesia belum ada penelitian yang menghubungkan antara derajat gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif pada pasien skizofrenia. Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti ingin mengetahui adanya hubungan antara derajat gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif pada pasien skizofrenia.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara derajat gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif pada pasien skizofrenia di RS PTPN XI Djatiroto Lumajang?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara derajat gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif pada pasien skizofrenia di RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi arah dan kekuatan hubungan derajat gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif pada pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang
- b. Mengidentifikasi derajat gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif pada pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.
- c. Mengidentifikasi jenis gejala positif pada pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

### 1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah :

#### 1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan informasi ilmiah dan bukti empiris mengenai hubungan derajat gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif pada pasien skizofrenia bagi RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

#### 1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan khususnya bidang psikiatri mengenai gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif pada skizofrenia.

#### 1.4.3 Bagi Keluarga Pasien dan Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran bagi masyarakat, keluarga pasien, dan pasien mengenai perawatan dan pengobatan pasien skizofrenia tentang hubungan derajat gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif pada pasien skizofrenia

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi dan perilaku-perilaku yang terganggu, dimana berbagai pikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru, afek yang datar dan tidak sesuai, dan berbagai gangguan aktivitas motorik yang *bizarre* (Davison *et al.*, 2010).

Skizofrenia secara definisi merupakan suatu gangguan yang terjadi sedikitnya 6 bulan atau lebih, termasuk sedikitnya selama 1 bulan mengalami waham, halusinasi, pembicaraan kacau, perilaku kacau, katatonik atau gejala-gejala negatif. Orang-orang yang menderita skizofrenia umumnya mengalami beberapa simtom-simtom episode akut, diantara setiap episode mereka sering mengalami simtom-simtom yang tidak terlalu parah, namun tetap sangat mengganggu keberlanjutan mereka (Davison *et al.*, 2010).

#### 2.1.1 Epidemiologi

WHO (2013) menunjukkan prevalensi skizofrenia adalah 450 juta jiwa di seluruh dunia. Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan prevalensi individu dengan skizofrenia tercatat sebesar 1,7% per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang (Kemenkes, 2013).

Skizofrenia secara khas dimulai pada dewasa awal yaitu antara umur 15 dan 25 tahun. Prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan wanita adalah sama. Tetapi, terdapat perbedaan antara onset dan perjalanan penyakitnya. Laki-laki onsetnya lebih awal dari pada wanita. Usia puncak onset untuk laki-laki adalah 15-25 tahun, untuk wanita usia puncak adalah 25-35 tahun (Maramis, 2009).

#### 2.1.2 Etiologi

Secara garis besar teori penyebab skizofrenia dibagi dalam dua kelompok. Kelompok pertama sebagai kelompok teori somatogenik, kelompok kedua sebagai kelompok teori psikogenik. Kelompok teori somatogenik adalah kelompok teori

yang mencari penyebab skizofrenia melalui pendekatan kelainan badaniah. Sedangkan kelompok psikogenik adalah kelompok teori yang mencari penyebab skizofrenia melalui pendekatan kelainan fungsional dengan penyebab utama adalah konflik, stres psikogenik, serta hubungan antar manusia yang mengecewakan (Kaplan *et al.*, 2010).

a. Kelompok Teori Somatogenik

1) Faktor Genetik atau Herediter

Faktor genetik menentukan timbulnya skizofrenia, dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu anggota keluarga yang menderita skizofrenia 7-16%, bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40-68%, bagi kembar dua telur (heterozigot) 2-15%, bagi kembar satu telur (monozigot) 61-86%. Diperkirakan bahwa yang diturunkan adalah potensi untuk mendapatkan skizofrenia (bukan penyakit itu sendiri) melalui gen resesif (Maramis, 2009).

2) Neurokimia

Hipotesis dopamin menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh overaktivitas pada jaras dopamin mesolimbik. Hal ini didukung oleh temuan bahwa amfetamin, yang kerjanya meningkatkan pelepasan dopamin dapat menginduksi psikosis yang mirip skizofrenia, dan obat antipsikotik bekerja dengan mengblokir reseptor dopamin, terutama reseptor D<sub>2</sub> (Maramis, 2009).

3) Faktor Neurologi

Studi otopsi dan studi pencitraan otak memperlihatkan abnormalitas struktur dan morfologi otak penderita skizofrenia, antara lain berupa berat otak yang rata-rata lebih kecil 6% daripada otak normal dan ukuran anterior-posterior yang 4% lebih pendek, pembesaran ventrikel otak yang non spesifik, gangguan metabolisme di daerah frontal dan temporal, dan kelainan susunan seluler pada struktur saraf di beberapa daerah korteks dan subkorteks tanpa adanya gliosis yang menandakan kelainan tersebut terjadi pada saat perkembangan (Maramis, 2009).

b. Kelompok Teori Psikogenik

1) Teori Adolf Meyer

Teori ini menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan reaksi yang salah dan maladaptasi. Oleh karena timbul suatu disorganisasi kepribadian yang lama-kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan (Maramis, 2009).

2) Teori Sigmund Freud

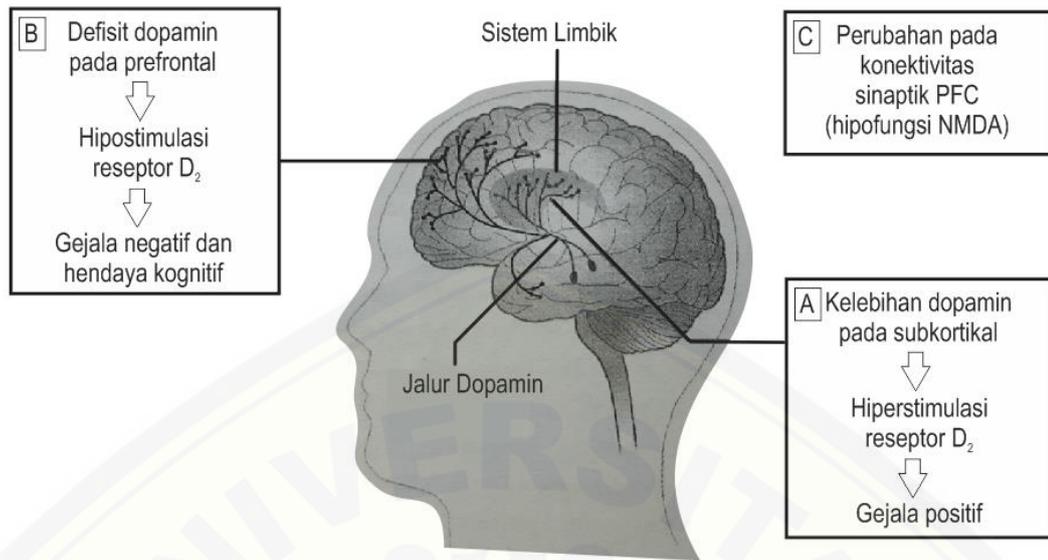
Sigmund Freud mengemukakan suatu formula yang menurutnya terdapat dalam skizofrenia:

- a) Kelemahan ego, yang timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatis.
- b) Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi, Id yang berkuasa dan terjadi suatu regresi ke fase narsisme.
- c) Kehilangan kapasitas untuk transferensi sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin (Maramis, 2009).

### 2.1.3 Patofisiologi

Menurut Seksi Skizofrenia Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (2015), faktor neurotransmiter yang berpengaruh terhadap patofisiologi skizofrenia sangat beragam, diantaranya dopamin, glutamat, serotonin, noradrenalin, gamma-aminobutyric acid (GABA), dan hipofungsi reseptor Nmethyl-D-aspartate (NMDA). Dari sekian banyak neurotransmiter yang mempengaruhi patofisiologi skizofrenia, hipotesis dopamin tetap mendominasi patofisiologi skizofrenia setelah penelitian dalam beberapa dekade. Menurut Kaplan et al. (2010), peningkatan dopamin tersebut mungkin merupakan akibat dari meningkatnya pelepasan dopamin, terlalu banyaknya reseptor dopamin, turunnya nilai ambang, hipersensivitas reseptor dopamin, atau kombinasi dari faktor-faktor tersebut.

Gambar 2.1 mencerminkan sebuah pembaharuan terkini bentuk dari hipotesis dopaminergik (DA). Gambar tersebut mengilustrasikan bagaimana abnormalitas reseptor dopamin pada kedua area kortikal dan subkortikal otak dikemukakan sehingga menyebabkan gejala positif dan negatif skizofrenia (Jones dan Buckley, 2006).



Gambar 2.1. Dampak regional yang berbeda oleh disfungsi dopamin pada skizofrenia (Sumber: Jones dan Buckley, 2006)

Bagian (A) pada gambar merupakan jalur induksi gejala positif. Bagian ini mengilustrasikan hipotesis dopamin klasik yang paling awal. Hipotesis ini mengemukakan bahwa pada subkorteks terjadi kelebihan dopamin yang bersamaan dengan hiperstimulasi reseptor dopamin  $D_2$  dan berhubungan dengan gejala positif skizofrenia (Jones dan Buckley, 2006).

Bagian (B) pada gambar merupakan pengembangan hipotesis dopaminergik yang pertama kali disampaikan pada 1990. Hipotesis ini mengemukakan bahwa terdapat defisit dopamin bersamaan dengan hipostimulasi reseptor dopamin pada korteks prefrontal yang menimbulkan gejala negatif dan gangguan kognitif pada skizofrenia. Teori ini didasarkan pada observasi klinis bahwa gangguan kognitif berhubungan dengan abnormalitas pada korteks prefrontal (pada hewan) dan menginduksi deplesi dopamin pada korteks prefrontal (Jones dan Buckley, 2006).

Bagian (C) pada gambar mengilustrasikan perkembangan terbaru hipotesis dopamin. Tambahan baru ini mengemukakan bahwa kedua jenis abnormalitas dopamin (kelebihan dopamin subkortikal dan defisit dopamin prefrontal yang berdampingan) berasal dari perubahan pada konektivitas sinaptik pada prefrontal

korteks dan perubahan ini berhubungan dengan hipofungsi NMDA (Jones dan Buckley, 2006).

#### 2.1.4 Perjalanan Penyakit

Perjalanan penyakit skizofrenia sangat bervariasi pada tiap-tiap individu. Perjalanan klinis skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan, meliputi beberapa fase yang dimulai dari fase premorbid, fase prodromal, fase aktif dan fase residual (Kaplan *et al.*, 2010).

Fase premorbid merupakan tanda pertama penyakit skizofrenia, walaupun gejala yang ada dikenali hanya secara retrospektif. Karakteristik gejala skizofrenia yang dimulai pada masa remaja akhir atau permulaan masa dewasa akan diikuti dengan perkembangan fase prodromal yang berlangsung beberapa hari sampai beberapa bulan. Tanda dan gejala fase prodromal skizofrenia dapat berupa cemas, gundah (gelisah), merasa diteror atau depresi. Penelitian retrospektif terhadap pasien dengan skizofrenia menyatakan bahwa sebagian penderita mengeluhkan gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan dan masalah pencernaan (Sukanto & Elvira, 2010).

Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis, yaitu adanya kekacauan dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Penilaian pasien skizofrenia terhadap realita terganggu dan pemahaman diri (tilikan) buruk sampai tidak ada. Fase aktif skizofrenia berlangsung dimulai dengan fase akut, lalu adanya perbaikan memasuki fase stabilisasi dan kemudian fase stabil. Pada fase akut dijumpai gambaran psikotik yang jelas, misalnya dijumpai adanya waham, halusinasi, gangguan proses pikir, dan pikiran yang kacau. Gejala negatif sering menjadi lebih parah dan individu biasanya tidak mampu untuk mengurus dirinya sendiri secara pantas. Fase stabilisasi berlangsung selama 6 - 18 bulan, setelah dilakukan acute treatment. Fase stabil terlihat dari gejala negatif dan residual dari simtom positif (Sukanto & Elvira, 2010).

Fase residual ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia. Fase ini terdapat hanya satu atau dua gejala sisa yang tidak terlalu

nyata secara klinis, yaitu dapat berupa penarikan diri (*withdrawal*) dan perilaku aneh (Sukanto & Elvira, 2010).

#### 2.1.5 Gambaran Klinis

Tanda dan gejala klinis skizofrenia menimbulkan tiga masalah inti. Pertama, tidak ada tanda atau gejala yang patognomonik untuk skizofrenia, setiap tanda atau gejala yang ditemukan pada skizofrenia dapat ditemukan di gangguan psikiatrik lainnya. Kedua, gejala pasien berubah dengan berjalannya waktu. Ketiga, klinisi harus memperhitungkan tingkat pendidikan pasien, kemampuan intelektual, dan keanggotaan kultural dan subkultural (Kaplan *et al.*, 2010).

##### a. Gejala

Gejala psikotik ditandai oleh abnormalitas bentuk isi dan pikiran, persepsi, dan emosi serta perilaku. Berikut ini beberapa gejala yang dapat diamati pada skizofrenia:

##### 1. Penampilan dan Perilaku Umum

Tidak ada penampilan atau perilaku yang khas pada skizofrenia. Beberapa pasien bahkan dapat berpenampilan dan berperilaku normal. Namun pasien dengan skizofrenia kronis cenderung tidak memperhatikan penampilannya. Kerapian dan hygiene pribadi juga terabaikan dan juga cenderung menarik diri secara sosial.

##### 2. Gangguan Pembicaraan

Inti gangguan pada skizofrenia terdapat pada proses pikiran, yaitu asosiasi. Asosiasi longgar berarti tidak adanya hubungan antar ide. Bentuk yang lebih parah adalah inkoherensi atau bisa juga ditemukan asosiasi bunyi (*clang association*) yang disebabkan pikiran sering tidak mempunyai tujuan tertentu, misalnya “piring-miring”, membentuk kata baru untuk menyatakan arti yang hanya dipahami oleh dirinya sendiri (neologisme) atau *blocking*, yaitu pikiran seakan-akan berhenti, tidak timbul ide lagi yang biasanya berlangsung beberapa detik saja, tetapi sampai-sampai beberapa hari. Pasien jenis skizofrenia katatonik sering tampak mutisme yaitu kurangnya pembicaraan.

### 3. Gangguan Perilaku

Salah satu gangguan aktivitas motorik pada skizofrenia adalah gejala katatonik yang dapat berupa stupor atau gaduh gelisah. Kedua keadaan ini kadang-kadang bergantian. Pada stupor katatonik juga bisa ditemukan fleksibilitas serea (bila anggota badan dibengkokkan terasa suatu tahanan yang dipertahankan agak lama seperti lilin dan malam) dan katalepsi (bila anggota badan dibengkokkan terasa suatu tahanan dalam waktu lama).

Gangguan perilaku lain yang dapat ditemukan adalah stereotipi (melakukan suatu gerakan atau mengambil sikap badan tertentu), manerisme (dapat dilihat dalam bentuk grimas pada mukanya atau keanehan berjalan dan gaya berjalan), negativisme (menentang dengan apa yang disuruh), otomatisme komando/*command automatism* (lawan dari negativisme), *ekholalia* (penderita meniru kata-kata yang diucapkan orang lain), dan *ekhopraxia* (penderita meniru perbuatan atau gerakan orang lain).

### 4. Gangguan Afek

Gangguan afek yang ditemui pada pasien skizofrenia diantaranya kedangkalan respon emosi/*emotional blunting* (penderita menjadi acuh tak acuh terhadap hal penting), anhedonia, parathimi, dan *incongruity of affect*. Kadang-kadang emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai kesatuan sehingga tampak seperti bersandiwara.

Yang terpenting juga pada skizofrenia adalah hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan yang baik (*emotional rapport*). Selain itu pasien skizofrenia juga sering menunjukkan hipersensitivitas emosi.

### 5. Gangguan Persepsi

Pada skizofrenia halusinasi timbul pada penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain. Bentuk halusinasi dapat berupa halusinasi pendengaran, penglihatan, dan pengecapan.

### 6. Gangguan Pikiran

Waham primer pada skizofrenia sering timbul secara tidak logis sama sekali dan tanpa penyebab apapun dari lingkungan. Menurut Meyer-Gross hal ini hampir

patognomonik pada skizofrenia. Sedangkan waham sekunder biasanya terdengar logis.

#### 2.1.6 Gejala Positif

Secara garis besar gejala utama skizofrenia dapat dibagi dalam tiga kelompok, yaitu gejala positif, negatif, dan disorganisasi. Gejala positif mencakup hal-hal yang berlebihan dan distorsi dan menjadi ciri suatu episode akut. Gejala negatif skizofrenia mencakup berbagai perilaku defisit. Sedangkan gejala disorganisasi mencakup pembicaraan dan perilaku aneh yang merujuk pada masalah dalam mengorganisasi berbagai pemikiran dan berbicara (Davison *et al.*, 2004). Beberapa gejala positif sebagai berikut:

- a. Waham, yaitu keyakinan yang berlawanan dengan kenyataan. Waham kejaran terjadi pada 65% dari suatu sampel besar luas negara, dapat juga mengalami waham bentuk lain.
- b. Halusinasi dan gangguan persepsi, pasien skizofrenia seringkali merasa bahwa dunia tampak berbeda bahkan tidak nyata bagi mereka. Distorsi persepsi yang paling banyak adalah halusinasi, yaitu suatu pengalaman tanpa adanya stimulasi dari lingkungan, yang paling sering terjadi adalah halusinasi auditori.
- c. Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- d. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e. Merasa dirinya “Orang Besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
- f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- g. Menyimpan rasa permusuhan.

### 2.1.7 Kriteria Diagnostik Skizofrenia

Dalam Maslim (2013), pedoman diagnostik berdasarkan PPDGJ III adalah sebagai berikut:

Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):

- (a)
    - “*thought echo*” = isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda; atau
    - “*thought insertion or withdrawal*” = isi pikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan
    - “*thought broadcasting*” = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umumnya mengetahuinya.
  - (b)
    - “*delusion of control*” = waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau
    - “*delusion of influence*” = waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau
    - “*delusion of passivity*” = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang “dirinya” = secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan atau penginderaan khusus).
    - “*delusion perception*” = pengalaman inderawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik dan mukjizat.
  - (c) halusional auditorik :
    - suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau
    - mendiskusikan perihal pasien di antara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau
    - jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
  - (d) Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca atau berkomunikasi dengan makhluk asing atau dunia lain).
- Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas:
- (e) halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh

ide-ide berlebihan (*overvalued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus;

- (f) arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*) yang berakibat inkohorensia atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme;
- (g) perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*) atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme dan stupor;
- (h) gejala-gejala negatif seperti sikap apatis, bicara yang jarang dan respons emosional yang menumpul tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika;

Adapun gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal);

Suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*) dan penarikan diri secara sosial.

#### 2.1.8 Jenis-Jenis Skizofrenia

Terdapat beberapa jenis Skizofrenia menurut Maramis (2009) yaitu:

##### a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia Paranoid adalah skizofrenia yang paling sering ditemukan. Gambaran klinis dari skizofrenia paranoid didominasi oleh waham-waham yang secara relatif stabil, seringkali bersifat paranoid, biasanya disertai oleh halusinasi-halusinasi, terutama halusinasi pendengaran, dan gangguan gangguan persepsi.

##### b. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik adalah suatu bentuk skizofrenia dengan perubahan afektif yang tampak jelas, dan secara umum juga dijumpai waham dan halusinasi yang bersifat mengambang serta terputus-putus, perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan.

##### c. Skizofrenia katatonik

Skizofrenia katatonik adalah suatu bentuk skizofrenia dengan gangguan psikomotor yang menonjol merupakan gambaran yang dominan dan dapat

bervariasi antara kondisi ekstrem seperti hiperkinesis dan stupor, atau antara sifat penurut yang otomatis dan negativisme. Sikap dan posisi tubuh yang dipaksakan dapat dipertahankan untuk jangka waktu yang lama. Episode kegelisahan yang disertai kekerasan mungkin merupakan gambaran yang mencolok.

d. Skizofrenia tak terinci (*Undifferentiated*)

Skizofrenia tak terinci adalah kondisi-kondisi yang memenuhi kriteria diagnostik umum untuk skizofrenia tetapi tidak sesuai dengan satu pun sub tipe tersebut di atas

e. Depresi pasca skizofrenia

Depresi pasca skizofrenia adalah suatu episode depresif yang mungkin berlangsung lama dan timbul sesudah suatu serangan penyakit skizofrenia. Gangguan depresif ini disertai oleh suatu peningkatan risiko bunuh diri.

f. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual adalah suatu stadium kronis dalam perkembangan suatu gangguan skizofrenia di mana telah terjadi progresi yang jelas dari stadium awal ke stadium lebih lanjut yang ditandai secara khas oleh gejala-gejala “negatif” jangka panjang, walaupun belum tentu ireversibel.

g. Skizofrenia simpleks

Skizofrenia simpleks adalah suatu kelainan yang tidak lazim dimana ada perkembangan yang bersifat perlahan tetapi progresif mengenai keanehan tingkah laku, ketidakmampuan untuk memenuhi tuntutan masyarakat dan penurunan kinerja secara menyeluruh. Tidak terdapat waham dan halusinasi, serta gangguan ini bersifat kurang nyata psikotik jika dibandingkan dengan skizofrenia subtype hebefrenik, paranoid dan katatonik.

### 2.1.9 Terapi

a. Perawatan di Rumah Sakit

Indikasi utama untuk perawatan di rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostik, menstabilkan medikasi, serta keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh, perilaku yang sangat kacau, dan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar. Tujuan utama perawatan di rumah sakit yang harus ditegakkan

adalah ikatan efektif antara pasien dan sistem pendukung masyarakat, serta pendekatan perilaku yang aktif adalah lebih efektif daripada institusi yang biasanya dan komunitas terapeutik berorientasi-tilikan (Kaplan *et al.*, 2010).

b. Terapi Somatik

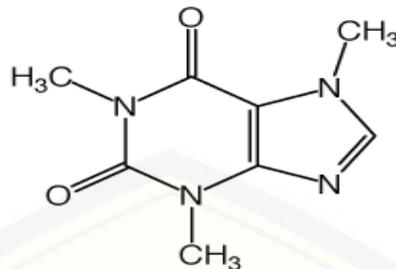
Antipsikotik sering kali disebut “neuroleptik”. Terdiri dari tiga kelas obat utama: antagonis reseptor dopamin, risperidone (Risperdal), dan clozapine (Clozaril). Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Obat antipsikotik antagonis reseptor dopamin memiliki dua kekurangan. Pertama, hanya sedikit pasien yang dapat diterapi dengan baik untuk mendapatkan fungsi mental yang normal. Kedua, terdapat efek samping yang serius yaitu timbulnya akatisia dan timbulnya gejala mirip parkinsonism berupa rigiditas dan tremor. Risperidon, obat antipsikotik dengan aktivitas antagonis reseptor serotonin tipe 2 dan pada reseptor dopamin D<sub>2</sub>. obat ini mungkin lebih efektif mengobati gejala positif dan gejala negatif, serta efek neurologis obat ini lebih ringan dan kurang bermakna dibandingkan obat antagonis dopamin yang lain. Clozapin adalah suatu obat antipsikotik yang efektif , merupakan antagonis reseptor dopamin D<sub>2</sub> yang lemah dan reseptor kuat terhadap D<sub>4</sub> , mempunyai aktivitas antagonis pada resptor serotonin. Clozapin diindikasikan pada pasien dengan tardive dyskinesia.

c. Terapi Psikososial

Terapi psikososial terdiri dari latihan keterampilan, terapi berorientasi keluarga, terapi kelompok, dan psikoterapi individu (Kaplan *et al.*, 2010).

## 2.2 Kafein

Kafein ialah alkaloid yang tergolong dalam keluarga methylxanthine bersama sama senyawa teofilin dan teobromin, berlaku sebagai perangsang sistem saraf pusat. Pada keadaan asal, kafein ialah serbuk putih yang pahit dengan rumus kimianya C<sub>6</sub> H<sub>10</sub> O<sub>2</sub>, dan struktur kimianya 1,3,7- trimetilxantin (Farmakologi UI, 2012).



Gambar 2.2 Struktur Kimia Kafein (Sumber: Farmakologi UI, 2012)

### 2.2.1 Sumber Kafein

Kafein menurut definisi berarti senyawa organik yang mengandung nitrogen dengan struktur dua-cincin atau dual-siklik. Molekul ini secara alami terjadi dalam banyak jenis tanaman sebagai metabolik sekunder. Fungsinya dalam tumbuhan adalah sebagai pestisida alami yang melumpuhkan dan membunuh serangga yang memakan tumbuhan tersebut. Zat ini dihasilkan secara eksklusif dalam daun, kacang-kacangan dan buah-buahan lebih dari 60 tanaman, termasuk daun teh biasa (*Camellia sinensis*), kopi (*Coffea arabica*), kacang koko (*Theobroma cacao*), kacang kola (*Cola acuminata*) dan berbagai macam berry (Pubchem. 2017).

Tabel 2.1 Sumber kafein yang umum dan contoh produknya

Sumber	Kafein per Unit
<b>Kopi murni buatan</b>	90-140 mg
<b>Kopi instan</b>	60-100 mg
<b>Teh</b>	30 – 100mg
<b>Kakao</b>	5-50 mg
<b>Kopi tanpa kafein</b>	2-4 mg
<b>Coklat batangan</b>	25-35 mg
<b>Minuman ringan</b>	25-50 mg

(Sumber: Kaplan *et al.*, 2010)

### 2.2.2 Mekanisme Kerja

Efek fisiologis kafein yang beraneka ragam mungkin disebabkan oleh tiga mekanisme kerjanya, (1) mobilisasi kalsium intrasellular, (2) peningkatan

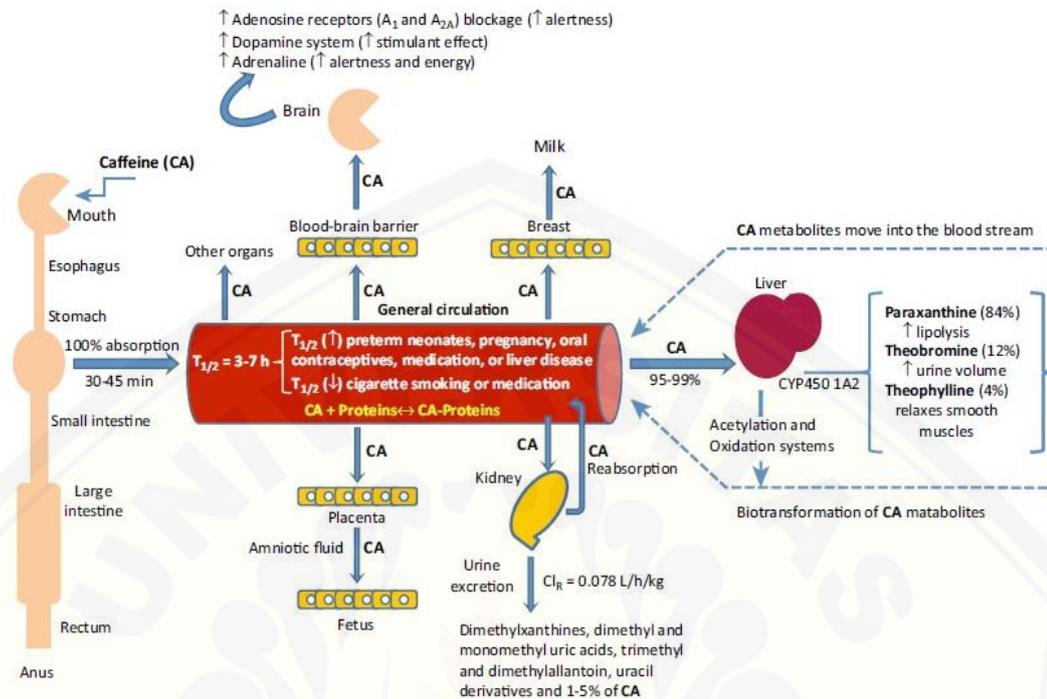
akumulasi nukleotida siklik karena hambatan phosphodiesterase, dan (3) antagonisme reseptor adenosine (Nehlig, 2017).

Mobilisasi kalsium intasellular dan inhibisi phosphodiesterase khusus hanya berlaku pada konsentrasi kafein yang sangat tinggi dan tidak fisiologis. Oleh sebab itu, mekanisme kerja yang paling relevan adalah antagonisme reseptor adenosine. Terdapat empat reseptor adenosine yang dikenal: A1, A2 (A dan B) dan A3. Reseptor A1 dan A2 merupakan subtype utama yang terlibat dengan efek kafein karena dapat berikatan dengan kafein pada dosis kecil, A2B pula berikatan pada dosis yang tinggi dan A3 tidak sensitif terhadap kafein.

Mekanisme kerja utama dari kafein adalah sebagai suatu antagonis reseptor adenosin. Reseptor adenosin bekerja mengaktifkan suatu protein-G inhibisi (Gi), yang menyebabkan penurunan *second-messenger cyclic adenosine monophosphate* (cAMP), oleh karena adanya kafein terjadilah peningkatan konsentrasi cAMP intraneuronal yang memicu berbagai reaksi kimia dan mengaktifkan sistem dopaminergik (Kaplan *et al.*, 2010).

### 2.2.3 Farmakokinetik Kafein

Kafein cepat diabsorpsi oleh tubuh kemudian dimetabolisme di hati oleh bantuan sitokrom P450 CYP450 1A2 menjadi derivatnya paraxanthine (84%), theobromine (12%), dan Theophilline (4%) selanjutnya dibuang lewat urin (Mejia, 2014). Waktu paruh kafein dalam tubuh manusia adalah 3 sampai 7 jam, dan waktu untuk mencapai konsentrasi puncak adalah 30 sampai 45 menit. Kafein cepat melalui barrier darah otak. Mekanisme kerja utama dari kafein adalah sebagai suatu antagonis reseptor adenosin. Reseptor adenosin bekerja mengaktifkan suatu protein-G inhibisi (Gi), yang menyebabkan penurunan *second-messenger cyclic adenosine monophosphate* (cAMP), oleh karena adanya kafein terjadilah peningkatan konsentrasi cAMP intraneuronal yang memicu berbagai reaksi kimia dan mengaktifkan sistem dopaminergik (Mejia, 2014).



Gambar 2.3 Farmakokinetik Kafein (Sumber: Mejia, 2014)

#### 2.2.4 Farmakodinamik Kafein

Kafein mempunyai efek relaksasi otot polos, terutama otot polos *bronchus*, merangsang susunan saraf pusat, otot jantung, dan meningkatkan diuresis.

- Jantung, kadar rendah kafein dalam plasma akan menurunkan denyut jantung, sebaliknya kadar kafein dan *teofilin* yang lebih tinggi menyebabkan *tachicardi*, bahkan pada individu yang sensitif mungkin menyebabkan aritmia yang berdampak kepada kontraksi ventrikel yang premature.
- Pembuluh darah, kafein menyebabkan dilatasi pembuluh darah termasuk pembuluh darah koroner dan pulmonal, karena efek langsung pada otot pembuluh darah
- Sirkulasi Otak, Resistensi pembuluh darah otak naik disertai pengurangan aliran darah dan PO<sub>2</sub> di otak, ini diduga merupakan refleksi adanya blokade *adenosine* oleh *Xantin* (Farmakologi UI, 2012).

### 2.2.5 Efek Kafein Pada Sistem Saraf Pusat

Dalam dosis rendah dan moderat, methylxanthine terutama kafein menyebabkan peningkatan kortikal dengan meningkatkan kewaspadaan dan penundaan kelelahan. Namun, kafein tidak langsung meningkatkan metabolisme energi dalam tubuh, bahkan konsumsi jangka panjang akan menekan metabolisme energi, yang dapat menyebabkan kelelahan adrenal. Selanjutnya, menurut “*Human Biochemistry and Disease*”, dengan menangkal adenosin, kafein juga dapat mengurangi aliran darah ke otak, yang menyebabkan timbul keluhan sakit kepala, pusing dan mengurangi koordinasi motorik halus. Namun, kafein dapat mengurangi sakit kepala migrain yang disebabkan oleh pelebaran pembuluh darah di otak (Bond, 2017)

Kafein yang terkandung dalam minuman misalnya, 100 mg dalam secangkir kopi, cukup untuk menyebabkan kegelisahan dan insomnia pada sesetengah individu dan bronkodilatasi pada pasien dengan asma (Katzung, 2010). Setiap paparan kafein dapat menghasilkan efek stimulan otak. Hal ini terutama berlaku di daerah-daerah yang mengontrol aktivitas lokomotor (misalnya, *caudate nucleus*) dan struktur yang terlibat dalam siklus tidur-bangun (misalnya, *locus ceruleus*, *raphe nuclei*, dan *reticular formation*). Pada manusia, tidur merupakan fungsi fisiologis yang paling sensitif terhadap efek kafein. Umumnya, lebih dari 200 mg kafein diperlukan untuk mempengaruhi tidur secara signifikan. Kafein telah terbukti memperpanjang latensi tidur dan memperpendek durasi tidur. Bila dosis methylxanthine ditinggikan, akan menyebabkan gugup, gelisah, insomnia, tremor, hiperestesia, kejang fokal atau kejang umum (Chawla, 2017)

Telah diperkirakan bahwa tiga cangkir kopi menyebabkan begitu banyak kafein di dalam otak di mana kira-kira 50% reseptor adenosin diisi oleh kafein. Beberapa percobaan menyatakan bahwa kafein, khususnya pada dosis atau konsentrasi tinggi, dapat mempengaruhi neuron dopamin dan nonradrenergik. Secara spesifik, aktivitas dopamin dapat diperkuat oleh kafein dan dihubungkan dengan eksaserbasi gejala psikotik pada pasien skizofrenia (Kaplan *et al.*, 2010).

### 2.2.6 Gangguan Penggunaan Kafein

Kafein mempunyai semua sifat yang berhubungan dengan zat yang seringkali disalahgunakan. Pertama, kafein dapat bertindak sebagai pendorong (*reinforcer*) yang positif terutama pada dosis rendah. Dosis kafein kira-kira 100 mg menginduksi euforia ringan pada manusia. Tetapi, dosis kafein 300 mg menyebabkan peningkatan kecemasan dan disforia ringan pada manusia dan tidak bertindak sebagai pendorong yang positif (Kaplan *et al.*, 2010).

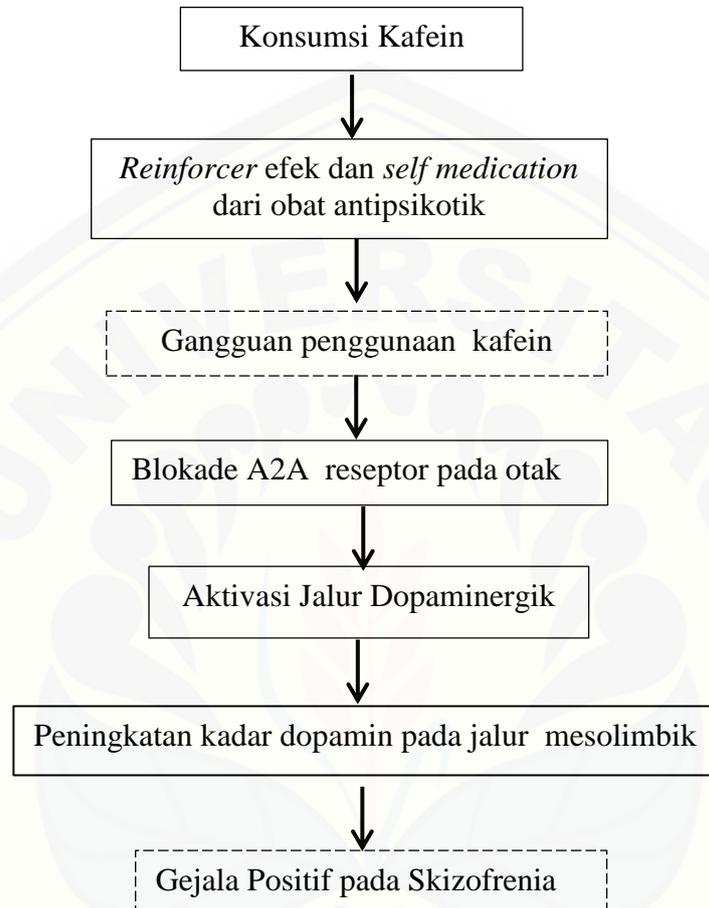
Pada beberapa penelitian menjelaskan bahwa konsumsi kafein pada pasien skizofrenia lebih tinggi dari populasi pada umumnya. Konsumsi kafein pada pasien skizofrenia sering dihubungkan dengan kebiasaan merokok. Perokok berat membutuhkan dua sampai tiga kali asupan kafein yang lebih tinggi untuk mendapatkan konsentrasi kafein serum yang sama dengan non-perokok. Hal ini disebabkan karena senyawa yang terkandung dalam rokok menginduksi metabolisme kafein dengan meningkatkan ekspresi sitokrom P450 1A2 (CYP142) (Romero *et al.*, 2015).

### 2.2.7 Diagnosis Gangguan Penggunaan Kafein

Diagnosis Gangguan Penggunaan kafein diukur dengan kriteria diagnostik DSM V *Caffeine Use Disorder*. Untuk menentukan tingkat keparahan dari yang ringan hingga berat, dengan tingkat keparahan berdasarkan jumlah kriteria gejala yang terpenuhi. Sebagai perkiraan umum keparahan, gangguan penggunaan zat ringan dengan dua sampai tiga gejala, sedang dengan empat sampai lima gejala, dan berat dengan enam atau lebih gejala. Setidaknya kriteria gejala terpenuhi terjadi dalam periode 12 bulan (Meredith *et al.*, 2013).

### 2.3 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep pada penelitian ini diilustrasikan dalam Gambar 2.4 berikut.



Keterangan: \_\_\_\_\_ : tidak diteliti

-----: diteliti

Gambar 2.4 Kerangka Konsep Penelitian

### 2.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara derajat gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif pada pasien skizofrenia di RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan desain penelitian *cross sectional*. Menurut Notoatmodjo (2010) tujuan dari jenis penelitian ini adalah mencari hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Pengukuran variabel pada penelitian ini hanya dilakukan satu kali pada satu waktu tanpa melakukan tindak lanjut. Objek penelitian diukur atau dikumpulkan secara simultan dalam waktu yang bersamaan.

### 3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.2.1 Populasi penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien yang didiagnosis skizofrenia yang mengonsumsi kafein dan menjalani pengobatan di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

#### 3.2.2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Sampel yang digunakan pada penelitian ini diambil dari populasi dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut.

##### a. Kriteria Inklusi

- 1) Pasien dengan diagnosis skizofrenia berdasarkan PPDGJ III yang memiliki kebiasaan mengonsumsi kafein dengan tilikan lima sampai dengan enam yang telah didiagnosis oleh dokter spesialis kedokteran jiwa.
- 2) Pasien skizofrenia yang mendapat perijinan dari keluarga untuk dijadikan subyek penelitian dan mengikuti prosedur penelitian sampai dengan tahap akhir dengan mengisi *informed consent*.

##### b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien yang mengundurkan diri selama penelitian berlangsung.

- 2) Pasien skizofrenia yang kesadarannya menurun sehingga tidak memungkinkan untuk menjadi subyek penelitian.
- 3) Pasien skizofrenia pada fase akut atau dalam kondisi eksaserbasi akut.
- 4) Pasien skizofrenia yang sedang dirawat inap.

### 3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *total sampling*. Menurut Sugiyono (2017), *total sampling* adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sampel. Hal ini sering dilakukan bila jumlah populasi relatif kecil, kurang dari 30 orang, atau penelitian yang ingin membuat generalisasi dengan kesalahan yang sangat kecil.

### 3.2.4 Besar Sampel Penelitian

Jumlah ini didasarkan teori Roscoe, yaitu besar sampel yang layak dalam penelitian adalah antara 30-500 orang (Dahlan, 2010).

## 3.3 Tempat dan Waktu Pelitian

Penelitian ini dilakukan di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang pada bulan November- Desember 2017.

## 3.4 Variabel Penelitian

### 3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah gangguan penggunaan kafein pada pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

### 3.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah gejala positif pada pasien skizofrenia.

### 3.4.3 Variabel Pengganggu

Variabel pengganggu dalam penelitian ini adalah adanya kebiasaan konsumsi senyawa lain, selain kafein, yang dapat menyebabkan gejala positif pada pasien skizofrenia serta faktor lain yang dapat menyebabkan gejala tersebut.

## 3.5 Definisi Operasional

### 3.5.1 Skizofrenia

Pasien skizofrenia yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pasien yang didiagnosis skizofrenia berdasarkan PPDGJ III oleh dokter spesialis kedokteran jiwa dan menjalani pengobatan di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang serta memiliki data rekam medis. Pasien skizofrenia tersebut juga sedang tidak dalam fase akut, rawat inap atau mengalami penurunan kesadaran, serta dinilai memiliki realitas dan tilikan yang baik oleh dokter spesialis kedokteran jiwa. Menurut Elvira dan Hadisukanto (2010), derajat tilikan terdiri atas:

1. Penyangkalan penuh terhadap penyakit.
2. Mempunyai sedikit pemahaman terhadap penyakit tetapi juga sekaligus menyangkalnya pada waktu yang bersamaan.
3. Sadar akan penyakitnya tetapi menyalahkan orang lain, faktor luar, atau faktor organik.
4. Pemahaman bahwa dirinya tidak sakit, tetapi mengetahui penyebabnya.
5. Tilikan intelektual: mengakui bahwa dirinya sakit dan tahu bahwa penyebabnya adalah perasaan irasional atau gangguan-gangguan yang dialami, tetapi tidak menggunakan pengetahuan tersebut untuk pengalaman di masa mendatang.
6. Tilikan emosional sejati: pemahaman emosional terhadap motif dan perasaan-perasaan pada diri pasien, yang dapat membawa perubahan mendasar pada diri pasien.

### 3.5.2 Gangguan Penggunaan Kafein

Gangguan penggunaan kafein adalah sekelompok perilaku yang berkembang setelah konsumsi kafein berulang dan yang biasanya mencakup

keinginan kuat untuk mengkonsumsi kafein, kesulitan dalam mengendalikan penggunaan, bertahan dalam penggunaan meskipun ada konsekuensi berbahaya (Steven E. Meredith, 2013).

- a. Alat ukur: *Caffeine Use Disorder*
- b. Cara ukur: Mengisi *Caffeine Use Disorder* berdasarkan wawancara terhadap keluarga subyek dan subyek penelitian.
- c. Hasil ukur: Untuk menentukan derajat gangguan penggunaan kafein

Tingkat	Kriteria Gejala yang Terpenuhi
Rendah	2-3
Sedang	4-5
Berat	$\geq 6$

- d. Skala: Ordinal

### 3.5.3 Gejala Positif Skizofrenia

Gejala positif pasien skizofrenia pada penelitian ini diukur menggunakan skor *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) subskala positif versi bahasa Indonesia. Berdasarkan skor PANSS, gejala positif yang diukur meliputi:

- a. Waham (isi pikiran tidak realistis, aneh, egosentrik, dan sulit dikoreksi)
- b. Kekacauan proses pikir (proses pikir verbal yang terputus atau tidak segera tersampaikan oleh karena asosiasi longgar, melingkar, tidak urut, atau tidak mengandung arti).
- c. Halusinasi (yaitu pengalaman panca indra tanpa rangsangan. Misalnya penderita mendengarkan suara-suara di telinganya padahal tidak ada sumbernya)
- d. Gaduh gelisah (hiperaktivitas motorik, peningkatan respon terhadap stimuli, kewaspadaan berlebihan, atau labilitas mood yang berlebihan)
- e. Waham kebesaran (keyakinan tentang diri sendiri yang berlebihan).
- f. Kecurigaan/kejaran (ide atau keyakinan tidak realistis terhadap sesuatu yang akan mencelakai pasien)
- g. Permusuhan (sikap dan ekspresi verbal kemarahan, kebencian, termasuk kata-kata kotor, caci maki, atau penyerangan fisik).

(Kay et al., 1987).

1. Alat Ukur : Skor *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) subskala positif.
2. Cara Ukur: Mengisi *Positive and Negative Syndrome Scale* PANSS berdasarkan wawancara terhadap keluarga subyek dan subyek.
3. Hasil Ukur: PANSS positif subskala 7- 49
4. Skala: rasio

### **3.6 Instrumen Penelitian**

#### **3.6.1 *Informed Consent* (lembar persetujuan)**

Instrumen ini berupa pernyataan yang berisi tentang kesediaan keluarga sampel untuk menjadi subyek penelitian serta berisi penjelasan bahwa selama pengambilan data sampel, tidak ada kerugian baik materiil maupun nonmaterial yang akan dialami oleh sampel. Formulir *informed consent* (lembar persetujuan) dapat dilihat pada Lampiran 3.4.

#### **3.6.2 Lembar penjelasan kepada calon sampel**

Instrumen ini berisi tentang informasi yang harus diketahui oleh calon subyek dan keluarganya, antara lain kesukarelaan subyek untuk mengikuti penelitian, prosedur penelitian, kewajiban subjek penelitian, manfaat penelitian untuk subyek, kerahasiaan identitas subyek, kompensasi yang akan didapat setelah menjadi subyek penelitian, dan informasi tambahan lainnya. Lembar penjelasan kepada keluarga calon sampel dapat dilihat pada Lampiran 3.5.

#### **3.6.3 Identitas sampel**

Instrumen ini berisi identitas dari subyek penelitian yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, durasi terdiagnosis skizofrenia, dan kebiasaan merokok. Lembar identitas sampel dapat dilihat pada Lampiran 3.6.

#### 3.6.4 *Caffeine Use Disorder*

Gangguan penggunaan kafein diukur dengan kriteria diagnostik DSM-V *Caffeine Use Disorder*. Untuk menentukan tingkat keparahan dari yang ringan hingga berat, dengan tingkat keparahan berdasarkan jumlah kriteria gejala yang terpenuhi. Sebagai perkiraan umum keparahan, gangguan penggunaan zat ringan dengan dua sampai tiga gejala, sedang dengan empat sampai lima gejala, dan berat dengan enam atau lebih gejala. *Caffeine Use Disorder* dapat dilihat pada Lampiran 3.7.

#### 3.6.5 *Skor Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*

PANSS pertama kali dibuat oleh Stanley Kay, Lewis Opler, dan Abraham Fiszbein di tahun 1987 yang diambil dari dua instrumen terdahulu yaitu *Brief Psychiatry Rating Scale (BPRS)* dan *Psychopathology Rating Scale (PRS)*. Uji realibilitas inter-rater dan test-retest telah dilakukan Kay dan Opler pada tahun 1987 dengan hasil yang tinggi (Kay, 1987). Untuk dapat digunakan terhadap pasien skizofrenia Indonesia, telah dilakukan uji reliabilitas, validitas, dan uji sensitivitas PANSS oleh A. Kusumawardhani dan juga tim dari Fakultas Kedokteran UI pada tahun 1994 (Kusumawardhani, 1994., dalam Ambarwati, 2009).

PANSS merupakan 30 item penilaian yang masing-masing dibagi dalam subskala positif, negatif, dan psikopatologi secara umum. Adapun skala ini digunakan untuk menilai beratnya masing-masing item dengan memberikan poin sebesar 1-7 pilihan untuk beratnya gejala. Pada penelitian ini skor yang digunakan adalah subskala positif. Skor PANSS dapat dilihat pada Lampiran 3.8.

### **3.7 Teknik Pengumpulan Data**

#### 3.7.1 Sumber Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data sekunder dalam penelitian ini merupakan jenis diagnosis skizofrenia, usia, dan jenis kelamin subyek penelitian yang merupakan karakteristik sampel. Data primer dalam penelitian ini adalah gangguan

penggunaan kafein, gejala positif dan karakteristik sampel lain lama terdiagnosis skizofrenia, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan.

### 3.7.2 Teknik Pengumpulan Data

Jenis data dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data sekunder diperoleh melalui rekam medis pasien. Pengambilan data primer dilakukan dengan melakukan wawancara oleh relawan dan observasi selama wawancara terhadap subyek penelitian dan keluarga subyek penelitian. Proses ini dilakukan di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dan didampingi oleh tenaga yang kompeten (dokter spesialis kedokteran jiwa) dan dilakukan setelah pasien kontrol dengan harapan tidak mengganggu pelayanan rumah sakit.

Penelitian ini dilakukan oleh relawan yang sudah dilatih teknik wawancara oleh dokter spesialis kedokteran jiwa. Hal ini dilakukan untuk mempermudah wawancara dalam melakukan pengambilan data. Penentuan sampel penelitian sesuai kriteria inklusi dibantu oleh tenaga ahli (dokter spesialis kedokteran jiwa).

Sebelum dilakukan pengambilan data, calon subyek dan keluarganya mendapat penjelasan mengenai penelitian yang akan dilakukan seperti yang disajikan pada Lampiran 3.5. Apabila keluarga calon subyek penelitian bersedia mengikuti penelitian maka keluarga pasien menandatangani lembar *informed consent* disajikan pada Lampiran 3.4.

Langkah selanjutnya, yaitu melakukan pengambilan data dengan teknik wawancara terpimpin yang dilakukan oleh relawan dengan tujuan mengurangi kesubjektifan peneliti terhadap data penelitian. Wawancara ini dilakukan secara terpimpin yang artinya pasien tidak mengisi kuisisioner sendiri namun dipimpin oleh pewawancara. Pada tahap ini relawan mengisi seluruh bagian lembar wawancara untuk memperoleh data sekunder dan data primer. Wawancara dilakukan terhadap subyek dan keluarga dengan hubungan kekeluargaan terdekat. Proses wawancara terdiri dari tiga bagian:

- 1) Wawancara untuk mendapatkan informasi tentang identitas dan karakteristik sampel.
- 2) Wawancara untuk menilai gangguan penggunaan kafein kafein.

Wawancara ini dilakukan oleh relawan yang akan menanyakan beberapa pertanyaan sesuai dengan keterangan operasional *Caffeine Use Disorder*. Selanjutnya relawan menjumlahkan poin tersebut sehingga didapatkan nilai total dan interpretasi derajat ketergantungan kafein. Selama wawancara relawan juga melakukan observasi gejala positif yang ditunjukkan pasien selama wawancara. Setelah relawan melakukan wawancara terhadap subyek penelitian, relawan mengkonfirmasi jawaban subyek penelitian kepada keluarganya. Apabila keluarga tidak dapat memberikan informasi yang sesuai atau berbeda dengan jawaban subyek penelitian maka subyek penelitian dianggap gugur.

### 3) Wawancara untuk menilai gejala positif skizofrenia

Wawancara ini dilakukan secara terpimpin berdasarkan skor PANSS subskala positif. Wawancara ini dilakukan oleh relawan dengan melakukan observasi dan menanyakan beberapa item untuk menilai gejala positif dan beberapa informasi dari keluarga subyek penelitian. Setiap item pertanyaan ini memiliki poin tersendiri sesuai dengan keterangan operasional pelaksanaan dan penjelasan masing-masing item skor PANSS subskala positif. Selanjutnya relawan mencocokkan jawaban dan hasil observasi dengan poin yang mewakilinya, kemudian menjumlahkan poin tersebut sehingga didapatkan nilai total skor PANSS subskala positif.

Setelah data terkumpul, relawan akan menjelaskan informasi dan manfaat mengenai penelitian ini kepada subyek dan keluarganya selanjutnya mendapatkan kompensasi karena sudah menjadi sampel penelitian ini. Setelah data terkumpul dilanjutkan dengan analisis data.

## 3.8 Prosedur Penelitian

### 3.8.1 *Ethical Clearance*

Peneliti mengirim berkas permohonan *ethical clearance* ke komisi etik Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Setelah selesai kemudian dilakukan penelitian.

### 3.8.2 Persiapan dan Perizinan

- a. Persiapan instrumen penelitian.
- b. Survei situasi dan kondisi pelayanan di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.
- c. Peneliti memohon surat pengantar dari Fakultas Kedokteran Universitas Jember untuk diajukan kepada Direktur RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dan Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.
- d. Latihan wawancara kepada pasien skizofrenia yang dibantu oleh dokter spesialis kedokteran jiwa. Latihan ini juga diikuti oleh relawan yang akan membantu proses pengambilan data melalui wawancara.
- e. Peneliti menentukan sampel penelitian dibantu oleh tenaga kesehatan yang kompeten (dokter spesialis kedokteran jiwa) sesuai dengan definisi operasional dan kriteria inklusi-eksklusi penelitian

### 3.8.3 Pengambilan data.

Data diperoleh dengan menggunakan metode wawancara kepada subyek selama penelitian berlangsung seperti dijelaskan pada subsubbab 3.7.2.

### 3.8.4 Pengolahan data

Data yang telah terkumpul diolah dengan menggunakan komputer dengan langkah- langkah sebagai berikut:

#### b. *Cleaning*

Memeriksa kembali lembar kuisisioner yang telah diisi oleh relawan jika terdapat jawaban ganda atau belum terjawab. Jika hal ini tidak dilakukan, dan terdapat jawaban ganda atau lembar observasi belum terisi, maka kuisisioner tersebut gugur atau dibatalkan, karena peneliti tidak boleh mengisi jawaban sendiri.

#### c. *Coding*.

Memberikan kode identitas subyek untuk menjaga kerahasiaan identitasnya dan mempermudah proses penelusuran biodata subyek jika diperlukan, serta untuk

mempermudah penyimpanan arsip data. Lalu, menetapkan kode untuk *scoring* jawaban subyek atau hasil observasi yang telah dilakukan.

d. *Scoring*

Tahap ini dilakukan setelah ditetapkan kode jawaban. Sehingga setiap jawaban subyek atau hasil observasi dapat diberikan skor.

a. *Entering*

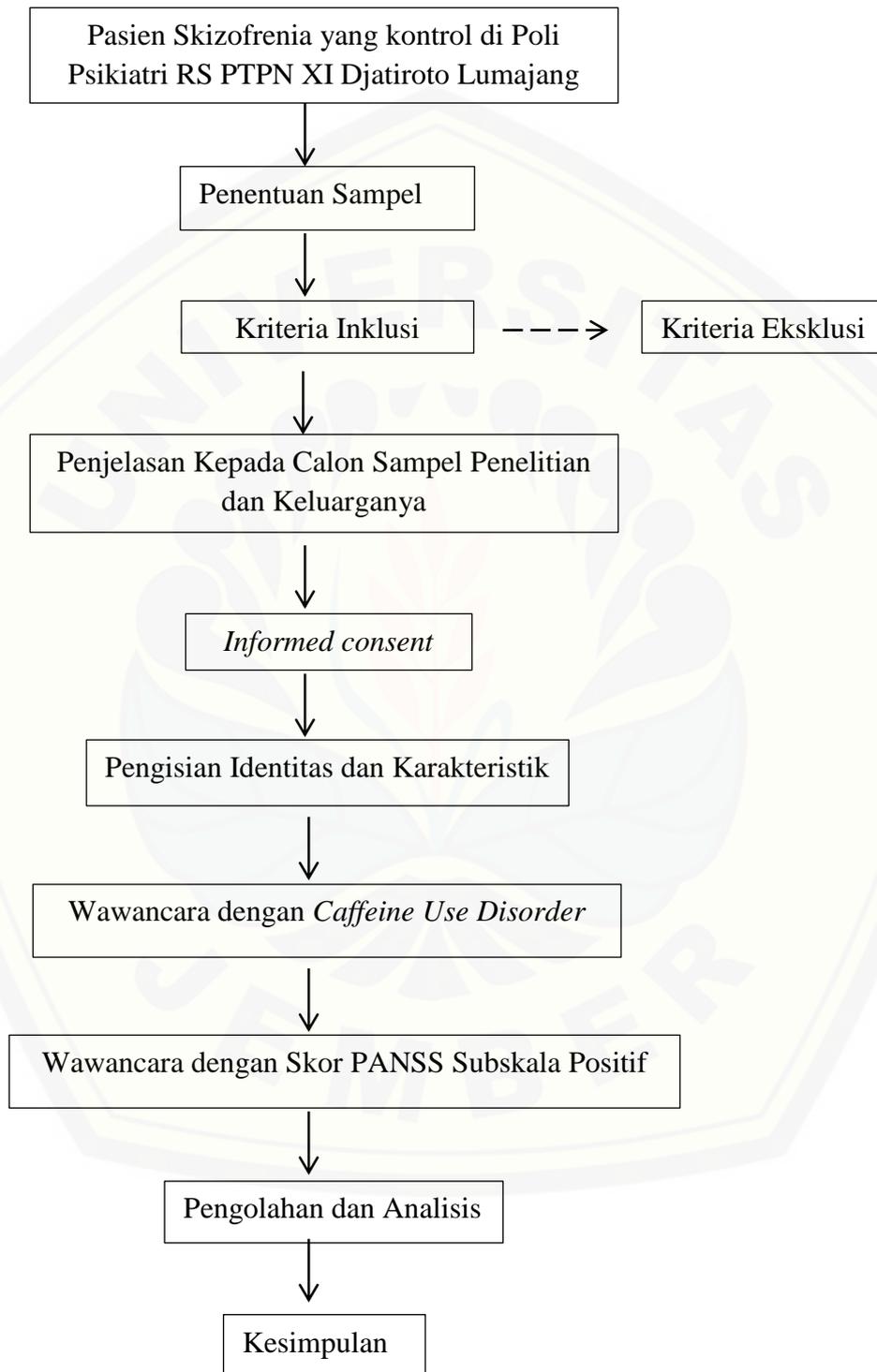
Memasukkan data ke dalam program komputer.

### 3.9 Analisa Data

Setelah semua data terkumpul dilakukan tabulasi data dalam bentuk tabel dan dilakukan pengolahan data. Pertama dilakukan analisis univariat untuk menjelaskan karakteristik sampel penelitian dan distribusi frekuensi dari setiap variabel yang diteliti, baik variabel independen maupun variabel dependen. Kemudian dilakukan analisis bivariat untuk menganalisa hubungan antara dua variabel. Pada penelitian ini digunakan uji hipotesis korelasi dengan uji korelasi *spearman rank* . Uji analisa *spearman rank* dipilih untuk menguji hipotesis korelasi antara variabel ordinal yaitu derajat gangguan penggunaan kafein dengan variabel rasio yaitu skor PANSS subskala positif. Interpretasi hasilnya dianggap memiliki korelasi yang bermakna jika  $p \leq 0,05$ .

### 3.10 Alur Penelitian

Alur penelitian serta pengambilan data digambarkan dalam Gambar 3.1



Gambar 3.1 Alur penelitian

## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Terdapat hubungan yang signifikan antara derajat gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif pada pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dengan arah korelasi positif dan kekuatan korelasi kuat.
- b. Pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang yang memiliki kebiasaan mengonsumsi kafein berdasarkan derajat gangguan penggunaan kafein berdasarkan *Caffeine use Disorder*, sebagian besar mengalami gangguan penggunaan kafein sedang.
- c. Pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang yang memiliki kebiasaan mengonsumsi kafein berdasarkan gejala positif didapatkan bahwa waham dan halusinasi adalah yang paling sering muncul.

### 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian ini, beberapa saran yang dapat diberikan antara lain kepada:

1. Bagi Rumah Sakit  
Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan informasi ilmiah melalui kegiatan sosialisasi terhadap pasien skizofrenia bahwa konsumsi kafein mempengaruhi gejala skizofrenia
2. Bagi Institusi Pendidikan  
Penelitian ini dapat dijadikan referensi dan menambah ilmu pengetahuan dalam bidang psikiatri tentang gangguan penggunaan kafein dan gejala positif skizofrenia.
3. Bagi Keluarga Pasien dan Masyarakat  
Diharapkan bagi masyarakat dan keluarga pasien skizofrenia, agar mengurangi konsumsi kafein, dikarenakan semakin tingginya ketergantungan kafein maka gejala positif yang terjadi akan lebih berat.

**DAFTAR PUSTAKA**

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition "DSM-V"*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Washinton DC.
- Bond. 2017. How Caffeine Affects the Nervous System.  
<https://www.livestrong.com/article/409740-how-caffeine-affects-the-nervous-system/> .[Diakses pada 31 Desember 2017].
- Chalwa. 2017. Neurologic Effects of Caffeine.  
<https://emedicine.medscape.com/article/1182710-overview> .  
[Diakses pada 31 Desember 2017].
- Dahlan, M. S. 2010. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi Ketiga. Jakarta: Salemba Medika.
- Davison, G. C., J. M. Neale, dan A. M. Kring. 2010. *Psikologi Abnormal*. Edisi ke-9. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Delisi, L. E., 1992. The significance of age of onset for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 18(2): 209–215.
- Diksha, P., D. Sanjita, G. Seema, dan G. Nupur.2014. Interaction of antipsychotics drugs and caffeine. *Sch. Acad. J. Pharm.*3(5): 383-387.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang. 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang 2014*. Lumajang: Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2014. *Profil Kesehatan Jawa Timur 2014*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Dirjen POM Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *Farmakope Indonesia*. Edisi 5. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Frankenburg, F. 2017. Scizophrenia  
<http://emedicine.medscape.com/article/288259-overview#showall>.  
[Diakses pada 10 Juni 2017].
- Gurpegui, M., C. Aguilar, M. Joe, M. Ortega, D. Jurado, F. J. Diaz, H. M. Quintana, dan J. Leon. 2006. Fewer but heavier caffeine consumers in schizophrenia: A case-control study. *Schizophrenia Research*. 86: 276-283.
- Hawari, D. 2001. *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.

- Hilker, R., D. Helenius, B. Fagerlund, A. Skytthe, K. Christensen, T. M. Werge, M. Nordentoft, dan B. Glenthøj. 2017. Is an early age at illness onset in schizophrenia associated with increased genetic susceptibility analysis of data from the nationwide danish twin register. *Elsevier Ebiomedicine*.18: 320-326.
- Hughes, J. R., P. McHugh, dan S. Holtzman. 1998. Caffeine and scizophrenia. *Psychiatric Services*. 11(49): 1415-1417.
- Jones, P. B dan P. F Buckley. 2006. *Schizophrenia*. London: Elsevier Churchill Livingstone.
- Kaplan, H. I., B. J. Sadock, dan J. A. Grebb. 2010. *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Katzung, Bertman. 2010. *Farmakologi Dasar dan Klinik Ed.10*. Jakarta: EGC.
- Kay, S. R., A. Fishbein, dan L. A. Opler. 1987. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 13: 261–276.
- Keefe, R.S.E, dan Harvey, P.D. 2012. *Cognitive Impairment in Schizophrenia*. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lim, C., S., A. Chong, dan R. S. Keefe. 2009. Psychosocial factors in the neurobiology of schizophrenia: a selective review. *Annals Academy of Medicine*.
- Mandal, A. 2014. Caffeie Pharmacology. <http://www.newsmedical.net/health/Caffeine-Pharmacology.aspx>. [Diakses pada 06 Mei 2017].
- Maramis, W. F. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi 2*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Marwaha. S., S. Johnson, P. Bebbington, M. Stafford, M.C. Angermeyer, R.T. Brugha, J.M. Azorin, R. Kilian, K. Hansen, dan M. Toumi. 2007. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *British Journal of Psychiatry*. 191: 30-37.
- Maslim, R. 2015. *Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-V*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya.

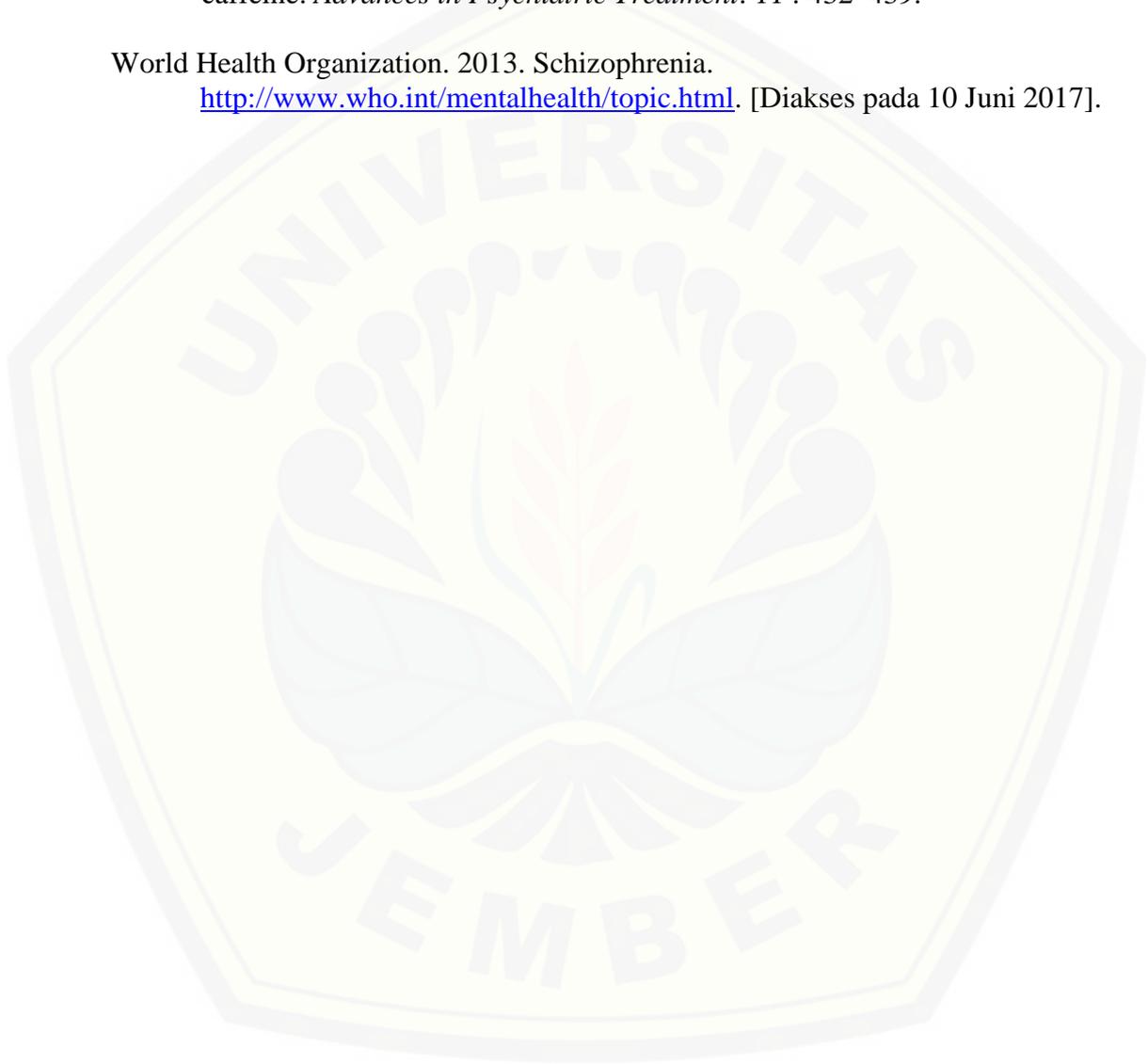
- Mejia, G dan M.V. R. Mares. 2014. Impact of caffeine and coffee on our health. *Trends in Endocrinology and Metabolism*. 25(10): 1-4.
- Meredith, S., L. M. Juliano, J. R. Hughes, dan R.R. Griffiths. 2013. Caffeine use disorder: a comprehensive review and research agenda. *Journal of Caffeine Research* .3(3): 114-130.
- Nehlig, A. 2010. Is Caffeine a Cognitive Enhancer?. *Journal of Alzheimer's Disease*. 20: 85-94.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nunez, C., C.S Otto, J.C. Esteban, J. M.Haro, E. H. Ramos, S. Ochoa, J. Usall, dan G. Brébion. 2015. Effects of caffeine intake and smoking on neurocognition in schizophrenia. *Elsavier Schizophrenia Research*. 3(230): 924-921.
- Pohler, H. 2010. Caffeine Intoxication an Addiction. *The Journal for Nurse Practitioners*. 6: 49-52.
- Pubchem. 2017. caffeine.  
<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/caffeine#section=Top>.  
[Diakses pada 31 Desember 2017].
- Romero, M., C. A. Barbazán, J. D. L. Moriñigo, R. R. Ríos, M. Gurpegui, J. M. M. Ortega, D. Jurado, F. J. Diaz, dan J. Leon. 2015. Caffeine consumption in a long-term psychiatric hospital: Tobacco smoking may explain in large part the apparent association between schizophrenia and caffeine use. *Elsavier Schizophrenia Research*. 164: 234-241.
- Seksi Skizofrenia Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia. 2015. From Curing to Caring: Archieving Patient's Recovery Rekomendasi Tata Laksana Layanan Skizofrenia. Centra Communications.
- Solinas, M., S. Ferre', Z.B. You, M.K. Kubicha, P. Patrizia., dan S. R. Goldberg. 2002. Caffeine induces dopamine and glutamate release in the shell of the nucleus accumbens. *The Journal of Neuroscience*. (15):6321-6324.
- Strassnig, M., J.S. Brar, dan R. Ganguli. 2006. Increased caffeine and nicotine consumption in community-dwelling patients with schizophrenia. *Elsavier Schizophrenia Research*. 86: 269-275.
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta.

Sugiyono. 2017. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: CV. Alfabeta.

Sukanto, A. G., dan D. S. Elvira. 2010. *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta: Badan Penerbit FK UI.

Winston, A. P., E. Hardwick dan N. Jaber. 2005. Neuropsychiatric effects of caffeine. *Advances in Psychiatric Treatment*. 11 : 432–439.

World Health Organization. 2013. Schizophrenia.  
<http://www.who.int/mentalhealth/topic.html>. [Diakses pada 10 Juni 2017].



## LAMPIRAN

Lampiran 3.1 Lembar Persetujuan Etik (*Ethical Clearance*)

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS JEMBER

KOMISI ETIK PENELITIAN

Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember 68121 – Email :  
fk\_unej@telkom.net

**KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK**  
**ETHICAL APPROVA**

Nomor : 1.217 /H25.1.11/KE/2017

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :*

**HUBUNGAN ANTARA KETERGANTUNGAN KAFEIN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN GEJALA POSITIF DI POLI PSIKIATRI RS PTPN XI DJATIROTO LUMAJANG**

Nama Peneliti Utama : Nurdiana Cahyani  
*Name of the principal investigator*

NIM : 142010101058

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember  
*Name of institution*

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.  
*And approved the above mentioned proposal.*

Jember, 29 November 2017  
Ketua Komisi Etik Penelitian  
  
dr. Rini Riyanti, Sp.PK

**Tanggapan Anggota Komisi Etik**

(Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lainnya)

Kesadaran / Kondisi saat ini :

- Peneliti belum memiliki kompetensi klinis dan menghadapi pasien skizofrenia.
- Subyek penelitian adalah kelompok vulnerable.

Perbaikan :

- Diperjelas diagnosis skizofrenia yang digunakan sebagai subyek penelitian, def. operasional.
- Informasi consent dilakukan pd keluarga subyek penelitian.
- Mekanisme di perjabat teknik pengambilan data (teknik wawancara, siapa yang diwawancarai, hanya subyek? / atau dan keluarga? , jika terjadi peristiwa jawaban?)  
→ dengan tujuan menghindari bias data penelitian.
- Mekanisme kualitatif diteliti, dgn keterangan operasional pelaksanaannya (mengetahui pembimbing).

Saran :

- Pelaksanaan penelitian disarankan oleh sekoran yg kompeten.
- Penelitian mendapat ijin dari institusi tempat penelitian.
- Pelaksanaan penelitian tidak mengganggu pelayanan, tidak mengganggu kenyamanan peserta / subyek penelitian.
- Adanya kompensasi bagi peserta dan keluarga subyek penelitian.
- Manfaat wawancara disarankan pd keluarga subyek penelitian.



Jember.

## Lampiran 3.2 Surat Rekomendasi Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan : Anif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fak. (0334) 881586 e-mail : kesbangpoi@lumajang.go.id  
LUMAJANG - 67313

**SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/IKKN/PKL/KEGIATAN**

Nomor : 072982/427.75/2017

- Dasar**
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011
  2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang

**Menimbang** Surat Ka. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember, Nomor : 072/229/314/2017, Tanggal 11 Juli 2017, perihal Ijin Penelitian atas nama NURDIANA CAHYANI.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : NURDIANA CAHYANI
2. Alamat : Pacet Mojokerto
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember / 142010101058
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/IKKN/PKL/Kegiatan :

1. Judul Proposal : Hubungan Antara Ketergantungan Kafein Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gejala Psikotik di Poli Psikiatri RS. PTPN XI Djatiroto
2. Tujuan : Pengambilan Data Penelitian
3. Bidang Penelitian : Kedokteran
4. Penanggung jawab : Achmad David F., S.Sos
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 01 Agustus s.d 30 Desember 2017
7. Lokasi Penelitian : RS. PTPN XI Djatiroto Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkeajiban menghormati dan menaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/IKKN/PKL/Kegiatan.
  2. Pelaksanaan penelitian/survey/IKKN/PKL/Kegiatan agar tidak dsalangiunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
  3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/IKKN/PKL/Kegiatan dan sejenisny kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/IKKN/PKL/Kegiatan;
  4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

**Tembusan Yth :**

1. Bpk Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Kapolres Lumajang.
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang.
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang.
5. Sdr. Direktur RS. PTPN XI Djatiroto Lumajang
6. Sdr. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

Lumajang, 26 Juli 2017  
Kepala Badan Kesbang dan Politik  
Kabupaten Lumajang  
Kerjasama Bidang Hubungan Antar Lembaga



NIP. 15600106 198003 1 006

## Lampiran 3.3 Surat Ijin Penelitian



PT NUSANTARA SEBELAS MEDIKA  
"RUMAH SAKIT DJATIROTO"  
Jl. PB. SUDIRMAN 81 JATIROTO - LUMAJANG Telp. (0334) 321004 FAX. (0334) 322378  
e-mail : djatirotospital@gmail.com

AA-INSIP-NSM/17.184

Lumajang, 16 Oktober 2017

Kepada Yth :  
Dekan Fakultas Kedokteran Unej  
di  
**JEMBER**

**PERSETUJUAN IJIN STUDY PENDAHULUAN**

Pada kesempatan pertama kami sampaikan terima kasih atas kerjasama yang telah terjalin dengan baik selama ini, semoga kerjasama ini dapat ditingkatkan lagi dimasa yang akan datang.

Menjawab surat pengajuan saudara No. 1528/UN251.II/LT/2017 tanggal 30 Agustus 2017 perihal Permohonan Ijin Study Pendahuluan pada prinsipnya kami menyetujui untuk menerima mahasiswa Fakultas Kedokteran Unej atas :

No	Nama	NIM	Nama Universitas	Judul Skripsi
1	Nurdiana Cahyani	142010101058	Fakultas Kedokteran UNEJ	Hubungan antar ketergantungan Kafein pada PX Skizofrenia dengan gejala positif
2	Hafiy Hilmy	142010101057	Fakultas Kedokteran UNEJ	Hubungan derajat ketergantungan Nikotin pada gejala negative pada pasien Skizofrenia

adapun ketentuan – ketentuan yang harus ditaati sebagai berikut :

1. Waktu pelaksanaan Praktik Kerja dapat di mulai sejak September s/d Desember 2017;
2. Pemandokan untuk pelaksanaan Penelitian & Pengambilan data di sediakan oleh PT Nusantara Sebelas Medika;
3. Biaya yang dikeluarkan untuk keperluan tersebut tidak menjadi tanggungan PT Nusantara Sebelas Medika;
4. **Tidak diperkenankan** mengambil data yang berhubungan dengan Keuangan dan Rahasia Perusahaan;
5. Selesai melaksanakan penelitian, selambat-lambatnya 2 (dua) bulan, yang bersangkutan wajib mengirimkan laporan hasil penelitian yang telah disahkan oleh Dosen Pembimbing kepada PT. Nusantara Sebelas Medika dalam hal ini ke Bidang Sumber Daya Manusia di Jl. PB. Sudirman No. 81 Rumah Sakit Djatiroto PT Nusantara Sebelas Medika.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



**Lampiran 3.4 Formulir *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya mewakili keluarga saya telah diminta dan memberikan persetujuan untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “Hubungan antara Gangguan Penggunaan Kafein dengan Gejala Positif pada Pasien Skizofrenia di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang”, yang dilakukan oleh:

**Nama : Nurdiana Cahyani**

**Fakultas : Kedokteran Universitas Jember**

**Pembimbing : 1. dr. Alif Mardijana, Sp.KJ**

**2. dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M.Kes.**

Saya mengerti bahwa resiko yang akan datang tidak akan membahayakan keluarga saya, serta berguna untuk meningkatkan pengetahuan adanya hubungan antara gangguan penggunaan kafein dengan gejala positif. Namun keluarga saya berhak mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak. Saya mengerti data atau catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Semua berkas yang mencantumkan identitas keluarga saya hanya digunakan untuk pengolahan data dan apabila penelitian ini selesai data milik responden akan dimusnahkan.

Demikian secara sukarela dan tanpa unsur paksaan dari siapaun saya mewakili keluarga saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

No Responden :.....

Tanggal/Bulan/Tahun :.....

Tanda Tangan

(.....)

**Lampiran 3.5 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel****LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SAMPEL**

Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember (Nurdiana Cahyani 142010101058) sedang melakukan penelitian untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara gangguan penggunaan kafein dengan gejala pada pasien skizofrenia positif di Poli Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

Keluarga Anda termasuk dalam kriteria inklusi penelitian, oleh karena itu peneliti meminta keluarga Anda untuk menjadi sukarelawan dalam penelitian yang akan dilakukan. Apabila keluarga Anda bersedia ikut serta dalam penelitian ini, Anda akan diminta untuk mengisi *informed consent* (lembar persetujuan), kemudian Anda dan keluarga Anda akan menjawab beberapa pertanyaan penelitian, kemudian mengikuti prosedur penelitian ini.

Keluarga Anda bebas menolak untuk ikut dalam penelitian ini. Apabila keluarga Anda telah memutuskan untuk ikut, keluarga Anda juga bebas untuk mengundurkan diri setiap saat. Apabila Anda dan keluarga Anda tidak mengikuti instruksi yang diberikan oleh peneliti, keluarga Anda dapat dikeluarkan setiap saat dari penelitian ini. Semua data penelitian ini akan diperlakukan secara rahasia sehingga tidak memungkinkan orang lain menghubungkan dengan keluarga Anda. Semua berkas yang mencantumkan identitas hanya digunakan untuk pengolahan data dan apabila penelitian ini selesai data milik subyek akan dimusnahkan.

Anda dan keluarga Anda akan diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu Anda membutuhkan penjelasan, Anda dapat menghubungi Nurdiana Cahyani, mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada nomor 085655020028.

**Lampiran 3.6 Identitas Sampel****HUBUNGAN ANTARA GANGGUAN PENGGUNAAN  
KAFEIN DENGAN GEJALA POSITIF PADA PASIEN  
SKIZOFRENIA DI POLI PSIKIATRI  
RS PTPN XI DJATIROTO LUMAJANG**

No Responden : ..... Alamat : .....

No. Telp : ..... Tanggal pengisian data : .....

---

Saudara diminta mengisi pertanyaan berikut dengan mengisi kuesioner atau dengan memilih salah satu jawaban yang menurut saudara paling sesuai dengan diri anda/pasien.

**IDENTITAS PASIEN**

1. Nama :
2. Usia :
3. Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan
4. Lama terdiagnosis :
5. Pendidikan :
  - e. Tidak tamat belajar
  - f. Tamat SD
  - g. Tamat SMP
  - h. Tamat SMA
  - i. Tamat Sarjana
6. Pekerjaan : Bekerja / Tidak bekerja
7. Pendapatan :
  - a. < Rp 1.500.000,00/bln
  - b. ≥ Rp 1.500.000,00/bln
8. Merokok : Ya/ Tidak

### Lampiran 3.7 *Caffeine Use Disorder*

#### *Caffeine Use Disorder*

Pola penggunaan kafein yang bermasalah akan menyebabkan pada kerusakan dan bahaya yang fatal, sebagaimana akan ditunjukkan setidaknya tiga dari kriteria di bawah ini yang akan terjadi dalam periode 12 bulanan:

---

1. Keinginan terus-menerus atau upaya yang gagal untuk mengurangi atau mengendalikan penggunaan kafein.
  2. Penggunaan kafein yang terus berlanjut meskipun memiliki pengetahuan tentang masalah fisik atau psikologis yang terus-menerus atau berulang. Kemungkinan telah disebabkan atau diperburuk oleh kafein.
  3. Penarikan (*withdrawal*), seperti yang ditunjukkan oleh salah satu dari berikut ini:
    - a) Adanya ciri atau karakteristik sindrom penarikan (*withdrawal*). karakteristik bagi kafein.
    - b) Kafein (atau zat yang memiliki kesamaan dengannya) digunakan untuk meringankan atau menghindari gejala-gejala (*withdrawal*).
  4. Penggunaan Kafein seringkali dalam jumlah yang lebih banyak atau melebihi dari jangka waktu yang seharusnya
  5. Penggunaan kafein yang berulang kali akan berdampak pada kegagalan memenuhi kewajiban terhadap kegiatan sehari-hari di tempat kerja, sekolah atau rumah (misal keterlambatan atau absen dari pekerjaan atau sekolah yang berhubungan dengan penggunaan atau penarikan (*withdrawal*) kafein).
  6. Melanjutkan penggunaan kafein meskipun memiliki masalah sosial atau interpersonal yang berkelanjutan atau diperburuk oleh dampak dari penggunaan kafein (pendapat ini dikaitkan dengan konsekuensi penggunaan, masalah kesehatan, dan biaya)
  7. Toleransi, seperti yang didefinisikan oleh salah satu dari berikut ini:
    - a) Kebutuhan akan peningkatan jumlah kafein secara nyata untuk mencapai efek yang diinginkan.
    - b) Efeknya berkurang dengan penggunaan kafein dalam jumlah yang sama.
  8. Banyaknya waktu yang harus dihabiskan dalam aktifitas-aktifitas yang dibutuhkan untuk memperoleh kafein, menggunakan kafein, atau pemulihan dari dampak kafein tersebut
  9. Dorongan atau keinginan yang kuat untuk menggunakan kafein
- Petunjuk untuk menentukan tingkat keparahan DSM-5 Substance Use Disorders. Gangguan Penggunaan Zat terjadi pada tingkat keparahan yang luas, dari yang ringan hingga berat, dengan tingkat keparahan berdasarkan jumlah kriteria gejala yang terpenuhi. Gangguan penggunaan zat ringan

dengan dua sampai tiga gejala, sedang dengan empat sampai lima gejala, dan berat dengan enam atau lebih gejala.

**Interpretasi :**

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Skripsi

  
dr. Alif Mardijana, SpKJ  
Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa



**Lampiran 3.8 Skor *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS)*****POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE (PANSS)***

**Berikan penilaian dengan memberikan tanda silang (x) pada kolom nilai yang sesuai, dengan ketentuan sebagai berikut:**

- 1 = tidak ada
- 2 = minimal
- 3 = ringan
- 6 = sedang
- 7 = agak berat
- 8 = berat
- 9 = sangat berat

No	Uraian Penilaian dan Pertanyaan	Nilai						
		1	2	3	4	5	6	7
P1	Waham (isi pikiran tidak realistis, aneh, egosentrik, dan sulit dikoreksi) Adakah keyakinan atau keadaan luar biasa yang terjadi/dialami pasien?							
P2	Kekacauan proses pikir (proses pikir verbal yang terputus atau tidak segera tersampaikan oleh karena asosiasi longgar, melingkar, tidak urut, atau tidak mengandung arti). Penilaian dengan pencermatan pembicaraan pasien selama wawancara.							
P3	Perilaku halusinatorik (perilaku aneh atau tidak bertujuan tanpa dirangsang stimuli dari luar). Penilaian berdasarkan observasi atau laporan dari orang lain yang mengetahui.							
P4	Gaduh gelisah (hiperaktivitas motorik, peningkatan respon terhadap stimuli, kewaspadaan berlebihan, atau labilitas mood yang berlebihan). Penilaian berdasarkan observasi atau laporan dari orang lain yang mengetahui.							
P5	Waham kebesaran (keyakinan tentang diri sendiri yang berlebihan). Adakah kekuatan, kekayaan, kesaktian, atau							

	kemampuan lain yang luar biasa dimiliki pasien?							
P6	Kecurigaan/kejaran (ide atau keyakinan tidak realistis terhadap sesuatu yang akan menelakai pasien) Adakah sekelompok orang atau seseorang , atau keadaan tertentu yang akan menelakai dan memonitor, memata matai pasien?							
P7	Permusuhan (sikap dan ekspresi verbal kemarahan, kebencian, termasuk kata-kata kotor, caci maki, atau penyerangan fisik). Penilaian berdasarkan observasi atau laporan dari orang lain yang mengetahui.							

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Skripsi



dr. Alif Mardijana, SpKJ  
Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa

**Lampiran 3.9 Caffeine Use Disorder dengan Keterangan Operasional*****Caffeine Use Disorder***

Pola penggunaan kafein yang bermasalah akan menyebabkan pada kerusakan dan bahaya yang fatal, sebagaimana akan ditunjukkan setidaknya tiga dari kriteria di bawah ini yang akan terjadi dalam periode 12 bulanan:

NO	Keterangan	YA	TIDAK
1.	Apakah Anda mengonsumsi kafein? apakah anda mengkonsumsinya setiap hari? Berapa kali dalam sehari? Sekali minum berapa Gelas? Pernahkah Anda mencoba berhenti mengonsumsi kafein, apakah berhasil? Apabila disuruh berhenti atau mengurangi apakah anda yakin bisa melakukannya?		
2.	Apakah Anda tahu bahwa kafein apabila dikonsumsi berlebihan dapat memperburuk kesehatan, misalnya pusing, cemas dan, sakit kepala. Apabila Anda mengetahui hal tersebut, apakah selama ini anda masih berlanjut mengkonsumsinya?		
3.	Apakah Anda pernah merasa tidak enak, misal pusing, gemetar saat tidak mengonsumsi kafein? atau misalnya persediaan kopi habis apakah anda berusaha mencari minuman misal teh atau minuman bersoda untuk menghilangkan keadaan tersebut?		
4.	Apakah Anda sering menambah konsumsi kafein? misal dari 2 cangkir menjadi 3 cangkir?		
5.	Apakah Anda pernah mengalami permasalahan kegiatan sehari-hari dikarenakan konsumsi kafein, seperti tidak bekerja, tidak melakukan aktivitas rutin, atau kurang konsentrasi?		

6.	Apakah Anda pernah mengalami masalah kesehatan dan biaya dikarenakan konsumsi kafein?		
7.	Pernahkah Anda merasa bahwa secangkir kopi (kafein) atau yang biasa anda minum kurang memberikan kenikmatan seperti konsumsi terdahulu? Sehingga Anda manambah konsumsi lagi untuk memberikan atau mendapat kenikmatan yang sama.		
8.	Apakah Anda merasa ingin mengkonsumsi kafein dari waktu ke waktu dan dalam waktu yang lama?		
9.	Apakah Anda sangat suka dan sangat ingin mengkonsumsi kafein?		
	<b>Total</b>		
	<b>Interpretasi :</b>		

Petunjuk untuk menentukan tingkat keparahan DSM-5 Substance Use Disorders. Gangguan Penggunaan Zat terjadi pada tingkat keparahan yang luas, dari yang ringan hingga berat, dengan tingkat keparahan berdasarkan jumlah kriteria gejala yang terpenuhi. Gangguan penggunaan zat ringan dengan dua sampai tiga gejala, sedang dengan empat sampai lima gejala, dan berat dengan enam atau lebih gejala.

Mengatahui,

Dosen Pembimbing Skripsi

  
**dr. Alif Mardijana, SpKJ**  
 Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa

**Lampiran 3.10 Skor *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)* dengan Keterangan Operasional**

***POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE (PANSS)***

**Berikan penilaian dengan memberikan tanda silang (x) pada kolom nilai yang sesuai, dengan ketentuan sebagai berikut:**

- 1 = tidak ada
- 2 = minimal
- 3 = ringan
- 4 = sedang
- 5 = agak berat
- 6 = berat
- 7 = sangat berat

No	Uraian Penilaian dan Pertanyaan	Nilai						
		1	2	3	4	5	6	7
P1	<b>Waham</b> Apakah pasien mempunyai pikiran tertentu yang dianggap aneh oleh orang lain? Apakah pasien memiliki keyakinan tertentu terhadap suatu hal dan mengganggu Anda?							
P2	<b>Kekacauan proses pikir</b> Penilaian dengan pencermatan pembicaraan pasien selama wawancara. Apakah pasien bercerita atau dapat menjawab pertanyaan dengan benar dan koheren.							
P3	<b>Perilaku halusinatorik</b> Penilaian berdasarkan observasi atau laporan dari orang lain yang mengetahui. Apakah pasien sering sulit untuk tidur? Apakah pasien merasa ada yang berbicara kepadanya, melihat sesuatu hal atau merasakan sesuatu?							

P4	<b>Gaduh gelisah</b> Penilaian berdasarkan observasi atau laporan dari orang lain yang mengetahui.								
P5	<b>Waham kebesaran</b> Adakah kekuatan, kekayaan, kesaktian, atau kemampuan lain yang luar biasa dimiliki pasien?								
P6	<b>Kecurigaan/kejaran</b> Adakah sekelompok orang atau seseorang, atau keadaan tertentu yang akan mencelakai dan memonitor, memata-matai pasien? Adakah perasaan curiga terhadap orang lain terhadap penyakit pasien? Misal digunakan-								
P7	<b>Permusuhan</b> Penilaian berdasarkan observasi atau laporan dari orang lain yang mengetahui. Apakah pasien akhir- ini sering marah dan mudah mengamuk dan mudah tersinggung? Bagaimana, bisa diceritakan dengan detail?								
<b>Total</b>									

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Skripsi

*dr. Alif Mardijana, SpKJ*  
Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa

**Lampiran 3.11 Item Skor *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS)**

Berdasarkan *The Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) for Schizophrenia oleh Stanley R. Kay, Abraham Fiszbein, dan Lewis A. Opler

**SKALA POSITIF (P)****P1. WAHAM**

Keyakinan yang tidak mempunyai dasar, tidak realistik dan aneh (idiosinkratik).

Dasar penilaian : isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap relasi sosial dan perilaku.

3. Tidak ada. Definisi tidak terpenuhi.
4. Minimal. Patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal.
5. Ringan. Ada satu atau dua waham yang samar-samar, tidak terkristalisasi dan tidak berahan. Waham tidak mempengaruhi proses pikir, relasi sosial atau perilaku.
6. Sedang. Adanya serangkaian waham yang bentuknya kurang jelas dan tidak stabil atau beberapa waham yang berbentuk jelas yang kadang-kadang mempengaruhi proses pikir, relasi sosial atau perilaku.
7. Agak berat. Adanya beberapa waham yang berbentuk jelas yang dipertahankan dan kadang-kadang mempengaruhi proses pikir, relasi sosial atau perilaku.
8. Berat. Adanya suatu susunan waham yang stabil yang terkristalisasi, mungkin sistematis, dipertahankan dan jelas mempengaruhi proses pikir, relasi sosial atau perilaku.
9. Sangat berat. Adanya suatu susunan waham yang stabil, sangat sistematis atau sangat banyak, dan yang mendominasi bidang utama kehidupan pasien. Seringkali mengakibatkan tindakan yang tidak serasi dan tidak bertanggungjawab 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.

Dasar penilaian : proses pikir kognitif verbal yang diamati selama wawancara.

1. Tidak ada. Definisi tidak terpenuhi.
2. Minimal. Patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim 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 dibawah 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 dibawah longgar tekanan minimal.
5. Agak berat. Secara umum mengalami kesulitan dalam menata pikiran yang terbukti dalam bentuk sering tidak relevan, tidak ada hubungan atau asosiasi longgar bahkan walaupun tanpa tekanan.
6. Berat. Proses pikir sangat menyimpang dan pada dasarnya tidak konsisten, mengakibatkan tidak relevan yang parah dan kekacauan proses pikir yang terjadi hampir terus menerus.
7. Sangat berat. Pikiran sangat kacau sehingga menjadi inkoheren. Asosiasi longgar sangat jelas yang mengakibatkan kegagalan total dalam komunikasi, misalnya *word salad* atau mutisme.

### P3. HALUSINASI

Laporan secara verbal atau perilaku yang menunjukkan persepsi yang tidak dirangsang oleh stimuli dari luar.

Dasar penilaian : laporan verbal dan manifestasi fisik selama wawancara dan juga perilaku yang dilaporkan oleh perawat atau keluarga.

1. Tidak ada. Definisi tidak terpenuhi .
2. Minimal. Patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal.
3. Ringan. Satu atau dua halusinasi yang jelas tetapi jarang timbul, atau beberapa abnormalitas 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 atau pengalamannya ini dan bereaksi terhadapnya secara emosional serta kadang-kadang juga 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.

#### P4. GADUH GELISAH

Hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimuli, waspada berlebihan atau labilitas alam perasaan yang berlebihan.

Dasar penilaian : manifestasi klinik perilaku selama wawancara dan juga laporan peeraat atau keluarga tentang perilaku.

1. Tidak ada. Definisi tidak terpenuhi.
2. Minimal. Patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal.
3. Ringan. Cenderung sedikit agitatif, waspada berlebihan atau sedikit mudah terangsang selama wawancara, tetapi tanpa episode yang jelas dari gaduh gelisah atau labilitas alam perasaan yang mencolok. Pembicaraan mungkin sedikit mendesak.
4. Sedang. Agitasi atau mudah terangsang yang jelas terbukti selama wawancara, mempengaruhi pembicaraan dan mobilitas umum atau ledakan-ledakan episodik yang terjadi secara sporadik.
5. Agak berat. Tampak hiperaktivitas yang bermakna, atau sering terjadi ledakan-ledakan atau aktifitas motorik yang menyebabkan kesulitan bagi pasien tetap duduk atau waktu yang lebih lama dari beberapa menit dalam setiap kesempatan.

6. Berat. Gaduh gelisah yang mencolok mendominasi wawancara, membatasi perhatian sedemikian rupa sehingga mempengaruhi fungsi sehari-hari seperti makan dan tidur.
7. Sangat berat. Gaduh gelisah yang mencolok, sangat serius mempengaruhi fungsi sehari-hari seperti makan dan tidur, serta jelas tidak memungkinkan interaksi interpersonal. Percepatan pembicaraan dan aktivitas motorik dapat menimbulkan inkonerensi dan kelelahan.

#### P5. WAHAM KEBESARAN

Pendapat tentang diri sendiri yang berlebihan dan keyakinan tentang superioritas yang tidak realistis, termasuk waham tentang kemampuan diri yang luar biasa, kekayaan, pengetahuan, kemasyuran, kekuasaan dan kebajikan moral.

Dasar penilaian : isi pikiran yang diekspresikan selama wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.

1. Tidak ada. Definisi tidak terpenuhi .
2. Minimal. Patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal.
3. Ringan. Terdapat luapan-luapan atau kesombongan tetapi hanya waham kebesaran yang jelas.
4. Sedang. Perasaan superior yang jelas dan tidak realistis terhadap orang lain. Bisa terdapat beberapa waham yang kurang berbentuk tentang kekhususan status diri atau kemampuan tetapi tidak bertindak sesuai.
5. Agak berat. Waham-waham jelas yang diekspresikan, tentang kehebatan kemampuan, status atau kekuasaan dan mempengaruhi sikap tetapi tidak mempengaruhi perilaku.
6. Berat. Waham-waham jelas yang diekspresikan tentang superioritas luar biasa meliputi lebih dari suatu parameter (kekayaan, kemasyuran, dll), khususnya mempengaruhi interaksi dan mungkin bertindak sesuai.
7. Sangat berat. Proses pikir, interaksi dan perilaku didominasi oleh pelbagai waham tentang kemampuan diri yang menakjubkan, kekayaan, pengetahuan, kemasyuran, kekuasaan dan/atau ketinggian moral yang bisa sampai berkualitas aneh (*bizarre*).

#### P6. KECURIGAAN/KEJARAN

Ide-ide kejaran yang tidak realistis atau berlebihan, yang tercermin dalam sikap berjaga-jaga, sikap tidak percaya, kewaspadaan yang berlebihan berdasarkan kecurigaan atau waham jelas bahwa orang lain berniat mencelakakan.

Dasar penilaian : isi pikiran yang diekspresikan dalam wawancara dan pengaruhnya terhadap perilaku.

1. Tidak ada. Definisi tidak terpenuhi.
2. Minimal. Patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal.
3. Ringan. Adanya sikap berjaga-jaga atau bahkan sikap tidak percaya yang diperlihatkan, tetapi pikiran, interaksi dan perilaku hanya sedikit terpengaruh.
4. Sedang. Terdapat ketidakpercayaan yang jelas dan mengganggu wawancara dan/atau perilaku, tetapi tidak terdapat bukti tentang adanya waham-waham kejaran. Kemungkinan lain, bisa ada petunjuk tentang waham kejaran yang samar-samar bentuknya, tetapi tampaknya tidak mempengaruhi sikap pasien atau relasi interpersonal.
5. Agak berat. Pasien memperlihatkan ketidakpercayaan yang mencolok, mengarah pada pemutusan relasi interpersonal, atau jelas ada waham-waham kejaran yang sedikit berdampak terhadap relasi interpersonal dan perilaku.
6. Berat. Waham-waham kejaran pervasif yang nyata, yang mungkin sistematis dan secara bermakna mempengaruhi relasi interpersonal.
7. Sangat berat. Rangkaian waham-waham kejar yang sistematis mendominasi proses pikir pasien, relasi sosial dan perilaku.

#### P7. PERMUSUHAN

Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif agresif, caci maki dan penyerangan..

Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.

1. Tidak ada. Definisi tidak terpenuhi.
2. Minimal. Patologis diragukan; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal.

3. Ringan. Melampiasikan kemarahan secara tidak langsung atau ditahan seperti sarkasme, sikap tidak sopan, ekspresi bermusuhan dan kadang-kadang iritabilitas.
4. Sedang. Adanya sikap bermusuhan yang nyata, sering memperlihatkan iritabilitas dan ekspresi kemarahan atau kebencian yang langsung.
5. Agak berat. Pasien sangat mudah marah dan kadang-kadang memaki dengan kata-kata kasar atau mengancam.
6. Berat. Tidak kooperatif dan mencaci maki dengan kasar atau mengancam khususnya mempengaruhi wawancara, dan berdampak serius terhadap relasi sosial. Pasien dapat beringas dan merusak tetapi tidak menyerang orang lain secara fisik.
7. Sangat berat. Kemarahan yang hebat berakibat sangat tidak kooperatif, menghalangi interaksi, atau secara episodik melakukan penyerangan fisik terhadap orang lain.

Lampiran 4.1 Tabulasi Data Umum Responden

No.	Inisial Nama	Umur (tahun)	Jenis Kelamin (L/P)	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan	Penghasilan	Lama Terdiagnosis	Merokok	Jenis Skizofrenia
1	AK	35	L	SMA	Tidak bekerja	0	1 tahun	Ya	Paranoid
2	DS	0	P	SMA	Tidak bekerja	0	2 bulan	Tidak	Paranoid
3	EZ	53	L	Sarjana	Tidak bekerja	0	3 tahun	Ya	Catatonic
4	S	38	L	Sarjana	Tidak bekerja	0	12 tahun	Ya	Unspecified
5	LI	41	P	Sarjana	Bekerja	< 1.500.000	21 tahun	Tidak	Hebephrenic
6	SB	26	L	SMA	Tidak bekerja	0	1 tahun	Ya	Paranoid
7	Y	24	L	SD	Bekerja	< 1.500.000	2 tahun	Ya	Hebephrenic
8	B	44	L	SMP	Bekerja	< 1.500.000	2,5 tahun	Ya	Other schizophrenia
9	KA	43	P	SD	Tidak bekerja	0	7 tahun	Tidak	Hebephrenic
10	AY	25	L	Sarjana	Tidak bekerja	0	3 tahun	Ya	Paranoid
11	YS	22	L	SMA	Tidak bekerja	0	4 tahun	Ya	Hebephrenic
12	N	45	P	Tidak tamat	Tidak bekerja	0	6 tahun	Tidak	Paranoid
13	K	41	L	SMP	Bekerja	< 1.500.000	16 tahun	Ya	Paranoid
14	F	22	L	SMP	Tidak bekerja	0	6 tahun	Ya	Paranoid
15	SA	37	L	SD	Tidak bekerja	0	16 tahun	Ya	Unspecified
16	C	33	L	Sarjana	Tidak bekerja	0	7 tahun	Ya	Paranoid
17	SU	37	L	Sarjana	Bekerja	> 1.500.000	18 tahun	Tidak	Hebephrenic
18	KN	51	L	Sarjana	Bekerja	> 1.500.000	3 tahun	Ya	Unspecified
19	YW	43	L	SMA	Tidak bekerja	0	3 tahun	Ya	Hebephrenic
20	MA	37	L	SMA	Tidak bekerja	0	5 tahun	Ya	Paranoid
21	BS	52	L	Sarjana	Tidak bekerja	0	10 tahun	Ya	Hebephrenic
22	EP	36	L	SMA	Tidak bekerja	0	4 tahun	Ya	Paranoid
23	BA	24	L	SMA	Bekerja	< 1.500.000	2 tahun	Ya	Unspecified
24	NK	30	P	SMP	Bekerja	< 1.500.000	2 tahun	Tidak	Unspecified
25	SI	29	L	SMA	Bekerja	< 1.500.000	3 tahun	Ya	Unspecified
26	YP	22	L	SD	Tidak bekerja	0	3 bulan	Ya	Other schizophrenia
27	FP	21	L	Sarjana	Tidak bekerja	0	2 tahun	Ya	Paranoid
28	AB	41	L	SMP	Bekerja	< 1.500.000	9 tahun	Ya	Paranoid
29	JT	30	L	SMA	Bekerja	<1.500.000	3 tahun	Ya	Unspecified
30	MD	15	L	SD	Tidak bekerja	0	2 bulan	Ya	Paranoid

Lampiran 4.2 Tabel Tabulasi *Caffeine use Disorder* dan Skor PANSS Subskala Positif

No.	Inisial Nama	Caffeine Use Disorder									$\Sigma$	Ordinal	Skor PANSS Subskala Positif							$\Sigma$
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	
1	AK	1	1	0	0	0	1	0	0	1	4	Sedang	1	7	1	1	1	1	4	17
2	DS	1	1	0	1	0	1	0	0	1	5	Sedang	6	6	1	1	1	7	1	26
3	EZ	1	0	0	1	0	1	1	0	1	5	Sedang	6	5	1	1	1	7	1	25
4	S	1	1	0	1	0	1	0	0	1	5	Sedang	2	6	1	3	1	7	7	31
5	LI	0	1	0	0	0	1	1	0	1	4	Sedang	1	1	1	1	1	1	1	7
6	SB	1	1	0	0	0	0	0	0	1	3	Ringan	7	4	3	1	7	3	1	24
7	Y	1	0	1	0	0	1	1	1	1	6	Berat	6	1	7	1	1	7	7	40
8	B	1	0	0	0	1	1	0	0	1	4	Sedang	4	2	1	1	1	7	7	26
9	KA	1	1	1	0	0	1	0	0	1	5	Sedang	7	7	4	1	1	4	1	29
10	AY	1	0	1	0	0	0	1	0	1	4	Sedang	3	1	4	1	1	4	1	18
11	YS	1	1	1	0	0	1	1	0	1	6	Berat	3	3	7	7	1	4	1	31
12	N	1	0	0	1	0	1	0	1	1	5	Sedang	4	4	4	1	1	3	7	28
13	K	1	1	0	1	1	1	0	0	1	6	Berat	5	6	4	3	1	6	6	36
14	F	1	0	0	0	0	1	0	0	1	3	Ringan	6	3	7	4	1	3	5	33
15	SA	1	0	0	0	0	1	0	1	1	4	Sedang	6	7	5	7	1	1	6	37
16	C	1	0	0	1	0	1	1	1	1	6	Berat	4	1	6	3	5	6	6	31
17	SU	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3	Ringan	2	1	1	1	1	5	1	19
18	KN	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3	Ringan	6	1	4	4	1	5	7	32
19	YW	1	1	0	0	0	1	0	1	1	5	Sedang	2	4	6	6	1	1	1	25
20	MA	1	1	0	0	0	1	0	0	1	4	Sedang	1	7	6	3	6	6	1	29
21	BS	1	0	1	1	1	1	0	0	1	6	Berat	5	1	6	3	1	6	5	37
22	EP	1	1	0	1	0	1	0	1	1	6	Berat	1	4	6	1	1	7	7	30
23	BA	1	1	0	0	0	0	1	0	1	4	Sedang	1	7	1	1	3	1	1	14
24	NK	1	1	0	0	0	0	0	0	1	3	Ringan	1	1	4	2	1	1	1	16
25	SI	1	1	1	0	0	0	0	1	1	5	Sedang	6	1	7	1	1	4	4	27
26	YP	1	1	0	0	0	0	0	0	1	3	Ringan	1	7	1	1	5	3	3	18
27	FP	1	1	0	0	0	0	0	1	1	4	Sedang	6	1	4	3	1	1	4	21
28	AB	1	1	0	0	0	0	0	0	1	3	Ringan	4	1	1	5	3	1	4	14
29	JT	1	1	0	0	0	0	0	0	1	3	Ringan	1	1	4	2	6	1	1	16
30	MD	1	0	0	1	0	1	0	1	1	5	Sedang	5	2	3	4	1	3	1	30

### Lampiran 4.3 Analisis Data

#### Analisi Univariat

##### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Usia	30	15,00	53,00	34,5667	10,07449
Lama Terdiagnosis	30	2,00	252,00	66,0333	67,78896
CaffeineUseDisorder	30	3,00	6,00	4,4000	1,10172
PANSS	30	7,00	36,00	22,2333	7,02549
Valid N (listwise)	30				

##### JenisKelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	25	83,3	83,3	83,3
	Perempuan	5	16,7	16,7	100,0
Total		30	100,0	100,0	

##### Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<20	1	3,3	3,3	3,3
	20-30	10	33,3	33,3	36,7
	31-40	9	30,0	30,0	66,7
	41-50	7	23,3	23,3	90,0
	>50	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

##### Tingkat Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Lulus	1	3,3	3,3	3,3
	SD	5	16,7	16,7	20,0
	SMP	5	16,7	16,7	36,7
	SMA	10	33,3	33,3	70,0
	Sarjana	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Berpendapatan	21	70,0	70,0	70,0
< 1.500.000	7	23,3	23,3	93,3
>1.500.000	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

#### Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bekerja	9	30,0	30,0	30,0
Tidak Bekerja	21	70,0	70,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

#### Merokok

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Merokok	24	80,0	80,0	80,0
Tidak Merokok	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

#### LamaTerdiagnosis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <6 Bulan	3	10,0	10,0	10,0
7-12 Bulan	2	6,7	6,7	16,7
> 1 tahun	25	83,3	83,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

#### JenisSkizofrenia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Paranoid	13	43,3	43,3	43,3
Katatonik	1	3,3	3,3	46,7
Hebrefenik	7	23,3	23,3	70,0
Unspecified	7	23,3	23,3	93,3
Other schizophrenia	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

P1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	8	26,7	26,7	26,7
ada gejala	22	73,3	73,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

P2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	13	43,3	43,3	43,3
ada gejala	17	56,7	56,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

P3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	10	33,3	33,3	33,3
ada gejala	20	66,7	66,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

P4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	15	50,0	50,0	50,0
ada gejala	15	50,0	50,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

P5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	23	76,7	76,7	76,7
ada gejala	7	23,3	23,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**P6**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	9	30,0	30,0	30,0
ada gejala	21	70,0	70,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**P7**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	14	46,7	46,7	46,7
ada gejala	16	53,3	53,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Uji Korelasi *Spearman rank*

**Correlations**

			CaffeineUseDis order	PANSS
Spearman's rho	CaffeineUseDisorder	Correlation Coefficient	1,000	,521**
		Sig. (2-tailed)	.	,003
		N	30	30
	PANSS	Correlation Coefficient	,521**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,003	.
		N	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).