

Kajian Epidemiologis Skizofrenia

Siti Zahnia¹, Dyah Wulan Sumekar²

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas dan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang paling sering. Kejadian skizofrenia pada pria lebih besar dari pada wanita. Angka kejadian di masyarakat berkisar 1-2% dari seluruh penduduk pernah mengalami skizofrenia dalam hidup mereka. Kajian ini bertujuan untuk mengukur prevalensi skizofrenia, serta untuk mengidentifikasi tipe dan faktor risiko skizofrenia. Penelitian ini merupakan *review* skizofrenia berdasarkan data kepustakaan dan jurnal dengan fokus penulisan skizofrenia, yang meliputi gejala, klasifikasi, prevalensi, faktor risiko, dan pengobatan skizofrenia. Skizofrenia terbagi menjadi sembilan tipe skizofrenia dengan yang tersering adalah skizofrenia paranoid. Menurut prevalensi, skizofrenia tertinggi di Indonesia pada tahun 2013 adalah di DI Yogyakarta dan Aceh sebesar 2,7%. Banyak faktor yang berperan terhadap kejadian skizofrenia, antara lain faktor genetik, biologis, biokimia, psikososial, status sosial ekonomi, stress, serta penyalahgunaan obat. Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan status ekonomi tinggi, sedangkan orang yang tidak bekerja mempunyai risiko 6,2 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan yang bekerja. Gejala klinis skizofrenia adalah gangguan pikiran, delusi, halusinasi, afek abnormal, gangguan kepribadian motor, dan adopsi posisi bizar. Obat antipsikotik yang paling sering digunakan pada penderita skizofrenia pada terapi tunggal adalah risperidon, sedangkan pada terapi kombinasi yang paling banyak digunakan adalah haloperidol dan klorpromazin. Skizofrenia dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik dari pasien, dengan tingkat kekambuhan yang dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan keluarga.

Kata kunci: antipsikotik, epidemiologis, skizofrenia

Epidemiologic Study of Schizophrenia

Abstract

Schizophrenia is the most common psychotic disorder. The incidence of schizophrenia is higher in men than women. The incidence rate in community is about 1-2% population had schizophrenia. The aim of this study to measure schizophrenia prevalence, and also to identify schizophrenia types and risk factors. The data was explored of review schizophrenia based on literature and journal that focused on type of schizophrenia, classification, prevalence, risk factors and medication of schizophrenia. Based on ICD-10, schizophrenia is divided into nine type of schizophrenia with the most common type is paranoid schizophrenia. Based on Riskesdas 2013, the highest prevalence of schizophrenia in Indonesia is 2,7% in DI Yogyakarta and also Aceh. Many factors contribute to the incidence of schizophrenia, such as genetic factor, biologic, bichemistry, psychosocial, economy social status, stress and drug abuse. Lowest economic status have 6 times greater relative risk for schizophrenia than highest economic status, while people who don't work have 6 times greater relative risk for schizophrenia than workers. Clinical symptoms of schizophrenia according to WHO is thought disorders, delusions, hallucinations, abnormal affect, motoric personality disorders and bizarre position adoption. Schizophrenia therapy is using single or combination antipsychotic, each chosen based on certain indications. The most common monotherapy antipsychotic drugs that used to treat schizophrenia's patient is risperidone and for combination therapy is haloperidol and chlorpromazine. Schizophrenia is affected by patients's intrinsic and extrinsic factors, with the recurrency of schizophrenic episodes can be influenced by the level of knowledge of the family.

Keywords: antipsychotic, epidemiologic, schizophrenia

Korespondensi: Siti Zahnia, alamat Jalan laskar 2 kelurahan mulyosari kecamatan metro barat kota Metro, HP 082279200660, e-mail szahnia@gmail.com

Pendahuluan

Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham yang kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan autisme. Skizofrenia merupakan gangguan

psikotik yang paling sering. Hampir 1% penduduk di dunia menderita skizofrenia selama hidup mereka. Gejala skizofrenia biasanya muncul pada usia remaja akhir atau dewasa muda. Onset pada laki-laki biasanya antara 15-25 tahun dan pada perempuan antara 25-35 tahun. Prognosis biasanya lebih buruk pada laki-laki bila dibandingkan dengan

perempuan. Onset setelah umur 40 tahun jarang terjadi.¹

Kejadian skizofrenia pada pria lebih besar daripada wanita. Kejadian tahunan berjumlah 15,2% per 100.000 penduduk, kejadian pada imigran dibanding penduduk asli sekitar 4,7%, kejadian pada pria 1,4% lebih besar dibandingkan wanita. Di Indonesia, hampir 70% mereka yang dirawat di bagian psikiatri adalah karena skizofrenia. Angka di masyarakat berkisar 1-2% dari seluruh penduduk pernah mengalami skizofrenia dalam hidup mereka.²

Indonesia sebagai negara dengan jumlah penduduk yang banyak dapat memiliki prevalensi skizofrenia yang tinggi. Namun sangat disayangkan data prevalensi skizofrenia tidak dimiliki oleh Indonesia, oleh sebab itu perlu dilakukan kajian skizofrenia secara komprehensif agar pencegahan penyakit skizofrenia dapat dilakukan dengan baik.

Kajian ini merupakan tinjauan pustaka tentang skizofrenia yang diambil dari berbagai sumber antara lain jurnal penelitian baik dalam negeri maupun luar negeri, serta buku pedoman diagnosis dan penatalaksanaan skizofrenia. Tujuan penulisan ini adalah untuk memaparkan masalah skizofrenia secara epidemiologis dari gejala, klasifikasi, prevalensi, faktor risiko dan pengobatan skizofrenia.

Metode analisis yang digunakan analisis deskriptif secara komprehensif berdasarkan pada pokok-pokok masalah yang ada pada tujuan penulisan.

Isi

Survei yang telah dilakukan pada beberapa negara memiliki laju insiden per tahun skizofrenia antara 0,1 – 0,4 per 1000 populasi. Insiden yang tinggi terjadi pada kelompok sosial terutama etnis minoritas di Eropa Barat seperti komunitas Afro-Caribbean di Inggris dan imigran dari Suriname di Belanda.⁴ Prevalensi gangguan jiwa berat atau yang dikenal dengan skizofrenia terbanyak yaitu 2,7 per mil adalah DI Yogyakarta dan Aceh. Prevalensi gangguan jiwa berat penduduk Indonesia adalah 1,7 per 1000 penduduk. Prevalensi psikosis tertinggi di DI Yogyakarta dan Aceh masing – masing 2,7% sedangkan terendah di Kalimantan Barat sebesar 0,7%.⁵

Beberapa tipe skizofrenia yang diidentifikasi berdasarkan variabel klinik menurut ICD-10 antara lain sebagai berikut.³

- a. Skizofrenia paranoid
Ciri utamanya adalah adanya waham kejar dan halusinasi auditorik namun fungsi kognitif dan afek masih baik.¹
- b. Skizofrenia hebefrenik
Ciri utamanya adalah pembicaraan yang kacau, tingkah laku kacau dan afek yang datar atau *inappropriate*.¹
- c. Skizofrenia katatonik
Ciri utamanya adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi *motoric immobility*, aktivitas motorik berlebihan, *negativesm* yang ekstrim serta gerakan yang tidak terkendali.¹
- d. Skizofrenia tak terinci
Gejala tidak memenuhi kriteria skizofrenia paranoid, hebefrenik maupun katatonik.¹
- e. Depresi pasca skizofrenia
- f. Skizofrenia residual
Paling tidak pernah mengalami satu episode skizofrenia sebelumnya dan saat ini gejala tidak menonjol.¹
- g. Skizofrenia simpleks
- h. Skizofrenia lainnya
- i. Skizofrenia yang tak tergolongkan.

Di tinjau dari diagnosa atau jenis skizofrenia, jenis skizofrenia terbanyak terdapat pada skizofrenia paranoid sebanyak 40,8%, kemudian diikuti dengan skizofrenia residual sebanyak 39,4%; skizofrenia hebefrenik sebanyak 12%; skizofrenia katatonik sebanyak 3,5%; skizofrenia tak terinci sebanyak 2,1%; skizofrenia lainnya sebanyak 1,4%; dan yang paling sedikit adalah skizofrenia simpleks sebanyak 0,7%.¹⁷

Gangguan jiwa skizofrenia tidak terjadi dengan sendirinya. Banyak faktor yang berperan terhadap kejadian skizofrenia. Faktor-faktor yang berperan terhadap kejadian skizofrenia antara lain faktor genetik, biologis, biokimia, psikososial, status sosial ekonomi, stress, serta penyalahgunaan obat.²

Faktor-faktor yang berperan terhadap timbulnya skizofrenia adalah sebagai berikut.

- a. Umur
Umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun.⁶
- b. Jenis kelamin
Proporsi skiofrenia terbanyak adalah laki-laki (72%) dengan kemungkinan laki-laki

berisiko 2,37 kali lebih besar mengalami kejadian skizofrenia dibandingkan perempuan. Kaum pria lebih mudah terkena gangguan jiwa karena kaum pria yang menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup, sedangkan perempuan lebih sedikit berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan laki-laki karena perempuan lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan dengan laki-laki. Meskipun beberapa sumber lainnya mengatakan bahwa wanita lebih mempunyai risiko untuk menderita stress psikologik dan juga wanita relatif lebih rentan bila dikenai trauma.³ Sementara prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan perempuan adalah sama.²

c. Pekerjaan

Pada kelompok skizofrenia, jumlah yang tidak bekerja adalah sebesar 85,3% sehingga orang yang tidak bekerja kemungkinan mempunyai risiko 6,2 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan yang bekerja. Orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stres yang berhubungan dengan tingginya kadar hormon stres (kadar katekolamin) dan mengakibatkan ketidakberdayaan, karena orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap masa depan dan lebih memiliki semangat hidup yang lebih besar dibandingkan dengan yang tidak bekerja.⁶

d. Status perkawinan

Seseorang yang belum menikah kemungkinan berisiko untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan yang menikah karena status marital perlu untuk pertukaran ego ideal dan identifikasi perilaku antara suami dan istri menuju tercapainya kedamaian.⁶ Dan perhatian dan kasih sayang adalah fundamental bagi pencapaian suatu hidup yang berarti dan memuaskan.⁷

e. Konflik keluarga

Konflik keluarga kemungkinan berisiko 1,13 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan tidak ada konflik keluarga.⁶

f. Status ekonomi

Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan status ekonomi

tinggi. Status ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang. Beberapa ahli tidak mempertimbangkan kemiskinan (status ekonomi rendah) sebagai faktor risiko, tetapi faktor yang menyertainya bertanggung jawab atas timbulnya gangguan kesehatan.⁶ Himpitan ekonomi memicu orang menjadi rentan dan terjadi berbagai peristiwa yang menyebabkan gangguan jiwa. Jadi, penyebab gangguan jiwa bukan sekadar stressor psikososial melainkan juga stressor ekonomi. Dua stressor ini kait-mengait, makin membuat persoalan yang sudah kompleks menjadi lebih kompleks.⁸

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar monozigot. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8%; bagi saudara kandung 7-15%; bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 7-16%; bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40-68%; bagi heterozigot 2-15%; dan bagi monozigot 61-86%. Diperkirakan bahwa yang diturunkan adalah potensi untuk mendapatkan skizofrenia melalui gen yang resesif. Potensi ini mungkin kuat, mungkin juga lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi manifestasi skizofrenia atau tidak.

Hipotesis dopamin menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas pada jalur dopamin mesolimbik yang berlebihan. Hal ini didukung oleh temuan bahwa amfetamin, yang kerjanya meningkatkan pelepasan dopamin, dapat menginduksi psikosis yang mirip skizofrenia; dan obat antipsikotik (terutama antipsikotik generasi pertama atau antipsikotik tipikal/klasik) bekerja dengan memblok reseptor dopamine, terutama reseptor D2.²

Mekanisme neuroinflamasi berperan dalam skizofrenia termasuk glial (kehilangan dan aktivasi astroglial, aktivasi mikroglial), imunologik (sitokin, kemokin dan prostaglandin), dan oksidatif (oksigen reaktif dan spesies nitrogen). Mekanisme inilah yang menghasilkan disregulasi glutamatergik (hipofungsi) dan dopaminergik (hiperfungsi limbik, hipofungsi frontal).⁹

Terdapat hubungan antara faktor somatik dengan kejadian skizofrenia di Instansi

Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, yaitu semakin tinggi faktor somatik maka kejadian skizofrenia semakin meningkat. Selanjutnya, berdasarkan risiko dari faktor somatik, maka risiko faktor somatik dengan kejadian skizofrenia beresiko 6 kali terkena skizofrenia daripada yang bukan karena faktor somatik.¹⁰

Faktor psikososial meliputi interaksi pasien dengan keluarga dan masyarakat. Timbulnya tekanan dalam interaksi pasien dengan keluarga, misalnya pola asuh orang tua yang terlalu menekan pasien, kurangnya dukungan keluarga terhadap pemecahan masalah yang dihadapi pasien, pasien kurang diperhatikan oleh keluarga ditambah dengan pasien tidak mampu berinteraksi dengan baik di masyarakat menjadikan faktor stressor yang menekan kehidupan pasien. Ketika tekanan tersebut berlangsung dalam waktu yang lama sehingga mencapai tingkat tertentu, maka akan menimbulkan gangguan keseimbangan mental pasien dan salah satunya adalah timbulnya gejala skizofrenia.¹⁰

Penyakit autoimun merupakan salah satu faktor risiko skizofrenia. Skizofrenia meningkat pada satu tahun setelah penyakit autoimun terdiagnosis. Pada penyakit autoimun seperti lupus eritematosus sistemik, ditemukan prevalensi gejala neuropsikiatrik yang tinggi yang dapat dipengaruhi oleh autoantibodi yang melewati *barrier* darah-otak. Efek ini berkaitan dengan afinitas antibodi terhadap reseptor N metil-D-aspartat di otak, sebuah reseptor yang menjadi pusat terhadap teori patofisiologi skizofrenia saat ini. Adanya infeksi berat juga meningkatkan risiko skizofrenia secara signifikan. Peningkatan inflamasi pada penyakit autoimun dan infeksi dapat mempengaruhi otak melalui jalur yang berbeda. Satu jalur yang mungkin adalah peningkatan permeabilitas barier darah-otak membuat otak terpengaruh oleh komponen autoimun seperti autoantibodi dan sitokin.¹¹

Meskipun gejala klinis skizofrenia beraneka ragam, berikut adalah gejala skizofrenia yang dapat ditemukan.

- a. Gangguan pikiran
Biasanya ditemukan sebagai abnormalitas dalam bahasa, digresi berkelanjutan pada bicara, serta keterbatasan isi bicara dan ekspresi.
- b. Delusi

Merupakan keyakinan yang salah berdasarkan pengetahuan yang tidak benar terhadap kenyataan yang tidak sesuai dengan latar belakang sosial dan kultural pasien.

- c. Halusinasi
Persepsi sensoris dengan ketiadaan stimulus eksternal. Halusinasi auditorik terutama suara dan sensasi fisik bizar merupakan halusinasi yang sering ditemukan.
- d. Afek abnormal
Penurunan intensitas dan variasi emosional sebagai respon yang tidak serasi terhadap komunikasi.
- e. Gangguan kepribadian motor
Adopsi posisi bizar dalam waktu yang lama, pengulangan, posisi yang tidak berubah, intens dan aktivitas yang tidak terorganisir atau penurunan pergerakan spontan dengan kewaspadaan terhadap lingkungan sekitar.⁴

Kekambuhan rata-rata penderita skizofrenia dalam dua tahun adalah 1,48 kali.¹² Melalui studi naturalistik ditemukan tingkat kekambuhan kumulatif dalam lima tahun berkisar 70-80%. Studi di Hongkong menemukan bahwa dari 93 pasien psikosis, tingkat kekambuhan adalah 21%, 33%, dan 40% dalam tahun pertama, kedua, dan ketiga.¹³ Sebuah penelitian di wilayah kerja Puskesmas Mantup Lamongan menyatakan bahwa kekambuhan skizofrenia adalah 1-2 kali dalam satu tahun.¹⁴ Tingkat pengetahuan keluarga yang semakin rendah menyebabkan frekuensi kekambuhan penderita skizofrenia semakin bertambah setelah dikontrol oleh variabel sikap, dukungan, ekspresi emosi keluarga, dan kepatuhan minum obat. Pengetahuan yang perlu dimiliki oleh keluarga antara lain pemahaman tentang gangguan mental yang diderita klien/penyakit skizofrenia, faktor penyebab, cara pemberian obat, dosis obat, dan efek samping pengobatan, gejala kekambuhan, serta sikap yang perlu ditunjukkan dan dihindari selama merawat klien di rumah. Frekuensi kekambuhan penderita skizofrenia bertambah. Pasien skizofrenia yang tinggal dalam lingkungan keluarga dengan ekspresi emosi yang kuat (*highly expressed emotion*) atau gaya afektif negatif secara signifikan lebih sering mengalami kekambuhan dibandingkan dengan yang tinggal dalam lingkungan keluarga dengan

ekspresi emosi yang rendah (*low expressed emotion*) atau gaya afektif yang normal.² Apabila keluarga memperlihatkan emosi yang diekspresikan secara berlebihan, misalnya klien sering diomeli atau dikekang dengan aturan yang berlebihan, kemungkinan kambuh akan bertambah besar.¹²

Penderita skizofrenia pasca rawat inap mampu memaknai hidupnya yang sekarang dan sangat bergantung pada adanya tanggung jawab sesuai status yang dimiliki oleh penderita tersebut. Meskipun dalam kondisi yang belum sembuh sepenuhnya dari gejala-gejala skizofrenia, namun apabila mengingat tanggung jawab sesuai status yang disandang, penderita tetap memiliki keinginan untuk membuat dirinya lebih bermakna dibanding dengan sebelum-sebelumnya. Rasa kurang bermakna inilah yang membuat penderita berusaha lebih untuk menjadi lebih bermakna. Penilaian mengenai bagaimana penderita skizofrenia memaknai hidupnya juga bergantung dengan status mental penderita, termasuk salah satunya tipe skizofrenia. Penderita skizofrenia dengan tipe tertentu masih terganggu dengan gejala-gejala yang tidak bisa sepenuhnya hilang. Sehingga mereka masih belum bisa menemukan sesuatu yang bermakna atau mengetahui seberapa bermakna diri mereka. Sehingga niat dan usaha untuk menjadi lebih berarti masih sangat kurang.¹⁵

Pengasuh penyandang skizofrenia menilai kebutuhan lebih besar dari penyandang skizofrenianya sendiri. Adanya masalah kebutuhan yang dinilai tinggi dari sudut pandang pengasuh yaitu gejala psikotik, keuangan, informasi tentang kondisi dan pengobatan, serta kesehatan fisik. Penyandang skizofrenia menilai kebutuhan yang tinggi pada kebutuhan kesehatan fisik, gejala psikotik, dan keuangan. Ditemukannya kesamaan penilaian pada kebutuhan fisik yang tinggi baik bagi penyandang skizofrenia maupun pengasuhnya dapat menjadi masukan penting bahwa penyandang skizofrenia tidak hanya membutuhkan layanan psikiatri saja, tetapi juga pemeriksaan fisik atau layanan umum bagi penyandang skizofrenia menjadi juga menjadi kebutuhan penting.¹⁶

Jenis antipsikotik yang digunakan pada penderita skizofrenia yang paling banyak digunakan pada terapi tunggal adalah

risperidon sebanyak 21,1%.¹⁷ Risperidon merupakan derivat dari benzisoksazol yang diindikasikan untuk terapi skizofrenia baik untuk gejala negatif maupun positif. Efek samping ekstrapiramidal umumnya lebih ringan dibandingkan dengan antipsikosis tipikal.² Pada terapi kombinasi yang paling banyak digunakan adalah haloperidol dan klorpromazin sebanyak 23,2%.¹⁷ Haloperidol merupakan golongan potensi rendah untuk mengatasi penderita dengan gejala dominan gaduh, gelisah, hiperaktif, dan sulit tidur. Haloperidol berguna untuk menenangkan keadaan mania pasien psikosis. Reaksi ekstrapiramidal timbul pada 80% pasien yang diobati haloperidol. Klorpromazin merupakan golongan potensi tinggi untuk mengatasi sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, hipoaktif, waham, dan halusinasi. Klorpromazin menimbulkan efek sedasi yang disertai acuh tak acuh terhadap rangsang dari lingkungan.²

Ringkasan

Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham yang kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan autisme. Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang paling sering. Tipe skizofrenia menurut ICD-X adalah skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia tak terinci, depresi pasca skizofrenia, skizofrenia residual, skizofrenia simpleks, skizofrenia lainnya dan skizofrenia yang tak tergolongkan.

Prevalensi skizofrenia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 tertinggi di DI Yogyakarta dan Aceh masing – masing 2,7%. Banyak faktor yang berperan terhadap kejadian skizofrenia, antara lain faktor genetik, biologis, biokimia, psikososial, status sosial ekonomi, stress, serta penyalahgunaan obat. Faktor-faktor yang berperan terhadap timbulnya skizofrenia adalah umur, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, dan status ekonomi.

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Keluarga-keluarga penderita skizofrenia yang diturunkan memiliki

potensi untuk mendapatkan skizofrenia melalui gen yang resesif yang selanjutnya tergantung pada lingkungan individu tersebut.

Hipotesis dopamin menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas berlebihan pada jaras dopamin mesolimbik. Mekanisme neuroinflamasi juga berperan dalam skizofrenia yang menghasilkan disregulasi glutamatergik (hipofungsi) dan dopaminergik (hiperfungsi limbik, hipofungsi frontal). Selain itu, faktor psikososial mempengaruhi timbulnya gejala skizofrenia. Penyakit autoimun seperti lupus eritematosus sistemik dapat mempengaruhi otak melalui jalur peningkatan permeabilitas *barrier* darah-otak membuat otak terpengaruh oleh komponen autoimun seperti autoantibodi dan sitokin sehingga menjadi salah satu faktor terjadinya skizofrenia.

Gejala klinis skizofrenia menurut WHO adalah gangguan pikiran, delusi, halusinasi, afek abnormal, gangguan kepribadian motor, dan adopsi posisi bizar. Tingkat pengetahuan keluarga yang semakin rendah menyebabkan frekuensi kekambuhan penderita skizofrenia semakin bertambah setelah dikontrol oleh variabel sikap, dukungan, dan ekspresi emosi keluarga serta kepatuhan minum obat. Jenis antipsikotik yang digunakan pada penderita skizofrenia yang paling banyak digunakan pada terapi tunggal adalah risperidon, sedangkan pada terapi kombinasi yang paling banyak digunakan adalah haloperidol dan klorpromazin.

Simpulan

Jenis skizofrenia tersering adalah skizofrenia paranoid, sedangkan prevalensi skizofrenia di Indonesia tertinggi pada DI Yogyakarta dan Aceh sebesar 2,7%. Faktor-faktor yang berperan terhadap timbulnya skizofrenia adalah faktor genetik, usia, jenis kelamin, penyakit autoimun, dan neuroinflamasi serta lingkungan, seperti pekerjaan, status perkawinan, status ekonomi, dan faktor psikososial. Pasien skizofrenia dapat mengalami kekambuhan yang dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan keluarga. Terapi skizofrenia menggunakan antipsikotik tunggal maupun kombinasi yang masing-masing dipilih berdasarkan indikasi tertentu.

Daftar Pustaka

1. Elvira SD, Hadisukanto G. Buku ajar psikiatri. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2013.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Edisi 10. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
3. Departemen Kesehatan. Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia iii. Jakarta: Departemen Kesehatan; 2004.
4. World Health Organization. Schizophrenia and public health. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization; 2003.
5. Risesdas. Prevalensi gangguan jiwa berat DIY tertinggi di Indonesia. Jakarta: Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
6. Erlina S, Pramono D, editor. Determinan terhadap timbulnya skizofrenia pada pasien rawat jalan di rumah sakit jiwa prof. hb saanin padang sumatera barat. Berita Ked Masy. 2010; 26(2):71-80.
7. Maramis WF. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Dalam Erlina S, Pramono D, editor. Determinan terhadap timbulnya skizofrenia pada pasien rawat jalan di rumah sakit jiwa prof. hb saanin padang sumatera barat. Berita Ked Masy. 2010; 26(2):71-80.
8. Suara Merdeka. Ramadhan dan gangguan jiwa. Dalam Erlina S, Pramono D, editor. Determinan terhadap timbulnya skizofrenia pada pasien rawat jalan di rumah sakit jiwa prof. hb saanin padang sumatera barat. Berita Ked Masy. 2010; 26(2):71-80.
9. Najjar S, Pearlman DM, Alper K, Najjar A, Devinsky O. Neuroinflammation and psychiatric illness. J Neuroinflammation. 2013; 10:43.
10. Utomo TL. Hubungan antara faktor somatik, psikososial, dan sosio-kultur dengan kejadian skizofrenia di instalasi rawat jalan rsjd surakarta [skripsi]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2013.
11. Benros ME, Nielsen PR, Nordentoft M, Eaton WW, Dalton SO, Mortensen PB. Autoimmune diseases and severe infections as risk factors for schizophrenia:

- a 30-year population-based register study. *Am J Psychiatry*. 2011; 168(12):1303–10.
12. Fadli SM, Mitra. Knowledge and family expressed emotion and schizophrenic patients relapse frequency. *Jurnal Kes Masy Nas*. 2013; 7(10):466-70.
 13. Christy LM. Relapse in scizophrenia. *Med Bull*. 2011; 16(5):8-9.
 14. Patonah S. Hubungan dukungan keluarga dan relaps pada penderita skizofrenia di wilayah kerja puskesmas mantup lamongan. *J Penelitian Akad Kes Rejekwesi Bojonegoro*. 2012; 6(3):466-70.
 15. Kurnia PK, Ambarini TK. Makna hidup penderita skizofrenia pasca rawat inap. *J Psiko Klin dan Kes Mental*. 2012; 1(2):145-50.
 16. Dewi S, Elvira SD, Budiman R. Gambaran kebutuhan hidup penyandang skizofrenia. *J Indon Med Assoc*. 2013; 63(3):84-90.
 17. Jarut YM, Fatimawali, Wiyono WI. Tinjauan penggunaan antipsikotik pada pengobatan skizofrenia di rumah sakit prof.dr.v.l. ratumbuysang manado periode januari 2013-maret 2013. *J Ilmiah Farm*. 2013; 2(3):54-7.