



## GAMBARAN KARAKTERISTIK PASIEN SKIZOFRENIA DI RSUD DR. GUNAWAN MANGUNKUSUMO KABUPATEN SEMARANG

**Muthia Aulia Permatasari <sup>a\*</sup>, Rihadini <sup>b</sup>, Romadhoni <sup>c</sup>**

<sup>a</sup> Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang; [muthiaaulia.unimus@gmail.com](mailto:muthiaaulia.unimus@gmail.com)

<sup>b</sup> Staf Pengajar bagian Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang

<sup>c</sup> Staf Pengajar Program Studi S1 Sarjana Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang

\* Penulis Korespondensi: Muthia Aulia Permatasari

### ABSTRACT

*Mental health problems are one of the health problems in various countries around the world, including Indonesia. Schizophrenia is the most common psychotic disorder and due to the increasing number of schizophrenia patients in Indonesia, especially in Central Java Province, this study aims to describe the distribution of schizophrenia patient characteristics at Dr. Gunawan Mangunkusumo Regional Public Hospital Semarang Regency. This research is a non-experimental quantitative research using descriptive study with purposive sampling. Data were collected by interviewing the patient's family or guardian and using medical records of patients diagnosed with schizophrenia at Dr. Gunawan Mangunkusumo Regional Public Hospital Semarang Regency. The results of research showed the proportion of patients schizophrenia was highest at the age of 26-45 years old in 48 people (50.5%), 66 people from male category (69.5%), 33 people with high school education (34.7%), 57 people unmarried (60%), 60 people unemployed (63.2%), 49 people with unspecified schizophrenia (51.6%), relapse that often occurs (43.2%) >2 times in 41 people, 72 people with no family history disease (75.8%). The characteristics of schizophrenia patients at Dr. Gunawan Mangunkusumo Regional Public Hospital were mostly in the age group of 26-45 years, male, high school education, unmarried, unemployed, unspecified schizophrenia type, relapse >2 times, and no family history*

**Keywords:** *Characteristics; Schizophrenia; dr. Gunawan Mangunkusumo Regional Public Hospital*

### Abstrak

Masalah kesehatan jiwa menjadi salah satu masalah kesehatan di berbagai negara di berbagai penjuru dunia, tak terkecuali di Indonesia. Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang paling sering ditemukan serta oleh karena semakin meningkatnya jumlah penderita skizofrenia di Indonesia khususnya di Provinsi Jawa Tengah, penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan persebaran karakteristik pasien skizofrenia di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Kabupaten Semarang. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif non eksperimental dengan menggunakan studi deskriptif menggunakan teknik purposive sampling. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara kepada keluarga atau wali pasien dan menggunakan data rekam medis pasien yang terdiagnosa Skizofrenia di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Kabupaten Semarang. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar pasien skizofrenia berusia 26-45 tahun sebanyak 48 orang (50,5%), berjenis kelamin laki-laki sebanyak 66 orang (69,5%), berpendidikan SMA sederajat sebanyak 33 orang (34,7%), belum menikah sebanyak 57 orang (60%), tidak bekerja sebanyak 60 orang (63,2%), tipe tak terinci sebanyak 49 orang (51,6%), kekambuhan yang terjadi >2 kali sebanyak 41 penderita (43,2%) dan sebanyak 72 penderita tidak memiliki riwayat keluarga dengan penyakit serupa (75,8%). Gambaran Karakteristik pasien skizofrenia di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo sebagian besar adalah kelompok usia 26-45 tahun, berjenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan SMA sederajat, belum menikah, tidak bekerja, tipe skizofrenia tak terinci, kekambuhan >2 kali, dan tidak ada riwayat keluarga.

**Kata Kunci:** Gambaran Karakteristik; Skizofrenia; RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo

## 1. PENDAHULUAN

Pada tahun 2019, 24 juta orang atau 1 dari 300 orang di dunia mengalami skizofrenia (WHO, 2019). Lebih dari periode 5-10 tahun setelah perawatan psikiatrik pertama kali di rumah sakit, hanya berkisar 10-20% pasien skizofrenia yang digambarkan memiliki hasil yang baik. Rentang angka pemulihan pasien skizofrenia berkisar 10-60% dengan 20-30% mampu menjalani kehidupan yang agak normal, 20-30% terus mengalami gejala sedang, dan 40-60% pasien terus mengalami gangguan bermakna sepanjang hidupnya [7].

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, prevalensi skizofrenia menunjukkan angka sebesar 6,7% per 1000 rumah tangga. Penyebaran prevalensi tertinggi berada di daerah Bali (11,1%) dan D.I.Yogyakarta (10,4%) per 1000 rumah tangga, sedangkan di Jawa Tengah prevalensi skizofrenia mencapai 8,7% per 1000 rumah tangga [8]. Berdasarkan hasil studi pendahuluan, jumlah pasien skizofrenia di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Kabupaten Semarang sepanjang tahun 2021 adalah sebanyak 1.743.

Skizofrenia ditandai dengan adanya halusinasi, delusi, gangguan dalam pikiran, persepsi, dan perilaku [5]. Gejala-gejala lain yang dapat muncul dari seorang penderita skizofrenia yakni acuh dan mengabaikan penampilan diri sendiri, cenderung menarik diri dari lingkungan sosial, pembicaraan yang kacau dan sukar dimengerti, inkoheren, gejala katatonik, stupor, gelisah, negativisme, gangguan afek, dan waham [9].

Risiko timbulnya gangguan jiwa pada seseorang dapat dipengaruhi oleh faktor sosio-demografi diantaranya mencakup usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, dan pekerjaan. Orang yang lebih rentan mengalami gangguan jiwa berada pada kategori orang yang berusia dewasa, berdasarkan jenis kelamin adalah laki-laki, berdasarkan status perkawinan adalah mereka yang belum menikah, berdasarkan tingkat pendidikan adalah dengan kategori pendidikan rendah, dan berdasarkan status pekerjaan adalah orang yang tidak bekerja [2]. Tipe skizofrenia yang paling sering ditemukan adalah tipe paranoid [1]. Kemungkinan dilakukannya perawatan ulang pada pasien skizofrenia dalam dua tahun setelah pemulangan adalah berkisar 40% sampai 60% [7]. Skizofrenia dihubungkan dengan adanya faktor genetik atau riwayat keluarga, dimana semakin dekat hubungan kekerabatan maka semakin besar risiko seseorang mengalami skizofrenia [1].

Semakin meningkatnya jumlah penderita skizofrenia di Indonesia khususnya di Provinsi Jawa Tengah, tingginya angka pasien skizofrenia serta belum pernah adanya penelitian terdahulu yang melakukan penelitian lebih lanjut terkait skizofrenia di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Kabupaten Semarang, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Kabupaten Semarang”.

## 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Skizofrenia

Skizofrenia merupakan salah satumasalah kejiwaan yang mempengaruhi perilaku, pikiran dan emosi seseorang. Skizofrenia dapat diidentifikasi dengan hilangnya daya tilik diri (insight) dan hilangnya penafsiran terhadap realitas. Skizofrenia didefinisikan sebagai deskripsi sindroma dengan berbagai etiologi dan perjalanan penyakit yang luas, serta beberapa dampak yang bergantung pada dampak genetik, fisik dan sosial budaya. Pada gangguan psikosis, seperti skizofrenia, tanda yang dijumpai berupa halusinasi, pembicaraan dan perilaku yang aneh, waham serta adanya gejala negatif [14].

Seiring dengan berjalannya waktu dan dengan ditemukannyagejala klinis yang beraneka ragam pada masing-masing individu, definisi skizofrenia terus mengalami perubahan. Definisi dari skizofrenia terus bertransformasi melalui setiap edisi dari Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Namun pada dasarnya definisi tersebut mempunyai tiga poin utama, antara lain [6] :

- a. **Pandangan Kraepelin.** Pandangan ini menitikberatkan terkait adanya avolisi yang mana merupakan berkurangnya dorongan untuk mengerjakan atau menjalani kegiatan yang bermanfaat seperti pergi bekerja dan/atau sekolah, kronisitas, aktivitas rutin, aktivitas sosial, hasil yang kurang memuaskan dan hobi.
- b. **Pandangan Bleurer,** menitikberatkan terkait adanya perubahan disosiatif bersifat primer atau fundamental yang ditemukan pada gejala negatif;
- c. **Pandangan Schneider,** yang menitikberatkan pada gejala atau distorsi realita. Berdasarkan ketiga pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan psikosis atau gangguan

jiwa parah yang dapat diidentifikasi dengan terdapatnya emosi, persepsi, kesalahan dalam berpikir, pembicaraan, perilaku seseorang dan tilikan diri.

## 2.2 Epidemiologi dan Etiologi Skizofrenia

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengatakan bahwa lebih dari 66% dari jumlah total pasien skizofrenia di negara berkembang tidak menerima tindakan pengendalian yang memadai. Di Indonesia, cakupan pasien skizofrenia adalah 15,1%, dan hanya 48,9% dari populasi yang berobatsecara teratur minum obat. Berdasarkan jenis kelamin antara wanita dan pria tidak ada perbedaan dalam prevalensi skizofrenia. Berdasarkan onset dan perjalanan penyakit, ada perbedaan antara laki-laki dan wanita. Onset pada pada wanita ditemukan lebih lambat dibandingkan dengan laki-laki. Pada wanita onset skizofrenia ditemukan antara 25 dan 35 tahun dengan persentase sekitar 3% sampai 10% wanita dengan skizofrenia datang dengan onset penyakit setelah usia 40tahun, sedangkan Pada laki-laki, onset skizofrenia adalah usia 10 sampai 25 tahun. Secara umum, hasil untuk pasien wanita dengan skizofrenia lebih baik daripada pria [19].

Skizofrenia diperbincangkan menjadi sebuah penyakit tunggal namun katagori diagnostiknya mencakup berbagai gangguan, mungkin dengan penyebab yang heterogen, tetapi memiliki gejala perilaku yang hampir serupa. Penyebab yang pasti mengenai skizofrenia belum ditemukan, tetapi beberapa hasil penelitian menjelaskan etiologi skizofrenia yaitu : [7];[2]

a. **Biologi.** Tidak ada gangguan fungsional dan struktur yang patognomonik yang ditemukan pada penderita skizofrenia. Gangguan organik dilihat melalui sub populasi pasien. Gangguan yang sering ditemui adalah disorientasi spasial sel piramid hipocampus, penurunan volume korteks prefrontal dorso lateral, pelebaran ventrikel 3 dan lateral yang stabil dan terkadang sudah terlihat sebelum awitan penyakit, atrofi bilateral lobus temporal medial dan lebih spesifik pada girus amygdala, hipocampus, dan parahipocampus. Menurut beberapa penelitian menyatakan bahwa semua perubahan ini bersifat menetap dan sudah ada sejak lahir dan beberapa kasus perjalanannya progresif. Gangguan skizofrenia dapat dilihat berdasarkan lokasinya, misalnya atrofi lobus frontalis dikaitkan dengan gejala negatif skizofrenia dan gangguan hipocampus dikaitkan dengan infermen memori. [1]

### b. Biokimia

#### (1) Hipotesis Dopamin

Hipotesis ini menjelaskan skizofrenia timbul karena berlebihnya aktivitas dopaminergik. Dua pengamatan menjadi alasan teori ini terkenal luas. Alasan pertama karena sebagian besar obat antipsikotik (yaitu, antagonis reseptor dopamin) efektif dan berpotensi, yang dikaitkan dengan kemampuannya bekerja sebagai antagonis reseptor dopamin tipe 2 (D2). Kedua, obat yang menaikkan aksi dopaminergik seperti amfetamin yang memiliki sifat dapat mengakibatkan persepsi tanpa adanya hal-hal yang dirasakan. Teori ini tidak menjelaskan apakah hiperaktivitas dopaminergik ditimbulkan akibat dopamin yang lepas berlebihan, hipersensitivitas reseptor dopamin terhadap dopamin, banyaknya reseptor dopamin, atau gabungan proses tersebut. Selain itu alur dopamin di otak yang terlibat juga tidak dijelaskan, meski jalur mesolimbik dan mesokortikal paling banyak dijumpai. Tugas spesifik dopamin dalam perjalanan penyakit skizofrenia searah dengan ilmu yang menguji konsentrasi plasma metabolit utama asam homovalinat, dopamin. Penelitian menjelaskan bawah terdapat hubungan positif antara tingkat buruknya gejala yang muncul pada penderita dengan konsentrasi asam homovanilat. Beberapa pasien yang mengalami kekurangan asam hemovalinat berkaitan dengan perbaikan gejala. [3].

#### (2) Norepinefrin

Beberapa studi menjelaskan bahwa obat antipsikotik yang dikonsumsi dalam waktu yang lama dapat mengurangi kerja lokus seruleus tepatnya pada neuron noradrenergik dan akibat dari hal tersebut terapi sebagian obat antipsikotik dapat mengaitkan kerjanya pada reseptor adrenergik alfa-1 dan adrenergik alfa-2. Meskipun korelasi antara aktivitas doradrenergik dan dopaminergik masih belum pasti, ditemukan kenaikan informasi yang menyebutkan bahwa sistem noradrenergik memodulasi sistem dopaminergik melalui sebuah metode sehingga sistem adrenergik yang tidak normal menjadikan penderita kerap mengalami relaps. [7]

#### (3) GABA

Neurotransmitter GABA, asam  $\gamma$ -aminobutirat, atau asam amino inhibitorik juga dianggap terlibat pada terjadinya skizofrenia. Hal ini sejalan dengan hipotesis dimana sebagian penderita skizofrenia mengalami kehilangan neuron GABAnergik di hipokampus dimana hal ini dapat menyebabkan terjadinya hiperaktivitas neuron dopaminergik dan noradrenergik. [3]

#### (4) **Glutamat**

Glutamat telah terlibat karena ingesti akut fenisiklidin, suatu antagonis glutamat yang membuat sebuah sindrom akut yang mirip dengan skizofrenia. Dugaan tentang glutamat mencakup glutamate induced neurotoxicity, hipoaktifitas, dan hiperaktifitas. [3]

(5) **Neuropeptida** Pada beberapa regio otak yang terlibat dalam kejadian skizofrenia, ditemukan kolesistokinin dan neurotensin yang merupakan dua jenis neuropeptida. Pada keadaan psikotik terdapat perubahan pada konsentrasinya. [3]

### 2.3 **Perjalanan Klinis Skizofrenia**

Suatu gejala pramorbid dapat dimungkinkan menjadi gejala awal suatu penyakit, meskipun definisi gejala seringnya hanya dijumpai secara retrospektif. Berdasarkan karakternya, tanda skizofrenia diawali saat mulai dewasa yang disertai berkembangnya gejala awal dalam waktu hitungan hari atau bulan. Waktu yang menunjukkan gejala gangguan dapat dilihat di lingkungan sekitar ataupun perubahan sosial. Sindrom prodromal dapat terjadi dalam kurun waktu satu tahun atau lebih panjang sebelum onset gejala khas psikotik. Sesudah terjadinya awal mula periode psikotik, periode pemulihan penderita berlangsung secara bertahap yang disertai dengan lamanya durasi fungsi yang cenderung wajar. Namun, biasanya kekambuhan dapat berlangsung serta umunya bentuk yang ditemukan pada penyakit dalam lima tahun pertama sesudah seseorang didiagnosis skizofrenia seringnya memperkirakan prognosis penderitanya. Setiap relaps psikosis dibarengi dengan pemburukan lanjutan pada fungsi dasar penderita. [7]

Perjalanan klasik skizofrenia merupakan satu remisi dan eksaserbasi. Yang paling penting dalam pembeda antara gangguan mood dan skizofrenia ialah pasien skizofrenia mengalami kegagalan untuk balik ke fungsi dasar usai terjadinya kekambuhan. Sering kali sebuah depresi pascapsikotik yang mampu diinvestigasi secara klinis berbarengan dengan suatu periode psikotik, biasanya selama hidupnya penderita skizofrenia memiliki kerentanan akan stres. Seiring dengan berjalannya waktu, gejala positif pasien skizofrenia dapat menjadi kurang parah, sedangkan gejala negatif dapat meningkat keparahannya. Gejala negatif ini dapat menimbulkan ketidakmampuan secara sosial. Meskipun sekiranya satu per tiga dari seluruh penderita skizofrenia memiliki eksistensi sosial yang terintegrasi atau marginal, hampir sebagian mempunyai kehidupan yang diidentifikasi dengan tuna wisma, tujuan hidup yang tidak ada, kemiskinan, seringnya melakukan pengobatan di rumah sakit yang terletak di kota, serta inaktivitas. [7]

### 2.4 **Karakteristik Berdasarkan Tipe Skizofrenia**

Klasifikasi skizofrenia berdasarkan PPDGJ III (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa) adalah sebagai berikut :

a. **Skizofrenia Paranoid.** Setelah seseorang berusia 30 tahun tipe skizofrenia ini merupakan tipe yg sering ditemukan. Awal mulanya dapat ditemukan dalam subakut, namun dapat dimungkinkan pula terjadi secara akut. Tipe skizofrenia ini adalah tipe yang paling stabil. Tanda yang dijumpai sering paranoid, sangat stabil, pasien mampu melakukan atau tidak menurut dengan waham yg diidap. Seringkali didapatkan penderita **tidak** dapat diajak kerjasama serta sukar diajak kerjasama, cemas, mudah 22 emosi, menjaga jarak, senang berargumentasi, ketakutan, marah serta pasien jarang menampakkan perilaku disorganisasi atau inkoheren. Tipe skizofrenia paranoid memiliki ciri utama yang dapat ditemui yakni berupa halusinasi auditorik dan waham yang menonjol dalam batasan terjaganya fungsi afektif dan kognitif.[9]

b. **Skizofrenia Disorganisasi (hebefrenik)**

Skizofrenia tipe hebefrenik umunya muncul saat usia 15-25 tahun dengan permulaan ecar perlahan-lahan atau subakut. 8 Apabila dibandingkan dengan skizofrenia jenis yang lain, tipe hebefrenik ini cenderung memiliki onset yang lebih awal. Jenis skizofrenia ini ditandai dengan munculnya kemunduran perilaku pada penderitanya. Perilaku aneh, asosiasi longgar, tertawa dangkal, kekanakan, bertingkah konyol, halusinasi ataupun delusi tampak tidak khas pada penderita skizofrenia dengan tipe hebefrenik. [9]

c. **Skizofrenia Katatonik.**

Awalnya muncul pada usia kisaran 15-30 tahun, seringnya diawali dengan adanya stress yang penuh dengan emosi dan bersifat akut. Pasien dengan skizofrenia tipe ini setidaknya memiliki satu dari (atau gabungan) variasi tipe katatonia.[9]

**d. Skizofrenia Tak Trinci.**

Penderita termasuk dalam kualifikasi umum diagnosis skizofrenia, namun tidak dapat dimasukkan ke golongan 24 skizofrenia katatonik, skizofrenia residual, skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, maupun depresi pasca skizofrenia. Gangguan waham, halusinasi dan tanda psikosis aktif yang khas seperti kebingungan dan inkoheren dapat dijumpai pada penderita skizofrenia tak terinci. [1]

**e. Depresi Pasca Skizofrenia.**

Depresi pasca skizofrenia merupakan periode depresif yang berisiko dapat terjadi dalam jangka panjang dan muncul setelah serangan penyakit skizofrenia. Masih dapat ditemukan variasi tanda dari skizofrenia, tetapi hal ini tidak mempengaruhi tanda klinisnya. Terkait menetapnya tandatanda tersebut dapat berupa gejala positif maupun gejala negatif, dimana gejala negatif biasanya lebih banyak ditemukan [1].

**f. Skizofrenia Residual.**

Skizofrenia residual merupakan keadaan kronis dari skizofrenia. Beberapa indikasi yang mengarah ke gejala negatif skizofrenia lebih khas, tanda negatif mencakup keterlambatan psikomotor, tumpulnya afek, penurunan aktivitas, tidak ada gagasan dan pasifnya sikap, sedikit pembicaraan baik kualitas maupun isi, ekspresi nonverbal. [9]

**g. Skizofrenia Simplex.**

Skizofrenia simplex awal mulanya saat masa pubertas, dimana tanda utamanya berupa emosi yang dangkal dan berkurangnya Skizofrenia ini sering muncul setidaknya sekali pada fase pubertas, dimana tanda utamanya berupa emosi yang dangkal dan berkurangnya motivasi. Skizofrenia tipe ini sulit dinilai karena perlahannya pemastian perkembangan dan progresif dari gejala “negatif” skizofrenia residual dengan tidak disertainya waham, riwayat halusinasi, ataupun manifestasi lain terkait adanya suatu episode/fase psikotik sebelumnya, dan disertai dengan adanya beberapa perubahan yang signifikan pada tingkah laku seseorang, yang ditunjukkan sebagai kehilangan motivasi yang cukup menonjol, malas, serta adanya penarikan diri dari lingkungan sosial. [1]

**h. Skizofrenia Lainnya.****i. Skizofrenia Tak Tergolongkan (Undifferentiated).****3. METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif non eksperimental dengan menggunakan studi deskriptif. Penelitian ini akan dilakukan di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Kabupaten Semarang pada bulan Juni – Juli 2023. Sampel pada penelitian ini adalah pasien skizofrenia di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Kabupaten Semarang yang memenuhi kriteria inklusi.

Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik purposive sampling sebanyak 94 sampel. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah pasien yang tidak terdapat diagnosis pada aksis III dan merupakan pasien skizofrenia murni yang datanya tercatat dan terdokumentasikan dalam rekam medis poli klinik jiwa RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Kabupaten Semarang. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah pasien skizofrenia dengan komorbid penyakit fisik (DM, HT, TB, dan lain sebagainya), pasien skizofrenia dengan komorbid demensia ataupun penyakit jiwa lain, dan pasien skizofrenia dengan riwayat penggunaan zat dan obat-obatan terlarang.

Penelitian ini menggunakan data primer berupa wawancara langsung dengan keluarga pasien dan data sekunder berupa dokumentasi rekam medis, yang kemudian diolah dengan software SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Analisis univariat digunakan guna mengetahui dan menggambarkan karakteristik data pada setiap variabel yang diteliti seperti karakteristik berdasarkan faktor sosiodemografi meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, tipe skizofrenia, kekambuhan, dan riwayat keluarga. Penelitian ini dilaksanakan setelah Ethical Clearance (EC) dikeluarkan oleh Komisi Etik Poltekkes Kemenkes Semarang dengan nomor surat NO. 0816/EA/KEPK/2023.

**4. HASIL DAN PEMBAHASAN**

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Gunawan Mangunkusumo dengan menggunakan data primer berupa wawancara langsung dengan keluarga atau wali responden. Total sampel

yang diambil dari penelitian ini sejumlah 95 pekerja dengan sampel minimal yang telah ditetapkan adalah 94 sampel.

#### 4.1 Analisis Univariat

Tabel 1. Sosiodemografi

Variabel	Frekuensi	Presentase(%)
<b>Usia</b>		
0-11 tahun	0	0
12-25 tahun	14	14,7
26-45 tahun	48	50,5
46-65 tahun	30	31,6
>65 tahun	3	3,2
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	66	69,5
Perempuan	29	30,5
<b>Tingkat Pendidikan</b>		
Tidak Sekolah	6	6,3
SD Sederajat	18	18,9
SMP Sederajat	30	31,6
SMA Sederajat	33	34,7
Perguruan Tinggi	8	8,4
<b>Status Pernikahan</b>		
Belum Menikah	57	60
Menikah	35	36,8
Bercerai hidup atau meninggal	3	3,2
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja	60	63,2
Bekerja	26	27,4
Pelajar / Mahasiswa	9	9,5
<b>Total Sampel</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sumber : Hasil olah data, 2025

Tabel 1 menunjukkan distribusi frekuensi dan presentase pasien skizofrenia di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo berdasarkan sosiodemografi periode Juni – Juli 2023. Bahwa sebagian besar (50,5%) responden berada pada usia 26-45 tahun sebanyak 48 orang dan tidak ada responden berusia 0-11 tahun. Sebagian besar responden yang merupakan pasien rawat jalan di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo adalah berjenis kelamin laki-laki sebesar 66 orang (69,5%). Sebagian besar sebanyak (34,7%) responden berpendidikan SMA sederajat dan hanya 6 orang (6,3%) tidak sekolah. Sebagian besar responden yang belum menikah sebesar 57 orang (60%), menikah sebanyak 35 orang (36,5%), dan bercerai sebanyak 3 orang (3,2%). Berdasarkan tabel di atas didapatkan sebanyak 60 penderita tidak bekerja (63,2%), 26 penderita bekerja (27,4%), dan 9 penderita merupakan seorang pelajar/mahasiswa (9,5%).

**Tabel 2. Tipe Skizofrenia**

Variabel	Frekuensi	Presentase(%)
Paranoid	28	28,4
Hebefrenik	9	10,5
Katatonik	3	3,2
Tak terinci	49	51,6
Simpleks	1	1,1
Residual	4	4,2
Depresi pasca skizofrenia	1	1,1
YTT	0	0
Lainnya	0	0
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sumber : Hasil olah data, 2025

Tabel 2 menunjukkan distribusi frekuensi dan presentase pasien skizofrenia di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo berdasarkan tipe skizofrenia periode Juni – Juli 2023. Tipe skizofrenia yang paling banyak ditemukan adalah skizofrenia tak terinci sebanyak 49 penderita (51,6%) dan diikuti dengan skizofrenia paranoid sebanyak 28 responden (28,4%). Tidak ditemukannya tipe skizofrenia YTT dan skizofrenia lainnya.

**Tabel 3. Kekambuhan**

Variabel	Frekuensi	Presentase(%)
Baru	7	7,4
1 kali	11	11,6
>2 kali	41	43,2
Kekambuhan pasca RI	36	37,9
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sumber : Hasil olah data, 2025

Tabel 3 menunjukkan distribusi frekuensi dan presentase pasien skizofrenia di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo berdasarkan kekambuhan periode Juni – Juli 2023. Kekambuhan yang terjadi pada pasien skizofrenia yang paling banyak ditemukan yakni kekambuhan yang terjadi >2 kali sebanyak 41 responden (43,2%) dan diikuti oleh kekambuhan pasca rawat inap sebanyak 36 responden (37,9%), sedangkan kasus baru ditemukan paling sedikit yakni sebanyak 7 responden (7,4%).

**Tabel 4. Riwayat Keluarga**

Variabel	Frekuensi	Presentase(%)
Tidak ada	72	75,8
Ada	23	24,2
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Sumber : Hasil olah data, 2025

Tabel 4 menunjukkan distribusi frekuensi dan presentase pasien skizofrenia di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo berdasarkan riwayat keluarga periode Juni – Juli 2023. Berdasarkan tabel 4 sebanyak 72

responden tidak memiliki riwayat keluarga dengan penyakit serupa (75,8%), sedangkan 23 responden memiliki riwayat keluarga dengan penyakit serupa (24,2%).

#### 4.2 Pembahasan

Penelitian ini dilakukan di Poli Jiwa RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Kabupaten Semarang yang dilakukan pada bulan Juni-Juli 2023 didapatkan mayoritas responden pada rentang usia 26-45 tahun (50,5%) yakni sebanyak 48 responden. Hasil pasien skizofrenia terbanyak berada pada rentang usia 35-50 tahun [13].

Selain itu, pernyataan ini didukung oleh teori yang menyatakan bahwa 90% pasien yang menjalani pengobatan skizofrenia ada pada rentang usia 15-55 tahun. Onset pada pria ditemukan lebih awal daripada wanita. Pada pria, onset skizofrenia adalah pada usia 10 sampai 25 tahun, sedangkan pada wanita antara 25 dan 35 tahun. Sekitar 3% sampai 10% wanita dengan skizofrenia datang dengan onset penyakit setelah usia 40 tahun. Kaplan (2010) juga menyatakan bahwa sebanyak 40-60% pasien skizofrenia terus mengalami gangguan yang bermakna sepanjang hidupnya [7].

Hasil penelitian ini mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 66 responden (69,5%). Hasil ini sejalan dengan Agung Wahyudi dkk (2016) dengan hasil menunjukkan pasien skizofrenia laki-laki sebesar 53,2% dan pasien skizofrenia perempuan sebesar 46,8%. Selain itu, juga sejalan dengan Sri Novitayani (2019) disebutkan bahwa 26 dari 40 sampel berjenis kelamin laki-laki (65%) [12].

Menurut Gerhad P. Girsang (2020), penderita laki-laki cenderung lebih rentan mengalami skizofrenia daripada penderita perempuan yang dibuktikan dengan suatu hasil penelitian yang menyatakan bahwa perempuan memiliki hormon estrogen yang berdampak pada aktivitas dopamin di nukleus akumben, dimana hormon estrogen ini menghambat pelepasan dopamin. Selain itu, terdapat pula hasil penelitian lain yang menyatakan bahwa laki-laki lebih sulit menerima situasi kehidupan dibandingkan dengan perempuan [4].

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa pasien skizofrenia berjenis kelamin perempuan memiliki hasil akhir yang lebih baik apabila dibandingkan dengan pasien skizofrenia berjenis kelamin laki-laki. Penderita laki-laki lebih memungkinkan untuk terganggu oleh gejala negatif dan memiliki fungsi sosial yang lebih buruk dibandingkan dengan penderita perempuan [7].

Responden pada penelitian ini sebagian besar merupakan tamatan SMA sederajat yang tidak melanjutkan pendidikan ke tingkatan yang lebih tinggi, yakni sebanyak 33 responden (34,7%). Tamatan dari perguruan tinggi hanya berjumlah 8 responden (8,4%), sedangkan tamatan SMP sederajat sejumlah 30 responden (31,6%), diikuti tamatan SD sederajat sejumlah 18 responden (18,9%) dan responden yang tidak bersekolah sebanyak 6 responden (6,3%). Hal ini didukung oleh penelitian Putri (2019) yang menunjukkan hasil sebagian besar pasien skizofrenia sebanyak 74% merupakan tamatan SMA.24 Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Yulia et al (2018) menunjukkan hasil bahwa dari 92 penderita skizofrenia di RSJ Jakarta, sebanyak 50 penderita (54%) diantaranya merupakan tamatan SMA [16].

Hal ini ada kaitannya dengan onset dari skizofrenia itu sendiri, dimana menurut usia puncak onset pada penderita skizofrenia berjenis kelamin laki-laki adalah berkisar pada usia 15-25 tahun, sedangkan bagi penderita skizofrenia berjenis kelamin wanita usia puncak onset adalah berkisar pada 25-35 tahun, sehingga hal ini akan mempengaruhi tingkat pendidikan pasien apabila mengidap skizofrenia pada kurun waktu tersebut. Selain itu, kemampuan dalam menerima informasi dari luar secara tepat dan kemampuan bersosialisasi sangat memberikan pengaruh bagi seseorang dalam menjalani proses pendidikan, yang mana apabila seseorang telah terdiagnosis skizofrenia maka hal tersebut akan membuat seseorang tersebut kesulitan untuk mengikuti pendidikan formal. Namun, pengaruh lain yang dapat menyebabkan seseorang tidak bersekolah ialah seperti kondisi sosial dan ekonomi. Hasil ini sejalan dengan data dari Sistem Informasi Administrasi Kependudukan (SIK) tahun 2020 dimana didapatkan sebagian besar penduduk di Kabupaten Semarang merupakan tamatan SMA sederajat [7].

Sebagian besar responden pada penelitian ini ditemukan belum menikah sejumlah 57 responden (60%), sedangkan responden yang sudah menikah sejumlah 35 responden (36,8%) dan responden yang bercerai hidup atau meninggal sejumlah 3 (3,2%). Hal ini didukung oleh Putri (2019) menunjukkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia berstatus belum menikah sebesar 69% dan yang telah menikah sebesar 31%.24 Selain itu, hal ini bersesuaian dengan pendapat Gerhad P. Girsang (2020) yang mengungkapkan bahwa

dukungan sosial dibutuhkan penderita skizofrenia dalam menciptakan kehidupan yang berarti, dimana perkawinan merupakan salah satu bentuk kemampuan membangun hubungan interpersonal. Pada mereka yang tidak menikah, resiko untuk mengalami skizofrenia cenderung lebih tinggi. Status pernikahan dianggap perlu sebagai bentuk pertukaran ego sehingga dapat mencapai suatu kedamaian. Adanya pasangan sebagai support system dalam kehidupan pasien skizofrenia dapat dikaitkan dengan semangat hidup atau motivasi pasien dalam bekerja [4].

Responden pada penelitian ini sebagian besar tidak bekerja yakni sebanyak 60 responden (63,2%), merupakan seorang pelajar/mahasiswa sebanyak 9 responden (9,5%), dan bekerja sebanyak 26 responden (27,4%). Hal ini didukung oleh Aulia Nisa dkk. (2015), dimana dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa mayoritas responden tidak memiliki pekerjaan (76,51%) jika dibandingkan dengan responden yang memiliki pekerjaan (23,49%).<sup>29</sup> Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Yulia et al (2018) juga mendukung pernyataan diatas, dimana didapatkan pasien tidak bekerja sebanyak 69 pasien (75%) dan yang bekerja sejumlah 29 responden (25%).<sup>28</sup> Hasil ini sejalan dengan data dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Semarang didapatkan bahwa data pengangguran pada tahun 2019 sebanyak 15.752 jiwa, tahun 2020 sebanyak 28.716 jiwa, dan terus meningkat pada tahun 2021 sebanyak 31.627 jiwa [16].

Regina Grace (2015) dan Trilivia (2015) menyebutkan bahwa seseorang yang tidak bekerja dapat meningkatkan resiko terjadinya skizofrenia 6,2 kali lebih besar dibandingkan dengan seseorang yang tidak bekerja.<sup>30,31</sup> Selain itu, menurut Martini (2018) skizofrenia dapat berdampak pada fungsi psikososial diantaranya meliputi gangguan merawat diri, keterampilan mandiri dalam hidup, kualitas dalam hubungan sosial, dan kapasitas untuk bekerja maupun belajar. Sebagian orang dengan gangguan jiwa berat bersedia dan mampu bekerja, tetapi tingkat pengangguran dalam populasi ini tetap sangat tinggi dengan kisaran 80-90% [10].

Dalam penelitian ini, tipe skizofrenia terbanyak yang ditemukan adalah skizofrenia tak terinci sejumlah 49 responden (51,6%) dan diikuti oleh skizofrenia paranoid sejumlah 28 responden (28,4%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nindi Natania (2018) dimana didapatkan hasil terbanyak merupakan pasien skizofrenia tak terinci sejumlah 18 pasien (21,7%). Hal ini didukung pula oleh penelitian yang dilakukan oleh Mulyani (2019) dimana dalam penelitian tersebut didapatkan hasil jenis skizofrenia yang paling banyak ditemukan adalah skizofrenia tak terinci sebesar 45% yang kemudian diikuti oleh skizofrenia paranoid sebesar 44% [11].

Responden dalam penelitian ini sebagian besar mengalami kekambuhan >2 kali yakni sebanyak 41 responden (43,2%) dan diikuti oleh kekambuhan pasca rawat inap yang dialami oleh 36 responden (37,9%). Hal ini didukung oleh penelitian oleh Putri (2019) dengan didapatkan hasil kekambuhan terbanyak pada pasien skizofrenia adalah kekambuhan >3 kali dan berulang kali keluar masuk rumah sakit jiwa sebesar 71% dengan kurun waktu tidak dapat diprediksi [13]. Menurut Riskesdas Tahun 2018, kekambuhan pada pasien skizofrenia masih masuk dalam kategori tinggi.

Kekambuhan akibat ketidakteraturan minum obat yaitu sebesar 36,1% dimana kebanyakan dari pasien tidak meminum obatnya dikarenakan merasa sudah sembuh, sebanyak 33,7% tidak rutin melakukan kontrol ke dokter, dan pasien yang rutin dan teratur meminum obatnya sebesar 48,9%. Penelitian yang dilakukan oleh Kurnia menyatakan bahwa beberapa faktor dominan yang dapat memengaruhi terjadinya kekambuhan pada penderita skizofrenia ialah peran keluarga, usia, dan faktor keteraturan minum obat [18]. Hasil penelitian ini didapatkan sebanyak 72 responden (75,8%) tidak memiliki riwayat keluarga sedangkan 23 responden (24,2%) memiliki riwayat keluarga. Hasil ini sejalan dengan Irfandi N (2016) didapatkan hasil bahwa pasien skizofrenia yang tidak memiliki riwayat keluarga lebih banyak (sebesar 86,2% atau 275 orang) apabila dibandingkan dengan pasien skizofrenia yang memiliki riwayat keluarga [15].

Namun, hal ini bertentangan dengan teori bahwa berbagai macam penelitian dengan kuat telah menyatakan suatu komponen genetika terhadap penurunan penyakit skizofrenia. Kemungkinan seseorang mengalami skizofrenia adalah apabila bagian keluarga lain juga mengalami skizofrenia dan berkaitan dengan dekatnya suatu hubungan persaudaraan [7]. Menurut Maramis (2009), faktor keturunan atau genetik dipastikan turut serta menentukan munculnya skizofrenia yang sudah dibuktikan oleh penelitian yang membahas mengenai keluarga-keluarga pengidap skizofrenia khususnya anak-anak kembar satu telur dimana didapatkan hasil angka kesakitan bagi saudara tiri adalah berada pada kisaran 0,9-1,8%, bagi saudara kandung berkisar 7-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua pengidap skizofrenia pada kisaran 7-16% dan apabila kedua orang tua dengan skizofrenia berkisar diangka 40-68%, bagi heterozigot atau kembar dua telur berkisar 2-15%

sedangkan bagi monozigot atau kembar satu telur berkisar 61-86%. Tetapi, diperkirakan bahwa pengaruh genetik yang diturunkan bukan penyakit skizofrenia itu sendiri, melainkan potensi untuk mendapatkan skizofrenia melalui gen yang resesif. Potensi ini dapat menjadi kuat ataupun lemah tergantung dengan lingkungan sekitar individu tersebut apakah akan terjadi suatu manifestasi skizofrenia atau tidak [9].

## 5. KESIMPULAN DAN SARAN

Saran bagi institusi yairu hasil dari penelitian ini dapat menjadi informasi untuk RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo mengenai distribusi karakteristik pasien skizofrenia berdasarkan sosiodemografi, tipe, riwayat keluarga, dan kekambuhan sehingga dapat dijadikan sebagai dasar untuk meningkatkan sistem pelayanan. Sedangkan saran bagi masyarakat bahwa hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan edukasi pada masyarakat untuk dapat lebih memperhatikan diri dan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan jiwa seperti skizofrenia. Penelitian selanjutnya bahwa hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya.

## Ucapan Terima Kasih

Melalui artikel ini, penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada Universitas Muhammadiyah Semarang yang telah memberikan dukungan penuh sehingga penelitian ini dapat berjalan dengan lancar. Peneliti juga menyampaikan terimakasih kepada RSUD Gunawan Mangunkusumo yang telah memberikan izin untuk penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

- [1] Amir, N. (2010) Buku Ajar Psikiatri. Edited by S. D. Elvira and G. Hadisukanto. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- [2] Davies, T. (2009) ABC Kesehatan Mental. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- [3] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III). Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI; 2000.
- [4] Gerhad P. Girsang, Mawar G. Tarigan, E. A. P. A. (2020) ‘Karakteristik Pasien Skizofrenia’, *Jurnal Kedokteran Methodist*, 13(1), pp. 58–66. Available at: <https://ejournal.methodist.ac.id/index.php/jkm/article/view/1334>.
- [5] Hany, M. et al. (2021) *Schizophrenia*. StatPearls Publishing.
- [6] Harikha I vinda, Nalini Muhdi, Tiwik Koesdiningsih. *Suicide Attempt in Schizophrenia*. *J Psikiatri Surabaya*. 2022;11(1):32–40.
- [7] Kaplan, H. I., Sadock, B. J. and Grebb, J. A. (2010) *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- [8] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) ‘Laporan Nasional Riskesdas’, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, pp. 221–222. Available at: [http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan\\_Nasional\\_RKD2018\\_FINAL.pdf](http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf).
- [9] Maramis, W. F. and Maramis, A. A. (2009) ‘Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa’. Surabaya, pp. 222–226.
- [10] Martini, L. C. et al. (2018) ‘Schizophrenia and work: Aspects related to job acquisition in a follow-up study’, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(1), pp. 35–40. doi: 10.1590/1516-4446-2016-2128.
- [11] Mulyani and Isnani, N. (2019) ‘Karakteristik Pasien Skizofrenia Rawat Jalan di Poli Jiwa RSUD. Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin’, *Medical Scope*, pp. 87–91.
- [12] Novitayani, S. (2016) ‘Karakteristik Pasien Skizofrenia Dengan Riwayat Rehospitalasi’, *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 2, pp. 44–48.
- [13] Puspitasari, P. (2019) ‘Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia Di Ruang Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. Muhammad Ildrem Tahun 2019’, pp. 57–61.
- [14] Stahl SM. *Stahl’s Essential Psychopharmacology : Neuroscientific Basis and Practical Application*. 4th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2013. 79–85 p.
- [15] Tampubolon, I. (2016) ‘Karakteristik Penderita Skizofrenia Yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan Tahun 2015’, Universitas Sumatera Utara, pp. 1–12.

- [16] Wardani and Yulia, I. (2018) 'Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Dipersepsikan Melalui Stigma Diri', *Jurnal Skizofrenia*, 1, pp. 22–26.
- [17] WHO (2019) Mental Disorders. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- [18] Yan, F. et al. (2015) 'Faktor Faktor yang Mempengaruhi Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di RSD dr . Soebandi Jember', *Fakultas Kedokteran Universitas Jember*, 3(3), pp. 400–407. *Linear Networks and Systems*. Belmont, CA: Wadsworth, 1993, pp. 123-35.
- [19] Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem 56 Pendidikan Nasional. 2003. BAB VI Pasal 13 Ayat 1