

**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI  
PADA ORANG DENGAN SKIZOFRENIA BERDASARKAN  
JENIS KELAMIN TERHADAP LAMA PENGOBATAN DI  
RUMAH SAKIT MADANI MEDAN**

**SKRIPSI**



**UMSU**

Unggul | Cerdas | Terpercaya

Oleh:

GEBBY NUSANTARA

1808260068

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

**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI  
PADA ORANG DENGAN SKIZOFRENIA BERDASARKAN  
JENIS KELAMIN TERHADAP LAMA PENGOBATAN DI  
RUMAH SAKIT MADANI MEDAN**

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



**UMSU**  
Unggul | Cerdas | Terpercaya

Oleh :

**GEBBY NUSANTARA**

1808260068

**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 :Gebby Nusantara

NPM :1808260068

Judul Skripsi :Perbedaan Tingkat Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin Terhadap Lama Pengobatan di Rumah Sakit Madani Medan

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

Medan, 25 Januari 2022



Gebby Nusantara



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](http://www.umsu.ac.id) E-mail : [rektor@umsu.ac.id](mailto:rektor@umsu.ac.id)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Gebby Nusantara  
NPM : 1808260068  
Judul : Perbedaan Tingkat Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin Terhadap Lama Pengobatan di RS Madani Medan

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing,

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

Penguji 1

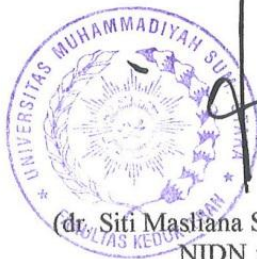
(Prof. DR. dr. Elmeida Effendy, M.Ked, Sp.KJ(K))

Penguji 2

(dr. Yenita, M.Biomed, Sp. KKLP)

Mengetahui,

Dekan FK-UMSU



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

Ketua Program Studi  
Pendidikan Dokter FK UMSU

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

Ditetapkan di : Medan  
Tanggal : 7 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) dr. Siti Masliana Siregar, Sp.THT-KL (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
- 2) dr. Desi Isnayanti, M.Pd.Ked selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
- 3) dr. Nanda Sari Nuralita, M.Ked KJ, Sp.KJ selaku dosen pembimbing skripsi dan dosen pembimbing akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
- 4) Prof. DR. dr. Elmeida Effendy, M.Ked, Sp.KJ (K) selaku penguji yang memberikan banyak masukan dalam skripsi ini.
- 5) dr. Yenita, M.Biomed, Sp. KKLP selaku dosen penguji yang memberikan banyak masukan dalam skripsi ini.
- 6) Orang tua saya, Bapak Suseno Joko Nusantoro dan Ibu Rini Wahyu Hartani serta keluarga saya yang selalu memberikan doa, kasih sayang, juga dukungan, baik material maupun morel.
- 7) Teman-teman seperjuangan, Mutia Haliza Karo Karo, Ifadatul Fatihin, Yulia Ananda Putri Rangkuti, Rinda Ayudya, Hamimatur Rohmah, Erliani, Firda Syakirina Purwoko, Basrah Bee, Refangga Sudi Wardana, Dinar Arif Nugraheni, Nadhita Az-Zahrah, Dennisa Ramadhanty, dan Dede Nova Sholihah yang telah menyemangati saya dan memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.
- 8) Teman-teman satu penelitian, Adella Utami Nasution, Zulhilmi, Tarisa Anandasmara, Popi Latifah Bawean, dan Octari Auliati yang telah membantu dan memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.

9) 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.

Medan, 25 Januari 2022

Penulis

Gebby Nusantara

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK  
KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Gebby Nusantara

NPM : 1808260068

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 Tingkat Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin Terhadap Lama Pengobatan di Rumah Sakit Madani Medan”**

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.

Dibuatdi : Medan

Pada tanggal : 7 Februari 2022

Yang Menyatakan

Gebby Nusantara

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Skizofrenia merupakan kelainan otak kronis yang dapat bergejala pada saat aktif berupa delusi, halusinasi, bicara tidak teratur, kesulitan berpikir, dan kurangnya motivasi. Orang yang menderita skizofrenia sering kali mengalami masalah kesehatan mental lainnya, seperti gangguan kecemasan dan depresi. Orang yang mengalami skizofrenia juga sering mengalami disfungsi sosial, sehingga lebih mungkin menjadi pengangguran, miskin, dan tunawisma. Hal ini menyebabkan penurunan harapan hidup dengan beberapa perkiraan lebih sedikit 10-12 tahun dibandingkan orang yang tidak menderita skizofrenia. Bukti menunjukkan bahwa masalah kesehatan mental seperti depresi lebih buruk pada skizofrenia. Sebagai contoh, depresi adalah faktor paling signifikan dalam bunuh diri pada skizofrenia. **Tujuan:** Mengetahui perbedaan tingkat depresi skizofrenia berdasarkan jenis kelamin terhadap lama pengobatan di Rumah Sakit Madani Medan. **Metode:** analitik kategorik dengan rancangan penelitian yang dipakai adalah studi *cross sectional*, Teknis pengambilan sampel yang digunakan penelitian ini adalah *Non Probability Sampling* yaitu sampel tidak dipilih secara acak dengan metode *Purposive Sampling*. Data penelitian ini diperoleh dari data primer menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan uji *chi-square*. **Hasil:** Hasil penelitian yang didapatkan bahwa pada laki-laki lama pengobatan < 1 tahun 29 orang (33.7%) dan > 1 tahun 14 orang (16.3%), pada perempuan lama pengobatan < 1 tahun 31 orang (36.0%) dan > 1 tahun 12 orang (14%). Hasil analisis antara jenis kelamin terhadap lama pengobatan pada orang dengan skizofrenia adalah  $p = 0.815$  ( $P > 0.05$ ). **Kesimpulan:** Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin terhadap lama pengobatan pada orang dengan skizofrenia.

Kata Kunci: Depresi, lama pengobatan, skizofrenia



## **Abstract**

**Background:** Schizophrenia is a chronic brain disorder that can have symptoms when active in the form of delusions, hallucinations, disorganized speech, difficulty thinking, and lack of motivation. People who suffer from schizophrenia often experience other mental health problems, such as anxiety disorders and depression. People with schizophrenia also often experience social dysfunction, making them more likely to be unemployed, poor, and homeless. This leads to a decrease in life expectancy by some estimates of 10-12 years less than for people who do not have schizophrenia. Evidence suggests that mental health problems such as depression are worse in schizophrenia. For example, depression is the most significant factor in suicide in schizophrenia. **Aim:** To determine the difference in the level of depression in schizophrenia by sex to the duration of treatment at Madani Hospital Medan. **Methods:** categorical analytic with the research design used is a cross sectional study. The sampling technique used in this study is Non Probability Sampling, namely the sample is not selected randomly by the Purposive Sampling method. The data of this study were obtained from primary data using a questionnaire. Data analysis using chi-square test. **Results:** The results showed that in men the duration of treatment < 1 year 29 people (33.7%) and > 1 year 14 people (16.3%), in women the duration of treatment < 1 year 31 people (36.0%) and > 1 year 12 people (14%). The results of the analysis between gender and duration of treatment in people with schizophrenia were  $p = 0.815$  ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** There is no significant relationship between gender and duration of treatment in people with schizophrenia.

**Keywords:** Depression, duration of treatment, schizophrenia

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
1.5 Hipotesis .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>5</b>
2.1 Skizofrenia .....	5
2.2 Simtom Depresi .....	6
2.3 Simtom Depresi pada Orang dengan Skizofrenia .....	7
2.4 Farmakodinamik dan Farmakokinetik Risperidon .....	9
2.5 Alat Ukur <i>Calgary Depression Scale For Schizophrenia</i> (CDSS) .....	9
2.6 Kerangka Teori Penelitian .....	11
2.7 Kerangka Konsep Penelitian .....	11
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b> .....	<b>12</b>
3.1 Definisi Operasional .....	12
3.2 Desain Penelitian .....	12
3.3 Waktu dan Tempat Penelitian .....	13
3.3.1 Tempat Penelitian .....	13
3.3.2 Waktu Penelitian .....	13
3.4 Populasi dan Sampel Penelitian .....	13
3.4.1 Populasi Target .....	13
3.4.2 Sampel Penelitian .....	13
3.4.3 Cara Pengambilan Sampel .....	13
3.4.4 Besar Sampel .....	13
3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi .....	14
3.5.1 Kriteria Inklusi .....	14

3.5.2 Kriteria Eksklusi.....	14
3.6 Identifikasi Variabel.....	14
3.7 Teknik Pengumpulan Data .....	14
3.7.1 <i>Ethical Clearance</i> .....	14
3.7.2 <i>Informed Consent</i> .....	14
3.8 Pengolahan dan Analisis Data.....	14
3.8.1 Pengolahan Data.....	15
3.8.2 Analisis Data .....	15
3.9 Alur Penelitian.....	16
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>17</b>
4.1 Hasil Penelitian .....	17
4.2 Pembahasan.....	20
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>25</b>
5.1 Kesimpulan.....	25
5.2 Saran.....	25
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>26</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>31</b>

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.5 Kerangka Teori	11
Gambar 2.6 Kerangka Konsep	11
Gambar 3.9 Alur Penelitian	16

## DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 3.1	Definisi Operasional	12
Tabel 4.1	Distribusi Data Berdasarkan Karakteristik Sampel	17
Tabel 4.2	Kejadian Depresi pada Orang Skizofrenia Terhadap Jenis Kelamin	18
Tabel 4.3	Kejadian Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Terhadap Usia	19
Tabel 4.4	Kejadian Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Terhadap Lama Pengobatan	19
Tabel 4.5	Perbedaan Tingkat Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin Terhadap Lama Pengobatan di Rumah Sakit Madani Medan	20

## DAFTAR SINGKATAN

ADHD	<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>
DALY	<i>Disability Adjusted Life Year</i>
YLL	<i>Year of Life Lost</i>
YLD	<i>Year of Life Disability</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
SGAs	<i>Second Generation Antipsychotics</i>
5-HT	<i>5-hydroxytyptamine</i>
LSD	<i>Lysergic Acid Diethylamide</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
PHQ-8	<i>Patient Health Questionnaire-8</i>
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
CDSS	<i>Calgary Depression Scale of Schizophrenia</i>
HAM-D	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
PSE	<i>Present State Examination</i>
PANSS	<i>Positive And Negative Syndrome Scale</i>
BDI-II	<i>Beck Depression Inventory</i>

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman	
Lampiran 1	Lembar Penjelasan	31
Lampiran 2	<i>Informed Consent</i>	32
Lampiran 3	Kuesioner CDSS	33
Lampiran 4	<i>Ethical Clearance</i>	37
Lampiran 5	Surat Izin Selesai Penelitian	38
Lampiran 6	Data Responden	39
Lampiran 7	Hasil Analisis Data	42
Lampiran 8	Dokumentasi	45
Lampiran 9	Daftar Riwayat Hidup	46

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Penyakit gangguan jiwa dapat beragam jenis, seperti gangguan depresi, kecemasan, bipolar, gangguan berperilaku, autisme, gangguan perilaku makan, cacat intelektual, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), dan juga termasuk skizofrenia.<sup>1</sup> Secara global, kasus skizofrenia prevalensinya meningkat dari 13,1 juta pada tahun 1990 menjadi 20,9 juta kasus ditahun 2016. Skizofrenia menyumbang 13,4 juta tahun kehidupan hidup dengan kecacatan yang menjadi beban penyakit secara global.<sup>2</sup> Pada tahun 2017, skizofrenia mendapatkan prevalensi sekitar 62,74%.<sup>3</sup> Pengukuran beban penyakit, yaitu *Disability Adjusted Life Year* (DALY) dihitung dari penjumlahan antara *Year of Life Lost* (YLL) kematian dini terhadap penyakit tertentu dengan *Year of Life Disability* (YLD) tahun hidup dengan kondisi disabilitas.<sup>2</sup> Di Indonesia, prevalensi permil rumah tangga dengan anggota rumah tangga dengan gangguan skizofrenia mencapai 6,7 % pada tahun 2018 dan berdasarkan tempat tinggal angka kejadian paling sering pada kasus skizofrenia adalah pedesaan.<sup>4</sup> Pada tahun 2018 dari 33 provinsi di Indonesia prevalensi permil rumah tangga di Sumatera Utara dengan anggota rumah tangga gangguan skizofrenia mencapai 6,26 %. Prevalensi di kota Medan sendiri menempati urutan ke-13 dari 33 kabupaten di Sumatera Utara, yaitu mencapai 6,77%.<sup>5</sup>

Menurut *American Psychiatric Association* (APA), skizofrenia merupakan kelainan otak kronis yang dapat bergejala pada saat aktif berupa delusi, halusinasi, bicara tidak teratur, kesulitan berpikir, dan kurangnya motivasi.<sup>6</sup> Skizofrenia muncul dengan gejala yang bisa positif, negatif, dan campuran. Gejala positif skizofrenia termasuk delusi terang-terangan, halusinasi pendengaran, visual, dan sentuhan, gangguan pikiran, dan perilaku yang aneh. Gejala negatif skizofrenia meliputi afek datar, alogia, avolisi, anhedonia, dan hendaya atensi. Gejala skizofrenia campuran mencakup gejala positif dan negatif juga dapat terjadi.<sup>7,8</sup>

Orang yang menderita skizofrenia sering kali mengalami masalah kesehatan



mental lainnya, seperti gangguan kecemasan dan depresi. Orang yang mengalami skizofrenia juga sering mengalami disfungsi sosial, sehingga lebih mungkin menjadi pengangguran, miskin, dan tunawisma. Hal ini menyebabkan penurunan harapan hidup dengan beberapa perkiraan lebih sedikit 10-12 tahun dibandingkan orang yang tidak menderita skizofrenia.<sup>7</sup> Bukti menunjukkan bahwa masalah kesehatan mental seperti depresi lebih buruk pada skizofrenia. Sebagai contoh, depresi adalah faktor paling signifikan dalam bunuh diri pada skizofrenia.<sup>9,10</sup> Kualitas hidup pada orang dengan skizofrenia dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti sosio demografi, tingkat keparahan gejala kejiwaan, durasi penyakit yang tidak diobati, lama pengobatan, dukungan sosial, dan penggunaan zat.<sup>11</sup>

Penelitian menunjukkan bahwa genetika, lingkungan, psikologis, dan sosial merupakan faktor penyumbang penting untuk perkembangan dari skizofrenia. Faktor risiko skizofrenia dikaitkan dengan riwayat trauma, pelecehan seksual, penggunaan ganja, dan riwayat infeksi.<sup>7</sup> Menurut Vigod dan kawan-kawan, komplikasi kelahiran yang berpotensi terhadap peningkatan risiko skizofrenia adalah *preeklampsia*, malformasi, dan ekstraksi vakum.<sup>12</sup>

Depresi pada orang dengan skizofrenia dapat berasal dari kelainan neurobiologis dan efek samping obat antipsikotik (misalnya: bradikinesia, kehilangan spontanitas, sedasi, akatisia).<sup>13</sup> Terdapat hubungan erat antara gejala psikosis dengan gejala depresi terutama pada fase prodromal atau fase awal pada skizofrenia.<sup>9</sup> Berdasarkan penelitian Dubovsky, perkiraan prevalensi depresi pada orang dengan skizofrenia berkisar 27-48%. Penelitian tersebut juga menyatakan bahwa terdapat prevalensi sekitar 31% pasien berusia > 55 tahun dengan gangguan skizofrenia yang mengalami gejala depresi.<sup>14</sup> Pada penelitian Tariku M, depresi pada orang dengan skizofrenia dua kali lipat lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki. Hal ini dikarenakan perbedaan hormonal, psikososial antara laki-laki dengan perempuan. Faktor lain juga didapatkan efek persalinan, perceraian/janda, penggunaan narkoba, serta dukungan sosial yang buruk.<sup>15</sup> Menurut penelitian dari Yung dan kawan-kawan, peningkatan gejala depresi 76% dan mengidentifikasi tingkat gangguan emosional yang tinggi sebagai prediksi transisi ke psikosis.<sup>13</sup> Pengobatan antipsikotik memiliki kemanjuran dalam

mengatasi depresi pada skizofrenia. Diketahui bahwa obat antipsikotik seperti *Second Generation Antipsychotics* (SGAs) terdapat reseptor serotonin (*5-hydroxytyptamine*, 5-HT) yang dapat berkontribusi pada aktivitas antidepresan.<sup>13</sup>

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia termasuk beban penyakit dengan penyebab yang multifaktor. Hal yang dapat menjadi komorbid dari skizofrenia adalah tingkat depresi. Beberapa penelitian menjelaskan tingkat depresi meningkat saat fase prodromal. Berdasarkan hal ini, maka saya ingin meneliti perbedaan tingkat depresi pada skizofrenia berdasarkan jenis kelamin terhadap lama pengobatan di RS Madani Medan Sumatera Utara.

## 1.2 Rumusan Masalah

Permasalahan penelitian ini adalah apakah ada perbedaan tingkat depresi pada orang dengan skizofrenia berdasarkan jenis kelamin terhadap lama pengobatan di RS Madani Medan Sumatera Utara?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi skizofrenia berdasarkan jenis kelamin terhadap lama pengobatan.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui proporsi tingkat simtom depresi pada orang dengan skizofrenia berdasarkan usia.
2. Untuk mengetahui proporsi tingkat simtom depresi pada orang dengan skizofrenia berdasarkan jenis kelamin.
3. Untuk mengetahui proporsi jenis kelamin pada orang dengan skizofrenia yang telah mendapatkan pengobatan sebelum satu tahun dan sesudah satu tahun.

#### 1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti, untuk mendeteksi simtom depresi yang dijumpai pada orang dengan skizofrenia dalam masa pengobatan.
2. Bagi masyarakat, dapat memberikan informasi bahwa pengobatan orang dengan skizofrenia tidak hanya pengobatan penyakitnya saja tetapi juga menilai simtom-simtom yang bisa muncul akibat skizofrenia salah satunya simtom depresi.
3. Bagi klinisi, agar kualitas pasien semakin meningkat salah satunya memperbaiki simtom depresi.

#### 1.5 Hipotesis

H<sub>0</sub> : Tidak terdapat perbedaan simtom depresi pada orang dengan skizofrenia antara laki-laki dan perempuan terhadap lama pengobatan.

H<sub>1</sub> : Terdapat Perbedaan simtom depresi pada orang dengan skizofrenia antara laki-laki dan perempuan terhadap lama pengobatan.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Skizofrenia**

Skizofrenia merupakan adanya gejala positif yang terdiri dari dua atau lebih gejala delusi, halusinasi, gangguan ucapan seperti inkoheren dan perilaku katatonik.<sup>16</sup> Pada penelitian Charlson menyatakan bahwa skizofrenia pada laki-laki dan perempuan tidak ada perbedaan prevalensi.<sup>2</sup> Sebagian besar penelitian menunjukkan bahwa onset perempuan 3-5 tahun lebih lambat dibandingkan pada laki-laki. Laki-laki memiliki puncak onset, yaitu 21 dan 25 tahun sedangkan pada perempuan memiliki dua puncak onset, yang pertama antara 25 dan 30 tahun dan yang kedua setelah 45 tahun.<sup>17</sup> Skizofrenia menggambarkan gangguan mental yang memiliki gejala termasuk perubahan dalam persepsi, pikiran, perlambatan psikomotor, dan perilaku antisosial.<sup>18</sup> Penelitian oleh Winarti dan kawan-kawan menyatakan bahwa kasus dari orang dengan skizofrenia tertinggi sebanyak 42,05% pada umur 26-45 tahun dengan pengobatan di Puskesmas Jakarta sebanyak 84%, dirujuk ke rumah sakit sebanyak 16% yang tidak teratur berobat ke puskesmas sebanyak 52,02% di tahun 2017.<sup>19</sup>

Pada orang dengan skizofrenia, dilihat dengan resonansi magnetik imaging menunjukkan pengurangan volume beberapa struktur otak (amigdala atau hipokampus), pembesaran ventrikel otak serta hilangnya substansia alba. Etiologi yang lain dihubungkan dengan neurotransmitter terganggu terutama dopamin dan glutamat. Banyak studi mengungkapkan faktor resiko seperti faktor lingkungan seperti perkotaan, migrasi, penggunaan ganja, trauma masa kanak-kanak, infeksi, komplikasi obstetrik, dan faktor psikososial.<sup>12</sup> Sebuah penelitian menunjukkan bahwa 26-65% perempuan dengan skizofrenia mempunyai riwayat *child abuse* dibandingkan dengan laki-laki dengan skizofrenia yang mempunyai *child abuse* hanya 10-20%.<sup>20</sup>

Skizofrenia dibagi menjadi tiga fase yaitu, positif, negatif, dan gejala kognitif. Gejala positif meliputi halusinasi, delusi, dan motorik yang abnormal dengan

tingkat keparahan yang berfluktuasi. Gejala negatif yang paling umum termasuk avolisi, alogia, dan anhedonia. Gejala kognitif mempunyai gejala seperti gangguan belajar, atensi, dan bicara.<sup>21</sup>

Obat dapat mengurangi gejala-gejala psikotik dalam berbagai penyakit termasuk skizofrenia, dari hasil studi menjelaskan bahwa halusinogen indol seperti *Lysergic Acid Diethylamide* (LSD) dan meskalin merupakan agonis serotonin (5-HT) mendorong halusinogen endogen dalam urin, darah, dan otak pada orang dengan skizofrenia. Blokade reseptor 5-HT adalah faktor kunci dalam mekanisme kerja golongan utama obat antipsikotik atipikal dengan klozapin sebagai prototipenya, misalnya melperon, risperidon, zotepin, olanzepin, kuetiapin, ziprasidon, aripiprazol, sertindol, paliperidon, iloperidon, asenapin, dan lurasidon merupakan agonis inversus reseptor 5-HT yaitu memblokir aktivitas konstitutif reseptor 5-HT.<sup>22</sup>

## 2.2 Simtom Depresi

Depresi ditandai dengan adanya perasaan sedih, hampa, atau mudah tersinggung, disertai dengan perubahan fisik dan kognitif yang berlangsung minimal 2 minggu yang secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup individu.<sup>23</sup> Perempuan dua kali lebih mungkin mengalami depresi dibandingkan laki-laki.<sup>24</sup> Menurut hasil dari penelitian Wang J dan kawan-kawan, prevalensi depresi memuncak diantara individu berusia 30-40 tahun dan 80-90 tahun.<sup>25</sup> Pada tahun 2015 *World Health Organization* (WHO) memperkirakan prevalensi mencapai 4,4% dengan tingkat depresi pada perempuan 5,1% sedangkan laki-laki 3,6%. WHO menyatakan pada tahun 2005 hingga 2015 depresi mengalami peningkatan sekitar 18,4%.<sup>26</sup>

*Patient Health Questionnaire-8* (PHQ-8) adalah ukuran diagnostik dan keparahan gejala gangguan depresi. Skor 0-4 dianggap tidak memiliki gejala depresi atau minimal, sedangkan skor 5-9, 10-14, atau 15-24 dianggap memiliki gejala ringan, sedang, atau berat.<sup>23</sup> Brody dan kawan-kawan melakukan penelitian di tahun 2013-2016 menyatakan bahwa prevalensi depresi sekitar 8,1% orang dewasa dengan umur 20 tahun ke atas. Penelitian tersebut juga menyatakan

bahwa prevalensi perempuan dengan depresi yaitu 10,4% dua kali lebih tinggi dibandingkan laki-laki dengan prevalensi sekitar 5,5%. Kebanyakan penderita dengan depresi 80% kesulitan dengan pekerjaan, dan kegiatan sosial karena depresi mereka. Penyebab dari simtom depresi ini juga dipengaruhi oleh kondisi seperti pendapatan keluarga. Prevalensi depresi akan menurun jika pendapatan keluarga meningkat.<sup>27</sup>

Ciri khas dari depresi adalah gangguan emosional, keputusasaan, dan kesedihan sesuai dengan data epidemiologi oleh Angst J, gangguan depresi dapat disebabkan oleh nafsu makan, kelelahan, dan gangguan tidur. Penurunan nafsu makan dapat terjadi karena mual dan muntah pada gejala migrain. Mekanisme biologis antara migrain dengan depresi melalui hipotalamus memainkan peran penting dalam nafsu makan, kelelahan, dan fungsi tidur.<sup>28</sup> Depresi dapat terkait dengan penyakit somatik umum termasuk penyakit hipertensi, penyakit jantung, endokrin, nutrisi, dan penyakit metabolik (diabetes melitus, obesitas). Penyakit sistem saraf pusat seperti sklerosis merupakan komorbiditas dengan risiko tinggi pada depresi.<sup>29</sup>

### **2.3 Simtom Depresi pada Orang dengan Skizofrenia**

Depresi sering terjadi bersamaan di antara pasien dengan gangguan mental, terutama di antara orang dengan skizofrenia. Menurut penelitian Tariku M, prevalensi depresi pada orang dengan skizofrenia dua kali lipat lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Gangguan depresi ini dapat disebabkan adanya perbedaan hormonal, perbedaan psikososial antara laki-laki dengan perempuan, efek persalinan, perceraian/janda, penggunaan narkoba, dan dukungan sosial yang buruk.<sup>15</sup> Penelitian lain menghubungkan dengan angka kekambuhan, gangguan psikososial, dan rawat inap menjadi salah satu faktor pencetus dari depresi pada orang dengan skizofrenia.<sup>30</sup> Kelly dan kawan-kawan melakukan penelitian bahwa perempuan dengan riwayat *child abuse* dua kali lebih besar daripada laki-laki.<sup>20</sup>

Berdasarkan penelitian Dubovsky, perkiraan prevalensi depresi pada orang dengan skizofrenia berkisar 27-48%. Sebuah penelitian tersebut juga menyatakan

bahwa 31% berusia >55 tahun dengan gangguan skizofrenia yang mengalami gejala depresi. Komorbid dari simtom depresi pada skizofrenia dikaitkan dengan gejala-gejala positif dan negatif. Meskipun tumpang tindih secara substansial antara simtom depresi dengan gejala negatif, suasana hati yang rendah, pesimisme, dan bunuh diri lebih spesifik untuk depresi, sementara alogia dan afek datar lebih dikaitkan dengan gejala negatif.<sup>14</sup>

Dalam uji klinis 8 minggu, amisulpride dan olanzapine mengurangi gejala depresi pada orang dengan skizofrenia. Pada sebuah penelitian lainnya selama 12 minggu menemukan antidepresan agomelatine efektif untuk gejala depresi dan negatif, tetapi tidak dengan gejala positif pada orang dengan skizofrenia.<sup>14</sup> Kebanyakan pedoman pengobatan depresi menyarankan perawatan selama 4-9 bulan. *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment guide* menyarankan agar orang dengan skizofrenia tetap menggunakan obat antidepresi selama setidaknya 6-9 bulan setelah gejala reda sepenuhnya.<sup>31</sup>

Studi observasional menunjukkan bahwa sekitar 50 % orang dengan depresi psikotik pulih dalam dua hingga tiga bulan, dan sebagian besar orang dengan depresi pulih dalam enam hingga 12 bulan. Menentukan kelanjutan yang optimal dan terapi pemeliharaan untuk depresi psikotik menjadi perhatian khusus karena tingginya tingkat kekambuhan. Kekhawatiran lain termasuk perjalanan penyakit yang kambuh atau kronis, angka kematian yang tinggi, risiko tinggi gejala ekstrapiramidal (distonia, akatisia, dan parkinsonism), dan tingkat kecacatan yang tinggi. Selama perawatan pemeliharaan depresi psikotik dengan farmakoterapi kombinasi dan antidepresan umumnya dipertahankan lebih lama daripada antipsikotik. Kebanyakan ahli menghentikan antipsikotik setelah 4 bulan pemulihan berkelanjutan dari depresi psikotik dan melanjutkan antidepresan.<sup>32,33</sup>

Sebuah studi *National Institute of Mental Health* (NIMH) menyatakan bahwa pasien yang kambuh saat menghentikan antipsikotik selama perawatan pemeliharaan depresi psikotik sebelumnya untuk mempertahankan antipsikotik setidaknya selama 6 hingga 12 bulan. Untuk orang dengan depresi psikotik yang berhasil mengurangi dan menghentikan antipsikotik tetapi kemudian kambuh

selama perawatan pemeliharaan monoterapi antidepresan untuk memulai kembali antipsikotik yang telah dihentikan.<sup>33</sup>

#### **2.4 Farmakokinetik dan Farmakodinamik Risperidon**

Mekanisme kerja risperidon pada orang dengan skizofrenia tidak jelas. Aktivitas terapeutik pada skizofrenia dapat dimediasi melalui kombinasi antagonis reseptor dopamin tipe 2 (D) dan serotonin tipe 2 (5HT). Risperidon adalah antagonis monoaminergik dengan afinitas tinggi untuk serotonin tipe 2 (5-HT<sub>2</sub>), dopamin tipe 2 (D<sub>2</sub>), 1 dan 2 adrenergik, dan reseptor histaminergik (H<sub>1</sub>). Risperidon menunjukkan afinitas rendah hingga sedang untuk reseptor serotonin 5HT<sub>1C</sub>, 5HT<sub>1D</sub>, dan 5HT<sub>1A</sub>. Tidak ada afinitas untuk muskarinik kolinergik atau reseptor adrenergik 1 dan 2.<sup>34</sup>

Absorpsi pada farmakokinetik dari risperidon yaitu dapat terabsorpsi dengan baik. Makanan tidak mempengaruhi kecepatan dan tingkat penyerapan risperidon. Dosis proporsional pada risperidon dengan rentang 1 hingga 16 mg setiap hari (0,5 mg hingga 8 mg dua kali sehari). Risperidon didistribusikan dengan cepat. Volume distribusi adalah 1-2 L/kg. Dalam plasma risperidon terikat pada albumin dan  $\alpha_1$ - asam glikoprotein.<sup>34</sup>

Risperidon dimetabolisme secara ekstensif dihati. Jalur metabolisme utama adalah melalui hidrosilasi risperidon menjadi *9-hidroksirisperidon* oleh enzim CYP 2D6. CYP 2D6 juga disebut *debrisoquin hydroxylase*, adalah enzim yang bertanggung jawab untuk metabolisme neuroleptik, antidepresan, antiaritmia, dan obat lain. Risperidon dan metabolitnya dieliminasi melalui urin dengan waktu paruh eliminasi rata-rata keseluruhan sekitar 20 jam. Pemberian dosis obat pada skizofrenia dapat melalui oral atau intramuskular. Hasil penelitian untuk efikasi risperidon oral pada dosis 1-3 mg/hari menunjukkan efikasi paling baik dan untuk pemberian secara intramuskular dosis 25 mg setiap 2 minggu.<sup>34,35</sup>

#### **2.5 Alat Ukur *Calgary Depression Scale for Schizophrenia* (CDSS)**

*Calgary Depression Scale for Schizophrenia* (CDSS) telah digunakan secara luas untuk menilai tingkat keparahan depresi pada orang dengan skizofrenia.<sup>36</sup>

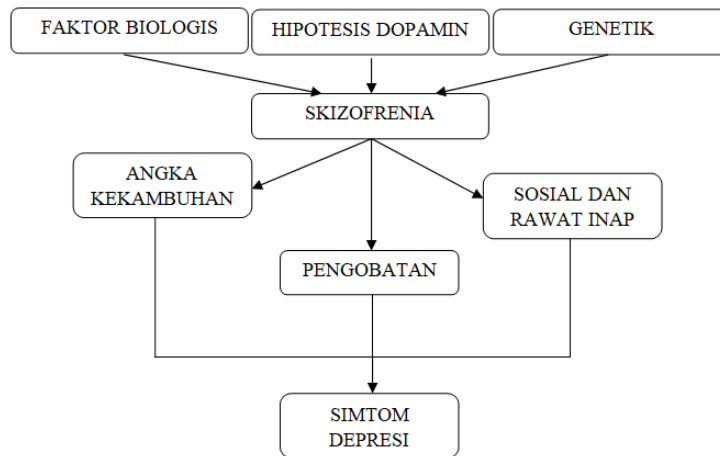


CDSS dirancang untuk membedakan antara depresi dan gejala negatif pada orang dengan skizofrenia.<sup>37</sup> Pada tahun 1990 sekelompok peneliti mengembangkan skala untuk mengukur depresi di antara orang dengan skizofrenia. Skala ini berasal dari item di *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D) dan *Present State Examination* (PSE). Selain itu, CDSS menunjukkan korelasi yang rendah dengan subskala gejala negatif dari *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) yang mendukung kemampuannya untuk membedakan depresi dari gejala negatif.<sup>37</sup>

Pada penilaian skor dari CDSS ini terdiri dari 9 item, yaitu depresi, keputusasaan, rendahnya harga diri, ide-ide rujukan berupa rasa dipersalahkan, rasa bersalah patologik, depresi di pagi hari, terbangun dini hari, ide-ide bunuh diri, dan depresi terobservasi.<sup>36,37</sup> Pada penelitian Reki G dan kawan-kawan, penilaian CDSS dengan membandingkan skala berbeda untuk menilai depresi pada orang dengan skizofrenia yaitu HAM-D, *Beck Depression Inventory* (BDI-II), dan PANSS, penulis menyimpulkan bahwa CDSS menunjukkan sifat psikometri terbaik.<sup>36</sup>

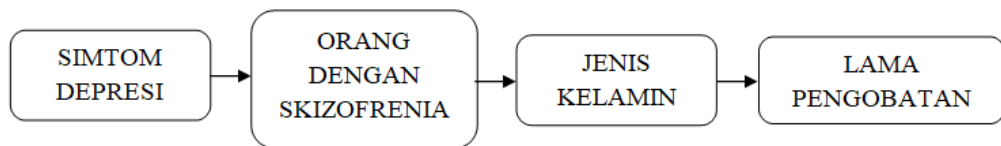
Cara menilai skor dari CDSS ini dengan menambahkan masing-masing item dengan skor total 0-27.<sup>38</sup> Pada penelitian Reki G mendapatkan skor 7 dengan sensitivitas 94,7% dan spesifitas 72,1%.<sup>36</sup> Penelitian Rostami R tahun 2019 mendapatkan skor 8 dengan sensitivitas dan spesifitas 79% dan 84%.<sup>38</sup> Hal ini menunjukkan bahwa CDSS merupakan alat ukur yang valid dan reliabel untuk mengevaluasi depresi pada orang dengan skizofrenia.<sup>38</sup>

## 2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Teori

## 2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.6 Kerangka Konsep

## BAB 3 METODE PENELITIAN

### 3.1 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Depresi	Suasana hati yang rendah, pesimisme, dan ingin bunuh diri dengan adanya gejala psikotik.	CDSS dengan menggunakan wawancara.	Skor total $\geq 6$ : depresif Skor $< 6$ : Normal	Nominal
2	Skizofrenia	Skizofrenia merupakan adanya gejala positif yang terdiri dari dua atau lebih gejala delusi, halusinasi, gangguan ucapan seperti inkoheren dan perilaku katatonik.	Berdasarkan PPDGJ III 2016 dengan wawancara.	Diagnosis skizofrenia	Nominal
3	Jenis Kelamin	Keadaan individu yang lahir secara biologis sebagai laki-laki dan perempuan.	Wawancara	1. Perempuan 2. Laki-laki	Nominal
4	Lama Pengobatan	Panjangnya waktu selama seseorang mendapatkan pengobatan yang tepat sesuai kebutuhan klinis.	Wawancara	1. $< 1$ tahun 2. $> 1$ tahun	Nominal

### 3.2 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik kategorik dengan rancangan penelitian yang dipakai adalah studi *cross sectional*, penelitian ini melakukan percobaan pada subjek satu kali saja dan pada satu waktu tertentu.

### 3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

#### 3.3.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Madani Medan Sumatera Utara yang beralamat di Jl. Arief Rahman Hakim No.168, Sukaramai I, Kec. Medan Area, Kota Medan, Sumatera Utara.

#### 3.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai dari Juli sampai Desember tahun 2021.

### 3.4 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.4.1 Populasi Target

Populasi dalam penelitian ini adalah orang yang telah didiagnosa skizofrenia sebelum dan sesudah satu tahun konsumsi obat risperidon di RS Madani Medan.

#### 3.4.2 Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini adalah orang dengan skizofrenia yang memenuhi kriteria PPDGJ III tahun 1993.

#### 3.4.3 Cara Pengambilan Sampel

Teknis pengambilan sampel yang digunakan penelitian ini adalah *Non Probability Sampling* yaitu sampel tidak dipilih secara acak dengan metode *Purposive Sampling*.

#### 3.4.4 Besar Sampel

Penelitian ini termasuk ke dalam penelitian analitik kategorik nominal tidak berpasangan, dengan rumus besar sampel adalah sebagai berikut :

$$n_1 = n_2 = \frac{(z\alpha\sqrt{2pq} + z\beta\sqrt{p_1q_1 + p_2q_2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{1,96\sqrt{2,0,46,0,54} + 0,84\sqrt{0,61,0,39 + 0,31,0,69})^2}{(0,3)^2}$$

$$= 42,07 \text{ (dibulatkan menjadi 43 sampel)}$$

Keterangan :

$Z\alpha$  : Standar deviasi pada kesalahan tipe I (1,96)

$Z\beta$  : Standar deviasi pada kesalahan tipe II (0,84)

P2 : Proporsi pada kelompok yang nilainya diambil dari pustaka (0,31)

P1-P2 : Perbedaan klinis yang diinginkan (0,3)

Perhitungan besar sampel berdasarkan rumus di atas diperoleh besar sampel minimal yang dibutuhkan sebanyak 43.

### **3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi**

#### **3.5.1 Kriteria Inklusi**

- 1.Orang yang telah didiagnosis skizofrenia berdasarkan PPDGJ III tahun 1993
- 2.Usia 15-55 tahun berjenis kelamin laki-laki dan perempuan
- 3.Orang dengan skizofrenia dalam keadaan stabil (pada fase stabil) dan kooperatif

#### **3.5.2 Kriteria Eksklusi**

- 1.Orang dengan skizofrenia dengan komorbid yaitu menderita penyakit kronis, alkohol, depresi sebelumnya dan obat-obatan NAPZA
- 2.Orang dengan skizofrenia dengan riwayat kebiasaan merokok, mempunyai riwayat skizofrenia dikeluarga, tidak bekerja, dan menikah

### **3.6 Identifikasi Variabel**

Variabel Bebas : Simtom Depresi

Variabel Terikat : Skizofrenia

### **3.7 Teknik Pengumpulan Data**

#### **3.7.1 *Ethical Clearance***

Sebelum mengumpulkan sampel sudah didapat persetujuan *ethical clearance* kepada Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

#### **3.7.2 *Informed Consent***

Semua partisipan sudah diminta persetujuan dan sudah diberikan penjelasan sebelum diikutsertakan sebagai partisipan.

### **3.8 Pengolahan dan Analisis Data**

#### **3.8.1 Pengolahan Data**

Setelah data dari penelitian terkumpul maka selanjutnya adalah pengolahan data yang akan diperiksa kelengkapannya dengan langkah-langkah sebagai berikut.

##### *1. Editing*

Mengumpulkan seluruh sampel yang telah didiagnosa depresi dengan skizofrenia dan memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan.

##### *2. Coding*

Memberikan kode kategorik (nominal) untuk mengklasifikasikan jawaban yang ada dari pengumpulan data.

##### *3. Entry Data*

Memasukkan data yang dikumpulkan ke software komputer untuk dianalisis analitik.

##### *4. Analyzing*

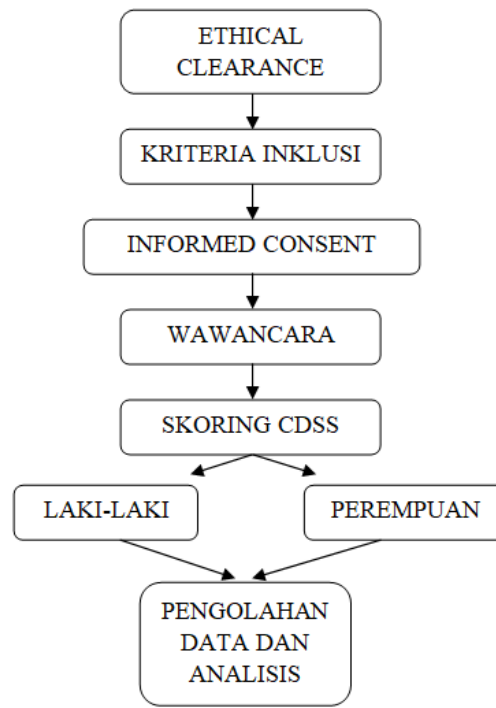
Menganalisis data yang telah diproses dalam program statistik.

#### **3.8.2 Analisis Data**

Analisis data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan uji *chi-square*. Uji *chi-square* digunakan untuk menguji hubungan antara dua buah variabel nominal dan mengukur kuatnya hubungan antara variabel yang satu dengan variabel nominal lainnya.

Untuk menguji kemaknaan, hasil uji dikatakan ada hubungan yang bermakna jika nilai  $p < \alpha$  ( $\leq 0,05$ ) dan hasil dikatakan tidak ada hubungan yang bermakna jika  $p > \alpha$  ( $>0,05$ ).

### 3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.9 Alur Penelitian

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1. Hasil Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik kategorik dengan rancangan penelitian yang dipakai studi *cross sectional*. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Madani Medan Sumatera Utara yang beralamat di jl. Arief Rahman Hakim No, 168, Sukaramai I, Kec. Medan Area, Kota Medan, Sumatera Utara. Penelitian ini berlangsung Oktober 2021 setelah mendapat persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara dengan nomor: 589/KEPK/FKUMSU/2021. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi skizofrenia berdasarkan jenis kelamin terhadap lama pengobatan. Hasil penelitian disajikan sebagai berikut:

##### 4.1.1. Distribusi Data

##### 4.1.1.1. Distribusi Data Berdasarkan Karakteristik Demografik Penelitian

Tabel 4.1 Distribusi Data Berdasarkan Karakteristik Demografik Penelitian

	<b>Karakteristik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>1.</b>	<b>Berdasarkan Jenis Kelamin</b>		
	Laki-laki	43	50.0
	Perempuan	43	50.0
<b>2.</b>	<b>Berdasarkan Usia</b>		
	15-24 tahun	7	8.1
	25-34 tahun	34	39.5
	35-44 tahun	27	31.4
	45-55 tahun	18	20.9
<b>3.</b>	<b>Lama Pengobatan</b>		
	< 1 tahun	60	69.8
	> 1 tahun	26	30.2
<b>4.</b>	<b>Kejadian Depresi</b>		
	Depresi	51	59.3
	Tidak Depresi	35	40.7
	<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Tabel 4.1 di atas menjelaskan bahwa jenis kelamin orang dengan diagnosa skizofrenia yang menjadi responden adalah sama yaitu laki-laki dengan jumlah



43 responden (50.0%) dan perempuan berjumlah 43 responden (50.0%), dan usia responden terbanyak adalah 25-34 tahun yaitu 34 responden (39.5%), dibandingkan dengan usia 35-44 tahun yaitu 27 responden (31.4%), usia 45-55 tahun yaitu 18 responden (20.9%), dan usia 15-24 tahun yang berjumlah 7 responden (8.1%), dan untuk lama pengobatan responden terbanyak adalah pengobatan < 1 tahun yaitu 60 responden (69.8%) dibandingkan dengan pengobatan > 1 tahun yang berjumlah 26 responden (30.2%). dan kejadian depresi sebanyak 51 responden (59.3%) dibandingkan dengan tidak depresi.

#### 4.1.1.2. Kejadian Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Terhadap Usia

Tabel 4.2 Kejadian Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Terhadap Usia

Usia	Kejadian Depresi		Tidak Depresi	
	n	%	n	%
15-24 tahun	3	42.9	4	57.1
25-34 tahun	21	61.8	13	38.2
35-44 tahun	15	55.6	12	44.4
45-55 tahun	12	66.7	6	33.3
<b>Total</b>	51	59.3	35	40.7

Tabel 4.2 di atas, menjelaskan bahwa tingkat depresi berdasarkan usia pada orang dengan skizofrenia terbanyak adalah usia 25-34 tahun yaitu pada 21 responden (24.4%), dibandingkan dengan usia 35-44 tahun yaitu pada 15 responden (55.6%), usia 45-55 tahun dengan 12 responden (66.7%), dan usia 15-24 tahun dengan 3 responden (42.9%).

#### 4.1.1.3 Kejadian Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Terhadap Jenis Kelamin

Tabel 4.3 Kejadian Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Terhadap Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Kejadian Depresi		Tidak Depresi	
	n	%	n	%
Laki-laki	23	53.5	20	46.5
Perempuan	28	65.1	15	34.9
<b>Total</b>	51	59.3	35	40.7

Tabel 4.3 di atas, menjelaskan bahwa kejadian depresi berdasarkan jenis kelamin pada orang dengan skizofrenia terbanyak pada perempuan yaitu 28 responden (65.1%), dibandingkan dengan laki-laki yaitu 23 responden (53.5%).

#### 4.1.1.4. Kejadian Depresi Pada Orang Dengan Skizofrenia Terhadap Lama Pengobatan

Tabel 4.4 Kejadian Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Terhadap Lama Pengobatan

Lama Pengobatan	Kejadian Depresi		Tidak Depresi	
	n	%	n	%
< 1 tahun	30	50.0	30	50.0
> 1 tahun	21	80.8	5	19.2
<b>Total</b>	51	59.3	35	40.7

Tabel 4.4 diatas, menjelaskan bahwa tingkat depresi berdasarkan lama pengobatan pada orang dengan skizofrenia terbanyak adalah lama pengobatan < 1 tahun yaitu pada 30 responden (50.0%), dibandingkan dengan lama pengobatan > 1 tahun yaitu pada 21 responden (80.8%).

#### 4.1.1.5. Perbedaan Tingkat Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin Terhadap Lama Pengobatan Di Rumah Sakit Madani Medan

Tabel 4.5 Perbedaan Tingkat Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin Terhadap Lama Pengobatan Di Rumah Sakit Madani Medan

Jenis Kelamin	Lama Pengobatan				Total	Nilai P	
	< 1 tahun		> 1 tahun				
	n	%	n	%	n		%
Laki-laki	29	33.7	14	16.3	43	100.0	0.815
Perempuan	31	36.0	12	14.0	43	100.0	
<b>Total</b>	60	69.8	26	30.2	86	100.0	

Tabel 4.5 Berdasarkan tabel uji *chi-square* di atas, menyatakan bahwa nilai *Fisher's Exact Test Exact Sig. (2-sided)* yaitu 0.815 ( $P > 0.05$ ) yang bermakna

bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel. Tidak ada pengaruh antara jenis kelamin terhadap lama pengobatan kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia (Hipotesis penelitian ditolak).

#### 4.2. Pembahasan

Data distribusi pada penelitian berdasarkan karakteristik demografik ini mempunyai responden dengan laki laki berjumlah 43 responden (50.0%) dan perempuan yaitu 43 responden (50.0%). Untuk responden dengan usia 15-24 tahun yaitu 7 responden (8.1%), 25-34 tahun berjumlah 34 responden (39.5%) 35-44 tahun yaitu 27 responden (31.4%) dan 45-55 tahun yaitu 18 responden (20.9%). Untuk lama pengobatan < 1 tahun yaitu 60 responden (69.8%) dan lama pengobatan > 1 tahun berjumlah 26 responden (30.2%). Untuk kejadian depresi responden dengan depresi berjumlah 51 responden (59.3%) dan yang tidak depresi yaitu 35 responden (40.7%).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat depresi berdasarkan jenis kelamin pada orang dengan skizofrenia di RS Madani terbanyak adalah pada perempuan yaitu 28 responden (65.1%) dibandingkan dengan pada laki-laki yaitu 23 responden (53.5%). Hal ini sesuai dengan penelitian Tariku Mandaras pada studi *cross sectional* di Ethiopia yang menyatakan bahwa orang dengan skizofrenia pada perempuan yaitu 172 responden terdiagnosa depresi sekitar 50 responden, sedangkan untuk orang dengan skizofrenia pada laki-laki yaitu 221 responden terdiagnosa depresi sekitar 54 responden. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa perempuan yang terdiagnosa depresi pada orang dengan skizofrenia adalah 24.9%. Hal ini dapat terjadi dikarenakan perbedaan hormonal, efek persalinan, dan perbedaan dari tekanan psikososial antara laki-laki dan perempuan.<sup>15</sup> Selain itu pada penelitian Akinjola O di Lagos, Nigeria menyatakan bahwa dari total 320 responden dengan skizofrenia 61 responden (33.3%) berjenis kelamin perempuan mengalami depresi.<sup>39</sup> Hal ini bertentangan dengan penelitian Jing Dai pada studi *cross sectional* yang menyatakan bahwa prevalensi simtom depresi pada orang dengan skizofrenia lebih tinggi pada laki-laki yaitu 62.2% dibandingkan dengan perempuan yaitu 48.1%. Penelitian tersebut

berhipotesa bahwa fase penyakit skizofrenia memiliki peran penting, yaitu responden yang memiliki skizofrenia episode pertama, tanpa pengobatan, dan penilaian menggunakan HAM-D.<sup>40</sup> Penelitian dari Siti Andira dan Nanda Sari menjelaskan bahwa simtom depresi pada orang dengan skizofrenia terbanyak pada laki-laki yaitu 78 responden (69%) dibandingkan perempuan dengan hasil 35 responden. Hal ini bertentangan dengan penelitian ini dapat terjadi dikarenakan perbedaan dalam pengukuran simtom depresi yaitu menggunakan BDI-II.<sup>41</sup>

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia berdasarkan usia terbanyak adalah pada usia 25-34 tahun yaitu pada 21 responden (24.4%), dibandingkan dengan usia 35-44 tahun yaitu pada 15 responden (55.6%), usia 45-55 tahun dengan 12 responden (66.7%), dan usia 15-24 tahun dengan 3 responden (42.9%). Hal ini sesuai dengan penelitian Tolesa Fanta pada studi *cross sectional* di Addis Ababa, Ethiopia yang menyatakan bahwa usia terbanyak dengan kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia adalah usia 25-34 tahun yaitu 167 responden (40%). Pada Penelitian tersebut menjelaskan selain usia hal yang dapat mencetuskan terjadinya depresi pada orang dengan skizofrenia, terdapat beberapa faktor yaitu riwayat penggunaan zat, riwayat bunuh diri, durasi penyakit, kepatuhan minum obat, durasi pengobatan, penggunaan alkohol, merokok dan kualitas hidup.<sup>42</sup>

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kejadian depresi berdasarkan lama penggunaan obat dijumpai terbanyak pada responden dengan penggunaan obat < 1 tahun yaitu 30 responden (50%) dari total 60 responden yang menggunakan obat < 1 tahun, dibandingkan dengan lama pengobatan > 1 tahun yaitu 21 responden (80.8%) dari total 26 responden yang menggunakan obat > 1 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian Tolesa Fanta pada studi *cross sectional* di Ethiopia menyatakan bahwa penggunaan obat  $\leq$  1 tahun lebih tinggi angka kejadian depresi yaitu 205 responden (49.1%).<sup>42</sup> Hal ini sesuai dengan studi observasional menunjukkan bahwa sekitar 50 % orang dengan depresi psikotik pulih dalam dua hingga tiga bulan, dan sebagian besar pasien pulih dalam enam hingga 12 bulan. Kebanyakan ahli menghentikan antipsikotik setelah 4 bulan

pemulihan berkelanjutan dari depresi psikotik dan melanjutkan antidepresan.<sup>32,33</sup> Sebuah studi *National Institute of Mental Health* (NIMH) menyatakan bahwa pasien yang kambuh saat menghentikan antipsikotik selama perawatan pemeliharaan depresi psikotik sebelumnya untuk mempertahankan antipsikotik setidaknya selama 6 hingga 12 bulan.<sup>33</sup>

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin terhadap lama pengobatan pada orang dengan skizofrenia. Hasil penelitian didapatkan nilai *Fisher's Exact Test Exact Sig. (2-sided)* yaitu 0.815 ( $P > 0.05$ ) sehingga pada hipotesis penelitian ini ditolak. Hal ini mungkin disebabkan jenis kelamin tidak termasuk dalam faktor yang memiliki hubungan lama pengobatan pada orang dengan skizofrenia. Menurut penelitian Dong Mei Wang menyatakan bahwa terdapat perbedaan jenis kelamin dalam prevalensi depresi terhadap orang dengan skizofrenia, tetapi desain *cross sectional* dalam penelitian tersebut tidak dapat menetapkan hubungan kausatif yang pasti antara jenis kelamin dengan depresi pada orang dengan skizofrenia.<sup>43</sup> Menurut penelitian Tolesa Fanta telah menyatakan bahwa terdapat perbedaan antara lama pengobatan dengan kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia dan terdapat hubungan yang bermakna antara lama pengobatan dengan kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia yaitu 0.028 ( $P < 0.05$ ), studi penelitian tersebut tidak menjelaskan hubungan antara jenis kelamin terhadap lama penggunaan obat pada orang dengan skizofrenia.<sup>42</sup>

Pada penelitian ini memiliki keterbatasan yang dapat menimbulkan gejala depresi pada orang dengan skizofrenia seperti, kepatuhan minum obat, penggunaan alkohol, kebiasaan merokok, ekspresi emosi keluarga, tidak bekerja, kualitas hidup dan status pernikahan. Hal ini dapat memperberat simtom depresi pada orang dengan skizofrenia yang dijelaskan pada studi Sri Rizky Ayunita dan Nanda Sari Nuralita yaitu terdapat hubungan antara kebiasaan merokok dengan angka kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia. Studi tersebut menjelaskan perilaku merokok biasanya mempengaruhi tingkat keparahan simtom depresi. Faktor yang mempengaruhi kebiasaan merokok dan simtom depresi pada orang dengan skizofrenia yaitu kandungan dalam rokok seperti

nikotin yang dapat mengatasi gejala negatif seperti anhedonia karena nikotin dapat meningkatkan dopamin pada nucleus accumbens dan korteks prefrontal dan memberikan efek bahagia sehingga semakin tinggi tingkat depresi maka semakin tinggi pula perilaku merokok. Orang dengan skizofrenia diduga termotivasi terhadap rokok dikarenakan merokok bukan hanya sebagai mekanisme menghadapi penyakit melainkan sebagai pembebasan sementara dari gejala psikiatri. Selain dari kebiasaan merokok, faktor lain seperti pekerjaan dapat mempengaruhi angka kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia. Studi yang sama menjelaskan bahwa orang yang tidak bekerja memiliki simtom depresi lebih banyak dibandingkan dengan yang memiliki pekerjaan hal ini dikarenakan pengeluaran biaya yang meningkat untuk biaya hidup. Berdasarkan status pernikahan, orang yang telah menikah menimbulkan depresi lebih tinggi dibandingkan yang belum menikah.<sup>44</sup> Pada studi Nanda SN yang menyatakan bahwa ekspresi emosi keluarga memiliki hubungan terhadap beban pengobatan dimana hal ini perlu diperhatikan untuk meningkatkan keberhasilan terapi. Tingginya ekspresi emosi dalam keluarga yang merawat orang dengan skizofrenia menjadi sulit untuk dikendalikan dalam proses penyembuhan dan dapat memunculkan simtom depresi pada orang dengan skizofrenia.<sup>45</sup> Studi dari Syahroni Siregar juga mengungkapkan bahwa lama pengobatan dipengaruhi dengan adanya kepatuhan pasien dalam berobat. Semakin pasien tidak patuh dalam berobat maka semakin timbul gejala-gejala negatif seperti depresi dan semakin panjang durasi pengobatan pada orang dengan skizofrenia. Konsekuensinya lama pengobatan ini dapat menimbulkan biaya yang cukup tinggi.<sup>46</sup>

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RS Madani Medan mengenai perbedaan tingkat depresi pada orang dengan skizofrenia berdasarkan jenis kelamin, maka dapat disimpulkan:

1. Terdapat perbedaan antara tingkat depresi pada orang dengan skizofrenia laki-laki dengan perempuan.
2. Kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia lebih banyak pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki.
3. Kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia lebih banyak pada usia 25-34 tahun.
4. Kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia lebih banyak pada pengobatan sebelum satu tahun.
5. Tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin terhadap lama pengobatan pada orang dengan skizofrenia.

#### **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. Diharapkan penelitian lebih lanjut mempertimbangkan faktor seperti, kebiasaan merokok, riwayat keluarga, pekerjaan dan status pernikahan. Faktor-faktor tersebut memiliki peran penting terhadap angka kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia.
2. Bagi peneliti berikutnya dapat dijadikan referensi untuk melakukan penelitian selanjutnya.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Situasi Kesehatan Jiwa DI Indonesia. *Infodatin*. 2019:12.
2. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophr Bull*. 2018;44(6):1195-1203.
3. He H, Liu Q, Li N, et al. Trends in the incidence and DALYs of schizophrenia at the global, regional and national levels: Results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020.
4. Riskesdas. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar. *Kementeri Kesehatan RI*. 2018:1-582.
5. Balitbangkes Depkes RI. *Laporan Riset Kesehatan Dasar Provinsi Sumatera Utara Tahun 2018.*; 2018.
6. American Psychiatric Association. What Is Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*.  
<https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>. Published 2020.
7. Volkan K. Schizophrenia: Epidemiology, Causes, Neurobiology, Pathophysiology, and Treatment. *J Heal Med Sci*. 2020;3(4).
8. Correll CU, Schooler NR. Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:519-534.
9. Uptegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophr Bull*. 2017;43(2):240-244.
10. Dondé C, Vignaud P, Poulet E, Brunelin J, Haesebaert F. Management of depression in patients with schizophrenia spectrum disorders: a critical review of international guidelines. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(4):289-299.
11. Desalegn D, Girma S, Abdeta T. Quality of life and its association with



- psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: A hospital-based cross-sectional study. *PLoS One*. 2020;15(2):1-15.
12. Janoutová J, Janáčková P, Šerý O, et al. Epidemiology and risk factors of Schizophrenia. *Neuroendocrinol Lett*. 2016;37(1):1-8.
  13. Reynolds GP, McGowan OO. Schizophrenia, Depressive Symptoms, and Antipsychotic Drug Treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2021;24:253-255.
  14. Dubovsky LS. Psychotic Depression\_ Diagnosis, Differential Diagnosis, and Treatment. 2021.
  15. Tariku M, Ali T, Misgana T, Hajure M, Asfaw H. Depression among Patients with Schizophrenia in Ethiopian Mental Health Hospital: Association with Sociodemographic and Clinical Variables: A Cross-Sectional Study. *Depress Res Treat*. 2021;2021.
  16. Demirbas H, Tugba E, Kizil O. Burnout and Related Factors in Caregivers of outpatients with Schizophrenia. 2017:1-11.
  17. Li R, Wang G, Yang J, Wang C. Why sex differences in schizophrenia? 2017;1(1):37-42.
  18. Rasool S, Zeeshan M, Erum A, Zafa MZ. Schizophrenia : An overview. 2018;15:847-851.
  19. Winarti AR. Prevalence of Schizophrenia in South Jakarta Administration City in 2017. *J Ilmu Kesehatan Masy*. 2019;10(1):15-24.
  20. Kelly DL, Rowland LM, Patchan KM, et al. Schizophrenia clinical symptom differences in women vs. men with and without a history of childhood physical abuse. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2016;10(1):1-7.
  21. Kondej M, Kaczor A. Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. 2018;(August).
  22. Katzung BG. *Basic and Clinical Pharmacology 14th Edition*. 14th Edition. New York: McGraw-Hill Education; 2017.
  23. Villarroel MA, Terlizzi EP. Symptoms of Depression Among Adults:

- United States, 2019. *NCHS Data Brief*. 2020;(379):1-8.
24. Strothers HS. Depression in the primary care setting. *Ethn Dis*. 2019;12(1).
  25. Wang J, Wu X, Lai W, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7(8):1-14.
  26. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorder. 2017;48(1):56-60.
  27. Brody DJ, Pratt LA, Hughes JP. Prevalence of Depression Among Adults Aged 20 and Over: United States, 2013-2016. *NCHS Data Brief*. 2018;(303):1-8.
  28. Peres MFP, Mercante JPP, Tobo PR, Kamei H, Bigal ME. Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. *J Headache Pain*. 2017;18(1):1-8.
  29. Steffen A, Nübel J, Jacobi F, Bätzing J, Holstiege J. Mental and somatic comorbidity of depression: A comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):1-15.
  30. Kim-Romo DN, Rascati KL, Richards KM, Ford KC, Wilson JP, Beretvas SN. Medication adherence and persistence in patients with severe major depressive disorder with psychotic features: Antidepressant and second-generation antipsychotic therapy versus antidepressant monotherapy. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016;22(5):588-596.
  31. Jung YW. Times to Discontinue Antidepressants Over 6 Months in Patients with Major Depressive Disorder. 2016.
  32. Putu N, Lestari D, Suyasa AB. Manajemen Perioperatif Gejala Ekstrapiramidal ( EPS ) pada Hidrocephalus Tekanan Normal ( NPH ) Perioperative Management Extrapyrarnidal Symptoms ( EPS ) in Normo Pressure Hydrocephalus ( NPH ). 2020;9(3):183-190.
  33. Rothschild AJ. Treatment for Major Depression With Psychotic Features (Psychotic Depression). *Focus (Madison)*. 2016;14(2):207-209.
  34. Janssen Pharmaceuticals. DailyMed - RISPERDAL- risperidone tablet

- RISPERDAL M-TAB- risperidone tablet, orally disintegrating  
RISPERDAL- risperidone solution. *DailyMed, US Natl Libr Med*. 2019.
35. Janssen. Risperdal Consta Long Acting Injection. *janssen Pharm*. 2021.
  36. Rekhi G, Yee W, Lee J. Clinical utility of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia in individuals at ultra-high risk of psychosis. *Schizophr Res*. 2017;0-4.
  37. Hani Y, Ghuloum S, Mahfoud Z, Opler M, Khan A. Validation of the Arabic Version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia. 2016:1-11.
  38. Rostami R, Kazemi R, Sohrabi L, et al. The Persian version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Asian J Psychiatr*. 2019;45(July):44-49.
  39. Akinjola O, Lawal RA, Abayomi MO, et al. Self-stigma in Patients with Schizophrenia in a Psychiatry Hospital in Lagos, Nigeria. *Int Neuropsychiatr Dis J*. 2021;6(1):37-50.
  40. Dai J, Du X, Yin G, et al. Prevalence, demographic and clinical features of comorbid depressive symptoms in drug naïve patients with schizophrenia presenting with first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2018;193:182-187.
  41. 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. *Bul Farmatera*. 2018;3(2):97-108.
  42. Fanta T, Bekele D, Ayano G. The prevalence and associated factors of depression among patients with schizophrenia in Addis Ababa, Ethiopia, cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):1-6.
  43. Wang DM, Zhang XY. Sex differences in the prevalence and clinical features of comorbid depressive symptoms in patients with never-treated, first-episode schizophrenia. *Lancet*. 2019;394:S84.
  44. Ayunita SR, Nuralita NS. Hubungan Simtom Depresi terhadap Perilaku Merokok pada Pasien Skizofrenia Relation of Depression Symptom to Smoking Behavior in Schizophrenic Patients in Mental Hospital Prof . Dr . H . M . Ildrem Medan. *Anat Med J Fak Kedokt*. 2018;1(2).

45. Nuralita NS, Camellia V, Loebis B. Relationship between caregiver burden and expressed emotion in families of schizophrenic patients. *Open Access Maced J Med Sci.* 2020;8(B):586-591.
46. 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):159-165.

Lampiran 1 Lembar Penjelasan

LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON RESPONDEN PENELITIAN

Assalamualaikum Wr. Wb

Nama Gebby Nusantara, sedang menjalankan program studi S1 di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Saya sedang melakukan penelitian yang berjudul **“Perbedaan Tingkat Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin di RS Madani Medan Sumatera Utara”**.

Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi skizofrenia sebelum satu tahun pengobatan dan sesudah satu tahun pengobatan. Pertama saudara akan mengisi data pribadi pada halaman lembar persetujuan sebagai koresponden dan selanjutnya saudara akan mengisi kuesioner yang akan ditampilkan pada halaman berikutnya. Hasil kuesioner yang telah diisi akan saya kumpulkan dan akan saya lakukan pengolahan data untuk mendapatkan hasilnya.

Partisipasi saudara bersifat sukarela dan tanpa adanya paksaan. Setiap data yang ada dalam penelitian ini akan dirahasiakan dan digunakan untuk kepentingan penelitian. Untuk penelitian ini saudara/saudari tidak dikenakan biaya apapun, apabila membutuhkan penjelasan maka dapat menghubungi saya :

Nama : Gebby Nusantara

Alamat : Jl. Catur No 20 Pasar Merah Barat Medan Kota Sumatera Utara

No HP : 082337363779

Terimakasih saya ucapkan kepada saudara yang telah ikut berpartisipasi pada penelitian ini. Keikutsertaan saudara dalam penelitian ini akan menyumbangkan sesuatu yang berguna bagi ilmu pengetahuan.

Setelah memahami berbagai hal, menyangkut penelitian ini diharapkan saudara bersedia mengisi lembar persetujuan yang telah kami persiapkan.

Medan                    2021  
Peneliti

Gebby Nusantara

Lampiran 2 *Informed Consent*

(LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

No. HP :

Menyatakan bersedia menjadi responden kepada :

Nama : Gebby Nusantara

NPM : 1808260068

Instansi : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Untuk melakukan penelitian dengan judul **“Perbedaan Tingkat Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin Terhadap Lama Pengobatan di RS Madani Medan Sumatera Utara”**. Dan setelah mengetahui dan menyadari sepenuhnya risiko yang mungkin terjadi, dengan ini saya menyatakan bersedia dengan sukarela menjadi subjek penelitian tersebut. Jika sewaktu-waktu ingin berhenti, saya berhak untuk tidak melanjutkan keikutsertaan saya terhadap penelitian ini tanpa ada saksi apapun.

### Lampiran 3 Kuesioner CDSS

#### LEMBAR KUESIONER PENELITIAN

Nama :  
Umur :  
Tingkat Pendidikan :  
Status Pernikahan :  
Lama Sakit :  
Usia Awitan :

Pewawancara : Ajukan pertanyaan pertama seperti yang tertulis. Gunakan pertanyaan lanjutan atau penyelarasan sesuai kebutuhan anda. Kurun waktu yang dimaksud merujuk ke dua minggu terakhir kecuali bila dinyatakan lain.

N. B. Butir terakhir (9) diisi berdasarkan pengamatan dari keseluruhan wawancara.

#### 1. Depresi

**Bagaimana Anda menggambarkan suasana hati anda selama dua minggu terakhir? Apakah Anda tetap ceria secara wajar, atau apakah Anda merasa sangat tertekan atau kurang bersemangat akhir-akhir ini? Dalam dua minggu terakhir, seberapa sering Anda (kata-kata anda sendiri) setiap harinya? Sepanjang hari?**

0 Tidak ada

1 Ringan : menyatakan sedikit kesedihan atau tidak berani saat ditanya

2 Sedang : Mood depresi yang nyata dan menetap hingga separuh dari dua minggu terakhir : ada setiap hari

3 Berat : Mood depresi yang nyata dan menetap setiap hari lebih dari separuh waktu, mengganggu fungsi sosial dan motorik normal

#### 2. Keputusasaan

**Bagaimana Anda melihat masa depan anda ? Dapatkah Anda melihat masa depan apapun? Atau hidup ini tampaknya sungguh sia-sia? Apakah Anda menyerah atau apakah sepertinya masih ada alasan untuk berusaha?**

0 Tidak ada

1 Ringan : Pernah merasa putus asa dalam dua minggu terakhir, tetapi masih memiliki harapan untuk masa depan dalam batas tertentu.

2 Sedang : Perasaan putus asa sedang yang menetap selama minggu lalu. Dapat dipersuasi untuk mengakui adanya kemungkinan bahwa keadaan dapat membaik.

3 Berat : Perasaan putus asa yang menetap dan adanya penderitaan

### **3. Rendahnya Harga Diri**

**Apa pendapat Anda tentang diri anda sendiri bila dibandingkan dengan orang lain? Apakah Anda merasa diri anda lebih baik, tidak sebaik orang lain atau kurang lebih sama dengan orang lain? Apakah Anda merasa rendah diri atau bahkan tidak berharga?**

0 Tidak Ada

1 Ringan : Sedikit rasa rendah diri; tapi tidak sampai merasa tak berharga

2 Sedang : Subjek merasa tidak berharga, namun kurang dari separuh (50%) rentang waktu.

3 Berat : Subjek merasa tidak berharga lebih dari separuh (50%) rentang waktu. Dapat ditantang untuk mengakui hal sebaliknya.

### **4. Ide-ide Rujukan Berupa Rasa Dipersalahkan**

**Apakah Anda merasa bahwa Anda dipersalahkan akan sesuatu atau bahkan dituduh tanpa alasan? Mengenai apa? (Jangan menyertakan kesalahan/tuduhan yang jelas dilakukan. Jangan masukkan waham rasa bersalah)**

0 Tidak Ada

1 Ringan : Subjek merasa dipersalahkan tetapi tidak merasa dituduh, kurang dari separuh (50%) rentang waktu

2 Sedang : Perasaan dipersalahkan yang menetap, da/atau sesekali merasa dituduh

3 Berat : Perasaan dituduh yang menetap, apabila ditantang, mengakui bahwa keberadaannya tidak demikian



### **5. Rasa Bersalah Patologik**

**Apakah Anda cenderung menyalahkan diri sendiri untuk hal-hal kecil yang mungkin pernah Anda lakukan di masa lalu? Menurut Anda, apakah Anda pantas untuk mengkhawatirkan hal ini?**

0 Tidak Ada

1 Ringan : Subjek kadang-kadang merasa terlalu bersalah mengenai doosa kecil, tetapi ini dirasakan kurang dari separuh (50%) rentang waktu

2 Sedang : Subjek biasanya (lebih dari separuh (50%) rentang waktu) merasa bersalah akan tindakan masa lalu yang kemaknaannya ia lebih-lebihkan

3 Berat : Subjek biasanya merasa bahwa dia bersalah atas segala hal yang tidak beres, meskipun hal itu bukan kesalahannya.

### **6. Depresi Di Pagi Hari**

**Jika Anda merasa tertekan selama dua minggu terakhir, pernahkah Anda menyadari bahwa perasaan tertekan itu memburuk pada saat tertentu dalam satu hari?**

0 Tidak Ada : Tidak mengalami depresi

1 Ringan : Ada perasaan depresi tetapi tidak ada variasi diurnal

2 Sedang : Secara spontan menyatakan adanya depresi yang memburuk di pagi hari

3 Berat : Rasa depresi secara nyata lebih buruk di pagi hari, dengan adanya gangguan fungsi yang membaik di siang atau sore hari

### **7. Terbangun Dini Hari**

**Apaakah Anda bangun di pagi hari lebih awal daripada biasanya? Berapa kali kondisi ini terjadi dalam seminggu?**

0 Tidak Ada : Tidak pernah bangun lebih awal

1 Ringan : SSeSekali terbangun (hingga dua kali dalam seminggu) satu jam atau lebih sebelum waktu bangun yang normal atau sebelum alarm berbunyi

2 Sedang : Sering terbangun lebih dini (hingga lima kali dalam seminggu) satu

jam atau lebih sebelum waktu bangun yang normal atau sebelum alarm berbunyi

3 Berat : Setiap hari terbangun satu jam atau lebih sebelum waktu bangun yang normal

**8. Ide-ide bunuh diri : Pernahkah Anda merasa bahwa hidup ini tidak berarti lagi? Apakah Anda pernah merasa ingin mengakhiri hidup Anda? Apa yang Anda pikir dapat Anda lakukan? Apakah Anda pernah mencobanya?**

0 Tidak Ada

1 Ringan : Sering berpikir lebih baik mati atau sesekali berpikir untuk bunuh diri

2 Sedang : Sengaja membuat rencana bunuh diri, tetapi tidak melakukan upaya apapun

3 Berat : Upaya bunuh diri yang tampaknya dirancang untuk berakhir dengan kematian (contoh: upaya yang diketahui Secara tidak sengaja atau gagal akibat cara-cara yang tidak efisien)

### **9. Depresi Terobservasi**

**Berdasarkan pengamatan pewawancara selama keseluruhan wawancara. Pertanyaan “Apakah Anda merasa ingin menangis?” yang diajukan pada saat yang tepat dalam wawancara sehingga dapat memperoleh informasi yang berguna untuk pengamatan ini.**


0 Tidak Ada

1 Ringan : Subjek tampak sedih dan berduka bahkan dalam bagian-bagian wawancara yang mendiskusikan hal-hal dengan afek netral

2 Sedang : Subjek tampak sedih dan berduka sepanjang wawancara, dengan suara monoton yang sendu serta beberapa kali berurai air mata atau hampir menangis

3 Berat : Subjek sesenggukan pada topik-topik yang membuatnya sangat sedih, sering menghela nafas dalam-dalam dan menangis sejadi-jadinya, atau secara terus-menerus berada dalam penderitaan mendalam, bila pemeriksa yakin hal ini benar-benar ada.

## Lampiran 4 *Ethical Clearance*



**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 : 589/KEPK/FKUMSU/2021

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :  
*The Research protocol proposed by*

Peneliti Utama : Gebby Nusantara  
*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 TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN SKIZOFRENIA BERDASARKAN JENIS KELAMIN DI RUMAH SAKIT MADANI  
MEDAN SUMATERA UTARA "**

**"DIFFERENCE IN RATES OF DEPRESSION IN SCHIZOPHRENIA BY 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) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator  
setiap standar.

*Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable  
Assesment 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 16 Agustus 2021 sampai dengan tanggal 16 Agustus 2022  
*The declaration of ethics applies during the periode August 16, 2021 until August 16, 2022*

Medan, 16 Agustus 2021  
Ketua  
  
Dr. dr. Nurhady, MKT

## Lampiran 5 Surat Izin 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](mailto:madani.rsu@gmail.com) Website : [WWW.RSU-MADANI-MEDAN.COM](http://WWW.RSU-MADANI-MEDAN.COM)

**SURAT KETERANGAN**  
**NO : 142/ SKet / A / RSUM / XI / 2021**

Hal Survei Penelitian

Kepada Yth,  
Direktur Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara  
Di Tempat

Dengan hormat,

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

Adapun nama Mahasiswa/i Tersebut Adalah Sebagai Berikut :

Nama : Gebby Nusantara

NIM : 1808260068

Judul : Perbedaan Tingkat Depresi 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 Data Responden

No	Jenis Kelamin	Usia	Kejadian Depresi	Lama Pengobatan
1	laki-laki	35-45	depresi	> 1 th
2	perempuan	25-34	tidak terdapat depresi	< 1 th
3	perempuan	25-34	depresi	< 1 th
4	perempuan	25-34	tidak terdapat depresi	< 1 th
5	laki-laki	25-34	depresi	>1 th
6	laki-laki	35-45	depresi	< 1 th
7	laki-laki	45-55	depresi	< 1 th
8	perempuan	25-34	tidak terdapat depresi	< 1 th
9	perempuan	25-34	depresi	< 1 th
10	perempuan	25-34	tidak terdapat depresi	> 1 th
11	perempuan	35-45	depresi	< 1 th
12	perempuan	15-24	tidak terdapat depresi	< 1 th
13	laki-laki	35-45	depresi	< 1 th
14	perempuan	45-55	depresi	< 1 th
15	laki-laki	35-45	tidak terdapat depresi	< 1 th
16	laki-laki	35-45	depresi	> 1 th
17	laki-laki	25-34	tidak terdapat depresi	> 1 th
18	perempuan	15-24	depresi	< 1 th
19	laki-laki	35-45	tidak terdapat depresi	> 1 th
20	laki-laki	25-34	depresi	> 1 th
21	laki-laki	25-34	tidak terdapat depresi	> 1 th
22	laki-laki	35-45	depresi	> 1 th
23	laki-laki	45-55	tidak terdapat depresi	< 1 th
24	laki-laki	15-24	tidak terdapat depresi	< 1 th
25	laki-laki	25-34	depresi	> 1 th
26	laki-laki	35-45	tidak terdapat depresi	< 1 th
27	perempuan	35-45	tidak terdapat depresi	< 1 th
28	perempuan	15-24	depresi	> 1 th
29	laki-laki	35-45	tidak terdapat depresi	< 1 th
30	perempuan	35-45	depresi	> 1 th
31	perempuan	15-24	depresi	< 1 th
32	perempuan	25-34	depresi	< 1 th
33	laki-laki	25-34	depresi	< 1 th
34	laki-laki	25-34	tidak terdapat depresi	< 1 th
35	laki-laki	35-45	depresi	< 1 th
36	laki-laki	25-34	tidak terdapat depresi	< 1 th

37	perempuan	15-24	tidak terdapat depresi	< 1 th
38	perempuan	25-34	depresi	< 1 th
39	perempuan	25-34	depresi	< 1 th
40	perempuan	25-34	depresi	< 1 th
41	perempuan	45-55	depresi	< 1 th
42	laki-laki	45-55	tidak terdapat depresi	< 1 th
43	perempuan	45-55	tidak terdapat depresi	< 1 th
44	laki-laki	35-45	depresi	< 1 th
45	perempuan	35-45	depresi	< 1 th
46	perempuan	45-55	depresi	< 1 th
47	perempuan	25-34	depresi	< 1 th
48	laki-laki	25-34	depresi	< 1 th
49	laki-laki	45-55	depresi	< 1 th
50	laki-laki	45-55	depresi	< 1 th
51	perempuan	45-55	depresi	> 1 th
52	laki-laki	35-45	tidak terdapat depresi	< 1 th
53	laki-laki	25-34	depresi	> 1 th
54	laki-laki	25-34	depresi	> 1 th
55	perempuan	25-34	tidak terdapat depresi	< 1 th
56	laki-laki	25-34	depresi	> 1 th
57	laki-laki	25-34	tidak terdapat depresi	< 1 th
58	perempuan	35-45	tidak terdapat depresi	< 1 th
59	perempuan	35-45	depresi	> 1 th
60	laki-laki	15-24	tidak terdapat depresi	< 1 th
61	laki-laki	35-45	tidak terdapat depresi	< 1 th
62	laki-laki	45-55	tidak terdapat depresi	< 1 th
63	perempuan	45-55	depresi	> 1 th
64	perempuan	35-45	depresi	> 1 th
65	perempuan	35-45	depresi	> 1 th
66	perempuan	45-55	depresi	> 1 th
67	laki-laki	45-55	depresi	> 1 th
68	perempuan	25-34	depresi	> 1 th
69	laki-laki	35-45	tidak terdapat depresi	< 1 th
70	laki-laki	45-55	depresi	< 1 th
71	laki-laki	25-34	depresi	< 1 th
72	laki-laki	35-45	tidak terdapat depresi	< 1 th
73	perempuan	35-45	tidak terdapat depresi	< 1 th
74	laki-laki	25-34	depresi	< 1 th
75	perempuan	35-45	depresi	< 1 th

76	perempuan	25-34	tidak terdapat depresi	< 1 th
77	perempuan	25-34	depresi	< 1 th
78	perempuan	45-55	depresi	< 1 th
79	perempuan	25-34	tidak terdapat depresi	< 1 th
80	perempuan	45-55	tidak terdapat depresi	< 1 th
81	laki-laki	25-34	tidak terdapat depresi	< 1 th
82	laki-laki	25-34	depresi	> 1 th
83	laki-laki	35-45	tidak terdapat depresi	< 1 th
84	perempuan	25-34	depresi	> 1 th
85	perempuan	35-45	depresi	> 1 th
86	perempuan	45-55	tidak terdapat depresi	> 1 th

## Lampiran 7 Hasil Analisis Data

**jenis kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	43	50.0	50.0	50.0
	perempuan	43	50.0	50.0	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

**usia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-24	7	8.1	8.1	8.1
	25-34	34	39.5	39.5	47.7
	35-45	27	31.4	31.4	79.1
	45-55	18	20.9	20.9	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

**lama pengobatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 th	60	69.8	69.8	69.8
	> 1 th	26	30.2	30.2	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

**tingkat depresi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	depresi	51	59.3	59.3	59.3
	tidak terdapat depresi	35	40.7	40.7	100.0
	Total	86	100.0	100.0	



### jenis kelamin \* tingkat depresi Crosstabulation

		tingkat depresi		Total	
		depresi	tidak terdapat depresi		
jenis kelamin	laki-laki	Count	23	20	43
		% within jenis kelamin	53.5%	46.5%	100.0%
	perempuan	Count	28	15	43
		% within jenis kelamin	65.1%	34.9%	100.0%
Total		Count	51	35	86
		% within jenis kelamin	59.3%	40.7%	100.0%

### usia \* tingkat depresi Crosstabulation

		tingkat depresi		Total	
		depresi	tidak terdapat depresi		
usia	15-24	Count	3	4	7
		% within usia	42.9%	57.1%	100.0%
	25-34	Count	21	13	34
		% within usia	61.8%	38.2%	100.0%
	35-45	Count	15	12	27
		% within usia	55.6%	44.4%	100.0%
	45-55	Count	12	6	18
		% within usia	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	51	35	86
		% within usia	59.3%	40.7%	100.0%

### lama pengobatan \* tingkat depresi Crosstabulation

		tingkat depresi		Total	
		depresi	tidak terdapat depresi		
lama pengobatan	< 1 th	Count	30	30	60
		% within lama pengobatan	50.0%	50.0%	100.0%
	> 1 th	Count	21	5	26
		% within lama pengobatan	80.8%	19.2%	100.0%
Total		Count	51	35	86
		% within lama pengobatan	59.3%	40.7%	100.0%

### jenis kelamin \* lama pengobatan Crosstabulation

		lama pengobatan		Total	
		< 1 th	> 1 th		
jenis kelamin	laki-laki	Count	29	14	43
		% within jenis kelamin	67.4%	32.6%	100.0%
		% within lama pengobatan	48.3%	53.8%	50.0%
		% of Total	33.7%	16.3%	50.0%
	perempuan	Count	31	12	43
		% within jenis kelamin	72.1%	27.9%	100.0%
		% within lama pengobatan	51.7%	46.2%	50.0%
		% of Total	36.0%	14.0%	50.0%
Total	Count	60	26	86	
	% within jenis kelamin	69.8%	30.2%	100.0%	
	% within lama pengobatan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	69.8%	30.2%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.221 <sup>a</sup>	1	.639		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.055	1	.814		
Likelihood Ratio	.221	1	.639		
Fisher's Exact Test				.815	.407
Linear-by-Linear Association	.218	1	.641		
N of Valid Cases	86				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 8 Dokumentasi



Lampiran 10 Artikel Publikasi

## **PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PADA ORANG DENGAN SKIZOFRENIA BERDASARKAN JENIS KELAMIN TERHADAP LAMA PENGOBATAN DI RUMAH SAKIT MADANI MEDAN**

**Gebby Nusantara<sup>1</sup>, Nanda Sari Nuralita<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

<sup>2</sup>Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Email: [nandasari@umsu.ac.id](mailto:nandasari@umsu.ac.id)

### **ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Skizofrenia merupakan kelainan otak kronis yang dapat bergejala pada saat aktif berupa delusi, halusinasi, bicara tidak teratur, kesulitan berpikir, dan kurangnya motivasi. Orang yang menderita skizofrenia sering kali mengalami masalah kesehatan mental lainnya, seperti gangguan kecemasan dan depresi. Orang yang mengalami skizofrenia juga sering mengalami disfungsi sosial, sehingga lebih mungkin menjadi pengangguran, miskin, dan tunawisma. Hal ini menyebabkan penurunan harapan hidup dengan beberapa perkiraan lebih sedikit 10-12 tahun dibandingkan orang yang tidak menderita skizofrenia. Bukti menunjukkan bahwa masalah kesehatan mental seperti depresi lebih buruk pada skizofrenia. Sebagai contoh, depresi adalah faktor paling signifikan dalam bunuh diri pada skizofrenia. **Tujuan:** Mengetahui perbedaan tingkat depresi skizofrenia berdasarkan jenis kelamin terhadap lama pengobatan di Rumah Sakit Madani Medan. **Metode:** analitik kategorik dengan rancangan penelitian yang dipakai adalah studi *cross sectional*, Teknis pengambilan sampel yang digunakan penelitian ini adalah *Non Probability Sampling* yaitu sampel tidak dipilih secara acak dengan metode *Purposive Sampling*. Data penelitian ini diperoleh dari data primer menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan uji *chi-square*. **Hasil:** Hasil penelitian yang didapatkan bahwa pada laki-laki lama pengobatan < 1 tahun 29 orang (33.7%) dan > 1 tahun 14 orang (16.3%), pada perempuan lama pengobatan < 1 tahun 31 orang (36.0%) dan > 1 tahun 12 orang (14%). Hasil analisis antara jenis kelamin terhadap lama pengobatan pada orang dengan skizofrenia adalah  $p = 0.815$  ( $P > 0.05$ ). **Kesimpulan:** Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin terhadap lama pengobatan pada orang dengan skizofrenia.

Kata Kunci: Depresi, lama pengobatan, skizofrenia

### **Abstract**

**Background:** Schizophrenia is a chronic brain disorder that can have symptoms when active in the form of delusions, hallucinations, disorganized speech, difficulty thinking, and lack of motivation. People who suffer from schizophrenia often experience other mental health problems, such as anxiety disorders and depression. People with schizophrenia also often experience social dysfunction, making them more likely to be unemployed, poor, and homeless. This leads to a decrease in life expectancy by some estimates of 10-12 years less than for people who do not have schizophrenia. Evidence suggests that mental health problems such as depression are worse in schizophrenia. For example, depression is the most significant factor in suicide in schizophrenia. **Aim:** To determine the difference in the level of depression in schizophrenia by sex to the duration of treatment at Madani Hospital Medan. **Methods:** categorical analytic with the research design used is a cross sectional study. The sampling technique used in this study is Non Probability Sampling, namely the sample is not selected randomly by the Purposive Sampling method. The data of this study were obtained from primary data using a questionnaire. Data

analysis using chi-square test. **Results:** The results showed that in men the duration of treatment < 1 year 29 people (33.7%) and > 1 year 14 people (16.3%), in women the duration of treatment < 1 year 31 people (36.0%) and > 1 year 12 people (14%). The results of the analysis between gender and duration of treatment in people with schizophrenia were  $p = 0.815$  ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** There is no significant relationship between gender and duration of treatment in people with schizophrenia.

**Keywords:** Depression, duration of treatment, schizophrenia

## PENDAHULUAN

Penyakit gangguan jiwa dapat beragam jenis, seperti gangguan depresi, kecemasan, bipolar, gangguan berperilaku, autisme, gangguan perilaku makan, cacat intelektual, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), dan juga termasuk skizofrenia.<sup>1</sup> Secara global, kasus skizofrenia prevalensinya meningkat dari 13,1 juta pada tahun 1990 menjadi 20,9 juta kasus ditahun 2016. Skizofrenia menyumbang 13,4 juta tahun kehidupan hidup dengan kecacatan yang menjadi beban penyakit secara global.<sup>2</sup> Pada tahun 2017, skizofrenia mendapatkan prevalensi sekitar 62,74%.<sup>3</sup> Pengukuran beban penyakit, yaitu *Disability Adjusted Life Year* (DALY) dihitung dari penjumlahan antara *Year of Life Lost* (YLL) kematian dini terhadap penyakit tertentu dengan *Year of Life Disability* (YLD) tahun hidup dengan kondisi disabilitas.<sup>2</sup> Di Indonesia, prevalensi permil rumah tangga dengan anggota rumah tangga dengan gangguan skizofrenia mencapai 6,7 % pada tahun 2018 dan berdasarkan tempat tinggal angka kejadian paling sering pada kasus skizofrenia adalah pedesaan.<sup>4</sup> Pada tahun 2018 dari 33 provinsi di Indonesia prevalensi permil rumah tangga di Sumatera Utara dengan anggota rumah tangga gangguan skizofrenia mencapai 6,26 %. Prevalensi di kota Medan sendiri menempati urutan ke-13 dari 33 kabupaten di Sumatera Utara, yaitu mencapai 6,77%.<sup>5</sup>

Menurut *American Psychiatric Association* (APA), skizofrenia merupakan kelainan otak kronis yang dapat bergejala pada saat aktif berupa delusi, halusinasi, bicara tidak teratur, kesulitan berpikir, dan kurangnya motivasi.<sup>6</sup> Skizofrenia muncul dengan gejala yang bisa positif, negatif, dan campuran. Gejala positif skizofrenia termasuk delusi terang-terangan, halusinasi pendengaran,

visual, dan sentuhan, gangguan pikiran, dan perilaku yang aneh. Gejala negatif skizofrenia meliputi afek datar, alogia, avolisi, anhedonia, dan hendaya atensi. Gejala skizofrenia campuran mencakup gejala positif dan negatif juga dapat terjadi.<sup>7,8</sup>

Orang yang menderita skizofrenia sering kali mengalami masalah kesehatan mental lainnya, seperti gangguan kecemasan dan depresi. Orang yang mengalami skizofrenia juga sering mengalami disfungsi sosial, sehingga lebih mungkin menjadi pengangguran, miskin, dan tunawisma. Hal ini menyebabkan penurunan harapan hidup dengan beberapa perkiraan lebih sedikit 10-12 tahun dibandingkan orang yang tidak menderita skizofrenia.<sup>7</sup> Bukti menunjukkan bahwa masalah kesehatan mental seperti depresi lebih buruk pada skizofrenia. Sebagai contoh, depresi adalah faktor paling signifikan dalam bunuh diri pada skizofrenia.<sup>9,10</sup> Kualitas hidup pada orang dengan skizofrenia dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti sosio demografi, tingkat keparahan gejala kejiwaan, durasi penyakit yang tidak diobati, lama pengobatan, dukungan sosial, dan penggunaan zat.<sup>11</sup>

Penelitian menunjukkan bahwa genetika, lingkungan, psikologis, dan sosial merupakan faktor penyumbang penting untuk perkembangan dari skizofrenia. Faktor risiko skizofrenia dikaitkan dengan riwayat trauma, pelecehan seksual, penggunaan ganja, dan riwayat infeksi.<sup>7</sup> Menurut Vigod dan kawan-kawan, komplikasi kelahiran yang berpotensi terhadap peningkatan risiko skizofrenia adalah *preeklampsia*, malformasi, dan ekstraksi vakum.<sup>12</sup>

Depresi pada orang dengan skizofrenia dapat berasal dari kelainan neurobiologis dan efek samping obat antipsikotik (misalnya: bradikinesia, kehilangan spontanitas, sedasi, akatisia).<sup>13</sup> Terdapat

hubungan erat antara gejala psikosis dengan gejala depresi terutama pada fase prodromal atau fase awal pada skizofrenia.<sup>9</sup> Berdasarkan penelitian Dubovsky, perkiraan prevalensi depresi pada orang dengan skizofrenia berkisar 27-48%. Penelitian tersebut juga menyatakan bahwa terdapat prevalensi sekitar 31% pasien berusia > 55 tahun dengan gangguan skizofrenia yang mengalami gejala depresi.<sup>14</sup> Pada penelitian Tariku M, depresi pada orang dengan skizofrenia dua kali lipat lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki. Hal ini dikarenakan perbedaan hormonal, psikososial antara laki-laki dengan perempuan. Faktor lain juga didapatkan efek persalinan, perceraian/janda, penggunaan narkoba, serta dukungan sosial yang buruk.<sup>15</sup> Menurut penelitian dari Yung dan kawan-kawan, peningkatan gejala depresi 76% dan mengidentifikasi tingkat gangguan emosional yang tinggi sebagai prediksi transisi ke psikosis.<sup>13</sup> Pengobatan antipsikotik memiliki kemanjuran dalam mengatasi depresi pada skizofrenia. Diketahui bahwa obat antipsikotik seperti *Second Generation Antipsychotics* (SGAs) terdapat reseptor serotonin (*5-hydroxytyptamine*, 5-HT) yang dapat berkontribusi pada aktivitas antidepresan.<sup>13</sup>

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia termasuk beban penyakit dengan penyebab yang multifaktor. Hal yang dapat menjadi komorbid dari skizofrenia adalah tingkat depresi. Beberapa penelitian menjelaskan tingkat depresi meningkat saat fase prodromal. Berdasarkan hal ini, maka saya ingin meneliti perbedaan tingkat depresi pada skizofrenia berdasarkan jenis kelamin terhadap lama pengobatan di RS Madani Medan Sumatera Utara.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah analitik kategorik dengan rancangan *cross sectional study*. Penelitian mulai dilakukan dengan mencari literatur sampai pengolahan data selama periode Juli sampai Desember 2021. Penelitian ini dilakukan di RS Madani Medan. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Sampel yang menjadi subjek penelitian ini adalah orang dengan skizofrenia yang

memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi selama periode penelitian. Data yang diambil dalam penelitian ini adalah data primer menggunakan instrument kuesioner. Hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan perbedaan bermakna secara statistik apabila nilai ( $p < 0.05$ ).

## HASIL

Setelah dilakukan penelitian, data yang telah didapatkan kemudian diolah melalui proses *editing, coding, entry data, dan analyzing* untuk mendapatkan hasil penelitian.

**Tabel 1** Distribusi Data Berdasarkan Karakteristik Demografik Penelitian

Karakteristik	n	%
<b>1. Berdasarkan Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	43	50.0
Perempuan	43	50.0
<b>2. Berdasarkan Usia</b>		
15-24 tahun	7	8.1
25-34 tahun	34	39.5
35-44 tahun	27	31.4
45-55 tahun	18	20.9
<b>3. Lama Pengobatan</b>		
< 1 tahun	60	69.8
> 1 tahun	26	30.2
<b>4. Kejadian Depresi</b>		
Depresi	51	59.3
Tidak Depresi	35	40.7
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Tabel 1. di atas menjelaskan bahwa jenis kelamin orang dengan diagnosa skizofrenia yang menjadi responden adalah sama yaitu laki-laki dengan jumlah 43 responden (50.0%) dan perempuan berjumlah 43 responden (50.0%), dan usia responden terbanyak adalah 25-34 tahun yaitu 34 responden (39.5%), dibandingkan dengan usia 35-44 tahun yaitu 27 responden (31.4%), usia 45-55 tahun yaitu 18 responden (20.9%), dan usia 15-24 tahun yang berjumlah 7 responden (8.1%), dan untuk lama pengobatan responden terbanyak adalah pengobatan < 1 tahun yaitu 60 responden (69.8%) dibandingkan dengan pengobatan > 1 tahun yang

berjumlah 26 responden (30.2%). dan kejadian depresi sebanyak 51 responden (59.3%) dibandingkan dengan tidak depresi.

**Tabel 2** Kejadian Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Terhadap Usia

Usia	Kejadian Depresi		Tidak Depresi	
	n	%	n	%
15-24 tahun	3	42.9	4	57.1
25-34 tahun	21	61.8	13	38.2
35-44 tahun	15	55.6	12	44.4
45-55 tahun	12	66.7	6	33.3
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>59.3</b>	<b>35</b>	<b>40.7</b>

Tabel 2. di atas, menjelaskan bahwa tingkat depresi berdasarkan usia pada orang dengan skizofrenia terbanyak adalah usia 25-34 tahun yaitu pada 21 responden (24.4%), dibandingkan dengan usia 35-44 tahun yaitu pada 15 responden (55.6%), usia 45-55 tahun dengan 12 responden (66.7%), dan usia 15-24 tahun dengan 3 responden (42.9%).

**Tabel 3** Kejadian Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Terhadap Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Kejadian Depresi		Tidak Depresi	
	n	%	n	%
Laki-laki	23	53.5	20	46.5
Perempuan	28	65.1	15	34.9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>59.3</b>	<b>35</b>	<b>40.7</b>

Tabel 3. di atas, menjelaskan bahwa kejadian depresi berdasarkan jenis kelamin pada orang dengan skizofrenia terbanyak pada perempuan yaitu 28 responden (65.1%), dibandingkan dengan laki-laki yaitu 23 responden (53.5%).

**Tabel 4** Kejadian Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Terhadap Jenis Kelamin

Lama Pengobatan	Kejadian Depresi		Tidak Depresi	
	n	%	n	%
< 1 tahun	30	50.0	30	50.0
> 1 tahun	21	80.8	5	19.2
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>59.3</b>	<b>35</b>	<b>40.7</b>

Tabel 4. diatas, menjelaskan bahwa tingkat depresi berdasarkan lama pengobatan pada orang dengan skizofrenia terbanyak adalah lama pengobatan < 1 tahun yaitu pada 30 responden (50.0%), dibandingkan dengan lama pengobatan > 1 tahun yaitu pada 21 responden (80.8%).

**Tabel 5** Perbedaan Tingkat Depresi pada Orang dengan Skizofrenia Berdasarkan Jenis Kelamin Terhadap Lama Pengobatan Di Rumah Sakit Madani Medan

Jenis Kelamin	Lama Pengobatan				Total		Nilai P
	< 1 tahun		> 1 tahun		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Laki-laki	29	33.7	14	16.3	43	100.0	0.815
Perempuan	31	36.0	12	14.0	43	100.0	
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>69.8</b>	<b>26</b>	<b>30.2</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>	

Tabel 5. Berdasarkan tabel uji *chi-square* di atas, menyatakan bahwa nilai *Fisher's Exact Test Exact Sig. (2-sided)* yaitu 0.815 ( $P > 0.05$ ) yang bermakna bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel. Tidak ada pengaruh antara jenis kelamin terhadap lama pengobatan kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia (Hipotesis penelitian ditolak).

## PEMBAHASAN

Data distribusi pada penelitian berdasarkan karakteristik demografik ini mempunyai responden dengan laki laki berjumlah 43 responden (50.0%) dan perempuan yaitu 43 responden (50.0%). Untuk responden dengan usia 15-24 tahun yaitu 7 responden (8.1%), 25-34 tahun berjumlah 34 responden (39.5%) 35-44 tahun yaitu 27 responden (31.4%) dan 45-55 tahun yaitu 18 responden (20.9%). Untuk lama pengobatan < 1 tahun yaitu 60 responden (69.8%) dan lama pengobatan > 1 tahun

berjumlah 26 responden (30.2%). Untuk kejadian depresi responden dengan depresi berjumlah 51 responden (59.3%) dan yang tidak depresi yaitu 35 responden (40.7%).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat depresi berdasarkan jenis kelamin pada orang dengan skizofrenia di RS Madani terbanyak adalah pada perempuan yaitu 28 responden (65.1%) dibandingkan dengan pada laki-laki yaitu 23 responden (53.5%). Hal ini sesuai dengan penelitian Tariku Mandaras pada studi *cross sectional* di Ethiopia yang menyatakan bahwa orang dengan skizofrenia pada perempuan yaitu 172 responden terdiagnosa depresi sekitar 50 responden, sedangkan untuk orang dengan skizofrenia pada laki-laki yaitu 221 responden terdiagnosa depresi sekitar 54 responden. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa perempuan yang terdiagnosa depresi pada orang dengan skizofrenia adalah 24.9%. Hal ini dapat terjadi dikarenakan perbedaan hormonal, efek persalinan, dan perbedaan dari tekanan psikososial antara laki-laki dan perempuan.<sup>14</sup> Selain itu pada penelitian Akinjola O di Lagos, Nigeria menyatakan bahwa dari total 320 responden dengan skizofrenia 61 responden (33.3%) berjenis kelamin perempuan mengalami depresi.<sup>15</sup> Hal ini bertentangan dengan penelitian Jing Dai pada studi *cross sectional* yang menyatakan bahwa prevalensi simtom depresi pada orang dengan skizofrenia lebih tinggi pada laki-laki yaitu 62.2% dibandingkan dengan perempuan yaitu 48.1%. Penelitian tersebut berhipotesa bahwa fase penyakit skizofrenia memiliki peran penting, yaitu responden yang memiliki skizofrenia episode pertama, tanpa pengobatan, dan penilaian menggunakan HAM-D.<sup>16</sup> Penelitian dari Siti Andira dan Nanda Sari menjelaskan bahwa simtom depresi pada orang dengan skizofrenia terbanyak pada laki-laki yaitu 78 responden (69%) dibandingkan perempuan dengan hasil 35 responden. Hal ini bertentangan dengan penelitian ini dapat terjadi dikarenakan perbedaan dalam pengukuran simtom depresi yaitu menggunakan BDI-II.<sup>17</sup>

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia berdasarkan usia terbanyak adalah pada usia 25-34 tahun yaitu pada 21 responden (24.4%),

dibandingkan dengan usia 35-44 tahun yaitu pada 15 responden (55.6%), usia 45-55 tahun dengan 12 responden (66.7%), dan usia 15-24 tahun dengan 3 responden (42.9%). Hal ini sesuai dengan penelitian Tolesa Fanta pada studi *cross sectional* di Addis Ababa, Ethiopia yang menyatakan bahwa usia terbanyak dengan kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia adalah usia 25-34 tahun yaitu 167 responden (40%). Pada Penelitian tersebut menjelaskan selain usia hal yang dapat mencetuskan terjadinya depresi pada orang dengan skizofrenia, terdapat beberapa faktor yaitu riwayat penggunaan zat, riwayat bunuh diri, durasi penyakit, kepatuhan minum obat, durasi pengobatan, penggunaan alkohol, merokok dan kualitas hidup.<sup>18</sup>

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kejadian depresi berdasarkan lama penggunaan obat dijumpai terbanyak pada responden dengan penggunaan obat < 1 tahun yaitu 30 responden (50%) dari total 60 responden yang menggunakan obat < 1 tahun, dibandingkan dengan lama pengobatan > 1 tahun yaitu 21 responden (80.8%) dari total 26 responden yang menggunakan obat > 1 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian Tolesa Fanta pada studi *cross sectional* di Ethiopia menyatakan bahwa penggunaan obat  $\leq$  1 tahun lebih tinggi angka kejadian depresi yaitu 205 responden (49.1%).<sup>18</sup> Hal ini sesuai dengan studi observasional menunjukkan bahwa sekitar 50 % orang dengan depresi psikotik pulih dalam dua hingga tiga bulan, dan sebagian besar pasien pulih dalam enam hingga 12 bulan. Kebanyakan ahli menghentikan antipsikotik setelah 4 bulan pemulihan berkelanjutan dari depresi psikotik dan melanjutkan antidepresan.<sup>20,19</sup> Sebuah studi *National Institute of Mental Health* (NIMH) menyatakan bahwa pasien yang kambuh saat menghentikan antipsikotik selama perawatan pemeliharaan depresi psikotik sebelumnya untuk mempertahankan antipsikotik setidaknya selama 6 hingga 12 bulan.<sup>19</sup>

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin terhadap lama pengobatan pada orang dengan skizofrenia. Hasil penelitian didapatkan nilai *Fisher's Exact Test Exact Sig. (2-sided)* yaitu 0.815 ( $P>0.05$ ) sehingga pada hipotesis penelitian



ini ditolak. Hal ini mungkin disebabkan jenis kelamin tidak termasuk dalam faktor yang memiliki hubungan lama pengobatan pada orang dengan skizofrenia. Menurut penelitian Dong Mei Wang menyatakan bahwa terdapat perbedaan jenis kelamin dalam prevalensi depresi terhadap orang dengan skizofrenia, tetapi desain *cross sectional* dalam penelitian tersebut tidak dapat menetapkan hubungan kausatif yang pasti antara jenis kelamin dengan depresi pada orang dengan skizofrenia.<sup>20</sup> Menurut penelitian Tolesa Fanta telah menyatakan bahwa terdapat perbedaan antara lama pengobatan dengan kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia dan terdapat hubungan yang bermakna antara lama pengobatan dengan kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia yaitu 0.028 ( $P < 0.05$ ), studi penelitian tersebut tidak menjelaskan hubungan antara jenis kelamin terhadap lama penggunaan obat pada orang dengan skizofrenia.<sup>18</sup>

Pada penelitian ini memiliki keterbatasan yang dapat menimbulkan gejala depresi pada orang dengan skizofrenia seperti, kepatuhan minum obat, penggunaan alkohol, kebiasaan merokok, ekspresi emosi keluarga, tidak bekerja, kualitas hidup dan status pernikahan. Hal ini dapat memperberat simptom depresi pada orang dengan skizofrenia yang dijelaskan pada studi Sri Rizky Ayunita dan Nanda Sari Nuralita yaitu terdapat hubungan antara kebiasaan merokok dengan angka kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia. Studi tersebut menjelaskan perilaku merokok biasanya mempengaruhi tingkat keparahan simptom depresi. Faktor yang mempengaruhi kebiasaan merokok dan simptom depresi pada orang dengan skizofrenia yaitu kandungan dalam rokok seperti nikotin yang dapat mengatasi gejala negatif seperti anhedonia karena nikotin dapat meningkatkan dopamin pada nucleus accumbens dan korteks prefrontal dan memberikan efek bahagia sehingga semakin tinggi tingkat depresi maka semakin tinggi pula perilaku merokok. Orang dengan skizofrenia diduga termotivasi terhadap rokok dikarenakan merokok bukan hanya sebagai mekanisme menghadapi penyakit melainkan sebagai pembebasan sementara dari gejala psikiatri. Selain dari kebiasaan merokok, faktor lain seperti pekerjaan dapat mempengaruhi

angka kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia. Studi yang sama menjelaskan bahwa orang yang tidak bekerja memiliki simptom depresi lebih banyak dibandingkan dengan yang memiliki pekerjaan hal ini dikarenakan pengeluaran biaya yang meningkat untuk biaya hidup. Berdasarkan status pernikahan, orang yang telah menikah menimbulkan depresi lebih tinggi dibandingkan yang belum menikah.<sup>21</sup> Pada studi Nanda SN yang menyatakan bahwa ekspresi emosi keluarga memiliki hubungan terhadap beban pengobatan dimana hal ini perlu diperhatikan untuk meningkatkan keberhasilan terapi. Tingginya ekspresi emosi dalam keluarga yang merawat orang dengan skizofrenia menjadi sulit untuk dikendalikan dalam proses penyembuhan dan dapat memunculkan simptom depresi pada orang dengan skizofrenia.<sup>22</sup> Studi dari Syahroni Siregar juga mengungkapkan bahwa lama pengobatan dipengaruhi dengan adanya kepatuhan pasien dalam berobat. Semakin pasien tidak patuh dalam berobat maka semakin timbul gejala-gejala negatif seperti depresi dan semakin panjang durasi pengobatan pada orang dengan skizofrenia. Konsekuensinya lama pengobatan ini dapat menimbulkan biaya yang cukup tinggi.<sup>23</sup>

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RS Madani Medan mengenai perbedaan tingkat depresi pada orang dengan skizofrenia berdasarkan jenis kelamin, maka dapat disimpulkan:

1. Terdapat perbedaan antara tingkat depresi pada orang dengan skizofrenia laki-laki dengan perempuan.
2. Kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia lebih banyak pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki.
3. Kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia lebih banyak pada usia 25-34 tahun.
4. Kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia lebih banyak pada pengobatan sebelum satu tahun.

5. Tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin terhadap lama pengobatan pada orang dengan skizofrenia.

#### SARAN

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

1. Diharapkan penelitian lebih lanjut mempertimbangkan faktor seperti, kebiasaan merokok, riwayat keluarga, pekerjaan dan status pernikahan. Faktor-faktor tersebut memiliki peran penting terhadap angka kejadian depresi pada orang dengan skizofrenia.
2. Bagi peneliti berikutnya dapat dijadikan referensi untuk melakukan penelitian selanjutnya.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Situasi Kesehatan Jiwa DI Indonesia. *Infodatin*. 2019:12.
2. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophr Bull*. 2018;44(6):1195-1203.
3. He H, Liu Q, Li N, et al. Trends in the incidence and DALYs of schizophrenia at the global, regional and national levels: Results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020.
4. Riskesdas. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar. *Kementeri Kesehat RI*. 2018:1-582.
5. Balitbangkes Depkes RI. *Laporan Riset Kesehatan Dasar Provinsi Sumatera Utara Tahun 2018*.; 2018.
6. American Psychiatric Association. What Is Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. Published 2020.
7. Volkan K. Schizophrenia: Epidemiology, Causes, Neurobiology, Pathophysiology, and Treatment. *J Heal Med Sci*. 2020;3(4).
8. Correll CU, Schooler NR. Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:519-534.
9. Upthegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophr Bull*. 2017;43(2):240-244.
10. Dondé C, Vignaud P, Poulet E, Brunelin J, Haesebaert F. Management of depression in patients with schizophrenia spectrum disorders: a critical review of international guidelines. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(4):289-299.
11. Desalegn D, Girma S, Abdeta T. Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: A hospital-based cross-sectional study. *PLoS One*. 2020;15(2):1-15.
12. Janoutová J, Janáčková P, Šerý O, et al. Epidemiology and risk factors of Schizophrenia. *Neuroendocrinol Lett*. 2016;37(1):1-8.
13. Reynolds GP, McGowan OO. Schizophrenia, Depressive Symptoms, and Antipsychotic Drug Treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2021;24:253-255.
14. Tariku M, Ali T, Misgana T, Hajure M, Asfaw H. Depression among Patients with Schizophrenia in Ethiopian Mental Health Hospital: Association with Sociodemographic and Clinical Variables: A Cross-Sectional Study. *Depress Res Treat*. 2021;2021.
15. Akinjola O, Lawal RA, Abayomi MO, et al. Self-stigma in Patients with Schizophrenia in a Psychiatry Hospital in Lagos, Nigeria. *Int Neuropsychiatr Dis J*. 2021;6(1):37-50.
16. Dai J, Du X, Yin G, et al. Prevalence, demographic and clinical features of comorbid depressive symptoms in drug naïve patients with schizophrenia presenting with first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2018;193:182-187.

17. 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. *Bul Farmatera*. 2018;3(2):97-108.
18. Fanta T, Bekele D, Ayano G. The prevalence and associated factors of depression among patients with schizophrenia in Addis Ababa, Ethiopia, cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):1-6.
19. Winarti AR. Prevalence of Schizophrenia in South Jakarta Administration City in 2017. *J Ilmu Kesehat Masy*. 2019;10(1):15-24.
20. Wang DM, Zhang XY. Sex differences in the prevalence and clinical features of comorbid depressive symptoms in patients with never-treated, first-episode schizophrenia. *Lancet*. 2019;394:S84.
21. Ayunita SR, Nuralita NS. Hubungan Simtom Depresi terhadap Perilaku Merokok pada Pasien Skizofrenia Relation of Depression Symptom to Smoking Behavior in Schizophrenic Patients in Mental Hospital Prof . Dr . H . M . Ildrem Medan. *Anat Med J Fak Kedokt*. 2018;1(2):45. Nuralita NS, Camellia V, Loebis B. Relationship between caregiver burden and expressed emotion in families of schizophrenic patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 2020;8(B):586-591.
22. Nuralita NS, Camellia V, Loebis B. Relationship between caregiver burden and expressed emotion in families of schizophrenic patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 2020;8(B):586-591.
23. 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):159-165.