

## GAMBARAN FAKTOR PROGNOSIS PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA SAMBANG LIHUM

Eka Putri Widyarti<sup>1</sup>, Sherly Limantara<sup>2</sup>, Husnul Khatimah<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran,  
Universitas Lambung Mangkurat.

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran,  
Universitas Lambung Mangkurat

<sup>3</sup>Departemen Biomedik, Fakultas Kedokteran,  
Universitas Lambung Mangkurat

Email korespondensi: [puteriwidya97@gmail.com](mailto:puteriwidya97@gmail.com)

**Abstract:** *Schizophrenia is a severe mental disorder. This study aims to describe the prognostic factors in schizophrenic patients at Sambang Lihum Mental Hospital. The method used is descriptive. The number of samples is 103 people using purposive sampling technique. Data were obtained from medical records, interviews, DAI-10 questionnaires, and patient assessment response to family support questionnaires. Data analysis using frequency distribution. The result showed that majority of respondents were men (76%), elementary education (43%), unemployed (72%), unmarried (83%), age of onset in early adults (33%), hadn't family history (83%), duration of untreated psychosis less than 1 month (41%), had trigger factors (52%), duration of illness for 1-4 years (37%), moderate family support (54%), relapse (66%), adhered to treatment (87%), didn't have a prepsychotic personality (83%), and undifferentiated schizophrenia (47%). The conclusion of this study is that most schizophrenic patients at Sambang Lihum Mental Hospital have a poor prognosis factor (62%).*

**Keywords:** *schizophrenia, prognostic factors*

**Abstrak:** Skizofrenia termasuk dalam gangguan mental yang berat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran faktor prognosis pada pasien skizofrenia di RSJ Sambang Lihum. Metode yang digunakan adalah deskriptif. Jumlah sampel sebanyak 103 orang dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Data didapat dari rekam medis, wawancara, kuesioner DAI-10, dan kuesioner respon penilaian pasien terhadap dukungan keluarga. Analisis data dilakukan dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden adalah laki-laki (76%), pendidikan SD (43%), tidak bekerja (72%), tidak menikah (83%), usia onset pada dewasa awal (33%), tidak memiliki riwayat keluarga (83%), durasi psikosis yang tidak diobati kurang dari 1 bulan (41%), memiliki faktor pencetus (52%), durasi sakit 1-4 tahun (37%), dukungan keluarga sedang (54%), pernah relaps (66%), patuh terhadap pengobatan (87%), tidak memiliki kepribadian prepsikotik (83%), dan tipe skizofrenia tak terinci (47%). Kesimpulan dari penelitian ini adalah sebagian besar pasien skizofrenia di RSJ Sambang Lihum memiliki faktor prognosis yang buruk (62%).

**Kata-kata kunci:** skizofrenia, faktor prognosis.

## PENDAHULUAN

Skizofrenia adalah sebuah gangguan mental yang berat.<sup>1</sup> Data dari WHO menyebutkan bahwa terdapat sekitar 21 juta orang menderita skizofrenia.<sup>1,2</sup> Data dari Riskesdas tahun 2013 menyebutkan bahwa secara nasional prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang.<sup>2,3</sup> Prevalensi psikosis tertinggi di DI Yogyakarta dan Aceh (2,7 per 1000 penduduk), sedangkan prevalensi terendah di Kalimantan Barat (0,7 per 1000 penduduk). Prevalensi psikosis di Kalimantan Selatan sendiri mencapai 1,4 per 1000 penduduk.<sup>3</sup>

Sebuah studi yang disebutkan oleh Sadock dan Sadock menyebutkan bahwa hanya sekitar 10-20% pasien yang memiliki hasil akhir yang baik selama periode 5 sampai 10 tahun setelah rawat psikiatrik yang pertama, sedangkan lebih dari 50% pasien memiliki gambaran hasil yang buruk dengan rawat inap yang berulang, perburukan gejala, episode gangguan *mood* dan percobaan bunuh diri.<sup>4</sup>

Rashimi dan Mark tahun 2009 menyebutkan bahwa sepuluh tahun setelah diagnosis awal, sekitar 50% orang yang didiagnosis dengan skizofrenia dicatat sepenuhnya pulih atau dapat berfungsi secara independen, 25% pulih tetapi harus memiliki sistem pendukung yang kuat, 15% tetap tidak dibiayai dan biasanya dirawat di rumah sakit, dan 10% lainnya memutuskan untuk melakukan bunuh diri karena mereka berpikir tidak memiliki jalan keluar dari sakit yang mereka derita kecuali melalui kematian.<sup>5</sup>

Maramis menyebutkan bahwa penderita skizofrenia yang datang berobat dalam tahun pertama setelah serangan awal dapat diperkirakan sepertiga dari mereka akan sembuh total, sepertiga lain dapat dikembalikan

ke masyarakat walaupun dengan sedikit kecacatan, dan sepertiga sisanya memiliki prognosis yang buruk.<sup>6</sup>

Sadock dan Sadock menyebutkan bahwa prognosis skizofrenia dapat dilihat berdasarkan faktor berikut, yaitu: usia onset penyakit, sifat munculnya onset, ada atau tidaknya faktor prepotensi, riwayat sosial, riwayat seksual, riwayat pekerjaan, bentuk gejala yang dialami penderita, status pernikahan, riwayat keluarga, ada tidaknya gangguan neurologis atau trauma, riwayat remisi dan relaps, serta sistem pendukung yang didapatkan oleh penderita.<sup>4</sup>

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan faktor prognosis pada pasien skizofrenia di RSJ Sambang Lihum.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif untuk menggambarkan faktor prognosis pada pasien skizofrenia. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien skizofrenia yang di rawat inap di RSJ Sambang Lihum. Sampel pada penelitian ini adalah pasien skizofrenia yang dirawat inap di Ruang Tenang dan Ruang Transit di RSJ Sambang Lihum pada periode September-November 2018 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah pasien dan keluarga pasien bersedia menjadi responden, pasien sedang menjalani rawat inap di Ruang Tenang dan Ruang Transit RSJ Sambang Lihum, keluarga dapat dihubungi untuk dilakukan wawancara, pasien dalam keadaan tenang, dapat berkomunikasi, mampu membaca dan menulis. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pasien tidak bisa ditemui, pasien atau keluarga pasien mengundurkan diri menjadi responden, dan pasien memiliki penyakit fisik berat atau cacat bawaan.

Sampel dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* dan didapatkan sampel sebanyak 103 pasien.

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah rekam medis, kuesioner DAI-10 (*Drug Attitude Inventory-10*) untuk mengukur kepatuhan pengobatan, dan kuesioner respon penilaian pasien terhadap dukungan keluarga untuk mengukur dukungan sosial dan keluarga. Variabel yang diteliti, yaitu : jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, usia terjadinya skizofrenia, riwayat keluarga, durasi psikosis yang tidak diobati, ada tidaknya faktor pencetus skizofrenia, lamanya durasi sakit, dukungan sosial dan keluarga, jumlah kejadian relaps, kepatuhan pengobatan, kepribadian prepsikotik, dan tipe skizofrenia.

Sebelum dilakukan penelitian, pasien dan keluarga pasien akan mendapatkan penjelasan mengenai latar belakang, tujuan, serta prosedur yang akan dilakukan. Setelah mendapatkan persetujuan dari pasien dan keluarganya, dilanjutkan dengan pengambilan data dari rekam medis pasien, kemudian melakukan wawancara kepada keluarga pasien atau tenaga kesehatan yang mengetahui keadaan pasien untuk melengkapi data yang tidak tercantum di rekam medis. Setelah itu, memberikan kuesioner untuk diisi oleh pasien.

Data yang dikumpulkan dianalisis secara statistik deskriptif dan diolah dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian di RSJ Sambang Lihum periode September-November 2018 dari 103 pasien didapatkan karakteristik pasien skizofrenia yang dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Pasien Skizofrenia

Karakteristik pasien	n	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	78	76 %
Perempuan	25	24 %
Tingkat pendidikan		
Tidak sekolah	6	6 %
TK	6	6 %
SD	44	43 %
SMP	21	20 %
SMA	24	23 %
Perguruan Tinggi	2	2 %
Pekerjaan		
Bekerja	29	28 %
Tidak bekerja	74	72 %
Status pernikahan		
Menikah	18	17%
Tidak menikah	85	83%

Tabel 1 menunjukkan bahwa persentase tertinggi pasien skizofrenia di RSJ Sambang Lihum berdasarkan jenis kelamin adalah laki-laki, yaitu 76%, sedangkan perempuan hanya sebesar 24%. Zahnia, dkk., menyebutkan bahwa laki-laki memiliki risiko yang lebih besar menderita skizofrenia jika dibandingkan dengan perempuan. Hal ini dikarenakan peran laki-laki di masyarakat yang dianggap sebagai penopang utama rumah tangga, sehingga kemungkinan mengalami tekanan hidup lebih besar, sedangkan perempuan lebih sedikit berisiko karena perempuan lebih bisa menerima situasi dalam hidupnya, walaupun terdapat sumber lain yang menyatakan bahwa wanita lebih rentan jika pernah mengalami trauma dan lebih berisiko menderita stres psikologik.<sup>7</sup>

Prognosis pada laki-laki cenderung lebih buruk daripada perempuan.<sup>8</sup> Buruknya prognosis pada laki-laki dikaitkan dengan respon yang buruk pada pengobatan, dan tingkat keresistenan yang tinggi. Tingginya tingkat keresistenan terhadap pengobatan skizofrenia pada laki-laki karena tingkat sensitivitas dari reseptor dopamin terhadap antagonisme

dopamin neuroleptik yang lebih besar pada wanita, hal tersebut kemungkinan karena efek antidopaminergik dari esterogen alami.<sup>8</sup> Selain itu, usia onset skizofrenia terjadi lebih dini pada pria dibanding wanita dan secara umum, hasil akhir pasien skizofrenik wanita lebih baik dibanding hasil akhir pasien skizofrenik pria.<sup>4</sup>

Berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar pasien berpendidikan SD (43%). Pasien yang memiliki pendidikan yang rendah cenderung tidak peduli terhadap kualitas hidup yang sehat, sehingga dapat mempengaruhi terapi pasien.<sup>9</sup> Salah satu faktor yang bertanggungjawab pada baiknya prognosis pasien skizofrenia adalah pendidikan.<sup>10</sup> Jika pasien memiliki pendidikan yang tinggi, maka semakin besar kesempatan pasien untuk mendapatkan pengobatan yang lebih cepat, dan akan lebih mudah untuk mengikuti rangkaian pengobatan pasca-sakit.<sup>1,10</sup> Selain itu, kebanyakan pasien yang menderita skizofrenia di usia muda biasanya akan mengalami kesulitan dalam mengikuti pendidikan formal dan pada akhirnya memutuskan untuk berhenti sekolah.

Berdasarkan pekerjaan sebagian besar pasien tidak bekerja (72%). Lesmanawati menyebutkan bahwa pasien yang memiliki pekerjaan cenderung akan lebih memperhatikan kualitas kesehatannya jika dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki pekerjaan.<sup>9</sup> Selain itu, adanya faktor seperti stigmatisasi dan diskriminasi dari masyarakat menyebabkan kurangnya motivasi diri pasien dan membatasi hak mereka untuk memperoleh pekerjaan.<sup>11</sup>

Prognosis pada pasien yang tidak memiliki pekerjaan dan tidak stabil secara ekonomi memiliki respon yang lebih buruk.<sup>10</sup> Orang yang tidak bekerja akan lebih mudah mengalami stres yang

berhubungan dengan tingginya kadar hormon stres (katekolamin) dan akhirnya akan menyebabkan ketidakberdayaan.<sup>12</sup> Beberapa pasien skizofrenia tidak dapat bekerja karena kesulitan untuk mendapat kesempatan kerja dan sisanya memutuskan untuk berhenti dari pekerjaannya karena penyakitnya.

Berdasarkan status pernikahan sebagian besar pasien tidak menikah (83%). Bahkan terdapat beberapa pasien yang dicerai oleh pasangannya karena penyakitnya. Erlina menyebutkan bahwa seseorang yang belum menikah kemungkinan berisiko mengalami gangguan jiwa skizofrenia jika dibandingkan dengan seseorang yang telah menikah, walaupun secara statistik tidak ditemukan perbedaan yang bermakna antara status pernikahan dengan timbulnya kejadian skizofrenia.<sup>13</sup> Sadock dan Sadock menyebutkan bahwa prognosis penderita skizofrenia yang belum menikah, bercerai, menjanda, atau menduda cenderung lebih buruk daripada penderita yang memiliki pasangan yang mendukung.<sup>4</sup>

Tabel 2. Gambaran Faktor Prognosis Berdasarkan Usia Terjadinya Skizofrenia

Usia terjadinya skizofrenia	n	%
Kanak-kanak (5-11 tahun)	3	3 %
Remaja		
Awal (12-16 tahun)	9	9 %
Akhir (17-25 tahun)	33	32 %
Dewasa		
Awal (26-35 tahun)	34	33 %
Akhir (36- 45 tahun)	17	17 %
Lansia (46-65 tahun)	7	7 %
Manula (>65 tahun)	0	0 %

Usia saat pertama kali ditemukan gejala skizofrenia banyak terjadi pada usia dewasa (26-45 tahun), yaitu sebanyak 51 orang (50%). Hasil berkaitan dengan usia puncak onset

skizofrenia, pada laki-laki usia puncak onset terjadi pada usia 8 sampai 25 tahun, sedangkan pada wanita terjadi dua puncak onset, yaitu pada usia 25 sampai 35 tahun dan pada usia paruh baya.<sup>4</sup> Elvira dalam Zahnia menyebutkan bahwa gejala skizofrenia biasanya muncul pada usia remaja akhir atau dewasa.<sup>14</sup> Hal ini sesuai dengan hasil pada tabel 2 yang menunjukkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia di RSJ Sambang Lihum mengalami gejala awal pada usia dewasa awal (33%) dan usia remaja akhir (32%).

Prognosis usia onset dewasa lebih baik daripada usia onset dini.<sup>4</sup> Hal ini dikarenakan pada usia onset dini gejala skizofrenia biasanya muncul perlahan, cenderung kronik, menunjukkan defisit yang besar pada hampir semua pengukuran kognitif, sehingga kebanyakan prognosinya kurang baik dan terkadang dapat diperburuk oleh faktor lingkungan.<sup>4,8,15</sup>

Tabel 3. Gambaran Faktor Prognosis Berdasarkan Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga	n	%
Ada	18	17 %
Tidak ada	85	83 %

Sebagian besar pasien skizofrenia di RSJ Sambang Lihum tidak memiliki keluarga dengan riwayat penyakit yang sama, yaitu sebanyak 85 orang (83%). Peranan gen dalam tiap individu berbeda-beda, beberapa orang memiliki faktor genetik yang kuat sehingga dapat memunculkan gejala tanpa faktor pencetus, akan tetapi ada juga seseorang dengan faktor genetik yang lemah memerlukan faktor pencetus agar gejalanya dapat muncul.<sup>16</sup>

Prognosis pada pasien skizofrenia yang tidak memiliki keluarga dengan riwayat penyakit yang sama cenderung baik. Akan tetapi, pada pasien yang memiliki satu atau lebih anggota

keluarganya yang memiliki riwayat penyakit yang sama prognosinya akan semakin buruk.<sup>4</sup> Hawari dalam Wahyudi menyebutkan bahwa dalam kejadian skizofrenia, pengaruh peran gen dalam prosesnya masih sangat kompleks dan hal ini masih dipengaruhi oleh faktor lain, contohnya seperti riwayat kandungan.<sup>17</sup>

Tabel 4. Gambaran Prognosis Berdasarkan Durasi Psikosis yang Tidak Diobati

Durasi psikosis yang tidak diobati	n	%
Kurang dari 1 bulan	42	41 %
1 – 3 bulan	40	39 %
4 – 6 bulan	5	5 %
7 – 9 bulan	1	1 %
10 – 12 bulan	5	5 %
Lebih dari 12 bulan	10	10%

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia dibawa ke instansi kesehatan kurang dari 1 bulan, yaitu sebanyak 41%. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia mendapatkan pengobatan yang relatif cepat, sehingga akan berpengaruh baik pada prognosis pasien dan kecepatan pemulihan atau remisi pasien.

Perkins menyebutkan bahwa semakin pendek durasi psikosis yang tidak diobati maka akan semakin baik respon pasien terhadap pengobatan antipsikotik, sedangkan pada penderita yang mempunyai durasi psikosis yang tidak diobati lama pada tahap awal skizofrenia akan memerlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai remisi, tingkat *recovery* yang rendah, kemungkinan kambuh yang lebih besar, dan memiliki hasil *outcome* yang buruk.<sup>8</sup>

Tabel 5. Gambaran Faktor Prognosis Berdasarkan Pencetus Skizofrenia

Faktor pencetus	n	%
Ada	54	52 %
Tidak ada	49	48 %

Tabel 5 menunjukkan bahwa sebanyak 54 (52%) pasien skizofrenia memiliki faktor atau kejadian tidak menyenangkan yang menjadi pemicu sakit yang mereka alami.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Faktor Pencetus

Faktor pencetus	n	%
Keluarga	31	57 %
Ekonomi	4	7 %
Pekerjaan	2	4 %
Lingkungan sosial	5	9 %
Alkohol dan obat-obatan	6	11 %
Riwayat penyakit lain	1	2 %
Trauma fisik	3	3 %
Pekerjaan dan keluarga	1	2 %
Lingkungan sosial dan keluarga	1	2 %

Tabel 6 menunjukkan bahwa faktor pencetus terbanyak pada pasien skizofrenia di RSJ Sambang Lihum adalah karena faktor keluarga (*primary support system*). Stressor psikososial dari faktor keluarga sangat mempengaruhi perkembangan psikopatologis anak. Konflik tersebut juga akan berpengaruh pada sikap atau didikan orang tua terhadap anak, sedangkan sikap orang tua itu sendiri sangat berpengaruh pada pola asuh anak. Konflik keluarga yang berlarut-larut dapat mengganggu perkembangan mental seseorang yang apabila seseorang tersebut termasuk golongan yang rentan maka dapat menimbulkan skizofrenia.<sup>12</sup>

Prognosis pasien skizofrenia akan lebih baik jika pasien memiliki faktor pencetus seperti karena penyakit badaniah atau stres psikologis. Hal ini dikarenakan episode skizofrenia yang identifikasi utamanya stress akan

merespon lebih cepat jika dibandingkan skizofrenia tanpa penyebab yang jelas.<sup>6,10</sup>

Tabel 7. Gambaran Faktor Prognosis Berdasarkan Lamanya Durasi Sakit

Durasi sakit	n	%
Kurang dari 1 tahun	15	15 %
1 – 4 tahun	38	37 %
5 – 8 tahun	21	20 %
9 – 12 tahun	13	13 %
13 – 16 tahun	7	7 %
17 – 20 tahun	3	3 %
21 – 24 tahun	1	1 %
25 – 28 tahun	3	3 %
29 – 32 tahun	1	1 %
33 – 36 tahun	1	1 %

Tabel 7 menunjukkan sebagian besar pasien skizofrenia sudah menderita skizofrenia selama 1 sampai 4 tahun, yaitu sebanyak 38 orang (37%). Lamanya durasi penyakit yang disertai dengan gangguan kognitif yang parah merupakan prediksi terhadap ketidakmampuan dalam merespon pengobatan yang mengindikasikan buruknya prognosis.<sup>18</sup> Adapun pasien skizofrenia yang datang berobat dalam tahun pertama setelah serangan pertama, maka kira-kira sepertiga dari mereka akan sembuh sama sekali (*full remission* atau *recovery*), sehingga memiliki prognosis yang baik.<sup>6</sup>

Tabel 8. Gambaran Faktor Prognosis Berdasarkan Dukungan Sosial dan Keluarga

Dukungan sosial dan keluarga	n	%
Rendah	44	43 %
Sedang	56	54 %
Tinggi	3	3 %

Tabel 8 menunjukkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum memiliki tingkat dukungan keluarga yang sedang, yaitu sebanyak 56 orang

(54%). Keberadaan penderita skizofrenia dalam masyarakat sering dianggap berbahaya, mereka seringkali disembunyikan, dikucilkan, dan tidak diobati karena malu. Selain itu, beban finansial yang ditimbulkan dari penyakitnya dapat mempengaruhi penderita, keluarga, dan masyarakat, sehingga penderita dan keluarganya sering ditolak dari lingkungan sosial.<sup>12</sup>

Prognosis pada pasien skizofrenia akan baik jika dia memiliki sistem pendukung yang baik, sedangkan jika sikap keluarga tidak bersahabat atau keluarga terlalu berlebihan dalam memberikan perhatian yang dapat menghancurkan kepercayaan diri pasien akan menghambat pemulihan, sehingga prognosinya akan menjadi buruk.<sup>4,10</sup>

Tabel 9. Gambaran Faktor Prognosis Berdasarkan Jumlah Kejadian Relaps

Jumlah kejadian relaps	n	%
Tidak relaps	38	37 %
Relaps		
1 kali	33	32 %
2 kali	21	20 %
3 kali	4	4 %
Lebih dari 3 kali	7	7%

Berdasarkan jumlah kejadian relaps, sebagian besar pasien skizofrenia di RSJ Sambang Lihum mengalami kekambuhan, yaitu sebanyak 65 orang (63%). Pasien skizofrenia yang mengalami kekambuhan kebanyakan adalah pasien dengan riwayat kambuh 1 kali, yaitu sebanyak 33 orang (32%). Penyebab utama kekambuhan pada pasien skizofrenia adalah ketidakpatuhan dalam pengobatan.<sup>19</sup> Selain itu, ada banyak faktor risiko yang dapat memicu kekambuhan pada skizofrenia, yaitu psikopatologi residual yang signifikan, wawasan yang buruk, penyalahgunaan zat, adanya interaksi dengan obat lain, dukungan sosial yang buruk,

peningkatan stres, dan emosi pengasuh yang tinggi.<sup>20</sup>

Prognosis pada penderita skizofrenia dengan riwayat relaps yang berulang-ulang adalah buruk.<sup>4</sup> Relaps yang berulang-ulang dapat menyebabkan perburukan progresifitas gejala psikotik, peningkatan kerusakan neurobiologis, durasi yang lebih lama untuk mencapai remisi, penurunan fungsi kognitif dan psikososial progresif, serta rawat inap yang lebih lama.<sup>20</sup>

Tabel 10. Gambaran Faktor Prognosis Berdasarkan Kepatuhan Pengobatan

Kepatuhan pengobatan	n	%
Patuh	90	87 %
Tidak patuh	13	13 %

Tabel 10 menunjukkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum patuh terhadap pengobatan, yaitu sebanyak 90 orang (87%). Akan tetapi, pada penelitian ini hasil dapat terjadi bias karena penelitian dilakukan di rumah sakit jiwa, sehingga pasien meminum obat secara teratur dalam pengawasan perawat ruangan.

Ketidakpatuhan bisa disengaja ataupun tidak disengaja, gejala penyakit seperti gangguan kognitif dan penilaian realitas yang buruk dapat mengurangi kemampuan pasien untuk merasakan manfaat dari terapi. Selain itu, efek samping dari obat yang dikonsumsi oleh pasien juga dapat menimbulkan ketidak-patuhan.<sup>21</sup> Prognosis pasien yang patuh pada pengobatan lebih baik daripada pasien yang tidak patuh, karena ketidakpatuhan terhadap obat antipsikotik akan meningkatkan risiko kambuh, peningkatan frekuensi rawat inap kembali, dan peningkatan agresi terhadap diri sendiri atau orang lain.<sup>21</sup>

Tabel 11. Gambaran Faktor Prognosis Berdasarkan Kepribadian Prepsikotik

Kepribadian prepsikotik	n	%
Ada	18	17 %
Tidak ada	85	83 %

Tabel 11 menunjukkan bahwa sebanyak 85 pasien (83%) tidak memiliki kepribadian prepsikotik 1 sampai 2 tahun sebelum sakit, sedangkan 18 pasien (17%) memiliki kepribadian prepsikotik selama 1 sampai 2 tahun sebelum sakit. Prognosis pada penderita skizofrenia yang memiliki kepribadian prepsikotik adalah buruk.<sup>6</sup>

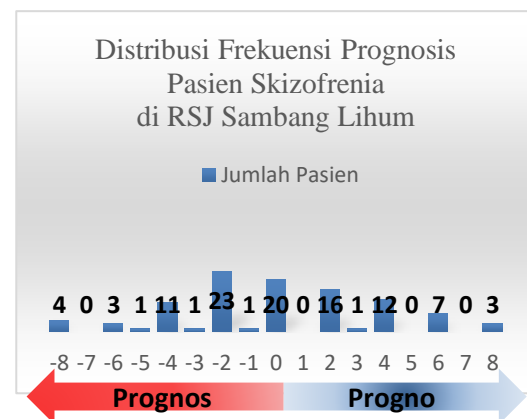
Tabel 12. Gambaran Faktor Prognosis Berdasarkan Tipe Skizofrenia

Tipe skizofrenia	n	%
F20.0 Skizofrenia paranoid	42	41 %
F20.1 Skizofrenia hebefrenik	7	7 %
F20.2 Skizofrenia katatonik	1	1 %
F20.3 Skizofrenia tak terinci	48	47 %
F20.4 Depresi pasca-skizofrenia	0	0 %
F20.5 Skizofrenia residual	4	4 %
F20.6 Skizofrenia simpleks	1	1 %
F20.8 Skizofrenia lainnya	0	0 %
F20.9 Skizofrenia yang tak tergolongkan	0	0 %

Tabel 12 menunjukkan tipe skizofrenia yang paling banyak diderita oleh pasien adalah tipe skizofrenia tak terinci, yaitu sebanyak 48 orang (47%). Maramis menyebutkan bahwa prognosis pada skizofrenia tipe katatonik dan tipe paranoid dianggap memiliki prognosis yang lebih baik jika dibandingkan tipe yang lain.<sup>6</sup> Adapun skizofrenia tipe hebefrenik, tipe tak terdiferensiasi/tak terinci, dan tipesimpleks mempunyai prognosis yang lebih buruk.<sup>6,22</sup>

Tipe katatonik timbul pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya sifat munculnya akut dan sering

didahului oleh stres emosional.<sup>6</sup> Tipe paranoid biasanya mengalami onset pada usia yang lebih tua dibandingkan pasien skizofrenia hebefrenik atau katatonik, biasanya sering muncul setelah umur 30 tahun dan sifat permulaannya subakut, tetapi dapat juga akut.<sup>4,6</sup> Usia onset pada tipe hebefrenik biasanya dini atau pada usia remaja, sebelum usia 25 tahun, sifat permulaannya subakut.<sup>4,6</sup> Tipe tak terdiferensiasi/tak terinci memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia, tetapi tidak memenuhi kriteria tipe paranoid, hebefrenik atau katatonik maupun kriteria residual atau depresi pasca-skizofrenia.<sup>7,23</sup> Tipe simpleks sering timbul pertama kali pada masa pubertas dan sifat munculnya gejala perlahan-lahan sekali.<sup>6</sup>



Gambar 1. Distribusi Frekuensi Prognosis Pasien Skizofrenia

Gambar 1 menunjukkan bahwa jumlah total prognosis tertinggi adalah +8, dan prognosis terendah adalah -8. Dari hasil penelitian ini didapat sebanyak 64 (62%) pasien skizofrenia memiliki faktor prognosis yang buruk dan sebanyak 39 (38%) pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum memiliki faktor prognosis yang baik. Pada penelitian ini setiap faktor prognosis yang baik akan



diberi nilai +1 dan setiap faktor prognosis yang buruk diberi nilai -1. Total nilai prognosis +1 sampai dengan +14 menunjukkan faktor prognosis yang baik, semakin besar nilai positifnya maka semakin baik prognosinya. Total nilai prognosis 0 sampai dengan -14 menunjukkan faktor prognosis yang buruk, semakin besar nilai negatifnya maka prognosinya semakin buruk. Nilai total prognosis tertinggi, yaitu -2 sebanyak 23 orang.

## PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia di RSJ Sambang Lihum memiliki faktor prognosis yang buruk, yaitu jenis kelamin laki-laki (76%), berpendidikan SD (43%), tidak bekerja (72%), tidak menikah (83%), lama durasi sakit 1-4 tahun (37%), pernah kambuh (66%), dan tipe skizofrenia yang diderita adalah tak terinci (47%). Adapun faktor prognosis yang baik adalah usia onset saat dewasa awal (33%), tidak memiliki riwayat keluarga (83%), durasi psikosis yang tidak diobati kurang dari satu bulan (41%), memiliki faktor pencetus (52%), patuh pada pengobatan (87%), dan tidak memiliki kepribadian prepsikotik (83%). Selain itu, terdapat faktor yang tidak dapat ditentukan baik atau buruk, yaitu tingkat dukungan sosial dan keluarga sedang (54%). Dari 103 pasien skizofrenia di RSJ Sambang Lihum didapatkan 62% pasien memiliki faktor prognosis yang buruk.

Disarankan kepada peneliti selanjutnya untuk dapat melanjutkan penelitian mengenai tingkat pemahaman keluarga pasien terhadap penyakit skizofrenia, asal daerah, jarak tempat tinggal pasien dengan fasilitas kesehatan, dan kepadatan penduduk di tempat tinggal pasien. Bagi institusi dan tenaga kesehatan disarankan untuk

memberikan psikoedukasi kepada keluarga pasien dan masyarakat. Bagi masyarakat disarankan agar dapat memberikan dukungan sosial dan moral kepada penderita dan keluarganya. Bagi pemerintah disarankan agar dapat memberikan fasilitas rehabilitasi untuk pasien dengan gangguan jiwa yang telah sembuh agar mereka dapat beradaptasi dan kembali ke masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Schizophrenia. World Health Organization. 2018; Available from: URL:[http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/).
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peran keluarga dukung kesehatan jiwa masyarakat. 2016; Available from: URL: <http://www.depkes.go.id/article/view/16100700005/peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat.html>.
3. Kementerian Kesehatan RI. Riset kesehatan dasar. Kemenkes RI; 2013; p.125-7.
4. Skizofrenia. Dalam: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock buku ajar psikiatri klinis. Edisi 2. Jakarta: EGC; 2010; p.147-68.
5. Compton MT. Age at onset and mode of onset of psychosis: two prognostic indicators in the early course of schizophrenia. Medscape. 2010; Available from: URL: [https://www.medscape.com/viewarticle/724817\\_3](https://www.medscape.com/viewarticle/724817_3).
6. Skizofrenia. Dalam: Maramis WF, Maramis A. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press; 2009; p.259-76.
7. Zahnia S, Sumekar DW. Kajian epidemiologis skizofrenia. Majority. 2016;5(4): p.161-2.
8. Dammak M. Treatment-resistant schizophrenia: prevalence and risk factor. Dalam: Woolfolk R, Allen L, editors. Mental disorders-theoretical

- and empirical perspectives. Croatia: InTech. 2013; p.1-22.
9. Lesmanawati DAS. Dalam: Novitayani S. Karakteristik pasien skizofrenia dengan riwayat rehospitalisasi. *Idea Nursing Journal*. 2016;7(2): p.24-6.
  10. Indian Health Portal. Prognostic factors in schizophrenia.2017; Available from: URL: <http://www.aarogya.com/support-groups/schizophrenia/prognostic-factors-in-schizophrenia.html>.
  11. Fahrul MA, Faustine I. Rasionalitas penggunaan antipsikotik pada pasien skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Jiwa RSD Madani Provinsi Sulawesi Tengah periode Januari-April 2014. *Online Jurnal of Natural Science*. 2014; 3(2): p.18-9.
  12. Handayani L, Febriani, Rahmadani A, Saufi A. Faktor risiko kejadian skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). *Humanitas*. 2016;13(2): p.141-3.
  13. Erlina, Soewadi, Pramono D. Determinan terhadap timbulnya skizofrenia pada pasien rawat jalan di rumah sakit jiwa Prof. HB Saanin Padang Sumatera Barat. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2010;26(2): p.74-7.
  14. Elvira SD, Handisukanto G. Dalam: Zahnia S, Sumekar DW. Kajian epidemiologis skizofrenia. *Majority*. 2016;5(4): p.161-2.
  15. Rajji TK, Ismail Z, Mulsant BH. Age at onset and cognition in schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009; 195(4): p.286.
  16. Dewi R, Marchira CR. Riwayat gangguan jiwa pada keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia di RSUP dr Sardjito Yogyakarta. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2009;25(4): p.176-7.
  17. Wahyudi A, Fibriana AI. Faktor risiko terjadinya skizofrenia (Studi kasus di wilayah kerja Puskesmas Pati II). *Public Health Perspective Journal*. 2016;1(1): p.5-9.
  18. Buoli M, Caldiroli A, Panza G, Altamura AC. Prominent clinical dimension, duration of illness and treatment response in schizophrenia: a naturalistic study. *Psychiatry Investigation*. 2012; 9: p.354.
  19. Novitayani S. Karakteristik pasien skizofrenia dengan riwayat rehospitalisasi. *Idea Nursing Journal*. 2016;7(2): p.24-6.
  20. Rao S. Management of relapse in schizophrenia. *The Singapore Family Physician*. 2013; 39(1): p.22.
  21. Abbott C, Keith S. Antipsychotic treatment and adherence in schizophrenia. *Research Gate*. 2010; Available from: URL: <https://www.researchgate.net/publication/228969979>.
  22. Henigsberg N, Folnegovic-Smalc V. Frequency and length of schizophrenia admissions: analysis by ICD-10 defended subtypes. *Drustvena istrazivanja*. 2002; 11(57): p.113-4.
  23. Maslim R. Buku saku diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya; 2013; p.50.