



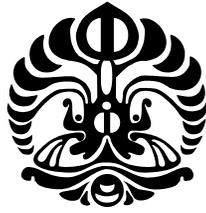
UNIVERSITAS INDONESIA

PERAN DAERAH TEMPAT TINGGAL TERHADAP KEJADIAN
PENYAKIT SKIZOFRENIA PADA PENDERITA GANGGUAN JIWA
YANG DIRAWAT INAP DI RUMAH SAKIT DR.ERNALDI BAHAR
PROVINSI SUMATERA SELATAN TAHUN 2007

TESIS

MUHAMAD AMIN
NPM : 0706256114

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI EPIDEMIOLOGI
DEPOK
JUNI 2009



UNIVERSITAS INDONESIA

PERAN DAERAH TEMPAT TINGGAL TERHADAP KEJADIAN
PENYAKIT SKIZOFRENIA PADA PENDERITA GANGGUAN JIWA
YANG DIRAWAT INAP DI RUMAH SAKIT DR.ERNALDI BAHAR
PROVINSI SUMATERA SELATAN TAHUN 2007

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER EPIDEMIOLOGI

MUHAMAD AMIN
NPM : 0706256114

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI EPIDEMIOLOGI
KHUSUSAN EPIDEMIOLOGI KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2009

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

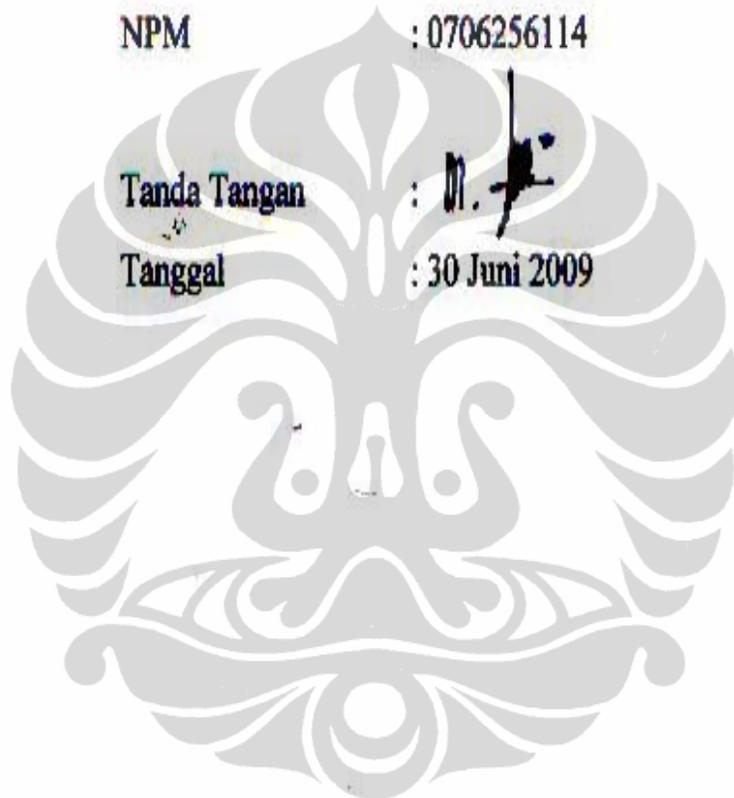
Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Muhamad Amin

NPM : 0706256114

Tanda Tangan : 

Tanggal : 30 Juni 2009



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Muhamad Amin

NPM : 0706266114

Program Studi : Epidemiologi

Judul Tesis : Peran daerah tempat tinggal terhadap kejadian penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa yang dirawat inap di RS.Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Epidemiologi pada Program Studi Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

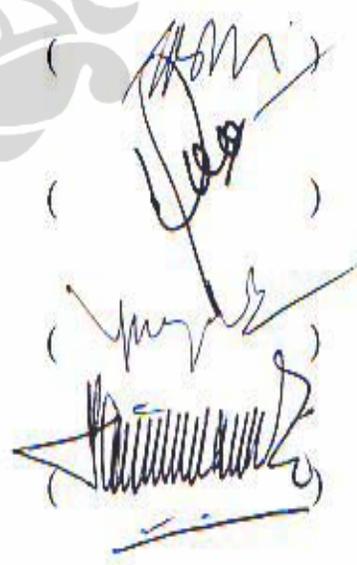
DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Asri C. Adisasmita, dr,MPH.PhD

Penguji : Dr.Ratna Djuwita, dr.MPH

Penguji : dr.Yovsah, M.Kes

Penguji : dr. Hartati, SpKj



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 30 Juni 2009

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis haturkan kehadiran ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga akhirnya tesis ini dapat diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program pasca sarjana Epidemiologi Universitas Indonesia.

Ucapan terima kasih setulus – tulusnya penulis sampaikan kepada bapak/Ibu **dr.Asri C Adisasmita,MPH,PhD** selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk dalam penyusunan tesis ini. Semoga Allah mengantikan waktu dan bimbingan yang telah bapak/ibu berikan dengan waktu dan bimbingan yang lebih baik. Teriring pula ucapan terima kasih kepada :

1. Dr. Ratna Djuwita, dr.MPH., selaku penguji dan Ketua Jurusan Prodi Departemen Epidemiologi.
2. Tim penguji tesis FKM UI
3. Bapak Gubernur Sumatera Selatan yang telah memberikan izin Tugas Belajar di Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Epidemiologi.
4. Bapak Chairil Zaman, MSc, (Direktur RS.Dr.Ernaldi Bahar Palembang) yang telah memberi restu serta kesempatan untuk melanjutkan pendidikan.
5. Teman-teman di Rumah Sakit Dr.Ernaldi Palembang terima kasih atas perhatian serta dukungannya.
6. Teman seangkatan Epidemiologi semester ganjil yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Terima kasih yang tak terhingga kepada Ayahanda **H.Abdul Kodir (almarhum)** dan Ibunda tersayang **Hj. Yangcik (almarhum)** serta Ayukku Halimah serta keponakanku **Mardia Agustina,Amd, Suryadi, Arie Darmansyah** dan kedua mertua saya yang telah memberikan dorongan dan do'a kepada penulis untuk terus belajar.

Teristimewa kepada Istriku tercinta **Welda Amd.Kep** dan Buah Hatiku **Muhammad Rizki Nugraha** terima kasih atas kesabaran dan pengorbanannya serta

toleransi yang mendalam selama menempuh pendidikan dan menyelesaikan tesis ini dan Ayah juga minta maaf karena terlalu sering meninggalkan kalian berdua.

Akhir kata dengan segala keterbatasan yang ada pada tulisan ini penulis mengharapkan agar tesis ini dapat memberi manfaat bagi yang membutuhkan.

Depok, Juni 2009

Penulis



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Muhamad Amin
NPM : 0706256114
Program Studi : Epidemiologi
Departemen : Epidemiologi
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“ Peran Daerah Tempat Tinggal Terhadap Kejadian Penyakit Skizofrenia Pada Penderita Gangguan Jiwa Yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit DR.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2007”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 30 Juni 2009
Yang menyatakan



(Muhamad Amin)

ABSTRAK

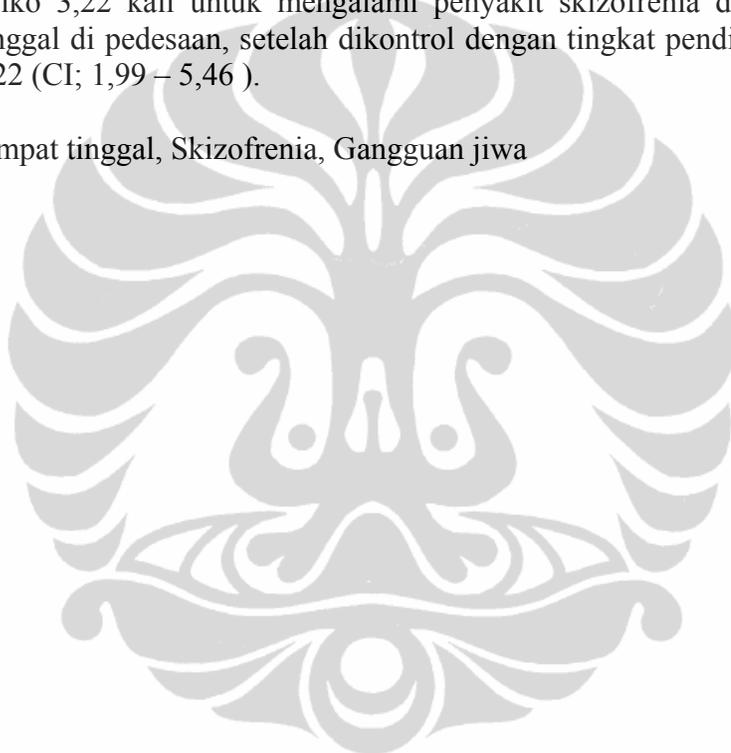
Nama : Muhamad Amin
Program studi : Epidemiologi
Judul : Peran Daerah Tempat Tinggal Terhadap Penyakit Skizofrenia Pada penderita Gangguan Jiwa Yang Dirawat Inap Di RS.Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2007.

Skizofrenia merupakan salah satu contoh gangguan jiwa berat dan merupakan bentuk psikosis fungsional paling berat dan menimbulkan disorganisasi personalitas terbesar yang tidak mempunyai kontak dengan realita.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran daerah tempat tinggal terhadap kejadian penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa yang dirawat inap di RS.Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007.

Hasil penelitian menemukan bahwa responden yang tinggal di perkotaan yang menderita penyakit skizofrenia sebanyak 155 orang (82.4%). Berdasarkan hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa penderita yang tinggal di perkotaan mempunyai resiko 3,22 kali untuk mengalami penyakit skizofrenia dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan, setelah dikontrol dengan tingkat pendidikan, yaitu dengan $OR = 3,22$ ($CI; 1,99 - 5,46$).

Kata kunci : Tempat tinggal, Skizofrenia, Gangguan jiwa



ABSTRACT

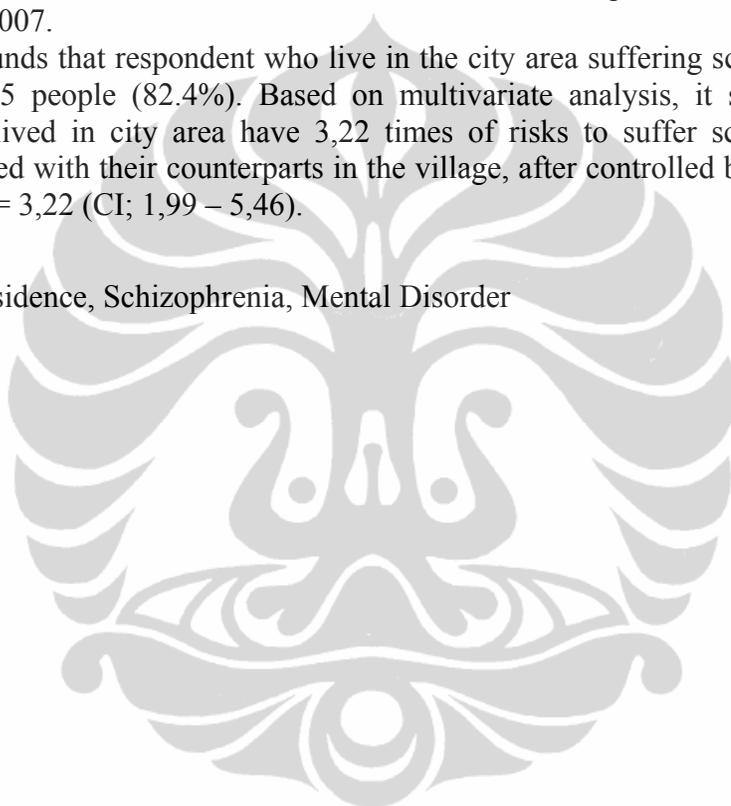
Name : Muhamad Amin
Study Program : Epidemiology
Title : The Role Of Residence Area For Schizophrenia Disease To Inpatient of Mental Disorder Treated In Dr.Ernaldi Bahar Hospital South Sumatera Province Year 2007

Schizophrenia is one of example of serious mental disorder and the most serious functional psychosis form and cause severest disorganization of personality which does not have any contact to reality.

This study aim to find out the role of residence area for schizophrenia disease to inpatient of mental disorder treated in Dr.Ernaldi Bahar Hospital South Sumatera Province year 2007.

Study result founds that respondent who live in the city area suffering schizophrenia as much as 155 people (82.4%). Based on multivariate analysis, it showed that sufferers who lived in city area have 3,22 times of risks to suffer schizophrenia disease compared with their counterparts in the village, after controlled by education level, with OR = 3,22 (CI; 1,99 – 5,46).

Word Key : Residence, Schizophrenia, Mental Disorder



DAFTAR ISI

Judul	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR ISTILAH	xiv
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Pertanyaan Penelitian	7
1.4 Tujuan Penelitian	8
1.4.1. Tujuan Umum	8
1.4.2. Tujuan Khusus	8
1.5 Manfaat Penelitian	9
1.6 Ruang Lingkup	9
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Pengertian Gangguan Jiwa	10
2.2 Proses Terjadinya Gangguan Jiwa	10
2.1.1 Faktor Predisposisi	10
2.1.2 Faktor Presipitasi	12
2.3 Jenis – Jenis gangguan Jiwa	13
2.4 Skizofrenia Sebagai Bentuk Gangguan Jiwa	15

2.5.	Tipe Skizofrenia Menurut PPDGJ-III	16
2.5.1	Skizofrenia Hebefrenik	16
2.5.2	Skizofrenia Katatonik	17
2.5.3	Skizofrenia Paranoid	18
2.5.4	Skizofrenia Residual	19
2.5.5	Skizofrenia Simpleks	20
2.5.6	Skizofrenia Tak Terinci (<i>Undifferentiated</i>)	20
2.6	Gejala Klinis Skizofrenia	20
2.7	Faktor – Faktor Diduga Berpengaruh Terhadap Munculnya Gejala Skizofrenia	24
2.8.	Daerah Tempat Tinggal Berdasarkan Wilayah Perkotaan dan Pedesaan	28
2.8.1.	Perkotaan	28
2.8.2.	Pedesaan	30
2.9.	Masalah Kesehatan di Perkotaan	31
2.10.	Hubungan Daerah Tempat Tinggal Terhadap Penyakit Skizofrenia	32
2.11.	Kerangka Teori	34
BAB III.	KERANGKA KONSEP	35
3.1	Kerangka Konsep	35
3.2	Hipotesis	36
3.3	Definisi Operasional	36
BAB IV.	METODOLOGI PENELITIAN	41
4.1	Desain Penelitian	41
4.2	Populasi dan Sampel	41
4.2.1	Populasi	41
4.2.2	Sampel	42
4.3	Pengumpulan Data	44
4.4	Pengolahan Data	44
4.5	Teknik Analisis Data	45

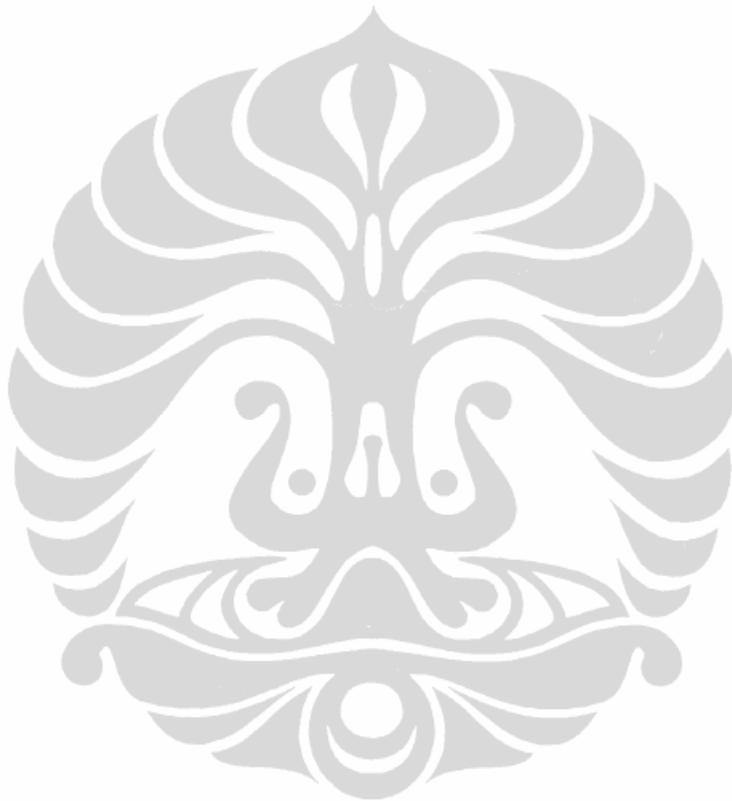
4.5.1. Analisis Univariat	45
4.5.2. Analisis Bivariat.....	45
4.5.3. Analisis Multivariat.....	46
BAB V. HASIL PENELITIAN	47
5.1 Hasil Analisis Univariat.....	47
5.1.1 Daerah Tempat Tinggal.....	50
5.1.2 Gangguan Jiwa.....	51
5.2 Analisis Bivariat	52
5.3 Analisis Multivariat	57
BAB VI. PEMBAHASAN	59
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	59
6.1.1 Desain Penelitian.....	59
6.1.2 Sampel Penelitian.....	60
6.1.3 Bias Seleksi	60
6.1.4. Bias Informasi.....	60
6.1.5. Konfounding dan Variasi Chance	61
6.1.6. kekuatan Hubungan.....	61
6.2. Temuan Utama.....	62
6.3. Temuan Tambahan.....	65
6.3.1. Umur	65
6.3.2. Jenis Kelamin.....	66
6.3.3. Pendidikan.....	66
6.3.4. Pekerjaan.....	67
6.3.5. Perkawinan.....	68
6.3.6. Riwayat Keturunan.....	68
6.3.7. Riwayat Penyalahgunaan Narkoba	69
BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN	71
7.1 Simpulan.....	71
7.2 Saran	72
DAFTAR PUSTAKA	73

DAFTAR TABEL

Tabel		Hal
Tabel 5.1.	Distribusi Frekuensi variabel Independen Terhadap Kejadian Skizofrenia Pada Penderita Gangguan Jiwa.....	49
Tabel 5.2.	Distribusi Responden Menurut Daerah Tempat Tinggal	50
Tabel 5.3.	Distribusi Responden Menurut Jenis Gangguan Jiwa	51
Tabel 5.4.	Distribusi Responden Menurut Jenis Penyakit Skizofrenia.....	51
Tabel 5.5.	Distribusi Responden Menurut Gangguan Jiwa Bukan Skizofrenia.....	52
Tabel 5.6.	Distribusi Hubungan Peran Daerah Tempat Tinggal Dan Berbagai Kovariat Lainnya Terhadap Penyakit Skizofrenia Pada Penderita Gangguan Jiwa	53
Tabel 5.7	Variabel – Variabel Yang Masuk Kedalam Model Awal Sebagai Kandidat Analisis Multivariat	57
Tabel 5.8	Hubungan Peran Daerah Tempat Tinggal Terhadap Penyakit Skizofrenia Pada Penderita Gangguan Jiwa Dengan Dikontrol Variabel Tingkat Pendidikan.....	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyakit Pada Penderita Gangguan Jiwa	34
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Tempat Tinggal Dengan Kejadian Penyakit Skizofrenia Pada Penderita Gangguan Jiwa	35
Gambar 4.1 Diagram Populasi Dan Sampel	42



DAFTAR ISTILAH

- BPS : Badan Pusat Statistik
CI : Confidence Interval
DepKes RI: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
OR : Odds Ratio
PPDGJ : Pedoman Penggolongan Dan Diagnosis Gangguan Jiwa
SD : Sekolah Dasar
SMP : Sekolah Menengah Pertama
SMA : Sekolah Menengah Atas
SUSENAS: Survei Sosial Ekonomi Nasional
WHO : World Health Organization



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Batasan kesehatan yang ingin dicapai menurut Undang –Undang Kesehatan Nomor 23 tahun 1992 adalah keadaan sempurna yang dipandang dari empat aspek yakni : aspek fisik (badan), mental (jiwa), sosial dan ekonomi. Hal ini berarti kesehatan tidak hanya diukur dari keadaan fisik, tapi yang tak kalah penting adalah kesehatan mental dan sosial sehingga seseorang bisa hidup secara produktif dan secara ekonomi. (Notoatmodjo, 2005).

Gangguan jiwa merupakan respons maladaptif terhadap stressor dari lingkungan internal atau eksternal, dibuktikan melalui pikiran, perasaan, dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma –norma lokal atau budaya setempat dan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan/atau fisik (Depkes RI 2003).

Skizofrenia adalah sebagai bentuk gangguan jiwa yang sangat berat, gangguan ini ditandai dengan gejala-gejala positif seperti pembicaraan kacau, delusi, halusinasi, gangguan kognitif; gejala –gejala negative seperti menurunnya minat dan dorongan, berkurangnya keinginan bicara dan miskin isi pembicaraan, afek yang datar; serta terganggunya relasi personal (Strauss et al, dalam Gabbard, 1994). Skizofrenia adalah gangguan mental yang cukup luas dialami di Indonesia, dimana sekitar 99% pasien di RS jiwa di Indonesia adalah penderita skizofrenia (Arif, 2006).

Skizofrenia merupakan penyakit yang sampai hari ini terus diselidiki oleh para ahli Penyakit ini kompleks, mulai dari penyebab, gejala-gejala yang ditampakkannya respon terhadap pengobatan sampai kepada hasil pengobatannya (Simanjuntak,

2008). Skizofrenia merupakan bagian dari gangguan jiwa yang merupakan nama umum untuk sekelompok reaksi – reaksi psikotis, dicirikan oleh penarikan diri, gangguan/kekacauan pada kehidupan emosional dan afektif, disertai halusinasi dan delusi –delusi, tingkah laku negativistik, dan kerusakan/kemunduran jiwani yang progresif. Tidak bisa memahami lingkungannya, dan responnya selalu maniakal kegila-gilaan. Perasaannya senantiasa tidak cocok, mengalami gangguan intelektual yang sangat berat, sehingga pikirannya melompat –lompat tanpa arah dan tanpa kendali (Kartono, 2000).

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) edisi III, Skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan jiwa berupa sindrom dengan variasi etiologi serta perjalanan penyakit yang luas dan tidak selalu bersifat kronik/deteriorating, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya (Maslim,2003).

Skizofrenia ditandai dengan dengan dua kategori gejala utama, positif dan negatif. Gejala positif berfokus pada distorsi fungsi normal, sementara gejala negatif mengindikasikan hilangnya fungsi normal. Contoh gejala positif adalah waham, halusinasi, bicara tidak teratur, dan kekacauan yang menyeluruh atau perilaku katatonik (Copel, 2007). Frankenburg (2007) memaparkan bahwa prevalensi skizofrenia mencakup $\pm 1\%$ dari penduduk dunia sedangkan di Inggris, insiden skizofrenia mencapai 5-50 per 100.000 individu pertahun dan lebih banyak ditemukan laki-laki dibandingkan perempuan serta kejadian skizofrenia pada laki-laki di usia antara 18-25 tahun sedangkan perempuan antara 25-35 tahun (Cameron, 2004). Prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah 0,3-1 persen dari seluruh penduduk Indonesia dan biasanya timbul pada usia sekitar 18 – 45 tahun, namun ada

juga yang baru berusia 11 – 12 tahun sudah menderita skizofrenia. Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 2 juta jiwa menderita skizofrenia (Arif, 2006).

Perkembangan perkotaan yang begitu pesat pada dekade terakhir ini semakin dirasakan, baik dari segi manfaatnya maupun dari segi dampak dibidang kesehatan. Dampak yang timbul akibat dari pertumbuhan kota tersebut diantaranya munculnya dampak negatif terhadap kesehatan masyarakat yang terkait dengan kemiskinan, lingkungan, industrialisasi, psikososial dan masalah kesehatan pada kelompok tertentu (kelompok marginal) (Depkes RI, 2002).

Semakin majunya suatu masyarakat akan semakin meningkat pula taraf hidupnya dengan segala tuntutan yang menyertainya. Dari berbagai tuntutan ini banyak yang tidak dapat dipenuhi, sehingga akan menimbulkan frustrasi dan pada akhirnya akan mengganggu kesehatan jiwanya. Disamping itu proses modernisasi, industrialisasi, urbanisasi serta perubahan sosial dan pembauran budaya hasil proses globalisasi, penyebaran informasi dan kelancaran komunikasi akan menimbulkan pergeseran nilai-nilai norma kehidupan. Hal ini akan menyebabkan stress, konflik, anxietas, masalah psikososial dan meningkatnya gangguan emosional yang beraneka ragam.

Alfin Toffler mengemukakan bahwa yang paling berbahaya di zaman modern, di negara-negara dengan “super industrialisasi” ialah kecepatan perubahan dan pengantian yang makin cepat dalam hal ‘kesementaraan’ (*transience*), ‘kebaruan’ (*novelty*), dan ‘keanekaragaman’ (*diversity*), sehingga individu menerima rangsangan yang berlebihan dan kemungkinan terjadinya kekacauan mental lebih besar (Maramis, 1994). Kondisi sedemikian lebih besar terjadi di masa depan sehingga

disebut dengan *future shock*, dengan karakteristik: keberadaan di tengah kebudayaan asing (*culture shock*), lingkungan fisik masyarakat yang tak ramah, keadaan sosial masyarakat yang merendahkan daya tahan frustrasi, sehingga menciptakan suasana sosial yang tidak baik dan menjurus kegangguan jiwa (Baihaqi, dkk, 2007).

Interaksi antar berbagai budaya dan pola pemikiran pada masyarakat perkotaan membentuk nilai-nilai baru yang pada umumnya lebih toleran dan adaptif terhadap berbagai perbedaan. Hal ini memberikan dampak pada timbulnya berbagai penyakit seperti penyakit degeneratif misalnya penyakit akibat penyalahgunaan Napza termasuk rokok dan alkohol, hal tersebut terjadi akibat perubahan gaya hidup pada masyarakat perkotaan seperti mengkonsumsi napza, kehidupan seks bebas dan pola makan yang kurang sehat (Depkes, RI 2005).

Dalam masyarakat modern membutuhkan lingkungan yang baik sebagai contoh perumahan merupakan faktor yang sangat penting diantara segi-segi lingkungan fisik. Kondisi perumahan ada kaitanya dengan kesehatan dan kepribadian. Jika kondisi itu menyebabkan perasaan tidak adekuat atau rendah diri, maka jelas pengaruhnya sangat merugikan kesehatan mental. Keadaan yang berjubel tidak menjamin privasi individu, dan kekurangan udara serta sinar matahari menyebabkan penularan penyakit semakin mudah. Tempat tinggal yang dingin dan lembab serta gersang mengurangi ketahanan fisik dan mental (Semiun, 2006).

Sebagai contoh masyarakat dari kelas bawah kemungkinan lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan dengan para anggota masyarakat dari kelas atas. Penelitian yang dilakukan tentang status kelas sosial ditemukan kejadian skizofrenia 8 kali lebih tinggi pada kelas sosial kelas bawah dibandingkan pada kelas atas

Universitas Indonesia

(Strauss, et al., 1978). Hubungan antara sosial kelas bawah dari skizofrenia menimbulkan spekulasi bahwa gangguan jiwa ada kaitannya dengan kehidupan dari kelas bawah yang menyebabkan (atau sekurang-kurangnya ikut menyebabkan) perkembangan skizofrenia (Semiun, 2006).

Sudah lama diketahui bahwa kejadian skizofrenia lebih tinggi di pusat –pusat kota yang menjadi tempat tinggal dari individu-individu kelas bawah (Srole, et al., 1962). Torey & Yolken (1988) mengatakan bahwa mata rantai antara kehidupan kota (*urban*) dan skizofrenia adalah tidak terkait dengan stres, tetapi dengan kepadatan yang berlebihan (*overcrowding*) yang meningkatkan resiko bahwa seorang wanita hamil atau bayi yang baru lahir akan menjadi tidak terlindungi dari pembawa infeksi. Banyak studi menunjukkan bahwa tingkat atau jumlah dari banyak infeksi, termasuk influenza, infeksi pernapasan, herpes, dan cacar air atau campak, lebih tinggi di dalam wilayah kota yang padat daripada di wilayah yang kurang padat.

Alladyce J, et al (2001) dalam penelitiannya yang membandingkan penduduk yang tinggal di daerah perkotaan Camberwell dan penduduk yang tinggal di daerah pedesaan Dumfries dan Galloway dengan timbulnya penyakit skizofrenia mengemukakan bahwa resiko relatif skizofrenia yang tinggal di perkotaan adalah 1,61 (95% CI; 1,42 – 1,82) dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan. Dalam suatu penelitian kohort untuk melihat hubungan antara penyakit skizofrenia dan tempat lahir di perkotaan di Swedia antara tahun 1973 dan 1980 yang terdiri atas 696.025 penduduk. Ditemukan terjadinya peningkatan penyakit skizofrenia dengan tempat lahir di perkotaan 1,34 kali dibandingkan dengan tempat kelahiran di pedesaan (Horisson, G et al, 2003).

Kota kelahiran adalah faktor resiko yang kuat untuk terjadinya penyakit skizofrenia, sesuai dengan penelitian yang dilakukan tentang faktor kebidanan, urbanisasi dan kejiwaan dari 132 kasus skizofrenia dan 69 kasus psikosis afektif yang lahir pada tahun 1973 dan masuk rumah sakit jiwa Denmark sebelum tahun 1994. Ditemukan resiko skizofrenia yang lahir di rumah sakit di Copenhagen 4,20 kali (95% CI 2,4 - 7,4) lebih tinggi dibandingkan dengan yang lahir di daerah pedesaan di Denmark. (Easton WW, et al, 2000)

Data riset kesehatan dasar Indonesia didapatkan prevalensi skizofrenia adalah 0.5⁰/₀₀ dari seluruh penduduk Indonesia. Ditemukan sebanyak 7 provinsi mempunyai prevalensi diatas prevalensi nasional, yaitu Nanggroe Aceh Darussalam (18.5⁰/₀₀), Sumatera Barat (16.7⁰/₀₀), Sumatera Selatan (9.2⁰/₀₀), Bangka Belitung (8.7⁰/₀₀), Kepulauan Riau (7.4⁰/₀₀), DKI Jakarta (20.3⁰/₀₀), Nusa Tenggara Barat (9.9⁰/₀₀). (Data Riskesdas 2007).

Berdasarkan data volume kegiatan pelayanan Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar Palembang diketahui jumlah pasien yang dirawat inap pada tahun 2006 adalah 1636 orang (pasien rawat inap baru 697 orang), tahun 2007 pasien jiwa adalah 1704 orang (pasien rawat inap baru 770 orang).

Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar yang merupakan rumah sakit rujukan bagi penderita gangguan jiwa dari semua kabupaten/kota yang ada di Provinsi Sumatera Selatan, memberikan pelayanan kesehatan jiwa kepada masyarakat yaitu salah satunya adalah pelayanan kesehatan rawat inap dan rawat jalan.

Dari latar belakang tersebut pentingnya untuk mengetahui hubungan peran tempat tinggal yang disinyalir sebagai salahsatu faktor resiko terjadinya penyakit skizofrenia, berdasarkan fakta di atas maka pada kesempatan ini peneliti tertarik

melakukan penelitian mengenai hubungan peran tempat tinggal dengan kejadian penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa di Rumah Sakit DR.Ernaldi Bahar tahun 2007

1.2. Rumusan Masalah

Perkembangan perkotaan yang begitu pesat pada dekade terakhir ini semakin dirasakan, baik dari segi manfaatnya maupun dari segi dampak dibidang kesehatan. Dampak yang timbul akibat dari pertumbuhan kota tersebut diantaranya munculnya dampak negatif terhadap kesehatan masyarakat yang terkait dengan kemiskinan, lingkungan, industrialisasi, psikososial dan masalah kesehatan pada kelompok tertentu (kelompok marginal) (Depkes RI, 2002).

Sudah lama diketahui bahwa kejadian skizofrenia lebih tinggi di pusat –pusat kota yang menjadi tempat tinggal dari individu-individu kelas bawah (Srole, et al., 1962). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa orang-orang dengan skizofrenia dan bukan skizofrenia (seperti gangguan psikosis bipolar) lebih besar kemungkinan terlahir disebuah kota besar daripada kota kecil (Wiramihardja, 2007)

1.3. Pertanyaan Penelitian

Apakah ada peran daerah tempat tinggal dengan kejadian penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa yang dirawat inap di rumah sakit Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan peran tempat tinggal dengan kejadian penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa yang dirawat inap di RS.Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui proporsi daerah tempat tinggal dan faktor lainnya (umur, Jenis kelamin, riwayat penyalahgunaan narkoba, pekerjaan, riwayat perkawinan, riwayat keturunan dan pendidikan) pada penderita gangguan jiwa yang dirawat inap di Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007.
- b. Mengetahui hubungan peran tempat tinggal dengan penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa, setelah memperhitungkan faktor umur, Jenis kelamin, riwayat penyalahgunaan narkoba, pekerjaan, riwayat perkawinan, riwayat keturunan dan tingkat pendidikan pada penderita gangguan jiwa yang dirawat inap di Rumah Sakit Dr. Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan. tahun 2007.
- c. Mengetahui distribusi jenis penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa yang dirawat inap di Rumah Sakit Dr. Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan. tahun 2007.

1.5. Manfaat Penelitian

Diketuinya data proporsi dan gambaran epidemiologi tempat tinggal dan faktor lainnya terhadap penyakit skizofrenia di RS.Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan khususnya dan di Indonesia umumnya diharapkan dapat menjadi masukan tambahan untuk menunjang program Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar serta pemerintah daerah setempat dalam menangani kasus gangguan jiwa terutama pada masyarakat perkotaan

Diketuinya distribusi dari jenis skizofrenia yang diperoleh di RS.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan yang dapat digunakan sebagai data tambahan baik perorangan, organisasi kesehatan maupun bagi rumah sakit sendiri untuk promotif, preventif serta kuratif.

Bagi peneliti, menambah ilmu pengetahuan dan wawasan tentang penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa. Selain itu memberikan kesempatan dan pengalaman belajar dalam mengelola suatu penelitian.

1.6. Ruang Lingkup

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari status rawat inap pasien di Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007 yang dilakukan untuk melihat peran daerah tempat tinggal dengan kejadian penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa yang dirawat inap. Rancangan penelitian ini adalah rancangan *cross sectional*. Data dianalisis dengan pendekatan kuantitatif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa merupakan respons maladaptif terhadap stressor dari lingkungan internal atau eksternal, dibuktikan melalui pikiran, perasaan, dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma –norma lokal atau budaya setempat dan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan/atau fisik (Depkes RI 2003).

2.2. Proses terjadinya gangguan jiwa

Model stress adaptasi Stuart dan Laraia (2005) menggambarkan dua dimensi yang dapat menjelaskan proses terjadinya gangguan jiwa yaitu meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi

2.2.1 Faktor Predisposisi

- a. Faktor biologis akan terkait dengan adanya neuropatologi dan ketidakseimbangan dari neurotransmiternya. Dampak yang dapat dinilai sebagai manifestasi adanya gangguan pada perilaku maladaptif pasien (Townsend, 2005). Proses terjadinya gangguan jiwa berdasarkan faktor biologis dapat disebabkan oleh adanya kondisi patologis seperti tumor otak, stroke, infeksi otak, selain itu juga terjadinya ketidakseimbangan dari beberapa neurotransmitter misalnya dopamine, serotonin, norepineprin dan lainnya. Hal tersebut menyebabkan terjadinya perubahan dari fungsi otak sebagai pusat pengatur perilaku manusia.
- b. Faktor Psikologis, meliputi konsep diri, intelektualitas, kepribadian moralitas, pengalaman masa lalu dan ketrampilan komunikasi secara

verbal (Stuart & Laraia, 2005). Konsep diri dimulai dari gambaran diri secara keseluruhan yang diterima secara positif atau negatif oleh individu. Penerimaan gambaran diri yang negatif tentunya menyebabkan perubahan persepsi keluarga dalam memandang aspek positif lain yang dimilikinya. Peran merupakan bagian terpenting dari hadirnya konsep diri secara utuh. Peran yang terlalu banyak dapat menjadi beban bagi kehidupan individu, hal ini akan berpengaruh terhadap kerancuan dari peran dirinya, ideal diri atau harapan –harapan serta adanya tujuan dalam hidup yang realistis. Identitas diri yang terkait dengan kemampuan keluarga dalam mengenal siapa dirinya, dengan segala keunikannya, harga diri sendiri serta memberi penghargaan terhadap kemampuan orang lain. Dengan demikian faktor psikologis dapat mempengaruhi keluarga dalam menjalankan peran dan fungsinya. Keluarga berperan mendorong dan menguatkan konsep diri setiap anggota keluarga termasuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

- c. Faktor sosial budaya, meliputi status sosial, umur, pendidikan, agama dan kondisi politik. Menurut Townsend (2005) ada beberapa hal telah dicoba untuk dikaitkan dengan masalah gangguan jiwa, salah satunya adalah masalah status sosial ekonomi, faktor status sosial ekonomi yang rendah lebih banyak mengalami gangguan jiwa dibandingkan pada tingkat sosial ekonomi tinggi, pengaruh kemiskinan, tidak memadainya sarana dan prasarana, tidak adekuatnya nutrisi, rendahnya pemenuhan kebutuhan perawatan untuk anggota keluarga dan perasaan tidak berdaya. Hal –hal

tersebut berpengaruh terhadap ketidakmampuan pasien untuk mempertahankan dan merubah pola kehidupan.

2.2.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi gangguan jiwa adalah setiap stressor yang dialami individu, yang meliputi empat hal yaitu sifat stressor, asal stressor, lamanya stressor yang dialami, dan banyaknya stressor yang dihadapi oleh individu (Stuart dan Loraia,2005).

a. Sifat stressor

Sifat dari stressor tersebut apakah tergolong komponen biologis, misalnya : penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak. Komponen psikologis misalnya: stressor terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan seperti adanya *abuse* dalam keluarga, atau adanya kegagalan –kegagalan dalam hidup. Selanjutnya komponen sosial budaya, misalnya: adanya aturan yang sering bertentangan antara individu dan kelompok masyarakat, tuntutan masyarakat yang tidak sesuai dengan kemampuan keluarga.

b. Asal stressor

Asal stressor terdiri dari : internal (dari individu itu sendiri; misalnya terjadinya proses penuaan) dan eksternal (dari luar individu; misalnya dari keluarga, kelompok masyarakat dan lingkungan serta bencana alam). Stressor dari anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merupakan stressor internal bagi keluarga.

c. Waktu terpapar stressor

Waktu atau lamanya terpapar stressor, yaitu terkait dengan sejak kapan, sudah berapa lama serta berapa kali kejadian stressor. Bila baru pertama kali terkena masalah maka penanggulangan juga memerlukan upaya yang lebih intensif dengan tujuan segera mungkin dipulihkan.

2.3. Jenis – jenis gangguan jiwa

Jenis gangguan jiwa yaitu (ICD 10 dan PPDGJ III) :

1. Gangguan mental organik termasuk gangguan mental simtomatik
 - a. Demensia pada penyakit Alzheimer
 - b. Demensia vascular
 - c. Demensia pada penyakit lain
 - d. Gangguan mental lainnya akibat kerusakan dan disfungsi otak dan penyakit fisik.
2. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif
3. Skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham
4. Gangguan suasana perasaan
5. Gangguan neurotik, gangguan somatoform dan gangguan yang berkaitan dengan stres :
 - a. Gangguan anxietas fobik
 - b. Gangguan anxietas lainnya
 - c. Gangguan obsesif-kompulsif
 - d. Reaksi terhadap stres berat dan gangguan penyesuaian
 - e. Gangguan disosiatif (konversi)
 - f. Gangguan somatoform

- g. Gangguan neurotik lainnya
6. Sindrom prilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik
 - a. Gangguan makan
 - b. Gangguan tidur non organik
 - c. Disfungsi seksual bukan disebabkan oleh gangguan atau penyakit organik
 - d. Gangguan jiwa dan prilaku yang berhubungan dengan masa nifas (ringan, berat)
 7. Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa
 - a. Gangguan kepribadian khas
 - b. Gangguan kepribadian campuran dan lainnya
 - c. Perubahan – perubahan kepribadian yang berlangsung lama yang tidak diakibatkan oleh kerusakan atau penyakit otak
 - d. Gangguan kebiasaan dan impuls
 - e. Gangguan identitas jenis kelamin
 - f. Gangguan preferensi seksual
 - g. Gangguan psikologis dan prilaku yang berhubungan dengan perkembangan dan orientasi seksual
 - h. Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa
 8. Retardasi mental
 9. Gangguan perkembangan psikologis
 - a. Gangguan perkembangan khas berbicara dan berbahasa
 - b. Gangguan perkembangan belajar khas

- c. Gangguan perkembangan motorik khas
 - d. Gangguan perkembangan khas campuran
 - e. Gangguan perkembangan pervasif
10. Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak –kanak dan remaja
- a. Gangguan hiperkinetik
 - b. Gangguan tingkah laku
 - c. Gangguan campuran tingkah laku dan emosi
 - d. Gangguan emosional dengan onset khas pada masa kanak –kanak
 - e. Gangguan fungsi sosial dengan onset khas pada masa kanak dan remaja
 - f. Gangguan “tic”
 - g. Gangguan perilaku dan emosional lainnya dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja

2.4. Skizofrenia sebagai bentuk gangguan jiwa

Skizofrenia merupakan bahasan yang menarik perhatian pada konferensi tahunan The Amerika Psychiatric Association/APA di Miami, Florida, Amerika Serikat, Mei 1995. Hal ini disebabkan karena di AS kejadian skizofrenia cukup tinggi (*Life prevalence rates*) mencapai 1/100 penduduk. Sebagai perbandingan, di Indonesia bila pada Pembangunan Jangka Panjang Tahap I (PJPT I), angkanya adalah 1/1000 penduduk maka proyeksinya pada Pembangunan Jangka Panjang Tahap II (PJPT II), 3/1000 penduduk, bahkan bisa lebih besar (Yosep, 2007).

Skizofrenia adalah gangguan mental yang sangat berat. Gangguan ini ditandai dengan gejala-gejala positif seperti pembicaraan yang kacau, delusi, halusinasi, gangguan kognitif dan persepsi; gejala-gejala negatif seperti menurunnya minat dan

dorongan, berkurangnya keinginan bicara dan miskinnya isi pembicaraan, afek yang datar; serta terganggunya relasi personal (Strauss et al, dalam Gabbard, 1994). Tampak bahwa gejala-gejala skizofrenia menimbulkan hendaya berat dalam kemampuan individu berpikir dan memecahkan masalah, kehidupan afek dan mengganggu relasi sosial. Kesemuanya itu mengakibatkan pasien skizofrenia mengalami penurunan fungsi atau ketidakmampuan dalam menjalani hidupnya, sangat terhambat produktivitasnya dan nyaris terputus relasinya dengan orang lain (Arif, 2006).

Skizofrenia adalah nama umum untuk sekelompok reaksi psikosis, dicirikan oleh penarikan diri, gangguan kekacauan pada kehidupan emosional dan afektif, disertai halusinasi dan delusi-delusi, tingkah laku negativistis dan kerusakan/kemunduran jiwani yang progresif (Kartono, 2000).

2.5. Tipe skizofrenia menurut PPDGJ-III

2.5.1. Skizofrenia Hebefrenik

- Diagnosis hebefrenik untuk pertama kalinya hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (onset biasanya mulai 15-25 tahun).
- Keperibadian premorbid menunjukkan ciri khas; pemalu dan senang menyendiri (solitary).
- Untuk diagnosis hebefrenik yang menyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinu selama 2 atau 3 bulan lamanya, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan :
 - Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, serta mannerisme; ada kecendrungan untuk selalu menyendiri, dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan.

- Alam perasaan yang dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*inappropriate*), sering disertai oleh cekikikan atau perasaan puas diri (*self-satisfied*), senyum sendiri (*self-absorbed smiling*), atau oleh sikap tinggi hati (*tofty manner*), tertawa menyeringai (*grimaces*), mengibuli secara bersenda gurau (*pranks*), keluhan hipokondriakal, dan ungkapan kata yang diulang-ulang (*reiterated phrases*);
- proses pikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan tak menentu (*rambling*) serta inkoheren.
- Gangguan afektif dan dorongan kehendak serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Halusinasi dan waham mungkin ada tetapi biasanya tidak menonjol (*fleeting and fragmentary delusion and hallucinations*). Dorongan kehendak (*drive*) dan yang bertujuan (*determination*) hilang serta sasaran ditinggalkan, sehingga perilaku penderita memperlihatkan ciri khas, yaitu perilaku tanpa tujuan (*aimless*) dan tanpa maksud (*empty of purpose*). Adanya status preokupasi yang dangkal dan bersifat dibuat-buat terhadap agama, filsafat dan tema abstrak lainnya, makin mempersukar orang memahami jalan pikiran pasien.

2.5.2. Skizofrenia Katatonik

Satu atau lebih dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya :

- Stupor (amat berkurangnya dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan dalam gerakannya serta aktivitas spontan) atau mutisme (tidak berbicara);

- Gaduh-gelisah (tampak jelas aktivitas motorik yang bertujuan, yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal).
- Menampilkan posisi tubuh tertentu secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh.
- Negativisme (tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan , atau pergerakkan kearah yang berlawanan).
- Rigiditas (mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya).
- Fleksibilitas corea/”waxy flexibility” (mempertahankan anggota gerak dan tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar); dan
- Gejala-gejala lain seperti ”*command automatism*” (kepatuhan secara otomatis terhadap perintah), dan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.

2.5.3. Skizofrenia paranoid

- Halusinasi dan/atau waham harus menonjol ;
 - Suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi peluit (*whistling*), mendengung (*humming*), atau bunyi tawa (*laughing*).
 - Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain perasaan tubuh; halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol.

- Waham dapat berupa hampir setiap jenis, tetapi waham dikendalikan (*delusion of control*), dipengaruhi (*delusion of influence*), atau "passivity" (*delusion of passivity*), atau keyakinan dikejar-kejar beraneka ragam, adalah yang paling khas.
- Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata/tidak menonjol.

2.5.4. Skizofrenia Residual

Untuk suatu diagnosis yang menyakinkan. Persyaratan berikut ini harus dipenuhi semua :

- Gejala "negatif" dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktivitas menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara, dan posisi tubuh, perawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
- Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- Sedikitnya sudah melampaui kurun waktu satu tahun dimana insentitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang minimal dan telah timbul sindrom negatif dari skizofrenia.
- Tidak terdapat demensia atau penyakit gangguan otak organik lain, depresi kronik atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut

2.5.5. Skizofrenia Simpleks

Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara menyakinkan karena tergantung pada pematapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari :

- Gejala "negatif" yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi , waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.
- Disertai dengan perubahan-perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

2.5.6. Skizofrenia Tak Terinci (*Undifferentiated*)

- Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik.
- Tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia.

2.6. Gejala Klinis skizofrenia

Gejala skizofrenia dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

1. Gejala positif skizofrenia
 - a. Delusi atau waham yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional. Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, namun penderita tetap menyakini kebenarannya.
 - b. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan, misalnya penderita mendengar suara-suara di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara itu.

- c. Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- d. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e. Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
- f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- g. Menyimpan rasa permusuhan

2. Gejala negatif skizofrenia

- a. Alam perasaan (*affect*) tumpul dan datar. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b. Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawl*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
- c. Kontak emosional amat miskin sukar diajak bicara, pendiam.
- d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e. Sulit dalam berfikir abstrak.
- f. Pola pikir stereotip.
- g. Tidak ada/kehilangan dorongan kehendak dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, monoton serta tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu)

Secara klinis diagnosa skizofrenia ditegakkan dengan kriteria sebagai berikut :

1. Paling sedikit terdapat satu dari 6 kriteria dibawah ini selama suatu fase penyakit
 - a. Delusi atau waham yang aneh (isinya jelas tak masuk akal), dan tidak berdasarkan kenyataan, sebagai contoh misalnya :
 - Waham dikendalikan oleh suatu kekuatan luar (*delusion of being controlled*).
 - Waham penyiaran pikiran (*thought broadcating*).
 - Waham penyisipan pikiran (*thought insertion*).
 - Waham penyedotan pikiran (*thought withdrawal*).
 - b. Delusi atau waham somatik (fisik), kebesaran, keagamaan, nihilistik atau waham lainnya yang bukan waham kejar atau waham cemburu.
 - c. Delusi atau waham kejar atau cemburu (*delusion of persecution or jealopusy*) dan waham tuduhan (*delusion of suspicion*) yang disertai waham dalam bentuk apapun (halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan).
 - d. Halusinasi pendengaran yang dapat berupa suara yang selalu memberi komentar tentang tingkah laku atau pikirannya, atau dua atau lebih suara yang saling bercakap-cakapan (berbicara dengan dirinya sendiri/dialog internal).
 - e. Halusinasi yang terjadi beberapa kali yang berisi lebih dari satu atau dua kata dan tidak ada hubungannya dengan kesedihan atau kegembiraan.
 - f. Inkoherensi yaitu kelonggaran asosiasi pikiran yng jelas, jalan pikiran yang tidak masuk akal, isi pikiran atau pembicaraan yang kacau, atau kemiskinan pembicaraan yang disertai oleh paling sedikit satu dari yang disebut dibawah ini :

- Alam perasaan yang tumpul, datar atau tidak serasi (*inappropriate*).
 - Berbagai waham atau halusinasi.
 - Katatonik (kekakuan) atau tingkah laku yang lain yang sangat kacau (*diorganised*).
2. *Deteriorasi* (kemunduran/kemerosotan) dari taraf fungsi penyesuaian sebelum dalam bidang pekerjaan, hubungan sosial dan perawatan dirinya.
3. Jangka waktu: gejala penyakit itu berlangsung secara terus menerus selama paling sedikit 6 bulan dalam suatu periode didalam kehidupan seseorang, disertai dengan terdapatnya beberapa gejala penyakit pada saat diperiksa sekarang. Masa 6 bulan itu harus mencakup fase aktif dimana terdapat gejala pada kriteria dengan atau tanpa fase prodromal atau residual. Gejala-gejala prodromal atau residual adalah sebagai berikut :
- a. Penarikan diri atau isolasi dari hubungan sosial (*withdrawl*), enggan bersosialisasi dan enggan bergaul.
 - b. Hendaya (*impairment*) yang nyata dalam fungsi peran sebagai pencari nafkah (tidak mau bekerja). Siswa/mahasiswa (tidak mau sekolah) atau pengatur rumah tangga (tidak dapat menjalankan urusan rumah tangga) kesemuanya terkesan malas.
 - c. Tingkah laku aneh dan nyata misalnya mengumpulkan sampah, menimbun makanan atau berbicara, senyum-senyum dan tertawa sendiri ditempat umum atau berbicara sendiri dan mengeluarkan suara (komat-kamit).
 - d. Hendaya yang nyata dalam higiene diri dan pakaian, misalnya tidak mau mandi dan berpakaian kumal.

- e. Afek yang tumpul atau miskin, datar dan tidak serasi, wajahnya tidak menunjukkan ekspresi dan terkesan dingin.
- f. Pembicaraan yang melantur (*disgrasive*), kabur, kacau, berbelit-belit, berputar-putar (*circumstantial*) atau metaforik (perumpamaan).
- g. Ide atau gagasan yang aneh dan tidak lazim atau pikiran magis seperti takhayul, kewaskitan, telepati, indera keenam, orang lain dapat merasakan perasaannya, ide-ide yang berlebihan, gagasan mirip waham yang menyangkut diri sendiri.
- h. Penghayatan persepsi yang tidak lazim, seperti ilusi yang selalu berulang, merasa hadirnya suatu kekuatan atau seseorang yang sebenarnya tidak ada.

2.7. Faktor-faktor yang diduga berpengaruh terhadap munculnya gejala skizofrenia

Menurut Howard H. Goldman (1995), mengatakan bahwa faktor yang diduga sebagai penyebab munculnya gejala skizofrenia adalah genetik, perkembangan individu (pertumbuhan otak abnormal akibat infeksi, virus, auto-imune menurun, malnutrisi pada trimester I) faktor sosial : pekerjaan, riwayat menikah, tingkat kepadatan penduduk tinggi, kelas sosial ekonomi rendah, waktu lahir pada bulan Agustus dan September, industrialisasi dengan mobilitas tinggi.

(a). Genetik

Skizofrenia adalah penyakit otak yang diturunkan. Satu persen masyarakat Amerika Serikat mengalami skizofrenia, dan 10% turunan pertama mengalami skizofrenia sepanjang kehidupan mereka. Jika skizofrenia didiagnosis pada satu anak kembar identik, ada kemungkinan 40% sampai 55% dari pasangan

kembarannya akan mengalami skizofrenia. Pada kembar non identik, jika salah satu mengalami skizofrenia, pasangan kembarnya memiliki 10% sampai 15% kemungkinan mengalami penyakit skizofrenia (Copel, 2007). Selanjutnya, derajat hubungan keluarga pertama dengan penderita skizofrenia, seperti saudara kandung bukan kembar, yang menerima sekitar 50% dari gen orang-orang skizofrenia, memiliki peluang sekitar 9% untuk mengembangkan skizofrenia. Dari fakta-fakta tersebut terlihat bahwa dalam pengembangan skizofrenia, gen memainkan peranan penting (Wiramihardja, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Afif Udin menunjukkan dari 137 penderita yang positif mempunyai riwayat keturunan proporsinya 60,6% menderita skizofrenia dan 39,4% yang bukan skizofrenia.

(b) Kepadatan Penduduk

Torey & Yolken (1988) mengatakan bahwa mata rantai antara kehidupan kota (*urban*) dan skizofrenia adalah tidak terkait dengan stres, tetapi dengan kepadatan yang berlebihan (*overcrowding*) yang meningkatkan resiko bahwa seorang wanita hamil atau bayi yang baru lahir akan menjadi tidak terlindungi dari pembawa infeksi.

(c) Umur

Kematangan emosional adalah kedewasaan individu dalam memilih alternatif penentuan keputusan dalam bertindak. Umur diklasifikasikan berdasarkan klasifikasi WHO yaitu remaja (umur 15 – 25 tahun) dan Dewasa (≥ 26 tahun). Masa remaja adalah masa transisi dari periode anak –anak ke periode dewasa . Ciri –ciri perilaku yang menonjol pada usia ini terutama pada perilaku sosial.

Seseorang mulai merasa sebagai manusia dewasa tetapi dalam membuat suatu keputusan kurang adanya pertimbangan dewasa. Pada periode usia dewasa (≥ 25 tahun) secara umum adalah umur pematangan diri terhadap pola hidup baru (berkeluarga), individu harus memikirkan hal-hal penting dalam hidupnya, sikap-sikap pada masa remaja yang kadang ekstrim telah mulai dikaji kembali dengan tenang, sehingga ia berpikir dan memutuskan berdasarkan kehendak sendiri dan pertimbangan-pertimbangan tertentu (Purwanto, 1999, Irwanto, 2000).

Penelitian oleh Kurniawan Sejahtera, di Rumah Sakit Jiwa Jakarta menunjukkan bahwa skizofrenia banyak terjadi pada kelompok umur 15 – 30 tahun.

(d) Jenis Kelamin

Secara biologis jenis kelamin dibedakan atas laki-laki dan perempuan. Perilaku laki-laki dan perempuan mempunyai perbedaan yang disebabkan oleh faktor hormonal, norma-norma maupun budaya (Pusdiknakes, 1990)

Hasil penelitian Afif Udin (2001) menunjukkan bahwa mereka yang berjenis kelamin laki – laki mempunyai resiko 1,06 kali untuk terjadi skizofrenia daripada mereka yang berjenis kelamin wanita tetapi secara statistik tidak bermakna (95% CI 0,70 – 1,60).

(e) Status Perkawinan

Dadang Hawari, (2000), mengatakan bahwa salah satu problem psikososial yang menjadi stressor terhadap munculnya masalah psikologis seseorang adalah perkawinan yang tidak sehat.

Hasil penelitian oleh Afif Udin di Rumah Sakit Jiwa Bogor tahun 2003 yang menunjukkan proporsi dengan status kawin 37,8% lebih kecil daripada proporsi yang berstatus tidak kawin dan mendapatkan bahwa mereka yang mempunyai riwayat menikah mempunyai resiko 1,35 kali untuk terjadi skizofrenia dibandingkan dengan yang belum menikah, tetapi secara statistik tidak bermakna. (OR= 1,35 (95% CI 0,91-2,01)

g. Riwayat penyalahgunaan narkoba

Penyalahgunaan narkoba adalah penggunaan narkoba di luar keperluan medis, tanpa pengawasan dokter dan merupakan perbuatan melanggar hukum (Pasal 59, Undang-undang Nomor 5, Tahun 1997, tentang Psikotropika dan pasal 84, 85, dan 86, Undang-undang Nomor 22, Tahun 1997, tentang Narkotika). Semakin merajalelanya narkoba tidak hanya secara langsung dapat merusak kesehatan fisik dan mental para penggunanya, akan tetapi dampaknya dapat mengancam perkembangan ekonomi dan kemajuan sosial (BNN, 2007).

Penyalahgunaan narkoba berpengaruh pada tubuh dan mental-emosional para pemakainya. Jika semakin sering dikonsumsi, apalagi dalam jumlah berlebihan maka akan merusak kesehatan tubuh, kejiwaan dan fungsi sosial didalam masyarakat. Pengaruh narkoba pada remaja bahkan dapat berakibat fatal, karena menghambat perkembangan kepribadiannya. Narkoba bahkan dapat merusak potensi diri, sebab dianggap sebagai cara yang “wajar” bagi

seseorang dalam menghadapi dan menyelesaikan permasalahan hidup sehari-hari (BNN, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Andreasson S,P Allebeck et, al, (1987) mengemukakan bahwa penyalahgunaan dan bukan penyalahgunaan cannabis dihubungkan dengan skizofrenia dalam studi longitudinal di Stockholm County menunjukkan resiko relatif skizofrenia antara pengguna cannabis adalah 4,1 (95% interval keyakinan 1,8 - 9,3) dibandingkan dengan yang tidak menggunakan cannabis.

2.8. Daerah tempat tinggal berdasarkan Wilayah Perkotaan/kota dan Pedesaan/desa

Banyak sekali perbedaan antara daerah perkotaan dan pedesaan seperti perbedaan demografi, tuntutan kehidupan, keterbatasan fasilitas kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, kemudahan transportasi dan kondisi alam. Perbedaan tersebut sedikit banyak mempengaruhi status kesehatan penduduknya.

2.8.1. Perkotaan

Pengertian daerah perkotaan menurut UU NO 32 tahun 2004 adalah kawasan yang mempunyai kegiatan utama bukan pertanian, dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat pemukiman perkotaan, pemusatan dan distribusi pelayanan jasa pemerintahan, pelayanan sosial dan kegiatan ekonomi.

Dalam perkembangannya penetapan kriteria perkotaan/kota tidak dapat hanya didasarkan pada jumlah penduduk, tetapi dipengaruhi pula oleh perkembangan kota. Badan Pusat Statistik (BPS) telah menetapkan kriteria kota yang digunakan dalam penyusunan data statistik setiap tahunnya pada SUSENAS (Survei Sosial Ekonomi

Nasional), Bahwa kota merupakan suatu wilayah administratif setingkat dengan desa yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Kepadatan penduduk
2. Persentasi rumah tangga non pertanian
3. Fasilitas tertentu, seperti jalan yang dilalui kendaraan umum, gedung bioskop, sekolah, fasilitas pengobatan dan sebagainya
4. Rata –rata jarak kelokasi fasilitas tersebut

Ditinjau dari sisi sosial ekonomi, penduduk diperkotaan dapat dibagi dalam 3 kelompok yaitu masyarakat mampu (elite), masyarakat menengah dan masyarakat berpenghasilan rendah termasuk kelompok marginal. Dimana diantara ketiganya terdapat kesenjangan yang besar, sehingga menimbulkan permasalahan maupun tuntutan yang berbeda. Kelompok masyarakat berpenghasilan rendah terdiri dari buruh kasar, pedagang kecil, pegawai negeri golongan satu, pegawai swasta rendahan. Umumnya mereka berpendidikan rendah sebaigian diantaranya buta huruf, tetapi memiliki pengetahuan umum yang relatif tinggi dan sikap yang cukup kritis. Terdapat pula kelompok tertentu dalam masyarakat berpenghasilan rendah yaitu kelompok marginal yang terdiri dari pemulung, anak jalanan, penduduk pemukiman liar, waria, pramunikmat jalanan. Kelompok masyarakat menengah merupakan kelompok pegawai negeri, karyawan swasta, pedagang, penjual jasa, pemilik toko kecil sampai menengah. Umumnya mereka berpendidikan menengah sampai tinggi, berpengetahuan tinggi, individualistik. Kelompok masyarakat mampu (elite) terdiri dari pegawai negeri tinggi, pimpinan instansi pemerintah, pimpinan perusahaan, pedagang besar. Umumnya berpendidikan menengah sampai tinggi, berpengetahuan tinggi, individualistik, dan materialistik (Depkes, 2002).

Kehidupan sosial di kota banyak ditandai dengan hal yang sensasional, kejutan-kejutan, intrik-intrik, agresivitas, penonjolan diri ekstrim tanpa malu-malu, kestabilan dan ketidakamanan sebab merasa diancam oleh macam-macam bahaya, terutama sekali di jalan-jalan raya. Iklim sosial selalu diliputi suasana kecurigaan, kebencian, kecemburuan, kekerasan, tekanan dan saingan ketat demikian pula adanya situasi kondisi yang serba hiruk pikuk dan kisruh membuat kehidupan di kota menjadi pusat –pusat ketidaksesuaian (*maladjustment*) yang ganda bagi penduduknya. Karena itu mentalitas kota banyak ditandai oleh ketegangan syaraf, ketegangan batin, kerisauan, ketakutan, kecemasan, eutusiasme yang tidak terkontrol (Kartono, 2000).

Proses industrialisasi, mekanisme dan modernisasi yang serba radikal, maka di kota besar muncul banyak masalah sosial yang serius, terutama penyakit mental, karena penghuninya merasa banyak siksaan batin, kebisingan, polusi udara dan terhimpit oleh beban-beban hidup yang menegangkan (Kartono, 2000).

2.8.2. Pedesaan

Desa adalah merupakan perwujudan atau kesatuan geografi, sosial, ekonomi, politik dan kultur yang terdapat suatu daerah dalam hubungannya dan pengaruhnya secara timbal-balik dengan daerah lain.

Adapun yang menjadi ciri masyarakat pedesaan antara lain sebagai berikut :

- Didalam masyarakat pedesaan diantara warganya mempunyai hubungan yang lebih dalam dan erat.
- Sistem kehidupan umumnya berkelompok dengan dasar kekeluargaan

- Sebagai besar masyarakat pedesaan hidup dari pertanian. Pekerjaan-pekerjaan yang bukan pertanian merupakan pekerjaan sambilan yang biasanya mengisi waktu luang.
- Masyarakat tersebut homogen seperti dalam hal mata pencarian, agama, adat istiadat dan sebagainya.

2.9. Masalah kesehatan di perkotaan

Permasalahan yang sering di perkotaan adalah urbanisasi yang menimbulkan berbagai masalah aspek; kehidupan sosial perkotaan, masalah kesehatan lingkungan, kepadatan penduduk dan kemiskinan (Menno, 1992).

Masalah kesehatan yang terjadi di perkotaan sebagian besar merupakan dampak yang terjadi akibat perkembangan dan pertumbuhan kota. Masalah kesehatan masyarakat di perkotaan seringkali kurang diperhatikan oleh berbagai stake holders. Masalah kesehatan di perkotaan dibagi menjadi 3 (tiga) kelompok (Depkes RI, 2005).

1. Masalah lingkungan

Diperkotaan masalah lingkungan sangat berpengaruh pada kehidupan masyarakat, masalah lingkungan umumnya berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi. Masalah lingkungan akan memberikan dampak terjadinya masalah kesehatan :

a. Dikawasan permukiman yang padat

Masyarakat yang tinggal dikawasan permukiman yang padat umumnya berasal dari golongan menengah kebawah. Kondisi permukiman yang tidak sesuai dengan syarat kesehatan dapat pula menjadi pencetus terjadinya gangguan kesehatan baik fisik maupun psikis.

b. Dikawasan kumuh perkotaan

Kondisi pemukiman yang tidak layak huni dengan sanitasi lingkungan yang tidak memadai juga menimbulkan masalah kesehatan.

c. Dikawasan masyarakat mampu

d. Dikawasan industri

Masalah kesehatan yang umum timbul adalah penyakit menular, penyakit tidak menular, penyakit akibat pencemaran lingkungan, gangguan perilaku misalnya penggunaan narkoba, merokok, dll

2. Masalah perilaku

Pola hidup diperkotaan yang sangat sibuk berpengaruh pada pola asuh dan gaya hidup penduduknya. Kurangnya perhatian orang tua pada anak-anak menyebabkan adanya kecenderungan penduduk usia muda terlibat masalah kenakalan remaja, kehamilan diluar nikah, penyalahgunaan obat terlarang (Narkoba). Masalah lain timbul karena hubungan yang renggang antara orang tua dan anak, adanya tindak kekerasan terhadap anak, masalah gangguan kesehatan jiwa.

3. Masalah pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan yang diperoleh umumnya belum dapat menjawab masalah yang dihadapi masyarakat perkotaan secara spesifik, baik disarana pelayanan kesehatan milik pemerintah maupun swasta. Terlebih sudah adanya kecenderungan mencari keuntungan melalui upaya pelayanan kesehatan.

2.10. Hubungan daerah tempat tinggal terhadap penyakit skizofrenia

Dalam masyarakat modern akumulasi stresor yang ada pada lingkungan seperti; bising, macet, tuntutan persaingan pekerjaan, harga barang yang mahal,

persaingan kemewahan, iklim yang sangat panas atau dingin, ancaman penyakit, polusi, sampah, akan mencetuskan stress pada individu. Stres memainkan peranan yang penting dalam perkembangan penyakit skizofrenia

Semakin besarnya tuntutan kehidupan dan perubahan sosial ekonomi yang amat cepat serta situasi politik yang tidak menentu menyebabkan semakin tingginya angka pengangguran, kemiskinan, dan kejahatan, situasi ini dapat meningkatkan angka kejadian krisis ekonomi dan gangguan jiwa dalam kehidupan manusia (Antai Otong, 1994).

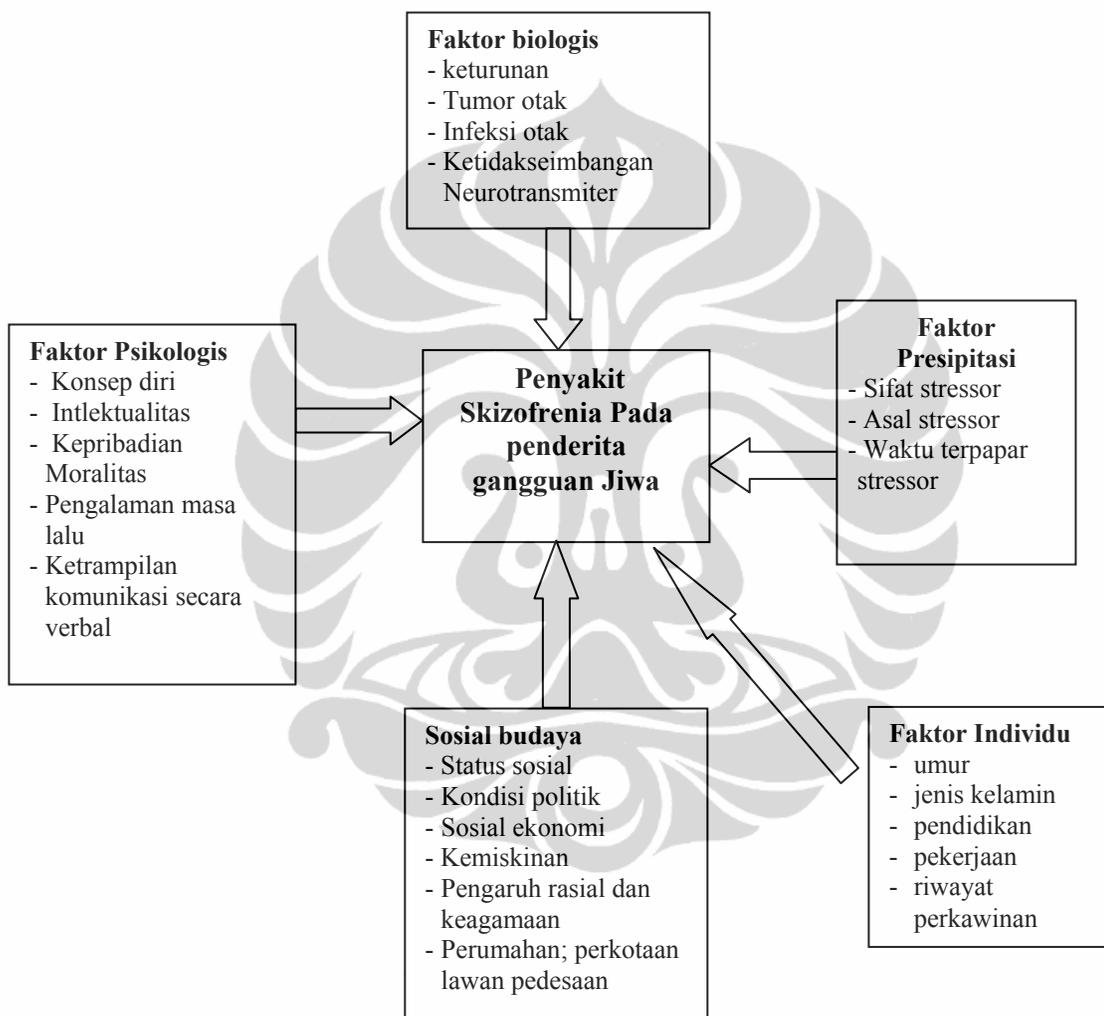
Penelitian yang dilakukan Alladyce, J, et al (2001) yang membandingkan penduduk yang tinggal di daerah perkotaan Camberwell dan penduduk yang tinggal di daerah pedesaan Dumfries dan Galloway dengan timbulnya penyakit skizofrenia mengemukakan bahwa resiko relatif skizofrenia yang tinggal di perkotaan adalah 1,61 (95%; CI: 1,42 – 1,82) dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan. Dalam suatu penelitian kohort untuk melihat hubungan antara penyakit skizofrenia dan tempat lahir di perkotaan di Swedia antara tahun 1973 dan 1980 yang terdiri atas 696.025 penduduk. Ditemukan terjadinya peningkatan resiko penyakit skizofrenia dengan tempat lahir di perkotaan 1.34 kali dibandingkan dengan tempat kelahiran di pedesaan (Horisson, G et al, 2003).

Kota kelahiran adalah faktor resiko yang kuat untuk terjadinya penyakit skizofrenia, sesuai dengan penelitian tentang faktor kebidanan, urbanisasi dan kejiwaan dari 132 kasus skizofrenia dan 69 kasus psikosis afektif yang lahir pada tahun 1973 dan masuk rumah sakit jiwa Denmark sebelum tahun 1994. Ditemukan resiko skizofrenia yang lahir di rumah sakit di Copenhagen 4,20 kali (95% CI; 2,4-

7,4), lebih tinggi dibandingkan dengan yang lahir di daerah pedesaan di Denmark (Easton WW, et al, 2000).

2.11. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan teori dapat diketahui bahwa kejadian penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa, dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti terlihat pada Gambar 2.1 dibawah ini :



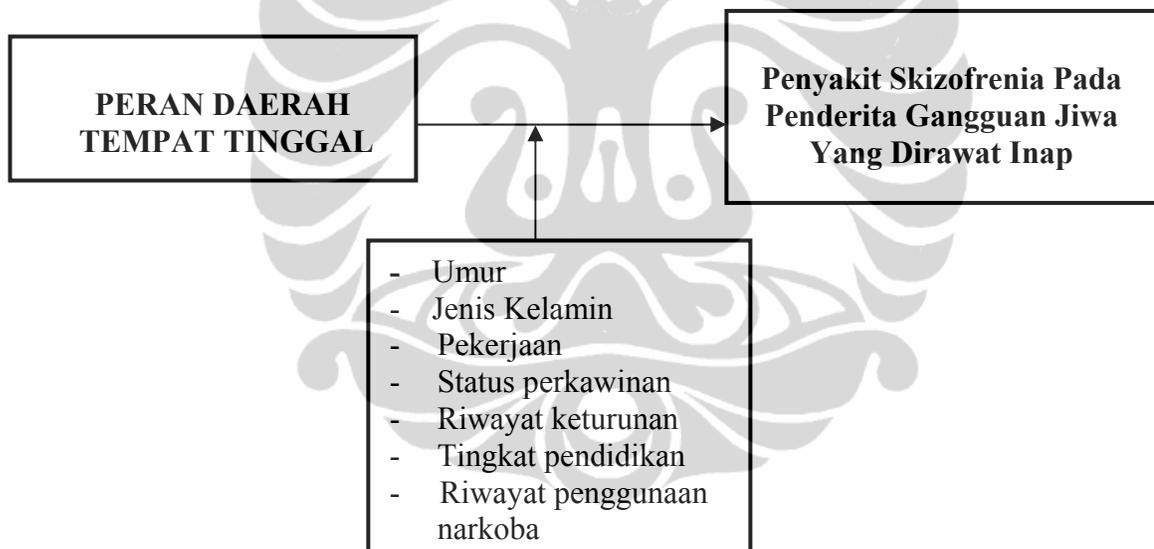
Gambar 2.1 Kerangka Teori Faktor-faktor yang Berhubungan dengan penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa.

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui peran daerah tempat tinggal dengan terjadinya penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa yang dirawat inap di rumah sakit Dr. Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan. Kerangka konsep ini dikembangkan berdasarkan tinjauan kepustakaan dan kerangka teoritis. Variabel utama dalam penelitian ini adalah tempat tinggal dan variabel dependen adalah penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa, maka dibangunlah kerangka konsep seperti pada Gambar 3.1. di bawah ini :



Gambar 3.1 Kerangka konsep dari tempat tinggal dengan Kejadian penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa.

3.2. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ada hubungan peran tempat tinggal dengan terjadinya penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa yang dirawat inap di Rumah Sakit DR.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan.

3.3. Defenisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Keterangan
I	Dependen		
1	Kejadian penyakit skizofrenia		Penderita gangguan jiwa yang didiagnosa skizofrenia dan bukan skizofrenia
		Metode ukur	Formulir status penderita
		Hasil ukur	1= Skizofrenia, yaitu Penderita gangguan jiwa yang didiagnosa seluruh jenis skizofrenia yang dirawat inap pertama kali di rumah sakit Dr.Ernaldi Bahar tahun 2007 0= Bukan Skizofrenia, yaitu Penderita gangguan jiwa lain yang tidak didiagnosa skizofrenia yang dirawat inap pertama kali di rumah sakit Dr.ernaldi Bahar tahun 2007
		Skala ukur	Nominal

Universitas Indonesia

No	Variabel	Definisi	Keterangan
II 1	Independen Daerah Tempat tinggal		Kategori tempat tinggal dimana sebelum penderita berobat dan dirawat inap pertama kali dengan gangguan jiwa di rumah sakit Dr.Ernaldi Bahar.
		Metode	Formulir status penderita.
		Hasil ukur	1 = Perkotaan/Kota Penderita tinggal di kota dengan melihat alamat penderita 0 = Pedesaan/Desa Penderita tinggal di desa dengan melihat alamat penderita
		Skala ukur	Ordinal
II 2	Variabel Kovariat Umur		Lama hidup seseorang sampai dengan saat pertama kali didiagnosa gangguan jiwa dan dirawat inap dirumah sakit. Umur berdasarkan klasifikasi WHO yaitu Remaja (umur 15-25 tahun) dan Dewasa (≥ 26 tahun).
		Metode ukur	Formulir status penderita
		Hasil ukur	1 = Remaja (umur 15- 25 tahun) 0 = Dewasa (Umur ≥ 26 tahun)
		Skala ukur	Nominal

3	Pendidikan		<p>Pendidikan formal tertinggi yang pernah dicapai oleh penderita gangguan jiwa yang dirawat inap</p> <p>Metode ukur Formulir status penderita</p> <p>Hasil ukur SD SMP SMA Perguruan Tinggi</p> <p>Skala ukur Ordinal</p>
4	Pekerjaan		<p>Kegiatan klien sebelum berobat dan dirawat inap dengan gangguan jiwa yang menghasilkan pendapatan (uang).</p> <p>Metode ukur Formulir status penderita</p> <p>Hasil ukur 1 = Tidak bekerja. 0 = Bekerja.</p> <p>Skala ukur Nominal</p>

5	Status Perkawinan		Keadaan klien terkait dengan kehidupan pribadinya dalam keluarga Metode ukur Formulir status penderita Hasil ukur 1. = Kawin 0 = Belum Kawin Skala ukur Nominal
6	Jenis Kelamin		Kondisi perbedaan gender klien Metode ukur Formulir status penderita Hasil ukur 1 = Laki – laki 0 = Perempuan Skala ukur Nominal
7	Riwayat keturunan		Riwayat penderita gangguan jiwa dimana ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit gangguan jiwa dan dikelompokkan menjadi 2 yaitu ada bila dalam keluarganya ada yang menderita gangguan jiwa dan tidak ada bila dalam keluarganya tidak terdapat riwayat menderita penyakit gangguan jiwa. Metode ukur Formulir status penderita Hasil ukur 1= Ada 0= tidak ada Skala ukur Nominal

8	Riwayat penyalahgunaan Narkoba		Riwayat penderita gangguan jiwa dimana kondisi responden ketika ditanya pernah atau tidak pernah menggunakan narkoba dalam seumur hidupnya tanpa melihat berapa banyak dan berapa lama.
		Metode ukur	Formulir status penderita.
		Hasil ukur	1 = Menggunakan 0 = Tidak menggunakan
		Skala ukur	Nominal



Universitas Indonesia

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain studi potong lintang (*Cross sectional*) yaitu rancangan studi epidemiologi yang mempelajari hubungan penyakit dan paparan dengan cara mengamati status paparan dan penyakit pada individu –individu dari populasi tunggal, pada satu saat atau periode.

4.2. Populasi dan Sampel

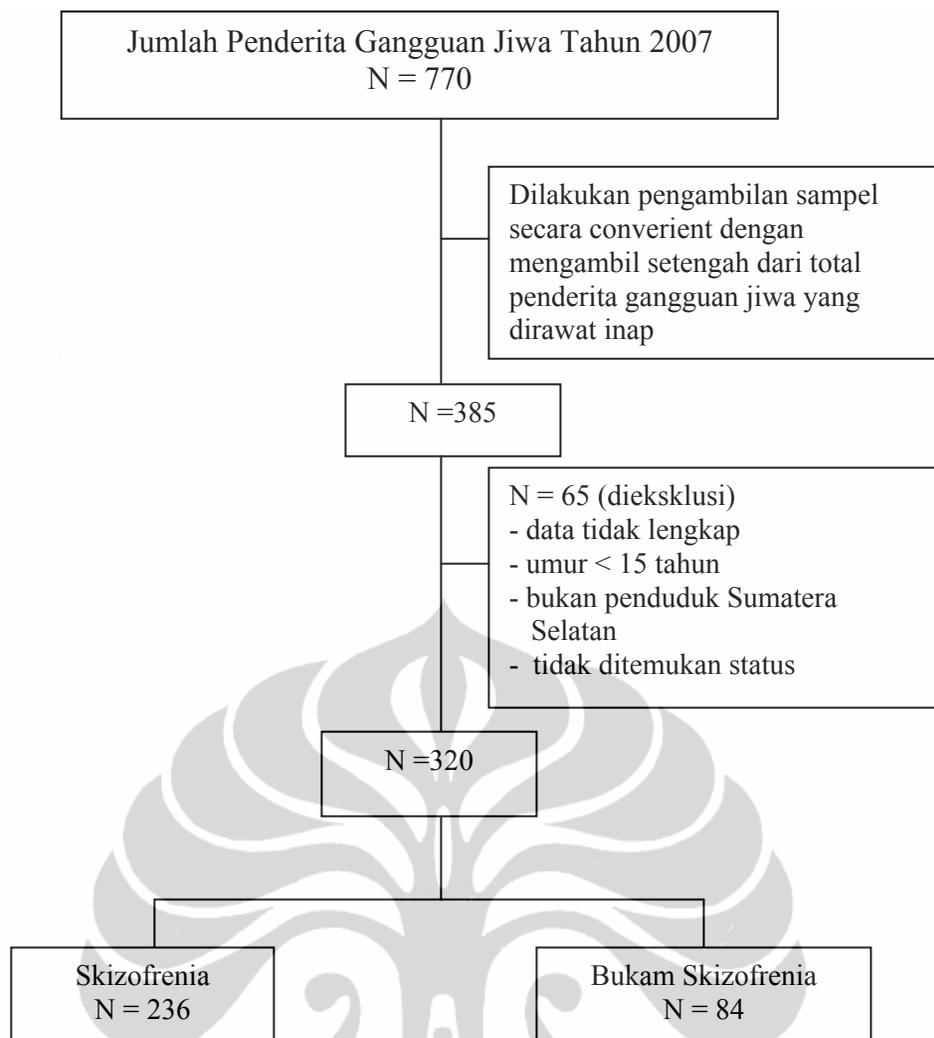
4.2.1. Populasi Target

Populasi target adalah kelompok individu yang lebih besar, digunakan untuk generalisasi hasil penelitian. Populasi target dalam penelitian ini adalah seluruh penderita gangguan jiwa yang dirawat inap pertama kali di Rumah sakit DR.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan pada bulan Januari – Desember 2007

4.2.2. Populasi Studi

Populasi studi (sampel) adalah kelompok individu yang memenuhi kriteria dan menjadi tempat mengukur variabel yang akan diteliti. Populasi studi dalam penelitian ini adalah penderita gangguan jiwa yang dirawat inap pertama kali di RS.Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007 berjumlah 320 orang

Gambar 4.1 Diagram Populasi dan sampel



4.2.2. Besar Sampel

Kriteria Inklusi untuk sampel : Penderita gangguan jiwa yang pertama kali dirawat inap tahun 2007 di Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan, berumur ≥ 15 tahun serta datanya lengkap sesuai variabel yang akan diteliti

Kriteria eksklusi untuk sampel : Penderita gangguan jiwa yang sudah pernah mendapatkan pengobatan dan dirawat inap tahun di Rumah Sakit Dr Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan maupun di rumah sakit jiwa lain, berumur < 15 tahun dan

pencatatan rekam medik yang datanya hilang atau tidak lengkap serta bukan penduduk Sumatera Selatan.

Untuk menentukan besar sampel minimal pada penelitian dihitung dengan menggunakan rumus uji hipotesis 2 proporsi (Lemeshow, *et al*, 1997) yaitu sebagai berikut :

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel.

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai pada distribusi normal standar yang sama dengan tingkat kemaknaan α (1,96 untuk uji dua arah pada $\alpha=0,05$)

$Z_{1-\beta}$ = Nilai pada distribusi normal standar yang sama dengan kekuatan studi yang sebesar diinginkan (0,84 untuk kuasa sebesar 80%).

P_2 = Proporsi penderita skizofrenia diantara penderita seluruh gangguan jiwa = 0,66 (Udin, Afif, 2003)

P_1 = Proporsi penderita skizofrenia diantara penderita seluruh gangguan jiwa yang tinggal di perkotaan = 0,80 (hasil hitungan)

Odds Ratio = Nilai sesungguhnya diperkirakan 2

P = $\frac{1}{2} \times (P_1 + P_2)$

$$P_1 = \frac{(OR) P_2}{(OR) P_2 + (1 - P_2)} \rightarrow \frac{(2) \times 0.66}{(2) \times 0.66 + (1 - 0.66)}$$

$$= 0.80$$

Menurut perhitungan sesuai dengan rumus tersebut dan dengan mempertimbangkan nilai deff, maka diambil jumlah sampel minimal penelitian $157 \times 2 = 314$

4.3. Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan metode converient adalah teknik pengambilan sampel yang non-probabilitas yang hasilnya belum dapat mewakili populasi dimana sampel tersebut diambil..

4.4. Pengumpulan data

Pengumpulan data sekunder

Peserta studi diambil dari penderita gangguan jiwa yang dirawat inap pertama kali ke Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007.

4.5. Pengolahan Data

- 1) Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder status pasien tahun 2007 di Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan. Setelah data diperoleh maka perlu dilakukan adalah :
- 2) Mengecek data (*editing*), pembersihan (*cleaning data*), untuk memastikan kelengkapan,konsistensi, dan relevansi data dengan penelitian ini.
- 3) Penandaan (*Coding*), membuat kode atau transformasi data untuk beberapa variabel penelitian yang membutuhkan kode atau transformasi tertentu untuk memenuhi asumsi yang dibutuhkan dalam analisis.
- 4) Pengecekan kembali (*Cleaning*), pengecekan kembali data yang telah diperoleh untuk mengetahui mising data,variasi data dan hubungan antar

variabel.

- 5) Pengolahan dan analisis data menggunakan bantuan komputer dengan program SPSS.

4.6. Teknik Analisis Data

Analisa data dilakukan secara bertahap, yaitu analisa univariat, analisa bivariat, dan analisa multivariat

4.6.1. Analisis univariat (deskriptif).

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran masing –masing variabel independen yang meliputi daerah tempat tinggal, jenis kelamin, umur, pekerjaan, riwayat keturunan, riwayat penyalahgunaan narkoba, perkawinan. Analisa univariat juga untuk mengetahui gambaran tentang variabel dependen dalam hal ini adalah penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa. Analisis yang akan dilihat adalah berupa distribusi frekuensi dari semua variabel yang diamati baik variabel independen maupun variabel dependen. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

4.6.2. Analisis bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen, dengan menggunakan uji statistik Chi Square (X^2) dengan kekuatan uji 80%. Uji ini digunakan karena data yang dianalisis adalah jenis kategorik. Penetapan nilai p (*p value*) pada uji Chi Square dalam penelitian ini, didasarkan dengan tabel 2X2. Hasil uji statistik dikatakan mempunyai hubungan bermakna jika nilai p lebih kecil daripada nilai alpa

($pvalue < 0.05$). Sebaliknya hubungan dinyatakan tidak bermakna jika hasil uji statistik menunjukkan nilai p lebih besar dari α ($pvalue > 0.05$).

Pada analisis bivariat juga dinilai Odds Ratio (OR) yang merupakan nilai estimasi untuk terjadinya outcome (variabel dependen), akibat ada hubungan dengan variabel dependen. Apabila $OR=1$ artinya tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, $OR < 1$ artinya variabel independen memberikan perlindungan terhadap variabel dependen dan $OR > 1$ artinya variabel independen menyebabkan terjadinya variabel dependen (Hastono, 2007).

4.6.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat adanya hubungan antara variabel bebas dengan variabel dependen dengan mengendalikan variabel independen lainnya. Untuk analisa multivariat digunakan pendekatan dengan regresi logistik

Dengan bantuan komputer semua variabel dimasukkan kedalam model dengan cara *forward selection*, memasukkan satu persatu variabel yang memenuhi kriteria kemaknaan statistik untuk masuk kedalam model, sampai semua variabel yang memenuhi kriteria tersebut masuk kedalam model, kriteria variabel yang dapat masuk model bila variabel tersebut $p < 0.25$

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan dan dijelaskan hasil penelitian yang meliputi analisis univariat yang memberikan gambaran tentang karakteristik dari masing-masing variabel, analisis bivariat untuk melihat hubungan dan besarnya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dan analisis multivariat dengan menggunakan analisis *Regresi logistik ganda*.

5.1. Analisis Univariat

Pada analisis univariat ini ditampilkan distribusi masing-masing variabel yang diteliti, yaitu variabel umur, pendidikan, jenis kelamin, riwayat keturunan, pekerjaan, status perkawinan, riwayat penyalahgunaan narkoba, daerah tempat tinggal.

Umur penderita dikelompokkan ke dalam 2(dua) kategori yaitu remaja 15-25 tahun dan dewasa ≥ 26 tahun keatas. Hasil analisis didapatkan umur remaja 15 – 25 tahun adalah sebanyak 141 orang (44,1%), sedangkan umur dewasa ≥ 26 tahun adalah 179 orang (55,9%).

Tingkat pendidikan cukup bervariasi, terlihat bahwa yang paling banyak adalah responden yang tamat SD sebanyak 130 orang (40,6%) dan disusul SLTA sebanyak 98 orang (30,3%), sedangkan yang paling sedikit adalah perguruan tinggi sebanyak 11 orang (3,5%).

Pada analisis selanjutnya pendidikan dikelompokkan ke dalam 2 (dua) kategori, yaitu: rendah dan tinggi. Dikategorikan pendidikan rendah, apabila responden telah menyelesaikan pendidikannya SLTA kebawah, sed

angka Tinggi apabila responden berpendidikan SLTA keatas. Data menunjukkan responden yang tingkat pendidikan rendah adalah sebanyak 211 orang (65,9%), hal ini berarti sebagian besar responden berpendidikan SLTA kebawah.

Jenis kelamin responden dikelompokkan ke dalam 2(dua) kategori yaitu laki-laki dan perempuan. Data menunjukkan responden yang berjenis perempuan adalah sebanyak 72 orang (22,5%). Hal ini berarti sebagian besar responden adalah berjenis kelamin laki-laki sebanyak 248 orang (77,5%).

Status pekerjaan dikategorikan ke dalam 2 kategori, yaitu belum kerja dan bekerja. Data menunjukkan responden yang bekerja adalah sebanyak 83 orang (25,9%). Hal ini berarti sebagian besar responden adalah tidak bekerja sebanyak 237 orang (74,1%).

Status perkawinan dikategorikan ke dalam 2 kategori, yaitu kawin dan belum kawin. Data menunjukkan responden yang pernah kawin adalah sebanyak 120 orang (37,5%). Hal ini berarti sebagian besar responden adalah yang belum kawin sebanyak 200 orang (62,5%).

Riwayat keturunan meliputi ada dan tidak ada. Data menunjukkan responden yang ada riwayat keturunan adalah sebanyak 39 orang (12,2%). Hal ini berarti sebagian besar responden adalah yang tidak ada riwayat keturunannya sebanyak 281 orang (87,8%).

Berikut ini riwayat penyalahgunaan narkoba di bagi kedalam 2 katagori, yaitu menggunakan dan tidak menggunakan. Berdasarkan data didapat responden yang menggunakan narkoba adalah sebanyak 119 orang (37,2%), hal ini berarti sebagian besar responden tidak menggunakan narkoba 201 orang (62,2%)

Tabel 5.1
Distribusi frekuensi variabel independen terhadap penyakit skizofrenia pada
penderita gangguan jiwa di Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera
Selatan tahun 2007

Variable independen	Jumlah	Presentase (%)
Umur		
1. Remaja 15 – 25 tahun	141	44,1
0. Dewasa \geq 26 tahun	179	55,9
Tingkat pendidikan		
SD	130	40,6
SLTP	81	25,6
SLTA	98	30,3
Perguruan tinggi	11	3,5
Pengelompokkan tingkat Pendidikan		
1. Rendah	211	65,9
0. Tinggi	109	34,1
Jenis Kelamin		
1. Laki - laki	248	77,5
0. Perempuan	72	22,5
Status Pekerjaan		
1. Tidak bekerja	237	74,1
0. Bekerja	83	25,9
Status Perkawinan		
1. Kawin	120	37,5
0. Belum kawin	200	62,5
Riwayat keturunan		
1. Ada	39	12,2
0. Tidak Ada	281	87,8
Riwayat menggunakan narkoba		
Menggunakan	119	37,2
Tidak menggunakan	201	62,8

5.1.1. Daerah Tempat Tinggal

Daerah tempat tinggal di bagi kedalam 2 katagori, yaitu yang tinggal diperkotaan/kota dan yang tinggal dipedesaan/desa. Hasil pengkategorianya dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut ini :

Tabel 5.2
Distribusi Responden Menurut Daerah Tempat Tinggal Terhadap Penyakit Skizofrenia pada penderita gangguan jiwa di Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007

Daerah Tempat Tinggal	N	%
Perkotaan/Kota	188	58,8
Pedesaan/Desa	132	41,2
Jumlah	320	100

Berdasarkan Daerah tempat tinggal, terlihat bahwa responden yang tinggal di perkotaan/kota sebanyak 188 (58,8%), sedangkan yang tinggal dipedesaan/desa sebanyak 132 orang (41,2%).

5.1.2. Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa dalam penelitian ini dibagi kedalam 2 katagori, yaitu : skizofrenia, apabila responden didiagnosis seluruh jenis skizofrenia dan bukan skizofrenia apabila responden didiagnosis selain jenis skizofrenia. Hasil pengkategorianya dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini :

Tabel 5.3
Distribusi Responden Menurut Katagori Gangguan Jiwa di Rumah Sakit
Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007

Gangguan Jiwa	N	%
Skizofrenia	236	73,8
Bukan skizofrenia	84	26,2
Jumlah	320	100

Berdasarkan data diatas, sebagian besar responden mempunyai diagnosis skizofrenia yaitu 236 orang (73.8%).

Tabel 5.4
Distribusi Responden Menurut Jenis Penyakit Skizofrenia pada penderita
gangguan jiwa di Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan
tahun 2007

Jenis Skizofrenia	N	%
Hebefrenik	14	5,9
Residual	8	3,4
Paranoid	138	58,5
Simpleks	13	5,5
Tak terinci	63	26,7
Jumlah	236	100

Berdasarkan tabel 5.4 diatas terlihat bahwa skizofrenia paranoid yang paling banyak ditemukan sebanyak 138 (58,5%), sedangkan yang paling sedikit skizofrenia residual sebanyak 8 orang (3,4%).

Tabel 5.5
Distribusi Responden Menurut gangguan jiwa bukan skizofrenia
di Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007

Bukan skizofrenia	N	%
- Ggn. Mental organik	9	10,7
- Depresi	25	29,8
- Psikotik akut	26	31,0
- Ggn mental akibat penggunaan zat	23	27,3
- Retardasi mental	1	1,20
Jumlah	84	100

Berdasarkan data diatas terlihat bahwa psikotik akut yang paling banyak ditemukan sebanyak 26 orang (31,0%), sedangkan yang paling sedikit retardasi mental sebanyak 1 orang (1,20%).

5.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara masing – masing variabel independen dengan variabel dependen dan juga bertujuan untuk melihat apakah hubungan yang terjadi antara variabel tersebut bermakna secara statistik. Analisis bivariat juga digunakan untuk menyaring kandidat variabel yang layak digunakan dalam analisis multivariat. Hasil analisis bivariat dapat dilihat dalam tabel 5.6 :

Tabel 5.6
Hubungan antara peran daerah tempat tinggal dan berbagai kovariat lainnya dengan kejadian penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa yang dirawat inap di RS Dr.Ernaldi Bahar Sumatera Selatan tahun 2007

Variabel	Gangguan Jiwa		N	P Value	OR (95%CI)
	Skizofrenia (n=236)	Bukan Skizofrenia (n=84)			
Daerah tempat tinggal					
a. Perkotaan/kota	155(82,4%)	33(17,6%)	188	0,000	2,96(1,77 – 4,94)
b. Pedesaan/desa	81(61,4%)	51(38,6%)	132		
Umur					
a. Remaja 15-25	102(72,3%)	39(27,7%)	141	0,70	0,88 (0,53-1,45)
b. Dewasa ≥ 26 tahun	134(74,9%)	45(25,1%)	179		
Tingkat Pendidikan					
a. Rendah	162(76,8%)	49(23,2%)	211	0,114	1,56 (0,94 – 2,61)
b. Tinggi	74 (67,9%)	35(32,1%)	109		
Jenis kelamin					
a. Laki-laki	187(75,4%)	61 (24,6%)	248	0,27	1,44 (0,81 – 2,55)
b. Perempuan	49 (68,1%)	23 (31,9%)	72		
Pekerjaan					
a. Tidak bekerja	177(74,7%)	60 (25,3%)	237	0,62	1,20 (0,69 – 2,10)
b. Bekerja	59(71,1%)	24 (28,9%)	83		
Perkawinan					
a. Kawin	84 (70,0%)	36 (30,0%)	120	0,30	0,74 (0,44 – 1,22)
b. Belum Kawin	152(76,0%)	48 (24,0%)	200		
Riwayat keturunan					
a. Ada	30 (76,9%)	9 (23,1%)	39	0,78	1,21 (0,56 – 2,68)
b. Tidak ada	206(73,3%)	75 (26,7%)	281		
Riwayat penyalahgunaan narkoba					
a. Menggunakan	84 (70,6%)	35 (29,4%)	119	0,40	0,78 (0,47 – 1,29)
b. Tidak menggunakan	152(75,6%)	49 (24,4%)	201		

Dari tabel 5.6 diatas dapat dijelaskan sebagai berikut :

Variabel gangguan jiwa dikelompokkan menjadi skizofrenia dan bukan skizofrenia diperoleh hasil bahwa kelompok skizofrenia lebih banyak 236 orang (73,8%) dibandingkan dengan kelompok bukan skizofrenia 84 orang (26,2%).

Hasil analisis hubungan antara tempat tinggal responden dengan penyakit skizofrenia diperoleh bahwa ada 155 orang (82,4%) penderita yang tinggal di perkotaan sedangkan penderita yang tinggal di pedesaan yang skizofrenia didapatkan sebanyak 81 orang (61,4%) dibandingkan yang bukan skizofrenia 51 orang (38,6%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{-value} < 0,05$, maka disimpulkan ada hubungan bermakna antara tempat tinggal dengan penyakit skizofrenia. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 2,96$ (CI: 1,77 – 4,94), artinya orang yang tinggal di perkotaan 2,96 kali berisiko terkena penyakit skizofrenia dibandingkan dengan orang yang tinggal di pedesaan.

Hasil analisis hubungan antara umur responden dengan penyakit skizofrenia diperoleh bahwa ada 102 orang (72,3 %) pada penderita remaja. Sedangkan penderita dewasa yang penyakit skizofrenia sebanyak 134 orang (74,9%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{-value} > 0,05$, maka disimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan kejadian penyakit skizofrenia. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 0,88$ (CI; 0,53-1,45) artinya pada penderita remaja 0,88 kali untuk terjadi penyakit skizofrenia dibandingkan dengan penderita dewasa.

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan penderita dengan penyakit skizofrenia diperoleh bahwa ada 162 orang (76,8%) pada yang berpendidikan rendah. Sedangkan berpendidikan tinggi yang penyakit skizofrenia adalah sebanyak

74 orang (67,9%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{-value} > 0,05$, maka disimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan kejadian penyakit skizofrenia. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 1,56$ (CI ; 0,94 – 2,61) artinya pada penderita yang berpendidikan rendah 1,56 kali berisiko untuk terjadinya penyakit skizofrenia dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi.

Hasil analisis hubungan antar jenis kelamin dengan penyakit skizofrenia diperoleh 187 orang (75,4%) yang berjenis kelamin laki-laki sedangkan pada jenis kelamin perempuan yang penyakit skizofrenia adalah sebanyak 49 orang (68,1%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{-value} > 0,05$, maka disimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan kejadian penyakit skizofrenia. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 1,44$ (CI: 0,81 – 2,55) artinya penderita yang berjenis kelamin laki-laki mempunyai 1.44 kali berisiko terjadinya penyakit skizofrenia dibandingkan dengan yang berjenis kelamin perempuan..

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan penyakit skizofrenia pada kelompok tidak bekerja diperoleh bahwa ada 177 orang (74,7%), sedangkan responden yang bekerja yang didiagnosis penyakit skizofrenia ada 59 orang (71,1%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{-value} > 0,05$, maka disimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara pekerjaan dengan penyakit skizofrenia. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 1,20$ (0,69 – 2,10), artinya responden yang tidak bekerja 1,20 kali berisiko untuk terjadinya penyakit skizofrenia dibandingkan dengan yang bekerja.

Hasil analisis hubungan antara perkawinan responden dengan penyakit skizofrenia diperoleh bahwa ada 84 orang (70,0%) yang kawin. Sedangkan responden dengan diagnosa penyakit skizofrenia yang belum kawin ada 152 orang

(76,0%). Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value $> 0,05$, maka disimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara perkawinan dengan penyakit skizofrenia. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 0,74 (0,44 – 1,22) artinya responden yang sudah kawin mempunyai 0,74 kali lebih rendah untuk terjadinya penyakit skizofrenia dibandingkan dengan yang belum kawin.

Hasil analisis hubungan antara riwayat keturunan dengan penyakit skizofrenia diperoleh bahwa ada 30 orang (76,9%) yang ada riwayat keturunan. Sedangkan responden dengan penyakit skizofrenia yang tidak ada riwayat keturunan diketahui sebesar 206 orang (73,3%). Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value $>0,05$, maka disimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara riwayat keturunan dengan kejadian penyakit skizofrenia. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 1,21 (0,56–2,68), artinya responden yang ada riwayat keturunannya berisiko 1,21 kali untuk terjadinya penyakit skizofrenia dibandingkan dengan yang tidak ada riwayat keturunan.

Hasil analisis hubungan antara riwayat penyalahgunaan narkoba dengan penyakit skizofrenia diperoleh bahwa ada 84 orang (70,6%) yang menggunakan narkoba. Sedangkan responden dengan kejadian penyakit skizofrenia yang tidak menggunakan narkoba adalah sebesar 152 orang (75,6%). Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value $>0,05$, maka disimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara riwayat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian penyakit skizofrenia. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 0,78 (CI; 0,47 – 1,29), artinya responden yang menggunakan narkoba 0,78 kali lebih rendah untuk terjadi penyakit skizofrenia dibandingkan dengan yang tidak menggunakan narkoba.

5.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mendapatkan model terbaik yang dapat menggambarkan hubungan daerah tempat tinggal terhadap kejadian penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa di RS. Dr. Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan. Dari hasil analisis bivariat dalam penelitian ini diketahui bahwa variabel independen yang secara statistik berhubungan dengan skizofrenia di RS Dr. Ernaldi Bahar hanya daerah tempat tinggal dengan p -value $<0,05$. Namun untuk seleksi variabel yang akan diikutsertakan ke dalam model dipilih dari variabel yang pada analisis bivariat mempunyai $p < 0,25$. Ketentuan mengambil variabel dengan nilai $p < 0,25$ dimaksud agar memberi peluang variabel independen yang mungkin dapat memunculkan hubungan yang bermakna dengan variabel dependen. Dengan demikian variabel pendidikan ikut masuk dalam analisis multivariat.

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan *forward selection* memasukkan satu persatu variabel yang memenuhi kriteria kemaknaan statistik untuk masuk ke dalam model, sampai semua variabel yang memenuhi kriteria tersebut masuk ke dalam model. Kriteria variabel yang masuk model bila didapatkan variabel yang memiliki nilai $p < 0,05$ maka variabel tersebut yang masuk dalam model regresi logistik multivariat.

Tabel 5.7
Variabel – variabel yang masuk kedalam model awal sebagai kandidat analisis multivariat

	Variabel	P-value	OR_{crude}	95% C.I.
1	Daerah tempat tinggal			
	1. Perkotaan/kota	0,00	2,96	1,77 – 4,94
2. Pedesaan/desa	1,00	Referens		
2	Tingkat Pendidikan			
	a. Rendah	0,11	1,56	0,94 – 2,61
	b. Tinggi	1,00	Referens	

Dari tabel 5.7 diperoleh hanya 2 (dua) variabel yang menjadi kandidat untuk diikuti sertakan kedalam model awal yaitu variabel utama daerah tempat tinggal dan variabel tingkat pendidikan. Berdasarkan hasil analisis multivariat maka diperoleh hasil pada tabel 5.8 :

Tabel 5.8
Hubungan daerah tempat tinggal terhadap penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa dengan dikontrol oleh variabel tingkat pendidikan di RS. Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007

	Variabel	P-value	OR_{Adjusted}	95% C.I.
1	Daerah tempat tinggal			
	1. Perkotaan/kota	0,00	3,22	1,90 – 5,46
2. Pedesaan/desa	1,00	Referens		
2	Tingkat Pendidikan			
	a. Rendah	0,02	1,86	1,08 – 3,18
	b. Tinggi	1,00	Referens	

Dari tabel 5.8. Berdasarkan hasil analisis multivariat dapat disimpulkan bahwa kelompok penderita yang tinggal di perkotaan mempunyai resiko 3,22 kali untuk mengalami penyakit skizofrenia di bandingkan dengan yang tinggal di pedesaan, setelah dikontrol dengan tingkat pendidikan.

BAB VI

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis penelitian yang telah disajikan dan dijelaskan pada bab terdahulu, maka pada bagian pembahasan ini akan menguraikan dan membahas hasil uji statistik semua variabel yang diteliti.

6.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dalam upaya ingin mengetahui peran tempat tinggal terhadap kejadian penyakit skizofrenia yang di rawat inap pertama kali di RS DR.Ernaldi Bahar tahun 2007 dengan mengendalikan kovariat lainnya. Beberapa upaya telah dilakukan untuk menjaga validitas hasil studi antara lain dengan membatasi subyek penelitian pertama kali yang dirawat inap. Penelitian ini hanya terbatas pada variabel yang tersedia pada data sekunder rawat inap pasien gangguan jiwa. Peneliti juga menyadari bahwa kemampuan peneliti yang masih minimal dalam menelaah sumber pustaka, keterbatasan literatur. Beberapa keterbatasan dalam penelitian ini diantaranya adalah :

6.1.1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain potong lintang (*cross sectional*). Dimana pada penelitian jenis ini sebab dan akibat (*temporal relationship*) tidak dapat dijelaskan karena pengambilan data resiko dan efek dilakukan pada saat yang sama.

Rancangan penelitian potong lintang (*Cross sectional*) mempunyai keterbatasan antara lain hasil yang dicapai merupakan gambaran sesaat, tidak mampu

menjelaskan urutan waktu antara variabel dependen dan variabel independen, sehingga hasil penelitian ini hanya menjelaskan adanya keterkaitan antara variabel independen dan dependen.

6.1.2. Sampel penelitian

Sampel adalah kelompok individu yang memenuhi kriteria dan menjadi tempat mengukur variabel yang akan diteliti. Populasi studi dalam penelitian ini adalah penderita gangguan jiwa yang dirawat inap pertama kali di RS. Dr.Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007.

6.1.3. Bias seleksi

Dalam hal ini juga peneliti memperkirakan terjadinya bias seleksi karena cara pengambilan sampel dengan menggunakan metode converient yang merupakan metode sampling yang non probability sehingga hasilnya belum dapat mewakili populasi dimana sampel tersebut diambil. Cara pengambilan sampling yang non-probability dan pengeksklusian sampel berdasarkan kriteria dilakukan setelah pengambilan sampel yang non-probability dapat mengancam validitas hasil penelitian ini.

6.1.4. Bias Informasi

Data yang digunakan dalam penelitian ini berasal dari data sekunder, kemungkinan bias informasi dapat terjadi saat pengisian dan saat wawancara. Daya ingat keluarga subyek sangat berperan terhadap kualitas dan ketepatan serta keakuratan data, karena cara pengukuran bersifat subyektif (bias pengukuran) dan juga retrospektif dimana keluarga/subyek harus mengingat kembali faktor-faktor

yang pernah dialami penderita misalnya pada variabel penyalahgunaan narkoba atau riwayat keturunan

6.1.5. Konfounding dan variasi chance

Adapun dalam penelitian ini variabel konfounding dikontrol melalui analisis multivariat pada variabel yang secara substansi penting dengan penyakit skizofrenia dan pada analisis bivariat nilai p -valuenya < 0.25 yaitu tempat tinggal dan tingkat pendidikan. Efek confounding pada penelitian ini tidak ditemukan

Pada penelitian terlihat variabel tempat tinggal dengan $OR = 3.22$ (95% CI: 1,90–5,46) dengan CI yang tidak melewati angka satu serta rentang jarak tidak terlalu jauh memungkinkan penelitian ini kecil kemungkinannya dipengaruhi oleh variasi chance.

6.1.6. Kekuatan Hubungan

Nilai OR untuk variabel peran tempat tinggal adalah 3,22 (95% CI: 1,90 – 5,46) dengan $p = 0,000$, ini menunjukkan hubungan yang sangat kuat antara peran tempat tinggal dengan penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa yang menunjukkan bahwa penderita yang tinggal diperkotaan mempunyai resiko untuk mengalami penyakit skizofrenia 3,22 kali dibandingkan penderita yang tinggal di daerah pedesaan, setelah dikontrol dengan tingkat pendidikan.

Selain keterbatasan – keterbatasan yang telah diuraikan diatas, perlu juga dipertimbangkan keterbatasan pada pembahasan hasil. Sejauh pengetahuan penelitian, sampai saat ini belum banyak penelitian tentang peran tempat tinggal terhadap penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa, sehingga dalam

pembahasan selanjutnya peneliti hanya bisa membandingkan dengan beberapa hasil penelitian.

6.2. Temuan Utama

Dalam hal ini akan dibahas temuan berdasarkan analisis variabel utama yaitu peran daerah tempat tinggal dan hubungannya dengan penyakit skizofrenia.

Berdasarkan daerah tempat tinggal, terlihat bahwa responden yang tinggal di perkotaan sebanyak 188 (58,8%), sedangkan yang tinggal di pedesaan sebanyak 132 orang (41,2%). Pada tabel 5.6 terlihat bahwa hasil analisis bivariat yang tinggal di perkotaan mengalami penyakit skizofrenia sebanyak 155 orang (82,4%) sedangkan responden yang tinggal di pedesaan yang mengalami penyakit skizofrenia didapat sebanyak 81 orang (61,4%). Dari hasil analisis bivariat diperoleh nilai OR = 2,96 (CI : 1,77 – 4,94), artinya orang yang tinggal di perkotaan mempunyai resiko 2,96 kali mengalami penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan.

Berdasarkan hasil analisis multivariat didapatkan hubungan yang signifikan antara tempat tinggal dengan kejadian penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa dengan nilai rasio odds 3,22 ini berarti bahwa responden yang tinggal di perkotaan/kota mempunyai resiko 3,22 kali untuk mengalami penyakit skizofrenia diantara penderita gangguan jiwa lain dibandingkan yang tinggal di pedesaan setelah dikontrol dengan variabel tingkat pendidikan.

Penelitian yang dilakukan oleh Alladyce, J., et al (2001), dimana membandingkan populasi penduduk yang tinggal di daerah perkotaan Camberwell dan penduduk yang tinggal di daerah pedesaan Dumfries dengan timbulnya penyakit

skizofrenia mengemukakan bahwa resiko relatifnya pada penduduk yang tinggal di perkotaan adalah 1.61 (95% CI; 1,42 – 1,82) dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan.

Kota kelahiran adalah faktor resiko yang kuat untuk terjadinya penyakit skizofrenia, dalam suatu penelitian dengan desain studi kohort untuk melihat hubungan tempat lahir di perkotaan di Swedia antara tahun 1973 dan 1980 yang terdiri atas 696.025 penduduk, ditemukan adanya peningkatan risiko 1,34 kali untuk terjadinya penyakit skizofrenia pada mereka yang lahir di perkotaan dibandingkan dengan tempat kelahiran di pedesaan (Horison D, et al, 2003). Penelitian lain tentang karakteristik obstetri, urbanisasi dan kejiwaan pada populasi kasus jiwa mendapatkan 132 kasus skizofrenia dan 69 kasus psikosis affektif yang lahir pada tahun 1973 dan masuk rumah sakit jiwa Denmark sebelum tahun 1994. Hasil yang didapat bahwa yang lahir di rumah sakit di Copenhagen 4,20 kali (95% CI 2,4-7,4) lebih tinggi beresiko terjadi penyakit skizofrenia dibandingkan dengan yang lahir di daerah pedesaan di Denmark (Easton WW, et al., 2000).

Skizofrenia merupakan gangguan yang lebih kronis dan lebih melemahkan daripada jenis gangguan jiwa lainnya. Sekitar 50%-80% orang yang masuk rumah sakit atas dasar satu episode skizofrenia, akan mendapatkan kembali perawatan di rumah sakit (Wiramihardja, 2007).

Secara umum timbulnya suatu penyakit merupakan adanya interaksi penyebab dengan lingkungan, orang – orang dengan skizofrenia lebih memiliki kemungkinan besar untuk hidup dalam lingkungan yang penuh dengan stress (*stressfull*), seperti dalam lingkungan kota yang miskin dan status jabatan yang rendah atau pengangguran (Dohrenwend, et al., 1987). Keadaan sekitar atau

lingkungan penuh stress merupakan keadaan yang dapat memicu terkena serangan atau rawan (*vulnerability*) terhadap penyakit skizofrenia.

Stress diawali dengan adanya ketidakseimbangan antara tuntutan dan sumber daya yang dimiliki individu, semakin tinggi kesenjangan terjadi semakin tinggi pula tingkat stress yang dialami individu, dan akan merasa mengancam.

Dalam masyarakat perkotaan akumulasi stresor yang ada pada lingkungan seperti; bising, macet, tuntutan persaingan pekerjaan, harga barang yang mahal, persaingan kemewahan, iklim yang sangat panas atau dingin, ancaman penyakit, polusi, sampah, akan mencetuskan stress pada individu. Stress memainkan peranan yang penting dalam perkembangan penyakit skizofrenia

Kehidupan sosial di kota banyak ditandai dengan hal hal yang sensasional, kejutan-kejutan, intrik-intrik, agresivitas, penonjolan diri ekstrim tanpa malu-malu, kestabilan dan ketidakamanan sebab merasa diancam oleh macam-macam bahaya, terutama sekali di jalan-jalan raya. Iklim sosial selalu diliputi suasana kecurigaan, kebencian, kecemburuan, kekerasan, tekanan dan saingan ketat demikian pula adanya situasi kondisi yang serba hiruk pikuk dan kisruh membuat kehidupan di kota menjadi pusat –pusat ketidaksesuaian (*maladjustment*) yang ganda bagi penduduknya. Karena itu mentalitas kota banyak ditandai oleh ketegangan syaraf, ketegangan batin, kerisauan, ketakutan, kecemasan, eutusiasme yang tidak terkontrol (Kartono, 2000).

6.3. Temuan Tambahan

6.3.1. Umur

Untuk variabel umur, dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu kelompok remaja 15 – 25 tahun dan dewasa \geq 26 tahun.

Hasil analisis hubungan antara umur dengan penyakit skizofrenia diperoleh bahwa ada 102 orang (72,3 %) pada umur remaja. Sedangkan umur dewasa yang mengalami penyakit skizofrenia adalah 134 orang (74,9%). Dari hasil penelitian ini diperoleh nilai $OR = 0.88$ (CI: 0,53 – 1,45) artinya umur remaja mempunyai resiko 0,88 kali lebih rendah mengalami penyakit skizofrenia diantara penderita gangguan jiwa dibandingkan dengan yang umur dewasa tetapi secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna

Dalam beberapa kasus, gangguan ini dimulai lebih awal, tetapi gambaran syptom yang lengkap tidak nampak dan individu tidak didiagnosis sebelum mencapai awal masa dewasa (Semiun, 2006). Hal ini terjadi kemungkinan disebabkan pada usia remaja pasien tersebut lebih produktif dan kreatif dibandingkan dengan umur dewasa.

Masa remaja dikenal sebagai masa gawat dalam perkembangan kepribadian sebagai masa “badai dan stress”. Dalam masa ini individu dihadapi dengan pertumbuhan yang cepat, perubahan-perubahan badaniah dan pematangan seksual. Pada waktu yang sama status sosialnya juga mengalami perubahan, bila dahulu ia sangat tergantung kepada orangtuanya atau orang lain, sekarang ia harus belajar sendiri dan bertanggung jawab yang membawa dengan sendirinya masalah pernikahan, pekerjaan, dan status sosial umum. Kebebasan yang lebih besar membawa tanggung jawab yang lebih besar pula (Yosep, 2007).

6.3.2. Jenis kelamin

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi laki – laki untuk mengalami penyakit skizofrenia (75,4%) lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (68,1%). Hasil ini sama dengan penelitian Afif Udin yang menunjukkan proporsi laki –laki 70,6% lebih besar daripada proporsi perempuan. Dari hasil penelitian ini diperoleh nilai $OR = 1.44$ ($CI : 0,81 - 2,55$) artinya responden yang berjenis kelamin laki-laki mempunyai resiko 1,44 kali mengalami penyakit skizofrenia diantara penderita gangguan jiwa dibandingkan dengan berjenis kelamin perempuan tetapi secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna

Banyaknya penderita penyakit skizofrenia pada laki -laki dapat disebabkan karena laki-laki memiliki beban tanggung jawab lebih besar dari perempuan, apalagi mempunyai tanggung jawab pada keluarga, adik/kakak, istri dll sehingga setidaknya harus memiliki kemampuan lebih seperti ketrampilan, pendidikan, dsb agar dapat bersaing dalam memenuhi kebutuhan hidup. Rasa beban tanggung jawab yang lebih besar ini, maka laki-laki akan lebih muda terkena stress dan penyakit gangguan jiwa lainnya (Salan, 1992).

6.3.3. Pendidikan

Dalam analisis pendidikan merupakan faktor yang paling sering dianalisis, karena dapat menjadi pendekatan berbagai macam hal seperti pola pikir, kepandaian, luasnya pengetahuan dan kemajuan berpikir.

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan penyakit skizofrenia diperoleh bahwa ada 162 orang (76,8%) pada responden yang berpendidikan rendah. Sedangkan responden berpendidikan tinggi yang diagnosis penyakit skizofrenia adalah 74 orang (67,9%). ($OR = 1,56$ ($0,94 - 2,61$)). artinya

responden yang berpendidikan rendah mempunyai resiko 1.56 kali untuk mengalami penyakit skizofrenia diantara penderita gangguan jiwa dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi tetapi secara statistik tidak bermakna. Penelitian yang dilakukan oleh Afif Udin (2003) yang menunjukkan proporsi pendidikan rendah 89,1% lebih tinggi daripada yang pendidikan tinggi..

Secara teori semakin tinggi tingkat pendidikan berhubungan dengan tingkat pengetahuan yang didapat membawa seorang mampu berpikir dalam mencermati situasi yang terjadi pada dirinya dengan lebih berpikir logis untuk berespon. Dan melalui pengalaman logika semasa sekolah maka seseorang lebih mampu mengendalikan emosinya.

6.3.4. Pekerjaan

Dalam penelitian ini, responden dikelompokkan tidak bekerja dan bekerja terhadap penyakit skizofrenia pada penderita gangguan jiwa.

Hasil analisis bivariat menunjukkan responden yang tidak bekerja yang mengalami penyakit skizofrenia adalah (74,7%) lebih tinggi dibandingkan yang bekerja (71,1%) dengan nilai rasio odds 1,20 (0,69 – 2,10). artinya responden yang tidak bekerja mempunyai resiko 1,20 mengalami penyakit skizofrenia diantara penderita gangguan jiwa dibandingkan dengan yang bekerja tetapi hasil ini tidak menunjukkan kemaknaan yang berarti hal ini sesuai dengan penelitian oleh Kurniawan Sejahtera (1998) di RS. Jiwa Jakarta yang menunjukkan proporsi yang bekerja 20% lebih kecil daripada yang tidak bekerja.

Menganggur, pensiun, tidak menjabat lagi, dipecat pada umumnya dialami oleh banyak orang dengan perasaan negatif atau tidak senang. Bahkan mereka yang

belum siap mentalnya, benar-benar mengalami shock. Sebab kejadian dialami sebagai kerugian, keaiban, kenistaan, degradasi sosial. Tidak bekerja, biasanya menimbulkan perasaan inferior (minder, rendah diri), rasa tidak berguna; menimbulkan banyak frustrasi (Kartono, 2000).

6.3.5. Perkawinan.

Hasil analisis hubungan antara perkawinan dengan penyakit skizofrenia diperoleh bahwa ada 84 orang (70,0%) yang kawin sedangkan penderita dengan diagnosis penyakit skizofrenia yang belum kawin ada sebanyak 152 orang (76.0%) dengan nilai rasio odds ($OR = 0.74 (0.44 - 1.22)$). artinya responden yang kawin mempunyai resiko mengalami penyakit skizofrenia 0.74 kali dibandingkan dengan responden yang belum kawin tetapi hasil ini tidak menunjukkan kemaknaan yang berarti. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Afif Udin (2003) yang menunjukkan proporsi dengan status kawin 37.8% lebih kecil daripada proporsi yang berstatus tidak kawin.

Beberapa faktor yang mungkin menyulitkan suatu perkawinan; perasaan takut dan bersalah mengenai perkawinan dan kehamilan, perasaan takut akan berperan sebagai orangtua, ketidakmampuan mempunyai anak, masalah keuangan, gangguan dari keluarga dan pemilihan dan penyesuaian pekerjaan (Yosep, 2007).

6.3.6. Riwayat Keturunan

Hasil analisis bivariat menunjukkan responden yang ada riwayat keturunan yang mengalami penyakit skizofrenia adalah (76,9%) lebih tinggi dibandingkan yang tidak ada riwayat keturunan (73,3%) dengan nilai $OR = 1,21 (0,56 - 2,68)$, artinya responden yang ada riwayat keturunannya 1,21 kali mempunyai resiko

mengalami penyakit skizofrenia diantara penderita gangguan jiwa dibandingkan dengan responden yang tidak ada riwayat keturunannya tetapi hasil ini tidak menunjukkan kemaknaan yang berarti. Karena ini diantara penderita gangguan jiwa, tentu sangat mungkin pada kelompok gangguan jiwa lain mempunyai resiko yang sama dengan skizofrenia sehingga faktor keturunan mempunyai pengaruh untuk terjadinya penyakit skizofrenia.

Hal ini sesuai dengan literatur yang menunjukkan bahwa faktor genetik sangat berperan dalam perkembangan skizofrenia. Penelitian mengenai perbandingan angka skizofrenia pada anak yang diangkat dan diasuh oleh orang angkat yang normal, tetapi orang tua mereka menderita atau tidak menderita. Penelitian melibatkan 49 orang dimana ibu mereka menderita skizofrenia, dan 53 orang dimana ibu mereka tidak menderita skizofrenia. Hasil menunjukkan bahwa orang yang ibunya mereka menderita skizofrenia, sebanyak 11% mengembangkan skizofrenia tetapi pada ibunya yang normal tidak ada yang menderita skizofrenia (Heston, 1966). Dalam penelitian lain dimana semua individu diasuh oleh orang tua angkat yang normal ditemukan 7% dari 44 individu yang berasal dari salah satu orang tua yang menderita skizofrenia bisa meningkatkan kejadian skizofrenia, tetapi tidak satupun dari 67 individu yang memiliki orang tua normal mengembangkan penyakit skizofrenia (Rosenthal, *et al.*, 1971).

6.3.7. Riwayat Penyalahgunaan Narkoba

Hasil analisis bivariat menunjukkan responden yang menggunakan narkoba mengalami penyakit skizofrenia adalah (70,6%) lebih rendah dibandingkan yang tidak menggunakan narkoba (75,6%) dengan nilai OR= 0,78 (0,47–1,29), artinya

responden yang menggunakan narkoba mempunyai resiko 0,78 kali untuk mengalami penyakit skizofrenia diantara penderita gangguan jiwa dibandingkan dengan responden yang tidak menggunakan narkoba. Karena ini diantara penderita gangguan jiwa, tentu sangat mungkin pada kelompok gangguan jiwa lain mempunyai resiko yang sama dengan skizofrenia sehingga faktor penyalahgunaan narkoba berpengaruh untuk terjadinya penyakit skizofrenia

Penelitian yang dilakukan oleh Andreasson S,P Allebeck et, al, (1987) mengemukakan bahwa penyalahgunaan dan bukan penyalahgunaan cannabis dihubungkan dengan skizofrenia dalam studi longitudinal di Stockholm County menunjukkan resiko relatif skizofrenia antara pengguna cannabis adalah 4,1 (95% CI; 1,8 – 9,3) dibandingkan dengan yang tidak menggunakan cannabis. tetapi penelitian ini menggunakan populasi umum.

Penyalahgunaan narkoba berpengaruh pada tubuh dan mental-emosional para pemakainya. Jika semakin sering dikonsumsi, apalagi dalam jumlah berlebihan maka akan merusak kesehatan tubuh, kejiwaan dan fungsi sosial didalam masyarakat. Pengaruh narkoba pada remaja bahkan dapat berakibat fatal, karena menghambat perkembangan kepribadiannya. Narkoba bahkan dapat merusak potensi diri, sebab dianggap sebagai cara yang “wajar” bagi seseorang dalam menghadapi dan menyelesaikan permasalahan hidup sehari-hari (BNN, 2007).

BAB VII



Universitas Indonesia

SIMPULAN DAN SARAN

7.1. Simpulan

Berdasarkan pembahasan dan uraian pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Proporsi penyakit skizofrenia yang tinggal di perkotaan adalah 82,4% sedangkan yang bukan skizofrenia yang tinggal di perkotaan yaitu sebesar 17,6%.
2. Jenis skizofrenia yang paling banyak ditemukan adalah skizofrenia paranoid sebanyak 138 (58,5%), sedangkan yang paling sedikit skizofrenia residual sebanyak 8 orang (3,4%).
3. Gangguan jiwa lain yang paling banyak ditemukan adalah psikotik sebanyak 26 orang (31,0%), sedangkan yang paling sedikit retardasi mental sebanyak 1 orang (1,20%).
4. Setelah dianalisis dengan multivariat terlihat bahwa variabel tempat tinggal terdapat hubungan yang signifikan dengan kejadian penyakit skizofrenia diantara penderita gangguan jiwa dengan nilai rasio odds 3,22 ini menunjukkan bahwa yang tinggal di perkotaan mempunyai risiko untuk mengalami penyakit skizofrenia 3.22 kali dibandingkan yang tinggal di pedesaan, setelah dikontrol dengan variabel tingkat pendidikan.

7.2. Saran

1. Perlunya pemetaan terhadap masyarakat perkotaan serta mengetahui daerah mana yang paling banyak angka kejadian penyakit skizofrenia dengan cara melalui peningkatan penyelidikan epidemiologi, perbaikan pencatatan dan pelaporan kasus.
2. Kepada Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan dan jajarannya disarankan untuk lebih memperhatikan masalah migrasi dan lapangan pekerjaan, dengan melakukan sosialisasi kepada masyarakat pendatang tentang masalah-masalah yang akan dihadapi di perkotaan baik dari aspek teknis maupun aspek kesehatan.
3. Kepada Direktur Rumah Sakit Ernaldi Bahar melalui bagian promosi kesehatan disarankan untuk membuat perencanaan program yang terkait tentang masalah gangguan jiwa seperti melakukan penyuluhan, pemasangan spanduk serta tanya jawab tentang kesehatan gangguan jiwa di televisi dan radio.
4. Untuk masyarakat perkotaan perlu pemahaman mengenai kesehatan jiwa melalui penyuluhan dan konseling.
5. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan rancangan penelitian yang lebih baik misalnya dengan menggunakan kohort prospektif sehingga lebih mengetahui mengapa penyakit skizofrenia diantara seluruh penderita gangguan jiwa lebih tinggi risikonya yang tinggal di perkotaan dibandingkan dengan di pedesaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiatin.Tina. 2008**, *Pencegahan penyalahgunaan Narkoba Dengan Program AJI*, Gadjah Mada University Press.
- Ali M & Asrori M, 2005**, *Psikologi remaja*, Bumi Aksara, Jakarta
- Allardyce, J. Boydell, J. Van Os, Morrison, G. Castlee, Murray, R.M and McCreadie,R.G. 2002**, *Comparison of the incidence of schizophrenia in rural Dumfries and Galloway and Urban Camberwell. Br.J. Psychiatry,179:335-339*
- Andreasson S, Allebeck, Rydberg U, Schizophrenia in users and nonusers of cannabis. A longitudinal study in Stockholm County. Psychiatry 1989 ; 79:505-10**
- Andreasson S, Allebeck, Engstrom, Rydberg U, Cannabis and Schizophrenia. A longitudinal study of swedish conscripts. Lancet 1987;2:1483-6**
- Antai otong, Deborah. 1994**, *Psychiatric Nursing: Biological and Behavioral Concepts. Philadelphia: WB Saunders Company*
- Ariawan.Iwan. 2003**, *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan. Jurusan Biostatistik dan kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat.*
- Arif. Iman Setiadi. 2006**, *Skizofrenia, memahami dinamika keluarga pasien*,Repika Aditama, Bandung.
- Baihaqi. MIF, Sunardi, Akhlan Riksma N.Ridalti, Heryati. Euis. 2007**, *Psikiatri. Konsep dasar dan gangguan-gangguan*, Penerbit Refika Aditama, bandung
- BNN. RI. 2007**, *Mengenal penyalahgunaan narkoba, buku 2A untuk remaja/anak muda, Jakarta*
- _____ **2007**, *Pencegahan penyalahgunaan narkoba sejak usia dini, Jakarta*
- _____ **2007**, *Advokasi pencegahan penyalahan Narkoba, Jakarta*
- BPS, 2001**, *Pedoman Analisis sensus Pendudukan 2001. Sub Direktorat Analisis Konsistensi Statistik Direktorat Analisis Statistik, Jakarta*
- Cameron, A.D., 2004**, *Psychiatry (2nd editon), Elsevier Science Limited, United Kingdom.*
- Copel, Linda Carman, 2007**, *Kesehatan jiwa dan psikiatri; pedoman klinis perawat, ; edisi bahasa Indonesia, penerbit EGC, Jakarta.*

- Depkes RI. 1985, *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Ganguan Jiwa di Indonesia*. Edisi II. Direktorat Kesehatan Jiwa, Direktorat Jenderal**
- Depkes RI, 1989, *Petunjuk teknis asuhan keperawatan pasien gangguan skizofrenia*. Direktorat kesehatan jiwa, Jakarta**
- Depkes RI. 2002, *Pedoman Kesehatan Masyarakat Perkotaan; Konsep kesehatan perkotaan, Proyek Strengthening of Community Urban Health Kerjasama Pemerintah Spanyol dan Departemen Kesehatan RI*, Jakarta**
- Depkes RI. 2005, *Pedoman pelayanan kesehatan daerah perkotaan*, Jakarta**
- _____ 2005, *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Ganguan Jiwa di Indonesia*. Edisi II. Direktorat Kesehatan Jiwa, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- _____ 2008, *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar(RISKESDAS) Indonesia tahun 2007*, Jakarta
- Ditjen P2PL. 2006, *Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAFZA)*, Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.**
- Easton WW, Mortensen PB, Frydenberg M, 2000 *Obstetric factors, urbanization and psychosis*, *Schizophr Res*, 43(2-3); 117-123.**
- Frankenburg, F.R., 2007. *Schizophrenia*. <http://www.emedicine.com/med/topic2072.htm>.**
- Gabbard, Glen O. 1994. *Psychodynamic psychiatric in clinical practice*. Washington: Amerika Psychiatric Press, Inc**
- Goldman, Howard, 1995, *Review of General Psychiatric*, Fourt edition, Lange Madical Book, John Hopkin University, Baltimore**
- Harrison G, Fauskakis D, Rasmussen F, Tynelius P, Sipos A, Gunnell D, 2003, *Association between psychotic disorder and urban place of birth is not mediated by obstetric complication or childhood socio-economic position: a cohort study*, *Psychol Med*, 33(4);723-731**
- Hawari. D. 2002, *Penyalahgunaan dan ketergantungan NAZA*, Fakultas kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta**
- http : [www. Schizophrenia.Com](http://www.Schizophrenia.Com), *Marijuana Cannabis dan Skizofrenia*, diperoleh tgl 20/2/2009.**
- Hughes. Jennifer, 1991, *An. Outline of modern psyciatry (3th.ed)*, Senior Research Fellow Departemen of Psyciatry, University of Southampton and Honorary Consultan**

- Irwanto, 2002, *Psikologi umum, PT. Prenhallindo, Jakarta***
- Joewana, Satya. 2005, *gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif, Penyalahgunaan Napza/Narkoba. Edisi ke-2. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta***
- Johnson, B.S. 1997, *Psychiatric mental health nursing : adaptation and growth. (4th.ed). Philadelphia : J.B. Lippincott Compan.***
- Kartono. Kartini. 2000, *Hiegiene Mental, Mandar Maju, Bandung.***
- Menno. S, Mustamin Alwi , 1992, *Antropologi Perkotaan, Rajawali Pers, Jakarta***
- Maslim. Rusdi. 1996, *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ – 111, Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmaja, Jakarta***
- Maslim. Rusdi. 2003, *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ – 111, Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya, Jakarta***
- Maramis, W.F. 1994, *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya: Airlangga University Press***
- Notoadmodjo. 2005, *Promosi Kesehatan,Teori dan Aplikasi, Rineka Cipta, Jakarta.***
- Notoadmodjo 2007, *Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Seni, Rineka Cipta, Jakarta.***
- Pedersen CB, Mortensen PB, *Are the cause(s) responsible for urban- rural differences in schizophrenia risk rooted in families or in individuals***
- Purwanto H, 1999, *Pengantar Prilaku Manusia,EGC, Jakarta***
- Rekam Medis, 2006, *Data volume pelayanan pada sub bagian rekam medis Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar***
- Rekam Medis, 2007, *Data volume pelayanan pada sub bagian rekam medis Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar***
- Rekam Medis, 2008, *Data volume pelayanan pada sub bagian rekam medis Rumah Sakit Dr.Ernaldi Bahar***
- Sejaktera, Kurniawan. 1998, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan disability penderita skizofrenia dengan symptom negative di Rumah Sakit Jiwa Jakarta, [Tesis] Fakultas kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta***
- Scrole,L., Langner, T.s., Michael, S.T., Opler M.K., & Rennie T.A.C, 1962, *Mental Health in the Metropolis. The Midtown Manhattan Study. New York; McGraw-Hill.***

- Semiun, Yustinus, 2006**, *Kesehatan mental 3, Gangguan – gangguan mental yang sangat berat, simtomatologi, proses diagnosis, dan proses terapi gangguan-gangguan mental*, penerbit Kanisius, Yogyakarta
- Sejaktera, Kurniawan, 1998**, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan disability penderita skizofrenia dengan symptom negative di Rumah Sakit Jiwa Jakarta*, (Tesis, FK UI), Jakarta.
- Strauss., J.S., Kokes, F.R, Ritzler, B.A., Harder D.W., & Van Ord, A, 1978**, “Patterm of Risorder in First Admission Psychiatric Patient”. *Journal of nervous and mental disease*, 166, 611-623
- Stuart, G.W, and Laraia. 2005**, *Principles and Practice of Psyhiatric Nursing*. (7th ed). St Louis : Mosby Year
- Townsend, M.C, 2005**, *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd ed) Philadelphia, I.A. Davis Company.
- Torey, Fuller E. 1988**. *Surviving Skizofrenia*. 2nd edition. New York:Harper & Row, Inc
- Udin. Afif. 2003**, *Faktor- faktor yang berhubungan dengan kejadian skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor tahun 2001[skripsi]* Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok
- Widayatun.R.T., 1999**, *Ilmu Perilaku, Akademi Perawatan Departemen Kesehatan, Jakarta*
- Wiramihardja. Sutardjo. 2007**, *Pengantar Psikologi Abnormal*, Repika Aditama, Bandung.
- Yosep. Iyus. 2007**, *Keperawatan Jiwa*, Refika Aditama, Bandung.
- Zammit S, Allebeck, Andreasson, Lundberg**, *Self reported cannabis use as a risk faktor for schizophernia in swedish conscripts of 1969 : historical cohort stud*, *BMj* volume 325, bmj.com