Journal of Innovative and Creativity
Journal Homepage: https://joecy.org/index.php/joecy
e-mail: journaljoecy@gmail.com

Faculty of Education
University of Pahlawan Tuanku Tambusai
ISSN 2775-771X (Online)
ISSN 2962-570X (Printed)
6 (1) 2026, Page: 2055-2069

Studi Dokumentasi Proses Pikir pada Pasien Gangguan Jiwa di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah

Laela Nur Nabilah[1], Diyan Yuli Wijayanti [2], Meidiana Dwidiyanti[3], Zubaidah[4]
[1-4]Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
Corresponding Author: Diyan Yuli Wijayanti, e-mail: dywijayanti@fk.undip.ac.id

Published: January, 2026

ABSTRAK

Waham merupakan salah satu gangguan proses pikir dimana pasien memiliki keyakinan palsu yang dipegang teguh walaupun tanpa bukti yang jelas. Di Indonesia, kegiatan surveilans penelitian proses pikir pasien gangguan jiwa di Indonesia belum ada. Beberapa penelitian sebelumnya lebih mengarah pada penelitian korelasi dengan desain penelitian studi kasus dan menggunakan pendekatan strategi pelaksanaan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran proses pikir pasien gangguan jiwa secara umum dan spesifik tiap karakteristik. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan studi dokumentasi. Sampel yang digunakan berjumlah 162 pasien gangguan jiwa. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *probability sampling* dengan metode *proportionate stratified random sampling*. Dokumen yang digunakan pada penelitian ini adalah dokumen rekam medis format pengkajian keperawatan jiwa RSJD Dr. Amino Gondohutomo yang dianalisis menggunakan analisis univariat. Karakteristik yang banyak ditemukan adalah pasien dewasa akhir, berjenis kelamin laki-laki, belum menikah dan tidak bekerja. Mayoritas pasien gangguan jiwa mengalami skizofrenia dan memiliki risiko perilaku kekerasan dengan frekuensi dirawat di RSJ dalam kategori tinggi. Mayoritas pasien memiliki proses pikir non realistik dengan progresi pikir koheren dan sebagian besar mengalami waham persekutorik. Perawat diharapkan untuk mengkaji lebih dalam mengenai proses pikir pasien gangguan jiwa, meliputi bentuk pikir, progresi pikir, dan isi pikir.

Kata Kunci: Proses Pikir, Waham, Gangguan Jiwa

ABSTRACT

Delusion is a thought process disorder which the patient has false belief that is held persistenly even without clear evidence. There is no surveillance of thought process research on mental illness patients in Indonesia. Some of the previous studies were more directed towards correlation research with a case study research design and using an implementation strategy approach. The purpose of this study was to determine the description of the thought process of patients with mental disorders in general and specific to each characteristic. Documentation study approach is used for this quantitative descriptive research. The sample used consisted of 162 patients with mental disorders. The sampling technique used a probability sampling technique with a proportionate stratified random sampling method. This study used medical record documents of the mental nursing assessment format of Dr. Amino Gondohutomo Hospital which were analyzed using univariate analysis. The most common characteristics found were late adult patients, male, unmarried and unemployed. The majority of patients with mental disorders have schizophrenia and are at risk of violent behavior with a high frequency of hospitalization. The vast majority of patients had non-realistic thought processes with coherent thought currents and most had persecutory delusions. Nurses are expected to examine more deeply into the thought processes of patients with mental disorders, including thought forms, thought flow/progression, and thought content.

***Keywords*:** *Thought Process, Delusion, Mental Disorder*

© The Author(s). 2021 Open Access This article is licensed under a Creative Commons Atibution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. To view a copy of this licence, visit http://creativecommons.org/licenses/by/4.0

PENDAHULUAN

Gangguan jiwa adalah salah satu masalah kesehatan paling umum di dunia, termasuk di Indonesia (Setyorini, 2019). Di Indonesia, masalah kesehatan jiwa merupakan masalah kesehatan yang signifikan yang memerlukan perhatian masyarakat dan seluruh departemen pemerintah di tingkat pusat maupun daerah (Ramadhani et al., 2021). Data yang dikumpulkan oleh WHO *(World Health Organization)* di

tahun 2016 menunjukkan bahwa 35 juta orang mengalami depresi, 60 juta menderita gangguan bipolar, 47,5 juta menderita demensia, dan 21 juta orang menderita skizofrenia (Kementerian Kesehatan, 2023).

Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia semakin meningkat (Wijayati et al., 2020). Hasil survei Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) di tahun 2018 menunjukkan adanya tingkat prevalensi yang meningkat dari gangguan kesehatan jiwa yaitu naik dari 1,7% menjadi 6,7% dibandingkan tahun 2013 (Kemenkes, 2013; Kementerian Kesehatan RI, 2018). Tahun 2013 jumlah penderita gangguan jiwa dengan kategori berat di Indonesia yaitu 1,7% dengan persentase gangguan jiwa tertinggi berada di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) sebesar 2,7% (Kemenkes, 2013), sedangkan tahun 2018 jumlah gangguan jiwa dengan kategori berat atau skizofrenia di Indonesia meningkat menjadi 6,7% dengan prevalensi gangguan jiwa tertinggi yaitu provinsi Bali sebesar 11,1% (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Menurut data yang dikumpulkan dari 33 RSJ (Rumah Sakit Jiwa) di Indonesia, tercatat 2,5 juta penduduk saat ini menderita gangguan jiwa dengan kategori berat (Wijayati et al., 2020). Dalam sebuah penelitian terhadap sampel komunitas lansia yang dilakukan di San Francisco, para peneliti menemukan bahwa 17% orang dengan gangguan mental mempunyai gejala curiga serta 13% memiliki gangguan proses pikir berupa waham (Tampi et al., 2018).

Jawa Tengah merupakan provinsi keenam, sama dengan jumlah orang di Aceh yang memiliki skizofrenia terbanyak di Indonesia. Laporan Riskesdas (Kementerian Kesehatan RI, 2018) tahun 2018 menyatakan bahwa lima provinsi dengan gangguan jiwa berat terbanyak adalah Bali sebesar 11,1%, Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 10,4%, Nusa Tenggara Barat sebesar 9,6%, Sumatera Barat sebesar 9,1%, Sulawesi Selatan sebesar 8,8%, Aceh sebesar 8,7%, dan Jawa Tengah sebesar 8,7%.

Di Kota Semarang, prevalensi penduduk yang menderita gangguan jiwa berat (skizofrenia) sebesar 0,79% pada tahun 2018 (Tim Riskesdas 2018, 2019). Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada RSJD Dr. Amino Gondohutomo terdapat 3021 pasien yang menderita gangguan jiwa di ruang rawat inap selama Januari hingga September 2023 dengan diagnosis terbanyak adalah *undifferentiated schizophrenia*. Di samping itu, jumlah pasien yang dirawat inap gangguan jiwa pada RSJD Dr. Amino Gondohutomo juga tercatat mengalami peningkatan hingga mencapai 274 pasien pada tahun 2023. Jumlah tersebut meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2022 yakni sebanyak 268 pasien.

Pengamatan dua minggu menunjukkan bahwa pasien yang menderita gangguan jiwa pada RSJD Dr. Amino Gondohutomo memiliki gangguan proses berpikir, baik dari aspek bentuk, progresi, maupun isi pikir. Banyak pasien yang berpikir tidak rasional, tetapi ada pula yang beripikir rasional. Pasien yang menderita gangguan jiwa pada RSJD Dr. Amino Gondohutomo cenderung memiliki pikiran yang tidak koheren saat berkomunikasi dengan orang lain. Kasus yang paling banyak terjadi di RSJD Dr. Amino Gondohutomo adalah pasien dengan gangguan isi pikir yaitu waham.

Gangguan jiwa tidak melihat usia. Anak-anak, remaja, dewasa, hingga lansia dan jika tidak ditangani atau segera ditangani dapat mengakibatkan gangguan jiwa yang serius, penurunan produktivitas, dan juga kesusahan bagi keluarga (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Gangguan jiwa disebabkan oleh banyak variabel: faktor biologis (bawaan, infeksi virus, malaria serebral, penyakit degeneratif, cedera kepala), faktor psikologis (kepribadian yang belum berkembang, trauma psikologis, masalah internal, serta ketidakpuasan ketika keinginan tidak terpenuhi, akibatnya timbul frustasi dan stress). Selain itu, terdapat pula faktor sosial (masalah hubungan keluarga, konflik dengan orang lain, masalah keuangan, pekerjaan, tekanan lingkungan, dan keadaan buruk misal bencana), faktor budaya (pola asuh anak dan fungsi peran dalam keluarga) dan spiritual (penerimaan terhadap diri sendiri, pengalaman hidup serta hubungan dengan diri sendiri, dengan orang lain, dengan tuhan, dan dengan alam) (Kementerian Kesehatan RI, 2020; Leighton & Hughes, 2005; Verghese, 2008).

Orang skizofrenia biasanya mengalami inkoherensi dalam proses berpikirnya, hal ini terlihat dari komunikasinya (Sulthon, 2018). Gangguan proses pikir inkoheren menimbulkan permasalahan pada penderita skizofrenia yang mana mereka tidak mampu mengolah dan mengatur pikirannya sehingga mengakibatkan orang lain kesulitan memahami makna bahasa yang disampaikan sehingga mengakibatkan pola komunikasi yang buruk atau inkoheren (Sulthon, 2018). Hal ini bisa menyebabkan

konflik sosial yang memperburuk kondisi pasien apabila lawan bicara tidak memahami apa yang disampaikan oleh penderita sehingga timbul masalah pola komunikasi (Sadock, 2010; Sulthon, 2018). Pola komunikasi penderita skizofrenia dengan gangguan proses berpikir antara lain sirkumtansial, tangensial, logorea, *rambling, flight of ideas,* dan *blocking* (Maramis, 1986).

Prevalensi gangguan proses pikir waham pada populasi umum yaitu 0,18%, sedangkan jumlah pasien yang dirawat inap psikiatri adalah 1% sampai 4% (Abi Prakasa, 2020). Jumlah pasien yang mengalami gangguan proses pikir waham lebih besar karena pengetahuan kurang tentang cara pencegahan penyakit dan cara mendapatkan bantuan saat mengetahui penyakit itu (Rowland et al., 2019). Waham merupakan keyakinan yang sepenuhnya mustahil yang dianut meskipun tidak ada bukti kuat, serta tidak seluruh orang mempercayainya (Bell et al., 2021). Waham merupakan tanda dari skizofrenia serta seseorang dengan tanda ini biasanya mengalami ketidakpercayaan yang besar untuk diri sendiri dan juga pada orang lain. Penderita berperilaku sesuai dengan tipe waham, seperti perasaan bahwa mereka memiliki kekuatan atas orang lain. Jauh dari kesan sebagai orang normal, mereka percaya bahwa mereka mengidap penyakit yang sangat serius atau bahwa mereka dapat menulari orang lain, dan mereka mengira bahwa mereka sudah mati (Abi Prakasa, 2020). Waham ditandai dengan keberadaan waham yang berlangsung paling tidak selama satu bulan serta biasanya tanpa tanda yang lain (Abi Prakasa, 2020; American Psychiatric Association (APA), 2013).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan studi dokumentasi. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *probability sampling* dengan metode *proportionate stratified random sampling*. Besar sampel pada penelitian ini berjumlah 162 pasien yang mengalami gangguan jiwa di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. Penelitian ini dilaksanakan pada Agustus 2023-April 2024. Dokumen yang digunakan pada penelitian ini adalah dokumen rekam medis format pengkajian keperawatan jiwa RSJD Dr. Amino Gondohutomo. Analisis data menggunakan analisis univariat untuk mendeskripsikan proses pikir, karakteristik pasien, dan tabulasi silang antara proses pikir dan karakteristik pasien.

HASIL

a. Karakteristik Pasen Gangguan Jiwa

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik pasien gangguan jiwa (N=162)

Karakteristik Pasien	N	%
Usia		
Remaja awal	2	1.2
Remaja akhir	29	17.9
Dewasa awal	45	27.8
Dewasa akhir	**50**	**30.9**
Lansia awal	18	11.1
Lansia akhir	15	9.3
Manula	3	1.9
Jenis Kelamin		
Laki-laki	**90**	**55.6**
Perempuan	72	44.4
Pekerjaan		
PNS	4	2.5
Pegawai swasta	31	19.1
Ibu rumah tangga	17	10.5
Buruh	9	5.6
Wiraswasta	16	9.9
Pelajar	14	8.6
Tidak bekerja	**71**	**43.8**

Status Perkawinan		
Belum menikah	**86**	**53.1**
Sudah menikah	56	34.6
Cerai	20	12.3
Diagnosis Medis		
Skizofrenia	**142**	**87.7**
Depresi	9	5.6
Gangguan mental organik	4	2.5
Bipolar	5	3.1
Gangguan psikotik akut	2	1.2
Diagnosis Keperawatan		
Halusinasi (Gangguan persepsi	60	37.0
sensori)	**76**	**46.9**
Risiko Perilaku Kekerasan	15	9.3
Risiko Bunuh Diri	5	3.1
Waham	1	.6
Harga diri rendah	4	2.5
Isolasi sosial	1	.6
Ansietas		
Frekuensi Dirawat di RSJ		
Rendah	50	30.9
Tinggi	**112**	**69.1**

Tabel 1 menunjukkan mayoritas pasien gangguan jiwa di RSJD Dr. Amino Gondohutomo merupakan pasien dewasa akhir, berjenis kelamin laki-laki, tidak bekerja, belum menikah. Mayoritas pasien memiliki diagnosis medis skizofrenia dan diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan dengan frekuensi dirawat di RSJ dengan kategori tinggi.

b. Proses Pikir Pasien Gangguan Jiwa

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Proses Pikir Pasien Gangguan Jiwa (N=162)

Variabel	N	%
Bentuk Pikir		
Realistik	27	16.7
Non realistik (autistik)	**135**	**83.3**
Progresi Pikir		
Sirkumtansial	3	1.9
Tangensial	1	0.6
Flight of ideas	6	3.7
Blocking	3	1.9
Perseverasi	2	1.2
Asosiasi longgar	26	16.0
Koheren	**98**	**60.5**
Inkoherensi	6	3.7
Irelevansi	6	3.7
Alogia	5	3.1
Afasi	6	3.7
Isi Pikir		
Waham persekutorik	**58**	**35.8**
Waham disangkal	45	27.8
Waham bizzare	19	11.7

Variabel	N	%
Waham referensi	11	6.8
Waham kebesaran	8	4.9
Waham curiga	5	3.1
Waham somatik	1	0.6
Pikiran magis	3	1.9
Miskin isi pikir	5	3.1
Waham cemburu	1	0.6
Waham nihilistik	1	0.6
Waham kejar	1	0.6
Pikiran bunuh diri	2	1.2
Obsesi	2	1.2

Tabel 2 menunjukkan mayoritas pasien rawat inap gangguan jiwa di RSJD Dr. Amino Gondohutomo memiliki bentuk pikir non realistik. Sebagian besar pasien memiliki progresi pikir koheren. Sebagian pasien mengalami waham persekutorik.

c. Proses Pikir Pasien Gangguan Jiwa Berdasarkan Karakteristik Pasien

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Proses Pikir Berdasarkan Usia (N=162)

			Bentuk Pikir		
			Realistik	Non Realistik	Total
Usia	Remaja awal	N	0	2	2
		%	0.0%	1.2%	1.2%
	Remaja akhir	N	6	23	29
		%	3.7%	14.2%	17.9%
	Dewasa awal	N	6	39	45
		%	3.7%	24.1%	27.8%
	Dewasa akhir	N	7	**43**	50
		%	4.3%	**26.5%**	30.9%
	Lansia awal	N	6	12	18
		%	3.7%	7.4%	11.1%
	Lansia akhir	N	1	14	15
		%	0.6%	8.6%	9.3%
	Manula	N	1	2	3
		%	0.6%	1.2%	1.9%
Total		N	27	135	162
		%	16.7%	83.3%	100.0 %

Tabel 3 menunjukkan pasien yang memiliki bentuk pikir non realistik sebagian besar adalah pasien dewasa akhir.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Proses Pikir Berdasarkan Jenis Kelamin (N=162)

			Bentuk Pikir		
			Realistik	Non Realistik	Total
Jenis Kelamin	**Laki-laki**	N	11	**79**	90
		%	6.8%	**48.8%**	55.6%
	Perempuan	N	16	56	72

		Bentuk Pikir		
		Realistik	Non Realistik	Total
	%	9.9%	34.6%	44.4%
Total	N	27	135	162
	%	16.7%	83.3%	100.0%

Tabel 4 menunjukkan pasien yang memiliki bentuk pikir non realistik sebagian besar berjenis kelamin laki-laki.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Proses Pikir Berdasarkan Pekerjaan (N=162)

			Bentuk Pikir		
			Realistik	Non Realistik	Total
Pekerjaan	PNS	N	1	3	4
		%	0.6%	1.9%	2.5%
	Pegawai Swasta	N	2	29	31
		%	1.2%	17.9%	19.1%
	Ibu Rumah Tangga	N	4	13	17
		%	2.5%	8.0%	10.5%
	Buruh	N	0	9	9
		%	0.0%	5.6%	5.6%
	Wiraswasta	N	3	13	16
		%	1.9%	8.0%	9.9%
	Pelajar	N	3	11	14
		%	1.9%	6.8%	8.6%
	Tidak bekerja	N	14	**57**	71
		%	8.6%	**35.2%**	43.8%
Total		N	27	135	162
		%	16.7%	83.3%	100.0%

Tabel 5 menunjukkan pasien yang memiliki bentuk pikir non realistik sebagian besar tidak bekerja.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Proses Pikir Berdasarkan Status Perkawinan (N=162)

			Bentuk Pikir		
			Realistik	Non Realistik	Total
Status Perkawinan	**Belum menikah**	N	13	**73**	86
		%	8.0%	**45.1%**	53.1%
	Sudah menikah	N	9	47	56
		%	5.6%	29.0%	34.6%
	Cerai	N	5	15	20
		%	3.1%	9.3%	12.3%
Total		N	27	135	162
		%	16.7%	83.3%	100.0%

Tabel 6 menunjukkan asien yang memiliki bentuk pikir non realistik sebagian besar belum menikah.

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Proses Pikir Berdasarkan Diagnosis Medis (N=162)

			Bentuk Pikir		
			Realistik	Non Realistik	Total
Diagnosis Medis	**Skizofrenia**	N	21	**121**	142
		%	13.0%	**74.7%**	87.7%
	Depresi	N	4	5	9
		%	2.5%	3.1%	5.6%
	Gangguan mental organik	N	1	3	4
		%	0.6%	1.9%	2.5%
	Bipolar	N	1	4	5
		%	0.6%	2.5%	3.1%
	Gangguan psikotik akut	N	0	2	2
		%	0.0%	1.2%	1.2%
Total		N	27	135	162
		%	16.7%	83.3%	100.0%

Tabel 7 menunjukkan pasien yang memiliki bentuk pikir non realistik mayoritas mengalami skizofrenia.

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Proses Pikir Berdasarkan Diagnosis Keperawatan (N=162)

			Bentuk Pikir		
			Realistik	Non Realistik	Total
Diagnosis Keperawatan	Halusinasi	N	10	50	60
		%	6.2%	30.9%	37.0%
	Risiko Perilaku Kekerasan	N	9	**67**	76
		%	5.6%	**41.4%**	46.9%
	Risiko Bunuh Diri	N	5	10	15
		%	3.1%	6.2%	9.3%
	Waham	N	1	4	5
		%	0.6%	2.5%	3.1%
	Harga diri rendah	N	0	1	1
		%	0.0%	0.6%	0.6%
	Isolasi sosial	N	2	2	4
		%	1.2%	1.2%	2.5%
	Ansietas	N	0	1	1
		%	0.0%	0.6%	0.6%
Total		N	27	135	162
		%	16.7%	83.3%	100.0%

Tabel 8 menunjukkan pasien yang memiliki bentuk pikir non realistik sebagian besar memiliki risiko perilaku kekerasan.

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Proses Pikir Berdasarkan Frekuensi Dirawat di RSJ (N=162)

			Bentuk Pikir		
			Realistik	Non Realistik	Total
Frekuensi dirawat di RSJ	Rendah	N	4	46	50
		%	2.5%	28.4%	30.9%
	Tinggi	N	23	**89**	112
		%	14.2%	**54.9%**	69.1%
Total		N	27	135	162
		%	16.7%	83.3%	100.0%

Tabel 9 menunjukkan pasien yang memiliki bentuk pikir non realistik memiliki frekuensi dirawat di RSJ dengan kategori tinggi.

PEMBAHASAN

a. Karakteristik Pasien Gangguan Jiwa

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien RSJD Dr. Amino Gondohutomo di Jawa Tengah sebagian besar adalah pasien dengan kategori dewasa akhir yaitu sebanyak 30,9% (50 orang). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa mayoritas penderita gangguan jiwa berusia dewasa akhir (Mawaddah et al., 2020). Hasil ini dipengaruhi oleh ketidakefektifan koping stres seseorang dalam mengatasi masalah yang kompleks di fase tersebut. Artinya, permasalahan yang dihadapi oleh orang dewasa akhir semakin banyak karena mereka berada pada usia kerja, mereka sudah mampu menghidupi diri sendiri dan keluarganya secara mandiri. Hal ini dapat membuat orang dewasa akhir menghadapi masalah yang rumit dan berisiko mengalami masalah kesehatan jiwa (Mawaddah et al., 2020). Selain itu, faktor lain yang dapat menjadi pemicu pasien mengalami stres berlebihan pada fase dewasa akhir adalah adanya konflik dengan teman, pasangan, dan keluarga yang tidak terselesaikan. Ketika mekanisme koping tidak memadai, maka klien dapat mengalami gangguan psikologis (Rinawati & Alimansur, 2016).

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa pasien RSJD Dr. Amino Gondohutomo yang mengalami gangguan jiwa sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu 55,6%. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa mayoritas (69%) penderita gangguan jiwa adalah laki-laki (Mawaddah et al., 2020). Pernyataan ini juga sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa pasien laki-laki lebih besar kemungkinannya menderita gangguan jiwa. Hal ini dapat terjadi karena laki-laki merupakan penopang kehidupan di rumah tangga dan sulit menerima tekanan pada dirinya dibandingkan perempuan (Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S., & Fonseca, 2005; Erlina et al., 2010).

Pada penelitian ini menunjukkan mayoritas pasien yang mengalami gangguan jiwa tidak bekerja 43,8%. Hasill ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa orang yang tidak bekerja lebih banyak mengalami gangguan jiwa yaitu sebesar 67% pasien (Mawaddah et al., 2020; Darsana & Suariyani, 2020) Hasil tersebut dipengaruhi oleh tingginya kadar hormon stres seseorang. Orang yang tidak bekerja lebih rentan terhadap stres sehingga menimbulkan perasaan tidak berdaya. Hal ini disebabkan karena orang yang bekerja lebih optimis terhadap masa depan dan merasakan lebih banyak kegembiraan dalam hidup dibandingkan orang yang tidak bekerja (Bintang, 2021; Erlina et al., 2010). Orang yang tidak bekerja juga cenderung memiliki harga diri yang rendah. Mereka mengaku diperlakukan "berbeda" dalam lingkungan sosial karena masalah kesehatan mental yang dialami, akibatnya mereka menghindari untuk mencari bantuan dan tidak memanfaatkan layanan kesehatan jiwa sehingga tidak mendapatkan manfaat dari terapi yang tersedia (Staiger et al., 2017).

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pasien RSJD Dr. Amino Gondohutomo di Jawa Tengah sebagian besar belum menikah yaitu sebanyak 53,1%. Hasill ini didukung dengan penelitian pada tahun 2020 yang menyatakan sebesar 61% dan 57,6% orang yang menderita gangguan jiwa berstatus belum menikah (Mawaddah et al., 2020; Panggabean et al., 2019). Penelitian sebelumnya juga menyatakan bahwa individu yang menikah memiliki risiko yang lebih rendah mengalami gangguan jiwa dibandingkan dengan individu yang belum menikah. Hal ini terjadi karena dengan

pernikahan terbentuk faktor kejiwaan yang lebih mendasar, seperti rasa kasih sayang, mencintai dan dicintai, serta rasa aman dan terlindungi (Panggabean et al., 2019).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien RSJD Dr. Amino Gondohutomo di Jawa Tengah mayoritas mengalami skizofrenia yaitu sebanyak 87,7%. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Bali bahwa sebagian besar (62,3%) pasien gangguan jiwa yang dirawat di Rumah Sakit Provinsi Bali menderita skizofrenia (Jatmika et al., 2020). Hasil Riskesdas 2018 juga menunjukkan prevalensi gangguan jiwa berat skizofrenia di Indonesia sekitar 400.000 orang dan Provinsi Jawa Tengah merupakan salah satu dari enam provinsi dengan kasus terbanyak (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Faktor yang menyebabkan pasien mengalami skizofrenia adalah terjadinya gangguan pada pemprosesan informasi di otak yang menyebabkan persepsi yang tidak sesuai dengan kenyataan (Margoob & Mushtaq, 2011).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pasien RSJD Dr. Amino Gondohutomo di Jawa Tengah mayoritas memiliki risiko perilaku kekerasan yaitu sebanyak 46,9%. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan hasil serupa yaitu pasien gangguan jiwa yang dirawat di RSJ mayoritas memiliki diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan (Suerni & PH, 2019). Hal ini sejalan dengan penelitian pada tahun 2020 yang menyatakan bahwa sebagian besar pasien gangguan jiwa yang dirawat di Rumah Sakit Provinsi Bali memiliki risiko perilaku kekerasan (Jatmika et al., 2020).

Pasien RSJD Dr. Amino Gondohutomo di Jawa Tengah mayoritas memiliki frekuensi dirawat di RSJ dengan kategori tinggi yaitu sebanyak 69,1% (112 orang). Penelitian sebelumnya menunjukkan hasil serupa terkait frekuensi pasien dirawat di RSJ yaitu memiliki kategori tinggi (Afrikhah et al., 2018; Panggabean et al., 2019). Hasil ini berkaitan dengan penelitian sebelumnya bahwa penyebab pasien seringkali keluar masuk untuk dirawat di RSJ dapat dipengaruhi oleh faktor psikososial yang berarti kekambuhan terjadi berulang kali jika faktor internal dan eksternal tidak mendukung (Syafwani, 2023). Faktor internal yang dimaksud antara lain pasien tidak mau lagi kontrol ke dokter secara teratur, tidak mau minum obat, dan pasien menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter karena sudah bosan minum obat (Syafwani, 2023). Adapun faktor eksternal yang dapat mempengaruhi kekambuhan pasien skizofrenia adalah kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat serta adanya masalah kehidupan yang berat dan membuat stres seperti pengangguran, dikucilkan masyarakat, pertengkaran, perceraian, dan sebagainya (Syafwani, 2023).

b. Proses Pikir Pasien Gangguan Jiwa

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pasien RSJD Dr. Amino Gondohutomo di Jawa Tengah memiliki bentuk pikir non realistik yaitu sebanyak 83,3% (135 orang), progresi pikir koheren sebanyak 60,5% (98 orang), dan mengalami waham persekutorik sebesar 35,8% (58 orang). Hasil ini serupa dengan penelitian pada tahun 2021 yang menyatakan bahwa pasien yang memiliki bentuk pikir non realistik dapat mengalami salah satunya adalah waham persekutorik dengan progresi pikir yang koheren (Ayuningtyas et al., 2021). Waham persekutorik merupakan keyakinan palsu dimana pasien percaya bahwa orang lain bermaksud menyakiti atau menganiaya dirinya (Jusup et al., 2015; Mary C. Townsend, 2018).

Hasil penelitian lain yang juga didukung oleh pendapat seorang ahli psikiatri terkait progresi pikir juga menyebutkan bahwa pasien yang mengalami gangguan proses pikir memiliki progresi pikir yang beragam, diantaranya asosiasi longgar (14%), *blocking* (18%), tangensial (4,5%), sirkumtansial (4,5%), dan neologisme (4,5%). Hampir setengahnya yaitu 45,5% pasien memiliki proses pikir koheren (Maramis, 1986; Sulthon, 2018). Asosiasi longgar yaitu pembicaraan tidak memiliki hubungan antar kalimat dengan kalimat lainnya, dan pasien tidak menyadarinya (Maramis, 1986; Mary C. Townsend, 2018). *Blocking* terjadi ketika pasien tiba-tiba berhenti saat sedang berbicara dan tidak mengetahui alasan hal tersebut terjadi. Tangensial merupakan pembicaraan yang berbelit-belit, tetapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan (Jusup et al., 2015; Mary C. Townsend, 2018). Sirkumtansial adalah pemicaraan yang berbelit-belit, tetapi sampai pada tujuan pembicaraan (Jusup et al., 2015; Mary C. Townsend, 2018). Neologisme yaitu ungkapan baru yang diciptakan oleh pasien dan hanya pasien sendiri yang mengerti maksud dari ungkapan tersebut (Jusup et al., 2015; Maramis, 1986; Mary C. Townsend, 2018).

Pasien yang mengalami gangguan proses pikir cenderung memiliki bentuk pikir yang non realistik terutama waham. Pernyataan ini didukung oleh penelitian yang menyatakan bahwa waham

mencerminkan gangguan pada kemampuan kognitif dan rasionalitas (Berrios, 1991). Pasien tersebut biasanya tidak mampu mempercayai orang lain, panik, cemas berlebih, stres yang mengancam ego yang lemah, dan faktor genetic (Townsend, 2009). Gangguan proses berpikir menimbulkan masalah dimana pasien dengan gangguan proses pikir tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya (pasien mengalami kebingungan berpikir) sehingga menyebabkan komunikasi yang buruk dan terjadi inkoherensi (Yosep, 2010).

Pasien yang mengalami gangguan proses pikir waham terbagi menjadi lima fase, yaitu: 1) fase kebutuhan manusia rendah, hal ini terjadi karena tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia sehingga melakukan kompensasi yang salah atau mekanisme koping yang destruktif; 2) fase kepercayaan diri rendah, pasien merasa dirinya tidak berharga, menderita, dunianya seakan hancur karena tidak memiliki motivasi dan tujuan hidup; 3) fase pengendalian internal dan eksternal, pasien tidak menerima keadaan sebenarnya, marah, tetapi tidak sampai pada tahap penerimaan; 4) fase dukungan lingkungan, orang disekitar pasien takut dianggap mencampuri urusan orang lain sehingga pasien dibiarkan mempercayai keyakinan palsunya selagi tidak merugikan orang lain; 5) fase nyaman, pasien sudah menikmati dunia fantasinya dan halusinasi mulai timbul ketika pasien menyendiri dan mengisolasi dirinya (Manurung, J., & Pardede, 2022).

Mekanisme terjadinya gangguan proses pikir selaras dengan model stres adaptasi Stuart. Model ini menyebutkan bahwa respon kognitif merupakan salah satu aspek dari penilaian terhadap stresor. Pernyataan tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa pasien waham yang mengalami gangguan proses pikir berhubungan dengan stresor. Model stres adaptasi Stuart membantu pasien untuk memahami tujuan dan proses yang akan dilakukan pada tindakan keperawatan yang mengarah pada gangguan proses pikir. Model ini juga membantu pasien dalam melakukan pengkajian status mental khususnya proses pikir. Apabila pengkajian benar, maka diagnosis keperawatan yang diangkat juga benar, intervensi dan implementasi yang dilakukan juga tepat sehingga evaluasi tindakan keperawatan (Kotijah et al., 2021).

Faktor patofisiologis yang dapat mempengaruhi penderita waham mengalami inkoherensi adalah adanya gangguan proses berpikir dan emosional yang terjadi pada keadaan psikotik fungsional seperti skizofrenia. Skizofrenia ditandai dengan gangguan parah dalam proses berpikir, ketidakharmonisan antara proses pikir, emosional, kemauan, dan psikomotorik, serta distorsi realitas, terutama karena waham (Danastri & Meiyuntariningsih, 2021).

Gangguan proses pikir dapat terjadi karena adanya ketegangan atau tekanan yang berasal dari emosi tidak terkontrol. Pasien yang memiliki gangguan proses pikir cenderung memiliki mekanisme koping destruktif karena mereka tidak mempunyai tujuan dan arti kehidupan. Upaya yang dapat dilakukan perawat untuk membantu pasien adalah menenangkan pasien kemudian perawat dapat melakukan validasi emosi. Setelah pasien tenang, perawat dapat menggali lebih dalam terkait sumber stresor yang dihadapi pasien.

Faktor utama yang mempengaruhi kesembuhan pasien adalah adanya keinginan dalam diri pasien untuk sembuh dari sakitnya. Setelah kesadaran tersebut dimiliki pasien perawat dapat melakukan terapi regulasi emosi. Regulasi emosi merupakan proses untuk mengatur dan mengatur emosi, yang dapat mempengaruhi proses pikir. Pasien dibantu untuk melepaskan segala bentuk emosi negatif yang ada di dalam dirinya dengan cara mengikhlaskan sesuatu yang terjadi dalam hidupnya. Dengan demikian, regulasi emosi dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis pasien.

Selain itu, faktor yang dapat menjadi pemicu seseorang mengalami gangguan proses berpikir adalah perubahan hormonal. Hormon yang dapat menyebabkan pasien menderita waham adalah hormon dopamin. Gangguan pada sistem dopamin dalam otak telah dikaitkan dengan gejala psikosis, termasuk delusi, yang sering terjadi pada kondisi seperti skizofrenia. Dopamin merupakan salah satu neurotransmitter yang berperan dalam mengatur fungsi otak. Ketidakseimbangan kadar dopamin dapat mempengaruhi persepsi dan pemikiran seseorang sehingga menyebabkan munculnya gejala psikotik seperti delusi.

c. Proses Pikir Pasien Berdasarkan Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gangguan jiwa yang memiliki proses pikir non realistik mayoritas adalah pasien dewasa akhir yaitu sebanyak 26,5% (43 orang). Hasil ini sejalan

dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa prevalensi pasien yang memiliki proses pikir non rasional pada pasien dewasa akhir sangat tinggi yaitu sebanyak 47% (Noort et al., 2018).

Faktor yang dapat mempengaruhi orang dewasa akhir memiliki bentuk pikir non realistik dikaitkan dengan adanya perubahan atau kelainan struktural otak dan cacat kognitif yang dapat mengganggu pengobatan. Respons pengobatan yang buruk terkadang juga dikaitkan dengan iskemik mikrovaskuler (infark lakunar), atrofi kortikal, perubahan atau penyimpangan regional pada volume materi abu-abu dan putih, serta disfungsi serebelar (otak kecil) (González-Rodríguez et al., 2022; Zakharova et al., 2023).

d. Proses pikir Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gangguan jiwa yang memiliki proses pikir non realistik sebagian besar adalah pasien laki-laki yaitu sebanyak 48,8% (79 orang). Hal ini bersamaan dengan penelitian pada tahun 2021 yang menyatakan bahwa pasien laki-laki memiliki risiko gangguan pikiran 2,37 kali lebih tinggi dibandingkan pasien perempuan karena laki-laki adalah pencari nafkah keluarga. Mereka mengalami lebih banyak stres dalam hidup sehingga lebih mungkin menderita gangguan jiwa, sedangkan perempuan lebih mampu menerima situasi kehidupan dibandingkan laki-laki (Bintang, 2021).

Adapun penelitian lain yang menunjukkan hasil berbeda bahwa insiden yang lebih besar terjadinya gangguan proses pikir non realistik terutama waham adalah wanita pascamenopause dibandingkan wanita premenopause. Hal ini berpotensi disebabkan oleh perubahan hormonal yaitu adanya efek neuroprotektif dari esterogen yang hilang setelah waktu tersebut (Arasappa et al., 2023; González-Rodríguez et al., 2022).

e. Proses Pikir Pasien Berdasarkan Pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gangguan jiwa yang memiliki proses pikir non realistik mayoritas adalah pasien yang tidak bekerja yaitu sebanyak 35,2% (57 orang). Hasil ini selaras dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa tingkat gangguan proses pikir non realistik tinggi di kalangan pengangguran di London selatan dan sangat tinggi di kalangan pengangguran Karibia Hitam dan Afrika Hitam (Boydell et al., 2012). Selain itu, penelitian lain juga menyatakan bahwa 46% pasien yang mengalami gangguan proses pikir non realistik berasal dari keluarga dengan status sosial ekonomi rendah (Harrow et al., 2009).

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi seseorang yang tidak bekerja dapat mengalami bentuk pikir non realistik. Sebuah studi menunjukkan bahwa dengan seseorang tidak bekerja atau menganggur dapat meningkatkan tingkat stres karena tingginya kadar hormon stres, seperti katekolamin yang dapat menyebabkan ketidakberdayaan (Winda, 2013). Selain itu, stigmatisasi dan diskriminasi terhadap pengangguran juga dapat mempengaruhi kondisi stres mereka.(Winda, 2013) PMD (*Psychotic Major Disorder*) khususnya pasien yang mengalami wahamdengan proses pikir non realistik dikaitkan dengan kelainan sumbu HPA (hipotalamus-pituitari-adrenal) yang lebih besar dan kadar kortisol plasma yang lebih tinggi pada sore hari (Lykouras & Gournellis, 2009).

f. Proses Pikir Pasien Berdasarkan Status Perkawinan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gangguan jiwa yang memiliki proses pikir non realistik mayoritas adalah pasien yang belum menikah yaitu sebanyak 45,1% (73 orang). Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa pasien dengan gangguan proses pikir non realistik lebih banyak yang sendiri dan hidup tanpa perkawinan (Sulthon, 2018; Al, 2005; Hawari, 2006). Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang menemukan bahwa mayoritas pasien dengan gangguan proses pikir umumnya terjadi pada individu yang belum menikah yaitu sebanyak 84,7% (Sulthon, 2018).

Faktor yang dapat mempengaruhi pasien dengan bentuk pikir non realistik belum menikah adalah stigma negatif yang dialami oleh pasien skizofrenia. Hal tersebut mempersulit mereka untuk memperoleh pasangan hidup akibat tentangan dari keluarga dan masyarakat (Sulthon, 2018). Selain itu, pasien skizofrenia dapat mengalami disfungsi seksual akibat farmakoterapi antipsikotik yang dapat menurunkan libido, masalah ejakulasi, dan disfungsi ereksi (Olfson et al., 2009).

g. Proses Pikir Pasien Berdasarkan Diagnosis Medis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gangguan jiwa yang memiliki proses pikir non realistik mayoritas adalah pasien skizofrenia yaitu sebesar 74,7% (121 orang). Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa pasien skizofrenia mengalami gangguan proses pikir non realistik sebanyak 54,5%. Faktor yang dapat mempengaruhi gangguan proses pikir non realistik pada pasien skizofrenia yaitu adanya gangguan pada pemprosesan informasi di otak yang menyebabkan persepsi yang tidak sesuai dengan realitas (Margoob & Mushtaq, 2011). Sebuah penelitian membandingkan orang yang waham dengan orang yang tidak mengalami waham. Hasilnya, berdasarkan tingkat keparahan kerusakan kognitif secara umum, pencitraan otak tomografi emisi foton tunggal menunjukkan pola hipoperfusi yang konsisten di daerah otak frontal kanan (dan limbik) pada kelompok yang mengalami waham dibandingkan dengan kelompok yang tidak mengalami delusi (Coltheart et al., 2007).

h. Proses Pikir Pasien Berdasarkan Diagnosis Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan gangguan proses pikir non realistik memiliki risiko perilaku kekerasan sebesar 41,4% (67 orang). Hasil penelitian ini serupa dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa 57,1% (36 orang) pasien memiliki riwayat aniaya fisik (Wijayati et al., 2020). Selain itu, 33,8% (23 orang) memiliki risiko tinggi untuk mengalami perilaku kekerasan (Jatmika et al., 2020). Perilaku kekerasan merupakan salah satu bentuk perilaku yang dapat ditunjukkan oleh pasien dengan skizofrenia yang mengalami gangguan proses pikir non realistik (Jatmika et al., 2020). Adapun faktor yang menyebabkan pasien tersebut muncul masalah risiko perilaku kekerasan adalah adanya suara bisikan yang menghasut untuk melakukan tindakan merusak lingkungan dan menciderai orang lain, serta tidak terima tentang suatu hal karena merasa direndahkan seseorang (Wijayati et al., 2020).

i. Proses Pikir Pasien Berdasarkan Frekuensi Dirawat di RSJ

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gangguan jiwa yang memiliki proses pikir non realistik mayoritas adalah pasien dengan frekuensi dirawat di RSJ tinggi yaitu sebanyak 54,9% (89 orang). Penelitian sebelumnya menunjukkan hasil serupa terkait frekuensi pasien dirawat di RSJ yang mengalami gangguan proses pikir yaitu memiliki kategori tinggi (Afrikhah et al., 2018; Panggabean et al., 2019).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa pasien yang mengalami gangguan proses berpikir memiliki risiko kekambuhan yang bervariasi bahkan berulang. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi frekuensi kambuh pada pasien dengan gangguan proses pikir diantaranya seperti kepatuhan terhadap pengobatan, dukungan sosial, dan manajemen stres**.** Dengan demikian, penting untuk melakukan pemantauan secara teratur dan memberikan perawatan yang tepat untuk mengurangi risiko kekambuhan pada pasien tersebut (Indryani Jovanka et al., 2023).

Perlu dicatat bahwa keterlibatan keluarga dan komunitas sangat penting dalam mendukung penanganan pasien dengan gangguan proses pikir. Strategi keluarga dalam pemberian obat antipsikotik, misalnya, melibatkan penderita dalam keputusan mendapatkan obat, memberikan pemahaman kepada penderita tentang pentingnya obat, dan mengingatkan penderita ketika jadwal minum obat (Indryani Jovanka et al., 2023).

Struktur sosial dan komunitas juga mempengaruhi kekambuhan pasien dengan gangguan proses pikir terutama delusi, bukan hanya karena putus obat, tetapi juga dikarenakan reaksi masyarakat terhadap pasien tersebut. Oleh karena itu, upaya mencegah kekambuhan wahamtidak hanya menjadi tugas keluarga, tetapi juga masyarakat. Hal ini dapat dilakukan dengan upaya pemberdayaan kader kesehatan jiwa dalam mencegah kekambuhan pasien dengan gangguan proses pikir. Kader kesehatan jiwa dapat melakukan skrining keluarga yang sakit atau berisiko mengalami gangguan jiwa, melakukan penyuluhan kesehatan jiwa, melakukan perawatan pada pasien gangguan jiwa dan melakasanakan terapi aktivitas kelompok dan terapi suportif lainnya, serta melakukan *home visit* dan juga memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan pengobatan secara rutin, dan memberikan kesempatan pasien untuk produktif di masyarakat (PH et al., 2020; Susmiatin & Sari, 2021).

KESIMPULAN

Hasil studi dokumentasi proses pikir pasien RSJD Dr. Amino Gondohutomo di Jawa Tengah karakteristik paling banyak adalah pasien dewasa akhir, berjenis kelamin laki-laki, belum menikah dan tidak bekerja. Mayoritas pasien gangguan jiwa mengalami skizofrenia dan memiliki risiko perilaku kekerasan dengan frekuensi dirawat di RSJ dalam kategori tinggi. Mayoritas pasien memiliki proses pikir non realistik dengan progresi pikir koheren dan sebagian besar mengalami waham persekutorik.

DAFTAR PUSTAKA

Abi Prakasa, M. (2020). Analisis rekam medis pasien gangguan proses pikir waham dengan menggunakan algoritma c4.5 di RS atma husada mahakam Samarinda. *Borneo Student Research*, *2*(1), 1–8.

Afrikhah, U., Sari, S. P., Wijayanti, D. Y., & Kusuma, H. (2018). *Gambaran Recovery pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Ruang Rawat Inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang*. Universitas Diponegoro.

Al, R. et. (2005). Marriage, mental health and the Indian legislation. *JSS Medical College Hospital.*

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Arasappa, R., Chithra, N. K., Kulkarni, K. R., Muliyala, K. P., Murthy, P., & Kesavan, M. (2023). Gender differences in the young-onset persistent delusional disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, *86*(May), 103653. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103653

Ayuningtyas, N., Effendi, R. R., & Bahri, D. (2021). Penatalaksanaan pada Tn. R Usia 38 Tahun dengan Skizofrenia Paranoid melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, *3*(4), 853–866. http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/download/83/65

Bell, V., Raihani, N., & Wilkinson, S. (2021). Derationalizing Delusions. *Clinical Psychological Science*, *9*(1), 24–37. https://doi.org/10.1177/2167702620951553

Berrios, G. E. (1991). Delusions as "Wrong Beliefs": A Conceptual History. *The British Journal of Psychiatry*, *159*(S14: Delusions and Awareness of Reality), 6–13. https://doi.org/https://doi.org/10.1192/S0007125000296414

Bintang, N. L. N. P. A. (2021). *Gambaran proses berpikir pada pasien skizofrenia paranoid di UPTD Puskesmas Gianyar II tahun 2021* [Poltekkes Kemenkes Denpasar]. http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/id/eprint/8318%0A

Boydell, J., Bebbington, P., Bhavsar, V., Kravariti, E., Van Os, J., Murray, R., & Dutta, R. (2012). Unemployment, ethnicity and psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*(3). https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01921.x

Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S., & Fonseca, J. O. P. (2005). Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*(5), 1338–1340.

Coltheart, M., Langdon, R., & McKay, R. (2007). Schizophrenia and monothematic delusions. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(3), 642–647. https://doi.org/10.1093/schbul/sbm017

Danastri, L. W., & Meiyuntariningsih, T. (2021). PENERAPAN KONSELING EKSISTENSIAL HUMANISTIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA TIDAK TERPERINCI (UNDIFFERENTIATED) DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, *6*(7), 6.

Darsana, I. W., & Suariyani, N. L. P. (2020). Trend karakteristik demografi pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali (2013-2018). *Archive of Community Health*, *7*(1), 41–51. https://doi.org/10.24843/ach.2020.v07.i01.p05

Erlina, Soewadi, & Pramono, D. (2010). Determinan terhadap timbulnya skizofrenia Pada Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa Prof . Hb Saanin Padang Sumatera Barat. *Berita Kedokteran Masyarakat*, *26*(2), 71–80.

González-Rodríguez, A., Seeman, M. V., Izquierdo, E., Natividad, M., Guàrdia, A., Román, E., & Monreal, J. A. (2022). Delusional Disorder in Old Age: A Hypothesis-Driven Review of Recent Work Focusing on Epidemiology, Clinical Aspects, and Outcomes. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, *19*(13). https://doi.org/10.3390/ijerph19137911
Harrow, M., Hansford, B. G., & Astrachan, E. B. (2009). Locus of Control: Relation to Schizophrenia, to Recovery, and to Depression and Psychosis - A 15-Year Longitudinal Study Martin. *Psychiatry Research*, *168*(3), 186–192. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.002.
Hawari, D. (2006). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Balai Penerbit FK UI.
Indryani Jovanka, Sri Wahyuni, & Rismadefi Woferst. (2023). Strategi Keluarga Dalam Pemberian Obat Antipsikotik Pada Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan Indonesia*, *3*(1), 80–90. https://doi.org/10.55606/jikki.v3i1.1111
Jatmika, D. G. P., Triana, K. Y., & Purwaningsih, N. K. (2020). Hubungan Komunikasi Terapeutik dan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. *Jurnal Keperawatan Raflesia*, *2*(1), 1–10. https://doi.org/10.33088/jkr.v2i1.485
Jusup, I., Alaydrus, A., Fitrikasari, A., Asikin, H. G., Savitri, S., Wardani, N. D., Sarjana, W., & Hadiati, T. (2015). *Buku ajar psikiatri* (1st ed.). Lembaga Pengembangan dan Penjaminan Mutu Pendidikan Universitas Diponegoro.
Kemenkes. (2013). Riset kesehatan dasar (riskesdas) 2013. *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*.
Kementerian Kesehatan. (2023). *Definisi gangguan jiwa dan jenis-jenisnya*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2224/definisi-gangguan-jiwa-dan-jenis-jenisnya#:~:text=World Health Organization (WHO) menyatakan,%2C demensia%2C dan gangguan perkembangan
Kementerian Kesehatan RI. (2018). Laporan nasional riskesdas 2018. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (Vol. 44, Issue 8). http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf
Kementerian Kesehatan RI. (2020). Rencana aksi kegiatan 2020-2024. In *Ditjen p2p kemenkes*.
Kotijah, Yusuf, Sumiatin, & Putri. (2021). *Masalah Psikososial Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan*. 2–334. https//www.mitrawacanamedia.com
Leighton, A. H., & Hughes, J. M. (2005). Cultures as a causative of mental disorder. *Milbank Quarterly*, *83*(4), 1–22. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00424.x
Lykouras, L., & Gournellis, R. (2009). Psychotic (Delusional) Major Depression: New Vistas. *Current Psychiatry Reviews*, *5*(1), 1–28. https://doi.org/https://doi.org/10.2174/157340009787315271
Manurung, J., & Pardede, J. A. (2022). Mental nursing care management with delusion of greatness problems in schizophrenic patients. *A Case Study*. https://doi.org/10.31219/osf.io/udpem
Maramis, W. F. (1986). *Catatan ilmu kedokteran jiwa* (3rd ed.). Lembaga Penerbitan Universitas Airlangga.
Margoob, M. A., & Mushtaq, D. (2011). Serotonin transporter gene polymorphism and psychiatric disorders: Is there a link? *Indian Journal of Psychiarty*, *53*(4), 289–299. https://doi.org/10.4103/0019-5545.91901
Mary C. Townsend. (2018). *Psychiatric mental health nursing concepts of care in evidence-based practice* (p. 1009). https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/625/1/Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice by Mary C. Townsend DSN PMHCNS-BC (z-lib.org).pdf
Mawaddah, N., Sari, I. P., & Prastya, A. (2020). Faktor predisposisi dan presipitasi terjadinya gangguan jiwa di desa sumbertebu bangsal mojokerto. *Hospital Majapahit*, *12*(2), 121. https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.4275124
Noort, A., Beekman, A. T. F., van Gool, A. R., & Braam, A. W. (2018). Religious delusions in older adults: diagnoses, combinations, and delusional characteristics. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *33*(12), 1680–1687. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/gps.4973
Olfson, M., Marcus, S. C., & Wan, G. J. (2009). Treatment patterns for schizoaffective disorder and schizophrenia among medicaid patients. *Psychiatric Services*, *60*(2), 210–216. https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.2.210
Panggabean, Angelina, E. C., & Sari, S. P. (2019). *GAMBARAN KESEPIAN PADA ORANG DENGAN SKIZOFRENIA (ODS) DI RUANG RAWAT INAP RSJD DR. AMINO GONDOHUTOMO JAWA TENGAH*. Universitas Diponegoro.
PH, L., Kandar, & Sudiyanto, S. (2020). Upaya Mencegah Kekambuhan ODGJ melalui Peran Kader

Kesehatan Jiwa di RSJD Dr Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Peduli Masyarakat*, *2*(1), 37–40. https://doi.org/10.37287/jpm.v2i1.78

Ramadhani, A. S., Rahmawati, A. N., & Apriliyani, I. (2021). Studi kasus harga diri rendah kronis pada pasien skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*, *9*(2), 13–23. https://jurnal.stikes-notokusumo.ac.id/index.php/jkn/article/download/117/91

Rinawati, F., & Alimansur, M. (2016). Analisa faktor-faktor penyebab gangguan jiwa menggunakan pendekatan model adaptasi stres stuart. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, *5*(1), 34–38. https://doi.org/10.32831/jik.v5i1.112

Rowland, T., Birchwood, M., Singh, S., Freemantle, N., Everard, L., Jones, P., Fowler, D., Amos, T., Marshall, M., Sharma, V., & Thompson, A. (2019). Short-term outcome of first episode delusional disorder in an early intervention population. *Schizophrenia Research*, *204*, 72–79. https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.08.036

Sadock, B. J. (2010). *Kaplan & sadock buku ajar psikiatri klinis* (2nd ed.).

Setyorini, E. (2019). Gambaran konsep diri pada pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa daerah dr. Arif Zainuddin Surakarta. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *15*(2), 9–25.

Staiger, T., Waldmann, T., Rüsch, N., & Krumm, S. (2017). Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12913-017-1997-6

Suerni, T., & PH, L. (2019). Respons Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, *1*(1), 41–46. https://doi.org/10.37287/jppp.v1i1.16

Sulthon, M. (2018). Proses Pikir (Arus Pikir) pada Klien Skizofrenia Hebefrenik di Ruang Gelatik dan Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, *11*(2), 99–104. http://journal.poltekkesdepkes-sby.ac.id/index.php/KEP/article/view/1465/830

Susmiatin, E. A., & Sari, M. K. (2021). Pengaruh Pelatihan Sehat Jiwa terhadap Pengetahuan Kader Kesehatan Jiwa. *The Indonesian Journal of Health Science*, *13*(1), 72–81. https://doi.org/10.32528/ijhs.v13i1.5044

Syafwani, M. (2023). Hubungan Pelaksanaan Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan RSJ Sambang Lihum. *Jurnal Iilmiah Ilmu Keperawatan*, *14*(4), 146–155.

Tampi, R. R., Tampi, D. J., & Boyle, L. L. (2018). *Psychiatric disorders late in life: a comprehensive review*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73078-3

Tim Riskesdas 2018. (2019). Laporan provinsi Jawa Tengah riskesdas 2018. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB)*.

Townsend, M. C. (2009). *Buku saku diagnosa keperawatan pada keperawatan psikiatri: rencana asuhan & medikasi psikotropik* (5th ed.). EGC.

Verghese, A. (2008). Spirituality and mental health. *Indian J Psychiatry*, *50*(4), 233–237. https://doi.org/10.4103/0019-5545.44742

Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., & Akhmad, A. (2020). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian harga diri rendah pasien gangguan jiwa. *Health Information: Jurnal Penelitian*, *12*(2), 224–235. https://doi.org/10.36990/hijp.v12i2.234

Winda. (2013). Karateristik Jenis Stressor Psikososial Pada penderita Skizofrenia di RSKD Proviinsi Sulsel. *UNiversitas Alaudin Makasar*, 1–94.

Yosep, I. (2010). *Keperawatan jiwa*. PT. Refika Aditama.

Zakharova, N. V., Mamedova, G. S., Bravve, L. V., Kaydan, M. A., Kartashov, S. I., Orlov, V. A., & Ushakov, V. L. (2023). Differential diagnosis of delusional symptoms in schizophrenia: Brain tractography data. *Cognitive Systems Research*, *77*(November 2022), 217–225. https://doi.org/10.1016/j.cogsys.2022.10.008