# HUBUNGAN KETAATAN PENGOBATAN DENGAN ANGKA REKURENSI PADA ORANG DENGAN SKIZOFRENIA

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

THALITA ELSYA ANANDA, 030002300105

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JUNI 2026

**Bidang Ilmu : Klinik**

PROPOSAL SKRIPSI

# HUBUNGAN KETAATAN PENGOBATAN DENGAN ANGKA REKURENSI PADA ORANG DENGAN SKIZOFRENIA

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

THALITA ELSYA ANANDA, 030002300105

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JUNI 2026

# PERSETUJUAN

## Proposal Skripsi

**Judul:**

**HUBUNGAN KETAATAN PENGOBATAN DENGAN ANGKA REKURENSI PADA ORANG DENGAN SKIZOFRENIA**

Thalita Elsya Ananda

NIM 030002300105

Telah disetujui untuk diuji di hadapan

**Tim Penguji Proposal Skripsi**

Fakultas Kedokteran

Universitas Trisakti

Pada Hari ..... , Tanggal ..... 2026

**Pembimbing**

dr. Yohana, M.Biomed

## PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

**Judul :**

# HUBUNGAN KETAATAN PENGOBATAN DENGAN ANGKA REKURENSI PADA ORANG DENGAN SKIZOFRENIA

Nama Mahasiswa : Thalita Elsya Ananda

NIM 030002300105

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Proposal Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari ….., Tanggal ….. 20….

**Ketua Penguji**
Nama : …….
NIK : …….

**Anggota Penguji I**
Nama : dr. Yohana, M.Biomed
NIK : 3608/USAKTI

**Anggota Penguji II**
Nama : …….
NIK : …….

Jakarta, ……..20……..

Dekan Fakultas Kedokteran Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK
NIK : 2613/USAKTI

# PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

| | |
|---|---|
| Nama | : Thalita Elsya Ananda |
| NIM | : 030002300105 |
| Program Studi | : S1 Pendidikan Dokter |
| Alamat | : Jl. Teluk Air, Karimun, Karimun, Kepulauan Riau |
| Telepon / mobile | : 082388330745 |
| E-mail | : 030002300105@std.trisakti.ac.id |
| Judul skripsi | : Hubungan Ketaatan Pengobatan dengan Angka Rekurensi pada Orang dengan Skizofrenia |

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, .....2026




Thalita Elsya Ananda
NIM 030002300105

# KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal skripsi yang berjudul "Hubungan Ketaatan Pengobatan dengan Angka Rekurensi pada Orang dengan Skizofrenia."

Pemilihan topik penelitian ini didasarkan pada minat penulis terhadap bidang klinik. Penulis berharap proposal skripsi ini dapat memberikan manfaat serta kontribusi dalam menambah pemahaman terhadap bidang yang diteliti.

Tersusunnya proposal ini tentunya tidak lepas dari bantuan, dukungan, serta arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah berperan dalam proses penyusunan proposal ini. Ucapan terima kasih secara khusus penulis sampaikan kepada dr. Yohana, M.Biomed , selaku dosen pembimbing, yang telah dengan sabar memberikan bimbingan, waktu, serta masukan berharga selama proses penulisan berlangsung.

Penulis menyadari bahwa proposal skripsi ini masih memiliki keterbatasan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna menyempurnakan proposal ini, sehingga dapat memberikan kontribusi yang positif sesuai dengan tujuan penelitian.

# DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL ……...i
HALAMAN PERSETUJUAN PROPOSAL SKRIPSI ..... ii
HALAMAN PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI ..... iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI ..... iv
KATA PENGANTAR ..... v
DAFTAR ISI ..... vi
DAFTAR TABEL ..... ix
DAFTAR GAMBAR ..... x
DAFTAR LAMPIRAN ..... xi
DAFTAR ARTI SINGKATAN ..... xii

**BAB I PENDAHULUAN** ..... 1
1.1 Latar belakang ..... 1
1.2 Perumusan masalah ..... 3
1.3 Tujuan ..... 3
1.3.1 Tujuan umum ..... 3
1.3.2 Tujuan khusus ..... 3
1.4 Hipotesis ..... 3
1.5 Manfaat ..... 4
1.5.1 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan ..... 4
1.5.2 Bagi profesi/institusi ..... 4
1.5.3 Bagi Masyarakat ..... 4

**BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI** ..... 5
2.1 Tinjauan Pustaka ..... 5
2.1.1 Skizofrenia ..... 5
2.1.1.1 Definisi ..... 5
2.1.1.2 Epidemiologi ..... 6
2.1.1.3 Etiologi ..... 7
2.1.1.4 Diagnosis ..... 7
2.1.1.5 Klasifikasi ..... 8
2.1.1.6 Patofisiologi ..... 9

2.1.2 Kekambuhan ..... 10
2.1.2.1 Definisi ..... 10
2.1.2.2 Epidemiologi ..... 11
2.1.2.3 Faktor Risiko ..... 11
2.1.2.4 Dampak Kekambuhan ..... 11
2.1.3 Hubungan ketaatan pengobatan dengan angka rekurensi ..... 12
2.2 Ringkasan pustaka ..... 13
2.3 Kerangka teori ..... 14

**BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL** ..... 15
3.1 Kerangka Konsep ..... 15
3.2 Variabel Penelitian ..... 15
3.2.1 Variabel Bebas ..... 15
3.2.2 Variabel Tergantung ..... 15
3.2 Definisi operasional ..... 16

**BAB IV METODE** ..... 18
4.1 Desain Penelitian ..... 18
4.2 Lokasi dan waktu ..... 18
4.3 Populasi dan sampel penelitian ..... 18
4.3.1 Populasi penelitian ..... 18
4.3.1.1 Populasi target ..... 18
4.3.1.2 Populasi terjangkau ..... 18
4.3.2 Sampel Penelitian ..... 18
4.3.2.1 Kriteria inklusi ..... 18
4.3.2.2 Kriteria eksklusi ..... 19
4.3.2.3 Perhitungan jumlah subjek ..... 19
4.4 Bahan dan instrumen ..... 21
4.5 Analisis statistik ..... 21
4.5.1 Analisis univariat ..... 21
4.5.2 Analisis bivariat ..... 21
4.6 Alur kerja penelitian ..... 22
4.7 Etika penelitian ..... 23
4.8 Penjadwalan penelitian ..... 24

DAFTAR PUSTAKA ..... 25
LAMPIRAN ..... 28

# DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan Pustaka ..... 13
Tabel 2. Definisi operasional ..... 16
Tabel 3. Penjadwalan Pelaksanaan Penelitian ..... 24
Tabel 4. distribusi karakterisktik subjek studi (n=123)..... 28
Tabel 5. Hubungan karakteristik sosiodemografik, lama sakit, dan riwayat rawat inap, kepatuhan pengobatan, angka rekurensi pada orang dengan skizofrenia (n = 123) ..... 29

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori ..... 14
Gambar 2. Kerangka konsep ..... 15
Gambar 3. Alur kerja ..... 22

# DAFTAR LAMPIRAN

**Lampiran 1.** *Dummy table* ..... 28

# DAFTAR ARTI SINGKATAN

**ART** = Anggota Rumah Tangga

**COVID** = *Coronavirus Disease*

**DKI** = Daerah Khusus Ibukota

**DSM** = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*

**GABA** = *Gamma-Aminobutyric Acid*

**GBD** = *Global Burden of Disease*

**ICD** = *International Classification of Diseases*

**NMDA** = *N-Methyl-D-Aspartate*

**PPDGJ** = Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa

**RISKESDAS** = Riset Kesehatan Dasar

**RS** = Rumah Sakit

**SPSS** = *Statistical Package for the Social Sciences*

**WHO** = *World Health Organization*

# BAB I

# PENDAHULUAN

## 1.1 Latar belakang

Skizofrenia didefinisikan sebagai suatu gangguan mental berat dan kronik yang memengaruhi kemampuan individu dalam proses berpikir, merasakan dan berpikir di mana kondisi ini ditandai dengan adanya gangguan dalam memahami realitas, seperti munculnya waham, halusinasi, serta ketidakteraturan proses pikir yang menghambat interaksi sosial, hubungan interpersonal, maupun kemampuan menjalankan aktivitas sehari-hari dan pekerjaan.[1] Skizofrenia termasuk gangguan mental berat yang bersifat kronis dan sering membutuhkan penatalaksanaan dalam periode yang panjang untuk mempertahankan stabilitas kondisi pasien serta menurunkan kemungkinan terjadinya kekambuhan. Kebutuhan perawatan dan pengobatan jangka panjang ini menyebabkan penderita rentan mengalami kekambuhan yang dapat memperburuk kondisi klinis serta menurunkan kualitas hidup penderitanya. [2]

Kekambuhan pada skizofrenia merupakan suatu kondisi yang ditandai oleh munculnya kembali atau memburuknya gejala-gejala skizofrenia setelah pasien mencapai fase remisi atau perbaikan kondisi klinis. Bentuk kekambuhan dapat berupa eksaserbasi gejala, rekurensi gejala yang sesuai dengan diagnosis sebelumnya, maupun perlunya perawatan kembali di rumah sakit akibat perburukan kondisi pasien. Kekambuhan yang terjadi secara berulang tidak hanya meningkatkan angka hospitalisasi, tetapi juga berkontribusi terhadap penurunan fungsi sosial, kualitas hidup, dan prognosis jangka panjang pasien skizofrenia. [3]

Salah satu faktor yang mempengaruhi kekambuhan adalah lama pengobatan. Lama pengobatan skizofrenia tidak dapat disamaratakan pada seluruh pasien karena dipengaruhi oleh perjalanan penyakit, tingkat keparahan gejala, respons terhadap terapi, serta riwayat kekambuhan (*relapse*). Orang dengan skizofrenia mayoritas memerlukan pengobatan jangka panjang untuk mempertahankan stabilitas gejala dan mencegah kekambuhan, dengan durasi terapi yang bervariasi mulai dari 1-2 tahun pada episode pertama hingga lebih dari 5 tahun pada pasien dengan

kekambuhan berulang atau perjalanan penyakit kronis. Berdasarkan penelitian Birhan *et al*, prevalensi kekambuhan pada pasien skizofrenia mencapau 61,76% dengan menunjukkan bahwa ketidakpatuhan minum obat meningkatkan risiko kekambuhan lebih dari tiga kali lipat dibandingkan pasien yang patuh terhadap pengobatan.[4] Didukung hasil studi *Global Burden of Disease* (GBD) di tahun 2021 menunjukkan adanya peningkatan jumlah penderita skizofrenia secara global selama tiga dekade terakhir. Jumlah kasus yang semula tercatat sebanyak 13,62 juta pada tahun 1990 meningkat menjadi 23,18 juta pada tahun 2021. Angka tersebut menunjukkan peningkatan sekitar 70,2% atau 1,7 kali lipat dalam kurun waktu 31 tahun. [5] Adapun disebutkan prevalensi rumah tangga dengan ART Gangguan Jiwa Skizofrenia/Psikosis pada Riskesdas 2018 adalah 6.7% atau sekitar 282 ribu orang.[6]

Berdasarkan hasil riset riskesdas 2018 juga disebutkan sebanyak 84,9% pengidap skizofrenia/psikosis di Indonesia telah berobat. Namun, yang meminum obat tidak rutin lebih rendah sedikit daripada yang meminum obat secara rutin. Tercatat sebanyak 48,9% penderita psikosis tidak meminum obat secara rutin dan 51,1% meminum secara rutin. Sebanyak 36,1% penderita yang tidak rutin minum obat dalam satu bulan terakhir beralasan merasa sudah sehat. Sebanyak 33,7% penderita tidak rutin berobat dan 23,6% tidak mampu membeli obat secara rutin.[7] Studi Hareru *et al* angka kekambuhan ditemukan sebesar 30,4% selama masa tindak lanjut. Proporsi terbesar (84,3%) ditemukan pada kelompok pasien yang tidak patuh terhadap pengobatan, yang mengindikasikan adanya hubungan antara ketidakpatuhan pengobatan dengan peningkatan risiko kekambuhan pada pasien skizofrenia.[8] Capaian studi tersebut diperkuat oleh penelitian Singh *et al* dengan sangat signifikan yang menunjukkan hubungan positif kepatuhan pengobatan dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia disebutkan angka kekambuhan pada pasien yang patuh hanya 11,3% dibandingkan 52,6% pada pasien yang tidak patuh.[9] Penelitian oleh Yao *et al* mengatakam sebaliknya, ketaatan pengobatan tidak berhubungan dengan kekambuhan sebagaimana ditunjukkan dari hasil analisis bahwa dukungan subjektif dari keluarga menunjukkan kekambuhan pada skizofrenia tidak hanya dipengaruhi oleh kepatuhan pengobatan.[10]

Perbedaan temuan dari berbagai penelitian mengenai pengaruh kepatuhan pengobatan terhadap kekambuhan pada pasien skizofrenia menunjukkan bahwa hubungan kedua variabel tersebut masih perlu dikaji lebih lanjut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan tujuan mengetahui hubungannya ketaatan pengobatan dengan kekambuhan pada orang dengan kekambuhan pada orang dengan skizofrenia.

## 1.2 Perumusan masalah

Apakah terdapat hubungan ketaatan pengobatan dengan angka rekurensi pada orang dengan skizofrenia?

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan umum

Untuk menurunkan angka rekurensi pada orang dengan skizofrenia dengan mengetahui hubungan antara ketaatan pengobatan dengan angka rekurensi pada orang dengan skizofrenia.

### 1.3.2 Tujuan khusus

- Menentukan hubungan karakteristik subjek (usia, jenis kelamin, lama sakit, dan riwayat rawat inap) dengan hubungan ketaatan pengobatan dengan angka rekurensi pada orang dengan skizofrenia.
- Menentukan hubungan ketaatan pengobatan dengan angka rekurensi pada orang dengan skizofrenia.

## 1.4 Hipotesis

- Ketaatan pengobatan berhubungan dengan angka rekurensi pada orang dengan skizofrenia.

## 1.5 Manfaat

### 1.5.1 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Penilitian ini diharapkan memberi tambahan bukti ilmiah yang dapat digunakan sebagai dasar bagi penelitian selanjutnya serta memperluas pemahaman mengenai hubungan antara ketaatan dengan angka rekurensi pada orang dengan skizofrenia.

### 1.5.2 Bagi profesi/institusi

Penelitian ini diharapkan memberikan informasi yang dapat meningkatkan kesadaran tenaga medis tentang pentingnya ketaatan pengobatan pada orang dengan skizofrenia untuk mencegah angka rekurensinya.

### 1.5.3 Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber informasi untuk masyarakat, terutama pengidap skizofrenia guna meningkatkan kesadaran diri mengenai seberapa penting ketaatan minum obat untuk menghindari kemungkinan angka rekurensi.

# BAB II

# TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

## 2.1 Tinjauan Pustaka

### 2.1.1 Skizofrenia

#### 2.1.1.1 Definisi

Menurut DSM-V, Skizofrenia didefinisikan sebagai gangguan psikotik kronis yang ditandai oleh adanya dua atau lebih gejala utama, seperti delusi/waham, halusinasi, dan pembicaraan tidak terorganisasi, dengan sedikitnya satu gejala berupa delusi, halusinasi, atau pembicaraan tidak terorganisasi. Gejala fase aktif harus berlangsung selama minimal satu bulan dan disertai tanda-tanda gangguan yang menetap selama sekurang-kurangnya enam bulan, sehingga menyebabkan penurunan fungsi sosial, akademik, atau pekerjaan serta tidak dapat dijelaskan oleh kondisi medis lain maupun penggunaan zat. (11)

Menurut PPDGJ III, Skizofrenia didefinisikan sebagai gangguan jiwa berat yang ditandai oleh gangguan khas pada proses pikir, persepsi, afek, dan perilaku. Manifestasi klinis yang sering ditemukan meliputi waham, halusinasi, gangguan arus pikir, serta gejala negatif yang dapat mengakibatkan penurunan kemampuan individu dalam menjalankan fungsi sosial maupun pekerjaan. Penegakan diagnosis mensyaratkan adanya gejala khas tersebut yang berlangsung selama sekurang-kurangnya satu bulan dan tidak berhubungan dengan gangguan mental organis ataupun penggunaan zat psikoaktif.(12)

Skizofrenia merupakan sindrom neuropsikiatri yang kompleks dengan berbagai melibatkan berbagai manifestasi klinis, mencakup gejala psikotik, gejala negatif, gangguan fungsi kognitif, gangguan afektif, serta gangguan motorik. Penyakit ini umumnya bertangsung kronis dan dapat menyebabkan penurunan fungsi sosial maupun kemampuan bekerja yang bermakna. (13)

### 2.1.1.2 Epidemiologi

Secara epidemiologis, skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang memberikan kontribusi besar terhadap beban disabilitas global. Menurut Studi GBD, diperkirakan jumlah kasus skizofrenia sekitar 23,6 juta orang. Angka tersebut menunjukkan peningkatan yang substansial dibandingkan tahun 1990 yang tercatat sebesar 14,2 juta kasus. [5] Menurut WHO, jumlah orang yang hidup dengan skizofrenia di dunia diperkirakan sekitar 23 juta jiwa, atau sekitar 1 dari 345 orang (±0,29%) dari populasi global. Angka ini menunjukkan bahwa skizofrenia, meskipun tidak setinggi gangguan mental umum seperti depresi atau kecemasan, tetap menjadi gangguan psikotik kronis yang signifikan secara global.[1]

Di Indonesia, melalui Riskesdas 2018, prevalensi skizofrenia/psikosis pada penduduk Indonesia adalah sekitar 6,7 per 1.000 rumah tangga, menunjukkan bahwa gangguan ini masih menjadi masalah kesehatan jiwa yang signifikan secara nasional. Angka ini meningkat dibandingkan Riskesdas 2013 (yang sekitar 1,7 per 1.000 rumah tangga). Distribusi kasus menunjukkan bahwa Bali merupakan provinsi dengan prevalensi tertinggi (11,1 per 1.000 rumah tangga), diikuti Daerah Istimewa Yogyakarta (10,4 per 1.000 rumah tangga) dan Nusa Tenggara Barat (9,6 per 1.000 per rumah tangga). Sementara itu, DKI Jakarta memiliki prevalensi sebesar 6,6 per 1.000 rumah tangga, yang berada mendekati angka prevalensi nasional. [6]

Berdasarkan penelitian oleh Solmi *et al,* insidensi skizofrenia dilaporkan lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Onset penyakit pada laki-laki umumnya ditemukan lebih awal, yaitu rentang usia 20-28 tahun, sedangkan pada Perempuan onset cenderung terjadi pada usia yang lebih lanjut dan dapat menunjukkan puncak kedua pada periode perimenopause. Perbedaan pola onset tersebut diduga berkaitan dengan perubahan hormonal, terutama penurunan kadar estrogen yang memiliki efek protektif terhadap timbulnya gejala psikotik. [14]

Berdasarkan hasil meta-analisis epidemiologi global, menunjukkan bahwa 47,8% kasus gangguan spektrum skizofrenia dilaporkan telah mengalami onset sebelum usia 25 tahun dan median puncak onset sekitar 25 tahun (rerata ±20,5

tahun) yang menunjukkan bahwa Sebagian besar kasusmulai muncul.[14]Perihal itu selaras bersama data rekam medis dari penelitian oleh Putri dan Evi dalam studi deskriptif retrospektif di Rumah Sakit Dr. Soeharto Heerdjan, ditemukan bahwa skizofrenia didominasi oleh kelompok usia 18 hingga 60 tahun, dengan proporsi sebesar 92,6% dari total populasi pasien yang diteliti. [15]Berdasarkan data tersebut, dapat disimpulkan bahwa kelompok usia muda merupakan fase paling rentan terhadap munculnya skizofrenia di berbagai negara di dunia.

#### 2.1.1.3 Etiologi

Skizofrenia memiliki berbagai penyebab dan mekanisme yang bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi kompleks antara faktor genetik, neurobiologis, dan lingkungan.[13] Berdasarkan penelitian oleh Schmitt *et al*, etiologi skizofrenia dijelaskan melalui konsep gangguan perkembangan saraf (*neurodevelopmental disorder*) yang timbul akibat interaksi kompleks antara faktor genetik dan faktor lingkungan selama periode kritis perkembangan otak. Faktor genetik yang memengaruhi perkembangan dan fungsi sistem saraf dapat meningkatkan kerentanan individu terhadap skizofrenia. Kerentanan tersebut selanjutnya dapat diperberat oleh berbagai faktor lingkungan, seperti infeksi prenatal, komplikasi obstetrik, malnutrisi selama kehamilan, trauma masa kanak-kanak, stress psikososial, dan penggunaan zat psikoaktif. Interaksi faktor-faktor tersebut dapat menyebabkan gangguan migrasi neuron, pembentukan sinaps, konektivitas saraf, serta regulasi neurotransmitter, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap munculnya gejala skizofrenia pada masa remaja akhir atau dewasa muda. [16]

#### 2.1.1.4 Diagnosis

Menurut DSM-V, didasarkan pada kriteria diagnostik yang bersifat operasional dan terstandar. Diagnosis skizofrenia dapat ditegakkan apabila individu menunjukkan sedikitnya dua gejala khas dari lima gejala utama, yaitu delusi (waham), halusinasi, pembicaraan tidak terorganisasi, perilaku sangat tidak terorganisasi atau katatonik, serta gejala negatif seperti penurunan ekpresi emosional, alogia, atau avolisi. Dari gejala tersebut, setidaknya satu harus berupa delusi, halusinasi, atau pembicaraan tidak terorganisasi. Selain adanya gejala klinis,

harus ditemukan penurunan fungsi dalam bidang sosial, akademik, maupun pekerjaan. Tanda-tanda gangguan juga perlu berlangsung secara terus-menerus selama sekurang-kurangnya enam bulan, termasuk fase prodromal, fase aktif, atau fase residual. Diagnosis skizofrenia hanya dapat ditegakkan setelah penyebab lain yang dapat menimbulkan gejala psikotik, termasuk gangguan mood, efek penggunaan zat, atau kondisi medis tertentu telah disingkirkan.(11)

#### 2.1.1.5 Klasifikasi

Menurut PPDGJ III yang mengacu pada ICD-10, skizofrenia dibedakan menjadi beberapa subtype berdasarkan gejala klinis yang paling dominan. Subtipe tersebut meliputi skizofrenia paranoid yang ditandai oleh predominasi waham dan halusinasi, skizofrenia hebefrenik yang ditandai gangguan afek serta perilaku dan pembicaraan yang tidak terorganisasi, skizofrenia katatonik yang ditandai gangguan psikomotor yang menonjol, skizofrenia tak terinci yang tidak memenuhi karakteristik khas subtipe tertentu, skizofrenia residual yang ditandai menetapnya gejala negatif setelah episode psikotik, serta skizofrenia simpleks yang berkembang secara perlahan dengan dominasi gejala negatif tanpa riwayat gejala psikotik yang jelas. Pengelompokan tersebut digunakan untuk membantu proses diagnosis dan memahami variasi manifestasi klinis pada pasien skizofrenia. (12)

Meskipun demikian, sistem klasifikasi yang lebih baru dalam DSM-V, tidak lagi mempertahankan pembagian subtipe tersebut. Penghapusan klasifikasi tersebut didasarkan pada pertimbangan bahwa subtipe skizofrenia memiliki validitas dan reliabilitas yang terbatas serta kurang memberikan manfaat dalam memprediksi perjalanan penyakit maupun menentukan tata laksana klinis. Sebagai alternatif, DSM-V menerapkan pendekatan dimensional dengan menilai tingkat keparahan gejala pada berbagai domain psikopatologi, seperti waham, halusinasi, disorganisasi bicara, perilaku psikomotor abnormal, dan gejala negatif. Pendekatan ini dinilai lebih mampu menggambarkan heterogenitas manifestasi klinis skizofrenia sehingga dapat mendukung evaluasi dan perencanaan terapi yang lebih komprehensif. (13)

#### 2.1.1.6 Patofisiologi

Skizofrenia merupakan gangguan neuropsikiatri yang bersifat kompleks yang patofisiologinya tidak dapat dijelaskan oleh satu mekanisme tunggal. Kondisi ini muncul akibat interaksi berbagai faktor biologis, termasuk ketidakseimbangan neurotransmitter, gangguan perkembangan saraf, disfungsi sinaptik, serta keterlibatan proses neuroinflamasi. Salah satu mekanisme yang masih menjadi dasar utama hingga saat ini adalah hipotesis dopamin, yang menjelaskan adanya peningkatan aktivitas dopamin pada jalur mesolimbik yang berhubungan dengan gejala positif seperti halusinasi dan waham, serta penurunan aktivitas dopamin presinaptik di striatum, yang menyebabkan individu memberikan makna berlebihan terhadap stimulus yang tidak relevan sehingga terjadi distorsi realitas.(17)

Selain sistem dopamine, penelitian terbaru menunjukkan bahwa hipofungsi reseptor *N-methyl-D-aspartate* (NMDA) pada sistem glutamatergik juga memiliki peran penting dalam patofisiologi skizofrenia. Gangguan ini menyebabkan penurunan aktivitas interneuron GABA sehingga inhibisi kortikal berkurang, aktivitas eksitatori menjadi tidak seimbang, dan sinkronisasi jaringan saraf terganggu. Kondisi tersebut dapat menjelaskan munculnya gejala positif, negatif, dan kognitif, serta didukung oleh temuan bahwa antagonis NMDA seperti ketamin dapat menimbulkan gejala psikotik. Selain itu, terdapat hubungan timbal balik antara sistem glutamat dan dopamin, di mana gangguan glutamat dapat meningkatkan aktivitas dopamin di striatum sehingga memperburuk gejala psikotik dan mengganggu fungsi korteks prefrontal.(18)

Di samping gangguan neurotransmitter, skizofrenia juga dipahami sebagai gangguan neurodevelopmental yang berkaitan dengan kelainan proses sinaptik. Pada kondisi ini ditemukan penurunan densitas spine dendritik di korteks prefrontal serta gangguan proses *synaptic pruning* pada masa remaja, yang menyebabkan ketidakteraturan koneksi antar neuron. Perubahan ini dipengaruhi oleh kombinasi faktor genetik dan lingkungan yang bekerja sejak tahap awal perkembangan otak. Selain itu, penelitian terkini juga menunjukkan adanya keterlibatan mekanisme neuroinflamasi, yang ditandai dengan aktivasi mikroglia serta peningkatan sitokin

proinflamasi, sehingga dapat mengganggu plastisitas sinaptik dan memperburuk disfungsi neurotransmitter.[16]

Gangguan pada konektivitas jaringan otak juga menjadi temuan penting dalam studi neuroimaging modern. Pada skizofrenia, terjadi gangguan integrasi pada jaringan otak utama seperti korteks prefrontal, hipokampus, talamus, dan striatum. Disfungsi ini menyebabkan gangguan dalam pemrosesan informasi yang mendasari munculnya gejala kognitif, emosional, dan psikotik. Secara keseluruhan, patofisiologi skizofrenia saat ini dipahami sebagai hasil interaksi kompleks antara gangguan dopamine-glutamat, kelainan perkembangan saraf, proses inflamasi, serta disfungsi konektivitas jaringan otak, sehingga skizofrenia dikonseptualisasikan sebagai gangguan jaringan otak (*brain network disorder*). [17]

### 2.1.2 Kekambuhan

#### 2.1.2.1 Definisi

Kekambuhan (*relapse*) pada skizofrenia *spectrum disorders* merupakan suatu kondisi ketika terjadi kemunculan kembali atau peningkatan derajat gejala psikotik setelah pasien sebelumnya berada dalam keadaan stabil atau remisi klinis. Perubahan ini umumnya tampak melalui meningkatnya gejala positif seperti halusinasi dan waham, munculnya kembali pikiran tidak terorganisir, serta meningkatnya kecurigaan yang berlebihan, yang kemudian diikuti oleh penurunan kemampuan fungsi sosial maupun kebutuhan intervensi medis yang lebih intensif. Selain itu, penelitian tersebut menjelaskan bahwa *relapse* sering kalitidak terjadi secara tiba-tiba, melainkan didahului oleh perubahan perilaku dan gejala awal (*early warning signs*), seperti gangguan tidur, perubahan emosi, serta meningkatnya kewaspadaan atau kecurigaan terhadap lingkungan sekitar. Definsi ini mencakup perkambuhan gejala yang dapat diukur klinis maupun dalam praktik sehari-hari, meskipun hingga kini belum ada konsensus tunggal yang sepenuhnya diterima secara internasional mengenai kriteria operasionalnya.[19]

#### 2.1.2.2 Epidemiologi

Menurut penelitian oleh Belete Birhan *et al*, pada pasien psikiatri di Afrika, diperkirakan 52-92% tingkat kekambuhan pada skizofrenia, di mana 3,5% di antaranya memiliki risiko kambuh bulanan dan 40% dalam satu tahun setelah dirawat di rumah sakit. [3] Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Samuel *et al*, di Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, sekitar 43,3% pasien skizofrenia mengalami kekambuhan selama periode tindak lanjut, dan kekambuhan tersebut secara signifikan berhubungan dengan rendahnya dukungan sosial. [20] Berdasarkan Riskesdas 2018, sebanyak 84,9% penderita skizofrenia/psikosis di Indonesia telah memperoleh pengobatan. Namun, kepatuhan minum obat masih belum optimal, dengan 51,1% pasien rutin mengonsumsi obat dan 48,9% tidak rutin. Alasan ketidakpatuhan yang paling sering dilaporkan adalah merasa sudah sembuh sekitar 36,1%, tidak teratur kontrol pengobatan 33,7%, serta keterbatasan biaya obat 23,6%. [7]

#### 2.1.2.3 Faktor Risiko

Berdasarkan penelitian oleh Guo *et al*, terdapat berbagai faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien skizofrenia yang secara langsung maupun tidak langsung berkaitan dengan risiko kekambuhan. Faktor risiko utama yang ditemukan meliputi karakteristik terapi seperti jenis dan efek samping obat antipsikotik, faktor klinis berupa perjalanan penyakit dan tingkat keparahan, serta faktor perilaku seperti rendahnya kepatuhan minum obat. Selain itu, faktor personal seperti usia, tingkat pendidikan, dan kondisi sosial ekonomi. Adanya penyalahgunaan zat, rendahnya *insight* terhadap penyakit, serta kurangnya dukungan sosial dan keluarga juga dilaporkan sebagai faktor yang memperburuk kepatuhan pengobatan. Sebaliknya, dukungan sosial yang baik serta sikap positif terhadap pengobatan berperan sebagai faktor protektif yang dapat meningkatkan kepatuhan dan menurunkan risiko kekambuhan pada pasien skizofrenia. [21]

#### 2.1.2.4 Dampak Kekambuhan

Kekambuhan (*relapse*) pada pasien skizofrenia memiliki dampak negatif terhadap perjalanan klinis penyakit, fungsi sosial, dan kualitas hidup pasien.

Kekambuhan umumnya dikaitkan dengan gangguan klinis akut yang dapat memengaruhi stabilitas gejala serta kehidupan sehari-hari pasien, termasuk aspek sosial dan pekerjaan. Namun, hasil analisis dalam penelitian oleh Moncrieff *et al*, menunjukkan bahwa perbedaan perubahan fungsi sosial dan kualitas hidup antara pasien yang mengalami *relapse* dan yang tidak mengalami *relapse* tidak selalu signifikan dalam jangka panjang, meskipun ada sebagian kasus tetap ditemukan perubahan status pekerjaan dan gangguan aktivitas sosial tertentu. Temuan ini mengindikasikan bahwa dampak relapse terhadap *outcome* klinis dan psikososial dapat bervariasi antar individu dan dipengaruhi oleh banyak faktor lain dalam perjalanan penyakit skizofrenia. [22]

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Lin *et al*, *relapse* pada skizofrenia dikaitkan dengan penurunan fungsi sosial, gangguan relasi interpersonal, serta menimbulkan hambatan dalam aktivitas pendidikan dan pekerjaan. Selain itu, *relapse* juga dikaitkan dengan penurunan kesejahteraan psikologis dan peningkatan risiko perilaku ideasi bunuh diri pada orang dengan skizofrenia.[23]

### 2.1.3 Hubungan ketaatan pengobatan dengan angka rekurensi

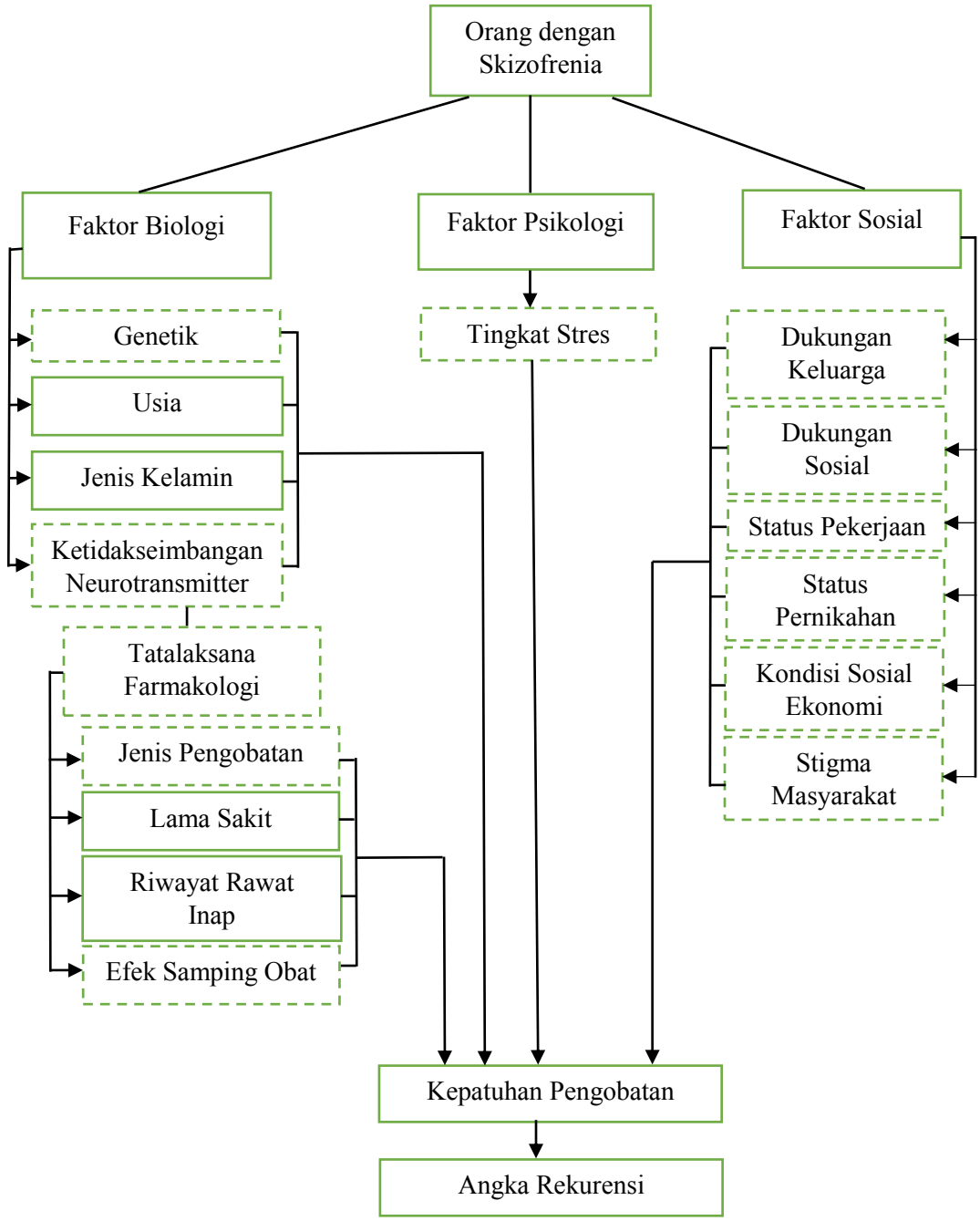
Hubungan antara ketaatan pengobatan dengan angka kekambuhan pada pasien skizofrenia berkaitan dengan efektivitas pengobatan antipsikotik dalam mengendalikan gejala psikotik. Pasien yang tidak patuh terhadap regimen obat cenderung mengalami peningkatan gejala positif dan negatif, yang dapat memicu kekambuhan atau *relapse*. Ketidakpatuhan ini dapat disebabkan oleh faktor individu, seperti lupa minum obat, efek samping, atau kurangnya pemahaman mengenai penyakit, serta faktor lingkungan, termasuk dukungan keluarga dan akses pelayanan kesehatan. Kekambuhan yang berulang tidak hanya memperburuk kondisi klinis pasien, tetapi juga berdampak pada fungsi sosial, kemampuan bekerja, dan kualitas hidup secara keseluruhan. Oleh karena itu, tingkat kepatuhan pengobatan yang rendah pada pasien skizofrenia sering dikaitkan dengan angka kekambuhan yang lebih tinggi dan menjadi indikator penting untuk strategi pencegahan *relapse* dalam praktik klinis. [24]

## 2.2 Ringkasan pustaka

**Tabel 1. Ringkasan Pustaka**

| Peneliti | Lokasi & waktu | Desain | Subjek | Variabel yang diteliti | Lama | Hasil |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Hareru HE *et al*. [8] | Ethiopia, 2023 | Retrospektif kohort | 273 pasien skizofrenia | Waktu kekambuhan dan faktor predictor kekambuhan | 5 tahun | Faktor yang berhubungan dengan peningkatan risiko kekambuhan meliputi ketidakpatuhan pengobatan, penggunaan zat, durasi penyakit yang lebih lama, dan riwayat rawat inap, dan riwayat inap sebelumnya. Pasien dengan faktor tersebut mengalami kekambuhan lebih cepat dibandingkan pasien tanpa faktor risiko tersebut ($p<0,05$). |
| Singh U, *et al*.[9] | India, 2023 | Retrospektif | 100 pasien skizofrenia | Ketaatan obat antipsikotik, angka rekurensi | 1 tahun | Pasien dengan ketaatan pengobatan yang rendah memiliki angka rekurensi dan rawat inap yang lebih tinggi dibandingkan pasien dengan ketaatan yang baik ($p<0,05$). |
| Yao L, *et al*. [10] | China, 2022 | Potong lintang (cross-sectional) | Pasien skizofrenia yang tinggal di komunitas | Ketaatan pengobatan selama pandemi COVID-19 | Cross-sectional | Tingkat ketaatan pengobatan menurun selama pandemi COVID-19 dan berhubungan dengan meningkatnya risiko kekambuhan pada pasien skizofrenia ($p<0,05$). |

## 2.3 Kerangka teori




**Gambar 1. Kerangka Teori**

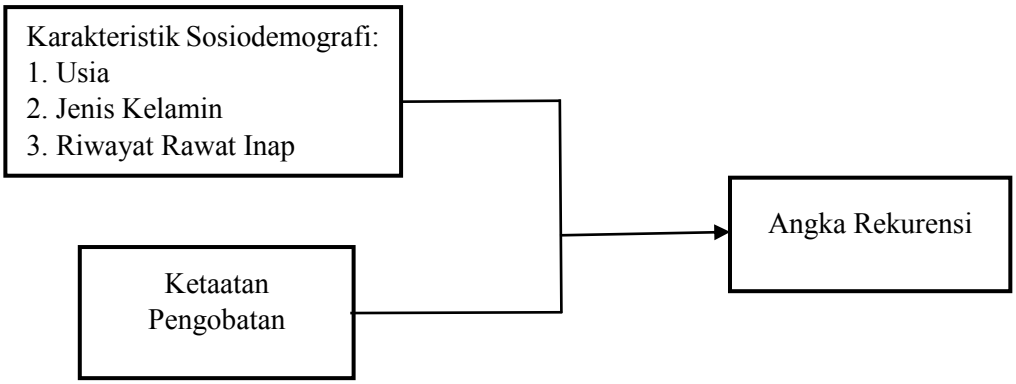
Variabel yang tidak diteliti = - - - - - - - - - - - - -

Variabel yang diteliti = _____

# BAB III

# KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

## 3.1 Kerangka Konsep




**Gambar 2. Kerangka konsep**

## 3.2 Variabel Penelitian

### 3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas yaitu variabel yang ada perubahan akibat dari variabel lain. Variabel bebas dari penelitian ketaatan pengobatan.

### 3.2.2 Variabel Tergantung

Variabel tergantung yaitu variabel yang dapat berubah akibat perubahan variabel bebas. Variabel tergantung dari penelitian ini adalah angka rekurensi.

### 3.2 Definisi operasional

**Tabel 2. Definisi operasional**

| Variabel | Definisi | Alat ukur | Cara mengukur | Hasil | Skala | Referensi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Usia | Usia adalah lama hidup responden yang dihitung sejak tanggal lahir hingga waktu penelitian dan dinyatakan dalam tahun. | Rekam medis pasien | Identifikasi tanggal lahir pasien dari rekam medis dan menghitung usia pada saat penelitian | 1.18 – 60<br>2. ≥ 60 | Ordinal | Hareru et al, 2023[8] |
| Jenis Kelamin | Jenis kelamin adalah karakteristik biologis yang membedakan individu menjadi laki-laki atau perempuan. | Rekam medis pasien | Identifikasi jenis kelamin berdasarkan rekam medis | 1.Laki-laki<br>2.Perempuan | Nominal | Hareru et al, 2023[8] |
| Riwayat rawat inap | Riwayat rawat inap adalah riwayat pasien pernah atau tidak pernah menjalani perawatan di rumah sakit akibat skizofrenia sebelum penelitian dilakukan. | Rekam medis pasien | Identifikasi rawat inap pasien berdasarkan rekam medis | 1.Pernah<br>2.Tidak pernah | Nominal | Hareru et al, 2023[8] |
| Lama Sakit | Lama sakit adalah durasi waktu sejak pasien pertama kali terdiagnosis | Rekam medis pasien | Menghitung selisih antara tahun pertama diagnosis dengan waktu penelitian | Lama sakit dalam tahun | Rasio | Wold KF et al, 2024[25] |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | skizofrenia hingga pelaksanaan penelitian, yang diukur dab dilaporkan dalam bulan atau tahun. | | | | | |
| Kepatuhan minum obat | Kepatuhan minum obat adalah tingkat kesesuaian perilaku pasien dalam mengonsumsi obat antipsikotik sesuai anjuran dokter. | Rekam medis pasien | Identifikasi berdasarkan catatan dokter pada rekam medis (keteraturan kontrol kontinuitas terapi antipsikotik, serta adanya riwayat putus obat atau ketidakteraturan penggunaan obat) selama periode penelitian | 1.Patuh<br>2.Tidak Patuh | Nominal | Bensalah et al, 2024[26] |

# BAB IV
# METODE

## 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan studi observasional analitik dengan desain *cross-sectional* atau potong lintang yang berbasis rekam medis.

## 4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian ini dilakukan pada Agustus 2026 dengan menggunakan data sekunder rekam medis pasien skizofrenia dibulan Januari 2023 - Desember 2025 di RS Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Barat.

## 4.3 Populasi dan sampel penelitian

### 4.3.1 Populasi penelitian

#### 4.3.1.1 Populasi target

Populasi target dalam penelitian ini merupakan semua pasien skizofrenia di RS Dr. Soeharto Heerdjan.

#### 4.3.1.2 Populasi terjangkau

Populasi terjangkau penelitian ini merupakan semua pasien yang terdiagnosis skizofrenia di RS Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Barat yang dipilih pada Januari 2023 – Desember 2025. Data diperoleh dengan metode *consecutive sampling*.

### 4.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian yang digunakan adalah semua pasien skizofrenia yang menjalani pengobatan di RS Dr. Soeharto Heerdjan dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan selama periode penelitian.

#### 4.3.2.1 Kriteria inklusi

1. Pasien yang terdiagnosis skizofrenia berdasarkan rekam medis sesuai kriteria diagnosis yang berlaku di rumah sakit.
2. Pasien skizofrenia yang menjalani terapi antipsikotik selama periode penelitian.

3. Pasien dengan usia 18-60 tahun.
4. Pasien yang memiliki data rekam medis lengkap terkait riwayat pengobatan antipsikotik, ketaatan pengobatan, serta status rekurensi selama periode penelitian.
5. Rekam medis pasien skizofrenia yang tercatat pada periode Januari 2023 - Desember 2025.

**4.3.2.2 Kriteria eksklusi**

1. Rekam medis pasien yang tidak lengkap atau tidak memuat informasi mengenai ketaatan pengobatan dan kejadian rekurensi.
2. Pasien dengan diagnosis gangguan psikotik selain skizofrenia berdasarkan rekam medis.
3. Pasien yang tidak memiliki data tindak lanjut selama periode penelitian.

**4.3.2.3 Perhitungan jumlah subjek**

Besar sampel yang digunakan dalam penelitian sesuai dengan perhitungan berdasarkan rumus pengambilan sampel, yaitu populasi infinit (tidak terbatas) dan populasi finit (terbatas).

Rumus Populasi infinit: $n_0 = \frac{Z\propto^2 \; x \; p \; x \; q}{d^2}$

$$n_0 = \frac{(1{,}96)^2 x \; 0{,}574 \; x \; 0{,}426}{(0{,}05)^2}$$

$$n_0 = \frac{0{,}939}{0{,}0025}$$

$$n_0 = 376$$

Ket :

$n_0$ = Besar sampel optimal yang dibutuhkan

$Z \propto$= Ketetapan konstanta derajat kepercayaan (95% besarnya 1,96)

$p$ = Prevalensi subyek yang mengalami peristiwa yang diteliti : 50% = 0,5

$q$ = prevalensi subyek yang tidak mengalami peristiwa yang diteliti 1-p = 1-0,5= 0,5

$d$ = kesalahana absolut yang dapat diterima, pada penelitian ini adalah 5% (0,05)

Populasi finit :

$$n = \frac{n_0}{(1 + \frac{n_0}{N})}$$

$$n = \frac{376}{(1 + \frac{376}{150})}$$

$$n = \frac{376}{3{,}5067}$$

$$n = 107{,}22 = 107$$

Ket :

n = Besar sampel yang ditentukan untuk populasi finit

$n_0$ = Besar sampel dari populasi infinit

*N* = Besar sampel populasi finit

Untuk mencegah *drop out* ketika sedang melakukan penelitian, maka besaran sampel ditambah 15%.

n = 107 + drop out 15%

n = 107 + (0,15 x 107)

n = 107 + 16,05

n = 123,05 = 123

Maka, besaran sampel yang diperlukan pada penelitian ini sebanyak 123 pasien.

## 4.4 Bahan dan instrumen

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dari rekam medis pasien skizofrenia yang menjalani pengobatan di RS Dr. Soeharto Heerdjan selama periode Januari 2023 – Desember 2025. Bahan penelitian berupa dokumen rekam medis yang memuat informasi mengenai diagnosis skizofrenia, riwayat terapi antipsikotik, ketaatan pengobatan, serta kejadian rekurensi (kekambuhan). Selain itu, data karakteristik pasien seperti usia, jenis kelamin, serta variabel terkait lainnya, turut dikumpulkan sebagai data pendukung dalam analisis penelitian.

## 4.5 Analisis statistik

Data pada penelitian ini akan dianalisis dan dimasukkan ke perangkat lunak *Statistical Package for the Social Sciencess* (SPSS) versi 29 dengan melibatkan dua pendekatan utama, yaitu analisis univariat serta analisis bivariat. Untuk menjaga keakuratan dan validitas data penelitian, hanya rekam medis dengan informasi lengkap mengenai diagnosis skizofrenia, riwayat terapi antipsikotik, ketaatan pengobatan, serta status rekurensi (kekambuhan) yang akan diikutsertakan dalam analisis.

### 4.5.1 Analisis univariat

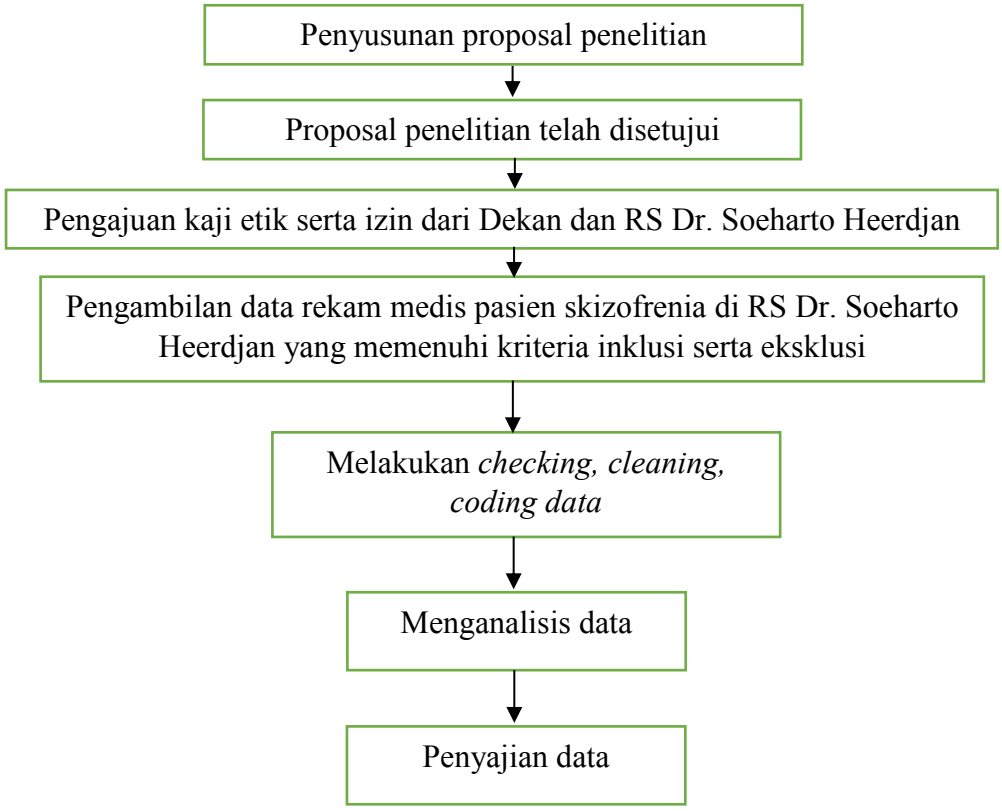
Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan karakteristik subjek penelitian berdasarkan masing-masing variabel yang diteliti. Variabel yang dianalisis meliputi usia, jenis kelamin, lama sakit, riwayat rawat inap, ketaatan pengobatan, dan status rekurensi pada pasien skizofrenia. Data kategorik disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase, sedangkan data numerik disajikan dalam bentuk rerata dan standar deviasi apabila berdistribusi normal atau median serta rentang minimum-maksimum apabila tidak berdistribusi normal.

### 4.5.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan tabel silang untuk menguji hubungan atau perbedaan antara dua variabel. Uji *Chi-Square* dengan tingkat signifikasi p=0,05 digunakan dalam menganalisis hubungan antara ketaatan pengobatan dan angka rekurensi, yang dilakukan menggunakan perangkat SPSS

versi 29 untuk menghasilkan nilai p. Apabila nilai p < 0,05, maka hubungan antara kedua variabel tersebut dianggap memiliki signifikasi.

## 4.6 Alur kerja penelitian




**Gambar 3. Alur kerja**

## 4.7 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilakukan setelah lolos kaji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti dan mendapatkan izin dari tempat data penelitian yaitu di RS Dr. Soeharto Heerdjan. Penelitian menggunakan data sekunder berupa rekam medis pasien sehingga tidak melibatkan kontak langsung dengan subjek penelitian. Kerahasiaan identitas pasien akan dijaga dengan tidak mencantumkan nama, alamat, nomor rekam medis, maupun informasi pribadi lainnya. Data yang diperoleh hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan disimpan secara aman oleh peneliti. Seluruh proses penelitian akan dilaksanakan sesuai dengan prinsip etika penelitian kesehatan, meliputi penghormatan terhadap privasi, kerahasiaan data, prinsip keadilan, serta kemanfaatan.

## 4.8 Penjadwalan penelitian

**Tabel 3. Penjadwalan Pelaksanaan Penelitian**

| Kegiatan | 2026 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Jan | Feb | Mar | April | Mei | Jun | Jul | Ags | Sep | Okt | Nov | Des |
| Pemilihan topik dan judul | | | | | | | | | | | | |
| Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(Pendahuluan)** | | | | | | | | | | | | |
| Penyusunan dan penyelesaian BAB II (**Tinjauan Pustaka)** | | | | | | | | | | | | |
| Penyusunan dan penyelesaian BAB III **(Kerangka konsep & definisi operasional)** | | | | | | | | | | | | |
| Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(Metode)** | | | | | | | | | | | | |
| Konsultasi | | | | | | | | | | | | |
| Penyerahan proposal | | | | | | | | | | | | |
| Persiapan ujian | | | | | | | | | | | | |
| Ujian proposal | | | | | | | | | | | | |
| Pengerjaan sampel | | | | | | | | | | | | |
| Analisis data | | | | | | | | | | | | |
| Penyusunan skripsi | | | | | | | | | | | | |

# DAFTAR PUSTAKA


1. Lorenz C, Bighelli I, Hanna F, Akhtar A, Leucht S. Update of the world health organization's mental health gap action programme guideline for psychoses (including schizophrenia). Schizophr Bull. 2024;50(6):1310–25. doi: 10.1093/schbul/sbae043

2. Rivelli A, Fitzpatrick V, Nelson M, Laubmeier K, Zeni C, Mylavarapu S. Real-world predictors of relapse in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder in a large health system. Vol. 10, Schizophrenia. Nature Research; 2024. doi: 10.1038/s41537-024-00448-2

3. Birhan B, Rtbey G, Gelaw KA. Relapse and associated factors among psychiatric patients in africa: a systematic review and meta-analysis. Vol. 25, BMC Psychiatry. BioMed Central Ltd; 2025. doi: 10.1186/s12888-025-06759-7

4. Correll CU, Martin A, Patel C, et al. Systematic literature review of schizophrenia clinical practice guidelines on acute and maintenance management with antipsychotics. Schizophrenia. 2022;8(1). doi: 10.1038/s41537-021-00192-x

5. Zhan Z, Wang J, Shen T. (5) Results of the Global burden of disease 1990 to 2021 and projections to 2050. Front Psychiatry. 2025;16:01–17. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1629032

6. Kesehatan K, Penelitian B, Kesehatan P. Hasil utama riskesdas. 2018.

7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan KKRI. Laporan riskesdas 2018 nasional. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019. 1–674 p.

8. Hareru HE, Gezae KE, W/tsadik DS, Gebregergs GB. Time to Relapse and Relapse predictors in patients with schizophrenia at ayder comprehensive specialized hospital, northern ethiopia. Ment Illn. 2023;2023. doi: 10.1155/2023/6230063

9. Singh[1] U, Singh[2] KM, Chakrabarty A, Singh KM. Retrospective study of antipsychotic medication adherence and relapse rates in schizophrenia [Internet]. Vol. 13, Journal of Chemical Health Risks www.jchr.org JCHR. 2023. Available from: www.jchr.org

10. Yao L, Liu H, Tian X. Medication adherence among community-dwelling schizophrenia patients during the covid-19 pandemic: a cross-sectional study. Psychiatry Res. 2022;317. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114841

11. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition text revision. 5th ed. Washington,DC: American Psychiatric Association; 2022. 1–1120 p.

12. Kesehatan D, Direktorat Jenderal AI. Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di indonesia Ill. Cetakan pertama. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 1993.

13. Tandon R, Nasrallah H, Akbarian S, et al. The schizophrenia syndrome, circa 2024: what we know and how that informs its nature. Vol. 264, Schizophrenia Research. Elsevier B.V.; 2024. p. 1–28. doi: 10.1016/j.schres.2023.11.015

14. Solmi M, Radua J, Olivola M, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Vol. 27, Molecular Psychiatry. Springer Nature; 2022. p. 281–95. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7

15. Putri ZH, Evi E. Karakteristik demografi pasien skizofrenia rawat jalan di rumah sakit jiwa dr. soeharto heerdjan periode 2022. Jurnal Muara Sains, Teknologi, Kedokteran dan Ilmu Kesehatan. 2023;7(2):67–74. doi: 10.24912/jmstkik.v7i2.23808

16. Schmitt A, Falkai P, Papiol S. Neurodevelopmental disturbances in schizophrenia: evidence from genetic and environmental factors. J Neural Transm. 2023;130(3):195–205. doi: 10.1007/s00702-022-02567-5

17. Howes OD, Cummings C, Chapman GE, Shatalina E. Neuroimaging in schizophrenia: an overview of findings and their implications for synaptic changes. Vol. 48, Neuropsychopharmacology. Springer Nature; 2023. p. 151–67. doi: 10.1038/s41386-022-01426-x

18. Kruse AO, Bustillo JR. Glutamatergic dysfunction in schizophrenia. Vol. 12, Translational Psychiatry. Springer Nature; 2022. doi: 10.1038/s41398-022-02253-w

19. Gleeson JF, McGuckian TB, Fernandez DK, et al. Systematic review of early warning signs of relapse and behavioural antecedents of symptom worsening in people living with schizophrenia spectrum disorders. Vol. 107, Clinical Psychology Review. Elsevier Inc.; 2024. doi: 10.1016/j.cpr.2023.102357

20. Nath S, Ramachandran P, Sehlo M, Nigussie K. Relationship between social support and schizophrenia relapse among patients with schizophrenia on follow-up at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: A case-control study.

21. Guo J, Lv X, Liu Y, Kong L, Qu H, Yue W. Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: a meta-analysis. Schizophrenia. 2023;9(1). doi: 10.1038/s41537-023-00356-x

22. Moncrieff J, Pillai E, Marston L, et al. The association between relapse and the outcome of schizophrenia and recurrent psychotic disorders. British Journal of Psychiatry. 2025; doi: 10.1192/bjp.2024.304

23. Lin D, Joshi K, Keenan A, et al. Associations between relapses and psychosocial outcomes in patients with schizophrenia in real-world settings in the united states. Front Psychiatry. 2021;12. doi: 10.3389/fpsyt.2021.695672

24. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2020;9(1). doi: 10.1186/s13643-020-1274-3

25. Wold KF, Kreis IV, Åsbø G, et al. Long-term clinical recovery and treatment resistance in first-episode psychosis: a 10-year follow-up study. Schizophrenia. 2024;10(1). doi: 10.1038/s41537-024-00489-7

26. Bensalah Y, AitBensaid N, Zaki A, Ouanass A. Study of medication adherence in patients with schizophrenia. SAS Journal of Medicine. 2024;10(09):966–72. doi: 10.36347/sasjm.2024.v10i09.030

**Lampiran 1.** *Dummy table*

**Tabel 4. distribusi karakterisktik subjek studi (n=123)**

| Variabel | Rerata ± SD/ median (min-maks) | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|---|---|---|---|
| Umur (tahun) | | | |
| 18 – 60 | | | |
| ≥ 60 | | | |
| Jenis kelamin | | | |
| Laki-laki | | | |
| Perempuan | | | |
| Lama sakit (tahun) | | | |
| Riwayat rawat inap | | | |
| Pernah | | | |
| Tidak pernah | | | |
| Kepatuhan pengobatan | | | |
| Patuh | | | |
| Tidak patuh | | | |
| Angka rekurensi | | | |
| Iya | | | |
| Tidak | | | |

Keterangan : Usia, lama sakit, dan jumlah rekurensi disajikan dalam rerata ± standar deviasi bila berdistribusi normal atau median (minimum-maksimum) bila tidak berdistribusi normal. Variabel kategorik disajikan dalam frekuensi (n) dan persentase (%).

**Tabel 5. Hubungan karakteristik sosiodemografik, lama sakit, dan riwayat rawat inap, kepatuhan pengobatan, angka rekurensi pada orang dengan skizofrenia (n = 123)**

| Variabel | Angka Rekurensi | | Nilai p |
|---|---|---|---|
| | Ya, n(%) | Tidak, n(%) | |
| Umur (tahun) | | | |
| 18 – 60 | | | |
| ≥ 60 | | | |
| Jenis kelamin | | | |
| Laki-laki | | | |
| Perempuan | | | |
| Lama sakit (tahun) | | | |
| ≥ median | | | |
| < median | | | |
| Riwayat rawat inap | | | |
| Pernah | | | |
| Tidak pernah | | | |
| Kepatuhan pengobatan | | | |
| Patuh | | | |
| Tidak patuh | | | |

Analisis data menggunakan uji Chi-Square. Batas kemaknaan statistik yang digunakan adalah $p<0,05$