

**PERBEDAAN KUALITAS TIDUR PASIEN SKIZOFRENIA
BERDASARKAN JENIS KELAMIN DI RS MADANI MEDAN
SUMATERA UTARA**

SKRIPSI



Oleh :

ZULHILMI

1808260052

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2022**

**PERBEDAAN KUALITAS TIDUR PASIEN SKIZOFRENIA
BERDASARKAN JENIS KELAMIN DI RS MADANI MEDAN
SUMATERA UTARA**

**Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh kelulusan
Sarjana Kedokteran**



Oleh :

ZULHILMI

1808260052

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2022**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Zulhilmi

NPM : 1808260052

Judul Skripsi : Perbedaan Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Jenis Kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara

Demikianlah pernyataan ini saya perbuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, 29 Januari 2022



Zulhilmi



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI, PENELITIAN & PENGEMBANGAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Gedung Arca No. 53 Medan 20217 Telp. (061) 7350163 – 7333162 Ext. 20 Fax. (061)
7363488 Website : www.umsu.ac.id E-mail : rektor@umsu.ac.id

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Zulhilmi

NPM : 1808260052

Judul : Perbedaan Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Jenis Kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

DEWAN PENGUJI
Pembimbing

dr. Nanda Sari Nuralita, M.Ked(KJ), Sp.KJ

Penguji 1

Penguji 2

dr. Robital Asfur, M.Biomed, AIFO-K

dr. Aril Rizaldi, Sp.U

Mengetahui,

Dekan FK UMSU

Ketua Program Studi
Pendidikan Dokter
FK UMSU



dr. Siti Masliana Siregar, Sp.THT-KL (K)
NIDN: 0106098201

dr. Desi Isnayanti, M.Pd.Ked
NIDN: 0112098605

Ditetapkan di : Medan
Tanggal : 8 Februari 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya ucapkan kepada Allah *Subhanahu wa taala* karena berkat rahmatNya saya dapat menyelesaikan skripsi ini dalam rangka memenuhi salah satu syarat melakukan penelitian untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- 1) Allah subhanahu wa taala yang telah memberikan nikmat dan karuniaNya sehingga saya bisa menyelesaikan skripsi ini.
- 2) Kedua orang tua saya, Abah Ruslan M. Daud dan Mama Faridah M. Adam, dan juga kedua adik tercinta saya Muhammad Hafiz, Nur Afniza dan Qanita Shofia Fairus beserta keluarga saya yang selalu memberikan doa, kasih sayang, juga dukungan baik material maupun morel.
- 3) dr. Nanda Sari Nuralita, M.Ked(KJ), Sp.KJ selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
- 4) dr. Siti Masliana Siregar, Sp.THT-KL (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
- 5) dr. Robitah Asfur, M.Biomed, AIFO-K selaku penguji yang memberikan banyak masukan dalam skripsi ini.
- 6) dr. Aril Rizaldi, Sp.U selaku dosen penguji yang memberikan banyak masukan dalam skripsi ini.
- 7) dr. Irfan Darfika Lubis, MM. PAK selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.
- 8) Abang saya, dr. Muhammad Al Anas yang telah membantu dan memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.

- 9) Teman-teman satu penelitian, Adella Utami Nasution, Gebby Nusantara, Tarisa Anandasmara, Popi Latifah Bawean, dan Octari Auliati yang telah membantu dan memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.
- 10) Teman-teman saya, Annisa Fadmadani, Kalista Nabillah Widya Raran, Rizki Ananda Aladin, Amelia Ayuni Putri, Hikmah Islami, almh. Dian Shafira, Amelia Amanda, Saskia Putri Nisrina Zulkarnain, Chairiyah Atiqah Putri, Sheila Zalfa Isrovian, dan Nafa Mazaya yang telah menyemangati saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
- 11) Keluarga besar saya, rumah kedua saya selama masa pendidikan yaitu Tim Bantuan Medis Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara (TBM FK UMSU) yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.
- 12) Seluruh teman sejawat 2018 yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Saya menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu, kritik dan saran demi kesempurnaan tulisan ini sangat saya harapkan.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu saya. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Medan, 29 Januari 2022

Penulis,

Zulhilmi

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK
KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Zulhilmi

NPM : 1808260052

Fakultas : Kedokteran

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Hak Bebas Royalti Noneksklusif atas skripsi saya yang berjudul:

“Perbedaan Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Jenis Kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara”

Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan 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 : Medan

Pada tanggal : 29 Januari 2022

Yang Menyatakan

Zulhilmi

ABSTRAK

Latar Belakang: Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat, gangguan ini ditandai dengan adanya delusi, halusinasi, kekacauan pikiran, gelisah, dan perilaku aneh atau bermusuhan, perasaan (afek) tumpul atau mendatar, menarik diri dari pergaulan, sedikit kontak emosional (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis atau acuh tak acuh, sulit berpikir abstrak dan kehilangan dorongan. Gangguan tidur dapat dinilai pada berbagai penelitian pada pasien dengan skizofrenia, dengan menggunakan parameter subjektif (yaitu wawancara harian, buku harian tidur) dan obyektif (yaitu, polisomnografi dan aktigrafi). Dibandingkan dengan kontrol yang sehat, pasien dengan skizofrenia menunjukkan latensi onset tidur yang lebih lama, penurunan efisiensi tidur, lebih banyak terbangun di malam hari, peningkatan disfungsi siang hari karena kurang tidur, kualitas tidur keseluruhan yang lebih buruk, dan proporsi gangguan tidur yang lebih tinggi. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa kualitas tidur yang buruk terkait dengan jenis kelamin perempuan pada pasien skizofrenia. **Tujuan:** Mengetahui perbedaan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara. **Metode:** Deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional study*, metode pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Data penelitian ini diperoleh dari data primer menggunakan instrumen kuesioner dan rekam medis pasien. Analisis data menggunakan uji *Chi Square*. **Hasil:** Hasil penelitian didapatkan bahwa kualitas tidur responden penelitian berjenis kelamin laki-laki dengan kualitas tidur terganggu dijumpai pada 18 orang (51.4%), dan kualitas tidur yang tidak terganggu dijumpai pada 17 orang (48.6%). Pada responden penelitian berjenis kelamin perempuan dengan kualitas tidur terganggu dijumpai pada 22 orang (62.9%) dan kualitas tidur yang tidak terganggu dijumpai pada 13 orang (37.1%). Nilai p dijumpai sebesar 0.334 ($p > 0,05$) yang dimaknai tidak terdapat perbedaan signifikan pada kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara. **Kesimpulan:** Tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara.

Kata kunci: Jenis kelamin, kualitas tidur, skizofrenia

Abstract

Background: Schizophrenia is a severe mental disorder, this disorder is characterized by delusions, hallucinations, thought disorder, restlessness, and strange or hostile behavior, feeling (affect) dull or flat, interesting away from social interactions, little emotional contact (quiet, difficult to talk to), passive, apathetic or indifferent, difficult to think abstractly and lose of motivation. Sleep disturbances have been assessed in various studies in patients with schizophrenia, using subjective (ie daily interviews, sleep diaries) and objective (ie, polysomnography and actigraphy) parameters. Compared with healthy controls, patients with schizophrenia exhibit longer sleep onset latency, decreased sleep efficiency, more nighttime awakenings, increased daytime dysfunction due to sleep deprivation, poorer overall sleep quality, and a higher proportion of sleep disturbances. . Previous studies have suggested that poor sleep quality is associated with female gender in schizophrenic patients. **Aim:** To determine the difference in sleep quality of schizophrenia patients based on gender at Madani Hospital Medan, North Sumatra. **Method:** Analytical descriptive with cross sectional study approach, sampling method using purposive sampling technique. The data of this study were obtained from primary data using questionnaire instruments and patient medical records. Data analysis using Chi Square test. **Results:** The results showed that the sleep quality of male research respondents with disturbed sleep quality was found in 18 people (51.4%), and undisturbed sleep quality was found in 17 people (48.6%). In female research respondents, 22 people (62.9%) had disturbed sleep quality and 13 people (37.1%). The p-value was found to be 0.334 ($p > 0.05$), which means that there was no significant difference in the sleep quality of schizophrenic patients based on gender at Madani Hospital Medan, North Sumatera. **Conclusion:** There was no significant difference in the sleep quality of schizophrenic patients based on gender at Madani Hospital Medan, North Sumatera.

Keywords: Gender, schizophrenia, sleep quality

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4. Manfaat Penelitian	5
1.5. Hipotesis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1. Skizofrenia	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Epidemiologi.....	6
2.1.3 Faktor Risiko	7
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	8
2.1.5 Patofisiologi.....	16
2.1.6 Diagnosis	19
2.1.7 Prognosis	21
2.2. Kualitas Tidur.....	22
2.2.1 Definisi	22
2.2.2 Faktor Mempengaruhi Kualitas Tidur	22
2.2.3 <i>The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i>	24
2.3. Perbedaan Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Jenis Kelamin	26
2.4. Kerangka Teori.....	30
2.5. Kerangka Konsep Penelitian	30
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	31
3.1. Definisi Operasional.....	31
3.2. Jenis Penelitian.....	32
3.3. Waktu dan Tempat Penelitian	32

3.3.1 Waktu Penelitian.....	32
3.3.2 Tempat Penelitian	32
3.4. Populasi dan Sampel Penelitian	32
3.4.1 Populasi	32
3.4.2 Sampel Penelitian	32
3.4.3 Prosedur Pengambilan dan Besar Sampel	33
3.4.3.1 Pengambilan Data.....	33
3.4.3.2 Besar Sampel.....	33
3.4.4 Kriteria Inklusi.....	34
3.4.5 Kriteria Eksklusi	34
3.4.6 Identifikasi Variabel	34
3.5. Teknik Pengumpulan Data	34
3.6. Pengolahan dan Analisis Data.....	35
3.6.1 Pengolahan Data	35
3.6.2 Analisis Data.....	35
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	36
4.1 Hasil Penelitian	36
4.1.1 Karakteristik Demografi Responden Penelitian	36
4.1.2 Proporsi Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Lama Pengobatan..	38
4.1.3 Proporsi Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	39
4.1.4 Distribusi Skor <i>Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i>	40
4.1.5 Distribusi Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin.....	43
4.2 Pembahasan.....	44
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	52
5.1. Kesimpulan	52
5.2. Saran.....	53
DAFTAR PUSTAKA.....	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 1 Mekanisme terjadinya gejala positif dan negatif pada gangguan psikotik.	17
Gambar 2. 2 Jalur-jalur dopaminergik	17

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Prognosis Pasien Skizofrenia.....	21
Tabel 3.1 Definisi Operasional	31
Tabel 4.1 Karakteristik Demografi Responden Penelitian	37
Tabel 4.2 Proporsi Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Lama Pengobatan..	38
Tabel 4.3 Proporsi Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Tingkat Pendidikan.	39
Tabel 4.4 Distribusi Skor Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	40
Tabel 4.5 Karakteristik Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Calon Responden Penelitian	58
Lampiran 2. Lembar <i>Informed Consent</i>	60
Lampiran 3. Lembar Kuesioner Penelitian	61
Lampiran 4. <i>Ethical Clearance</i>	66
Lampiran 5. Surat Izin Penelitian	67
Lampiran 6. Surat Selesai Penelitian	68
Lampiran 7. Data Master.	69
Lampiran 8. Hasil Analisis Data.....	70
Lampiran 9. Dokumentasi	76
Lampiran 10. Daftar Riwayat Hidup.....	77

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah kumpulan dari gejala dan perubahan perilaku yang terjadi pada seseorang sehingga menimbulkan penderitaan dan hendaya dalam menjalani kehidupan sehari-hari dan juga dalam bersosialisasi.¹ Gangguan jiwa telah menjadi masalah kesehatan global bagi setiap negara, dimana proses globalisasi dan pesatnya kemajuan teknologi informasi memberi dampak terhadap nilai-nilai sosial dan budaya masyarakat.² Semua orang yang berhasil sempurna dalam upaya menyesuaikan diri dengan perubahan tersebut, sebagian akan berhasil dan terbentuk manusia yang sehat dan adaptif akan tetapi bagi yang kurang berhasil, akan tampak diantaranya dalam bentuk gangguan mental emosional dan gangguan jiwa. Gangguan jiwa walaupun tidak langsung menyebabkan kematian namun, dapat menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban berat bagi keluarga, sehingga penderita tidak lagi produktif.³

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang mengubah pola hidup seseorang dalam kehidupan sehari-hari, gangguan ini ditandai dengan adanya delusi, halusinasi, kekacauan pikiran, gelisah, dan perilaku aneh atau bermusuhan, perasaan (afek) tumpul atau mendatar, menarik diri dari pergaulan, sedikit kontak emosional (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis atau acuh tak acuh, sulit berpikir abstrak dan kehilangan dorongan.^{4,5} Skizofrenia termasuk ke dalam peringkat sepuluh besar penyakit yang berkontribusi terhadap *years lived with disability* (YLDs), dan memengaruhi sekitar 7 dari 1000 orang dewasa secara global.⁶ Skizofrenia ditemukan di seluruh penduduk dan wilayah geografis dengan tingkat insidensi dan prevalensi yang hampir sama di seluruh dunia.⁷ Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2016, prevalensi skizofrenia di seluruh dunia mengalami peningkatan dari 33 per 1.000 penduduk pada tahun 2009 menjadi

61 per 1.000 penduduk pada tahun 2014. Setiap tahun sekitar 1 juta orang diantaranya meninggal karena bunuh diri dengan *Case Fatality Rate* (CFR) 2,2%. Jumlah penderita skizofrenia terbanyak terdapat di Amerika Serikat dengan prevalensi 3 per 1.000 penduduk, di negara maju Eropa prevalensi skizofrenia adalah 0,3 per 1000 penduduk. Lebih dari 50% dari penderita skizofrenia tidak mendapat perhatian, dan 90% diantaranya terdapat di negara yang sedang berkembang. Skizofrenia biasanya terjadi pada usia dewasa (usia produktif) antara 18-35 tahun.² Usia ini merupakan fase kritis kehidupan seseorang, dimana orang tersebut akan melalui banyak hal penting dalam hidup seperti menyelesaikan pendidikan, mencari pekerjaan, mencari pasangan sampai akhirnya kemudian menikah.⁴

Kejadian skizofrenia sendiri di Indonesia tercatat pada penelitian yang dilansir oleh Riskesdas tahun 2018 menyatakan bahwa menunjukkan prevalensi skizofrenia pada penduduk Indonesia adalah sebesar 1,8 per 1000 penduduk dengan 95% CI=0,17-0,19.⁸ Provinsi yang tinggi prevalensinya antara lain Provinsi DI Yogyakarta, Bali, Nusa Tenggara Barat, Jawa Tengah, dan Sulawesi Selatan. Prevalensi terendah ditemui pada Provinsi Maluku, Nusa Tenggara Timur, Maluku Utara, Kepulauan Riau, dan Papua. Sumatera Utara sendiri tercatat sebesar 0.14% dari seluruh populasi di Indonesia, yakni sebesar 59.391 kejadian.⁹ Berdasarkan data Riskesdas Provinsi Sumatera Utara, prevalensi skizofrenia adalah 0.9 per 1.000 penduduk pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 1.4 per 1.000 penduduk pada tahun 2018, Kota Medan 1,0 per 1.000 penduduk menjadi 1.1 per 1.000 penduduk, Serdang Bedagai 1.2 per 1.000 penduduk tahun 2013 meningkat menjadi 2.5 per 1.000 penduduk tahun 2018, Samosir 1.4 per 1.000 penduduk tahun 2013 menjadi 2.1 per 1.000 penduduk tahun 2018.⁸

Gangguan tidur dapat dinilai pada berbagai penelitian pada pasien dengan skizofrenia, dengan menggunakan parameter subjektif (yaitu wawancara harian, buku harian tidur) dan obyektif (yaitu, polisomnografi dan aktigrafi). Dibandingkan dengan kontrol yang sehat, pasien dengan skizofrenia

menunjukkan latensi onset tidur yang lebih lama, penurunan efisiensi tidur, lebih banyak terbangun di malam hari, peningkatan disfungsi siang hari karena kurang tidur, kualitas tidur keseluruhan yang lebih buruk, dan proporsi gangguan tidur yang lebih tinggi.¹⁰ Meskipun obat antipsikotik telah dihipotesiskan untuk mendasari keluhan tidur di antara pasien skizofrenia, keluhan tidur juga tetap muncul pada pasien skizofrenia episode pertama penggunaan obat paska pemberian terapi, terlepas dari efek sedasi yang dimiliki oleh obat antipsikotik. Namun, hasil yang tidak sesuai telah diamati mengenai durasi tidur, yang mungkin disebabkan oleh pengaruh obat antipsikotik dan perbedaan metodologi dalam penilaian subjektif dan objektif tentang tidur. Terlebih lagi, keluhan tidur pada populasi ini dikaitkan dengan hasil psikiatri yang memburuk, termasuk eksaserbasi gejala psikotik, gangguan kognitif, kualitas hidup yang lebih buruk, dan peningkatan gejala depresi.¹¹

Perbedaan jenis kelamin telah diidentifikasi di sejumlah domain yang berkaitan dengan skizofrenia. Laki-laki memiliki serangan penyakit lebih awal. Sebuah meta-analisis baru-baru ini dari 46 studi menghitung perbedaan menjadi 1,07 tahun lebih awal untuk laki-laki pada awal masuk untuk skizofrenia. Perempuan umumnya memiliki hasil yang lebih optimal daripada laki-laki seperti peningkatan fungsi sosial, hasil kesehatan mental yang lebih positif, serta remisi yang lebih tinggi dan tingkat kekambuhan yang lebih rendah.¹² Beberapa penelitian telah menemukan insiden skizofrenia yang lebih tinggi pada laki-laki, tetapi dalam sebuah penelitian yang lain menyimpulkan bahwa meskipun laki-laki memiliki insiden yang lebih tinggi pada usia muda, namun insidensi pada perempuan mulai meningkat pada rentang usia 30-35 tahun, sehingga tingkat insiden seumur hidup yang kira-kira sama. Hasil variabel dibuktikan dalam tipe gejala; beberapa penelitian mengidentifikasi gejala negatif lebih umum pada laki-laki dan gejala afektif lebih umum pada perempuan sementara yang lain tidak menemukan perbedaan. Tidak ada konsensus mengenai perbedaan jenis kelamin dalam fungsi kognitif. Estrogen mungkin merupakan faktor pelindung, yang mungkin menjelaskan onset

penyakit pada perempuan di kemudian hari dan perjalanan yang lebih positif. Namun, tingkat perlindungan berkurang dalam kasus keluarga serta dengan adanya penghinaan sebelum atau sesudah kelahiran. Investigasi tentang perbedaan jenis kelamin pada disfungsi tidur di antara pasien skizofrenia masih langka.¹³

Suatu penelitian menemukan bahwa lebih banyak pasien laki-laki dengan skizofrenia melaporkan kualitas tidur yang baik dibandingkan dengan pasien perempuan, meskipun tidak ada perbedaan dalam skor tidur aktual yang diamati antara kedua kelompok. Kualitas tidur tidak berbeda antara laki-laki dan perempuan dalam kelompok kontrol sehat. Kualitas tidur yang baik sangat penting untuk kesehatan yang optimal, karena selama tidurlah perbaikan sistem tubuh terjadi; dan otak membersihkan diri dari metabolit dan mengkonsolidasikan memori.⁵ Penelitian tentang gangguan tidur pada pasien yang baru dirawat menemukan bahwa 83% pasien skizofrenia akut memiliki setidaknya satu jenis gangguan tidur (sulit tidur, sulit bangun, kesulitan mempertahankan tidur, kualitas tidur yang buruk, atau peningkatan waktu yang dihabiskan di tempat tidur). Ketidakteraturan tidur pada penderita skizofrenia menyebabkan kondisi klinis yang memburuk.¹⁰

Pasien yang kurang tidur menunjukkan skor yang lebih rendah pada semua domain kualitas hidup; pasien lebih tertekan dan cemas dengan reaksi yang lebih merugikan terhadap pengobatan dibandingkan mereka yang tidur pulas.¹⁴ Penelitian juga menunjukkan bahwa gangguan tidur telah dikaitkan dengan peningkatan tingkat gangguan pikiran dan gejala positif, dan mungkin menandakan gejala kambuh.¹³ Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa kualitas tidur yang buruk terkait dengan jenis kelamin perempuan pada pasien skizofrenia dengan $p=0.002$ ($p<0.05$).¹⁵ Pentingnya kualitas tidur untuk prognosis skizofrenia yang lebih baik membuat peneliti tertarik untuk meneliti perbedaan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah terdapat perbedaan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk melihat proporsi kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan lama pengobatan di RS Madani Medan Sumatera Utara.
2. Untuk melihat proporsi kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan tingkat pendidikan di RS Madani Medan Sumatera Utara.
3. Untuk melihat perbedaan domain kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin sesuai dengan komponen kuesioner PSQI di RS Madani Medan Sumatera Utara.

1.4. Manfaat Penelitian

1. Bagi masyarakat dapat memberikan informasi bahwa pengobatan pasien skizofrenia tidak hanya pengobatan penyakitnya saja tetapi juga menilai kualitas tidur pada pasien skizofrenia .
2. Dengan adanya hasil penelitian kualitas tidur pada pasien skizofrenia, diharapkan dapat memberikan masukan bagi peneliti dan klinisi mengenai kualitas tidur pasien skizofrenia.

1.5. Hipotesis

Terdapat perbedaan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Skizofrenia

2.1.1. Definisi

Skizofrenia merupakan suatu sindroma klinis dari berbagai keadaan psikopatologis yang sangat mengganggu yang melibatkan proses pikir, emosi, persepsi dan tingkah laku. Skizofrenia merupakan golongan psikosa yang ditandai dengan tidak adanya pemahaman diri (*insight*) dan ketidakmampuan menilai realitas.² Skizofrenia dapat ditemukan pada semua kelompok masyarakat dan di berbagai daerah. Insiden dan tingkat prevalensi sepanjang hidup secara kasar hampir sama di seluruh dunia. Gangguan ini mengenai hampir 1% populasi dewasa dan biasanya *onsetnya* pada usia remaja akhir atau awal masa dewasa. Pada laki-laki biasanya gangguan ini mulai pada usia lebih muda yaitu 15-25 tahun sedangkan pada perempuan lebih lambat yaitu sekitar 25-35 tahun. Insiden skizofrenia lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan dan lebih besar di daerah perkotaan dibandingkan daerah pedesaan.¹⁶

2.1.2. Epidemiologi

Skizofrenia terjadi dengan frekuensi yang sangat mirip di seluruh dunia. Skizofrenia terjadi pada laki-laki dan perempuan dengan frekuensi yang sama. Gejala-gejala awal biasanya terjadi pada masa remaja atau awal dua puluhan. Laki-laki sering mengalami awitan yang lebih awal daripada perempuan. Penelitian insiden pada gangguan yang relatif jarang terjadi, seperti skizofrenia, sulit dilakukan.¹⁷ Survei telah dilakukan di berbagai negara, namun dan hampir semua hasil menunjukkan tingkat insiden per tahun skizofrenia pada orang dewasa dalam rentang yang sempit berkisar antara 0,1 dan 0,4 per 1000 penduduk. Ini merupakan temuan utama dari penelitian di 10 negara yang dilakukan oleh *World Health Organization* (WHO). Untuk

prevalensi atau insiden skizofrenia di Indonesia belum ditentukan sampai sekarang, begitu juga untuk tiap-tiap subtype skizofrenia.⁸

Prevalensinya antara laki-laki dan perempuan sama, namun menunjukkan perbedaan dalam *onset* dan perjalanan penyakit. Laki-laki mempunyai *onset* yang lebih awal daripada perempuan. Usia puncak *onset* untuk laki-laki adalah 15 sampai 25 tahun, sedangkan perempuan 25 sampai 35 tahun. Beberapa penelitian telah menyatakan bahwa laki-laki adalah lebih mungkin daripada perempuan untuk terganggu oleh gejala negatif dan perempuan lebih mungkin memiliki fungsi sosial yang lebih baik daripada laki-laki.¹⁸ Pada umumnya, hasil akhir luaran pada pasien skizofrenia berjenis kelamin perempuan cenderung lebih baik daripada hasil akhir luaran untuk pasien skizofrenia laki-laki. Skizofrenia tidak terdistribusi rata secara geografis di seluruh dunia. Secara historis, prevalensi skizofrenia di Timur Laut dan Barat Amerika Serikat adalah lebih tinggi dari daerah lainnya.¹⁹

a. Laki laki sama dengan perempuan:

Onset lebih awal dan gejala lebih buruk pada laki laki, disebabkan karena respon pengobatan antipsikotik yang lebih baik pada perempuan disebabkan pengaruh estrogen.

b. Rasio skizofrenia kembar pada perempuan lebih tinggi dari laki-laki.

c. Usia:

- o Puncak *onset*: laki-laki (18-25 tahun), perempuan (26-45 tahun)
- o *Onset* sebelum pubertas dan >45 tahun jarang.
- o Gejala-gejala dapat membaik perlahan pada usia pertengahan dan lebih tua.
- o Sembuh spontan jarang terjadi pada beberapa tahun penyakit kronis.

2.1.3. Faktor Risiko

Adapun faktor resiko yang menyebabkan seseorang menderita skizofrenia antara lain:^{20,21}

1. Riwayat skizofrenia dalam keluarga
2. Perilaku premorbid yang ditandai dengan kecurigaan, eksentrik, penarikan diri, dan/atau impulsivitas.
3. Stress lingkungan
4. Kelahiran pada musim dingin. Faktor ini hanya memiliki nilai prediktif yang sangat kecil.
5. Status sosial ekonomi yang rendah sekurang-kurangnya sebagian adalah karena dideritanya gangguan ini
6. Diperkirakan gen yang terlibat adalah: 1q, 5q, 6p, 6q, 8p, 10p, 13q, 15q, dan 22q. dan gen yang diperkirakan terlibat *alpha-7nicotine receptor*, DISC 1, GRM 3, COMT, NGR 1, RGS 4, dan G27.
7. Lahir pada musim dingin dan awal musim semi (Mungkin berkaitan dengan virus atau perubahan pola makan pada tiap musim).
8. Komplikasi masa kehamilan dan persalinan.
9. Bentuk tubuh astenik.
10. Terinfeksi influenza pada trisemester ketiga.
11. Penyalahgunaan obat-obatan.
12. Usia ibu saat hamil di atas 60 tahun.

2.1.4. Manifestasi Klinis

Ada dua gejala yang menyertai skizofrenia yakni gejala negatif dan gejala positif. Gejala negatif berupa tindakan yang tidak membawa dampak merugikan bagi lingkungannya, seperti mengurung diri di kamar, melamun, menarik diri dari pergaulan, dan sebagainya. Sementara gejala positif adalah tindakan yang mulai membawa dampak bagi lingkungannya, seperti gaduh gelisah dan meracau.²

- a. Gejala negatif (pendataran afektif, alogia (miskin bicara, kemiskinan isi bicara, afek yang tidak sesuai), tidak ada kemauan-apati, anhedonia-asosialitas, tidak memiliki atensi social, tidak ada perhatian selama tes.

- b. Gejala positif (halusinasi, waham, perilaku aneh (cara berpakaian, perilaku sosial, agresif, perilaku berulang), gangguan pikiran formal positif (penyimpangan, tangensialitas, inkoherensi, dan lainnya).

Selain itu, ada juga pengelompokan gejala-gejala menjadi gejala primer dan sekunder oleh Bleuler. Gejala primer adalah gejala pokok, sedangkan gejala sekunder merupakan gejala tambahan.¹⁴

a. Gejala primer

- Gangguan proses pikiran (yang terutama terganggu adalah asosiasi. Gangguannya berupa terdapatnya inkoherensi, pasien cenderung menyamakan hal, seakan-akan pikiran berhenti, stereotipi pikiran (ide yang sama berulang-ulang timbul dan diutarakan olehnya).²⁰
- Gangguan afek dan emosi (afek dan emosi dangkal, acuh tak acuh terhadap dirinya), parathimi (yang seharusnya menimbulkan rasa senang, malah menimbulkan rasa sedih pada pasien), paramimi (penderita senang tapi menangis), terkadang afek dan emosinya tidak mempunyai satu kesatuan, emosi yang berlebihan, hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik, dua hal yang berlawanan mungkin terjadi bersama-sama.²
- Gangguan kemauan (kelemahan kemauan dengan alasan yang tidak jelas, negativisme (sikap yang negatif atau berlawanan terhadap suatu permintaan), ambivalensi kemauan (menghendaki dua hal yang berlawanan pada waktu bersamaan), otomatisme (penderita merasa kemauannya dipengaruhi orang lain atau tenaga dari luar, sehingga ia melakukan sesuatu secara otomatis).²
- Gejala psikomotor (gejala katatonik (gerakan tidak terkoordinasi), bisa sampai stupor (tidak bergerak sama sekali), mutisme, berulang-ulang melakukan satu gerakan atau sikap,

verbigerasi (mengulang-ngulang kata), manerisme (keanehan cara berjala dan gaya), gejala katalepsi (bila dalam jangka waktu lama), fleksibilitas cerea (bila anggota gerak dibengkokkan terasa ada tahanan seperti pada lilin, negativism (melakukan hal berlawanan dengan yang diperintahkan), ekolalia (meniru kata-kata yang diucapkan orang lain), ekopraksia (meniru perbuatan orang lain).²

b. Gejala sekunder

- Waham (waham primer (timbul secara tidak logis sama sekali, tanpa penyebab apa-apa dari luar (hampir patognomonis pada skizofrenia), waham sekunder (biasanya terdengar logis, seperti waham kebesaran, waham nihilistic, dll).
- Halusinasi (pada skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran (pada kelainan lain tidak ditemukan yang seperti ini). Paling sering halusinasi auditorik. Halusinasi penglihatan jarang, namun bila ada, biasanya pada stadium permulaan.

Gejala yang pertama kali tampak adalah gejala positif. Timbulnya gejala positif ini berbeda pada tiap gender. Pada laki-laki umumnya muncul pada usia 17-27 tahun, sementara pada perempuan muncul diusia 17-37 tahun.^{2,17}

Perjalanan penyakit skizofrenia terbagi menjadi tiga fase, yaitu:

1. Fase prodromal = Fase dimana gejala non spesifik muncul sebelum gejala psikotik menjadi jelas. Lamanya bisa beberapa minggu, bulan bahkan tahunan. Gejalanya berupa hendaya pekerjaan, fungsi sosial, perawatan diri, dan penggunaan waktu luang.
2. Fase aktif = Fase dimana gejala psikotik menjadi jelas seperti perilaku katatonik, halusinasi, delusi, disertai gangguan afek.
3. Fase residual = Fase yang gejala nya mirip seperti fase prodromal tetapi gejala psikotiknya tidak begitu jelas.

Gejala yang tampak pada pasien skizofrenia, menurut Stahl terbagi menjadi lima, yaitu:

1. Gejala positif
2. Gejala negatif
3. Gejala kognitif
4. Gejala agresif
5. Gejala depresi

Macam-macam halusinasi :

- a. Halusinasi penglihatan (visual) : Persepsi bekerja salah menyangkut penglihatan jarang terjadi pada penderita psikotik tapi sering terdapat pada penderita psikosa organik, biasanya berupa bayangan yang tampak menakutkan.^{2,17}
- b. Halusinasi pendengaran (auditorik) : Persepsi bekerja salah pada pendengaran, paling sering didapat, biasanya berupa kata atau kalimat mengenai diri penderita baik berupa hal buruk, misalnya mengejek, mengancam atau memerintah.^{2,14}
- c. Halusinasi pencium (olfaktorik) : Persepsi yang salah pada penciuman, seiring pada pasien skizofrenia, bau yang tercium biasanya tidak enak atau bau busuk yang merupakan lambang rasa bersalah atau dosa.²
- d. Halusinasi peraba (taktil) : Persepsi yang salah pada sentuhan yang terbentuk dari bagian tubuh berupa sensasi gerakan yang pelan sekali di atas atau di bawah kulit, penderita merasa badannya diraba atau ada yang menjalar di badannya padahal tidak ada, sering pada penderita skizofrenia dan keracunan kokain.
- e. Halusinasi seksual : Termasuk halusinasi raba, penderita merasa dirinya diperkosa.
- f. Pseudohalusinasi : Khas pada skizofrenia, penderita mendengar suara hati nurani.

- g. Halusinasi kinestetik : Merasa badannya bergerak dalam sebuah ruang, atau anggota badannya bergerak.
- h. Halusinasi viseral : Perasaan tertentu yang timbul di dalam tubuhnya.
- i. Halusinasi hipnagogik : Terdapat ada kalanya pada orang normal, tepat sebelum tertidur persepsi sensorik bekerja salah.
- j. Halusinasi hipnopompik : Sama seperti halusinasi hipnagogik tetapi terjadi tepat sebelum terbangun sama sekali dari tidurnya.
- k. Halusinasi histerik : Timbul pada nervosa histerik karena konflik emosional.

Faktor penyebab terjadinya halusinasi adalah:

a. Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami.¹⁷ Hal ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian yang berikut:

- Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal, dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan gangguan sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan, dan atropi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post-mortem).³

b. Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.^{2,3}

c. Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam), dan kehidupan yang terisolasi disertai stres.^{2,3}

Gejala dari skizofrenia paranoid berupa gejala “positif” dan “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 nonverbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara, dan posisi tubuh, perawatan diri, serta kinerja sosial yang buruk. Gejala waham dan halusinasi dapat muncul dan terutama waham curiganya. Terlebih dahulu akan dibahas mengenai penegakan diagnosis skizofrenia.² Adapun menurut DSM-IV sebagai berikut:

A. Gejala karakteristik: Dua (atau lebih) berikut, masing-masing ditemukan untuk bagian waktu yang bermakna selama periode 1 bulan (atau kurang jika diobati dengan berhasil):

- Waham
- Halusinasi
- Bicara terdisorganisasi (misalnya sering menyimpang atau inkoheresi)
- Perilaku terdisorganisasi atau katatonik yang jelas
- Gejala negatif yaitu pendataran afektif, alogia, atau tidak ada kemauan (avolition)

Catatan: Hanya satu gejala kriteria A yang diperlukan jika waham adalah kacau atau halusinasi terdiri dari suara yang terus-

menerus mengomentari perilaku atau pikiran pasien atau dua lebih suara yang saling bercakap-cakap satu sama lainnya.

B. Disfungsi sosial/pekerjaan: Untuk bagian waktu yang bermakna sejak *onset* gangguan, satu atau lebih fungsi utama seperti pekerjaan, hubungan interpersonal, atau perawatan diri, adalah jelas di bawah tingkat yang dicapai sebelum *onset* (atau jika onset pada masa anak-anak atau remaja, kegagalan untuk mencapai tingkat pencapaian interpersonal, akademik, atau pekerjaan yang diharapkan).

C. Durasi : Tanda gangguan terus-menerus menetap selama sekurangnya 6 bulan. Pada 6 bulan tersebut, harus termasuk 1 bulan fase aktif (yang memperlihatkan gejala kriteria A) dan mungkin termasuk gejala prodromal atau residual.

D. Penyingkiran gangguan skizoafektif atau gangguan mood : Gangguan skizoafektif atau gangguan mood dengan ciri psikotik telah disingkirkan karena : (1) tidak ada episode depresif berat, manik atau campuran yang telah terjadi bersama-sama gejala fase aktif atau (2) jika episode mood telah terjadi selama gejala fase aktif, durasi totalnya relatif singkat dibandingkan durasi periode aktif dan residual.

E. Penyingkiran zat/kondisi medis umum.

F. Hubungan dengan gangguan perkembangan pervasif.

Sedangkan menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) di Indonesia yang ke-III sebagai berikut :⁹

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

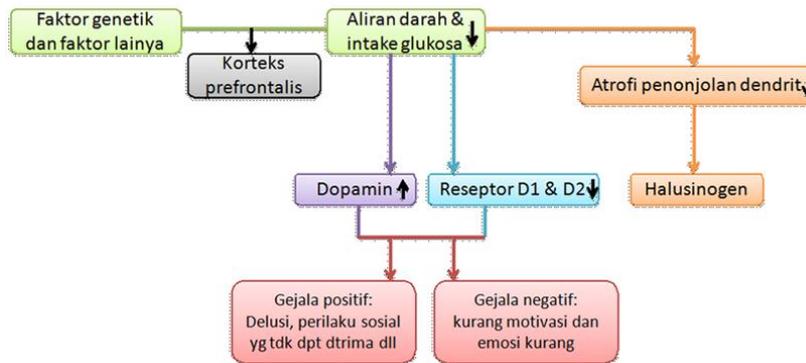
- a) - *thought echo* = isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan walaupun isinya sama tapi kualitasnya berbeda.
- *thought insertion or withdrawal* = isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan
 - *thought broadcasting* = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya;
- b) - *delusion of control* = waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar, atau
- delusion of influence* = waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar
- *delusion of passivity* = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang dirinya secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh/anggota gerak atau pikiran, tindakan atau penginderaan khusus);
 - *delusion perception* = pengalaman indra yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistis atau mukjizat;
- c) Halusinasi auditorik :
- Suara halusinasi yang berkomentar secara terus-menerus terhadap perilaku pasien, atau
 - Mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara) atau
 - Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh pasien

- d) Waham-waham menetap lainnya yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa

2.1.5. Patofisiologi

Secara terminologi, skizofrenia berarti skizo adalah pecah dan frenia adalah kepribadian. Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan gangguan dasar pada kepribadian, distorsi perasaan pikir, waham yang aneh, gangguan persepsi, afek yang abnormal.¹⁸ Meskipun demikian kesadaran yang jernih, kapasitas intelektual biasanya tidak terganggu, mengalami hendaya berat dalam menilai realitas (pekerjaan, sosial dan waktu senggang).¹⁹

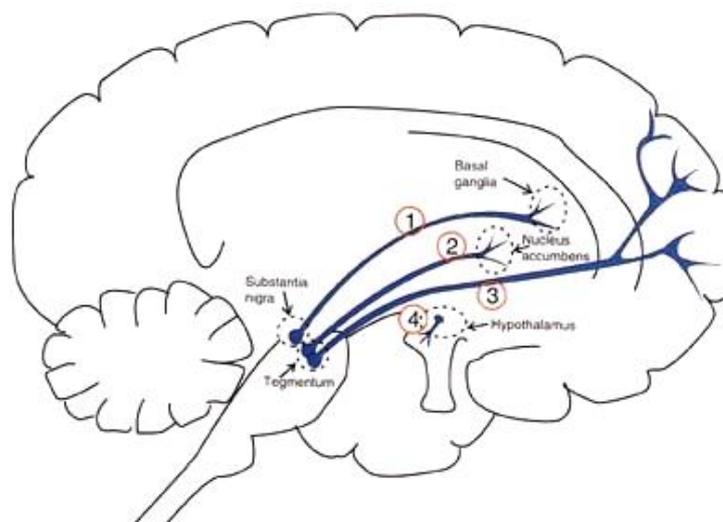
Patofisiologi skizofrenia dihubungkan dengan faktor genetik dan lingkungan. Faktor genetik dan lingkungan saling berhubungan dalam patofisiologi terjadinya skizofrenia. Neurotransmitter yang berperan dalam patofisiologinya adalah dopamin (DA), serotonin (5HT), glutamat, peptide, dan norepinefrin (NE). Pada pasien skizofrenia terjadi hiperreaktivitas sistem dopaminergik (hiperdopaminergik pada sistem mesolimbik yang berkaitan dengan gejala positif, dan hipodopaminergik pada sistem mesokortis dan nigrostriatal yang bertanggung jawab terhadap gejala negatif dan gejala ekstrapiramidal).¹¹ Reseptor dopamin yang terlibat adalah reseptor dopamin-2 (D2) yang akan dijumpai peningkatan densitas reseptor D2 pada jaringan otak pasien skizofrenia. Peningkatan aktivitas sistem dopaminergik pada sistem mesolimbik yang bertanggungjawab terhadap gejala positif. Peningkatan aktivitas serotonergik akan menurunkan aktivitas dopaminergik pada sistem mesokortikal yang bertanggung-jawab terhadap gejala negatif.¹⁰



Gambar 2. 1 Mekanisme terjadinya gejala positif dan negatif pada gangguan psikotik

Adapun jalur dopaminergik saraf yang terdiri dari beberapa jalur, yaitu :

- a. Jalur nigrostriatal: dari substantia nigra ke basal ganglia yang berfungsi mengatur gerakan, dan gangguan ekstrapiramidal
- b. Jalur mesolimbik : dari tegmental area menuju ke sistem limbik yang berfungsi mengatur memori, sikap, kesadaran, proses stimulus
- c. Jalur mesokortikal : dari tegmental area menuju ke *frontal cortex* yang berfungsi mengatur kognisi, fungsi sosial, komunikasi, respons terhadap stress.¹²
- d. Jalur tuberoinfundibular: dari hipotalamus ke kelenjar pituitari yang berfungsi mengatur pelepasan prolaktin.¹³



Gambar 2. 2 Jalur-jalur dopaminergik¹³

Dalam anatomi manusia, sistem ekstrapiramidal adalah jaringan saraf yang terletak di otak yang merupakan bagian dari sistem motor yang terlibat dalam koordinasi gerakan. Sistem ini disebut "ekstrapiramidal" untuk membedakannya dari saluran dari korteks motor yang mencapai target mereka dengan melakukan perjalanan melalui "piramida" dari medula. Para piramidal jalur (kortikospinalis dan beberapa saluran kortikobulbar) langsung dapat menginervasi motor neuron dari sumsum tulang belakang atau batang otak (sel tanduk anterior atau inti saraf kranial tertentu), sedangkan ekstrapiramidal sistem pusat sekitar modulasi dan peraturan (tidak langsung kontrol) sel tanduk anterior. Jalur ekstrapiramidal yang terutama ditemukan dalam formasi reticular pons dan medula, dan neuron sasaran di sumsum tulang belakang yang terlibat dalam refleks, penggerak, gerakan kompleks, dan kontrol postural. Ini adalah saluran pada gilirannya dimodulasi oleh berbagai bagian dari sistem saraf pusat, termasuk nigrostriatal jalur, ganglia basal, otak kecil, inti vestibular, dan daerah sensorik yang berbeda dari korteks serebral. Semua peraturan komponen dapat dianggap sebagai bagian dari sistem ekstrapiramidal, karena mereka memodulasi aktivitas motorik tanpa langsung menginervasi motor neuron.¹³ Pemeriksaan *Computerized Tomography scan* (CT scan) dan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) pada penderita skizofrenia menunjukkan atrofi lobus frontalis yang menimbulkan gejala negatif dan kelainan pada hippocampus yang menyebabkan gangguan memori.¹⁵ Skizofrenia merupakan penyakit yang memengaruhi otak. Pada otak terjadi proses penyampaian pesan secara kimiawi (*neurotransmitter*) yang akan meneruskan pesan sekitar otak. Pada penderita skizofrenia, produksi neurotransmitter dopamine berlebihan, sedangkan kadar dopamin tersebut berperan penting pada perasaan senang dan pengalaman mood yang berbeda. Bila kadar dopamin tidak seimbang, baik cenderung berlebihan atau kurang; penderita dapat mengalami gejala positif dan negatif seperti yang disebutkan di atas. Penyebab ketidakseimbangan dopamin ini masih belum diketahui atau dimengerti sepenuhnya. Pada kenyataannya, awal terjadinya skizofrenia kemungkinan disebabkan oleh kombinasi faktor-faktor tersebut. Faktor-faktor

yang mungkin dapat mempengaruhi terjadinya skizofrenia, antara lain sejarah keluarga, tumbuh kembang di tengah-tengah kota, penyalahgunaan obat seperti amphetamine, stres yang berlebihan, dan komplikasi kehamilan.^{2,18}

Seringkali pasien yang jelas skizofrenia tidak dapat dimasukkan dengan mudah ke dalam salah satu tipe. PPDGJ mengklasifikasikan pasien tersebut ke dalam tipe tak terinci. Kriteria diagnostik menurut PPDGJ III yaitu:

- Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik.
- Tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia.¹⁴

2.1.6. Diagnosis

Untuk diagnosa skizofrenia, acuan yang paling banyak digunakan adalah DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, ed 4). DSM IV mempunyai kriteria diagnosis dari APA (*American Psychiatric Association*) untuk skizofrenia. Kriteria DSM IV sebagian besar tidak berubah dari DSM III yang direvisi (DSM-III-R), walaupun DSM-IV menawarkan lebih banyak pilihan bagi klinisi dan lebih deskriptif terhadap situasi klinis yang aktual.¹ Seperti pada DSM-III-R, halusinasi maupun waham tidak diperlukan untuk diagnosis skizofrenia karena pasien dapat memenuhi diagnosis jika mereka memenuhi dua gejala yang dituliskan dalam gejala nomor tiga sampai lima di dalam kriteria A. Kriteria B menghilangkan kata “*worsening deterioration*” di dalam variabel perjalanan skizofrenia di antara pasien-pasien. Namun demikian kriteria B masih memerlukan gangguan fungsi selama fase aktif penyakit. DSM-IV masih memerlukan gejala minimal 6 bulan dan tidak adanya diagnosis gangguan skizoafektif atau gangguan mood.¹⁷

Kriteria diagnosis skizofrenia berdasarkan DSM IV:

A. Gejala karakteristik: Dua (atau lebih berikut), masing-masing ditemukan untuk bagian waktu yang bermakna selama periode 1 bulan (atau kurang jika diobati dengan berhasil):

- Waham
- Halusinasi
- Bicara terdisorganisasi (misalnya sering menyimpang atau inkoheren)
- Perilaku terdisorganisasi atau katatonik yang jelas
- Gejala negatif yaitu pendataran afektif, alogia, atau tidak ada kemauan (avolition)

Catatan: hanya satu gejala kriteria A yang diperlukan jika waham adalah kacau atau halusinasi terdiri dari suara yang terus menerus mengomentari perilaku atau pikiran pasien, atau dua atau lebih suara yang saling bercakap satu sama lainnya.

B. Disfungsi sosial atau pekerjaan

Terkait dengan gangguan kualitas tidur yang bermakna sejak seseorang mengalami gangguan pada satu atau lebih fungsi utama, seperti pekerjaan, hubungan interpersonal, atau perawatan diri adalah jelas di bawah tingkat yang dipakai sebelum *onset* (atau jika *onset* pada masa anak-anak atau remaja, kegagalan untuk mencapai tingkat pencapaian interpersonal, akademik atau pekerjaan yang diharapkan).

C. Durasi

Tanda gangguan terus menerus menetap selama sekurangnya 6 bulan. Periode 6 bulan ini harus termasuk sekurangnya 1 bulan gejala (atau kurang jika diobati dengan berhasil) yang memenuhi kriteria A (yaitu gejala fase aktif) dan mungkin termasuk periode gejala prodromal atau residual. Selama periode prodromal atau residual, tanda gejala mungkin dimanifestasikan hanya oleh gejala negatif atau dua atau lebih gejala yang dituliskan dalam kriteria A dalam bentuk yang

diperlemah (misalnya keyakinan yang aneh, pengalamam persepsi yang tidak lazim).

D. Penyingkiran gangguan skizoafektif dan gangguan mood: gangguan skizoafektif dan gangguan mood dengan ciri psikotik telah disingkirkan karena:

- Tidak ada episode depresi berat, manik, atau campuran yang telah terjadi bersama-sama dengan gejala fase aktif, atau
- Jika episode mood telah terjadi selama gejala fase aktif, durasi totalnya adalah relatif singkat dibandingkan durasi periode aktif dan residual.

E. Penyingkiran zat/kondisi medis umum: gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari suatu zat (misalnya obat yang disalahgunakan, suatu medikasi) atau suatu kondisi medis umum.

Hubungan dengan gangguan perkembangan pervasif. Jika terdapat adanya riwayat gangguan autistik atau gangguan perkembangan pervasif lainnya, diagnosis tambahan *skizofrenia* dibuat hanya jika waham atau halusinasi yang menonjol juga ditemukan untuk sekurangnya satu bulan (atau kurang jika berhasil diobati).¹⁹

2.1.7. Prognosis

Prognosis pasien skizofrenia ditentukan oleh faktor-faktor berikut:^{2,12}

Tabel 2. 1 Prognosis pasien skizofrenia

Prognosis Baik	Prognosis Buruk
Tidak ada riwayat keluarga yang menderita skizofrenia	Ada riwayat keluarga yang menderita skizofrenia
Perilaku dan personalitas premorbid yang baik	Perilaku dan personalitas premorbid yang buruk (kepribadian skizoid)
<i>Late onset</i>	<i>Onset cepat</i>

Sudah menikah	Lajang, bercerai atau menjanda
<i>Onset</i> akut	<i>Insidious onset</i> (<i>onset</i> tersembunyi)
Faktor presipitasi nyata	Tak ada faktor presipitasi yang nyata
Gejala kelainan mood terutama kelainan depresif	Tanda dan gejala gangguan neurologis Perilaku autistik, cenderung menarik diri
Gejala positif (<i>Positive symptoms</i>)	Gejala negatif (<i>Negative symptoms</i>) Tidak ada remisi dalam 3 tahun Sering kambuh Riwayat trauma perinatal

2.2. Kualitas Tidur

2.2.1. Definisi

Kualitas tidur adalah kepuasan seseorang terhadap tidur, sehingga seseorang tersebut tidak memperlihatkan perasaan lelah, lesu, dan apatis, kehitaman disekitar mata, kelopak mata bengkak, konjungtiva merah, mata perih, sakit kepala dan sering menguap atau mengantuk. Kualitas tidur seseorang dikatakan baik apabila tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan tidur dan tidak mengalami masalah dalam tidurnya.¹⁰

2.2.2. Faktor Mempengaruhi Kualitas Tidur

1. Faktor Fisiologi

Tidur adalah proses fisiologi yang bersiklus dan bergantian dengan periode yang lebih lama dari keterjagaan. Siklus tidur dan terjaga mempengaruhi dan mengatur fisiologi dan respon perilaku. Melatonin dan kortisol adalah dua hormon yang berperan dalam mengatur siklus tidur dan terjaga, terlebih dalam pengatuaran siklus sirkadian, yang terletak di nukleus suprachiasmatic

hipotalamus anterior.¹⁸ Dalam kondisi istirahat, tingkat melatonin meningkat di malam hari, memuncak pada dini hari, dan kembali ke tingkat basal segera setelah bangun tidur. Terdapat perbedaan yang jelas dalam jumlah melatonin yang diproduksi oleh peserta laki-laki dan perempuan, dimana peningkatan produksi melatonin pada perempuan didasari oleh perbedaan dalam sintesis melatonin yang disebabkan oleh hormon seksual seperti estrogen dan progesteron, serta dijumpainya reseptor melatonin pada organ reproduksi manusia dan dijumpai *feedback* hormon seksual secara timbal balik di kelenjar pineal yang mampu menunjukkan hubungan pengaturan hormon seksual dengan melatonin. Selain itu, penelitian pada hewan coba menunjukkan efek stimulasi estradiol dan efek penghambatan testosteron pada sekresi melatonin dari kelenjar pineal.²⁰

2. Faktor Psikologi

Seseorang yang memiliki masalah pribadi atau berada dalam situasi dapat mengganggu tidur. Emosional dapat menyebabkan seseorang menjadi stres dan seringkali mengarah ke arah frustrasi apabila tidak tidur. Stres juga menyebabkan seseorang mencoba terlalu keras untuk dapat tidur, sehingga menyebabkan seseorang tersebut akan terbangun selama siklus tidur, atau terlalu banyak tidur.¹⁶ Stres yang sering terjadi akan menyebabkan kebiasaan tidur yang buruk. Faktor psikologi juga memegang peranan utama terhadap kecenderungan insomnia. Hal ini disebabkan karena ketegangan pikiran seseorang terhadap sesuatu yang kemudian mempengaruhi sistem saraf pusat sehingga kondisi fisik senantiasa siaga.³

3. Faktor Lingkungan

Setiap orang memerlukan lingkungan tidur yang nyaman dan ventilasi yang baik. Faktor gaya hidup dan rutinitas harian seseorang dapat mempengaruhi kualitas tidur. Seseorang yang

bekerja sering kali mempunyai kesulitan menyesuaikan perubahan jadwal tidur. Selain itu banyak faktor yang mempengaruhi terbentuknya pola tidur seperti kebiasaan makan, program diet, kebiasaan sehari-hari, juga kebiasaan tidur itu sendiri.¹⁷

2.2.3. *The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) merupakan pengukuran yang mengacu pada tidur sebulan terakhir yang terdiri dari 19 item dengan 7 komponen yaitu kualitas tidur, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur dan disfungsi siang hari. Kuesioner ini merupakan kuesioner yang paling banyak digunakan karena penilaian umum kualitas tidur adalah secara keseluruhan, dan PSQI tidak dirancang untuk menilai kualitas tidur pada malam tertentu saja.¹⁶ Pengukuran ini meliputi tujuh bidang yaitu subjek kualitas tidur, keterlambatan tidur, lama tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur, gangguan fungsi pada siang hari selama sebulan.¹¹

PSQI adalah kuesioner yang baik untuk skrining gangguan tidur dengan sensitivitas 82% dan spesifisitas 56,2% dengan signifikansi yang kuat dimana $p < 0,0001$. Kualitas tidur dapat diukur dengan menggunakan PSQI yang terdiri dari tujuh komponen, yaitu:²²

1. Kualitas Tidur

Evaluasi kualitas tidur secara subjektif merupakan evaluasi singkat terhadap tidur seseorang tentang apakah tidurnya sangat baik atau sangat buruk

2. Latensi Tidur

Latensi tidur adalah durasi mulai dari berangkatnya tidur hingga tertidur. Seseorang dengan kualitas tidur baik menghasilkan waktu kurang dari 15 menit untuk dapat memasuki tahap tidur selanjutnya secara lengkap. Sebaliknya, lebih dari 20 menit menandakan level insomnia yaitu seseorang yang mengalami kesulitan dalam memasuki tahap tidur selanjutnya.

3. Durasi Tidur

Durasi tidur dihitung dari waktu seseorang tidur sampai terbangun dari pagi hari tanpa menyebutkan terbangun pada tengah malam. Orang dewasa yang dapat tidur selama lebih dari 7 jam setiap malam dapat dikatakan memiliki kualitas tidur yang baik.

4. Efisiensi Kebiasaan Tidur

Efisiensi kebiasaan tidur adalah rasio persentase antara jumlah total jam tidur dibagi dengan jumlah jam yang dihabiskan ditempat tidur. Seseorang dikatakan mempunyai kualitas tidur yang baik apabila efisiensi kebiasaannya lebih dari 85%.

5. Gangguan Tidur

Gangguan tidur merupakan kondisi terputusnya tidur yang mana pola tidur-bangun seseorang berawal dari pola kebiasaannya, hal ini menyebabkan penurunan baik kualitas maupun kuantitas tidur seseorang.

6. Penggunaan Obat

Penggunaan obat-obatan yang mengandung sedatif mengindikasikan adanya masalah tidur. Obat-obatan mempunyai efek terhadap terganggunya tidur pada tahap *Rapid Eye Movement* (REM). Oleh karena itu, setelah mengonsumsi obat yang mengandung sedatif, seseorang akan diharapkan pada kesulitan untuk tidur yang disertai dengan frekuensi terbangun ditengah malam dan kesulitan untuk kembali tertidur, semuanya akan berdampak langsung terhadap kualitas tidurnya.

7. Disfungsi Siang Hari

Seseorang dengan kualitas tidur yang buruk menunjukkan keadaan mengantuk ketika beraktivitas di siang hari, kurang antusias atau perhatian.

Metode untuk interpretasi skor PSQI adalah dengan menambahkan semua komponen penilaian didalam pertanyaan PSQI dimana tiap domain dinilai dengan rentang 0 = sangat baik, 1 = baik, 2 = kurang, dan 3 = sangat kurang. Skor akhir didapat dengan menjumlahkan semua skor mulai dari komponen 1 sampai 7, dan dimaknai dengan total ≤ 5 yang berarti kualitas tidur baik, dan total >5 yang berarti kualitas tidur buruk.²²

2.3. Perbedaan Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Jenis Kelamin

Penelitian menyebutkan bahwa kualitas tidur yang buruk sering terkait dengan jenis kelamin perempuan pada pasien dengan skizofrenia. Satu penelitian di Australia pada tahun 2016 menyatakan bahwa terapi yang lebih kuat, terutama penggunaan terapi fisik atau terapi perilaku kognitif untuk gangguan tidur, terbukti efektif dalam menangani gangguan kualitas tidur pada pasien perempuan. Perbedaan gender dalam skizofrenia telah banyak dijelaskan sebelumnya. Telah diamati bahwa kasus laki-laki cenderung berkembang lebih awal dari segi usia, dan bentuk manifestasi skizofrenia yang parah menyebabkan kerusakan yang lebih besar. Sebaliknya, *onset* skizofrenia pada jenis kelamin perempuan terjadi *onset* yang lebih lambat dan menunjukkan gejala positif.¹² Gejala kecemasan, depresi, dan persepsi diri yang rendah juga telah dijelaskan dalam hubungan dengan jenis kelamin perempuan dalam skizofrenia. Temuan pada penelitian terkait dengan kualitas tidur yang buruk pada perempuan dapat dijelaskan dengan adanya peningkatan gangguan perilaku mood pada pasien tersebut. Menariknya, kualitas tidur tidak berkorelasi dengan usia dan durasi pengobatan, tetapi berkorelasi dengan tingkat pendidikan. Kinerja kognitif otak untuk tingkat pendidikan yang lebih rendah di antara perempuan dapat digambarkan oleh tekanan sosial yang lebih rendah untuk pencapaian pendidikan yang lebih tinggi, terutama karena tekanan budaya yang berbeda yang diberikan pada laki-laki dan perempuan. Sebuah penelitian pada tahun 2020 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih rendah menjadi prediktor *outcome* yang lebih buruk. Dalam

penelitian ini, gangguan tidur dijumpai pada perempuan yang berusia lebih tua dan memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah.²¹ Karena kualitas tidur tidak terkait dengan usia atau keparahan komorbiditas, dua faktor yang sering dikaitkan dengan gangguan tidur, peneliti menduga bahwa gangguan tidur sering ditemukan pada skizofrenia.¹⁸

Penelitian menemukan bahwa hampir seperempat pasien skizofrenia menunjukkan rasa kantuk yang berlebihan di siang hari.¹⁴ Dalam penelitian yang tersedia, ditemukan kecenderungan hubungan antara durasi terapi dan kantuk berlebihan di siang hari, sehingga ada kemungkinan bahwa terapi antipsikotik kronis berkontribusi terhadap kantuk. Gangguan kepribadian telah diidentifikasi sebagai faktor klinis penting yang menentukan kantuk berlebihan di siang hari.³

Mengenai perbedaan jenis kelamin, kelompok pasien skizofrenia laki-laki dan perempuan menunjukkan pola tidur yang berbeda dibandingkan dengan kontrol yang sehat. Pasien perempuan dengan skizofrenia lebih cenderung mendukung menjadi kurang tidur dan lebih banyak gangguan tidur daripada rekan kontrol sehat, sementara kelompok laki-laki tidak berbeda dalam hal ini.¹ Pasien laki-laki dengan skizofrenia, di sisi lain, melaporkan durasi tidur yang lebih lama, disfungsi siang hari yang lebih banyak karena kurang tidur, dan kualitas tidur yang lebih buruk, dibandingkan dengan kontrol laki-laki yang sehat; sedangkan, kelompok perempuan tidak bervariasi dalam domain ini.¹⁰

Untuk latensi *onset* tidur, pasien perempuan dengan skizofrenia melaporkannya lebih lama dibandingkan dengan kontrol perempuan yang sehat, tanpa perbedaan antara kelompok laki-laki, menggunakan skor komponen. Namun, menggunakan skor mentah, pasien dengan skizofrenia pada kedua kelompok jenis kelamin melaporkan latensi *onset* tidur yang lebih lama daripada kontrol yang sehat.²¹ Dalam hal efisiensi tidur kebiasaan, tidak ada perbedaan antara pasien dan kelompok kontrol untuk kedua jenis kelamin dengan skor komponen, tetapi pasien perempuan dengan skizofrenia

melaporkan penurunan efisiensi dibandingkan dengan kontrol perempuan yang sehat. Secara keseluruhan, pasien laki-laki dan perempuan dengan skizofrenia melaporkan masalah tidur yang berbeda. Pasien perempuan dilaporkan menjadi kurang tidur, sehingga membutuhkan waktu lebih lama untuk tertidur, lebih banyak gangguan tidur, dan kurang tidur selama periode waktu mereka mencoba untuk tidur. Sebaliknya, pasien laki-laki dilaporkan tidur lebih lama, kualitas tidur lebih buruk, dan lebih sulit untuk tetap terjaga di siang hari.¹⁷

Perbedaan jenis kelamin yang dihubungkan dengan kualitas tidur yang buruk dilaporkan dalam penelitian sebelumnya pada populasi yang lebih tua, tetapi penelitian terbaru juga menemukan terdapat hubungan antara perbedaan jenis kelamin terhadap kualitas tidur pada orang dewasa muda. Namun, penelitian yang terdahulu tidak memberikan penjelasan yang ekstensif terkait perbedaan gender apakah akan tetap signifikan setelah memitigasi bias dari dampak sosiodemografis lainnya, seperti faktor gaya hidup, dan gangguan afektif pada sampel. Perbedaan jenis kelamin dan hubungannya dengan kualitas tidur terutama dikaitkan dengan kejadian gangguan afektif yang lebih tinggi pada perempuan jika dibandingkan dengan laki laki, serta kesenjangan sosial ekonomi.¹⁹ Perbedaan jenis kelamin dan kaitannya terhadap kualitas tidur tetap signifikan bahkan setelah suatu penelitian yang melihat hubungan antara kedua hal ini telah mengontrol faktor sosiodemografi, gaya hidup serta gangguan depresi. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa prevalensi depresi yang lebih tinggi pada perempuan berkontribusi pada perbedaan jenis kelamin dengan kualitas tidur yang buruk.²⁰

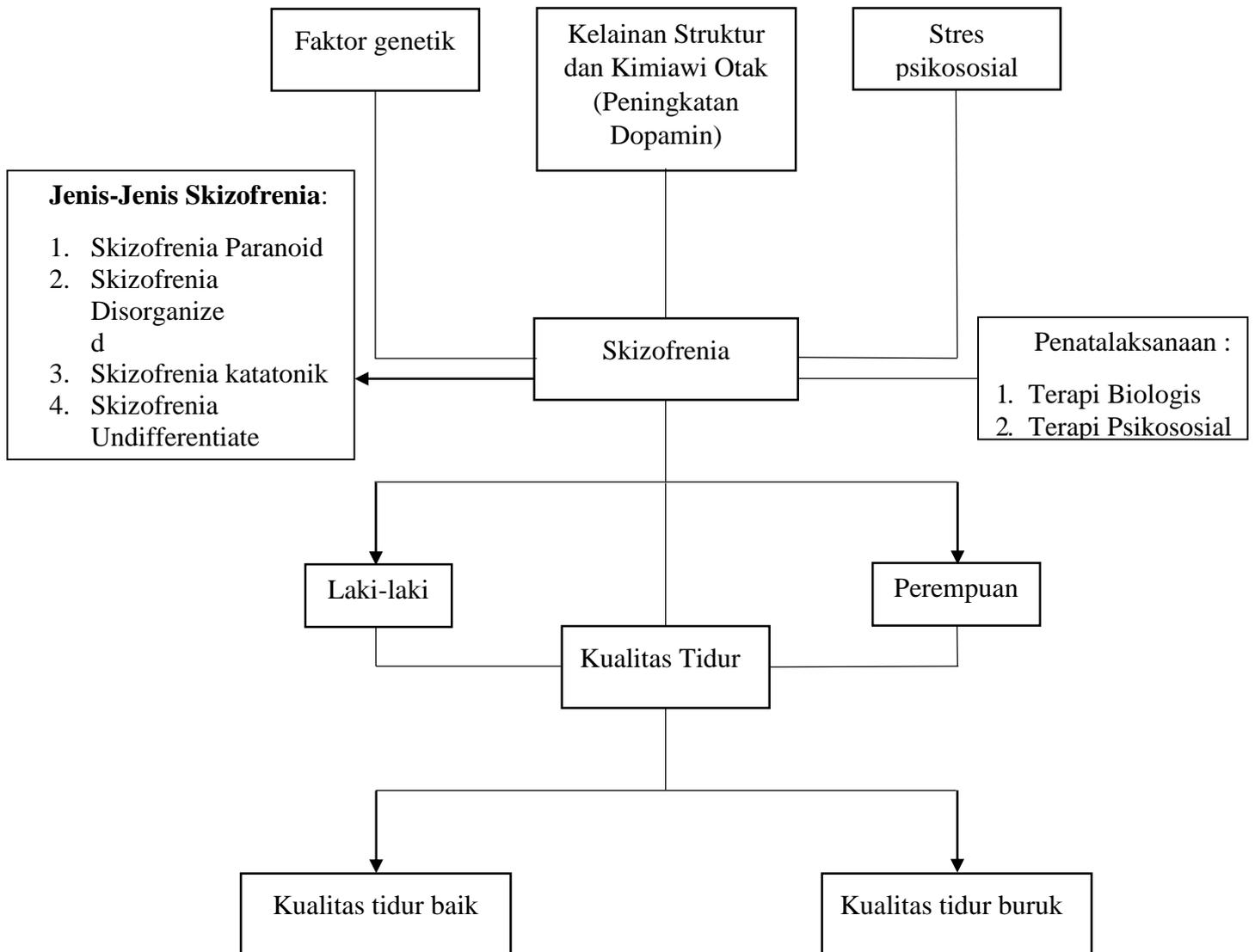
Faktor predisposisi jenis kelamin perempuan untuk kualitas tidur yang buruk mungkin didorong oleh perbedaan yang jelas dalam jumlah melatonin yang diproduksi oleh peserta laki-laki dan perempuan, dimana peningkatan produksi melatonin pada perempuan didasari oleh perbedaan dalam sintesis melatonin yang disebabkan oleh hormon seksual seperti estrogen dan progesteron, serta dijumpainya reseptor melatonin pada organ reproduksi

manusia dan dijumpai *feedback* hormon seksual secara timbal balik di kelenjar pineal yang mampu menunjukkan hubungan pengaturan hormon seksual dengan melatonin.²⁰ Selain itu, penelitian pada hewan coba menunjukkan efek stimulasi estradiol dan efek penghambatan testosteron pada sekresi melatonin dari kelenjar pineal dan selanjutnya diperburuk oleh gangguan afektif yang lebih sering terjadi pada perempuan.²³

Salah satu penjelasan yang mungkin adalah peran penjelasan steroid seks ini. Steroid seks gonad utama adalah estrogen dan progesteron pada perempuan dan testosteron pada laki-laki. Keluhan tidur biasanya terjadi bersamaan pada perempuan dengan fluktuasi steroid ovarium seperti pubertas, kehamilan, siklus menstruasi, dan periode menopause. Terapi suplementasi estrogen meningkatkan gangguan tidur pada perempuan menopause. Pada laki-laki, terapi deprivasi androgen memperburuk insomnia pada pasien kanker prostat. Sebaliknya, suplementasi testosteron dosis tinggi dikaitkan dengan pengurangan kemandirian tidur dan total waktu tidur. Singkatnya, tingkat estrogen yang rendah atau berfluktuasi secara konsisten dikaitkan dengan peningkatan terjadinya gangguan tidur termasuk insomnia pada perempuan. Namun demikian, peran kadar testosteron pada tidur laki-laki saat ini tidak pasti karena hasil yang tidak konsisten.²⁴

Penjelasan lain yang mungkin adalah peran hormon seksual pada dua jenis kelamin ini. Pengaruh androgen dan estrogen berbeda pada tidur antara perempuan dan laki-laki. Tikus jantan dan betina yang digonadektomi tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan dalam jumlah tidur NREM dan REM. Namun, suplementasi estradiol secara signifikan mengurangi waktu tidur NREM dan REM pada fase gelap pada tikus betina. Sebaliknya, alur tidur NREM dan REM tidak berubah dengan pengobatan estradiol pada tikus jantan. Oleh karena itu, perbedaan gender mungkin karena gender biologis daripada steroid seks. Prevalensi gejala mood yang lebih tinggi pada perempuan bisa menjadi alasan perbedaan gender. Kecemasan dan depresi terkait erat dengan gangguan tidur, termasuk insomnia.^{5,24}

2.4. Kerangka Teori



2.5. Kerangka Konsep Penelitian



BAB 3
METODE PENELITIAN

3.1. Definisi Operasional

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil	Skala Ukur
Independen				
Jenis kelamin pada pasien skizofrenia	Karakteristik biologis yang dilihat dari penampilan luar dan dikonfirmasi oleh rekam medis pada pasien	Rekam medis	1. Laki-laki 2. Perempuan	Kategorik
Lama pengobatan pasien skizofrenia	Waktu pengobatan sejak mendapat pengobatan pertama kali	Rekam medis	1. <1 tahun 2. >1 tahun	Kategorik
Tingkat pendidikan pasien skizofrenia	Pendidikan formal terakhir yang ditempuh oleh pasien	Wawancara	1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Perguruan tinggi	Kategorik

Dependen	Kepuasan tidur	<i>The</i>	Total skor:	Kategorik
Kualitas tidur	seseorang yang menilai tanda- tanda kekurangan tidur dan tidak mengalami masalah dalam tidurnya	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i>	Total ≤ 5 : Kualitas tidur baik Total > 5 : Kualitas tidur buruk	

3.2. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan desain *cross sectional* dimana pengambilan data hanya diambil satu kali pengambilan untuk menganalisis perbedaan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara.

3.3. Waktu dan Tempat Penelitian

3.3.1. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan dari bulan Juni 2021 sampai Desember 2021.

3.3.2. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di RS Madani Medan Sumatera Utara.

3.4. Populasi dan Sampel Penelitian

3.4.1. Populasi

Pasien skizofrenia di RS Madani Medan Sumatera Utara.

3.4.2. Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien skizofrenia di RS Madani Medan Sumatera Utara yang memenuhi kriteria inklusi selama periode Juni 2021 hingga Desember 2021.

3.4.3. Prosedur Pengambilan dan Besar Sampel

3.4.3.1. Pengambilan Data

Pasien dikonfirmasi diagnosis skizofrenia dan jenis kelaminnya melalui penampilan fisik dan data rekam medis, kemudian pengambilan data terkait kualitas tidur dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Untuk kuesioner PSQI, pengambilan data akan dilakukan dengan wawancara, yang mana peneliti sendiri yang akan mengisi kuesioner berdasarkan keterangan sampel.

3.4.3.2. Besar Sampel

Dalam menentukan besar sampel dalam penelitian *cross-sectional* ini dengan menggunakan metode rumus besar sampel untuk uji hipotesis terhadap resiko relatif:

$$P: 0,725, Q: 0,275$$

$P_1 - P_2$ = Selisih minimal proporsi yang bermakna = 30%,

$$P_2: 0,83, P_1: 0,202, Q_1: 0,38, Q_2: 0,17$$

$$n_1 = n_2 = \left(\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2}}{(P_1 - P_2)} \right)^2$$

$$n_1 = n_2 = \left(\frac{1,96\sqrt{2 \cdot 0,725 \cdot 0,275} + 0,84\sqrt{0,62 \cdot 0,38 + 0,83 \cdot 0,17}}{0,3} \right)^2$$

$$n_1 = n_2 = 35$$

Keterangan:

- Besar kesalahan tipe I (α) = 0,05
- n_1 dan n_2 = Sampel
- $Z\alpha$ = Deviat baku alfa: 1,96
- $Z\beta$ = Deviat baku: 0.84
- P_2 = Kelompok dari penelitian sebelumnya (0,83)
- Q = 1-p
- Q_1 = 1-p1

- $Q2 = 1-p2$
- $P = \frac{(p1+p2)}{2}$
- $P1-P2 =$ Selisih minimal proporsi yang bermakna

3.4.4. Kriteria Inklusi

1. Pasien di RS Madani Medan, baik laki laki dan perempuan yang berusia 15-55 tahun.
2. Terdiagnosa dengan skizofrenia dan bersedia untuk diwawancarai.
3. Kooperatif dan mampu memberikan informasi.

3.4.5. Kriteria Eksklusi

1. Pasien terdiagnosa Skizofrenia di RS Madani Medan yang *lost-to-follow up*.
2. Menunjukkan gejala gaduh gelisah saat diperiksa
3. Pasien yang menggunakan alkohol dan obat-obatan napza.

3.4.6. Identifikasi Variabel

1. Variabel bebas : Kualitas tidur
2. Variabel tergantung : Jenis kelamin pada pasien Skizofrenia

3.5. Teknik Pengumpulan Data

Pada penelitian ini data dikumpulkan berupa data primer. Data primer yang dikumpulkan meliputi:

1. Data mengenai proporsi kualitas tidur pasien skizofrenia yang berjenis kelamin laki-laki di RS Madani Medan Sumatera Utara
2. Data mengenai proporsi kualitas tidur pasien skizofrenia yang berjenis kelamin perempuan di RS Madani Medan Sumatera Utara.

Data yang digunakan dalam penelitian ini didapat dengan menggunakan kuisoner, yaitu *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*. Dimana PSQI adalah kuisoner yang baik untuk skrining gangguan tidur.

3.6. Pengolahan dan Analisis Data

3.6.1. Pengolahan Data

a. *Editing*

Mengumpulkan seluruh sampel mengisi kuesioner PSQI, serta melakukan pemeriksaan kembali data-data yang terkumpul. Peneliti menotalkan skor yang terdapat diseluruh kuesioner.

b. *Coding*

Memberikan kode untuk memudahkan proses analisis data di komputer.

c. *Entry Data*

Memasukan data ke *software* komputer untuk di analisis dengan program statistik.

3.6.2. Analisis Data

Analisis statistik deskriptif digunakan untuk data demografi. Analisis statistik analitik uji *Chi Square* atau alternatifnya adalah *Fisher* dan digunakan untuk menguji perbedaan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara.. Data hasil penelitian dianalisis secara statistik dengan bantuan program komputer *Windows SPSS (Statistical Product and Science Service)* versi 22.0 serta perbedaan dianggap bermakna secara statistik bila $p < 0,05$.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan desain *cross sectional study* yang dilakukan di RS Madani Medan Sumatera Utara setelah mendapat persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara dengan nomor: 628/KEPK/FKUMSU/2021. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara.

Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Sampel yang menjadi responden penelitian ini adalah pasien skizofrenia di RS Madani Medan Sumatera Utara yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi selama periode penelitian yaitu Juni s.d Desember 2021 yang berjumlah 70 responden. Data yang diambil dalam penelitian ini adalah data primer, menggunakan instrumen kuesioner, yang diisi dengan mewawancarai responden penelitian. Sebelum dilakukan wawancara, peneliti memberikan penjelasan mengenai penelitian kepada calon responden, kemudian jika calon responden bersedia menjadi responden maka diharuskan untuk menandatangani *informed consent*. Hasil penelitian kemudian dianalisis karakteristik demografinya dan diuji menggunakan uji *Chi Square*, yang disajikan sebagai berikut:

4.1.1. Karakteristik Demografi Responden Penelitian

Distribusi frekuensi responden penelitian yaitu pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara berdasarkan jenis kelamin, usia, kualitas tidur, tingkat pendidikan, dan lama pengobatan.

Tabel 4. 1 Karakteristik Demografi Responden Penelitian

Karakteristik Demografi	Jumlah (n)	Persentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	35	50%
Perempuan	35	50%
Usia		
15-24	6	8.6%
25-33	28	40%
35-44	23	32.9%
45-55	13	18.6%
Kualitas Tidur		
Terganggu	40	57.1%
Tidak terganggu	30	42.9%
Tingkat Pendidikan		
Tidak sekolah	7	10%
SD	18	25,7%
SMP	17	24,3%
SMA	19	27,1%
Perguruan Tinggi	9	12,9%
Lama Pengobatan		
<1 tahun	44	62.9%
>1 tahun	26	37.1%
Total	70	100%

Tabel 4.1 di atas menjelaskan bahwa responden penelitian berjenis kelamin laki- laki adalah berjumlah 35 orang (50%), dan responden penelitian yang berjenis kelamin perempuan berjumlah 35 orang (50%). Kelompok usia responden terbanyak dijumpai pada usia 25-33 tahun berjumlah 28 orang (40%), dibandingkan dengan usia 35-44 tahun yang berjumlah 23 orang (32,9%), usia 45-55 tahun berjumlah 13 orang (18,6%), dan usia 15-24 tahun berjumlah 6 orang (8,6%). Kualitas tidur terganggu pada responden dijumpai

pada 40 orang (57,1%), sedangkan kualitas tidur pada 30 orang (42,9%) responden lainnya tidak terganggu. Tingkat pendidikan terbanyak dijumpai adalah SMA yaitu pada 19 orang (27,1%), dibandingkan dengan tingkat pendidikan SD yaitu pada 18 orang (25,7%), SMP yaitu pada 17 orang (24,3%), dan perguruan tinggi pada 9 orang (12,9%), serta tidak sekolah pada 7 orang (10%). Untuk lama pengobatan, 44 orang (62,9%) menjalani pengobatan <1 tahun dan 26 orang (37,1%) menjalani pengobatan >1 tahun.

4.1.2. Proporsi Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Lama Pengobatan

Tabel 4. 2 Proporsi Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Lama Pengobatan

Lama Pengobatan	Kualitas Tidur				Total	
	Terganggu		Tidak Terganggu		n	%
	n	%	n	%		
<1 tahun	28	70	16	53,3	44	62,9
>1 tahun	12	30	14	46,7	26	37,1
Total	40	100	30	100	70	100

Tabel 4.2 di atas menjelaskan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan lama pengobatan, dijumpai kualitas tidur terganggu terbanyak pada pasien dengan lama pengobatan <1 tahun yaitu 28 orang (70%), dibandingkan dengan lama pengobatan >1 tahun yaitu pada 12 orang (30%). Berikutnya, kualitas tidur tidak terganggu dijumpai terbanyak pada pasien dengan lama pengobatan <1 tahun yaitu pada 16 orang (53,3%), dibandingkan dengan lama pengobatan >1 tahun pada 14 orang (46,7%).

4.1.3. Proporsi Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 4. 3 Proporsi Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Kualitas Tidur				Total	
	Terganggu		Tidak Terganggu		N	%
	n	%	n	%		
Tidak sekolah	2	5	5	16,7	7	10
SD	10	25	8	26,7	18	25,7
SMP	9	22,5	8	26,7	17	24,3
SMA	13	32,5	6	20	19	27,1
Perguruan tinggi	6	15	3	10	9	12,9
Total	40	100	30	100	70	100

Tabel 4.3 di atas menjelaskan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan tingkat pendidikan, kualitas tidur terganggu terbanyak dijumpai pada tingkat pendidikan SMA, SD, SMP, perguruan tinggi, dan tidak sekolah berturut-turut pada 13 orang (32,5%), 10 orang (25%), 9 orang (22,5%), 6 orang (15%), dan 2 orang (5%). Kualitas tidur tidak terganggu berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak dijumpai pada tingkat pendidikan SMP, SD, SMA tidak sekolah, dan perguruan tinggi berturut-turut yaitu pada 8 orang (26,7%), 8 orang (26,7%), 6 orang (20%), 5 orang (16,7%), dan 3 orang (10%).

4.1.4. Distribusi Skor *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI)

Tabel 4.4 Distribusi Skor *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI)

Komponen	Kategori	Jenis Kelamin				Total	
		Laki-laki		Perempuan		N	%
		n	%	n	%		
Kualitas tidur subjektif	Sangat baik	5	14,3	7	20	12	17,1
	Cukup baik	12	34,3	6	17,1	18	25,7
	Cukup buruk	10	28,6	6	17,1	16	22,9
	Sangat buruk	8	22,9	16	45,7	24	34,3
Latensi tidur	0	11	31,4	5	14,3	16	22,9
	1	14	40	13	37,1	27	38,6
	2	5	14,3	6	17,1	11	15,7
	3	5	14,3	11	31,4	16	22,9
Lama tidur malam (jam)	>7	16	45,7	13	37,1	29	41,4
	6-7	14	40	11	31,4	25	35,7
	5-6	4	11,4	4	11,4	8	11,4
	<5	1	2,9	7	20	8	11,4
Efisiensi tidur (%)	>85%	16	45,7	13	37,1	29	41,4
	75-84%	17	48,6	15	42,9	32	45,7
	65-74%	2	5,7	4	11,4	6	8,6
	<65%	0	0	3	8,6	3	4,3
Gangguan tidur	0	16	45,7	17	48,6	33	47,1
	1	16	45,7	13	37,1	29	41,4

	2	2	5,7	3	8,6	5	7,1
	3	1	2,9	2	5,7	3	4,3
	Tidak pernah dalam sebulan terakhir	35	100	35	100	70	100
Penggunaan obat tidur	1x Seminggu	0	0	0	0	0	0
	2x Seminggu	0	0	0	0	0	0
	$\geq 3x$ Seminggu	0	0	0	0	0	0
	0	4	11,4	8	22,9	12	17,1
Disfungsi siang hari	1	13	37,1	10	28,6	23	32,9
	2	13	37,1	8	22,9	21	30
	3	5	14,3	9	25,7	14	20
Total	>5	18	51,4	22	62,9	40	100
	≤ 5	17	48,6	13	37,1	30	100

Tabel 4.4 di atas menjelaskan distribusi skor *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* pada masing-masing komponen berdasarkan jenis kelamin. Untuk kualitas tidur secara subjektif pada responden laki-laki terbanyak dijumpai cukup baik pada 12 orang (34,3%), dibandingkan dengan kualitas tidur subjektif cukup buruk pada 10 orang (28,6%), sangat buruk pada 8 orang (22,9%), dan sangat baik, yaitu pada 5 orang (14,3%). Sedangkan kualitas tidur secara subjektif pada responden perempuan terbanyak dijumpai sangat buruk pada 16 orang (45,7%), dibandingkan dengan kualitas tidur subjektif sangat baik pada 7 orang (20%), cukup buruk pada 6 orang (17,1%), dan cukup baik yang juga pada 6 orang (17,1%).

Berikutnya komponen latensi tidur pada responden berjenis kelamin laki-laki terbanyak dijumpai mengalami latensi tidur pada 24 orang (68,6%), sedangkan 11 orang (31,4%) lainnya tidak mengalami latensi tidur. Sementara

itu, latensi tidur pada responden perempuan terbanyak dijumpai mengalami latensi tidur pada 30 orang (85,7%), sedangkan 5 orang (14,3%) lainnya tidak mengalami latensi tidur.

Untuk komponen lama tidur malam pada responden laki-laki terbanyak dijumpai lama tidur malam selama >7 jam pada 16 orang (45,7%), dibandingkan dengan lama tidur 6-7 jam pada 14 orang (40%), 5-6 jam pada 4 orang (11,4%), dan lama tidur malam selama <5 jam pada 1 orang (2,9%). Pada jenis kelamin perempuan, dijumpai lama tidur malam terbanyak selama >7 jam yaitu pada 13 orang (37,1%), dibandingkan dengan lama tidur 6-7 jam pada 11 orang (31,4%), <5 jam pada 7 orang (20%) dan lama tidur malam selama 5-6 jam pada 4 orang (11,4%).

Berikutnya adalah komponen efisiensi tidur, dimana untuk responden berjenis kelamin laki-laki dijumpai terbanyak memiliki efisiensi tidur 75-84% pada 17 orang (48,6%), dibandingkan dengan efisiensi tidur >85% pada 16 orang (45,7%), dan 65-74% pada 2 orang (5,7%), serta tidak ada responden laki-laki yang memiliki efisiensi tidur <65%. Sedangkan pada responden berjenis kelamin perempuan dijumpai terbanyak memiliki efisiensi tidur 75-84% pada 15 orang (42,9%), dibandingkan dengan efisiensi tidur >85% pada 13 orang (37,1%), 65-74% pada 4 orang (11,4%), dan efisiensi tidur <65% yang dijumpai pada 3 orang (8,6%).

Komponen PSQI selanjutnya, adalah komponen gangguan tidur, dimana pada responden berjenis kelamin laki-laki dijumpai mengalami gangguan tidur pada 19 orang (54,3%), sedangkan 16 orang (45,7%) lainnya tidak mengalami gangguan tidur. Sementara itu, gangguan tidur pada responden perempuan dijumpai pada 18 orang (51,4%), dan 17 orang (48,6%) lainnya tidak mengalami gangguan tidur.

Untuk komponen penggunaan obat tidur pada semua responden tidak pernah menggunakan obat tidur dalam sebulan terakhir.

Komponen PSQI yang terakhir adalah disfungsi siang hari, dimana pada responden berjenis kelamin laki-laki dijumpai mengalami disfungsi siang hari pada 31 orang (88,6%), sedangkan 4 orang (11,4%) lainnya tidak mengalami disfungsi pada siang hari. Sementara itu, pada responden perempuan dijumpai pada siang hari dijumpai pada 27 orang (77,1%), dan 8 orang (22,9%) lainnya tidak mengalami disfungsi pada siang hari.

Secara keseluruhan skor PSQI ≤ 5 diinterpretasikan dengan kualitas tidur tidak terganggu dijumpai pada 30 orang (42,9%), dan skor > 5 diinterpretasikan dengan kualitas tidur yang terganggu dijumpai pada 40 orang (57,1%).

4.1.5. Karakteristik Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4. 5 Karakteristik Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Kualitas Tidur		Nilai p
	Terganggu n(%)	Tidak Terganggu n(%)	
Laki-laki	18 (51.4%)	17 (48.6%)	0.334
Perempuan	22 (62.9%)	13 (37.1%)	
Total	40 (57.1%)	30 (42.9%)	

**Chi-Square test*

Tabel 4.5 di atas menjelaskan bahwa kualitas tidur responden penelitian berjenis kelamin laki-laki dengan kualitas tidur terganggu dijumpai pada 18 orang (51.4%), dan kualitas tidur yang tidak terganggu dijumpai pada 17 orang (48.6%). Pada responden penelitian berjenis kelamin perempuan dengan kualitas tidur terganggu dijumpai pada 22 orang (62.9%) dan kualitas tidur yang tidak terganggu dijumpai pada 13 orang (37.1%). Nilai p dijumpai sebesar 0.334 yang dimaknai tidak terdapat perbedaan signifikan pada kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara (Hipotesis penelitian ditolak).

4.2. Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien skizofrenia berdasarkan kelompok usia yang terbanyak dijumpai adalah 25-33 tahun berjumlah 28 orang (40%), dan 35-44 tahun yang berjumlah 23 orang (32,9%). Hasil penelitian ini sedikit berbeda dengan penelitian di tahun 2020 yang menyatakan bahwa kelompok usia pasien skizofrenia yang terbanyak dijumpai adalah 35-44 tahun berjumlah 12.807 (30,5%) orang, 45-54 tahun berjumlah 11.277 (26,9%) orang, dan kelompok usia 25-34 tahun yang berjumlah 3.090 (20,3%) orang.²⁵ Tingginya prevalensi skizofrenia pada kelompok usia 35-44 tahun diperkirakan terjadi karena *onset* skizofrenia umumnya terjadi pada dekade kedua atau ketiga kehidupan, dengan *onset* penyakit pada laki-laki 1,5 tahun lebih awal dibandingkan dengan perempuan. Dalam penelitian ini juga disebutkan bahwa puncak insidensi skizofrenia sedikit berbeda antara laki-laki dan perempuan.^{11,26}

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas tidur terganggu pada responden dijumpai pada 40 orang (57,1%), sedangkan kualitas tidur pada 30 orang (42,9%) responden lainnya tidak terganggu. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menemukan bahwa kelompok skizofrenia memiliki durasi tidur optimal yang lebih sedikit, dan kualitas tidur yang lebih buruk dibandingkan dengan kelompok pembanding tanpa penyakit psikiatri.¹⁹ Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian pada tahun 2020 yang menemukan bahwa gangguan tidur dijumpai pada 57,4% pasien skizofrenia, sementara 42,6% lainnya tidak mengalami gangguan tidur.²⁰ Sekitar 30-80% pasien skizofrenia mengalami beberapa bentuk gangguan tidur.¹⁴ Kualitas tidur merupakan komponen kompleks yang terkait dengan kualitas hidup seseorang. Kualitas tidur yang buruk merupakan gejala yang sering muncul dan merupakan konsekuensi dari penyakit-penyakit psikiatri.²⁷ Gangguan tidur pada pasien skizofrenia dikaitkan dengan adanya hiperaktivitas sistem dopaminergik yang merupakan patofisiologi utama penyebab skizofrenia dan secara lebih lanjut akan memunculkan gejala klinis, baik gejala positif maupun gejala negatif pada pasien skizofrenia.^{28,29}

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden yang merupakan pasien skizofrenia di RS Madani Medan Sumatera Utara terbanyak dijumpai adalah SMA yaitu 19 orang (27,1%), SD yaitu 18 orang (25,7%), dan SMP yaitu 17 orang (24,3%). Hasil penelitian ini sedikit berbeda dengan penelitian di Cina pada tahun 2021 yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan pasien skizofrenia terbanyak adalah *junior high school* yaitu 147 orang (33,9%), *senior high school or equivalent* sebanyak 115 orang (26,6%), kemudian *tertiary degree or above* yaitu 92 orang (21,2%), dan tingkat pendidikan pasien skizofrenia yang paling sedikit dijumpai adalah *none or peimary school* sebanyak 79 orang (18,2%).³⁰ Hasil penelitian ini juga sedikit berbeda dengan penelitian di Pusat Kesehatan Universitas Jimma, Ethiopia tahun 2020 yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan pasien skizofrenia yang terbanyak dijumpai adalah *primary* pada 137 orang (33,3%), diikuti oleh *secondary* pada 110 orang (26,8%), *no formal education* pada 94 orang (22,9%), dan *above secondary* pada 70 orang (17%).³¹ Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin tinggi pula tingkat kesehatan kognitifnya. Selain itu, tingginya tingkat pendidikan seseorang dikaitkan dengan penurunan risiko skizofrenia. Tingkat pendidikan juga terbukti meningkatkan kreativitas dan kontrol diri seseorang. Efek tingkat pendidikan terhadap kejadian skizofrenia berdasarkan jenis kelamin lebih banyak dijumpai pada perempuan dibandingkan pada laki-laki, selain karena *onset* skizofrenia yang terjadi sedikit lebih lambat pada perempuan, perempuan juga cenderung memiliki lebih sedikit permasalahan sosioekonomi seperti pendapatan dan kekuasaan yang dapat berkontribusi terhadap kesehatan mental dibandingkan dengan laki-laki.³²

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan lama pengobatan, dijumpai kualitas tidur terganggu terbanyak pada pasien dengan lama pengobatan <1 tahun yaitu 28 orang (70%), dan kualitas tidur tidak terganggu dijumpai terbanyak pada pasien dengan lama pengobatan <1 tahun yaitu pada 16 orang (53,3%). Durasi pengobatan pasien skizofrenia tidak berhubungan dengan kualitas tidur.

Sebuah penelitian di Qatar pada tahun 2020 menyatakan bahwa pasien skizofrenia yang tidak mendapatkan terapi memiliki durasi tidur yang lebih pendek dibandingkan dengan yang mendapatkan terapi.²¹ Penggunaan obat antipsikotik sebagai terapi pada pasien skizofrenia berkaitan dengan kualitas tidur pasien yang lebih stabil karena adanya efek sedasi yang ditimbulkan dari obat-obatan tersebut. Seringkali pasien skizofrenia diberi obat antipsikotik dengan efek sedasi yang kuat sehingga dapat memperbaiki kualitas tidur pasien. Kepatuhan pasien dalam minum obat antipsikotik yang adekuat dan teratur terbukti memiliki efek positif pada kualitas tidur pasien skizofrenia dengan cara meningkatkan efisiensi tidur dan lama (durasi) tidur, menurunkan latensi tidur, dan menormalisasi siklus bangun tidur yang lebih lambat. Sementara itu, apabila konsumsi obat antipsikotik dihentikan secara tiba-tiba maka akan terjadi perubahan siklus tidur yang menyebabkan penurunan kualitas tidur pasien skizofrenia.²⁹

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan tingkat pendidikan, kualitas tidur terganggu terbanyak dijumpai pada tingkat pendidikan SMA, SD, dan SMP berturut-turut pada 13 orang (32,5%). Sementara itu, kualitas tidur tidak terganggu berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak dijumpai pada tingkat pendidikan SMP dan SD yaitu masing-masing pada 8 orang (47,1%). Kualitas tidur berkorelasi dengan tingkat pendidikan. Kinerja kognitif otak untuk tingkat pendidikan yang lebih rendah di antara perempuan dapat digambarkan oleh tekanan sosial yang lebih rendah untuk pencapaian pendidikan yang lebih tinggi, terutama karena tekanan budaya yang berbeda yang diberikan pada laki-laki dan perempuan. Sebuah penelitian pada tahun 2020 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih rendah menjadi prediktor *outcome* yang lebih buruk. Dalam penelitian ini, gangguan tidur dijumpai pada perempuan yang berusia lebih tua dan memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah.²¹

Skor PSQI dari masing-masing komponen dalam penelitian ini diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin responden penelitian, dimana untuk

komponen kualitas tidur subjektif pada responden laki-laki terbanyak dijumpai cukup baik yaitu pada 12 orang (34,3%), dan pada responden perempuan kualitas tidur subjektif terbanyak dijumpai sangat buruk pada 16 orang (45,7%). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian pada tahun 2019 yang melaporkan bahwa pasien skizofrenia berjenis kelamin laki-laki memiliki kualitas tidur subjektif yang buruk dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat.³⁴ Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan sebuah penelitian pada tahun 2020 yang menyatakan bahwa secara keseluruhan kualitas tidur subjektif pasien skizofrenia yang menjalani perawatan dijumpai terbanyak adalah cukup baik yaitu pada 147 orang (35,8%), sangat baik pada 109 orang (26,5%), cukup buruk pada 95 orang (23,1%), dan sangat buruk pada 60 orang (14,6%).²⁰

Berikutnya komponen latensi tidur pada responden berjenis kelamin laki-laki dijumpai mengalami latensi tidur pada 24 orang (68,6%), sedangkan latensi tidur pada responden perempuan dijumpai pada 30 orang (85,7%). Hasil penelitian ini sejalan dengan satu penelitian yang melaporkan bahwa pasien skizofrenia berjenis kelamin laki-laki dan perempuan mengalami latensi tidur yang lebih panjang dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat.³⁴ Sementara itu, hasil penelitian ini cukup berbeda dengan hasil penelitian lain yang melaporkan bahwa secara keseluruhan latensi tidur pada pasien skizofrenia yang menjalani perawatan adalah cukup baik pada 122 orang (29,7%), sangat buruk pada 107 orang (26%), sangat baik pada 100 orang (24,3%), dan cukup buruk pada 82 orang (20%).²⁰

Untuk komponen lama tidur malam pada responden laki-laki terbanyak dijumpai tidur malam selama >7 jam yaitu pada 16 orang (55,2%), dan pada responden perempuan dijumpai tidur malam terbanyak juga selama >7 jam yaitu pada 13 orang (44,8%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa pasien skizofrenia berjenis kelamin laki-laki memiliki lama (durasi) tidur yang lebih panjang dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat, dan tidak

ada perbedaan lama tidur malam pada pasien skizofrenia berjenis kelamin perempuan dengan kelompok kontrol yang sehat.³⁴ Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian di Ethiopia pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa secara keseluruhan lama tidur malam pasien skizofrenia yang menjalani perawatan terbanyak dijumpai adalah >7 jam pada 154 orang (37,5%), 6-7 jam pada 142 orang (34,5%), 5-6 jam pada 66 orang (16,1%), dan <5 jam pada 49 orang (11,9%).²⁰

Berikutnya adalah komponen efisiensi tidur, dimana untuk kedua jenis kelamin responden laki-laki dan perempuan dijumpai terbanyak memiliki efisiensi tidur 75-84% secara berurutan pada 17 orang (48,6%), dan pada 15 orang (42,9%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Amerika Serikat pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa tidak ada perbedaan efisiensi tidur antara pasien skizofrenia berjenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan kelompok kontrol yang sehat.³⁴ Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian lain yang dilakukan pada tahun 2020 yang menyatakan bahwa secara keseluruhan efisiensi tidur pasien skizofrenia yang menjalani perawatan adalah >85% pada 134 orang (32,6%), 75-84% pada 131 orang (31,9%), 65-74% pada 79 orang (19,2%), dan <65% pada 67 orang (16,3%).²⁰

Komponen PSQI selanjutnya, adalah komponen gangguan tidur, dimana pada responden berjenis kelamin laki-laki dijumpai mengalami gangguan tidur pada 19 orang (54,3%), sedangkan responden perempuan dijumpai mengalami gangguan tidur pada 18 orang (51,5%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Amerika Serikat pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa kelompok pasien skizofrenia mengalami peningkatan gangguan tidur pada kedua jenis kelamin dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat. Masih dalam penelitian yang sama, pasien skizofrenia berjenis kelamin perempuan lebih banyak mengalami gangguan tidur dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat.³⁴ Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian lain yang dilakukan pada tahun 2020 yang

melaporkan bahwa secara keseluruhan sebanyak 295 orang (71,8%) pasien skizofrenia yang menjalani perawatan mengalami gangguan tidur.²⁰

Selanjutnya komponen PSQI berupa penggunaan obat tidur, dimana untuk kedua jenis kelamin responden laki-laki dan perempuan seluruhnya dijumpai tidak pernah menggunakan obat tidur dalam satu bulan terakhir. Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan Pusat Kesehatan Universitas Jimma, Ethiopia tahun 2020 yang menyatakan bahwa sebanyak 210 (51,1%) pasien skizofrenia menggunakan obat tidur dalam satu bulan terakhir dan 201 (48,9%) pasien skizofrenia tidak menggunakan obat tidur dalam satu bulan terakhir.³¹ Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian lain yang dilakukan pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa sebanyak 222 (54%) pasien skizofrenia yang mendapatkan perawatan menggunakan obat tidur, dan 189 (46%) lainnya tidak menggunakan obat tidur.²⁰

Komponen PSQI yang terakhir adalah disfungsi siang hari, dimana pada responden berjenis kelamin laki-laki dan perempuan dijumpai terbanyak mengalami disfungsi siang hari secara berurutan yaitu pada 31 orang (88,5%), dan pada 27 orang (77,2%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Amerika Serikat pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa pasien skizofrenia lebih banyak mengalami disfungsi siang hari dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat, dan pasien skizofrenia berjenis kelamin laki-laki lebih banyak mengalami disfungsi siang hari dibandingkan dengan pasien skizofrenia berjenis kelamin perempuan.³⁴

Skor total PSQI responden ≤ 5 yang diinterpretasikan dengan kualitas tidur tidak terganggu dijumpai pada 30 orang (42,9%), dan skor >5 yang diinterpretasikan dengan kualitas tidur yang terganggu dijumpai pada 40 orang (57,1%). Skor total PSQI berdasarkan jenis kelamin dijumpai kualitas tidur terganggu terbanyak pada jenis kelamin perempuan yaitu 22 orang (62,9%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Amerika Serikat pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa pasien skizofrenia 2,762 kali lebih banyak

memiliki kualitas tidur yang terganggu dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat. Penelitian ini juga melaporkan bahwa pasien skizofrenia berjenis kelamin perempuan 7,364 kali lebih banyak memiliki kualitas tidur yang terganggu dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat.³⁴

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian tahun 2020 yang melaporkan bahwa secara keseluruhan sebanyak 236 orang (57,4%) pasien skizofrenia yang menjalani perawatan memiliki kualitas tidur yang terganggu, dan 175 orang (42,6%) lainnya memiliki kualitas tidur yang tidak terganggu.²⁰ Penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 2020 yang menyebutkan bahwa kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin laki-laki dengan skor masing-masing komponen PSQI dengan lama (durasi) tidur yang lebih panjang, kualitas tidur yang lebih buruk, dan disfungsi siang hari yang lebih dominan. Sementara itu, kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin perempuan dengan skor masing-masing komponen PSQI adalah latensi tidur yang lebih panjang, gangguan tidur yang lebih banyak, dan efisiensi tidur yang berkurang.³⁴

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas tidur terganggu terbanyak dijumpai pada responden berjenis kelamin perempuan yaitu pada 22 orang (62.9%), dan kualitas tidur yang tidak terganggu terbanyak dijumpai pada responden berjenis kelamin laki-laki yaitu 17 orang (48.6%). Nilai p dijumpai sebesar 0.334 yang dimaknai tidak terdapat perbedaan signifikan pada kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara. Gangguan tidur dan berkurangnya kualitas tidur merupakan keluhan yang paling sering muncul pada orang dengan gangguan mental, dimana 30-80% dari pasien skizofrenia mengalami gangguan tidur dan mengalami latensi tidur, yang kemudian dapat menyebabkan kelelahan fisik, mental, dan juga emosional pada pasien. Gangguan tidur pada pasien skizofrenia muncul terlebih dahulu sebelum gejala psikosis pada pasien yang baru didiagnosis, dan berhubungan dengan pengobatan, penyakit kronis, kesehatan mental yang buruk, dan juga mortalitas. Selain itu, banyaknya

gejala klinis pada skizofrenia juga berkontribusi terhadap kualitas tidur yang buruk pada pasien skizofrenia. Gejala positif seperti halusinasi dan delusi pada pasien skizofrenia menyebabkan pasien merasa takut dan sulit untuk memulai tidur, sehingga akan terjaga lebih lama dan mengalami penurunan kualitas tidur. Sementara itu, gejala negatif pada skizofrenia seperti kecemasan dan depresif dapat menyebabkan mimpi buruk yang persisten, sehingga memengaruhi kualitas tidur pasien. Lebih lanjut, gejala positif berhubungan dengan gangguan tidur, disfungsi siang hari, dan kualitas tidur pasien. Halusinasi dan paranoid pada pasien berhubungan dengan gangguan tidur dan juga kualitas tidur yang buruk.²⁰ Perbedaan jenis kelamin dan hubungannya dengan kualitas tidur terutama dikaitkan dengan kejadian gangguan afektif yang lebih tinggi pada perempuan jika dibandingkan dengan laki-laki, serta kesenjangan sosial ekonomi.²³ Selain itu, prevalensi depresi yang lebih tinggi pada jenis kelamin perempuan berkontribusi pada perbedaan jenis kelamin dengan kualitas tidur yang buruk.²⁰ Tingginya prevalensi kualitas tidur yang buruk pada pasien skizofrenia yang berjenis kelamin perempuan juga dapat dikaitkan dengan adanya pengaruh hormon steroid seks pada kedua jenis kelamin. Steroid seks gonad utama adalah estrogen dan progesteron pada perempuan dan testosteron pada laki-laki. Tingkat estrogen yang rendah atau berfluktuasi secara konsisten dikaitkan dengan peningkatan terjadinya gangguan tidur termasuk insomnia pada perempuan.²⁴ Kualitas tidur pasien skizofrenia juga dapat menjadi indikator penting untuk perbaikan atau perburukan penyakit pada jenis kelamin laki-laki dan perempuan, sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai hal ini.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di lingkungan RS Madani Medan, Sumatera Utara mengenai perbedaan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara, maka dapat disimpulkan:

1. Nilai p dijumpai sebesar 0.334 yang dimaknai tidak terdapat perbedaan signifikan pada kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara.
2. Kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan lama pengobatan, dijumpai kualitas tidur terganggu dan tidak terganggu terbanyak pada pasien dengan lama pengobatan <1 tahun dibandingkan dengan lama pengobatan >1 tahun. Lama pengobatan pasien skizofrenia tidak berhubungan dengan kualitas tidur.
3. Kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan tingkat pendidikan, kualitas tidur terganggu terbanyak dijumpai pada tingkat pendidikan SMA, SD, SMP, perguruan tinggi, dan tidak sekolah. Sementara itu, kualitas tidur tidak terganggu berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak dijumpai pada tingkat pendidikan SMP, SD, SMA, tidak sekolah, dan perguruan tinggi.
4. Kualitas tidur responden berdasarkan jenis kelamin sesuai komponen kuesioner PSQI dalam penelitian ini didapatkan untuk komponen kualitas tidur subjektif pasien berjenis kelamin laki-laki memiliki kualitas tidur subjektif yang dominan cukup baik, sementara pasien berjenis kelamin perempuan dominan mengalami kualitas tidur subjektif yang sangat buruk. Pada komponen latensi tidur, pasien berjenis kelamin laki-laki dan perempuan dominan mengalami latensi tidur. Komponen lama (durasi) tidur malam dijumpai

dominan >7 jam pada kedua jenis kelamin. Komponen efisiensi tidur dijumpai dominan sebesar 75-84% baik pada pasien laki-laki maupun pasien perempuan. Pada komponen gangguan tidur dijumpai pasien laki-laki dan perempuan mengalami gangguan tidur. Berikutnya komponen penggunaan obat tidur baik pada laki-laki maupun perempuan dalam penelitian ini dominan tidak menggunakan obat tidur dalam sebulan terakhir. Komponen terakhir adalah disfungsi siang hari yang dominan dijumpai pada pasien laki-laki dibandingkan pada pasien perempuan.

5.2. Saran

Dari seluruh proses penelitian yang telah dilakukan peneliti dalam melaksanakan penelitian ini, maka peneliti memberikan beberapa saran kepada peneliti selanjutnya yaitu:

1. Meskipun dalam penelitian ini tidak didapatkan perbedaan signifikan pada kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara, klinisi tetap harus mempertimbangkan aspek kualitas tidur yang dapat mempengaruhi fungsi sosial pasien.
2. Hendaknya klinisi tidak hanya memperhatikan gejala psikotik saja, tetapi juga memperhatikan dampak yang diakibatkan gangguan tidur.
3. Sebaiknya dilakukan penelitian lebih lanjut terkait hubungan antara kualitas tidur dengan faktor yang mempengaruhi pasien skizofrenia seperti latar belakang sosiokultur, jenis antipsikotik, dan juga kualitas hidup yang dapat dinilai dengan indikator *Quality of Life* (QoL) menggunakan cakupan sampel yang lebih besar, dan variabel yang dinilai beragam sehingga dapat tercapai penjabaran hasil yang lebih baik.
4. Diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat sebagai acuan dan referensi untuk penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nasution AA, Nuralita NS. Hubungan Perilaku Merokok dengan Tingkat Simptom Depresi di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan. *Jurnal Pandu Husada*. 2020;1(3).
2. Farah FH. Schizophrenia : An Overview. *Asian Journal of Pharmaceutics*. 2018;3(August 2018):77–9.
3. Li R, Wang G, Yang J, Wang C. Why sex differences in schizophrenia? *2017;1(1):37–42*.
4. Andira S. Nuralita NS. Pengaruh Perbedaan Jenis Kelamin terhadap Simtom Depresi Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. M. Ildrem Kota Medan Sumatera Utara pada Tahun 2017. *Buletin Farmatera*. 2018;3(2).
5. Chen MH, Korenic SA, Wickwire EM, Andrea S, Hong LE, Rowland LM, et al. Sex Differences in Subjective Sleep Quality Patterns in Schizophrenia. *Behavioral Sleep Medicine*. 2019;0(00):1–12.
6. Siregar S. Nuralita NS. Gambaran Tingkat Kepatuhan Minum Obat berdasarkan Faktor Demografi pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. M. Ildrem Medan. *Ibnu Sina Biomedika*. 2018;2(2).
7. Nuralita NS, Camellia V, Loebis B. Relationship between Caregiver Burden and Expressed Emotion in Families of Schizophrenic Patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(16):2583-2589. Published 2019 Aug 20. doi:10.3889/oamjms.2019.394
8. Idaiani S, Yunita I, Tjandrarini DH, Indrawati L, Darmayanti I, Kusumawardani N. Prevalensi Psikosis di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar. *Riset Kesehatan Dasar*. 2019;3(1):9–16.
9. Fahrudin HW. Efektivitas Penyuluhan Penanganan dan Penatalaksanaan Orang dalam Gangguan Jiwa (ODGJ) di Kecamatan Karangjati. Universitas Sebelas Maret. 2018;

10. Waite F, Sheaves B, Isham L, Reeve S, Freeman D. Sleep and schizophrenia: From epiphenomenon to treatable causal target. *Schizophrenia Research*. 2020;221:44–56.
11. Pu C, Qiu Y, Zhou T, Yang F, Lu Z, Wang C, et al. Gender differences of neurocognitive functioning in patients with first-episode schizophrenia in China. *Comprehensive Psychiatry*. 2019;95:152132.
12. Yaqoot F, Suhail D, Jake N. Exploring Gender Difference in Sleep Quality of Young Adults: Findings from a Large Population Study. *Clinical Medicine & Research*. 2016;14(3):138–44.
13. Ruiz JC, Fuentes I, Dasi C, Navarro M. Gender differences on the WAIS-IV in patients with schizophrenia. 2021;44(1).
14. Costa R, Bastos T, Probst M, Seabra A, Vilhena E, Corredeira R. Sleep quality in patients with schizophrenia: The relevance of physical activity. *Mental Health and Physical Activity*. 2018;14:140-45
15. Campos EDM, Melo CM, Maia WS, Felipe P, Bruin C De, Ponte L, et al. Sleep disturbances and gender differences in schizophrenia. 2008;1(9):27–30.
16. Ong WJ, Tan XW, Shahwan S, Satghare P, Cetty L, Ng BT, et al. Association between sleep quality and domains of quality of life amongst patients with first episode psychosis. 2020;3:1–9.
17. Tang J, Liao Y, Kelly BC, Xie L, Xiang Y, Qi C, et al. Gender and Regional Differences in Sleep Quality and Insomnia: A General Population-based Study in Hunan Province of China. *Nature Publishing Group*. 2017;(August 2016):1–9.
18. Noort M Van Den. *Schizophrenia and Sleep Disorders: An Introduction*. 2018;1–5.
19. Lee EE, Ancoli-israel S, Eyler LT, Tu XM, Palmer BW, Irwin MR, et al. Sleep Disturbances and Inflammatory Biomarkers in Schizophrenia: Focus on Sex Differences. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018;1–11.

20. Dule A, Ahmed G, Tessema W, Soboka M. Sleep Quality in Schizophrenia. 2020;4:57–64.
21. Kiwan N, Mahfoud Z, Ghuloum S, Chamali R, Yehya A, Hammoudeh S. Self-Reported Sleep and Exercise Patterns in Patients with Schizophrenia : a Cross-Sectional Comparative Study. 2020;366–77.
22. Salahuddin M, Maru TT, Kumalo A, Pandi-perumal SR, Bahammam AS, Manzar D. Validation of the Pittsburgh sleep quality index in community dwelling Ethiopian adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017;1–7.
23. Gunn P, Davies SK, Gunn PJ, Middleton B, Davies SK, Revell VL, et al. Sex differences in the circadian profiles of melatonin and cortisol in plasma and urine matrices under constant routine conditions. 2016;(January).
24. Kyung Y, Id L, Choi YH, Chu MK, Mo J, Id N, et al. Gender differences influence over insomnia in Korean population : A cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2020;1–14.
25. Orrico-Sánchez A, López-Lacort M, Muñoz-Quiles C, Sanfélix-Gimeno G, Díez-Domingo J. Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):149. Published 2020 Apr 5. doi:10.1186/s12888-020-02538-8
26. Daseking, M., Petermann, F., & Waldmann, H.-C. (2017). Sex differences in cognitive abilities: Analyses for the German WAIS-IV. *Personality and Individual Differences*, 114, 145-150. doi: 10.1016/j.paid.2017.04.003
27. Ong WJ, Tan XW, Shahwan S, et al. Association between sleep quality and domains of quality of life amongst patients with first episode psychosis. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):114. Published 2020 Apr 29. doi:10.1186/s12955-020-01367-3
28. Kaskie RE, Graziano B, Ferrarelli F. Schizophrenia and sleep disorders: links, risks, and management challenges. *Nat Sci Sleep*. 2017;9:227-239. Published 2017 Sep 21. doi:10.2147/NSS.S121076
29. Sitawati, A. D., Soetjipto. Association between drug compliance levels with sleep quality of schizophrenic patients. *EurAsian Journal of BioSciences*. 2020: 14(1), 1733-1737.

30. Peng X, Wang S, Bi J, et al. Gender differences in socio-demographics, clinical characteristic and quality of life in patients with schizophrenia: A community-based study in Shenzhen. *Asia Pac Psychiatry*. 2021;13(2):e12446. doi:10.1111/appy.12446
31. Dule, A., Mohammedhusein, M., Hajure, M. Impact of Sleep Disturbances on the Quality of Life Among Schizophrenic Out-patients of Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia: Hospital Based Cross-sectional Study. *The Open Public Health Journal*. 2020: 13;684-691. doi: 10.2174/1874944502013010684
32. Luo Y, Pang L, Zhao Y, Guo C, Zhang L, Zheng X. Gender difference in the association between education and schizophrenia in Chinese adults. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):296. Published 2020 Jun 12. doi:10.1186/s12888-020-02700-2
33. Roder, V., & Müller, D. R. (2015). INT-Integrated Neurocognitive Therapy for Schizophrenia Patients. Springer International Publishing Switzerland.
34. Chen MH, Korenic SA, Wickwire EM, Wijtenburg SA, Hong LE, Rowland LM. Sex Differences in Subjective Sleep Quality Patterns in Schizophrenia. *Behav Sleep Med*. 2020;18(5):668-679. doi:10.1080/15402002.2019.1660168

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Calon Responden Penelitian

LEMBAR PENJELASAN CALON RESPONDEN PENELITIAN

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Perkenalkan, nama saya Zulhilmi, mahasiswa program studi Pendidikan dokter (S1) di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Saya sedang melakukan penelitian yang berjudul **“PERBEDAAN KUALITAS TIDUR PASIEN SKIZOFRENIA BERDASARKAN JENIS KELAMIN DI RS MADANI MEDAN SUMATERA UTARA”**.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara. Adapun manfaat dari penelitian ini adalah sebagai masukan bagi peneliti dan klinisi mengenai kualitas tidur pasien skizofrenia.

Pada penelitian ini saya akan melakukan pengumpulan data mengenai proporsi kualitas tidur pasien skizofrenia yang berjenis kelamin laki-laki di RS Madani Medan Sumatera Utara, serta data mengenai proporsi kualitas tidur pasien skizofrenia yang berjenis kelamin perempuan di RS Madani Medan Sumatera Utara. Data yang digunakan dalam penelitian ini didapat dengan menggunakan kuisoner, yaitu *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*. Dimana PSQI adalah kuesioner yang baik untuk skrining gangguan tidur. Pada lazimnya penelitian ini tidak akan menimbulkan hal-hal yang berbahaya bagi Bapak/ Ibu sekalian. Setelah itu saya akan mencatat hasil data kedalam lembar penilaian. Setiap data yang ada

dalam penelitian ini akan dirahasiakan dan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Partisipasi dari responden bersifat sukarela dan tanpa adanya paksaan. Apabila membutuhkan penjelasan lebih lanjut maka dapat menghubungi saya :

Nama : Zulhilmi

Alamat : The Sommerset Regency, D7, Sunggal, Medan

No. HP : 081318888080

Terimakasih saya ucapkan kepada responden yang telah ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan para responden dalam penelitian ini akan menyumbangkan hal yang sangat berguna bagi ilmu pengetahuan.

Setelah memahami berbagai hal menyangkut penelitian ini diharapkan para responden bersedia mengisi lembar persetujuan yang telah saya persiapkan.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Medan, November 2021

Peneliti,

Zulhilmi

Lampiran 2. Lembar *Informed Consent*

INFORMED CONSENT

(LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

No. HP :

Menyatakan bersedia menjadi responden kepada:

Nama : Zulhilmi

NPM : 1808260052

Instansi : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Setelah mendapatkan penjelasan secara jelas dan terperinci mengenai tujuan dan manfaat penelitian yang berjudul “**PERBEDAAN KUALITAS TIDUR PASIEN SKIZOFRENIA BERDASARKAN JENIS KELAMIN DI RS MADANI MEDAN SUMATERA UTARA**”, serta penggunaan data yang diperoleh dari saya, maka dengan ini saya menyatakan bahwasanya saya bersedia dengan sukarela menjadi responden dalam penelitian ini.

Medan,.....2021

Responden,

()

Lampiran 3. Lembar Kuesioner Penelitian

KUESIONER KUALITAS TIDUR *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*

1. Pukul berapa biasanya anda mulai tidur malam?
2. Berapa lama anda biasanya baru bisa tertidur tiap malam?
3. Pukul berapa anda biasanya bangun pagi?
4. Berapa lama anda tidur dimalam hari?

5.	Seberapa sering masalah- masalah di bawah ini mengganggu tidur Anda?	Tidak pernah dalam sebulan terakhir	1x Seminggu	2x Seminggu	≥3x Seminggu
a.	Tidak mampu tertidur selama 30 menit sejak berbaring				
b.	Terbangun ditengah malam atau dini hari				
c.	Terbangun untuk ke kamar mandi				
d.	Sulit bernafas dengan baik				
e.	Batuk atau mengorok				
f.	Kedinginan di malam hari				
g.	Kepanasan di malam hari				
h.	Mimpi buruk				
i.	Terasa nyeri				
j.	Alasan lain.....				
6.	Selama sebulan terakhir, seberapa sering Anda				

	menggunakan obat tidur				
7.	Selama sebulan terakhir,seberapa sering Anda mengantuk ketika melakukan aktivitas				
		Tidak Antusias	Kecil	Sedang	Besar
8.	Selama satu bulan terakhir, berapa banyak masalah yang Anda dapatkan dan seberapa antusias Anda selesaikan permasalahan tersebut?				
		Sangat Baik (0)	Cukup Baik (1)	Cukup Buruk (2)	Sangat Buruk (3)
9.	Selama bulan terakhir, bagaimana Anda menilai kepuasan tidur anda?				

7 Komponen penilaian:

1. Kualitas tidur subjektif → Dilihat dari pertanyaan 9, dengan skor:

- Sangat baik = 0
- Cukup baik = 1
- Cukup buruk = 2
- Sangat buruk = 3

2. Latensi tidur (Kesulitan memulai tidur)

Pertanyaan 2, dengan skor:

- <15 menit = 0
- 16-30 menit = 1
- 31-60 menit = 2
- >60 menit = 3

Ditambah pertanyaan 5a, dengan skor:

- Tidak pernah dalam sebulan terakhir = 0
- 1x Seminggu = 1
- 2x Seminggu = 2
- ≥ 3 x Seminggu = 3

Skor pertanyaan 2 ditambah dengan pertanyaan 5a:

- Skor 0 = 0
- Skor 1-2 = 1
- Skor 3-4 = 2
- Skor 5-6 = 3

3. Lama tidur malam → Pertanyaan 4, dengan skor:

- >7 jam = 0
- 6-7 jam = 1
- 5-6 jam = 2
- <5 jam = 3

4. Efisiensi tidur → Pertanyaan 1, 3, dan 4

Jam tidur – Pertanyaan 4

Jumlah jam di tempat tidur – Kalkulasui respons pertanyaan 1 dan 3

(Jumlah jam tidur pulas/Jumlah jam di tempat tidur) x 100%

Skor:

- >85% =0
- 75-84% =1
- 65-74% =2
- <65% =3

5. Gangguan ketika tidur malam → Pertanyaan 5b sampai 5j, skor:

- Tidak pernah dalam sebulan terakhir = 0
- 1x Seminggu = 1
- 2x Seminggu = 2
- $\geq 3x$ Seminggu = 3

Jumlahkan skor pertanyaan 5b sampai 5j:

- Skor 0 = 0
- Skor 1-9 = 1
- Skor 10-18 = 2
- Skor 19-27 = 3

6. Menggunakan obat tidur → Pertanyaan 6, skor:

- Tidak pernah dalam sebulan terakhir = 0
- 1x Seminggu = 1
- 2x Seminggu = 2
- $\geq 3x$ Seminggu = 3

7. Terganggunya aktivitas di siang hari → Pertanyaan 7 dan pertanyaan 8

Pertanyaan 7, dengan skor:

- Tidak pernah dalam sebulan terakhir = 0
- 1x Seminggu = 1
- 2x Seminggu = 2
- $\geq 3x$ Seminggu = 3

Pertanyaan 8, dengan skor:

- Tidak antusias = 0
- Kecil = 1
- Sedang = 2
- Besar = 3

Skor pertanyaan 7 ditambah dengan pertanyaan 8:

- Skor 0 = 0
- Skor 1-2 = 1
- Skor 3-4 = 2
- Skor 5-6 = 3

Interpretasi:

1. Skor > 5 : Kualitas tidur buruk
2. Skor ≤ 5 : Kualitas tidur baik

Lampiran 4. Ethical Clearance



UMSU
Majelis, Gairah, Terampil

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FACULTY OF MEDICINE UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"
No : 628KEPK/FKUMSU/2021

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The Research protocol proposed by

Peneliti Utama : Zuhilmi
Principal In Investigator

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
Name of the Institution Faculty of Medicine University of Muhammadiyah Sumatera Utara

Dengan Judul
Title

"PERBEDAAN KUALITAS TIDUR PASIEN SKIZOFRENIA BERDASARKAN JENIS KELAMIN DI RUMAH SAKIT MADANI MEDAN SUMATERA UTARA "
"DIFFERENCES IN SLEEP QUALITY OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS BASED ON GENDER AT MADANI HOSPITAL MEDAN, NORTH SUMATRA "

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

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion / Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicator of each standard

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 25 September 2021 sampai dengan tanggal 25 September 2022
The declaration of ethics applies during the periode September 25, 2021 until September 25, 2022

Medan, 25 September 2021
Ketua



Dr. dr. Nurfadly, MKT

Lampiran 5. Surat Izin Penelitian

 **RUMAH SAKIT UMUM MadaniMEDAN**

Jl. A. R. Hakim No. 168 Medan Telp : 0817345011, 0817361357, 0817347043 Fax : 0817347043
email : madani.rsu@gmail.com Website : WWW.RSU-MADANI-MEDAN.COM

SURAT KETERANGAN
NO : 146/ SKet / B / RSUM /XI / 2021

Hal Izin Penelitian

Kepada Yth,
Direktur Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
Di Tempat

Dengan hormat,

Perihal Izin Penelitian, maka dengan ini kami sampaikan bahwa nama yang tersebut di bawah ini *Disetujui* untuk melakukan Penelitian di RSU Madani Medan.

Adapun nama mahasiswa/i tersebut adalah sebagai berikut :

Nama : Zulhilmi
NIM : 1808260052
Judul : Perbedaan Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin Di Rumah Sakit Umum Madani Medan Sumatera Utara.

Demikian hal ini kami sampaikan, atas kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Kabag Yanmed
RSU-Madani-Medan


dr. H. Tommy Hendra, MKM

Lampiran 6. Surat Selesai Penelitian

 **RUMAH SAKIT UMUM *Madani* MEDAN**

Jl. A. R. Hakim No. 168 Medan Telp : 0617345911, 0617361357, 0617347043 Fax : 0617347043
email : madani.rsu@gmail.com Website : WWW.RSU-MADANI-MEDAN.COM

SURAT KETERANGAN
NO : 147/ SKet / C / RSUM / XI / 2021

Hal Selesai Penelitian

Kepada Yth,
Direktur Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
Di Tempat

Dengan hormat,

Perihal Selesai Penelitian, maka dengan ini kami sampaikan bahwa nama yang tersebut di bawah ini Telah *Selesai* melakukan Penelitian di RSU Madani Medan.

Adapun nama mahasiswa/i tersebut adalah sebagai berikut :

Nama : Zulhildi
NIM : 1808260052
Judul : Perbedaan Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin Di Rumah Sakit Umum Madani Medan Sumatera Utara.

Demikian hal ini kami sampaikan, atas kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Kabag Yanmed
RSU Madani Medan

dr. H. Tommy Hendra, MKM

Lampiran 7. Data Master

No	Jenis Kelamin	Usia	Lama Pengobatan	Tingkat Pendidikan	Kuesioner PSQI							KUALITAS TIDUR	INTERPRETASI
					PSQI1	PSQI2	PSQI3	PSQI4	PSQI5	PSQI6	PSQI7		
1	1	3	1	2	2	1	2	1	2	0	1	9	Terganggu
2	2	2	1	3	3	1	1	1	0	0	0	6	Terganggu
3	2	2	2	3	2	2	3	2	1	0	0	10	Terganggu
4	2	2	1	4	3	3	3	2	1	0	0	12	Terganggu
5	1	2	1	5	2	1	1	0	0	0	0	4	Tidak terganggu
6	1	3	1	2	1	1	0	0	0	0	1	3	Tidak terganggu
7	1	4	1	1	2	1	1	1	1	0	1	7	Terganggu
8	2	2	1	3	0	1	0	0	0	0	3	4	Tidak terganggu
9	2	2	1	3	3	3	3	3	1	0	1	14	Terganggu
10	2	2	2	4	3	3	2	1	1	0	1	11	Terganggu
11	2	3	1	2	2	1	1	1	1	0	1	7	Terganggu
12	2	1	2	4	2	2	1	1	1	0	1	8	Terganggu
13	2	4	1	1	3	3	2	2	1	0	1	12	Terganggu
14	1	3	2	2	3	3	1	1	1	0	1	10	Terganggu
15	2	1	2	5	1	1	0	0	0	0	2	4	Tidak terganggu
16	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0	2	2	Tidak terganggu
17	2	1	2	5	2	1	1	1	1	0	0	6	Terganggu
18	1	3	2	2	1	0	0	0	0	0	2	3	Tidak terganggu
19	1	3	1	2	0	0	0	0	0	0	2	2	Tidak terganggu
20	1	2	2	3	1	1	0	0	0	0	2	4	Tidak terganggu
21	1	3	2	2	2	1	2	1	1	0	2	9	Terganggu
22	1	2	1	3	2	1	1	1	1	0	2	8	Terganggu
23	1	2	1	4	2	2	1	1	1	0	0	7	Terganggu
24	1	3	1	2	3	2	2	1	1	0	0	9	Terganggu
25	2	3	2	4	3	3	2	1	1	0	0	10	Terganggu
26	2	1	2	5	3	3	3	1	0	0	2	12	Terganggu
27	2	2	2	3	3	3	3	1	3	0	3	16	Terganggu
28	2	1	1	5	3	3	3	1	2	0	2	14	Terganggu
29	2	2	1	3	0	0	0	0	0	0	3	3	Tidak terganggu
30	2	2	1	5	2	2	1	1	0	0	0	6	Terganggu
31	1	1	1	4	1	0	0	0	1	0	2	4	Tidak terganggu
32	2	2	1	4	2	2	1	1	1	0	0	7	Terganggu
33	1	2	2	4	0	0	0	0	0	0	3	3	Tidak terganggu
34	1	3	2	3	1	0	0	0	0	0	2	3	Tidak terganggu
35	1	3	2	3	1	0	0	0	0	0	1	2	Tidak terganggu
36	2	4	2	2	3	2	1	1	1	0	0	8	Terganggu
37	1	3	1	3	0	1	0	0	0	0	3	4	Tidak terganggu
38	1	2	1	4	3	1	1	1	1	0	2	9	Terganggu
39	2	4	1	1	1	0	0	0	0	0	3	4	Tidak terganggu
40	2	3	2	3	0	1	0	0	0	0	3	4	Tidak terganggu
41	1	2	1	3	3	2	1	1	0	0	2	9	Terganggu
42	2	4	2	1	0	1	0	0	0	0	1	2	Tidak terganggu
43	1	3	1	2	1	1	1	1	1	0	1	6	Terganggu
44	1	2	1	4	2	1	1	1	1	0	1	7	Terganggu
45	1	2	1	5	1	0	0	2	0	0	0	3	Tidak terganggu
46	1	3	1	3	3	3	1	1	2	0	3	13	Terganggu
47	2	2	1	4	3	2	1	1	3	0	3	13	Terganggu
48	1	2	1	5	3	3	1	1	3	0	3	14	Terganggu
49	2	4	1	2	3	3	1	3	2	0	3	15	Terganggu
50	2	2	1	4	3	3	3	3	2	0	3	17	Terganggu
51	1	4	2	1	1	1	0	0	0	0	1	3	Tidak terganggu
52	2	3	2	3	0	0	0	0	0	0	3	3	Tidak terganggu
53	2	3	1	2	1	0	0	0	0	0	2	3	Tidak terganggu
54	1	3	1	4	1	0	0	0	0	0	1	2	Tidak terganggu
55	2	4	2	2	1	1	0	0	0	0	2	4	Tidak terganggu
56	2	3	1	2	3	1	1	1	0	0	1	7	Terganggu
57	1	2	1	4	2	2	1	1	1	0	1	8	Terganggu
58	1	4	2	2	2	1	1	1	1	0	2	8	Terganggu
59	1	4	1	2	0	1	0	0	0	0	2	3	Tidak terganggu
60	2	4	1	2	1	1	0	0	0	0	2	4	Tidak terganggu
61	2	4	1	1	1	1	0	0	0	0	2	4	Tidak terganggu
62	1	4	2	1	0	0	0	0	0	0	3	3	Tidak terganggu
63	2	2	2	4	0	1	0	0	0	0	1	2	Tidak terganggu
64	1	3	1	3	3	3	3	2	1	0	1	13	Terganggu
65	1	2	1	4	1	0	0	0	0	0	2	3	Tidak terganggu
66	2	3	1	3	3	1	1	1	1	0	1	8	Terganggu
67	1	2	2	4	2	2	1	1	1	0	1	8	Terganggu
68	1	2	1	5	3	3	2	1	1	0	1	11	Terganggu
69	1	2	2	4	1	0	0	0	1	0	2	4	Tidak terganggu
70	2	3	1	4	3	3	2	2	1	0	1	12	Terganggu

Lampiran 8. Hasil Analisis Data

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	35	50.0	50.0	50.0
	Perempuan	35	50.0	50.0	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-24 tahun	6	8.6	8.6	8.6
	25-34 tahun	28	40.0	40.0	48.6
	35-44 tahun	23	32.9	32.9	81.4
	45-55 tahun	13	18.6	18.6	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

Kualitas_Tidur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Terganggu	40	57.1	57.1	57.1
	Tidak terganggu	30	42.9	42.9	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

Tingkat_Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sekolah	7	10.0	10.0	10.0
	SD	18	25.7	25.7	35.7
	SMP	17	24.3	24.3	60.0
	SMA	19	27.1	27.1	87.1
	Kuliah	9	12.9	12.9	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

Lama_Pengobatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 th	44	62.9	62.9	62.9
	>1 th	26	37.1	37.1	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

Lama_Pengobatan * Kualitas_Tidur Crosstabulation

		Kualitas_Tidur		Total	
		Terganggu	Tidak terganggu		
Lama_Pengobatan	<1 th	Count	28	16	44
		% within Kualitas_Tidur	70.0%	53.3%	62.9%
	>1 th	Count	12	14	26
		% within Kualitas_Tidur	30.0%	46.7%	37.1%
Total		Count	40	30	70
		% within Kualitas_Tidur	100.0%	100.0%	100.0%

Tingkat_Pendidikan * Kualitas_Tidur Crosstabulation

		Kualitas_Tidur		Total	
		Terganggu	Tidak terganggu		
Tingkat_Pendidikan	Tidak sekolah	Count	2	5	7
		% within Kualitas_Tidur	5.0%	16.7%	10.0%
	SD	Count	10	8	18
		% within Kualitas_Tidur	25.0%	26.7%	25.7%
	SMP	Count	9	8	17
		% within Kualitas_Tidur	22.5%	26.7%	24.3%
	SMA	Count	13	6	19
		% within Kualitas_Tidur	32.5%	20.0%	27.1%
	Perguruan tinggi	Count	6	3	9
		% within Kualitas_Tidur	15.0%	10.0%	12.9%
Total		Count	40	30	70
		% within Kualitas_Tidur	100.0%	100.0%	100.0%

PSQI1 * Jenis_Kelamin Crosstabulation

			Jenis_Kelamin		Total
			Laki-laki	Perempuan	
PSQI1	Sangat baik	Count	5	7	12
		% within Jenis_Kelamin	14.3%	20.0%	17.1%
	Cukup baik	Count	12	6	18
		% within Jenis_Kelamin	34.3%	17.1%	25.7%
	Cukup buruk	Count	10	6	16
		% within Jenis_Kelamin	28.6%	17.1%	22.9%
	Sangat buruk	Count	8	16	24
		% within Jenis_Kelamin	22.9%	45.7%	34.3%
Total		Count	35	35	70
		% within Jenis_Kelamin	100.0%	100.0%	100.0%

PSQI2 * Jenis_Kelamin Crosstabulation

			Jenis_Kelamin		Total
			Laki-laki	Perempuan	
PSQI2	0	Count	11	5	16
		% within Jenis_Kelamin	31.4%	14.3%	22.9%
	1	Count	14	13	27
		% within Jenis_Kelamin	40.0%	37.1%	38.6%
	2	Count	5	6	11
		% within Jenis_Kelamin	14.3%	17.1%	15.7%
	3	Count	5	11	16
		% within Jenis_Kelamin	14.3%	31.4%	22.9%
Total		Count	35	35	70
		% within Jenis_Kelamin	100.0%	100.0%	100.0%

PSQI3 * Jenis_Kelamin Crosstabulation

			Jenis_Kelamin		Total
			Laki-laki	Perempuan	
PSQI3	>7 jam	Count	16	13	29
		% within Jenis_Kelamin	45.7%	37.1%	41.4%
	6-7 jam	Count	14	11	25
		% within Jenis_Kelamin	40.0%	31.4%	35.7%
	5-6 jam	Count	4	4	8
		% within Jenis_Kelamin	11.4%	11.4%	11.4%
	<5 jam	Count	1	7	8
		% within Jenis_Kelamin	2.9%	20.0%	11.4%
Total		Count	35	35	70
		% within Jenis_Kelamin	100.0%	100.0%	100.0%

PSQI4 * Jenis_Kelamin Crosstabulation

			Jenis_Kelamin		Total
			Laki-laki	Perempuan	
PSQI4	>85%	Count	16	13	29
		% within Jenis_Kelamin	45.7%	37.1%	41.4%
	75-84%	Count	17	15	32
		% within Jenis_Kelamin	48.6%	42.9%	45.7%
	65-74%	Count	2	4	6
		% within Jenis_Kelamin	5.7%	11.4%	8.6%
	<65%	Count	0	3	3
		% within Jenis_Kelamin	0.0%	8.6%	4.3%
Total		Count	35	35	70
		% within Jenis_Kelamin	100.0%	100.0%	100.0%

PSQI5 * Jenis_Kelamin Crosstabulation

			Jenis_Kelamin		Total
			Laki-laki	Perempuan	
PSQI5	0	Count	16	17	33
		% within Jenis_Kelamin	45.7%	48.6%	47.1%
	1	Count	16	13	29
		% within Jenis_Kelamin	45.7%	37.1%	41.4%
	2	Count	2	3	5
		% within Jenis_Kelamin	5.7%	8.6%	7.1%
	3	Count	1	2	3
		% within Jenis_Kelamin	2.9%	5.7%	4.3%
Total		Count	35	35	70
		% within Jenis_Kelamin	100.0%	100.0%	100.0%

PSQI6 * Jenis_Kelamin Crosstabulation

			Jenis_Kelamin		Total
			Laki-laki	Perempuan	
PSQI6	Tidak pernah	Count	35	35	70
		% within Jenis_Kelamin	100.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	35	35	70
		% within Jenis_Kelamin	100.0%	100.0%	100.0%

PSQI7 * Jenis_Kelamin Crosstabulation

			Jenis_Kelamin		Total
			Laki-laki	Perempuan	
PSQI7	0	Count	4	8	12
		% within Jenis_Kelamin	11.4%	22.9%	17.1%
	1	Count	13	10	23
		% within Jenis_Kelamin	37.1%	28.6%	32.9%
	2	Count	13	8	21
		% within Jenis_Kelamin	37.1%	22.9%	30.0%
	3	Count	5	9	14
		% within Jenis_Kelamin	14.3%	25.7%	20.0%
Total		Count	35	35	70
		% within Jenis_Kelamin	100.0%	100.0%	100.0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis_Kelamin * Kualitas_Tidur	70	100.0%	0	0.0%	70	100.0%

Jenis_Kelamin * Kualitas_Tidur Crosstabulation

			Kualitas_Tidur		Total
			Terganggu	Tidak terganggu	
Jenis_Kelamin	Laki-laki	Count	18	17	35
		Expected Count	20.0	15.0	35.0
		% within Jenis_Kelamin	51.4%	48.6%	100.0%
	Perempuan	Count	22	13	35
		Expected Count	20.0	15.0	35.0
		% within Jenis_Kelamin	62.9%	37.1%	100.0%
Total	Count	40	30	70	
	Expected Count	40.0	30.0	70.0	
	% within Jenis_Kelamin	57.1%	42.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.933 ^a	1	.334		
Continuity Correction ^b	.525	1	.469		
Likelihood Ratio	.936	1	.333		
Fisher's Exact Test				.469	.235
Linear-by-Linear Association	.920	1	.337		
N of Valid Cases	70				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 9. Dokumentasi



PERBEDAAN KUALITAS TIDUR PASIEN SKIZOFRENIA BERDASARKAN JENIS KELAMIN DI RS MADANI MEDAN SUMATERA UTARA

Zulhilmi¹, Nanda Sari Nuralita²

¹Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

²Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera
Utara

Email: nandasari@umsu.ac.id

Abstract

Background: *Schizophrenia is a severe mental disorder, this disorder is characterized by delusions, hallucinations, thought disorder, restlessness, and strange or hostile behavior, feeling (affect) dull or flat, interesting away from social interactions, little emotional contact (quiet, difficult to talk to), passive, apathetic or indifferent, difficult to think abstractly and lose of motivation. Sleep disturbances have been assessed in various studies in patients with schizophrenia, using subjective (ie daily interviews, sleep diaries) and objective (ie, polysomnography and actigraphy) parameters. Compared with healthy controls, patients with schizophrenia exhibit longer sleep onset latency, decreased sleep efficiency, more nighttime awakenings, increased daytime dysfunction due to sleep deprivation, poorer overall sleep quality, and a higher proportion of sleep disturbances. Previous studies have suggested that poor sleep quality is associated with female gender in schizophrenic patients.* **Aim:** *To determine the difference in sleep quality of schizophrenia patients based on gender at Madani Hospital Medan, North Sumatera.* **Method:** *Analytical descriptive with cross sectional study approach, sampling method using purposive sampling technique. The data of this study were obtained from primary data using questionnaire instruments and patient medical records. Data analysis using Chi Square test.* **Results:** *The results showed that the sleep quality of male research respondents with disturbed sleep quality was found in 18 people (51.4%), and undisturbed sleep quality was found in 17 people (48.6%). In female research respondents, 22 people (62.9%) had disturbed sleep quality and 13 people (37.1%). The p-value was found to be 0.334 ($p > 0.05$), which means that there was no significant difference in the sleep quality of schizophrenic patients based on gender at Madani Hospital Medan, North Sumatra.* **Conclusion:** *There was no significant difference in the sleep quality of schizophrenic patients based on gender at Madani Hospital Medan, North Sumatera.*

Keywords: *Gender, schizophrenia, sleep quality*

PENDAHULUAN

Gangguan jiwa adalah kumpulan dari gejala dan perubahan perilaku yang terjadi pada seseorang sehingga menimbulkan penderitaan dan hendaya dalam menjalani kehidupan sehari-hari dan juga dalam bersosialisasi.¹ Gangguan jiwa walaupun tidak langsung menyebabkan kematian namun, dapat menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban berat bagi keluarga, sehingga penderita tidak lagi produktif.³ Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang mengubah pola hidup seseorang dalam kehidupan sehari-hari,

gangguan ini ditandai dengan adanya delusi, halusinasi, kekacauan pikiran, gelisah, dan perilaku aneh atau bermusuhan, perasaan (afek) tumpul atau mendatar, menarik diri dari pergaulan, sedikit kontak emosional (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis atau acuh tak acuh, sulit berpikir abstrak dan kehilangan dorongan.^{4,5}

Gangguan tidur dapat dinilai pada berbagai penelitian pada pasien dengan skizofrenia, dengan menggunakan parameter subjektif (yaitu wawancara harian, buku harian tidur) dan obyektif (yaitu, polisomnografi dan aktografi).

Dibandingkan dengan kontrol yang sehat, pasien dengan skizofrenia menunjukkan latensi onset tidur yang lebih lama, penurunan efisiensi tidur, lebih banyak terbangun di malam hari, peningkatan disfungsi siang hari karena kurang tidur, kualitas tidur keseluruhan yang lebih buruk, dan proporsi gangguan tidur yang lebih tinggi.¹⁰ Keluhan tidur pada populasi ini dikaitkan dengan hasil psikiatri yang memburuk, termasuk eksaserbasi gejala psikotik, gangguan kognitif, kualitas hidup yang lebih buruk, dan peningkatan gejala depresi.¹¹

Suatu penelitian menemukan bahwa lebih banyak pasien laki-laki dengan skizofrenia melaporkan kualitas tidur yang baik dibandingkan dengan pasien perempuan, meskipun tidak ada perbedaan dalam skor tidur aktual yang diamati antara kedua kelompok. Kualitas tidur tidak berbeda antara laki-laki dan perempuan dalam kelompok kontrol sehat. Kualitas tidur yang baik sangat penting untuk kesehatan yang optimal, karena selama tidurlah perbaikan sistem tubuh terjadi; dan otak membersihkan diri dari metabolit dan mengkonsolidasikan memori.⁵ Penelitian tentang gangguan tidur pada pasien yang baru dirawat menemukan bahwa 83% pasien skizofrenia akut memiliki setidaknya satu jenis gangguan tidur (sulit tidur, sulit bangun, kesulitan mempertahankan tidur, kualitas tidur yang buruk, atau peningkatan waktu yang dihabiskan di tempat tidur). Ketidakteraturan tidur pada penderita skizofrenia menyebabkan kondisi klinis yang memburuk.¹⁰

Pasien yang kurang tidur menunjukkan skor yang lebih rendah pada semua domain kualitas hidup; pasien lebih tertekan dan cemas dengan reaksi yang lebih merugikan terhadap pengobatan dibandingkan mereka yang tidur pulas.¹⁴ Penelitian juga menunjukkan bahwa gangguan tidur telah dikaitkan dengan peningkatan tingkat gangguan pikiran dan gejala positif, dan mungkin menandakan gejala kambuh.¹³ Pentingnya kualitas tidur untuk prognosis skizofrenia yang lebih baik membuat peneliti tertarik untuk meneliti perbedaan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan desain *cross sectional* dimana pengambilan data hanya diambil satu kali pengambilan untuk menganalisis perbedaan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara. Penelitian mulai dilakukan dengan mencari literatur sampai pengolahan data selama periode Juni 2021 sampai Desember 2021. Penelitian ini dilakukan di RS Madani Medan Sumatera Utara. Sampel yang menjadi subjek penelitian ini adalah pasien skizofrenia di RS Madani Medan Sumatera Utara yang memenuhi kriteria inklusi selama periode Juni 2021 hingga Desember 2021. Data yang diambil dalam penelitian ini adalah data primer menggunakan instrument kuesioner dan data sekunder melalui rekam medis. Hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan uji *Chi Square Fisher Exact* dengan perbedaan bermakna secara statistik apabila nilai ($p < 0.05$).

HASIL

Tabel 1 Karakteristik Demografi Responden Penelitian

Karakteristik Demografi	Jumlah (n)	Persentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	35	50%
Perempuan	35	50%
Usia		
15-24	6	8.6%
25-33	28	40%
35-44	23	32.9%
45-55	13	18.6%
Gangguan Tidur		
Terganggu	40	57.1%
Tidak terganggu	30	42.9%
Tingkat Pendidikan		
Tidak sekolah	7	10%
SD	18	25,7%
SMP	17	24,3%
SMA	19	27,1%
Perguruan	9	12,9%

Tinggi		
Lama Pengobatan		
<1 tahun	44	62.9%
>1 tahun	26	37.1%
Total	70	100%

Tabel 1. di atas menjelaskan bahwa responden penelitian berjenis kelamin laki- laki adalah berjumlah 35 orang (50%), dan responden penelitian yang berjenis kelamin perempuan berjumlah 35 orang (50%). Kelompok usia responden terbanyak dijumpai pada usia 25-33 tahun berjumlah 28 orang (40%), dibandingkan dengan usia 35-44 tahun yang berjumlah 23 orang (32,9%), usia 45-55 tahun berjumlah 13 orang (18,6%), dan usia 15-24 tahun berjumlah 6 orang (8,6%). Kualitas tidur terganggu pada responden dijumpai pada 40 orang (57,1%), sedangkan kualitas tidur pada 30 orang (42,9%) responden lainnya tidak terganggu. Tingkat pendidikan terbanyak dijumpai adalah SMA yaitu pada 19 orang (27,1%), dibandingkan dengan tingkat pendidikan SD yaitu pada 18 orang (25,7%), SMP yaitu pada 17 orang (24,3%), dan perguruan tinggi pada 9 orang (12,9%), serta tidak sekolah pada 7 orang (10%). Untuk lama pengobatan, 44 orang (62,9%) menjalani pengobatan <1 tahun dan 26 orang (37,1%) menjalani pengobatan >1 tahun.

Tabel 2 Proporsi Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Lama Pengobatan

Lama Pengobatan	Kualitas Tidur				Total	
	Terganggu		Tidak Terganggu			
	n	%	n	%	n	%
<1 tahun	28	70	16	53,3	44	62,9
>1 tahun	12	30	14	46,7	26	37,1
Total	40	100	30	100	70	100

Tabel 2. di atas menjelaskan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan lama pengobatan, dijumpai kualitas tidur terganggu terbanyak pada pasien dengan lama pengobatan <1 tahun yaitu 28 orang (70%), dibandingkan dengan lama pengobatan >1 tahun yaitu pada 12 orang (30%). Berikutnya, kualitas tidur tidak terganggu dijumpai terbanyak pada pasien dengan lama pengobatan <1 tahun yaitu pada 16 orang (53,3%), dibandingkan dengan lama pengobatan >1 tahun pada 14 orang (46,7%).

Tabel 3 Proporsi Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Kualitas Tidur				Total	
	Terganggu		Tidak Terganggu			
	n	%	n	%	N	%
Tidak sekolah	2	5	5	16,7	7	10
SD	10	25	8	26,7	18	25,7
SMP	9	22,5	8	26,7	17	24,3
SMA	13	32,5	6	20	19	27,1
Perguruan tinggi	6	15	3	10	9	12,9
Total	40	100	30	100	70	100

Tabel 3. di atas menjelaskan kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan tingkat pendidikan, kualitas tidur terganggu terbanyak dijumpai pada tingkat pendidikan SMA, SD, SMP, perguruan tinggi, dan tidak sekolah berturut-turut pada 13 orang (32,5%), 10 orang (25%), 9 orang (22,5%), 6 orang (15%), dan 2 orang (5%). Kualitas tidur tidak terganggu berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak dijumpai pada tingkat pendidikan SMP, SD, SMA tidak sekolah, dan perguruan tinggi berturut-turut yaitu pada 8 orang (26,7%), 8 orang (26,7%), 6 orang (20%), 5 orang (16,7%), dan 3 orang (10%).

Tabel 4 Distribusi Skor *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*

Komponen	Kategori	Jenis Kelamin				Total	
		Laki-laki		Perempuan		n	%
		n	%	n	%		
Kualitas tidur subjektif	Sangat baik	5	14,3	7	20	12	17,1
	Cukup baik	12	34,3	6	17,1	18	25,7
	Cukup buruk	10	28,6	6	17,1	16	22,9
	Sangat buruk	8	22,9	16	45,7	24	34,3
Latensi tidur	0	11	31,4	5	14,3	16	22,9
	1	14	40	13	37,1	27	38,6
	2	5	14,3	6	17,1	11	15,7
	3	5	14,3	11	31,4	16	22,9
Lama tidur malam (jam)	>7	16	45,7	13	37,1	29	41,4
	6-7	14	40	11	31,4	25	35,7
	5-6	4	11,4	4	11,4	8	11,4
	<5	1	2,9	7	20	8	11,4
Efisiensi tidur (%)	>85%	16	45,7	13	37,1	29	41,4
	75-84%	17	48,6	15	42,9	32	45,7
	65-74%	2	5,7	4	11,4	6	8,6
	<65%	0	0	3	8,6	3	4,3
Gangguan tidur	0	16	45,7	17	48,6	33	47,1
	1	16	45,7	13	37,1	29	41,4
	2	2	5,7	3	8,6	5	7,1
	3	1	2,9	2	5,7	3	4,3
Penggunaan obat tidur	Tidak pernah dalam sebulan terakhir	35	100	35	100	70	100
	1x Seminggu	0	0	0	0	0	0
	2x Seminggu	0	0	0	0	0	0
	≥3x Seminggu	0	0	0	0	0	0
Disfungsi siang hari	0	4	11,4	8	22,9	12	17,1
	1	13	37,1	10	28,6	23	32,9
	2	13	37,1	8	22,9	21	30
	3	5	14,3	9	25,7	14	20
Total	>5	18	51,4	22	62,9	40	100
	≤5	17	48,6	13	37,1	30	100

Tabel 4. di atas menjelaskan distribusi skor *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* pada masing-masing komponen berdasarkan jenis kelamin. Untuk kualitas tidur secara subjektif pada responden laki-laki terbanyak dijumpai cukup baik pada 12 orang (34,3%), dibandingkan dengan kualitas tidur subjektif cukup buruk pada 10 orang (28,6%), sangat buruk pada 8 orang (22,9%), dan sangat baik, yaitu pada 5 orang (14,3%). Sedangkan kualitas tidur secara subjektif pada responden perempuan terbanyak dijumpai sangat buruk pada 16 orang (45,7%), dibandingkan dengan kualitas tidur subjektif sangat baik pada 7 orang (20%), cukup buruk pada 6 orang (17,1%), dan cukup baik yang juga pada 6 orang (17,1%). Berikutnya komponen latensi tidur pada responden berjenis kelamin laki-laki terbanyak dijumpai mengalami latensi tidur pada 24 orang (68,6%), sedangkan 11 orang (31,4%) lainnya tidak mengalami latensi tidur. Sementara itu, latensi tidur pada responden perempuan terbanyak dijumpai mengalami latensi tidur pada 30 orang (85,7%), sedangkan 5 orang (14,3%) lainnya tidak mengalami latensi tidur.

Untuk komponen lama tidur malam pada responden laki-laki terbanyak dijumpai lama tidur malam selama >7 jam pada 16 orang (45,7%), dibandingkan dengan lama tidur 6-7 jam pada 14 orang (40%), 5-6 jam pada 4 orang (11,4%), dan lama tidur malam selama <5 jam pada 1 orang (2,9%). Pada jenis kelamin perempuan, dijumpai lama tidur malam terbanyak selama >7 jam yaitu pada 13 orang (37,1%), dibandingkan dengan lama tidur 6-7 jam pada 11 orang (31,4%), <5 jam pada 7 orang (20%) dan lama tidur malam selama 5-6 jam pada 4 orang (11,4%).

Berikutnya adalah komponen efisiensi tidur, dimana untuk responden berjenis kelamin laki-laki dijumpai terbanyak memiliki efisiensi tidur 75-84% pada 17 orang (48,6%),

dibandingkan dengan efisiensi tidur >85% pada 16 orang (45,7%), dan 65-74% pada 2 orang (5,7%), serta tidak ada responden laki-laki yang memiliki efisiensi tidur <65%. Sedangkan pada responden berjenis kelamin perempuan dijumpai terbanyak memiliki efisiensi tidur 75-84% pada 15 orang (42,9%), dibandingkan dengan efisiensi tidur >85% pada 13 orang (37,1%), 65-74% pada 4 orang (11,4%), dan efisiensi tidur <65% yang dijumpai pada 3 orang (8,6%).

Komponen PSQI selanjutnya, adalah komponen gangguan tidur, dimana pada responden berjenis kelamin laki-laki dijumpai mengalami gangguan tidur pada 19 orang (54,3%), sedangkan 16 orang (45,7%) lainnya tidak mengalami gangguan tidur. Sementara itu, gangguan tidur pada responden perempuan dijumpai pada 18 orang (51,4%), dan 17 orang (48,6%) lainnya tidak mengalami gangguan tidur.

Untuk komponen penggunaan obat tidur pada semua responden tidak pernah menggunakan obat tidur dalam sebulan terakhir.

Komponen PSQI yang terakhir adalah disfungsi siang hari, dimana pada responden berjenis kelamin laki-laki dijumpai mengalami disfungsi siang hari pada 31 orang (88,6%), sedangkan 4 orang (11,4%) lainnya tidak mengalami disfungsi pada siang hari. Sementara itu, pada responden perempuan disfungsi pada siang hari dijumpai pada 27 orang (77,1%), dan 8 orang (22,9%) lainnya tidak mengalami disfungsi pada siang hari.

Secara keseluruhan skor PSQI ≤ 5 diinterpretasikan dengan kualitas tidur tidak terganggu dijumpai pada 30 orang (42,9%), dan skor >5 diinterpretasikan dengan kualitas tidur yang terganggu dijumpai pada 40 orang (57,1%).

Tabel 5 Karakteristik Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Kualitas Tidur		Nilai p
	Terganggunan (%)	Tidak Terganggunan (%)	
Laki-laki	18 (51.4%)	17 (48.6%)	0.334
Perempuan	22 (62.9%)	13 (37.1%)	
Total	40 (57.1%)	30 (42.9%)	

Tabel 5. di atas menjelaskan bahwa kualitas tidur responden penelitian berjenis kelamin laki-laki dengan kualitas tidur terganggu dijumpai pada 18 orang (51.4%), dan kualitas tidur yang tidak terganggu dijumpai pada 17 orang (48.6%). Pada responden penelitian berjenis kelamin perempuan dengan kualitas tidur terganggu dijumpai pada 22 orang (62.9%) dan kualitas tidur yang tidak terganggu dijumpai pada 13 orang (37.1%). Nilai p dijumpai sebesar 0.334 yang dimaknai tidak terdapat perbedaan signifikan pada kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien skizofrenia berdasarkan kelompok usia yang terbanyak dijumpai adalah 25-33 tahun berjumlah 28 orang (40%), dan 35-44 tahun yang berjumlah 23 orang (32,9%). Hasil penelitian ini sedikit berbeda dengan penelitian di tahun 2020 yang menyatakan bahwa kelompok usia pasien skizofrenia yang terbanyak dijumpai adalah 35-44 tahun berjumlah 12.807 (30,5%) orang, 45-54 tahun berjumlah 11.277 (26,9%) orang, dan kelompok usia 25-34 tahun yang berjumlah 3.090 (20,3%) orang.²⁵ Tingginya prevalensi skizofrenia pada kelompok usia 35-44 tahun diperkirakan terjadi karena *onset* skizofrenia umumnya terjadi pada dekade kedua atau ketiga kehidupan, dengan *onset* penyakit pada laki-laki 1,5 tahun lebih awal dibandingkan dengan perempuan. Dalam penelitian ini juga disebutkan bahwa puncak insidensi skizofrenia sedikit berbeda antara laki-laki dan perempuan.^{11,26}

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas tidur terganggu pada responden dijumpai pada 40 orang (57,1%), sedangkan kualitas tidur pada 30 orang (42,9%) responden lainnya tidak terganggu. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menemukan bahwa kelompok skizofrenia memiliki durasi tidur optimal yang lebih sedikit, dan kualitas tidur yang lebih buruk dibandingkan dengan kelompok pembanding tanpa penyakit psikiatri.¹⁹ Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian pada tahun 2020 yang menemukan bahwa gangguan tidur dijumpai pada 57,4% pasien skizofrenia, sementara 42,6% lainnya tidak mengalami gangguan tidur.²⁰ Sekitar 30-80% pasien skizofrenia mengalami beberapa bentuk gangguan tidur.¹⁴ Kualitas tidur merupakan komponen kompleks yang terkait dengan kualitas hidup seseorang. Kualitas tidur yang buruk merupakan gejala yang sering muncul dan merupakan konsekuensi dari penyakit-penyakit psikiatri.²⁷ Gangguan tidur pada pasien skizofrenia dikaitkan dengan adanya hiperaktivitas sistem dopaminergik yang merupakan patofisiologi utama penyebab skizofrenia dan secara lebih lanjut akan memunculkan gejala klinis, baik gejala positif maupun gejala negatif pada pasien skizofrenia.^{28,29}

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden yang merupakan pasien skizofrenia di RS Madani Medan Sumatera Utara terbanyak dijumpai adalah SMA yaitu 19 orang (27,1%), SD yaitu 18 orang (25,7%), dan SMP yaitu 17 orang (24,3%). Hasil penelitian ini sedikit berbeda dengan penelitian di Cina pada tahun 2021 yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan pasien skizofrenia terbanyak adalah *junior high school* yaitu 147 orang (33,9%), *senior high school or equivalent* sebanyak 115 orang (26,6%), kemudian *tertiary degree or above* yaitu 92 orang (21,2%), dan tingkat pendidikan pasien skizofrenia yang paling sedikit dijumpai adalah *none or peimary school* sebanyak 79 orang (18,2%).³⁰ Hasil penelitian ini juga sedikit berbeda dengan penelitian di Pusat Kesehatan Universitas Jimma, Ethiopia tahun 2020 yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan pasien

skizofrenia yang terbanyak dijumpai adalah *primary* pada 137 orang (33,3%), diikuti oleh *secondary* pada 110 orang (26,8%), *no formal education* pada 94 orang (22,9%), dan *above secondary* pada 70 orang (17%).³¹ Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin tinggi pula tingkat kesehatan kognitifnya. Selain itu, tingginya tingkat pendidikan seseorang dikaitkan dengan penurunan risiko skizofrenia. Tingkat pendidikan juga terbukti meningkatkan kreativitas dan kontrol diri seseorang. Efek tingkat pendidikan terhadap kejadian skizofrenia berdasarkan jenis kelamin lebih banyak dijumpai pada perempuan dibandingkan pada laki-laki, selain karena *onset* skizofrenia yang terjadi sedikit lebih lambat pada perempuan, perempuan juga cenderung memiliki lebih sedikit permasalahan sosioekonomi seperti pendapatan dan kekuasaan yang dapat berkontribusi terhadap kesehatan mental dibandingkan dengan laki-laki.³²

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan lama pengobatan, dijumpai kualitas tidur terganggu terbanyak pada pasien dengan lama pengobatan <1 tahun yaitu 28 orang (70%), dan kualitas tidur tidak terganggu dijumpai terbanyak pada pasien dengan lama pengobatan <1 tahun yaitu pada 16 orang (53,3%). Durasi pengobatan pasien skizofrenia tidak berhubungan dengan kualitas tidur. Sebuah penelitian di Qatar pada tahun 2020 menyatakan bahwa pasien skizofrenia yang tidak mendapatkan terapi memiliki durasi tidur yang lebih pendek dibandingkan dengan yang mendapatkan terapi.²¹ Penggunaan obat antipsikotik sebagai terapi pada pasien skizofrenia berkaitan dengan kualitas tidur pasien yang lebih stabil karena adanya efek sedasi yang ditimbulkan dari obat-obatan tersebut. Seringkali pasien skizofrenia diberi obat antipsikotik dengan efek sedasi yang kuat sehingga dapat memperbaiki kualitas tidur pasien. Kepatuhan pasien dalam minum obat antipsikotik yang adekuat dan teratur terbukti memiliki efek positif pada kualitas tidur pasien skizofrenia dengan cara meningkatkan efisiensi tidur dan lama (durasi) tidur, menurunkan

latensi tidur, dan menormalisasi siklus bangun tidur yang lebih lambat. Sementara itu, apabila konsumsi obat antipsikotik dihentikan secara tiba-tiba maka akan terjadi perubahan siklus tidur yang menyebabkan penurunan kualitas tidur pasien skizofrenia.²⁹

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan tingkat pendidikan, kualitas tidur terganggu terbanyak dijumpai pada tingkat pendidikan SMA, SD, dan SMP berturut-turut pada 13 orang (32,5%). Sementara itu, kualitas tidur tidak terganggu berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak dijumpai pada tingkat pendidikan SMP dan SD yaitu masing-masing pada 8 orang (47,1%). Kualitas tidur berkorelasi dengan tingkat pendidikan. Kinerja kognitif otak untuk tingkat pendidikan yang lebih rendah di antara perempuan dapat digambarkan oleh tekanan sosial yang lebih rendah untuk pencapaian pendidikan yang lebih tinggi, terutama karena tekanan budaya yang berbeda yang diberikan pada laki-laki dan perempuan. Sebuah penelitian pada tahun 2020 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih rendah menjadi prediktor *outcome* yang lebih buruk. Dalam penelitian ini, gangguan tidur dijumpai pada perempuan yang berusia lebih tua dan memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah.²¹

Skor PSQI dari masing-masing komponen dalam penelitian ini diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin responden penelitian, dimana untuk komponen kualitas tidur subjektif pada responden laki-laki terbanyak dijumpai cukup baik yaitu pada 12 orang (34,3%), dan pada responden perempuan kualitas tidur subjektif terbanyak dijumpai sangat buruk pada 16 orang (45,7%). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian pada tahun 2019 yang melaporkan bahwa pasien skizofrenia berjenis kelamin laki-laki memiliki kualitas tidur subjektif yang buruk dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat.³⁴ Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan sebuah penelitian pada tahun 2020 yang menyatakan bahwa secara keseluruhan kualitas tidur subjektif pasien skizofrenia yang menjalani perawatan

dijumpai terbanyak adalah cukup baik yaitu pada 147 orang (35,8%), sangat baik pada 109 orang (26,5%), cukup buruk pada 95 orang (23,1%), dan sangat buruk pada 60 orang (14,6%).²⁰

Berikutnya komponen latensi tidur pada responden berjenis kelamin laki-laki dijumpai mengalami latensi tidur pada 24 orang (68,6%), sedangkan latensi tidur pada responden perempuan dijumpai pada 30 orang (85,7%). Hasil penelitian ini sejalan dengan satu penelitian yang melaporkan bahwa pasien skizofrenia berjenis kelamin laki-laki dan perempuan mengalami latensi tidur yang lebih panjang dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat.³⁴ Sementara itu, hasil penelitian ini cukup berbeda dengan hasil penelitian lain yang melaporkan bahwa secara keseluruhan latensi tidur pada pasien skizofrenia yang menjalani perawatan adalah cukup baik pada 122 orang (29,7%), sangat buruk pada 107 orang (26%), sangat baik pada 100 orang (24,3%), dan cukup buruk pada 82 orang (20%).²⁰

Untuk komponen lama tidur malam pada responden laki-laki terbanyak dijumpai tidur malam selama >7 jam yaitu pada 16 orang (55,2%), dan pada responden perempuan dijumpai tidur malam terbanyak juga selama >7 jam yaitu pada 13 orang (44,8%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa pasien skizofrenia berjenis kelamin laki-laki memiliki lama (durasi) tidur yang lebih panjang dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat, dan tidak ada perbedaan lama tidur malam pada pasien skizofrenia berjenis kelamin perempuan dengan kelompok kontrol yang sehat.³⁴ Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian di Ethiopia pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa secara keseluruhan lama tidur malam pasien skizofrenia yang menjalani perawatan terbanyak dijumpai adalah >7 jam pada 154 orang (37,5%), 6-7 jam pada 142 orang (34,5%), 5-6 jam pada 66 orang (16,1%), dan <5 jam pada 49 orang (11,9%).²⁰

Komponen PSQI selanjutnya, adalah komponen gangguan tidur, dimana pada responden berjenis kelamin laki-laki dijumpai mengalami gangguan tidur pada 19 orang (54,3%), sedangkan responden perempuan dijumpai mengalami gangguan tidur pada 18 orang (51,5%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Amerika Serikat pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa kelompok pasien skizofrenia mengalami peningkatan gangguan tidur pada kedua jenis kelamin dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat. Masih dalam penelitian yang sama, pasien skizofrenia berjenis kelamin perempuan lebih banyak mengalami gangguan tidur dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat.³⁴ Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian lain yang dilakukan pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa secara keseluruhan sebanyak 295 orang (71,8%) pasien skizofrenia yang menjalani perawatan mengalami gangguan tidur.²⁰

Selanjutnya komponen PSQI berupa penggunaan obat tidur, dimana untuk kedua jenis kelamin responden laki-laki dan perempuan seluruhnya dijumpai tidak pernah menggunakan obat tidur dalam satu bulan terakhir. Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan Pusat Kesehatan Universitas Jimma, Ethiopia tahun 2020 yang menyatakan bahwa sebanyak 210 (51,1%) pasien skizofrenia menggunakan obat tidur dalam satu bulan terakhir dan 201 (48,9%) pasien skizofrenia tidak menggunakan obat tidur dalam satu bulan terakhir.³¹ Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian lain yang dilakukan pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa sebanyak 222 (54%) pasien skizofrenia yang mendapatkan perawatan menggunakan obat tidur, dan 189 (46%) lainnya tidak menggunakan obat tidur.²⁰

Komponen PSQI yang terakhir adalah disfungsi siang hari, dimana pada responden berjenis kelamin laki-laki dan perempuan dijumpai terbanyak mengalami disfungsi siang hari secara berurutan yaitu pada 31 orang (88,5%), dan pada 27 orang (77,2%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di

Amerika Serikat pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa pasien skizofrenia lebih banyak mengalami disfungsi siang hari dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat, dan pasien skizofrenia berjenis kelamin laki-laki lebih banyak mengalami disfungsi siang hari dibandingkan dengan pasien skizofrenia berjenis kelamin perempuan.³⁴

Skor total PSQI responden ≤ 5 yang diinterpretasikan dengan kualitas tidur tidak terganggu dijumpai pada 30 orang (42,9%), dan skor >5 yang diinterpretasikan dengan kualitas tidur yang terganggu dijumpai pada 40 orang (57,1%). Skor total PSQI berdasarkan jenis kelamin dijumpai kualitas tidur terganggu terbanyak pada jenis kelamin perempuan yaitu 22 orang (62,9%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Amerika Serikat pada tahun 2020 yang melaporkan bahwa pasien skizofrenia 2,762 kali lebih banyak memiliki kualitas tidur yang terganggu dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat. Penelitian ini juga melaporkan bahwa pasien skizofrenia berjenis kelamin perempuan 7,364 kali lebih banyak memiliki kualitas tidur yang terganggu dibandingkan dengan kelompok kontrol yang sehat.³⁴

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian tahun 2020 yang melaporkan bahwa secara keseluruhan sebanyak 236 orang (57,4%) pasien skizofrenia yang menjalani perawatan memiliki kualitas tidur yang terganggu, dan 175 orang (42,6%) lainnya memiliki kualitas tidur yang tidak terganggu.²⁰ Penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 2020 yang menyebutkan bahwa kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin laki-laki dengan skor masing-masing komponen PSQI dengan lama (durasi) tidur yang lebih panjang, kualitas tidur yang lebih buruk, dan disfungsi siang hari yang lebih dominan. Sementara itu, kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin perempuan dengan skor masing-masing komponen PSQI adalah latensi tidur yang lebih panjang, gangguan tidur yang lebih banyak, dan efisiensi tidur yang berkurang.³⁴

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas tidur terganggu terbanyak dijumpai pada responden berjenis kelamin perempuan yaitu pada 22 orang (62,9%), dan kualitas tidur yang tidak terganggu terbanyak dijumpai pada responden berjenis kelamin laki-laki yaitu 17 orang (48,6%). Nilai p dijumpai sebesar 0,334 yang dimaknai tidak terdapat perbedaan signifikan pada kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara. Gangguan tidur dan berkurangnya kualitas tidur merupakan keluhan yang paling sering muncul pada orang dengan gangguan mental, dimana 30-80% dari pasien skizofrenia mengalami gangguan tidur dan mengalami latensi tidur, yang kemudian dapat menyebabkan kelelahan fisik, mental, dan juga emosional pada pasien. Gangguan tidur pada pasien skizofrenia muncul terlebih dahulu sebelum gejala psikosis pada pasien yang baru didiagnosis, dan berhubungan dengan pengobatan, penyakit kronis, kesehatan mental yang buruk, dan juga mortalitas. Selain itu, banyaknya gejala klinis pada skizofrenia juga berkontribusi terhadap kualitas tidur yang buruk pada pasien skizofrenia. Gejala positif seperti halusinasi dan delusi pada pasien skizofrenia menyebabkan pasien merasa takut dan sulit untuk memulai tidur, sehingga akan terjaga lebih lama dan mengalami penurunan kualitas tidur. Sementara itu, gejala negatif pada skizofrenia seperti kecemasan dan depresif dapat menyebabkan mimpi buruk yang persisten, sehingga memengaruhi kualitas tidur pasien. Lebih lanjut, gejala positif berhubungan dengan gangguan tidur, disfungsi siang hari, dan kualitas tidur pasien. Halusinasi dan paranoid pada pasien berhubungan dengan gangguan tidur dan juga kualitas tidur yang buruk.²⁰ Perbedaan jenis kelamin dan hubungannya dengan kualitas tidur terutama dikaitkan dengan kejadian gangguan afektif yang lebih tinggi pada perempuan jika dibandingkan dengan laki-laki, serta kesenjangan sosial ekonomi.²³ Selain itu, prevalensi depresi yang lebih tinggi pada jenis kelamin perempuan berkontribusi pada perbedaan jenis kelamin dengan kualitas tidur yang buruk.²⁰ Tingginya prevalensi kualitas tidur yang buruk pada pasien skizofrenia yang

berjenis kelamin perempuan juga dapat dikaitkan dengan adanya pengaruh hormon steroid seks pada kedua jenis kelamin. Steroid seks gonad utama adalah estrogen dan progesteron pada perempuan dan testosteron pada laki-laki. Tingkat estrogen yang rendah atau berfluktuasi secara konsisten dikaitkan dengan peningkatan terjadinya gangguan tidur termasuk insomnia pada perempuan.²⁴ Kualitas tidur pasien skizofrenia juga dapat menjadi indikator penting untuk perbaikan atau perburukan penyakit pada jenis kelamin laki-laki dan perempuan, sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai hal ini.

KESIMPULAN

1. Nilai p dijumpai sebesar 0.334 yang dimaknai tidak terdapat perbedaan signifikan pada kualitas tidur pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara.
2. Responden penelitian berjenis kelamin laki-laki dengan kualitas tidur terganggu dijumpai pada 18 orang (51.4%), dan dengan jenis kelamin laki-laki dengan kualitas tidur tidak terganggu sebanyak 17 orang (48.6%).
3. Pada responden penelitian berjenis kelamin perempuan dengan kualitas tidur terganggu dijumpai sebesar 22 orang (62.9%) dan jenis kelamin perempuan dengan kualitas tidur tidak terganggu dijumpai pada 13 orang (37.1%).
4. Proporsi tingkat pendidikan responden dalam penelitian ini yang terbanyak dijumpai adalah SMA yaitu pada 19 orang (27,1%), dibandingkan dengan tingkat pendidikan SD yaitu pada 18 orang (25,7%), SMP yaitu pada 17 orang (24,3%), dan perguruan tinggi pada 9 orang (12,9%), serta tidak sekolah pada 7 orang (10%).
5. Kualitas tidur responden berdasarkan jenis kelamin sesuai komponen kuesioner PSQI dalam penelitian ini didapatkan untuk komponen kualitas tidur subjektif pasien berjenis kelamin laki-laki memiliki kualitas tidur subjektif yang dominan cukup baik, sementara pasien berjenis kelamin perempuan dominan mengalami kualitas

tidur subjektif yang sangat buruk. Pada komponen latensi tidur, pasien berjenis kelamin laki-laki dan perempuan dominan mengalami latensi tidur. Komponen lama (durasi) tidur malam dijumpai dominan >7 jam pada kedua jenis kelamin. Komponen efisiensi tidur dijumpai dominan sebesar 75-84% baik pada pasien laki-laki maupun pasien perempuan. Pada komponen gangguan tidur dijumpai pasien laki-laki dan perempuan mengalami gangguan tidur. Berikutnya komponen penggunaan obat tidur baik pada laki-laki maupun perempuan dalam penelitian ini dominan tidak menggunakan obat tidur dalam sebulan terakhir. Komponen terakhir adalah disfungsi siang hari yang dominan dijumpai pada pasien laki-laki dibandingkan pada pasien perempuan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nasution AA, Nuralita NS. Hubungan Perilaku Merokok dengan Tingkat Simptom Depresi di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan. *Jurnal Pandu Husada*. 2020;1(3).
2. Farah FH. Schizophrenia: An Overview. *Asian Journal of Pharmaceutics*. 2018;3(August 2018):77–9.
3. Li R, Wang G, Yang J, Wang C. Why sex differences in schizophrenia? *2017;1(1):37–42*.
4. Andira S, Nuralita NS. Pengaruh Perbedaan Jenis Kelamin terhadap Simtom Depresi Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. M. Ildrem Kota Medan Sumatera Utara pada Tahun 2017. *Buletin Farmatera*. 2018;3(2).
5. Chen MH, Korenic SA, Wickwire EM, Andrea S, Hong LE, Rowland LM, et al. Sex Differences in Subjective Sleep Quality Patterns in Schizophrenia. *Behavioral Sleep Medicine*. 2019;0(00):1–12.
6. Siregar S, Nuralita NS. Gambaran Tingkat Kepatuhan Minum Obat berdasarkan Faktor Demografi pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. M. Ildrem Medan. *Ibnu Sina Biomedika*. 2018;2(2).

7. Nuralita NS, Camellia V, Loebis B. Relationship between Caregiver Burden and Expressed Emotion in Families of Schizophrenic Patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(16):2583-2589. Published 2019 Aug 20. doi:10.3889/oamjms.2019.394
8. Idaiani S, Yunita I, Tjandrarini DH, Indrawati L, Darmayanti I, Kusumawardani N. Prevalensi Psikosis di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar. *Riset Kesehatan Dasar*. 2019;3(1):9–16.
9. Fahrudin HW. Efektivitas Penyuluhan Penanganan dan Penatalaksanaan Orang dalam Gangguan Jiwa (ODGJ) di Kecamatan Karangjati. Universitas Sebelas Maret. 2018;
10. Waite F, Sheaves B, Isham L, Reeve S, Freeman D. Sleep and schizophrenia : From epiphenomenon to treatable causal target. *Schizophrenia Research*. 2020;221:44–56.
11. Pu C, Qiu Y, Zhou T, Yang F, Lu Z, Wang C, et al. Gender differences of neurocognitive functioning in patients with first-episode schizophrenia in China. *Comprehensive Psychiatry*. 2019;95:152132.
12. Yaqoot F, Suhail D, Jake N. Exploring Gender Difference in Sleep Quality of Young Adults: Findings from a Large Population Study. *Clinical Medicine & Research*. 2016;14(3):138–44.
13. Ruiz JC, Fuentes I, Dasi C, Navarro M. Gender differences on the WAIS-IV in patients with schizophrenia. 2021;44(1).
14. Costa R, Bastos T, Probst M, Seabra A, Vilhena E, Corredeira R. Sleep quality in patients with schizophrenia: The relevance of physical activity. *Mental Health and Physical Activity*. 2018;14:140-45
15. Campos EDM, Melo CM, Maia WS, Felipe P, Bruin C De, Ponte L, et al. Sleep disturbances and gender differences in schizophrenia. 2008;1(9):27–30.
16. Ong WJ, Tan XW, Shahwan S, Satghare P, Cetty L, Ng BT, et al. Association between sleep quality and domains of quality of life amongst patients with first episode psychosis. 2020;3:1–9.
17. Tang J, Liao Y, Kelly BC, Xie L, Xiang Y, Qi C, et al. Gender and Regional Differences in Sleep Quality and Insomnia : A General Population-based Study in Hunan Province of China. *Nature Publishing Group*. 2017;(August 2016):1–9.
18. Noort M Van Den. *Schizophrenia and Sleep Disorders : An Introduction*. 2018;1–5.
19. Lee EE, Ancoli-israel S, Eyller LT, Tu XM, Palmer BW, Irwin MR, et al. Sleep Disturbances and Inflammatory Biomarkers in Schizophrenia : Focus on Sex Differences. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018;1–11.
20. Dule A, Ahmed G, Tessema W, Soboka M. Sleep Quality in Schizophrenia. 2020;4:57–64.
21. Kiwan N, Mahfoud Z, Ghuloum S, Chamali R, Yehya A, Hammoudeh S. Self-Reported Sleep and Exercise Patterns in Patients with Schizophrenia : a Cross-Sectional Comparative Study. 2020;366–77.
22. Salahuddin M, Maru TT, Kumalo A, Pandiperumal SR, Bahammam AS, Manzar D. Validation of the Pittsburgh sleep quality index in community dwelling Ethiopian adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017;1–7.
23. Gunn P, Davies SK, Gunn PJ, Middleton B, Davies SK, Revell VL, et al. Sex differences in the circadian profiles of melatonin and cortisol in plasma and urine matrices under constant routine conditions. 2016;(January).
24. Kyung Y, Id L, Choi YH, Chu MK, Mo J, Id N, et al. Gender differences influence over insomnia in Korean population : A cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2020;1–14.
25. Orrico-Sánchez A, López-Lacort M, Muñoz-Quiles C, Sanfélix-Gimeno G, Díez-Domingo J. Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):149. Published 2020 Apr 5. doi:10.1186/s12888-020-02538-8
26. Daseking, M., Petermann, F., & Waldmann, H.-C. (2017). Sex differences in cognitive

- abilities: Analyses for the German WAIS-IV. Personality and Individual Differences, 114, 145-150. doi: 10.1016/j.paid.2017.04.003
27. Ong WJ, Tan XW, Shahwan S, et al. Association between sleep quality and domains of quality of life amongst patients with first episode psychosis. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):114. Published 2020 Apr 29. doi:10.1186/s12955-020-01367-3
 28. Kaskie RE, Graziano B, Ferrarelli F. Schizophrenia and sleep disorders: links, risks, and management challenges. *Nat Sci Sleep*. 2017;9:227-239. Published 2017 Sep 21. doi:10.2147/NSS.S121076
 29. Sitawati, A. D., Soetjipto. Association between drug compliance levels with sleep quality of schizophrenic patients. *EurAsian Journal of BioSciences*. 2020: 14(1), 1733-1737.
 30. Peng X, Wang S, Bi J, et al. Gender differences in socio-demographics, clinical characteristic and quality of life in patients with schizophrenia: A community-based study in Shenzhen. *Asia Pac Psychiatry*. 2021;13(2):e12446. doi:10.1111/appy.12446
 31. Dule, A., Mohammedhusein, M., Hajure, M. Impact of Sleep Disturbances on the Quality of Life Among Schizophrenic Outpatients of Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia: Hospital Based Cross-sectional Study. *The Open Public Health Journal*. 2020: 13;684-691. doi: 10.2174/1874944502013010684
 32. Luo Y, Pang L, Zhao Y, Guo C, Zhang L, Zheng X. Gender difference in the association between education and schizophrenia in Chinese adults. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):296. Published 2020 Jun 12. doi:10.1186/s12888-020-02700-2
 33. Roder, V., & Müller, D. R. (2015). *INT-Integrated Neurocognitive Therapy for Schizophrenia Patients*. Springer International Publishing Switzerland.
 34. Chen MH, Korenic SA, Wickwire EM, Wijtenburg SA, Hong LE, Rowland LM. Sex Differences in Subjective Sleep Quality Patterns in Schizophrenia. *Behav Sleep Med*. 2020;18(5):668-679. doi:10.1080/15402002.2019.1660168