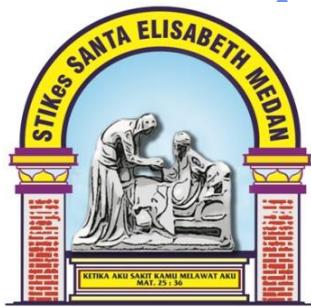


SKRIPSI

GAMBARAN KARAKTERISTIK PASIEN SKIZOFRENIA
DI RUANGAN MAWAR RUMAH SAKIT JIWA
PROF. MUHAMMAD ILDREM TAHUN 2019



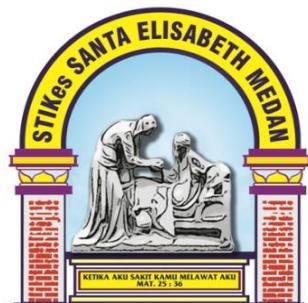
Oleh :

PUTRI PUSPASARI
012016020

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2019

SKRIPSI

GAMBARAN KARAKTERISTIK PASIEN SKIZOFRENIA DI RUANGAN MAWAR RUMAH SAKIT JIWA PROF. MUHAMMAD ILDREM TAHUN 2019



Memperoleh Untuk Gelar Ahli Madya Keperawatan
dalam Program Studi D3 Keperawatan pada
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Oleh :

PUTRI PUSPASARI
012016020

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2019**

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : PUTRI PUSPASARI
NIM : 012016020
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul Skripsi : Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Muhammad Ildrem Tahun 2019

Dengan ini menyatakan bahwa hasil penulisan skripsi yang telah saya buat ini merupakan hasil karya sendiri dan benar keasliannya. Apabila ternyata di kemudian hari penulisan skripsi ini merupakan hasil plagiat atau penjiplakan terhadap karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi berdasarkan aturan tata tertib di STIKes Santa Elisabeth Medan.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak dipaksakan.

Peneliti,





PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Persetujuan

Nama : Putri Puspasari
NIM : 012016020
Judul : Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia Di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. Muhammad Ildrem Tahun 2019

Menyetujui Untuk Diujikan Pada Ujian Sidang Ahli Madya Keperawatan
Medan, 23 Mei 2019

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Keperawatan



(Indra Hizkia P, S.Kep., Ns., M.Kep)

Pembimbing

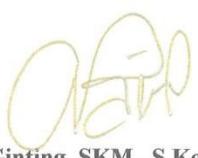


(Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd)

Telah diuji

Pada tanggal, 23 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua : 

Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd

Anggota : 

1.

Magda Siringo-ringgo, SST., M.Kes

2. 

Rusmauli Lumban Gaol, S.Kep., Ns., M.Kep



(Indra Hizkia Perangin-angin, S.Kep., Ns., M.Kep)



PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Pengesahan

Nama : Putri Puspasari
NIM : 012016020
Judul : Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia Di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. Muhammad Ildrem Tahun 2019.

Telah Disetujui, Diperiksa dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji
Sebagai Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan
pada Kamis, 23 Mei 2019 dan dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI:

Penguji I : Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd

Penguji II : Magda Siringo-ringo, SST., M.Kes

Penguji III : Rusmauli Lumban Gaol, S.Kep., Ns, M.Kep

TANDA TANGAN





Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Keperawatan



(Indra Hizkia P., S.Kep., Ns., M.Kep)

Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc)

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : PUTRI PUSPASARI
NIM : 012016020
Program Studi : D3 Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-executive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul: **Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia Di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. Muhammad Ildrem Tahun 2019**. Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan menyimpan, mengalih media/formatkan, mengolah dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Medan, 23 Mei 2019
Yang menyatakan



(Putri Puspasari)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas Rahmat dan KaruniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini. Adapun judul penelitian ini adalah **“Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia Di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem tahun 2019”**. Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat untuk Skripsi dalam menyelesaikan pendidikan jenjang Ahli Madya Keperawatan program Studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Penyusunan Skripsi ini telah mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M. Kes., DNSc, selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan karena memberi saya kesempatan untuk mengikuti penelitian dalam upaya penyelesaian penelitian pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Dr. Saberina, MARS, selaku Pembina Utama Madya karena dengan sabar telah mengarahkan penulis untuk mengambil data yang diperlukan di Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Sumatera Utara.
3. Indra Hizkia P, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan yang memberi banyak masukan dan bimbingan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
4. Nasipta Ginting, SKM, S.Kep., Ns., M.Pd dosen pembimbing dalam penyusun proposal yang telah banyak membimbing, motivasi,

memberikan masukan, saran dan kritik yang bersifat membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini.

5. Magda Siringo-Ringo, SST, M.Kes, selaku dosen pembimbing akademik yang telah banyak membantu dan membimbing penulis dengan baik.
6. Staf Dosen, Karyawan/i pendidikan STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah membantu dan memberikan dukungan, bimbingan kepada penulis selama mengikuti pendidikan dan penyusunan Skripsi di STIKes Santa Elisabeth Medan.
7. Teristimewa Orangtua tercinta Bapak Harianto, Ibu Lestari Sugara Samosir dan tiga adik saya Nicky Syahputra, Anggi Valentino, Angga Febrian yang selalu memberikan dukungan baik materi, doa dan motivasi, semangat serta kasih sayang yang luar biasa yang diberikan selama ini.
8. Kepada seluruh teman-teman Program Studi Diploma 3 Keperawatan terkhusus angkatan XXV stambuk 2016, yang selalu memberi semangat dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini serta semua orang yang penulis sayangi.

Dengan menyadari bahwa penulisan Skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan Skripsi ini. Harapan penulis semoga Skripsi ini dapat bermanfaat untuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya profesi Keperawatan.

Medan, Mei 2019
Peneliti

Putri Puspasari

ABSTRAK

Putri Puspasari, 012016020

Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia Di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Tahun 2019

Program studi D3 Keperawatan 2019

Kata kunci: Karakteristik, Pasien Skizofrenia

(viii+50+Lampiran)

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan pikiran, emosi, dan perilaku, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru, afek yang datar atau tidak sesuai, dan berbagai gangguan aktifitas motorik yang bizzare. pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia Di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Tahun 2019. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pengambilan sampel menggunakan *Total sampling* dengan subjek sebanyak 35 orang. Hasil penelitian ini Skizofrenia sebagian besar (66%) usia 35-50 tahun dan tidak ada pasien >65 Tahun. di Ruangan Mawar keseluruhan pasien Perempuan. Sebagian besar (83%) berpendidikan SMA keatas, 3% tidak berpendidikan. Pasien yang belum menikah sebanyak 69%, pasien yang menikah sebanyak 31%. Islam (49%), Kristen (43%), Budha, Konghucu dan Hindu 3%. Suku Batak Toba(40%), Karo sebanyak 26%, Melayu 0%, Jawa 29%, Mandailing 3% begitupun dengan Tionghoa 3%. Kekambuhan yang sering terjadi (71%) ≥ 3 kali dan berulang kali keluar dan masuk dengan kurun waktu yang tidak dapat diprediksi. Hampir seluruhnya (86%) penderita tidak bekerja. Gejala yang paling sering dijumpai adalah Halusinasi (83%). Disarankan agar pasien melatih diri dan menerapkan Strategi Pelaksanaan dalam keseharian untuk gejala yang dialami.

Daftar Pustaka (2000-2018)

ABSTRACT

Putri Puspasari, 012016020

Overview of Characteristics of Schizophrenic Patients in the Rose Room of Prof. Mental Hospital M. Ildrem in 2019

Nursing D3 study program 2019

Keywords: Characteristics, Schizophrenic Patients

(viii + 50 + attachments)

Schizophrenia is a psychotic disorder characterized by disturbances of mind, emotions, and behavior, where a variety of thoughts are not logically interconnected, perceptions and attention are wrong or flat or inappropriate, and various bizarre motor activity disorders, schizophrenic patients withdraw from people other and reality, often enter into fantasy life, full of delusions and hallucinations. This study aims to determine the characteristics of schizophrenic patients in the Rose Room of the Mental Hospital Prof. M. Ildrem in 2019. This type of research is descriptive with sampling using Total sampling with as many as 35 subjects. The results of this study were Schizophrenia, mostly (66%) aged 35-50 years and no patients >65 years. In the Rose Room all of the patients are Female. Most (83%) have high school education and above, 3% have no education. Unmarried patients as many as 69%, married patients as much as 31%. Islam (49%), Christianity (43%), Buddhism, Confucianism and Hinduism 3%. Toba Batak (40%), 26% Karo, 0% Malay, 29% Java, 3% Mandailing as well as 3% Chinese. Recurrence that often occurs (71%) ≥ 3 times and repeatedly goes in and out with an unpredictable period of time. Almost all (86%) sufferers are workless. The most common symptom is hallucinations (83%). It is recommended that patients train himself and implement an Implementation Strategy in their daily lives for symptoms.

Bibliography (2000-2018)

STIKE

DAFTAR ISI

Halaman sampul depan

Halaman persetujuan	i
Tanda pengesahan	ii
Kata pengantar	iii
Daftar isi	v
Daftar bagan.....	vii
Daftar tabel	viii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan.....	10
1.3.1 Tujuan umum.....	10
1.3.2 Tujuan Khusus	10
1.4 Manfaat Penelitian.....	10
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	10
1.4.2 Manfaat Praktis	10

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi	11
2.2. Karakteristik Skizofrenia Berdasarkan Demografi	13
2.2.1. Usia.....	13
2.2.2. Jenis Kelamin	14
2.2.3. Status Pernikahan.....	14
2.2.4. Suku	15
2.2.5. Jenjang Pendidikan	16
2.2.6. Agama.....	17
2.2.7. Pekerjaan	19
2.3. Karakteristik Berdasarkan Tipe Skizofrenia	19
2.3.1. Skizofrenia paranoid.....	20
2.3.3 Skizofrenia hebefrenik.....	20
2.3.4 Skizofrenia Katatonik	20
2.3.5 Skizofrenia Simplex.....	21
2.3.6 Skizofrenia Residual.....	21
2.3.7. Kekambuhan	25
2.3.9. Gejala Skizofrenia	26

BAB 3 KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep	30
---------------------------	----

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian	31
4.2 Populasi Dan Sampel.....	31

4.2.1	Populasi	31
4.2.2	Sampel	31
4.3	Variabel Penelitian Dan Definisi Operasional	31
4.4	Instrumen Penelitian.....	33
4.5	Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	33
4.5.1	Lokasi	33
4.5.2	Waktu.....	34
4.6	Pengambilan Data Dan Pengumpulan Data	34
4.6.1	Pengambilan Data.....	34
4.6.2	Teknik Pengumpulan Data	34
4.7	Kerangka Operasional	35
4.8	Analisa Data	35
4.9	Pengolahan Data.....	35
4.10	Etika Penelitian	36

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1	Gambaran Lokasi Penelitian	37
5.2	Hasil Penelitian	38
5.3	Pembahasan Penelitian.....	41

BAB 6 PENUTUP

6.1	Kesimpulan	47
6.2	Saran	50

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia Di Ruangan Mawar Rumah
Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Tahun 2019 30

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Klasifikasi Halusinasi.....	26
Tabel 4.1 Definisi Operasional Karakteristik Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2019.....	31
Tabel 5.1 Tabel Distribusi Frekuensi Penderita Skizofrenia di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Berdasarkan karakteristik Demografi April 2019	39
Tabel 5.2 Tabel Distribusi Frekuensi Penderita Skizofrenia di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Berdasarkan Tipe Skizofrenia April 2019.....	40
Tabel 5.3 Tabel Distribusi Frekuensi Penderita Skizofrenia di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Berdasarkan Kekambuhan April 2019.....	41
Tabel 5.4 Tabel Distribusi Frekuensi Penderita Skizofrenia di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Berdasarkan Gejala April 2019.....	41

DAFTAR LAMPIRAN

- LAMPIRAN 1: Pengajuan judul proposal
- LAMPIRAN 2: Usulan Judul Skripsi dan Tim Pembimbing
- LAMPIRAN 3: Permohonan pengambilan data awal penelitian
- LAMPIRAN 4: Lembar Ceklist Pengkodean
- LAMPIRAN 5: Hasil Output
- LAMPIRAN 6: Keterangan Layak Etik
- LAMPIRAN 7: Surat Selesai Penelitian
- LAMPIRAN 8: Lembar Konsultasi Bimbingan Skripsi

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Definisi sehat oleh *World Health Organization* (WHO)(Videbeck, 2008), “kesehatan sebagai keadaan sehat fisik, mental, dan sosial, bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan”. Undang–Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pemerintah Indonesia mencantumkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal, oleh karena itu pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk mengadakan dan mengatur upaya pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2009).

Menurut Winardi dalam Rahman (2013:77), karakteristik individu mencakup sifat-sifat berupa kemampuan dan keterampilan; latar belakang keluarga, sosial, dan pengalaman, umur, bangsa, jenis kelamin dan lainnya yang mencerminkan sifat demografis tertentu; serta karakteristik psikologis yang terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi.

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008). Skizofrenia menunjukkan gangguan dalam fungsi kognitif (pikiran) berupa disorganisasi. Disamping itu, juga ditemukan gejala gangguan persepsi, wawasan diri, perasaan dan keinginan. Skizofrenia lebih disebabkan oleh faktor internal (Nasir, Abdul. 2011). Skizofrenia adalah jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler (Maramis, 2009) membagi gejala –

gejala skizofrenia menjadi 2 kelompok, yaitu gejala primer dan gejala sekunder. Gejala – gejala primer yang termasuk didalamnya adalah gangguan proses berfikir, gangguan emosi, gangguan kemauan dan autisme. Gejala – gejala sekunder meliputi Waham, Halusinasi, gejala Katatonik atau gangguan psikomotor yang lain.

Skizofrenia biasanya terdiagnosis pada masa remaja akhir dan dewasa awal. Skizofrenia jarang terjadi pada masa kanak-kanak. Insiden puncak awitannya ialah 15 sampai 20 tahun untuk pria dan 25 sampai 35 tahun untuk wanita (DSM-IV-TR, 2000). Prevalensi dari Videbeck pada tahun 2008, skizofrenia diperkirakan sekitar 1% dari seluruh penduduk di dunia. Laporan kejadian skizofrenia di Amerika dan Kanada memiliki prevalensi 1-1,5%. Di Amerika Serikat angka tersebut menggambarkan bahwa hampir tiga juta penduduk yang sedang, telah, atau akan terkena penyakit tersebut. Insiden dan prevalensi seumur hidup secara kasar sama di seluruh dunia (Buchanan & Carpenter, 2000). Menurut laporan WHO pada tahun 2004 prevalensi skizofrenia yang ada di dunia sebesar 26,3 juta orang, laporan terbaru yaitu tahun 2009 WHO menyebutkan bahwa 50 juta orang didunia menderita skizofrenia, dan di Asia Tenggara mencapai 6,5 juta orang.

Skizofrenia lebih sering terjadi pada populasi urban dan pada kelompok sosial ekonomi rendah. Saat ini, lebih dari 450 juta penduduk Indonesia berdasarkan data Riskesdas tahun 2007, menujukkan prevalensi gangguan mental emosional seperti gangguan kecemasan dan depresi sebesar 11,6% dari populasi orang dewasa. Berarti dengan jumlah populasi orang dewasa Indonesia lebih kurang

150.000.000 ada 1.740.000 orang saat ini mengalami gangguan mental emosional (Depkes RI, 2008). Jumlah kasus pada rumah sakit pada tahun 2009 menunjukkan jumlah yang cukup tinggi, bila dibandingkan dengan prevalensi skizofrenia di Indonesia adalah 0,3-1%. Beberapa faktor mempengaruhi kekambuhan penderita skizofrenia, antara lain meliputi emosi warga, pengetahuan keluarga, dan kepatuhan minum obat (Ingrid Sira, 2009).

Resiko skizofrenia menurut Copper (1978), memiliki karakteristik faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Kaplan *et al* (2010) menuliskan karakteristik berupa laki-laki dan perempuan memiliki angka kejadian yang hampir sama, yaitu 1,4:1. Skizofrenia jarang pada usia anak-anak, yaitu 1:40.000 bila dibandingkan usia dewasa yang mencapai 1:100. Studi di Denmark mendapatkan karakteristik pasien berupa umur ibu dan ayah, riwayat psikiatrik keluarga, dan demografi. Lebih dari 50% pasien skizofrenia memiliki nasib yang buruk dengan perawatan rumah sakit berulang, eksaserbasi gejala, episode gangguan mood berat, dan usaha bunuh diri.

Faktor predisposisi merupakan karakteristik untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda yang disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam tiga kelompok. (1) Ciri-ciri demografi, seperti : jenis kelamin, umur, dan status perkawinan. (2) Struktur sosial, seperti : tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya. (3) Kepercayaan kesehatan (health belief), seperti pengetahuan dan sikap serta keyakinan penyembuhan penyakit.

Usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati (Depkes, 2013). Menurut Kaplan *et al* (2010) menyebutkan bahwa kira-kira 90% pasien dalam pengobatan skizofrenia berada antara usia 15-55 tahun.

Jenis kelamin Menurut Wade dan Tavris (2007;258), istilah jenis kelamin dengan *gender* memiliki arti yang berbeda, yaitu “jenis kelamin” adalah atribut-atribut fisiologis dan anatomis yang membedakan antara laki-laki dan perempuan, sedangkan “*gender*” dipakai untuk menunjukkan perbedaan-perbedaan antara laki-laki dan perempuan yang di pelajari. Penelitian John dan Ezra (2009) menyebutkan bahwa prevalensi kejadian skizofrenia pada laki-laki dan perempuan perbandingannya adalah 1,4:1. Hasil penelitian ini menunjukkan gambaran distribusi yang besar antara laki-laki dan perempuan, dimana diperoleh jumlah pria lebih banyak yaitu 275 pasien.

Status Pernikahan, menurut Undang-undang Nomor 1 Tahun 1974 (Pasal 1), pernikahan diartikan sebagai ikatan lahir dan batin antara seorang pria dengan seorang wanita sebagai suami dan istri dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia lahir maupun batin dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa. Teori yang disebutkan dalam Kaplan *et al* (2010) bahwa skizofrenia lebih banyak dijumpai pada orang-orang yang tidak kawin. Skizofrenia memiliki insidensi pada usia 15-25 tahun (pria) dan 25-35 tahun (wanita). Bila seorang pasien sudah terkena skizofrenia pada usia tersebut dan karena skizofrenia bersifat kronis maka pasien kemungkinan tidak akan menikah dengan kondisi sakit dan perlu pengobatan sehingga didapatkan bahwa kehidupan

sosial pasien dan kemampuannya membangun relasi dengan baik (misalnya untuk menikah) cenderung terganggu.

Jenjang Pendidikan menurut UU No. 20 tahun 2003 Bab VI Pasal 13 Ayat 1 jalur pendidikan terdiri atas pendidikan formal, nonformal, dan informal yang dapat saling melengkapi dan memperkaya. Penelitian di RSK Alianyang 2009 menunjukkan data bahwa pasien memiliki jenjang pendidikan terbanyak dengan lulusan SMA. Hal ini dapat dikaitkan dengan onset dari skizofrenia, usia pertama kali terkena skizofrenia antara 15-25 dan 25-35 tahun sehingga pendidikan yang dapat diraih pasien juga tidak dapat tinggi bila terkena skizofrenia pada usia tersebut.

Keyakinan pribadi menyentuh semua aspek kehidupan. Sistem kepercayaan seseorang, pandangan dunia, agama, atau spiritualitas dapat memiliki efek positif atau negatif pada kesehatan mental (Stuart, 2009). Menurut beberapa perkiraan, ada sekitar 4.200 agama di dunia. Enam agama besar yang paling banyak dianut di [Indonesia](#), yaitu: agama [Islam](#), [Kristen \(Protestan\)](#) dan [Katolik](#), [Hindu](#), [Buddha](#), dan [Khonghucu](#).

Pekerjaan adalah sesuatu yang dikerjakan untuk mendapatkan nafkah atau pencaharian masyarakat yang sibuk dengan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akan memiliki waktu yang lebih untuk memperoleh informasi (Depkes RI, 2001). Pasien skizofrenia kemampuan bersosialisasinya biasanya menurun sehingga kemampuan untuk melaksanakan kerjanya menurun juga, bahkan bila dilihat dari

prognosis perbaikannya yang tidak begitu baik (40- 60%) terus terganggu selama seluruh hidupnya karena sifat kronisnya.

Kekambuhan adalah istilah medis yang mendeskripsikan tanda-tanda dan gejala kembalinya suatu penyakit setelah suatu pemulihan yang jelas (Yakita, 2003). Vaugh dan Snyder dalam Keliat (1992) memperlihatkan bahwa keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik) diperkirakan kambuh dalam waktu 9 bulan, 57 % kembali dirawat.

Stresor presipitasi adalah stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang membutuhkan energi ekstra untuk coping. Faktor presipitasi dapat dikelompokkan menjadi 2 (dua), yakni :
(1) Biologi (fisik). Salah satu penyebab biologis yang dapat menimbulkan ansietas yaitu gangguan fisik (Fricchione, 2004). Kecemasan yang sudah mempengaruhi atau terwujud pada gejala-gejala fisik, dapat mempengaruhi sistem syaraf , misalnya tidak dapat tidur, jantung berdebar-debar, gemetar, perut mual, dan sebagainya (Bucklew, 1980). (2) Psikologis, Penanganan terhadap integritas fisik dapat mengakibatkan ketidak-mampuan psikologis atau penurunan terhadap aktivitas sehari-hari seseorang (Stuart & Laraia, 2005). Kekambuhan adalah istilah medis yang mendeskripsikan tanda-tanda dan gejala kembalinya suatu penyakit setelah suatu pemulihan yang jelas (Yakita, 2003). Menurut Agus (2001) penyebab kekambuhan pasien skizofrenia adalah faktor psikososial yaitu pengaruh lingkungan keluarga maupun sosial. Deskripsi kekambuhan pada pasien skizofrenia yang dilakukan oleh Wulansih (2017), gambaran dari 50 responden menunjukkan bahwa 19 orang atau 38%

penderita skizofrenia melakukan perawatan 2 kali, sedangkan 31 atau 62% penderita skizofrenia lainnya melakukan perawatan ≥ 3 kali dalam kurun waktu satu tahun.

Secara umum disebutkan gangguan jiwa umumnya disebabkan adanya suatu tekanan (stressor) yang sangat tinggi pada seseorang sehingga orang tersebut mengalami suatu masa yang kritis. Hal tersebut sebagaimana dikemukakan oleh Irmansyah (2004) bahwa penyebab gangguan jiwa berasal dari tekanan hidup, seperti kemiskinan dan putus cinta tidak menjadi penyebab tertinggi dari gangguan jiwa. Seseorang akan memiliki tekanan saat mengalami kemiskinan. Tetapi, sebenarnya penyebab gangguan jiwa adalah jika kebutuhan atau keinginan seseorang tidak terpenuhi yaitu kebutuhan untuk didengar, baik didengar pendapatnya, keluhannya dan berkeinginan untuk dimengerti. Dan dia menjadi cenderung sulit bersosialisasi dengan masyarakat dan lebih memilih untuk menjauh dan hanya hidup di alam pikirannya sendiri. Studi epidemiologi Eropa dan Amerika menunjukkan data prevalensi skizofrenia lebih banyak terjadi pada masyarakat kelas ekonomi rendah. Bagi mereka yang menderita gangguan jiwa, sering kali menjadi miskin dan membebani keluarga.

Studi antropologi lintas budaya menemukan bahwa tingkat keparahan skizofrenia berkaitan dengan lingkungan tempat kerja dan tingkat keterlibatan pasien dalam memperoleh penghasilan secara ekonomi (Anonim, 2000). Penderita skizofrenia dari kalangan menengah ke atas dibawa berobat secara diam-diam ke praktik swasta para psikiater atau ke RSU swasta elite yang bergengsi. Tetapi,

menurut Wicaksana tahun 2000, stigma terhadap RSJ sebagai kranzinningengesteit (penampungan orang gila) sejak zaman Belanda membuat sebagian besar pasien berasal dari kalangan sosial ekonomi rendah di pedesaan yang tak bisa ke tempat lain selain RSJ untuk membawa anggota keluarganya yang mengamuk, mengancam orang, diam dan menolak makan, tertawa menangis tanpa sebab dengan usaha bunuh diri, dan sebagainya (Indah, 2016).

Terdapat beberapa tipe yang ada sebagai epidemiologi tipe skizofrenia. Menurut *International Classification of Diseases* (ICD) 10 edisi revisi tahun 2007, berdasarkan epidemiologi tipe skizofrenia yang paling banyak di dunia dijumpai adalah tipe paranoid. Oleh *Diagnostic and Statistical of Mental Disoerders* (DSM) IV menyebutkan bahwa tipe-tipe Skizofrenia adalah : (1) Tipe Paranoid, (2) Tipe Hebefrenik, (3) Tipe Katatonik, Tipe *Simplex*, (4) Tipe Residual.

Gangguan tidak selalu muncul, hanya muncul bila terdapat trigger factor yang biasanya merupakan gabungan dari interaksi gen dan faktor lain seperti: trauma psikologis dan stresor lingkungan sehingga seseorang yang punya kerentanan dapat muncul gejalanya. Peranan gen dalam tiap individu berbeda-beda. Beberapa individu memiliki faktor genetika yang kuat sehingga dapat memunculkan gejala walaupun tanpa trigger lingkungan, tetapi ada juga yang memiliki faktor genetika lemah, yang perlu adanya trigger lingkungan agar gejalanya muncul (Ratna Dewi, 2009).

Pada data awal yang telah didapatkan oleh penulis, jumlah pasien baru dari bulan Oktober 2018 sampai Desember 2018 adalah 414 pasien. Dengan karakteristik jenis kelamin laki-laki sebanyak 312 orang dan perempuan sebanyak 102 orang. Pada karakteristik Usia, terdata >14 tahun – $24 \leq$ tahun sebanyak 42 pasien. Pada usia >44 tahun - ≤ 64 tahun sebanyak 76 pasien. Dan pada usia >64 tahun adalah 7 pasien. pada karakteristik Suku, didapatkan data suku Batak Toba merupakan populasi terbanyak, yaitu sebanyak 131 pasien. Kemudian diurutan kedua adalah Suku Jawa yaitu sebanyak 60 pasien. Kemudian dalam karakteristik Agama, Islam menepati urutan pertama yaitu sebanyak 226 orang kemudian Agama kristen sebanyak 177 orang. Banyak pasien dengan status pernikahan tidak kawin adalah 276 pasien, dibandingkan dengan status pernikahan kawin sebanyak 132 pasien.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melihat gambaran karakteristik yang meliputi: Usia, Jenis Kelamin, Jenjang Pendidikan, Suku, Status Pernikahan, Agama, Pekerjaan, Kekambuhan, dan Gejala pada pasien skizofrenia di ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem.

1.2. Perumusan Masalah

Bagaimana gambaran karakteristik Pasien Skizofrenia di ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem tahun 2019?

1.3.Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan karakteristik Skizofrenia di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Karakteristik berdasarkan Faktor Demografi (Usia, Jenis Kelamin, Jenjang Pendidikan, Status Pernikahan, Agama, Suku, Pekerjaan)
2. Karakteristik berdasarkan Tipe
3. Karakteristik berdasarkan Kekambuhan
4. Karakteristik berdasarkan Gejala Skizofrenia

1.4.Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini dapat menjadi landasan dalam pengembangan media pembelajaran atau penerapan media pembelajaran lebih lanjut. Selain itu juga menjadi sebuah nilai tambah pengetahuan ilmiah dalam bidang kesehatan di Indonesia.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Menambah ilmu dan teknologi terapan dalam bidang keperawatan Jiwa

2. Bagi peneliti

Dapat menambah pengalaman dan wawasan untuk mendeskripsikan karakteristik pasien Skizofrenia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi

Definisi sehat oleh *World Health Organization* (WHO)(Videbeck, 2008:3), “kesehatan sebagai keadaan sehat fisik, mental, dan sosial, bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan”. Undang–Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pemerintah Indonesia mencantumkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal, oleh karena itu pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk mengadakan dan mengatur upaya pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2009).

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008:348). Skizofrenia menunjukkan gangguan dalam fungsi kognitif (pikiran) berupa disorganisasi. Disamping itu, juga ditemukan gejala gangguan persepsi, wawasan diri, perasaan dan keinginan. Skizofrenia lebih disebabkan oleh faktor internal (Nasir, Abdul. 2011:16).

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku, pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru afek yang datar atau tidak sesuai, dan berbagai gangguan aktifitas motorik yang bizzare (perilaku aneh), pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi. Orang-orang yang menderita skozofrenia umunya mengalami beberapa

episode akut simtom-simtom, diantara setiap episode mereka sering mengalami simtom-simtom yang tidak terlalu parah namun tetap sangat menggangu keberfungsian mereka. Komorbiditas dengan penyalahgunaan zat merupakan masalah utama bagi para pasien skizofrenia, terjadi pada sekitar 50 persennya. (Konsten & Ziedonis, 1997).

Skizofrenia adalah jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler (Maramis, 2009) membagi gejala – gejala skizofrenia menjadi 2 kelompok, yaitu gejala primer dan gejala sekunder. Gejala – gejala primer yang termasuk didalamnya adalah gangguan proses berfikir, gangguan emosi, gangguan kemauan dan autisme. Gejala – gejala sekunder meliputi Waham, Halusinasi, gejala Katatonik atau gangguan psikomotor yang lain. Terdapat beberapa tipe yang ada sebagai epidemiologi tipe skizofrenia. Menurut *International Classification of Diseases* (ICD) 10 edisi revisi tahun 2007, berdasarkan epidemiologi tipe skizofrenia yang paling banyak di dunia dijumpai adalah tipe paranoid. *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders* (DSM) IV menyebutkan bahwa tipe paranoid ditandai oleh keasyikan (preokupasi) pada satu atau lebih waham atau halusinasi dengar yang sering, dan tidak ada perilaku spesifik lain yang mengarah pada tipe lain.

Beberapa prediktor terjadinya kekambuhan antara lain: pemberian neuroleptik, onset dan previous course (akut/kronis, manifestasi awal, upaya bunuh diri, dan faktor presipitasi), psikopatologi (tipe residual, gejala afektif, sindrom paranoid, halusinasi, gejala negatif), pengalaman hidup (pengalaman traumatis, gangguan psikiatrik dan perkembangan saat anak), social adjustment

(status perkawinan, pekerjaan, pengalaman seksual, dan tingkat pendidikan), kepribadian premorbid, situasi emosi keluarga (ekspresi emosi keluarga yang tinggi/rendah), faktor biologi (genetik, pria/ wanita, dan umur) dari penderita. Terdapat penelitian yang juga menyebutkan salah satu faktor risiko tinggi terjadinya kekambuhan adalah adanya riwayat keluarga yang kuat dari skizofrenia. Secara genetik seseorang yang mempunyai riwayat keluarga dengan gangguan jiwa maka dia mempunyai vulnerabilitas terhadap gangguan jiwa (Jurnal Ingrid, 2009).

Gangguan tidak selalu muncul, hanya muncul bila terdapat trigger factor yang biasanya merupakan gabungan dari interaksi gen dan faktor lain seperti: trauma psikologis dan stresor lingkungan sehingga seseorang yang punya kerentanan dapat muncul gejalanya. Peranan gen dalam tiap individu berbeda-beda. Beberapa individu memiliki faktor genetika yang kuat sehingga dapat memunculkan gejala walaupun tanpa trigger lingkungan, tetapi ada juga yang memiliki faktor genetika lemah, yang perlu adanya trigger lingkungan agar gejalanya muncul (Ratna Dewi, 2009).

2.2. Karakteristik Skizofrenia Berdasarkan Demografi

2.2.1. Usia

Adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati (Depkes, 2013). Menurut Kaplan *et al* (2010) menyebutkan bahwa kira-kira 90% pasien dalam pengobatan skizofrenia berada antara usia 15-55 tahun. Kaplan *et al* (2010) juga menyebutkan 40-60% dari pasien terus terganggu secara bermakna oleh gangguannya selama seluruh

hidupnya. Penelitian ini mendapatkan pasien pada usia lebih dari 55 tahun (5,15%) yang terus menjalani pengobatan.

2.2.2. Jenis Kelamin

Menurut Wade dan Tavris (2007;258), istilah jenis kelamin dengan *gender* memiliki arti yang berbeda, yaitu “jenis kelamin” adalah atribut-atribut fisiologis dan anatomic yang membedakan antara laki-laki dan perempuan, sedangkan “*gender*” dipakai untuk menunjukkan perbedaan-perbedaan antara laki-laki dan perempuan yang di pelajari. *Gender* merupakan bagian dari sistem sosial, seperti status sosial, usia, dan etnis, itu adalah faktor penting dalam menentukan peran, hak, tanggung jawab dan hubungan antara pria dan wanita. Penampilan, sikap, kepribadian tanggung jawab adalah perilaku yang akan membentuk *gender*.

Berdasarkan hipotesis Waber *et al* (1991), suatu tingkat kematangan fungsi otak berpengaruh dalam tingkat kerentanan seseorang dalam jiwanya. Berkaitan dengan onset pria memiliki onset yang lebih muda dari wanita dan mengalami pubertas lebih lambat artinya pria memiliki kerentanan untuk menderita kelainan jiwa lebih besar dibandingkan wanita. Penelitian John dan Ezra (2009) menyebutkan bahwa prevalensi kejadian skizofrenia pada laki-laki dan perempuan perbandingannya adalah 1,4:1. Hasil penelitian ini menunjukkan gambaran distribusi yang besar antara laki-laki dan perempuan, dimana diperoleh jumlah pria lebih banyak yaitu 275 pasien. Perbandingan jumlah pasien laki-laki dan perempuan dari penelitian ini adalah 7:2.

2.2.3. Status Pernikahan

Menurut Undang-undang Nomor 1 Tahun 1974 (Pasal 1), pernikahan

diartikan sebagai ikatan lahir dan batin antara seorang pria dengan seorang wanita sebagai suami dan istri dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia lahir maupun batin dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa. Sedangkan menurut BPS (2010), pernikahan adalah sebuah status dari mereka yang terikat dalam pernikahan dalam pencacahan, baik tinggal bersama maupun terpisah. Dalam hal ini tidak saja mereka yang kawin sah secara hukum (adat, agama, Negara, dan sebagainya), tetapi mereka yang hidup bersama dan oleh masyarakat sekeliling dianggap sah sebagai suami dan istri.

Penelitian Rao *et al* (2005) yang menyebutkan pasien skizofrenia lebih banyak yang sendiri dan belum kawin daripada pasien gangguan jiwa lainnya. Analisis data statistik WHO menyebutkan pria dengan status perkawinan sudah kawin mengalami onset psikotik yang mengalami *delay* (1-2 tahun) bila dibandingkan dengan pria belum kawin. Teori yang disebutkan dalam Kaplan *et al* (2010) bahwa skizofrenia lebih banyak dijumpai pada orang-orang yang tidak kawin. Skizofrenia memiliki insidensi pada usia 15-25 tahun (pria) dan 25-35 tahun (wanita). Bila seorang pasien sudah terkena skizofrenia pada usia tersebut dan karena skizofrenia bersifat kronis maka pasien kemungkinan tidak akan menikah dengan kondisi sakit dan perlu pengobatan sehingga didapatkan bahwa kehidupan sosial pasien dan kemampuannya membangun relasi dengan baik (misalnya untuk menikah) cenderung terganggu.

2.2.4. Suku

Suku bangsa ialah sekelompok manusia yang memiliki kesatuan dalam budaya dan terikat oleh kesadarannya akan identitasnya tersebut, kesadaran dan

identitas yang dimiliki biasanya di perkuat dengan kesatuan bahasa (Koentjaraningrat, 1990). Dalam Kaplan *et al* (2010) disebutkan bahwa para imigran baru memiliki stress lebih besar karena harus beradaptasi dengan kultur sekitarnya.

Penelitian yang menunjukkan keterkaitan suku dilakukan oleh Boydell *et al* (2001) yang meneliti jumlah pasien skizofrenia di London, hasil yang diperoleh adalah jumlah suku minoritas lebih banyak daripada suku terbanyak (kulit putih) di London, yaitu 57% adalah orang non-kulit putih ($p<0,05$). Suku Melayu merupakan suku kedua terbanyak di Kalimantan Barat. Hasil yang didapatkan dari penelitian di RSK Alianyang menunjukkan bahwa suku Melayu merupakan suku terbanyak dari pasien skizofrenia. Jumlah pasien dengan suku tertentu perlu dikaitkan pula dengan tempat penelitian karena jumlah kejadian skizofrenianya akan berkaitan juga dengan suku mayoritas yang ada di daerah tersebut. Suku Dayak yang merupakan suku terbanyak di Kalimantan Barat jumlah pasiennya tidak banyak (10,44%), kemungkinan disebabkan karena ada pasien yang tidak berobat di RSK Alianyang atau memang jumlahnya tidak banyak. Suku lainnya juga sebagai suku terbanyak yang menderita skizofrenia di RSK Alianyang tahun 2009.

2.2.5. Jenjang Pendidikan

Menurut UU No. 20 tahun 2003 Bab VI Pasal 13 Ayat 1 jalur pendidikan terdiri atas pendidikan formal, nonformal, dan informal yang dapat saling melengkapi dan memperkaya. Pendidikan formal adalah jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang yang terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan

menengah, dan pendidikan tinggi. Pendidikan nonformal adalah jalur pendidikan di luar pendidikan formal yang dapat dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang. Pendidikan informal adalah jalur pendidikan keluarga dan lingkungan.

Jenjang pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai, dan kemampuan yang dikembangkan. (UU No. 20 Tahun 2003 Bab I, Pasal 1 Ayat 8). Jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Ini sejalan dengan Penelitian di RSK Alianyang 2009 menunjukkan data bahwa pasien memiliki jenjang pendidikan terbanyak dengan lulusan SMA. Hal ini dapat dikaitkan dengan onset dari skizofrenia, usia pertama kali terkena skizofrenia antara 15-25 dan 25-35 tahun sehingga pendidikan yang dapat diraih pasien juga tidak dapat tinggi bila terkena skizofrenia pada usia tersebut. Kemampuan bersosialisasi dan menerima informasi dari luar secara tepat sangat mempengaruhi seseorang dalam menjalankan proses pendidikan, bila pasien sudah menderita skizofrenia hal ini akan mempersulitnya untuk mengikuti pendidikan formal. Namun, tidak hanya karena penderita sakit pengaruh lainnya juga dapat menyebabkan seseorang tidak bersekolah seperti kondisi sosial dan ekonomi.

2.2.6. Agama

Keyakinan pribadi menyentuh semua aspek kehidupan. Sistem kepercayaan seseorang, pandangan dunia, agama, atau spiritualitas dapat memiliki efek positif atau negatif pada kesehatan mental (Stuart, 2009). Kepercayaan membantu orang memahami kehidupan mereka dan dunia tempat mereka hidup.

Kebutuhan ini bisa menjadi sangat kuat dalam menghadapi ancaman, kehilangan, atau ketidakpastian. Keyakinan dapat memberikan jawaban atas pertanyaan tanpa jawaban, solusi untuk masalah yang tidak dapat diselesaikan, dan harapan ketika harapan masih ada. Dari keyakinan mereka tentang kosmos dan sifat manusia, orang memperoleh moralitas, etika, hukum agama atau gaya hidup yang disukai. Menurut beberapa perkiraan, ada sekitar 4.200 agama di dunia. Enam agama besar yang paling banyak dianut di Indonesia, yaitu: agama Islam, Kristen (Protestan) dan Katolik, Hindu, Buddha, dan Khonghucu. Sebelumnya, pemerintah Indonesia pernah melarang pemeluk Konghucu melaksanakan agamanya secara terbuka. Namun, melalui Keppress No. 6/2000, Presiden Abdurrahman Wahid mencabut larangan tersebut. Tetapi sampai kini masih banyak penganut ajaran agama Konghucu yang mengalami diskriminasi dari pejabat-pejabat pemerintah.

Menurut Penetapan Presiden (Penpres) No.1/PNPS/1965 junto Undang-undang No.5/1969 tentang Pencegahan Penyalahgunaan dan Penodaan agama dalam penjelasannya pasal demi pasal dijelaskan bahwa Agama-agama yang dianut oleh sebagian besar penduduk Indonesia adalah: Islam, Kristen, Katolik, Hindu, Buddha, dan Konghucu. Meskipun demikian bukan berarti agama-agama dan kepercayaan lain tidak boleh tumbuh dan berkembang di Indonesia. Bahkan pemerintah berkewajiban mendorong dan membantu perkembangan agama-agama tersebut. Tidak ada istilah agama yang diakui dan tidak diakui atau agama resmi dan tidak resmi di Indonesia, kesalahan persepsi ini terjadi karena adanya SK (Surat Keputusan) Menteri Dalam Negeri pada tahun 1974 tentang pengisian kolom agama pada KTP yang hanya menyatakan kelima agama tersebut. SK

tersebut kemudian dianulir pada masa Presiden Abdurrahman Wahid karena dianggap bertentangan dengan Pasal 29 Undang-undang Dasar 1945 tentang Kebebasan beragama dan Hak Asasi Manusia (Kementerian Agama Indonesia, 2018). Menurut hasil Sensus Penduduk Indonesia 2010, 87,18% dari 237.641.326 penduduk Indonesia adalah pemeluk Islam (Nusantara merupakan negara dengan penduduk muslim terbanyak di dunia), 6,96% Protestan, 2,9% Katolik, 1,69% Hindu, 0,72% Buddha, 0,05% Konghucu, 0,13%.

2.2.7. Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dikerjakan untuk mendapatkan nafkah atau pencaharian masyarakat yang sibuk dengan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akan memiliki waktu yang lebih untuk memperoleh informasi (Depkes RI, 2001). Menurut KDA (Kalimantan Barat dalam Angka) 2010, penduduk berumur lima belas tahun ke atas merupakan penduduk usia kerja, dimana pada usia ini merupakan sumber tenaga kerja produktif yang dapat dimanfaatkan sebagai penggerak roda pembangunan. Pasien skizofrenia kemampuan bersosialisasinya biasanya menurun sehingga kemampuan untuk melaksanakan kerjanya menurun juga, bahkan bila dilihat dari prognosis perbaikannya yang tidak begitu baik (40-60% terus terganggu selama seluruh hidupnya karena sifat kronisnya (Ingrid, 2013).

2.3. Karakteristik Berdasarkan Tipe Skizofrenia

Kraeplin (dalam Maramis, 2009) membagi skizofrenia menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi batas- batas golongan-golongan ini tidak jelas,

gejala-gejala dapat berganti-ganti atau mungkin seorang penderita tidak dapat digolongkan ke dalam satu jenis.

2.3.1. Skizofrenia paranoid

Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah mulai 30 tahun. Permulaanya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan schizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain. Tipe paranoid ditandai oleh keasyikan (preokupasi) pada satu atau lebih waham atau halusinasi dengar yang sering, dan tidak ada perilaku spesifik lain yang mengarah pada tipe lain.

2.3.2. Tipe Skizofrenia Hebefrenik

Permulaanya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15 – 25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanakan-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik, waham dan halusinasinya banyak sekali.

2.3.3. Skizofrenia katatonik

Timbulnya pertama kali antara usia 15 sampai 30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik. Gejala yang penting adalah gejala psikomotor seperti : Mutisme, kadang-kadang dengan mata tertutup, muka tanpa mimik, seperti topeng, stupor penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang sangat lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang beberapa bulan. Bila diganti

posisinya penderita menentang. Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul di dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan. Terdapat grimas dan katalepsi. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

2.3.4. Skizofrenia *simplex*

Skizofrenia simplex sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

2.3.5. Skizofrenia residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang kearah gejala negative yang lebih menonjol. Gejala negative terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial. Tipe Skizofrenia residual, enis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang kearah gejala negative yang lebih menonjol. Gejala negative terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial (*International Classification of Diseases*, 2010).

Resiko skizofrenia menurut Copper (1978), memiliki karakteristik faktor

predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi merupakan karakteristik yang digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda yang disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam tiga kelompok. (1) Ciri-ciri demografi, seperti : jenis kelamin, umur, dan status perkawinan. (2) Struktur sosial, seperti : tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya. (3) Kepercayaan kesehatan (health belief), seperti pengetahuan dan sikap serta keyakinan penyembuhan penyakit.

Stresor presipitasi adalah stimulus yang dipersepsi oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang membutuhkan energi ekstra untuk coping. Faktor presipitasi dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga), yakni : (1) Biologi (fisik). Salah satu penyebab biologis yang dapat menimbulkan ansietas yaitu gangguan fisik (Fracchione, 2004; Agustarika, 2009). Kecemasan yang sudah mempengaruhi atau terwujud pada gejala-gejala fisik, dapat mempengaruhi sistem syaraf , misalnya tidak dapat tidur, jantung berdebar-debar, gemetar, perut mual, dan sebagainya (Bucklew, 1980). Gangguan fisik dapat mengancam integritas diri seseorang. Ancaman tersebut berupa ancaman eksternal dan internal. Ancaman eksternal yaitu masuknya kuman, virus, polusi lingkungan, rumah yang tidak memadai, makanan, pakaian, atau trauma injuri. Sedangkan ancaman internal yaitu kegagalan mekanisme fisiologis tubuh seperti jantung, sistem kekebalan, pengaturan suhu, kehamilan (Stuart & Laraia, 2005; Agistarika, 2009), dan kondisi patologis yang berkaitan dengan mentruasi (chandranita, 2009). (2) Psikologis, Penanganan terhadap integritas fisik dapat mengakibatkan

ketidak-mampuan psikologis atau penurunan terhadap aktivitas sehari-hari seseorang (Stuart & Laraia, 2005; Agustarika, 2009). Demikian pula apabila penanganan tersebut menyangkut identitas diri, dan harga diri seseorang, dapat mengakibatkan ancaman terhadap *self system*. Ancaman tersebut berupa ancaman eksternal, yaitu kehilangan orang yang berarti, seperti : meninggal, perceraian, dilema etik, pindah kerja, perubahan dalam status kerja; dapat pula berupa ancaman internal seperti: gangguan hubungan interpersonal di rumah, disekolah atau ketika dalam lingkungan bermainnya. Kecemasan seringkali berkembang selama jangka waktu panjang dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang.

Kaplan *et al* (2010) menuliskan karakteristik berupa laki-laki dan perempuan memiliki angka kejadian yang hampir sama, yaitu 1,4:1. Skizofrenia jarang pada usia anak-anak, yaitu 1:40.000 bila dibandingkan usia dewasa yang mencapai 1:100. Studi di Denmark mendapatkan karakteristik pasien berupa umur ibu dan ayah, riwayat psikiatrik keluarga, demografi, dan musim lahir. Lebih dari 50% pasien skizofrenia memiliki nasib yang buruk dengan perawatan rumah sakit berulang, eksaserbasi gejala, episode gangguan mood berat, dan usaha bunuh diri.

Secara umum disebutkan gangguan jiwa umumnya disebabkan adanya suatu tekanan (stressor) yang sangat tinggi pada seseorang sehingga orang tersebut mengalami suatu masa yang kritis. Hal tersebut sebagaimana dikemukakan oleh Irmansyah (2004) bahwa penyebab gangguan jiwa berasal dari tekanan hidup, seperti kemiskinan dan putus cinta tidak menjadi penyebab tertinggi dari gangguan jiwa. Seseorang akan memiliki tekanan saat mengalami kemiskinan.

Tetapi, sebenarnya penyebab gangguan jiwa adalah jika kebutuhan atau keinginan seseorang tidak terpenuhi yaitu kebutuhan untuk didengar, baik didengar pendapatnya, keluhannya dan berkeinginan untuk dimengerti. Dan dia menjadi cenderung sulit bersosialisasi dengan masyarakat dan lebih memilih untuk menjauh dan hanya hidup di alam pikirannya sendiri. Hal ini sebagaimana disimpulkan dalam penelitian Irmansyah (2004) bahwa pada usia 16 – 25 tahun sebanyak 75% yang mengidap gangguan jiwa. Usia remaja dan dewasa muda memang berisiko tinggi karena tahap kehidupan ini penuh stresor. Kondisi penderita sering terlambat disadari keluarga dan lingkungannya karena dianggap sebagai bagian dari tahap penyesuaian diri. Pada anak usia 5-6 tahun mengalami halusinasi suara seperti mendengar bunyi letusan, bantingan pintu atau bisikan, bisa juga halusinasi visual seperti melihat sesuatu bergerak meliuk-liuk, ular, bola-bola bergelindungan, lintasan Cahaya dengan latar belakang warna gelap. Anak terlihat bicara atau tersenyum sendiri, menutup telinga, sering mengamuk tanpa sebab.

Faktor lain penyebab gangguan jiwa adalah adanya tekanan ekonomi atau kondisi social ekonomi. Chandra (2004) menjelaskan bahwa terjangkitnya gangguan jiwa mempunyai kaitan erat dengan situasi kacau (chaos) dalam masyarakat dan taraf sosial ekonomis yang lebih rendah. Skizofrenia terkait erat dengan kondisi masyarakat yang kacau dan status sosial ekonomis yang rendah. Krisis ekonomi yang berat memang membuat banyak kasus-kasus baru bermunculan karena stressor sosial ekonomi adalah stressor pokok bagi pencetus. Studi epidemiologi Eropa dan Amerika menunjukan data prevalensi skizofrenia

lebih banyak terjadi pada masyarakat kelas ekonomi rendah. Bagi mereka yang menderita gangguan jiwa, sering kali menjadi miskin dan membebani keluarga. Studi antropologi lintas budaya menemukan bahwa tingkat keparahan skizofrenia berkaitan dengan lingkungan tempat kerja dan tingkat keterlibatan pasien dalam memperoleh penghasilan secara ekonomi (Anonim, 2000).

2.4. Karakteristik Berdasarkan Kekambuhan

Kekambuhan adalah istilah medis yang mendeskripsikan tanda-tanda dan gejala kembalinya suatu penyakit setelah suatu pemulihian yang jelas (Yakita, 2003). Menurut Agus (2001) penyebab kekambuhan pasien skizofrenia adalah faktor psikososial yaitu pengaruh lingkungan keluarga maupun sosial. Menurut Riyanto (2007) konflik dari keluarga bisa menjadi pemicu stres seorang anak. Keadaan itu semakin parah jika lingkungan sosialnya tidak mendukung. Vaugh dan Snyder dalam Keliat (1992) memperlihatkan bahwa keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik) diperkirakan kambuh dalam waktu 9 bulan, 57 % kembali dirawat. Rumah sakit tidak akan bermakna apabila tidak dilanjutkan dengan perawatan di rumah. Untuk dapat melakukan perawatan yang baik dan benar, keluarga perlu mempunyai bekal pengetahuan tentang penyakit yang dialami penderita (Fadli, 2013). Kemudian, disfungsi sosial dan pekerjaan juga mempengaruhi perilaku pada klien skizofrenia yang menyebabkan depresi pada klien yang mengganggu konsep diri klien sehingga menjadikan kurangnya penerimaan klien di lingkungan keluarga dan masyarakat terhadap kondisi yang dialami klien, ini juga menjadi penyebab kekambuhan (Nyumirah, 2013).

2.5. Karakteristik Berdasarkan Gejala Skizofrenia

2.5.1. Halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan dan penghayatan yang dialami melalui panca indra tanpa ada rangsang dari luar maupun stimulus (Maramis, 2005). Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat diperoleh data sebanyak 3711 orang pasien yang dirawat selama tahun 2011. Kasus yang paling banyak adalah skizofrenia dengan halusinasi yaitu 55,71% (Handayani, 2013).

Tabel 2.1. Tabel Klasifikasi Halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Halusinasi dengar-suara	<ul style="list-style-type: none">Bicara atau tertawa sendiri.Marah-marah tanpa sebab.Mengarahkan telinga ke arah tertentu.Menutup telinga.	<ul style="list-style-type: none">Mendengar suara-suara atau kegaduhan.Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
Halusinasi penglihatan	<ul style="list-style-type: none">Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.	<ul style="list-style-type: none">Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu, atau monster.
Halusinasi penciuman	<ul style="list-style-type: none">Mencium seperti sedang membau bau-bauan tertentu.Menutup hidung.	<ul style="list-style-type: none">Membau bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi penggecapan	<ul style="list-style-type: none">Sering meludahMuntah	<ul style="list-style-type: none">Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses.
Halusinasi perabaan	<ul style="list-style-type: none">Menggaruk-garuk permukaan kulit.	<ul style="list-style-type: none">Mengatakan ada serangga di permukaan kulit.Merasa seperti tersengat listrik.

2.5.2. Isolasi sosial

Isolasi sosial merupakan kondisi dimana pasien selalu merasa sendiri dengan merasa kehadiran orang lain sebagai ancaman (Fortinash, 2011). Penurunan produktifitas pada pasien menjadi dampak dari isolasi sosial yang tidak dapat ditangani (Brelannd-Noble *et al*, 2016). Oleh sebab itu tindakan keperawatan yang tepat sangat dibutuhkan agar dampak yang ditimbulkan tidak berlarut larut. Kemampuan personal klien dengan isolasi sosial lebih banyak mampu berkenalan dengan orang lain yaitu sebanyak 29 klien atau sebesar 72,5% namun klien isolasi sosial lebih banyak tidak mampu mengungkapkan siapa orang terdekatnya, siapa orang yang tinggal serumah dan pengalaman dalam interaksi bersama orang lain (Kirana, 2018)

2.5.3. Waham

Waham adalah suatu keyakinan yang salah yang dipertahankan secara kuat atau terus- menerus, tapi tidak sesuai dengan kenyataan. Waham adalah termasuk gangguan isi pikiran. Pasien meyakini bahwa dirinya adalah seperti apa yang ada di dalam isi pikirannya. Waham sering ditemui pada gangguan jiwa berat dan beberapa bentuk waham yang spesifik sering ditemukan pada penderita skizofrenia. Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau tahun 2012, terdapat 94 pasien Waham dari 4.598 keseluruhan pasien yang ada di Rumah sakit tersebut.

2.5.4. Harga Diri Rendah (HDR)

Penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dan menganalisis seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang

lain. Individu akan merasa harga dirinya tinggi bila sering mengalami keberhasilan. Sebaliknya, individu akan merasa harga dirinya rendah bila sering mengalami kegagalan, tidak dicintai, atau tidak diterima lingkungan. Harga diri dibentuk sejak kecil dari adanya penerimaan dan perhatian. Harga diri akan meningkat sesuai meningkatnya usia dan sangat terancam pada masa pubertas. Coopersmith dalam buku Stuart dan Sundein (2002) menyatakan bahwa ada empat hal yang dapat meningkatkan harga diri anak, yaitu:

- 1) Memberi kesempatan untuk berhasil,
- 2) Menanamkan idealisme,
- 3) Mendukung aspirasi/ide,
- 4) Membantu membentuk coping.

2.5.5. Perilaku kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua yang ada di lingkungan. Pasien yang dibawa ke rumah sakit jiwa sebagian besar akibat melakukan kekerasan di rumah. Perawat harus jeli dalam melakukan pengkajian untuk menggali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan selama di rumah. Perilaku kekerasan merupakan bagian dari rentang respons marah yang paling maladaptif, yaitu amuk. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan

yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman. (Stuart dan Sundeen, 1991). Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Keliat, 1991).

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

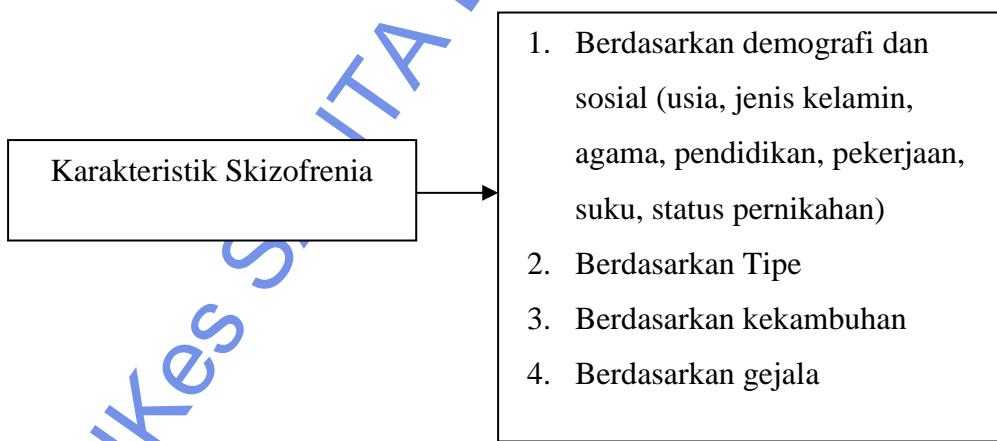
BAB 3

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Menurut Nursalam (2014) tahap yang penting dalam satu penelitian adalah menyusun kerangka konsep. Konsep adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antara variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti menghubungkan hasil penemuan dengan teori. Penelitian ini bertujuan mengetahui Gambaran karakteristik Pasien Skizofrenia di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem tahun 2019.

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Tahun 2019.



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan survey yang bertujuan untuk memperoleh gambaran karakteristik pasien gangguan jiwa yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem berdasarkan distribusi usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, status pernikahan, suku, pekerjaan, tipe, kekambuhan, dan gejala dengan melakukan pengumpulan data dari Rekam Medis seluruh pasien yang dirawat di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah rekam medis semua pasien yang dirawat di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem pada April 2019.

4.2.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini menggunakan *Total Sampling*. Dalam penelitian ini, peneliti mengambil sampel seluruh pasien yang dirawat di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem.

4.3. Variabel Penelitian

Variabel karakteristik pasien Skizofrenia yang dirawat di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Sumatera Utara berdasarkan: usia, jenis

kelamin, pendidikan, agama, status pernikahan, suku, pekerjaan, tipe, kekambuhan, dan gejala.

Tabel 4.1 Definisi Operasional Karakteristik Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem tahun 2019

Varibel	Defenisi	Indikator	Alat Ukur	Karakteri stik	Skala	Hasil Ukur
Karakteristik pasien skizofrenia	<p>Karakteristik adalah ciri khusus yang membedakan sesuatu dengan yang lain. Karakteristik skizofrenia adalah ciri khusus pada Skizofrenia yang dilihat berdasarkan: usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, status pernikahan, suku, kekambuhan, pekerjaan, dan gejala.</p>	<p>Karakteristik pasien skizofrenia berdasarkan: usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, status pernikahan, suku, kekambuhan, pekerjaan, dan gejala.</p>	Dokumenasi data rekam medik	<p>Usia, lama hidup responden dihitung hari saat lahir sampai ulang tahun terakhir saat pencatatan di rekam medik</p> <p>Jenis kelamin yang tercatat pada data rekam medik pasien</p> <p>Tingkat pendidikan terakhir pasien Skizofrenia</p>	<p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>	<p>1 = <35 tahun 2 = 35-50 tahun 3 = 51-65 tahun 4 = >65 tahun</p> <p>1 = laki-laki 2 = perempuan</p> <p>1 = tidak sekolah 2 = tidak tamat SD 3 = tamat SD 4 = tamat SMP 5 = SMA 6 = perguruan tinggi/diploma</p> <p>1 = menikah 2 = belum menikah 3 = bercerai hidup atau meninggal</p> <p>1 = Islam 2 = Kristen 3 = Budha 4 = Hindu 5 = Konghucu</p> <p>1=Batak Toba 2 = Karo 3 = Melayu 4 = Jawa 5 = Mandailing 6 = Tionghoa</p>

akan identitasnya		
Pekerjaan adalah sesuatu yang dikerjakan untuk mendapatkan nafkah atau pencaharian masyarakat yang sibuk dengan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari	Nominal	1= PNS 2 = TNI 3 = Pelajar 4 = Buruh Swasta 5 = Petani 6 = Tidak Bekerja
Tipe adalah klasifikasi		1 = Paranoid 2 = Hebefrenik 3 = Katatonik 4 = Simplex 5 = Residual
Kekambuhan adalah istilah medis yang mendeskripsikan tanda-tanda dan gejala kembalinya suatu penyakit setelah suatu pemulihan yang jelas	Ordinal	1 = 2 kali 2 = ≥ 3 Kali 3 = Baru
Gejala sekumpulan gejala perilaku tambahan yang menyimpang dari perilaku normal seseorang	Nominal	1 = Halusinasi 2 = Isolasi Sosial 3 = Waham 4 = Harga Diri Rendah 5 = Resiko Perilaku Kekerasan

4.4. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan adalah Lembar Ceklist observasi di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem untuk mengetahui gambaran karakteristik pasien Skizofrenia.

4.5. Tempat dan waktu penelitian

4.5.1. Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Sumatera Utara. Waktu penelitian ini dilakukan pada April 2019.

4.5.2. Waktu

Dalam penelitian ini, penulis mengambil data awal dari rekam medik seluruh pasien di Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem pada bulan Oktober 2018 s/d Desember 2018. Dan peneliti mengambil data berikutnya untuk diteliti pada April 2019.

4.6. Prosedur Pengambilan Data

4.6.1. Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan dengan cara pengambilan data primer yaitu melakukan observasi karakteristik pasien Skizofrenia pada karakteristik pasien skizofrenia meliputi : usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, status pernikahan, suku, pekerjaan, kekambuhan dan gejala.

4.6.2. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2014). Langkah-langkah dalam pengumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan. Pada penelitian ini, peneliti mengobservasi data pasien kemudian peneliti menggunakan Teknik Dokumentasi dengan menggunakan lembar Checklist sebagai instrumen

penelitian. Ini dilakukan untuk memperoleh informasi dengan menyalin data yang telah tersedia (data sekunder) ke dalam form isian yang disusun.

4.7. Kerangka Operasional Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Prof. M. Ildrem tahun 2019



4.8. Analisa Data

Analisa dilakukan terhadap tiap-tiap variabel penelitian (*univariat*) terutama untuk melihat tampilan distribusi frekuensi presentasi tiap-tiap variabel. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan Analisis Deskriptif Univariat.

4.9. Pengolahan Data

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan *Coding* untuk mengolah data. *Coding* adalah kegiatan merubah data berbentuk huruf pada kuesioner menjadi bentuk angka/bilangan dalam upaya memudahkan pengolahan/analisis data di komputer. Untuk memudahkan pengelolaan data, maka semua jawaban diberi simbol-simbol tertentu untuk setiap jawaban dengan pengkodean. Setelah

mengolah data menggunakan *Coding*, data kemudian dipindahkan ke Form Data Sekunder. Setelah data diolah, kemudian data disajikan dalam bentuk Tabel Distribusi Frekuensi.

4.10. Etika penelitian

Dalam melaksanakan penelitian, peneliti memandang perlu adanya rekomendasi dalam hal ini Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Sumatera Utara. Setelah mendapatkan persetujuan kemudian dilakukan penelitian dengan menekankan masalah etika penelitian yang meliputi :

1. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut diberikan kode.

2. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi rekam medis dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem berdiri dari tahun 1935 dimana Belanda mendirikan “Doorgangshuizen Voor Krankzinnigen” (Rumah Sakit Jiwa) di Glugur Medan, sebagai Rumah Sakit Jiwa ke 5 dan awalnya rumah sakit jiwa ini hanya memiliki kapasitas 26 tempat tidur sampai dengan masa pendudukan Jepang tahun 1943.

Pada tahun 1950 penderita gangguan jiwa dipindahkan oleh tentara Belanda ke bekas Rumah Sakit Harrison dan Crosfield, serta sebagian lagi di tampung di Rumah Penjara Pematang Siantar. Tahun 1950- 1958 dibuka Poliklinik Psikiatri yang merupakan annex Rumah Sakit Jiwa Pematang Siantar yang terletak di jalan Timor No 19 Medan. Tahun 1958 sampai 1982 rumah sakit milik Belanda (Ziekenn Verpleging), letaknya di Jl. Timor No 10 Medan dimanfaatkan sebagai Rumah Sakit Jiwa Medan.

Pada tanggal 5 Februari 1981, berdasarkan Surat Menteri Kesehatan RI Nomor 1987/Yanke/DKJ/78 dan dengan persetujuan dengan Menteri Keuangan tanggal 8 Desember 1978 Nomor s849/MK/001/1978 Rumah Sakit Jiwa Medan dipindahkan ke lokasi baru yaitu Jl. Tali Air No 21 Medan. Kemudian diresmikan pada tanggal 15 Oktober 1981 oleh Menteri Kesehatan RI Dr. Suwardjono Suryaningrat.

Pada tanggal 7 Februari 2013 sesuai peraturan Daerah Provinsi Sumatera Utara Nomor 1 tahun 2013 dengan persetujuan bersama Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi Sumatera Utara dan Gubernur Sumatera Utara nama

Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara berganti nama menjadi Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem.

Dari awal pemindahan lokasi Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dari Jalan Timor ke Jalan Jamin Ginting/ Jl. Tali air dari tahun 1981 sampai dengan tahun 2015 rumah sakit jiwa ini sudah mengalami banyak sekali perkembangan baik dari sarana dan prasarana, kualitas dan kuantitas pegawai rumah sakit baik yang medis ataupun yang non medis, serta pelayanan yanga setiap tahun selalu ditingkatkan. Terbukti dari hasil wawancara yang dilakukan oleh penulis dan juga penelitian yang dilakukan oleh rumah sakit mengenai Indeks Kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang dilakukan rumah sakit. Perkembangan rumah sakit ini bisa terjadi demi terwujudnya visi dan misi rumah sakit untuk menjadi pusat pelayanan kesehatan jiwa paripurna secara profesional yang terbaik di Sumatera. Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem tetap memberikan pelayanan yang terbaik bagi para pasien, mendukung kesembuhan pasien dan menyemangati keluarga pasien yang melakukan perawatan ke Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem.

5.2. Hasil penelitian

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem pada April 2019 data yang didapatkan dari 35 buku status pasien didapatkan Hasil:

Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Penderita Skizofrenia Di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Berdasarkan Faktor Demografi Tahun 2019

Faktor Predisposisi Berdasarkan Demografi	(f)	Persentase (%)
Usia		
<35 tahun	5	14
35-50 tahun	23	66
51-65 tahun	7	20
>65 tahun	0	0
Total	35	100
Jenis kelamin		
Laki-laki	0	0
Perempuan	35	100
Total	35	100
Pendidikan		
tidak sekolah	1	3
tidak tamat SD	0	0
tamat SD	1	3
tamat SMP	4	11
tamat SMA	26	74
perguruan tinggi	3	9
Total	35	100
Status Pernikahan		
Menikah	11	31
Belum menikah	24	69
Total	35	100
Agama		
Islam	17	49
Kristen	15	43
Budha	1	3
Hindu	1	3
Konghucu	1	3
Total	35	100
Suku		
Batak Toba	14	40
Karo	9	26
Melayu	0	0
Jawa	10	29
Mandailing	1	3
Tionghoa	1	3
Total	35	100
Pekerjaan		
PNS	0	0
TNI	0	0
Pelajar	0	0
Buruh Swasta	5	14
Petani	0	0
Tidak Bekerja	30	86
Total	35	100

Dari data diatas, dapat dilihat bahwa sebagian besar (66%) berada pada usia 35-50 tahun dan tidak ada pasien >65 Tahun. Penelitian ini dilakukan di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem yang keseluruhanya pasien diruangan adalah Perempuan. Dari data diatas, sebagian besar (83%) berpendidikan SMA keatas dan hanya 3% yang tidak berpendidikan. Setelah itu, pasien yang belum menikah merupakan sebagian besar daripada yang sudah menikah yaitu sebanyak 69% sedangkan pasien yang menikah sebanyak 31%. Agama yang sebagian besar (49%) merupakan penderita Skizofrenia adalah agama Islam. Setelah itu, Kristen (43%), diikuti Budha, Konghucu dan Hindu masing-masing hanya 3%. Suku yang sebagian besar (40%) mengalami Skizofrenia adalah Batak Toba, diikuti Karo sebanyak 26%, Melayu 0%, Jawa 29%, Mandailing 3% begitupun dengan Tionghoa 3%. Dari tabel diatas, hampir seluruhnya (86%) penderita tidak bekerja dan hanya 14% yang merupakan Buruh Swasta.

Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Penderita Skizofrenia Di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Berdasarkan Tipe Skizofrenia Tahun 2019

Tipe Skizofrenia	(f)	Persen (%)
Paranoid	35	100
Heberfrenik	0	0
Katatonik	0	0
Simplex	0	0
Residual	0	0
Total	35	100

Pada tabel diatas, dapat dilihat keseluruhan (100%) pasien yang ada di ruangan Mawar merupakan penderita Skizofrenia Paranoid.

Tabel 5.3. Distribusi Frekuensi Penderita Skizofrenia di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Berdasarkan Kekambuhan April 2019

Kekambuhan	(f)	Persen (%)
2 kali	25	71%
≥ 3 Kali	3	9%
Baru	7	20%
Total	35	100%

Kekambuhan yang sering terjadi (71%) ≥ 3 kali dan berulang kali keluar dan masuk dengan kurun waktu yang tidak dapat diprediksi ke Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem.

Tabel 5.4. Distribusi Frekuensi Penderita Skizofrenia di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Berdasarkan Gejala April 2019

Gejala	(f)	Persen (%)
Halusinasi	29	83%
Isolasi Sosial	1	3%
Waham	0	0%
Harga Diri Rendah	1	3%
Resiko Perilaku	4	
Kekerasan		11%
Total	35	100%

Gejala yang sebagian besar (83%) paling sering dijumpai adalah Halusinasi sebagai tanda dan gejala awal pasien mengalami Skizofrenia. Sedangkan untuk Gejala Waham tidak ada (0%).

5.3. Pembahasan Penelitian

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem pada April 2019 data yang didapatkan dari 35 buku status pasien. Keseluruhan pasien di ruangan Mawar mengalami Skizofrenia Paranoid. Usia yang sebagian besar (66%) mengalami Skizofrenia adalah 35-50. Ini terjadi karena usia tersebut lebih sering mengalami gejala maupun penyakit Skizofrenia karena dalam usia 35-50 tahun banyak mengalami Stressor Internal maupun

Eksternal. Ini hampir serupa dengan teori Kaplan *et al* (2010) yang menyebutkan bahwa kira-kira 90% pasien dalam pengobatan skizofrenia berada antara usia 15-55 tahun. Kaplan juga menyebutkan 40-60% dari pasien terus terganggu secara bermakna oleh gangguannya selama seluruh hidupnya.

Penelitian ini dilakukan di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem yang secara khusus keseluruhan pasien diruangan adalah Perempuan. Ini tidak mendukung Penelitian John dan Ezra (2009) yang menyebutkan bahwa prevalensi kejadian skizofrenia pada laki-laki dan perempuan perbandingannya adalah 1,4:1.

Pasien Skizofrenia sebagian besar (74%) adalah tamatan dari Sma dan tidak melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi. Tamatan dari perguruan tinggi hanya sebanyak 9%, sedangkan tamat SMP sebanyak 11%, diikuti dengan pasien yang tidak sekolah dan tidak tamat SD sebanyak 0% dan tamat sd hanya 3%. Ini sejalan dengan penelitian di RSK Alianyang menunjukkan data bahwa pasien memiliki jenjang pendidikan terbanyak dengan lulusan SMA. Hal ini mendukung onset dari skizofrenia, usia pertama kali terkena skizofrenia antara 15-25 dan 25-35 tahun sehingga pendidikan yang dapat diraih pasien juga tidak dapat tinggi bila terkena skizofrenia pada usia tersebut. Kemampuan bersosialisasi dan menerima informasi dari luar secara tepat sangat mempengaruhi seseorang dalam menjalankan proses pendidikan, bila pasien sudah menderita skizofrenia hal ini akan mempersulitnya untuk mengikuti pendidikan formal. Namun, tidak hanya karena penderita sakit pengaruh lainnya juga dapat menyebabkan seseorang tidak bersekolah seperti kondisi sosial dan ekonomi.

Pada penelitian ini, pasien yang belum menikah lebih banyak (69%) daripada yang sudah menikah sedangkan pasien yang menikah sebanyak 31%. Ini sejalan dengan Penelitian Rao *et al* (2005) yang menyebutkan pasien skizofrenia lebih banyak yang sendiri dan belum kawin daripada pasien gangguan jiwa lainnya. Ini sangat berkaitan dengan Teori yang disebutkan dalam Kaplan *et al* (2010) bahwa skizofrenia lebih banyak dijumpai pada orang-orang yang tidak kawin. Skizofrenia memiliki insidensi pada usia 15-25 tahun (pria) dan 25-35 tahun (wanita). Seorang pasien yang sudah terkena skizofrenia pada usia tersebut dan karena skizofrenia bersifat kronis maka pasien kemungkinan tidak akan menikah dengan kondisi sakit dan perlu pengobatan sehingga didapatkan bahwa kehidupan sosial pasien dan kemampuannya membangun relasi dengan baik (misalnya untuk menikah) cenderung terganggu.

Agama yang paling mendominan adalah agama Islam sebanyak 49%. Ini mendukung dari hasil [Sensus Penduduk Indonesia 2010](#), sebanyak 87,18% dari 237.641.326 penduduk Indonesia adalah pemeluk [Islam](#) (Nusantara merupakan negara dengan penduduk [muslim](#) terbanyak di dunia), 6,96% [Protestan](#), 2,9% [Katolik](#), 1,69% [Hindu](#), 0,72% [Buddha](#), 0,05% [Konghucu](#), 0,13%.

Suku terbanyak yang mengalami Skizofrenia adalah Batak Toba yaitu sebanyak 40%. Ini tentu sejalan dengan tori Boydell *et al* karena Batak Toba merupakan Mayoritas Suku di Sumatera Utara. Namun ini sangat bertentangan dengan hasil yang didapatkan dari penelitian di RSK Alianyang menunjukkan bahwa suku Melayu merupakan suku terbanyak dari pasien skizofrenia. Sedangkan Suku Dayak yang merupakan suku terbanyak di Kalimantan Barat

jumlah pasiennya tidak banyak (10,44%). Hal ini terjadi karena suku mayoritas tidak banyak melakukan pemeriksaan maupun pengobatan di RSK Alianyang. Ini bertentangan dengan Teori dari Boydell *et al* (2001) yang menyatakan bahwa Jumlah pasien dengan suku tertentu perlu dikaitkan pula dengan tempat penelitian karena jumlah kejadian skizofreninya akan berkaitan juga dengan suku mayoritas yang ada didaerah tersebut. Ini kemungkinan disebabkan karena ada pasien yang tidak berobat di RSK Alianyang atau memang jumlahnya tidak banyak.

Di Ruangan tersebut juga didominasi oleh 86% pasien yang tidak bekerja atau seorang ibu rumah tangga yang tidak memiliki pekerjaan. Tidak ada pasien dengan pekerjaan PNS, TNI, Pelajar, maupun Petani di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem. Ini ada kaitannya dengan Menurut KDA (Kalimantan Barat dalam Angka) 2010, penduduk berumur lima belas tahun ke atas merupakan penduduk usia kerja, dimana pada usia ini merupakan sumber tenaga kerja produktif yang dapat dimanfaatkan sebagai penggerak roda pembangunan. Pasien skizofrenia kemampuan bersosialisasinya biasanya menurun sehingga kemampuan untuk melaksanakan kerjanya menurun juga, bahkan bila dilihat dari prognosis perbaikannya yang tidak begitu baik.

Pada penelitian ini, seluruh pasien (100%) mengalami Skizofrenia Paranoid. Ini sejalan dengan

Kekambuhan yang sering terjadi ≥ 3 kali dan berulang kali keluar dan masuk dengan kurun waktu yang tidak dapat diprediksi ke Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem sebanyak 71%. Sedangkan pasien baru yang dirawat di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa adalah sebanyak 20%. Pasien yang >3 kali (keluar-masuk)

untuk dirawat di Rumah Sakit jiwa Prof. M. Ildrem khususnya diruangan Mawar sebanyak 9%. Ini berkaitan dengan Teori Agus (2001) penyebab kekambuhan pasien skizofrenia adalah faktor psikososial yaitu pengaruh lingkungan keluarga maupun sosial. Maka, ketika pasien di anjurkan untuk Rawat Jalan, kekambuhan akan terjadi berulang kali jika Faktor Internal dan Eksternal tidak mendukung. Rumah sakit tidak akan bermakna apabila tidak dilanjutkan dengan perawatan di rumah. Kemudian, disfungsi sosial dan pekerjaan juga mempengaruhi perilaku pada klien skizofrenia yang menyebabkan depresi pada klien yang mengganggu konsep diri klien sehingga menjadikan kurangnya penerimaan klien di lingkungan keluarga dan masyarakat terhadap kondisi yang dialami klien, ini juga menjadi penyebab kekambuhan (Nyumirah, 2013).

Gejala yang paling sering dijumpai di Ruangan Mawar adalah Halusinasi sebanyak 83% sebagai tanda dan gejala awal pasien mengalami Skizofrenia. Ini sama dengan Hasil studi yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat diperoleh data kasus yang paling banyak adalah skizofrenia dengan halusinasi yaitu 55,71% (Handayani, 2013). Ini sejalan dengan Teori Maramis (2005) yaitu, Halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan dan penghayatan yang dialami melalui panca indra tanpa ada rangsang dari luar maupun stimulus. Dari hasil penelitian, peneliti menemukan bahwa di Ruangan Mawar Halusinasi merupakan gejala awal yang paling banyak dialami oleh pasien.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dengan 35 Sampel menggunakan data yang diambil dari Buku Status Pasien yang dirawat di Ruangan Mawar pada April 2019, maka dapat disimpulkan:

1. Gambaran Karakteristik pasien Skizofrenia berdasarkan Usia menggambarkan bahwa pasien yang berada pada usia Produktif (35-50) lebih banyak mengalami Skizofrenia dengan Persentase 66%. Ini terjadi karena usia Produktif lebih sering mengalami gejala maupun penyakit Skizofrenia karena dalam usia Produktif banyak mengalami Stressor Internal maupun Eksternal.
2. Gambaran Karakteristik pasien Skizofrenia berdasarkan Jenis Kelamin. Penelitian yang dilakukan di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem yang secara keseluruhan pasien diruangan adalah Perempuan. Ini tidak mendukung Penelitian John dan Ezra (2009) yang menyebutkan bahwa prevalensi kejadian skizofrenia pada laki-laki dan perempuan perbandingannya adalah 1,4:1. Ini dikarenakan peneliti hanya mengambil Sampel dari keseluruhan Pasien di Ruangan Mawar yang merupakan keseluruhannya adalah perempuan.
3. Gambaran karakteristik berdasarkan Pendidikan. Sebagian besar pasien adalah tamatan dari Sma sebanyak 74% dan tidak melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi. Kemampuan bersosialisasi dan menerima

informasi dari luar secara tepat sangat mempengaruhi seseorang dalam menjalankan proses pendidikan, bila pasien sudah menderita skizofrenia hal ini akan mempersulitnya untuk mengikuti pendidikan formal. Namun, tidak hanya karena penderita sakit pengaruh lainnya juga dapat menyebabkan seseorang tidak bersekolah seperti kondisi sosial dan ekonomi.

4. Gambaran karakteristik berdasarkan Status Pernikahan. Pada penelitian ini, pasien yang belum menikah lebih mendominan daripada yang sudah menikah yaitu sebanyak 69% sedangkan pasien yang menikah sebanyak 31%. Ini sejalan dengan Penelitian Rao *et al* (2005) yang menyebutkan pasien skizofrenia lebih banyak yang sendiri dan belum kawin daripada pasien gangguan jiwa lainnya. Bila seorang pasien sudah terkena skizofrenia pada usia tersebut dan karena skizofrenia bersifat kronis maka pasien kemungkinan tidak akan menikah dengan kondisi sakit dan perlu pengobatan sehingga didapatkan bahwa kehidupan sosial pasien dan kemampuannya membangun relasi dengan baik (misalnya untuk menikah) cenderung terganggu.
5. Gambaran karakteristik berdasarkan Agama. Agama yang paling mendominan adalah agama Islam sebanyak 49%. Setelah itu Kristen sebanyak 43%, diikuti Budha, Konghucu dan Hindu masing-masing hanya 3%. Ini mendukung dari hasil Sensus Penduduk Indonesia 2010, 87,18% dari 237.641.326 penduduk Indonesia adalah pemeluk Islam (Nusantara merupakan negara dengan penduduk muslim terbanyak di dunia)

6. Gambaran karakteristik berdasarkan Suku. Suku terbanyak yang mengalami Skizofrenia adalah Batak Toba yaitu sebanyak 40%. Ini jelas sejalan dengan tori Boydell *et al* karena Batak Toba merupakan Mayoritas Suku di Sumatera Utara. Teori dari Boydell *et al* (2001) yang menyatakan bahwa Jumlah pasien dengan suku tertentu perlu dikaitkan pula dengan tempat penelitian karena jumlah kejadian skizofrenianya akan berkaitan juga dengan suku mayoritas yang ada didaerah tersebut.
7. Gambaran karakteristik berdasarkan Pekerjaan. Di Ruangan Mawar didominasi oleh 86% pasien yang tidak bekerja atau seorang ibu rumah tangga yang tidak memiliki pekerjaan. Ini ada kaitannya dengan Menurut KDA (Kalimantan Barat dalam Angka) 2010, penduduk berumur lima belas tahun ke atas merupakan penduduk usia kerja, dimana pada usia ini merupakan sumber tenaga kerja produktif yang dapat dimanfaatkan sebagai penggerak roda pembangunan. Pasien skizofrenia kemampuan bersosialisasinya biasanya menurun sehingga kemampuan untuk melaksanakan kerjanya menurun juga, bahkan bila dilihat dari prognosis perbaikannya yang tidak begitu baik.
- 8.
9. Gambaran karakteristik berdasarkan kekambuhan. Kekambuhan yang sering terjadi ≥ 3 kali dan berulang kali keluar dan masuk dengan kurun waktu yang tidak dapat diprediksi ke Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem sebanyak 71%. Ini berkaitan dengan Teori Agus (2001) penyebab

kekambuhan pasien skizofrenia adalah faktor psikososial yaitu pengaruh lingkungan keluarga maupun sosial.

10. Gambaran karakteristik berdasarkan Gejala. Gejala yang paling sering dijumpai di Ruangan Mawar adalah Halusinasi sebanyak 83% sebagai tanda dan gejala awal pasien mengalami Skizofrenia. Ini sama dengan Hasil studi yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat diperoleh data kasus yang paling banyak adalah skizofrenia dengan halusinasi yaitu 55,71% (Handayani, 2013).

6.2. Saran

1. Bagi Penderita
 - a. Agar lebih patuh untuk minum obat setiap hari secara teratur
 - b. Melatih dan Menerapkan sehari-hari tentang Strategi Pelaksanaan untuk gejala yang dialami
 - c. Supaya lebih tekun dalam melaksanakan ibadah sehari-hari
2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Menggunakan karya tulis ilmiah yang telah diteliti menjadi suatu daya guna untuk melakukan suatu intervensi maupun penelitian yang menghasilkan hal baru demi kemajuan teknologi dalam bidang kesehatan

3. Bagi Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem

Lebih meningkatkan kegiatan Spiritual dan kegiatan melatih Interaksi agar meningkatkan komunikasi Pasien dengan orang lain menjadi lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Rahman, Agus. 2013. *Psikologi Sosial: Integrasi Pengetahuan Wahyu dan Pengetahuan Empirik*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Agus, D. 2001. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pasien Skizofrenia di RSJP Jakarta dan Sanatorium Dharmawangsa dalam Pemilihan Jalur Pelayanan Kesehatan Pertama Kali dan Keterlambatan Kontak ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa*. Dipublikasikan dalam <http://www.google.php.htm>.
- Badan Pusat Statistik Kalimantan Barat. Kalimantan Barat dalam Angka 2010. Badan Pusat Statistik Kalimantan Barat . 2011; 6.
- Boydell et al. *Incidence of Schizophrenia in Ethnic Minorities in London: Ecological Study into Interaction with Environment*. British Medical Journal. 2001;323:1336. 16.
- Buchanan, R.W., & Carpenter, T.W. (2000). *Schizophrenia: Introduction and overview*. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, Inc
- Breland-Noble A.M et all, (2016), Handbook of mental health in african american Youth. Springer, London:New York
- Chandra, LS. 2004. *Schizophrenia Anonymous, A Better Future*. Jakarta: EGC
- Damayanti, R., & Jumaini, S. U. (2014). Efektifitas terapi musik klasik terhadap penurunan tingkat halusinasi pada pasien halusinasi dengar Di rsj tampa provinsi riau.
- Depkes RI, 2009. *Pedoman dan Pengolongan Diagnosis Gangguan Jiwa Edisi Ke-III*. Jakarta.
- Dinkes Surabaya. 2013. Berita Kesehatan Jiwa. <http://dinkes.surabaya.go.id/portal/index.php/berita/kesehatan-jiwa-tidak-mematiakan-tapi-menimbulkan-beban-penderita/#> diakses tanggal 28 September 2015
- Gao, T. L. (2013). *Pengaruh faktor sosiodemografi, sosioekonomi dan Kebutuhan terhadap perilaku masyarakat dalam Pencarian pengobatan di kecamatan medan kota Tahun 2013*. Universitas Sumatera Utara.
- Handayani, D., Sriati, A., & Widiyanti, E. (2013). *Tingkat Kemandirian Pasien Mengontrol Halusinasi setelah Terapi Aktivitas Kelompok*. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 1(1).

- Indah Saputri, A. (2016). *Analisis Faktor Predisposisi Dan Presipitasi Gangguan Jiwa Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Irmansyah, 2002. *Psikiater Sebagai Pelaku dan Korban Masalah Etik. Kumpulan Makalah Menanti Empati terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa*. Pusat Kajian Bencana dan Tindak Kekerasan. Departemen Psikiatri FK UI, Jakarta.
- Irmansyah. 2004. *Pencegahan dan Intervensi Dini Skizofrenia*. Jakarta: Salemba Medika
- Jaiz, M. H. (1980). Amin. *Pokok-pokok Ajaran Islam*. Penerbit: Asuransi Jasa Indonesia Jakarta
- John J McGrath and Ezra S Susser. 2009. *New directions in the epidemiology of schizophrenia*. MJA.
- Kaplan et al. . 2010; 701-43. *Sinopsis Psikiatri*, Jilid 1. Jakarta. Binarupa Aksara Publisher.
- Keliat, Anna. 1999. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa* Edisi 1. Jakarta: EGC
- Koentjaraningrat. 1990. *Pengantar Ilmu Antropologi*, Jakarta. Djambata
- Kirana, S. A. C. (2018). *Gambaran Kemampuan Interaksi Sosial Pasien Isolasi Sosial Setelah Pemberian Social Skills Therapy Di Rumah Sakit Jiwa*. *Journal of Health Sciences*, 11(1)
- Maramis W.F. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maramis, W. F. 2005. *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 9. Surabaya: Airlangga University Press.
- Nasir, Abdul& Muhith, Abdul. 2011. *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2014. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter & Perry. 2005. *Fundamental Keperawatan volume 1*. Jakarta: EGC
- Rao et al. Marriage, Mental Health and Indian Legislation. JSS Medical College Hospital. 2005. 13 15.

Riskesdas. 2013. *Peningkatan Kapasitas Kader Kesehatan Jiwa Masyarakat Provinsi Sulawesi Selatan*.<http://www.buk.kemkes.go.id/> diakses pada tanggal 15 Oktober 2015

Robinson, D. 2008. *Predictors of relapse following response from first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder, department of Psychiatry, Hillside Hospital*, Long Island.

Rohmatin, Y. K., Limantara, S., & Arifin, S. (2016). *Gambaran kecenderungan depresi keluarga pasien skizofrenia berdasarkan karakteristik demografi dan psikososial*. Berkala Kedokteran Unlam, 12(2), 239-253.

Sadock, BJ. Sadock, VA. (eds), *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, Williams and Wilkins, 9 th ed, London. 2003:471-504

Sensus Penduduk Indonesia 2010

Sira, I. (2011). *Karakteristik Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Alianyang Pontianak Periode 1 Januari-31 Desember 2009*. *Jurnal Mahasiswa PSPD FK Universitas Tanjungpura*, 2(1)

Surahman, dkk. 2016. *Metodologi penelitian*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan
Stuart, Gail. 2009. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Terbitan: Elsevier Mosby

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Videbeck. 2008. *Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC

Wade, Tavris. 2007. Psikologi Edisi 9 Jilid 2. Jakarta: Erlangga.

World Health Organization. 2008. 5. *The Global Burden of Disease*. Geneva.
WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

World Health Organization. *Schizophrenia*. Tersedia di http://www.who.int/mental_health/topics.html dikunjungi tanggal 18 Agustus 2010.

World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. World Health Organization. 2007: 80. 17.

WHO. 2012. WHO: 450 Juta Orang Menderita Gangguan Jiwa.
<http://www.health.kompas.com> diakses pada tanggal 15 Oktober 2015.

Wulansih, S., & Widodo, A. 2017. Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di RSJD Surakarta. *Berita Ilmu Keperawatan*, 1(4), 181-186.

Yakita. 2003. *Kekambuhan Skizofrenia*. Dipublikasikan dalam <http://www.Yayasan Harapan Permata Hati Kita. htm>. Download 29-11-2007.

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA UTARA



RUMAH SAKIT JIWA DAERAH

Jl.Let.Jend. Jamin Ginting S KM.10 / Jl.Tali Air No.21
Kotak Pos 1449 Telp.8360305 Fax.8365167 Medan 20141

Nomor :DL.02.02.04 //3 .
Lampiran : -
Perihal : Selesai Penelitian

Kepada Yth,
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan
Di-
Tempat.

Dengan Hormat,
Sehubungan dengan surat saudara No.483/STIKes/RSJ-Penelitian/IV/2019, Tertanggal 09 April 2019, tentang izin penelitian dengan judul: "Gambaran Karakteristik Pasien Skizofrenia Di Ruangan Mawar Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan Tahun 2019".
Bagi mahasiswa yang tersebut di bawah ini

Nama : Putri Puspasari
NPM : 012016020
Program Studi : DIII Keperawatan

Maka dengan ini kami pihak Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhamad Ildrem menyatakan bahwasanya yang bersangkutan telah melaksanakan penelitiannya sesuai dengan judul penelitiannya terhitung mulai tanggal 01 April s/d 30 April 2019 sampai dengan selesai dengan mengikuti segala peraturan dan ketentuan yang berlaku.
Demikianlah surat ini kami sampaikan, atas perhatiannya dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Medan, April 2019
Ketua Pendidikan Keperawatan
RS. Jiwa Provinsi
RUMAH SAKIT JIWA
Prof. Dr. M. ILDREM
SUMATERA UTARA
(Lince Herawati, SPd, S.Kep, N.s)
Pembina Tingkat 1
Nip. 195908151986032003

Tembusan :
1. Kabid Keperawatan
2. Ka. Instalasi Rekam Medis
3. Yang Bersangkutan
4. Arsip



STIKes SANTA ELISABETH MEDAN KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

JL. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata, Kec. Medan Selayang

Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131

E-mail: stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

KETERANGAN LAYAK ETIK

DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION

"ETHICAL EXEMPTION"

No. 0116 /KEPK/PE-DT/V/2019

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti Utama : PUTRI PUSPASARI
Principal Investigator

Nama Institusi : STIKES SANTA ELISABETH MEDAN
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

"GAMBARAN KARAKTERISTIK PASIEN SKIZOFRENIA DI RUANGAN MAWAR RUMAH SAKIT JIWA PROF. M. ILDREM TAHUN 2019"

"DESCRIPTION OF CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN ROSE ROOM
MENTAL HOSPITAL PROF. M. ILDREM IN 2019"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksplorasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 15 Mei 2019 sampai dengan tanggal 15 November 2019.

This declaration of ethics applies during the period May 15, 2019 until November 15, 2019.

May 15, 2019
Chairperson,

Mestiana Br. Karo, DNSc.



PROPOSAL

Nama Mahasiswa : PUTRI Puspasari
JIM : 012016020
Judul : Gambaran karakteristik pasien skizofrenia di RSJ
prof. M. Idham.

Nama Pembimbing : Bpk. Nasipta Ganting

NO	HARI/TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
1.	02/02/19	Bpk. Nasipta SKM, S.Kep., Ns. M.pd.	Tujuan merupakan misi dari latar belakang, merupakan jurnal dari penelitian. Jurnal terupdate dan teori yang relevan dan sumber .	
2.	04/02/19	Bpk. Nasipta SKM, S.Kep., Ns. M.pd.	Sumber masih kurang sehingga paragraf disertai sumber yang relevan. Teori dijelaskan lebih dulu dipadai penelitian jurnal .	
3.	28/02/19	Bpk. Nasipta SKM, S.Kep., Ns., M.pd.	Perbaiki bab 2 Semua yang menyimpulkan di Bab 1 harus di singgung dengan Bab 2.	

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
01/03/2015	Bpk. Nasipk S.K.M., S.Kep., M., M.pd.	Sinkronisasi bab 3 dengan BAB 2. BAB 4 harus sinkron dengan apa yang akan datang	
08/03/2015	Bpk. Nasipk S.K.M., S.Kep., M., M.pd.	Terakiri daftar isi, dan daftar pustaka. Analisa data diperbaiki.	
		Ace v Friday Dipusat	
14/03/2015	Bu. Nagda SST., M.Kes	- jadul di khususkan menjadi skizotrenia paranoid. - tambahkan untuk faktor pre-terti dan predisposisi utn karakteristik	
16/03/2015	Bu. Nagda SST., M.Kes	- Masukkan kriteria untuk pengambilan sampel. - Jika mengambil tahun 2015, maka penelitian menggunakan observasi	
16/03/2015	Pak Nasipk SST., M.Kes	- Tambahkan Tambahkan tiga khusus untuk klasifikasi khusus pada karakteristik skizotrenia.	



Buku Bimbingan Proposal dan Skripsi Prodi D3 Keperawatan Santa Elisabeth Medan

NO	HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
	18/03/2015 08.00 WIB	Pak. Nasripta SKM., S.Kep., N.S., M.pd.	- keterangan Gejala - prevalensi Gejala Skizofrenia.	ABR
	18/03/2015 11.00 WIB	Pak Nasripta SKM., S.Kep., N.S., M.pd.	- Konsultasikan kembali kepada pengarsi.	ABR
	18/03/2015 13.25	By Magda. SST., N.Iker	- Sampel harus ≥ 65 thn. - Tahun 2015 menjadi 2018 - Rujukan tidak hanya mawar.	ABR 18/03/2018
	18/03/2015 13.25	Pak Nasripta SKM., S.Kep., N.S., M.pd.	- lembaran observasi Menurut masing- masing karakteristik	ABR
	19/03/2015 11.00	Magda SST., N.Iker	all adalah disfungsi disf. Keinginan disf. Jual.	ABR 19/03/2015
	19/03/2015	Ppk. Nasripta SKM., S.Kep., N.S., M.pd.	ACC	ABR



Buku Bimbingan Proposal dan Skripsi Prodi D3 Keperawatan Santa Elisabeth Medan

SKRIPSI

Jahasiswa : PUTRI PUSPAWATI
NIM : 0261620

embimbing :

HARI/ ANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
105/15	Rusmawati S.Kep., Ns., M.Kep	- Tabel dan jadwal tabel diperbaiki; - Tabel dibuat tabel terbukti pembuktian tulisan daftar pustaka	105/15/15 Putri Rusmawati
105/15		Abstrak meliputi: - Pendahuluan - Latar Belakang - Tujuan - Metode - Hasil - saran	24/5/15 Putri Rusmawati
105/15		Ace Dwi	

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



Buku Bimbingan Proposal dan Skripsi Prodi D3 Keperawatan Santa Elisabeth Medan

HARI/TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
17/05/2015	Bpk. Nusipta SKM., S.Kep., Ns., M.Pd.	- jelaskan Teori permasng - masing kategoris - setiap tabel harus ada pdul & ket.	
18/05/2015	Bpk. Nusipta SKM., S.Kep., Ns., M.Pd.	- perbandingan untuk tahun penelitian tidak boleh terlalu jauh - Tidak ada data pendukung.	
19/05/2015	Bpk. Nusipta SKM., S.Kep., Ns., M.Pd.	- Mecanisme pemb- ahasan adalah, temuan peneliti, ban- dingkan dgn penentian lain dan beragumri sesuai teori.	
20/05/2015	Bpk. Nusipta SKM., S.Kep., Ns., M.Pd	- Tabel tidak bisa dipengsal - keterkaitan dgn penemuan lain berskn argumen Peneliti	
20/05/2015	Bpk. Nusipta SKM., S.Kep., Ns., M.Pd	Perbaiki Analisa dan Tabel.	



Buku Bimbingan Proposal dan Skripsi Prodi D3 Keperawatan Santa Elisabeth Medan

O	HARI/TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
	13/05/2015	Bpk. Nasipitz SKM., S.Kep., Ns., M.Pd	Pembahasan sesuai langkah dan hasil, perbaiki urutan sesuai BAB 4.	
	14/05/2015	Bpk. Nasipitz SKM., S.Kep., Ns., M.Pd	Temuan peneliti dan temuan lain. ↳ kartan setuju/ tidak setuju/ Bertentangan.	
	15/05/2015	Bpk. Nasipitz SKM., S.Kep., Ns., M.Pd	Dalam menyimpulkan, semua dari pembahasan benar ada pada kesimpulan.	
	16/05/2015	Bpk. Nasipitz SKM., S.Kep., Ns., M.Pd	- penderita - peneliti - RSJ - Institusi (hambatan) masing-masing diambil dari kesimpulan utk saran.	
	17/05/2015	Bpk. Nasipitz SKM., S.Kep., Ns., M.Pd	Acc.	
	25/05/2015	Bpk. Nasipitz SKM., S.Kep., Ns., M.Pd	Absrah, Lampiran dilis berapa banyak lampiran.	



Buku Bimbingan Proposal dan Skripsi Prodi D3 Keperawatan Santa Elisabeth Medan

HARI/ANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
10/5/2015	Mugda Singo-nnap SST., M.kes	- Salutkan tabel - tambahkan karakteristik - Tabel (ndul) tabel diperbaiki	/ /
16/5/2015	Nurputri Cuning, SKM., S.Kep., N.S., M.Pd.	- Tidak ada dgk titik maka tidak akan ada di Tabel frekuensi/ BAB 4 maupun BAB 5.	/
8/05/2015	Mugda	- Tabel disusun dan disertai Faktornya.	/
28/05/15	Mugda	perbaiki tabel Kompleksitas Rupan kahuti gbi tabel. S.I - 1 - 4.	/
		aceh, bahan d populasi manusia ✓ kab. pasuruan Bahan presensi ta tang sebab sedih debar debar	/

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



Buku Bimbingan Proposal dan Skripsi Prodi D3 Keperawatan Santa Elisabeth Medan