

**GAMBARAN TINGKAT KEPATUHAN DAN ANALISIS  
FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN TERAPI  
PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA  
DAERAH PROVINSI LAMPUNG**

**(Skripsi)**

**Oleh  
NANDA RESTIANA  
1918031012**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2023**

**GAMBARAN TINGKAT KEPATUHAN DAN ANALISIS  
FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN TERAPI  
PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA  
DAERAH PROVINSI LAMPUNG**

**Oleh:  
Nanda Restiana**

**Skripsi  
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar  
SARJANA FARMASI**

**Pada  
Program Studi Farmasi  
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI FARMASI  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2023**

Judul Skripsi : **GAMBARAN TINGKAT KEPATUHAN DAN ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN TERAPI PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : **Nanda Restiana**

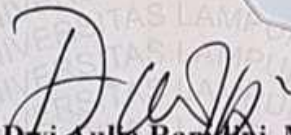
No. Pokok Mahasiswa : **1918031012**


Program Studi : **Farmasi**

Fakultas : **Kedokteran**



1. **Komisi Pembimbing**

  
**apt. Dwi Aulia Ramdhani, M.Farm**  
NIP 199203272022032013

  
**apt. Ramadhan Triyandi, M.Si**  
NIP 198705202020121015

2. **Dekan Fakultas Kedokteran**

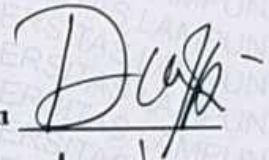


  
**Prof. Dr. Duah Wulan S.R.W., M.Kes**  
NIP 197206281997022001

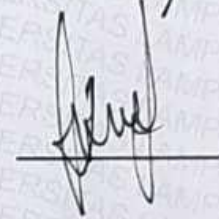
## MENGESAHKAN

1. Tim penguji

Ketua : **apt. Dwi Aulia Ramdini, M.Farm**

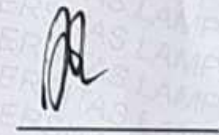


Sekretaris : **apt. Ramadhan Triyandi, M.Si**



Penguji

Bukan Pembimbing : **dr. Tri Umiana Soleha, M.Kes**



2. Dekan Fakultas Kedokteran



**Prof. Dr. Nyah Wulan S.R.W., M.Kes**

NID. 197206281997022001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : **06 April 2023**

## LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

Skripsi dengan judul **“GAMBARAN TINGKAT KEPATUHAN DAN ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN TERAPI PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI LAMPUNG”** adalah hasil karya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau disebut plagiarisme. Hal intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, Maret 2023

Pembuat Pernyataan



**Nanda Restiana**

**NPM. 1918031012**

## **RIWAYAT HIDUP**

Nanda Restiana lahir di Kalianda pada tanggal 22 Desember 1999. Penulis merupakan anak pertama dari Bapak Yoyo Subagio dan Ibu Lily Anna. Penulis memiliki satu adik laki-laki yang bernama Erlan Destrian Affandi dan satu adik perempuan yang bernama Kayla Arthalita Nirmala.

Penulis menamatkan Pendidikan di TK Budi Asih tahun 2004, Sekolah Dasar (SD) Negeri Rawa Selapan pada tahun 2011, Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri 1 Candipuro pada tahun 2014, Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) Farmasi Cendikia Farma Husada Bandar Lampung pada tahun 2017.

Pada tahun 2019 penulis menjadi salah satu mahasiswi di Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Selama menjadi mahasiswi penulis menjalani masa kuliah dengan aktif dalam beberapa kegiatan organisasi serta perlombaan. Penulis diberi kesempatan untuk dapat bergabung di organisasi intra kampus tingkat fakultas yaitu Badan Eksekutif Mahasiswa Fakultas Kedokteran sebagai staf dan staf khusus dinas Kajian Strategis dan Advokasi. Penulis juga menjadi bagian dari organisasi tingkat jurusan yaitu Himpunan Mahasiswa Farmasi Unila selama 2 tahun sebagai wakil ketua himpunan. Selain itu, penulis juga berkesempatan menjadi juara 1 pada perlombaan poster poster ilmiah dan *drug packaging design* dalam Pertemuan Ilmiah Tahunan Daerah Ikatan Apoteker Indonesia (PITDA IAI) yang diselenggarakan oleh Ikatan Apoteker Indonesia Provinsi Lampung pada tahun 2019 dan 2022.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إِنَّ اللَّهَ لَا يَغْيِرُ مَا بَقِيَ قَوْمٍ حَتَّىٰ يَغْيِرُوا مَا بَانَ فِيهِمْ

*“Sesungguhnya Allah tidak akan merubah keadaan suatu kaum,  
sebelum mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka  
sendiri”*

**Q.S. Ar-Ra'd: 11**

**Dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, ku persembahkan sebuah  
karya sederhana atas anugerah Allah SWT untuk:**

**Mama, Ayah, dan Adik-adik tercinta yang telah memberikan segala cinta,  
kasih sayang, ketulusan, pengorbanan, dukungan dan doa yang selalu  
mengalir disetiap langkahku hingga saat ini.**

## SANWACANA

Puji syukur penulis sampaikan atas kehadiran Allah Allah Subhanahu Wa Ta'ala, atas rahmat, nikmat, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Gambaran Tingkat Kepatuhan Dan Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung”**. Shalawat beserta salam selalu turunkan kepada Nabi Muhammad Shallallahu 'Alaihi Wa Sallam.

Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, masukan, bantuan, dorongan, kritik dan saran dari berbagai pihak. Dengan ini penulis ingin menyampaikan ucapan rasa terimakasih kepada:

1. Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang telah memberikan ridho dan karunia-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan perkuliahan dan skripsi dengan baik;
2. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani D.E.A.IPM. selaku Rektor Universitas Lampung;
3. Prof. Dr. Dyah Wulan SRW, S.K.M., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. dr. Oktafany, S.Ked., M.Pd.Ked selaku Ketua Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
5. apt. Dwi Aulia Ramdini, M.Farm selaku Pembimbing Utama atas kesediaan serta kesabarannya dalam memberikan bimbingan, kritik, saran, nasihat motivasi serta arahan dalam proses penyusunan skripsi ini;
6. apt. Ramadhan Triyandi, M.Si selaku Pembimbing Kedua sekaligus Pembimbing Akademik atas kesediaan serta kesabarannya memberikan bimbingan, kritik, saran, dan arahan dalam proses penyusunan skripsi ini serta memberikan masukan, dukungan dan motivasi selama perkuliahan di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;



7. dr. Tri Umiana Soleha, M.Kes selaku Pembahas atas kesediaan dan kesabarannya dalam memberikan koreksi, kritik, saran dan nasihat untuk perbaikan dalam proses penyusunan skripsi ini;
8. apt. Nurmasuri, M.Biomed., Sc., M.KM selaku dosen pembimbing akademik di semester 8, terima kasih atas bimbingan yang selalu diberikan kepada penulis;
9. dr. Tendry Septa, Sp.KJ (K) selaku Dokter Pembimbing Lapangan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yang telah memberikan banyak masukan serta saran selama proses penelitian;
10. Seluruh dosen Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu dan bimbingan yang telah diberikan selama proses perkuliahan;
11. Seluruh staf dan civitas akademika Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang telah membantu penulis dalam proses penyusunan skripsi dan menjalankan studi di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
12. Seluruh staf bagian umum Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yang telah membantu proses administratif perizinan selama melakukan penelitian;
13. Seluruh staf Instalasi Farmasi dan Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yang telah membantu proses pengumpulan data selama penelitian berlangsung;
14. Terima kasih kepada Ayah dan Mama atas segala doa, dukungan, semangat, nasihat, perhatian yang sangat berarti dalam proses penyusunan skripsi ini. Terima kasih sudah menjadi orang tua dan motivasi terbaik penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Terima kasih sudah selalu menjadi garda terdepan di kehidupan penulis;
15. Adik-adik tercinta, Erlan dan Kayla, terima kasih atas doa dan dukungan yang diberikan kepada penulis;
16. Keluarga besar yang tidak bisa disebutkan satu per satu, terima kasih atas semua dukungan dan doa yang diberikan;
17. Sahabat-sahabat “Kalbe”, Cindy, Lyan, Era, Acol, Muti, Farras, Ayu, Fredison, yang selalu memberikan perhatian, dukungan, semangat, selalu menjadi teman dalam suka dan duka, teman curhat, selalu bersedia

dihubungi ketika penulis mengalami kesulitan, terima kasih sudah selalu ada dan siap membantu penulis dalam menjalani masa perkuliahan dan pengerjaan skripsi hingga selesai;

18. Sahabat-sahabat “Kost BS”, Cindy, Regi, Arin, Winda, yang selalu menemani kehidupan penulis 24/7, menjadi *support system* terbaik, bersedia menghibur penulis dikala sedih dan kehilangan semangat, teman makan, teman berkeluh kesah, terima kasih sudah selalu ada menjadi pendengar terbaik dan siap membantu penulis dalam menjalani masa perkuliahan serta selalu bersama menemani penulis dalam pengerjaan skripsi hingga selesai, terima kasih atas segala kontribusi yang diberikan;
19. Teman seperbimbingan, Sekar, Zeta, dan Nungky, yang sudah mau berjuang bersama sejak awal proses pengerjaan skripsi, mendengarkan keluh kesah, membantu banyak hal, saling mengingatkan dan menyemangati. Terima kasih banyak, kehadiran kalian sangat berarti bagi penulis;
20. Sahabat pertama sejak awal masuk Farmasi Unila, Eka Ananda, yang selalu bersedia untuk saling bertukar pikiran saat penulis kebingungan dalam penyusunan skripsi ini, selalu membantu saat penulis membutuhkan bantuan, terima kasih atas bantuan dan selalu ada untuk penulis;
21. Sahabat-sahabat terbaik sejak SMK, Opi, Nadila, Beti, Ekaw, Sari, Yuni, yang senantiasa mendoakan, memberikan semangat, serta mendengarkan keluh kesah penulis;
22. Sahabat-sahabat “*Homestay Eyang*”, Fitri, Echa, Septi, Windy, Adel, Dhira, Fia, Nadia, Mel, Junia, Amira, Faqih, Rendi, Arif, Candra, terima kasih sudah memberikan banyak kisah serta pengalaman dan berbagi ilmu farmasi antar kampus, semoga kita semua dilancarkan studi lanjut apoteker dan dapat menjadi sahabat sejawat;
23. Teman-teman KKN Desa Karya Mulya Sari, Alif, Hikmah, Ita, Tiya, Rizki, Deo, terima kasih telah menambah cerita dan pengalaman berkesan selama 40 hari di perjalanan studi penulis selama kuliah, terima kasih telah banyak memberikan arti kehidupan;

24. Adik-adik DPA alveolus dan Adin Sultan, terima kasih selalu bersedia menjadi tempat berbagi cerita kehidupan kampus;
25. Keluarga Ligamentum-Ligand, Angkatan 2019, khususnya teman-teman Farmasi 2019 keluarga pertama di kehidupan kampus, terima kasih untuk setiap momen suka dan duka selama perkuliahan yang telah dilalui bersama, terima kasih atas segala bantuan dan dukungan satu sama lain sehingga kita semua tetap bertahan dan mampu sampai pada tahap ini;
26. Keluarga besar HIMAFARSI Unila yang telah memberikan ilmu dan pengalaman dalam berorganisasi selama penulis menjalankan perkuliahan. Terima kasih untuk segala momen kebersamaan yang telah kita lalui bersama;
27. Dinas Kajian Strategis dan Advokasi BEM FK Unila, terima kasih untuk semua pengalaman, ilmu, dan dukungan yang selalu diberikan kepada penulis;
28. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam menyelesaikan penelitian ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan. Peneliti berharap agar skripsi ini dapat dapat bermanfaat bagi orang banyak dan dapat menambah pengetahuan serta informasi bagi pembaca.

Bandar Lampung, Maret 2023

Penulis

Nanda Restiana

## ABSTRACT

### DESCRIPTION OF ADHERENCE LEVEL AND ANALYSIS OF FACTORS AFFECTING THERAPY ADHERENCE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS AT LAMPUNG PROVINCE PSYCHIATRIC HOSPITAL

By

NANDA RESTIANA

**Background:** Therapy adherence is the use of drugs in patients according to or in line with the recommendations of the drug prescriptions given. Non-adherence therapy can lead to relapse, rehospitalization, longer duration of hospitalization, reduced quality of life, as well as increased morbidity and mortality. Therefore, it is very important to investigate the factors that affect therapy adherence in patients with schizophrenia at Lampung Province Psychiatric Hospital. The purpose of this study was to describe the level of therapeutic adherence and analyze the factors that affect therapeutic adherence in patients with schizophrenia at Lampung Province Psychiatric Hospital.

**Methods:** This type of research is observational analytic with a cross-sectional approach. The sample in this study consisted of 106 schizophrenia patients at the pharmaceutical installation of Lampung Province Psychiatric Hospital for the period January – February 2023. Data was collected using a total sampling technique. Data analysis used the Chi-Square test and logistic regression with  $\alpha$  value of 0.05.

**Results:** The majority of respondents had a high level of therapeutic adherence of 69 patients (65.1%). The results of multivariate analysis showed that the most influential components of therapeutic adherence in schizophrenia patients at Lampung Province Psychiatric Hospital are the frequency of hospitalization with a p-value of 0.001, family support with a p-value of 0.000, and employment status with a p-value of 0.041.

**Conclusion:** There is a significant effect of hospitalization frequency, family support, and employment status on therapy adherence.

**Keywords:** Family support, factors, therapy adherence, schizophrenia

## ABSTRAK

### GAMBARAN TINGKAT KEPATUHAN DAN ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN TERAPI PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI LAMPUNG

Oleh

NANDA RESTIANA

**Latar Belakang:** Kepatuhan terapi merupakan penggunaan obat pada pasien yang sesuai atau sejalan dengan anjuran dari resep obat yang diberikan. Pasien yang tidak patuh pada pengobatannya dapat menyebabkan kekambuhan, rawat inap kembali, durasi rawat inap yang lebih lama, penurunan kualitas hidup, serta peningkatan morbiditas dan mortalitas. Oleh karena itu, sangat penting untuk dilakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Daerah Provinsi Lampung. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran tingkat kepatuhan terapi dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi pada pasien skizofrenia di RSJ Daerah Provinsi Lampung.

**Metode:** Jenis penelitian adalah analitik observasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 106 pasien skizofrenia di instalasi farmasi RSJ Daerah Provinsi Lampung periode Januari – Februari 2023. Pengambilan data dilakukan dengan teknik *total sampling*. Analisis data menggunakan uji *Chi-Square* dan regresi logistik dengan nilai  $\alpha$  0,05.

**Hasil:** Mayoritas responden memiliki tingkat kepatuhan terapi tinggi yaitu sebanyak 69 pasien (65,1%). Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa komponen yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan terapi pasien skizofrenia di RSJ Daerah Provinsi Lampung yaitu frekuensi rawat inap dengan nilai *p-value* 0,001, dukungan keluarga dengan nilai *p-value* 0,000, dan status pekerjaan dengan nilai *p-value* 0,041.

**Kesimpulan:** Terdapat faktor pengaruh yang bermakna dari frekuensi rawat inap, dukungan keluarga, dan status pekerjaan terhadap kepatuhan terapi.

**Kata Kunci:** Dukungan keluarga, faktor-faktor, kepatuhan terapi, skizofrenia

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>i</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>v</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti.....	4
1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Kesehatan .....	5
1.4.3 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan .....	5
1.4.4 Manfaat Bagi Masyarakat .....	5
1.4.5 Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>6</b>
2.1 Skizofrenia.....	6
2.1.1 Definisi .....	6
2.1.2 Epidemiologi .....	7
2.1.3 Etiologi .....	7
2.1.4 Patofisiologi .....	8
2.1.5 Klasifikasi .....	10
2.1.6 Gejala Klinis.....	12
2.2 Tatalaksana .....	13
2.2.1 Algoritma Terapi .....	14
2.2.2 Terapi Antipsikotik .....	15
2.2.3 Tatalaksana Fase Akut .....	17
2.2.4 Tatalaksana Pengobatan Lanjutan atau Fase Stabilisasi.....	17
2.2.5 Tatalaksana Fase Pemeliharaan.....	17

	ii
2.3 Kepatuhan Terapi .....	18
2.3.1    Pengertian Kepatuhan Terapi.....	18
2.3.2    Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Terapi.....	18
2.3.3    Cara Mengukur Kepatuhan Terapi.....	20
2.4.    Instrumen Untuk Mengukur Kepatuhan Terapi .....	22
2.5 Kerangka Penelitian .....	23
2.5.1    Kerangka Teori.....	23
2.5.2    Kerangka Konsep.....	24
2.6 Hipotesis .....	24
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>25</b>
3.1 Jenis Penelitian .....	25
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	25
3.2.1    Lokasi .....	25
3.2.2    Waktu.....	25
3.3 Subjek Penelitian .....	26
3.3.1    Populasi Penelitian.....	26
3.3.2    Sampel Penelitian .....	26
3.4 Identifikasi Variabel Penelitian .....	28
3.4.1    Variabel Bebas (Independen).....	28
3.4.2    Variabel Terikat (Dependen) .....	28
3.5 Definisi Operasional .....	28
3.6 Instrumen dan Prosedur Penelitian .....	30
3.6.1    Instrumen Penelitian .....	30
3.6.2    Jenis dan Teknik Pengambilan Data.....	31
3.6.3    Prosedur Penelitian .....	31
3.7    Alur Penelitian.....	33
3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner MARS.....	34
3.8.1    Uji Validitas .....	34
3.8.2    Uji Reliabilitas .....	35
3.9 Pengolahan dan Analisis Data .....	36
3.9.1    Pengolahan Data.....	36
3.9.2    Analisis Data.....	37
3.10 Etika Penelitian.....	38
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>39</b>
4.1    Hasil Penelitian.....	39
4.1.1    Karakteristik Subjek Penelitian.....	39

	iii
4.1.2 Analisis Univariat Variabel Dependen.....	40
4.1.3 Analisis Univariat Variabel Independen .....	41
4.1.4 Hubungan Usia dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung .....	43
4.1.5 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.....	43
4.1.6 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung .....	44
4.1.7 Hubungan Pendamping Minum Obat dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung....	45
4.1.8 Hubungan Frekuensi Rawat Inap dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung .....	46
4.1.9 Hubungan Jenis Terapi dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.....	47
4.1.10 Hubungan Jumlah Obat dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.....	48
4.1.11 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung .....	49
4.1.12 Hubungan Status Pekerjaan dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.....	49
4.1.13 Analisis Multivariat Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung .....	50
4.2 Pembahasan .....	51
4.2.1 Karakteristik Subjek Penelitian.....	51
4.2.2 Tingkat Kepatuhan Terapi Pasien Skizofrenia.....	55
4.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi Pasien Skizofrenia56	
4.2.4 Hubungan Usia dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung .....	57
4.2.5 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.....	57
4.2.6 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung .....	58
4.2.7 Hubungan Pendamping Minum Obat dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung....	60
4.2.8 Hubungan Frekuensi Rawat Inap dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung .....	61
4.2.9 Hubungan Jenis Terapi dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.....	61
4.2.10 Hubungan Jumlah Obat dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.....	62



4.2.11	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung .....	63
4.2.12	Hubungan Status Pekerjaan dengan Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung .....	64
4.2.13	Analisis Multivariat Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung .....	65
4.3	Keterbatasan Penelitian .....	66
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN .....</b>		<b>67</b>
5.1	Simpulan.....	67
5.2	Saran .....	68
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>69</b>

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>	<b>Halaman</b>
<b>Tabel 1.</b> Daftar Obat Antipsikotik, Dosis, dan Sediaannya .....	16
<b>Tabel 2.</b> Definisi Operasional.....	28
<b>Tabel 3.</b> Hasil Uji Validitas Kuesioner MARS .....	34
<b>Tabel 4.</b> Hasil Uji Validitas Kuesioner Dukungan Keluarga.....	35
<b>Tabel 5.</b> Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner MARS.....	35
<b>Tabel 6.</b> Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga.....	36
<b>Tabel 7.</b> Karakteristik Subjek Penelitian .....	40
<b>Tabel 8.</b> Analisis Univariat Tingkat Kepatuhan Terapi Pasien Skizofrenia .....	41
<b>Tabel 9.</b> Analisis Univariat Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi .....	42
<b>Tabel 10.</b> Analisis Bivariat Hubungan Usia Terhadap Kepatuhan Terapi.....	43
<b>Tabel 11.</b> Analisis Bivariat Hubungan Jenis Kelamin Terhadap Kepatuhan Terapi .....	44
<b>Tabel 12.</b> Analisis Bivariat Hubungan Tingkat Pendidikan Terhadap Kepatuhan Terapi .....	45
<b>Tabel 13.</b> Analisis Bivariat Hubungan Pendamping Minum Obat Terhadap Kepatuhan Terapi .....	46
<b>Tabel 14.</b> Analisis Bivariat Hubungan Frekuensi Rawat Inap Terhadap Kepatuhan Terapi .....	47
<b>Tabel 15.</b> Analisis Bivariat Hubungan Jenis Terapi Terhadap Kepatuhan Terapi.....	47
<b>Tabel 16.</b> Analisis Bivariat Hubungan Jumlah Obat Terhadap Kepatuhan Terapi.....	48
<b>Tabel 17.</b> Analisis Bivariat Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Terap .....	49
<b>Tabel 18.</b> Analisis Bivariat Hubungan Status Pekerjaan Terhadap Kepatuhan Terapi.....	50
<b>Tabel 19.</b> Analisis Multivariat Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi... ..	51

**DAFTAR GAMBAR**

<b>Gambar</b>	<b>Halaman</b>
<b>Gambar 1.</b> Patofisiologi Skizofrenia .....	10
<b>Gambar 2.</b> Guideline Algoritma Terapi Skizofrenia .....	14
<b>Gambar 3.</b> Model Bunga Kepatuhan Terapi.....	20
<b>Gambar 4.</b> Kerangka Teori .....	23
<b>Gambar 5.</b> Kerangka Konsep .....	24
<b>Gambar 6.</b> Diagram Alur Penelitian .....	33

**DAFTAR LAMPIRAN**

<b>Lampiran</b>	<b>Halaman</b>
<b>Lampiran 1.</b> Surat Izin Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.....	78
<b>Lampiran 2.</b> Surat Persetujuan Etik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.....	79
<b>Lampiran 3.</b> Surat Izin Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung .....	80
<b>Lampiran 4.</b> Dokumentasi Pengambilan Data di Instalasi Farmasi dan Rekam Medik .	81
<b>Lampiran 5.</b> Lembar <i>Informed Consent</i> .....	82
<b>Lampiran 6.</b> Kuesioner Karakteristik Responden.....	83
<b>Lampiran 7.</b> Kuesioner Dukungan Keluarga.....	84
<b>Lampiran 8.</b> Kuesioner <i>Medication Adherence Rating Scale</i> (MARS).....	86
<b>Lampiran 9.</b> Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga.....	87
<b>Lampiran 10.</b> Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner MARS .....	88
<b>Lampiran 11.</b> Hasil Uji <i>Chi-Square</i> dan Regresi Logistik Data Menggunakan SPSS....	90

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan kejiwaan yang ditandai dengan gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif. Perjalanan penyakit skizofrenia bersifat kronis yaitu membutuhkan proses jangka panjang dan dikaitkan dengan penurunan fungsi sosial serta pekerjaan (Blackman dan MacCabe, 2020). Pasien skizofrenia memiliki beberapa karakteristik gejala yaitu gejala positif yang terdiri dari delusi, halusinasi, gangguan pikiran, serta bicara dan perilaku tak teratur, gejala negatif yang merupakan tanda dari sindrom amotivasi seperti menarik diri dari lingkungan sosial, tidak ada emosi, ketidakmampuan untuk merasakan kesenangan (anhedonia), dan penurunan energi serta inisiatif, serta gejala kognitif yang bermanifestasi sebagai gangguan fungsi kognitif (Kahn dkk., 2015).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2019 prevalensi skizofrenia di seluruh dunia mempengaruhi sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang dengan persentase 0,32%. Di antara orang dewasa skizofrenia mempengaruhi 1 dari 222 orang atau 0,45%. Onset usia yang paling sering mengalami skizofrenia yaitu selama masa remaja akhir dan usia dua puluhan, namun pada laki-laki sering terjadi lebih awal dibandingkan dengan perempuan (WHO, 2022). Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 di Indonesia menunjukkan terdapat peningkatan jumlah kasus gangguan jiwa menjadi 7 permil rumah tangga yang artinya per 1.000 rumah tangga terdapat 7 rumah tangga dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia atau gangguan psikosis, dan diperkirakan jumlahnya mencapai 450.000 Orang dengan

Gangguan Jiwa (ODGJ). Provinsi Lampung menempati urutan ke-22 dari 34 provinsi. Sebanyak 6 per 1.000 penduduk di Lampung mengalami skizofrenia (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Berdasarkan survey Riskesdas tahun 2018 menemukan bahwa terdapat laporan masalah kekambuhan pada pasien skizofrenia yang berhubungan dengan ketidakpatuhan yaitu sebesar 36,1 % pasien tidak minum obat karena merasa sudah sehat, 33,7% tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan, dan 48,9% pasien rutin mengonsumsi obat (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Diagnosis skizofrenia memerlukan bukti adanya gejala secara terus menerus selama minimal 6 bulan. Terapi yang digunakan sebagai tatalaksana lini pertama untuk mengobati skizofrenia yaitu dengan menggunakan agen antipsikotik. Golongan antipsikotik terdiri dari 2 kelompok yaitu antipsikotik generasi pertama atau antipsikotik tipikal dan antipsikotik generasi kedua atau antipsikotik atipikal (Wilianto dan Yulistiani, 2019). Terdapat berbagai pilihan rekomendasi terapi antipsikotik bagi pasien skizofrenia yang dikategorikan ke dalam 6 kondisi yaitu untuk skizofrenia episode pertama, eksaserbasi akut, pencegahan kekambuhan dan pemeliharaan, skizofrenia yang resisten terhadap pengobatan, skizofrenia yang resisten klopazin, dan skizofrenia dengan domain gejala spesifik (Remington dkk., 2017). Penggunaan antipsikotik secara signifikan dapat mengurangi tingkat kekambuhan pada pasien dengan skizofrenia yang mendapatkan terapi antipsikotik selama satu tahun (Phan, 2016). Namun, terdapat laporan masalah ketidakpatuhan minum obat pada pasien skizofrenia yaitu berkisar antara 20% hingga 89%. Dalam penelitian lain, tingkat ketidakpatuhan rata-rata adalah 55% dalam dua tahun pertama setelah episode psikotik. Pasien yang secara historis tidak patuh terhadap pengobatan lebih memungkinkan untuk tidak patuh pula di masa depan (Barkhof dkk., 2012; Haddad, Brain dan Scott, 2014).

Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan pasien antara lain kurangnya pengetahuan tentang penyakit, keparahan penyakit, sikap terhadap pengobatan, kognisi, dan depresi (Kim dkk., 2020). Faktor lain yang dapat

mempengaruhi kepatuhan terapi pasien skizofrenia adalah peningkatan jumlah obat yang dikonsumsi oleh pasien akibat kombinasi terapi dan terapi tambahan untuk mengatasi efek samping yang muncul seperti gejala sindrom ekstrapiramidal (Ramdini dkk., 2018). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Yu dkk., (2021), kepatuhan minum obat berkorelasi positif dengan efikasi diri dan aktivitas hidup sehari-hari serta berkorelasi negatif dengan faktor psikososial, gejala, serta efek samping obat. Studi kohort retrospektif yang dilakukan oleh Hui dkk., (2013) memprediksi faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan pada 3 tahun setelah episode pertama psikosis pada 1.400 pasien. Peningkatan risiko kekambuhan dalam 3 tahun secara signifikan diprediksi oleh ketidakpatuhan pengobatan, merokok, diagnosis skizofrenia, usia yang lebih muda, dan lama rawat inap yang lebih pendek (Hui dkk., 2013).

Menurut penelitian Saba dan Muraraiah (2019), alasan perilaku tidak patuh pasien pada pengobatan sebagian besar adalah kurangnya wawasan penyakit (37%), diikuti oleh sikap terhadap pengobatan yang negatif (29%), kurangnya dukungan keluarga (9%), efek samping obat (7%), dan kurangnya informasi terkait obat serta penyakit pasien (6%). Alasan perilaku patuh pada sebagian besar pasien adalah adanya wawasan penyakit (40%), diikuti oleh sikap pengobatan positif (23%), memiliki dukungan keluarga (17%), dan efektivitas dari pengobatan yang dijalani (11%). Terdapat hubungan yang signifikan antara ketidakpatuhan dengan pendidikan, jumlah obat serta pendapatan. Faktor pengaruh ketidakpatuhan yang terkait dengan pasien sebesar 33,5%, faktor terkait obat 32% dan faktor terkait penyakit berkontribusi 31% terhadap ketidakpatuhan terapi (Boorla dan Srinivasa, 2018).

Ketidakpatuhan terapi menjadi suatu masalah dalam praktik klinis dan berhubungan dengan pengobatan yang tidak maksimal pada gangguan psikotik sehingga dapat menyebabkan kekambuhan, rawat inap kembali, durasi rawat inap yang lebih lama, biaya perawatan kesehatan yang lebih tinggi, penurunan kualitas hidup, serta peningkatan morbiditas dan mortalitas (Lafeuille dkk.,

2013; Oates dkk., 2020). Oleh karena itu, berdasarkan latar belakang tersebut peneliti akan melihat gambaran tingkat kepatuhan dan menganalisis faktor yang memengaruhi kepatuhan terapi pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yang merupakan satu-satunya rumah sakit khusus penyakit jiwa di Provinsi Lampung.

## **1.2 Rumusan Masalah**

- 1.2.1** Bagaimana gambaran tingkat kepatuhan terapi pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung ?
- 1.2.2** Faktor apa sajakah yang mempengaruhi kepatuhan terapi pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

- 1.3.1** Mengetahui gambaran tingkat kepatuhan terapi pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.
- 1.3.2** Mengetahui dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan keilmuan mengenai gambaran tingkat kepatuhan dan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.



#### **1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Kesehatan**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan evaluasi serta dapat meningkatkan pelayanan kefarmasian dalam bidang terapi pada pasien dengan gangguan kejiwaan di rumah sakit jiwa dan institusi kesehatan lainnya.

#### **1.4.3 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan referensi penelitian mengenai gambaran tingkat kepatuhan dan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.

#### **1.4.4 Manfaat Bagi Masyarakat**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan bagi masyarakat mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi sehingga dapat meningkatkan kepatuhan terapi pada pasien skizofrenia.

#### **1.4.5 Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai gambaran informasi terkait gambaran tingkat kepatuhan dan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi pasien skizofrenia, yang dapat dijadikan sebagai acuan bagi penelitian selanjutnya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Skizofrenia**

##### **2.1.1 Definisi**

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa Edisi ke-3 (PPDGJ III), skizofrenia adalah suatu sindrom dengan berbagai variasi penyebab yang belum banyak diketahui dan perjalanan penyakit yang luas, yang dipengaruhi oleh faktor genetik, fisik, dan sosial budaya. Skizofrenia ditandai dengan penyimpangan dari pikiran dan persepsi, afek yang tidak wajar, kemunduran fungsi kognitif tertentu, namun kemampuan intelektual dan kesadaran yang tetap terpelihara (Maslim, 2013). Skizofrenia merupakan gangguan psikotik kronis dengan manifestasi klinis yang sangat luas dan sering terjadi kekambuhan pada pasien. Gejala, indikasi, dan perjalanan penyakit skizofrenia sangat bervariasi pada masing-masing individu (Sadock dan Ruiz, 2015).

Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan yang ditandai dengan delusi, halusinasi, pemikiran dan ucapan yang tidak teratur, perilaku motorik yang abnormal, afek yang tidak sesuai, gejala negatif, dan gangguan fungsi psikososial (Wells *dkk.*, 2017). Perjalanan gangguan skizofrenia dapat berlangsung terus menerus, atau episodik dengan penurunan progresif atau stabil, terdapat satu atau lebih episode dengan remisi lengkap atau tidak lengkap (WHO, 2016).

### 2.1.2 Epidemiologi

Terdapat 21 juta orang yang hidup dengan skizofrenia di seluruh dunia dan seiring bertambahnya usia populasi, jumlah ini diperkirakan akan terus bertambah (Charlson *dkk.*, 2018). Prevalensi pasien skizofrenia seumur hidup diperkirakan sekitar 1%. Berdasarkan evaluasi komprehensif 188 penelitian dari 46 negara yang berbeda, menyimpulkan bahwa 4 dari 1.000 orang berisiko mengalami skizofrenia seumur hidup (Ayano, 2016). Manifestasi klinis skizofrenia biasanya antara masa remaja akhir dan pertengahan 30-an (*American Psychiatric Association*, 2013). Pada laki-laki onset usia biasanya antara 15 sampai 25 tahun, sedangkan pada perempuan antara 25 sampai 35 tahun. Angka kejadian skizofrenia lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan pada perempuan. Hampir 70% orang yang dirawat di rumah sakit jiwa di Indonesia menderita skizofrenia. Berdasarkan diagnosis atau jenis skizofrenia, bentuk skizofrenia yang paling umum adalah skizofrenia paranoid sebesar 40.8%, diikuti oleh skizofrenia residual sebesar 39.4%, 3.5% skizofrenia katatonik, 2.1% skizofrenia yang tidak ditentukan, 1.4% skizofrenia lainnya dan yang terendah 0,7% skizofrenia sederhana (Zahnia dan Sumekar, 2016).

### 2.1.3 Etiologi

Etiologi skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Genetik

Anak dapat menderita skizofrenia sekitar 40% apabila kedua orang tuanya menderita skizofrenia. Pada studi dengan subjek kembar normal dan studi keluarga pasien skizofrenia, setidaknya ada dua pengaruh yang diwariskan dalam skizofrenia yaitu terkait dengan gejala positif dan terkait dengan gangguan kognitif serta gejala negatif (Fatani, Aldawod dan Alhawaj, 2017).

b. Faktor Perkembangan dan Lingkungan

Ketika faktor genetik individu memiliki dampak yang kecil, faktor lingkungan dapat memiliki dampak yang cukup besar pada risiko

terjadinya skizofrenia. Stresor dari lingkungan, seperti komplikasi pada kehamilan, stunting, malnutrisi, serta infeksi dari berbagai virus dapat menjadi faktor risiko penyakit skizofrenia. Individu dengan skizofrenia memiliki kebiasaan yang dapat menyebabkan infeksi karena tidak bisa membedakan antara makanan dan minuman yang bersih (Arniamantha, 2022).

c. Faktor Neurobiologis

Skizofrenia dianggap sebagai hasil dari kelainan struktural dan fungsional otak. Berikut ini adalah etiologi berdasarkan faktor neurobiologis: 1) Pengurangan struktur materi dalam jaringan otak, 2) Alteksi fungsional dan gangguan konektivitas fungsional dalam korteks prefrontal, 3) Pengurangan integritas neuron dan membran, serta 4) Abnormalitas neurotransmitter (Kim, 2016).

#### 2.1.4 Patofisiologi

Terdapat tiga hipotesis utama terkait perkembangan penyakit skizofrenia yaitu:

a. Hipotesis kelainan neurokimia

Hipotesis kelainan neurokimia berpendapat bahwa ketidakseimbangan dopamin, serotonin, glutamat, dan GABA (*gamma-aminobutyric acid*) menghasilkan manifestasi kejiwaan dari penyakit skizofrenia. Hipotesis ini menyatakan bahwa terdapat empat jalur dopaminergik utama yang berperan dalam perkembangan skizofrenia (Hany M, Rehman B, Azhar Y, 2022). Hipotesis dopamin berkaitan dengan gejala positif yang disebabkan oleh aktivitas berlebihan reseptor Dopamin (D2) melalui jalur mesolimbik. Pada jalur nigrostriatal yang dimulai dari substansia nigra dan berakhir di nukleus kaudatus, tingkat dopamin yang rendah dapat mempengaruhi sistem ekstrapiramidal yang menyebabkan gejala motorik. Gejala negatif dan penurunan kognitif pada skizofrenia disebabkan oleh tingkat dopamin yang rendah dari jalur mesokortikal. Gejala lain seperti amenore dan

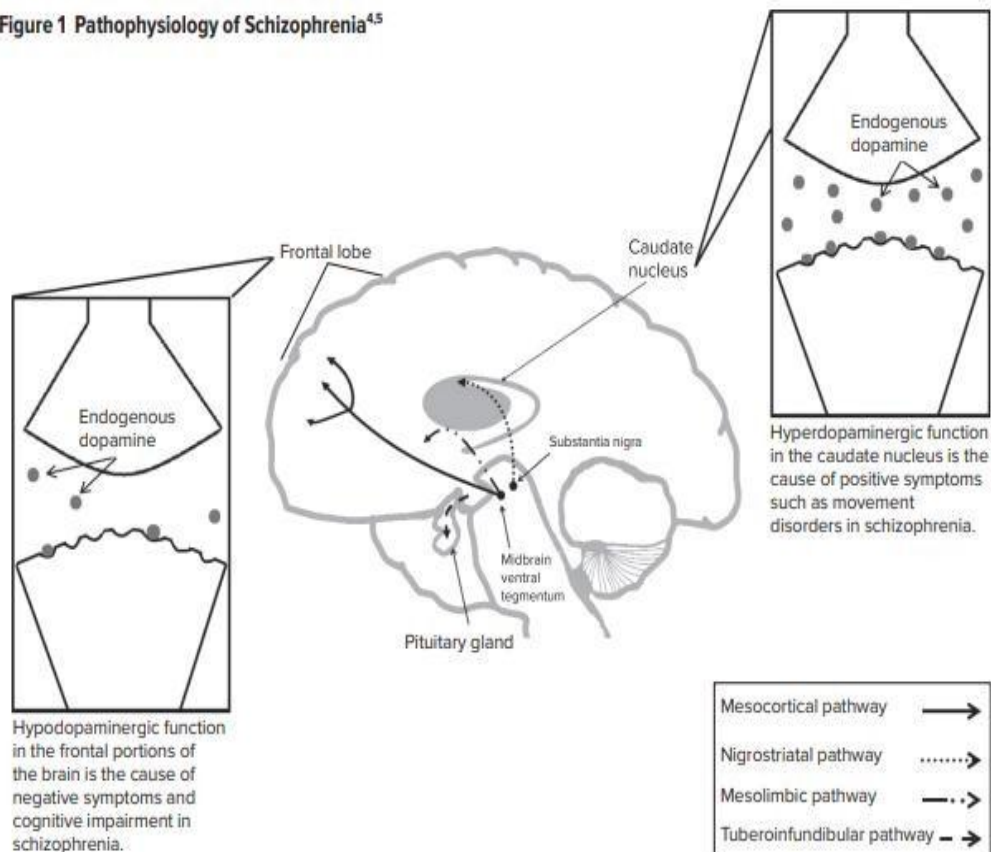
penurunan libido dapat disebabkan oleh peningkatan kadar hormon prolaktin karena penurunan kadar dopamin tuberoinfundibular akibat blokade jalur tuberoinfundibular (Fatani, Aldawod dan Alhawaj, 2017). Eksaserbasi gejala positif dan negatif pada skizofrenia juga dapat disebabkan oleh antagonis reseptor NMDA (*N-methyl-D-aspartate*) serta peran potensial dari hipoaktivitas glutaminergik (Hany M, Rehman B, Azhar Y, 2022).

b. Hipotesis *neurodevelopmental* (gangguan perkembangan saraf)

Terdapat hipotesis bahwa skizofrenia adalah gangguan perkembangan saraf. Kelainan perkembangan saraf dimulai pada janin sejak akhir pertama atau trimester kedua awal (Buckley, 2010). Paparan dari lingkungan yang merugikan selama periode perinatal seperti infeksi virus, malnutrisi janin, atau prematur dapat menyebabkan kelainan perkembangan saraf pada janin. Selain itu, kelainan struktural seperti pembesaran ventrikel lateral dapat dijadikan sebagai penyebab kelainan perkembangan saraf pada pasien skizofrenia (Kim, 2016).

c. Hipotesis neuroanatomi

Hipotesis ini berfokus pada perubahan neuroanatomi yang terlihat pada pemindaian *Positron Emission Tomography* (PET) dan *Functional Magnetic Resonance Imaging* (fMRI) (Hany M, Rehman B, Azhar Y, 2022). Volume otak yang berkurang pada pasien skizofrenia, dihasilkan akibat berkurangnya kepadatan akson, dendrit, dan sinapsis yang memediasi fungsi asosiatif otak (Sadock dan Ruiz, 2015).

Figure 1 Pathophysiology of Schizophrenia<sup>45</sup>

Gambar 1. Patofisiologi Skizofrenia (Patel dkk., 2014)

### 2.1.5 Klasifikasi

Terdapat lima sub tipe skizofrenia telah dijelaskan berdasarkan presentasi klinisnya yaitu skizofrenia paranoid, skizofrenia tidak terorganisir, skizofrenia katatonik, skizofrenia tidak berdiferensiasi, dan skizofrenia residual (Sadock dan Ruiz, 2015). Edisi kelima dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) tidak lagi menggunakan klasifikasi sub tipe ini dan telah digabungkan ke dalam klasifikasi skizofrenia terbaru menurut revisi ke-10 dari *International Statistical Classification of Diseases dan Related Health Problems* (ICD-10) yaitu:

#### a. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia dengan gejala dominan yaitu waham yang cukup stabil, tak jarang terjadi paranoid, umumnya disertai dengan halusinasi, terutama pada variasi pendengaran, dan gangguan persepsi. Gangguan afek,

kemauan serta bicara, dan tidak terdapat tanda-tanda katatonik atau relatif tak mencolok (WHO, 2016). Pasien dengan skizofrenia paranoid biasanya memiliki episode penyakit pertama mereka pada usia yang lebih tua daripada pasien dengan skizofrenia katatonik atau tidak terorganisir (Sadock, dan Ruiz, 2015).

b. Skizofrenia Hebefrenik

Bentuk skizofrenia dengan perubahan afektif yang menonjol, delusi serta halusinasi cepat berlalu dan terpisah-pisah, sikap yang tak bertanggung jawab dan tak bisa diprediksi, suasana hati dangkal dan tidak sesuai, pikiran tidak teratur, serta ucapan yang tidak koheren (WHO, 2016).

c. Skizofrenia Katatonik

Gejala dominan yaitu gangguan psikomotor yang menonjol yang bisa bergantian contohnya gangguan pemusatan perhatian serta pingsan, atau kepatuhan otomatis dan perilaku negatif. Ciri khas mencolok dari skizofrenia katatonik yaitu episode kegembiraan yang hebat (WHO, 2016).

d. Skizofrenia Tak Terdiferensiasi

Keadaan psikotik yang memenuhi syarat diagnostik umum untuk skizofrenia namun tak sesuai dengan salah satu subtype skizofrenia, atau terlihat gejala lebih dari satu namun tidak ada dominasi yang jelas dari kumpulan ciri diagnostik tertentu (WHO, 2016).

e. Depresi Pasca-Skizofrenia

Suatu episode depresi yang muncul setelah penyakit skizofrenia dan dapat terjadi berkepanjangan Beberapa tanda-tanda, seperti gejala positif maupun gejala negatif, wajib ada namun tidak dominan. Kondisi depresi ini dihubungkan dengan peningkatan risiko bunuh diri. Jika tak ada gejala skizofrenia, episode depresi wajib di diagnosis.

Apabila tanda-tanda skizofrenia masih dominan, diagnosis wajib sesuai berdasarkan subtype skizofrenia yang ada (WHO, 2016).

f. Skizofrenia Residual

Suatu tahap kronis pada perkembangan skizofrenia yaitu terdapat perkembangan yang jelas dari tahap awal ke tahap selanjutnya yang ditandai dengan gejala negatif jangka panjang, meskipun tak selalu bisa kembali (*irreversible*) (WHO, 2016).

g. Skizofrenia Sederhana

Suatu gangguan di mana terdapat perkembangan keanehan perilaku yang berbahaya tetapi progresif, tak mampu untuk memenuhi tuntutan masyarakat, serta penurunan kinerja total. Ciri-ciri negatif yang khas dari skizofrenia residual (contohnya afek yang tumpul dan hilangnya kemauan) berkembang tanpa didahului oleh gejala psikotik yang jelas (WHO, 2016).

h. Skizofrenia Lainnya

Terdapat beberapa jenis skizofrenia yang tergolong ke dalam skizofrenia lainnya yaitu gangguan psikosis delusi akut, skizofrenia pseudoneurotik, skizofrenia onset dini, skizofrenia onset Akhir, serta defisit skizofrenia (Sadock dan Ruiz, 2015).

i. Skizofrenia Tak Tergolongkan

Skizofrenia yang tidak dapat masuk ke dalam salah satu jenis atau jenis lainnya dalam klasifikasi skizofrenia (Sadock dan Ruiz, 2015).

### 2.1.6 Gejala Klinis

Gejala episode akut pada skizofrenia yaitu tak bisa membedakan kenyataan, halusinasi terutama mendengar suara, pikiran yang dikendalikan oleh tekanan eksternal (delusi), proses berpikir terputus, percakapan tidak logis (alogia), pikiran yang bertentangan (ambivalensi),



afek datar, merasa tidak pantas atau labil, tidak kooperatif, serangan lisan atau fisik, gangguan keterampilan pada perawatan diri, serta gangguan nafsu makan dan gangguan tidur. Setelah episode psikotik akut, biasanya terdapat episode residual contohnya, kecemasan, kecurigaan, kehilangan minat dan motivasi, wawasan yang buruk, gangguan penilaian, penarikan sosial, sulit belajar dari pengalaman. Umumnya terjadi gangguan penyalahgunaan zat serta ketidakpatuhan dengan pengobatan (Wells *dkk.*, 2017; Nuryati dan Kresnowati, 2018).

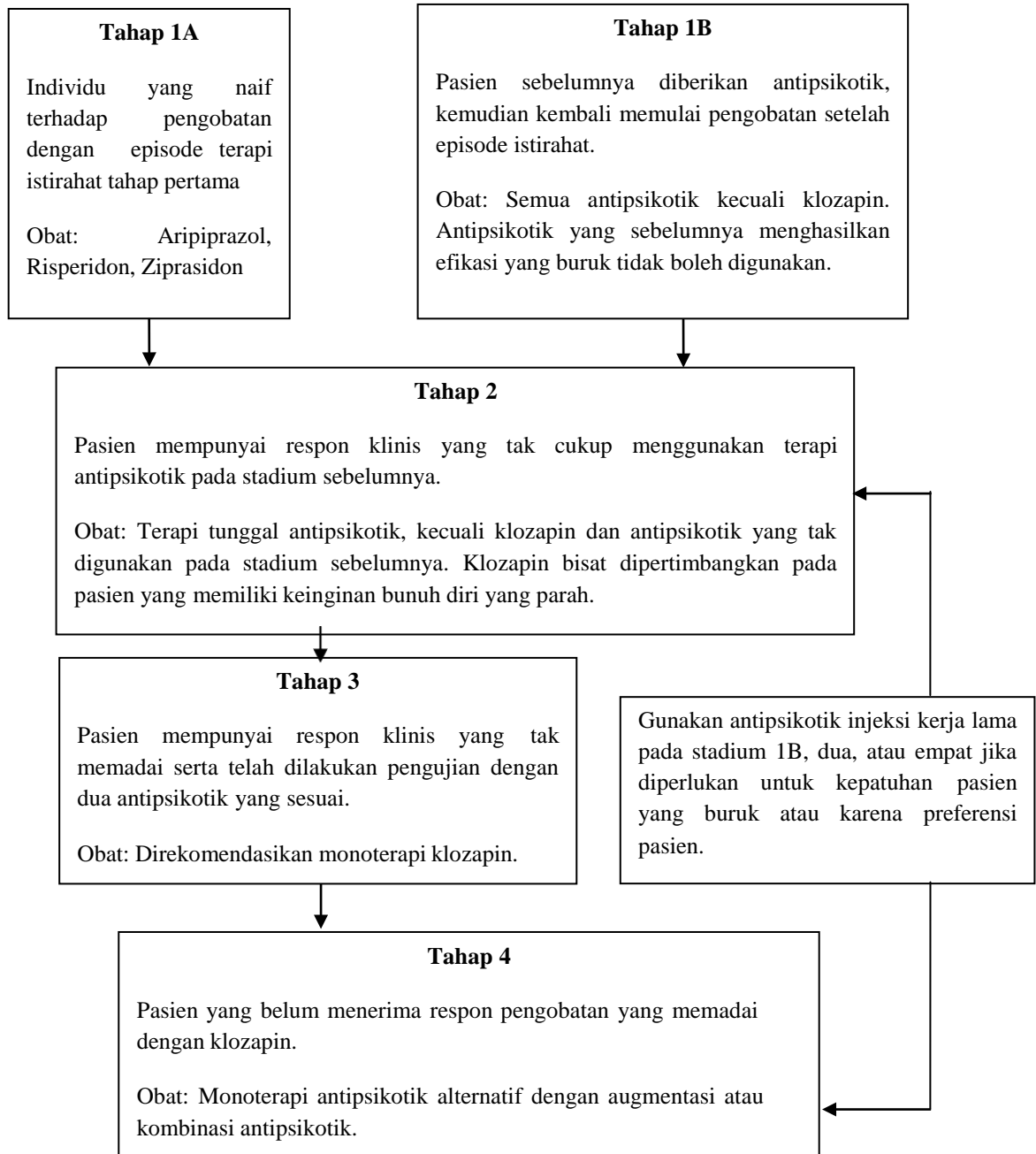
Gejala-gejala dasar dari skizofrenia adalah gejala positif, gejala negatif, serta kognitif yang melemah. Gejala positif yang meliputi delusi dan halusinasi, disebut juga gejala psikotik dimana terjadi kehilangan kontak dengan kenyataan. Gejala positif biasanya memiliki kecenderungan untuk kambuh dan hilang, namun terdapat pula beberapa pasien yang merasakan sisa gejala positif secara berkepanjangan. Gejala negatif meliputi gangguan motivasi spesifik (amotivasi), penurunan bicara, dan penarikan diri dari kehidupan sosial. Kognitif yang melemah terdiri dari ucapan, perhatian, pikiran yang tidak teratur, sehingga pada akhirnya mengganggu kemampuan seseorang untuk berkomunikasi. Gejala negatif mapupun kognitif memiliki kecenderungan menjadi kronis serta terkait dengan efek jangka panjang pada fungsi sosial (Fatani, Aldawod dan Alhawaj, 2017; McCutcheon, Marques dan Howes, 2020).

## **2.2 Tatalaksana**

Tujuan tatalaksana skizofrenia yaitu mengurangi gejala, mencegah efek samping, meningkatkan fungsi psikososial serta produktivitas, mencapai kepatuhan terapi, mempersatukan pasien kembali ke masyarakat, mencegah kekambuhan, dan melibatkan pasien dalam perencanaan pengobatan (Wells *dkk.*, 2017).

### 2.2.1 Algoritma Terapi

Algoritma farmakoterapi lainnya yang disarankan untuk pengobatan skizofrenia yaitu:



**Gambar 2.** Guideline Algoritma Terapi Skizofrenia (Wells dkk., 2017)

Pada skizofrenia episode pertama, dosis antipsikotik dimulai dari dosis terendah berdasarkan rentang dosis. Untuk mencegah kekambuhan selama periode 1 tahun, injeksi risperidon kerja lama lebih efektif daripada risperidon oral. Pada tahap 4, ziprasidone 80 mg/hari dapat ditambahkan bersamaan dengan Klozapin untuk memperbaiki psikopatologi umum termasuk gejala negatif. Antipsikotik tambahan, *mood stabilizer*, atau terapi elektrokonvulsif (ECT) juga dapat digunakan sebagai terapi tambahan bersama klozapin. Prediktor yang mempengaruhi respon terapi antipsikotik yaitu berdasarkan respon sebelumnya terhadap obat yang dipilih, tidak adanya penggunaan alkohol atau penyalahgunaan obat, onset akut dan durasi penyakit yang singkat, faktor pencetus, onset usia lanjut, gejala afektif, riwayat keluarga penyakit afektif, kepatuhan pengobatan, dan penyesuaian premorbid yang baik. Respon disforik awal, yaitu ketidaksukaan terhadap obat tertentu atau perasaan lebih buruk, munculnya kecemasan atau akatisia, menandakan respon obat yang buruk, efek samping, dan ketidakpatuhan pengobatan (Wells dkk., 2017).

### **2.2.2 Terapi Antipsikotik**

Menurut *American Psychiatric Association* (APA), antipsikotik generasi kedua (atipikal) adalah agen pilihan untuk pengobatan lini pertama skizofrenia kecuali klozapin. Antipsikotik generasi kedua biasanya lebih disukai daripada antipsikotik generasi pertama karena dikaitkan dengan gejala ekstrapiramidal yang lebih minimal. Namun, antipsikotik generasi kedua cenderung memiliki efek samping metabolik, seperti penambahan berat badan, hiperlipidemia, dan diabetes mellitus. Efek samping ini dapat berkontribusi terhadap peningkatan risiko kematian akibat kardiovaskular yang diamati pada pasien skizofrenia (Patel dkk., 2014).

**Tabel 1.** Daftar Obat Antipsikotik, Dosis, dan Sediaannya

Obat Antipsikotik	Dosis (mg/hari)	Bentuk Sediaan
Antipsikotik Generasi Pertama (Tipikal)		
Klorpromazin	300 – 1000	Tablet 25 mg dan 100 mg
Perfenazin	16 – 64	Tablet 4 mg
Trifluoperazin	15 – 50	Tablet 1 mg dan 5 mg
Haloperidol	5 – 20	Tablet 0.5 mg, 1.5 mg, 2 mg, 5 mg, injeksi kerja cepat 5 mg/mL, tetes 2 mg/5 mL, dan injeksi kerja lama 50mg/mL
Antipsikotik Generasi Kedua (Tipikal)		
Aripiprazol	10 – 30	Tablet 5 mg, 10 mg, 15 mg, tetes 1 mg/mL, <i>discmelt</i> 10 mg, 15 mg, injeksi (9.75 mg/mL)
Klozapin	150 – 600	Tablet 25 mg dan 100 mg
Olanzapin	10 – 30	Tablet 5 mg, 10 mg, <i>zypdis</i> 5 mg, 10 mg, injeksi 10 mg/mL
Quetiapin	300 – 800	Tablet IR 25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg, tablet XR 50 mg, 300 mg, 400 mg
Risperidon	2 – 8	Tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg, tetes 1 mg/mL, injeksi kerja lama 25 mg, 37.5 mg, 50 mg
Paliperidon	3 – 9	Tablet 3 mg, 6 mg, dan 9 mg
Zotepin	75 – 150	Tablet 25 mg dan 50 mg

Sumber: (Menkes RI, 2015)

### **2.2.3 Tatalaksana Fase Akut**

Terapi pada fase akut bertujuan mencegah pasien melukai dirinya atau orang lain, mengendalikan perilaku yang merusak, mengurangi beratnya gejala psikotik dan gejala terkait lainnya misalnya agitasi, agresi dan gaduh gelisah (Menkes RI, 2015). Pada fase akut, pengobatan wajib diberikan segera setelah diagnosis ditegakkan dan dimulai dari dosis pedoman, kemudian ditingkatkan dengan cara bertahap pada waktu satu hingga tiga minggu, sampai tercapai dosis optimal untuk mengendalikan gejala pasien skizofrenia. Jika ada respon yang buruk terhadap obat, harus ada penilaian kepatuhan obat, kemudian jika tidak ada respons terhadap pengobatan setelah 4 minggu, meskipun sudah diberikan dosis optimal, maka perubahan antipsikotik harus disetujui (Menkes RI, 2015; Remington dkk., 2017).

### **2.2.4 Tatalaksana Pengobatan Lanjutan atau Fase Stabilisasi**

Fase ini dimulai setelah gejala akut berkurang dan keparahan berlangsung selama sekitar 6-12 bulan. Tatalaksana pada fase ini termasuk pengobatan berkelanjutan, pemantauan respons dan efek samping, serta diberikan intervensi psikososial. Obat-obatan dilanjutkan berdasarkan preferensi pada dosis yang sama selama 6-12 bulan ke depan (Grover dkk., 2017). Pada fase stabilisasi bisa diberikan obat antipsikotik jangka panjang, setiap 2 hingga 4 minggu (Menkes RI, 2015).

### **2.2.5 Tatalaksana Fase Pemeliharaan**

Menurut pedoman *American Psychiatric Association* tujuan utama pengobatan dalam fase pemeliharaan skizofrenia adalah mempertahankan remisi, meningkatkan kualitas hidup pasien dan mencegah kekambuhan (Kirli dan Alptekin, 2021). Pada fase pemeliharaan dengan obat antipsikotik dapat diberikan dosis reguler rendah atau sedang sekitar 300 hingga 400 mg Klorpromazin, 4 hingga 6 mg Risperidon (Remington dkk., 2017).

## **2.3 Kepatuhan Terapi**

### **2.3.1 Pengertian Kepatuhan Terapi**

Kepatuhan terapi umumnya didefinisikan sebagai sejauh mana penggunaan obat pada pasien sesuai atau sejalan dengan rekomendasi dari resep obat yang diberikan. Sedangkan ketidakpatuhan mencakup penggunaan obat yang kurang atau berlebihan. Pasien dianggap tidak patuh jika mereka melewatkan 20% dari pengobatan. Pada skizofrenia, risiko kekambuhan serta rawat inap kembali (hospitalisasi) tergantung pada faktor-faktor seperti keparahan penyakit dan risiko kekambuhan, tingkat dukungan psikososial, serta efektivitas pengobatan (Phan, 2016).

### **2.3.2 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Terapi**

Beberapa faktor yang diketahui dapat memengaruhi kepatuhan terapi yaitu:

#### **a. Faktor Pasien**

Faktor pasien dikelompokkan ke dalam tujuh kategori yaitu kesehatan mental dan fisik, sosiodemografi, riwayat medis di masa lalu, perilaku, pengetahuan atau keyakinan pasien serta faktor lainnya (Yap, Thirumorthy dan Kwan, 2016). Faktor-faktor yang secara konsisten mempengaruhi ketidakpatuhan pada pasien dengan skizofrenia adalah kurangnya wawasan, sikap terhadap penyakit mereka, pengalaman masa lalu terhadap penyakit mereka dan pengobatannya, penyalahgunaan obat, reaksi obat yang merugikan serta kurangnya dukungan sosial (Eticha dkk., 2015).

#### **b. Faktor Terkait Penyakit**

Beberapa gejala skizofrenia dapat menghambat kemampuan pasien untuk bekerja sama selama proses pengobatan. Faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit, contohnya keparahan gejala serta

kurangnya pemahaman penyakit yang dapat memengaruhi kepatuhan terapi (Higashi dkk., 2013).

c. Faktor Terkait Pengobatan

Faktor-faktor ini dibagi kedalam empat kategori yaitu obat, rejimen obat, penanganan obat dan faktor lainnya. Faktor obat terdiri dari formulasi, pengemasan, jenis obat, penggantian obat generik dan masalah penyimpanan obat. Faktor rejimen obat terdiri dari polifarmasi, perubahan rejimen terapi, dan rejimen dosis yang kompleks. Faktor penanganan obat yaitu penggunaan kotak obat, kebutuhan untuk memotong tablet, kesulitan membuka wadah, dan hambatan logistik untuk pengisian obat. Faktor lainnya termasuk biaya dan kurangnya asuransi, reaksi obat yang merugikan, interaksi obat, instruksi pelabelan yang kurang jelas, obat-obatan jangka pendek dan kurangnya efek langsung dari dosis yang terlewat (Yap, Thirumoorthy dan Kwan, 2016). Alasan subjektif yang memengaruhi ketidakpatuhan pasien adalah terkait pelaporan efek samping yang dirasakan. Efek samping yang persisten terutama penambahan berat badan pada wanita dan sedasi yang berlebihan dapat berkontribusi sebagai faktor yang memengaruhi kepatuhan pasien terhadap pengobatannya (Higashi dkk., 2013).

d. Faktor Tenaga Kesehatan

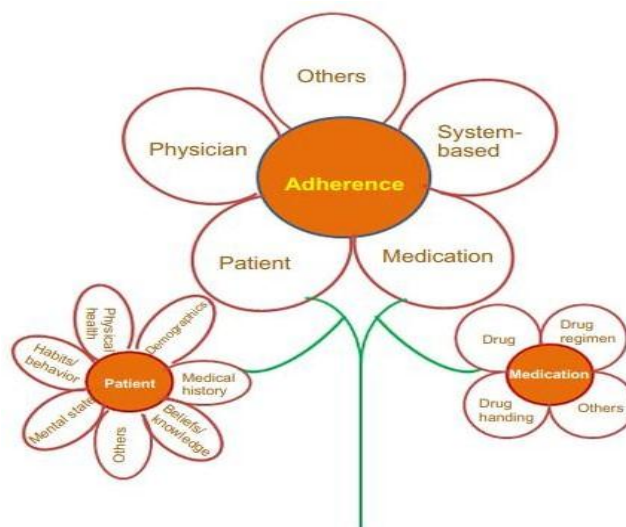
Faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi pasien dalam hal ini meliputi kurangnya pengetahuan farmakologi, kemampuan empati oleh tenaga kesehatan, kurangnya keterlibatan pasien, kurangnya kepercayaan terhadap profesionalisme tenaga kesehatan, kurangnya ulasan tentang obat dan ketidakpuasan dengan kunjungan tenaga kesehatan, serta komunikasi yang buruk. Secara umum, komunikasi dengan pertanyaan terbuka antara pasien dengan tenaga kesehatan dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan pasien (Holt dkk., 2014; Kementerian Kesehatan RI, 2021).

e. Faktor Lingkungan Sekitar

Faktor lingkungan sekitar yang suportif diperlukan bagi pasien skizofrenia yang sedang menjalani pengobatan. Dukungan dari keluarga yang memadai dan dilakukan berulang kepada pasien, dapat meningkatkan kepatuhan karena pasien merasakan adanya penyemangat hidup dan dukungan dari lingkungan sekitar (Refnandes dan Almaya, 2021).

f. Faktor Berbasis Sistem

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi pasien yaitu kurangnya edukasi pasien, kurangnya tinjauan pengobatan, kurangnya tindak lanjut, kurangnya jadwal pengobatan, durasi resep yang lebih pendek, durasi terapi yang berdekatan untuk kondisi yang berbeda (Yap, Thirumoorthy dan Kwan, 2016).



**Gambar 3.** Model Bunga Kepatuhan Terapi (Yap, Thirumoorthy dan Kwan, 2016)

### 2.3.3 Cara Mengukur Kepatuhan Terapi

Kepatuhan biasanya diukur selama periode tertentu dari waktu ke waktu yang dapat dinyatakan dengan persentase, serta memberikan informasi tentang perilaku pengobatan pasien terkait dengan apa yang telah diresepkan. Dalam beberapa kasus, kepatuhan dinyatakan sebagai variabel



dikotomis yaitu patuh atau tidak patuh dan dapat juga dinyatakan sebagai suatu tingkatan kepatuhan yaitu kepatuhan rendah atau tinggi (Anghel, Farcas dan Oprean, 2019). Cara mengukur kepatuhan terapi dibagi menjadi dua yaitu:

a. Metode Pengukuran Langsung

Metode ini dapat dilakukan dengan pengukuran konsentrasi obat atau metabolitnya dalam cairan tubuh, seperti darah atau urin. Pengukuran secara langsung dianggap paling akurat dan dapat digunakan sebagai bukti fisik untuk membuktikan bahwa pasien sudah mengonsumsi obat, tetapi hasil dari pengukuran ini tidak bisa memberikan pola penyebab ketidakpatuhan pengobatan pasien. Selain itu, pengukuran langsung juga dapat memberikan tekanan dan kecemasan pada pasien (Lam dan Fresco, 2015).

b. Metode Pengukuran Tidak Langsung

Metode tidak langsung lebih sering digunakan dalam penelitian kepatuhan. Cara pengukuran metode tidak langsung yaitu dengan menghitung jumlah pil pasien, penggunaan perangkat pemantauan elektronik, penggunaan catatan kesehatan elektronik, dan pengukuran yang dilaporkan sendiri oleh pasien. Kuesioner adalah instrumen standar untuk mengukur tingkat kepatuhan yang dapat dilaporkan sendiri oleh pasien. Kuesioner digunakan untuk mengevaluasi kepatuhan terhadap rejimen pengobatan tertentu dan juga dapat memberikan informasi tambahan tentang sikap, perilaku, dan tujuan (Anghel, Farcas dan Oprean, 2019).

Kuesioner dapat menilai beberapa informasi berdasarkan jenis informasi yang akan dikumpulkan oleh peneliti yaitu:

- a. Hanya perilaku minum obat
- b. Perilaku konsumsi obat dan hambatan kepatuhan
- c. Hanya hambatan untuk kepatuhan

- d. Hanya keyakinan yang terkait dengan kepatuhan
- e. Hambatan dan keyakinan yang terkait dengan kepatuhan (Nguyen, Caze dan Cottrell, 2014).

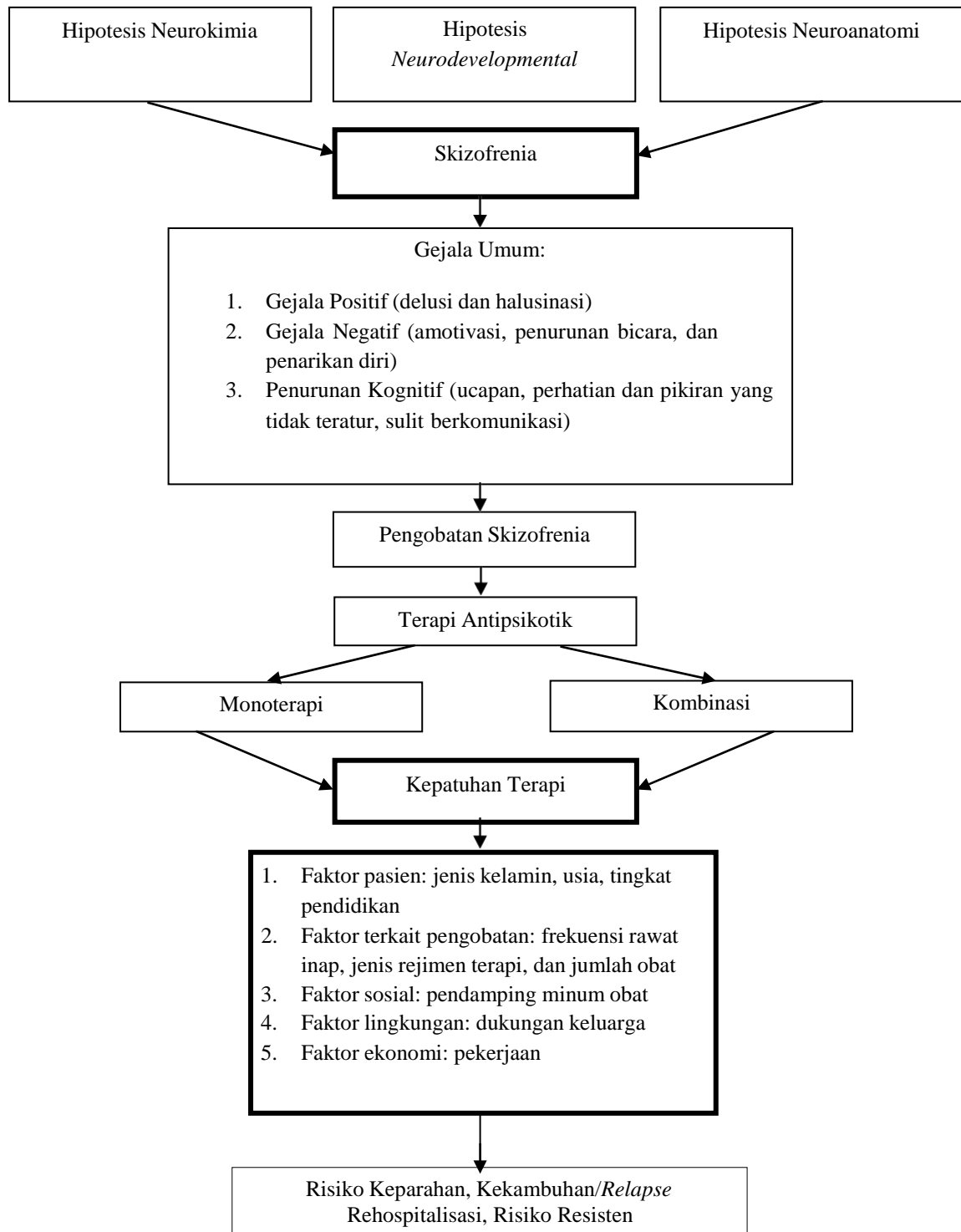
#### **2.4. Instrumen Untuk Mengukur Kepatuhan Terapi**

Berdasarkan *Drug Attitude Inventory* (DAI), instrumen kuesioner yang umum digunakan untuk mengukur kepatuhan psikiatri yaitu *Medication Adherence Report Scale* (MARS) (Lam dan Fresco, 2015). Jenis pertama dari kuesioner MARS pertama kali dikembangkan pada tahun 2000, mencakup 10 pertanyaan dengan jawaban ya atau tidak yang divalidasi untuk digunakan pada pasien dengan skizofrenia (Anghel, Farcas dan Oprean, 2019).

Kuesioner MARS terdiri dari 10 item pertanyaan yang dibagi ke dalam 3 dimensi. Pertanyaan 1 – 4 menggambarkan perilaku kepatuhan pengobatan, 5 – 8 menggambarkan sikap terhadap minum obat, 9 – 10 menggambarkan efek samping negatif dan sikap terhadap pengobatan psikotropika (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Skoring dikatakan patuh jika menjawab “Tidak” pada pertanyaan 1-6 dan 9- 10, dan “Ya” pada pertanyaan 7-8 (Ayu dan Novitayani, 2019). Perilaku kepatuhan pengobatan mengacu pada intensitas penggunaan obat selama durasi terapi dan ketekunan pasien selama durasi terapi secara keseluruhan. Sikap terhadap pengobatan psikotropika mengukur keyakinan tentang pengobatan, sedangkan efek samping negatif menilai efek samping sebagai faktor yang menghambat kepatuhan pengobatan pasien. Skor total MARS dapat berkisar antara 0 dan 10. Skor yang lebih tinggi menunjukkan kepatuhan pengobatan yang lebih baik (Owie, Olotu dan James, 2018).

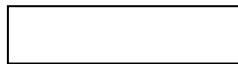
## 2.5 Kerangka Penelitian

### 2.5.1 Kerangka Teori



**Gambar 4.** Kerangka Teori (Phan, 2016; Yap, Thirumoorthy and Kwan, 2016; Fatani, Aldawod and Alhawaj, 2017; Wells dkk., 2017; Hany M, Rehman B, Azhar Y, 2022; Pandey and Kalita, 2022)

Keterangan:

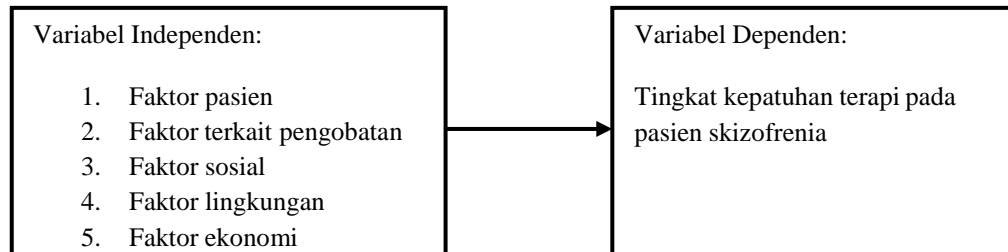


Tidak diteliti



Diteliti

### 2.5.2 Kerangka Konsep



**Gambar 5.** Kerangka Konsep

### 2.6 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

H<sub>0</sub>: Tidak terdapat hubungan antara faktor pasien, faktor pengobatan, faktor sosial, faktor lingkungan, dan faktor ekonomi terhadap tingkat kepatuhan terapi pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.

H<sub>a</sub>: Terdapat hubungan antara faktor pasien, faktor pengobatan, faktor sosial, faktor lingkungan, dan faktor ekonomi terhadap tingkat kepatuhan terapi pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **3.1 Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Menggunakan jenis penelitian observasional karena peneliti tidak memberikan intervensi atau perlakuan pada variabel. Penelitian observasional dimaksudkan hanya untuk mengamati fenomena alam atau sosial yang terjadi menggunakan sampel penelitian yang merupakan bagian dari suatu populasi (Masturoh, 2018). Bersifat analitik karena peneliti ingin mencari hubungan antar variabel untuk menerangkan kejadian atau fenomena yang diamati (Sastroasmoro, 2011). Penelitian ini menggunakan desain pendekatan *cross-sectional* karena variabel bebas dan variabel terikat yang terdapat pada subjek penelitian dinilai atau dianalisis secara bersamaan di waktu yang sama (Adiputra dkk., 2021).

### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

#### **3.2.1 Lokasi**

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung, Kabupaten Pesawaran.

#### **3.2.2 Waktu**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari 2023 - Februari 2023.

### 3.3 Subjek Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah objek penelitian yaitu manusia, hewan percobaan, data percobaan, dan sebagainya yang memenuhi karakteristik tertentu yang ditentukan oleh peneliti untuk diteliti dan ditarik kesimpulannya (Adiputra dkk., 2021). Populasi yang dipakai dalam penelitian ini ialah seluruh pasien skizofrenia yang datang untuk kontrol rutin dan menebus obat di Instalasi Farmasi RSJ Daerah Provinsi Lampung pada periode Januari 2023 - Februari 2023.

#### 3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi dan dianggap dapat mewakili populasi tersebut (Masturoh, 2018). Sampel penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagian pasien skizofrenia yang datang untuk kontrol rutin dan menebus obat di Instalasi Farmasi RSJ Daerah Provinsi Lampung serta telah lolos kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Pengambilan sampel menggunakan teknik *non-probability sampling* dengan metode *total sampling* karena jumlah populasi kurang dari 100. Teknik *non-probability sampling* tidak memberikan peluang yang sama bagi setiap anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel (Sandu, 2015). Pada metode *total sampling* semua anggota populasi digunakan sebagai sampel penelitian (Masturoh, 2018).

Untuk penelitian *cross-sectional* dapat menggunakan rumus estimasi proporsi (Masturoh, 2018). Jika besar populasi (N) diketahui maka rumus yang digunakan:

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)N}{d^2(N-1) + Z^2 p(1-p)}$$

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

- Z = Derajat kepercayaan (biasanya pada tingkat 95% = 1,96)  
 p = Proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi, bila tidak diketahui proporsinya, ditetapkan 50% (0,50)  
 d = Derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan: 10% (0,10), 5% (0,05).

Berdasarkan hasil presurvei populasi pasien skizofrenia di salah satu bangsal perawatan yaitu sebanyak 95 pasien, dan menurut data Risesdas proporsi kasus ketidak patuhan terapi sebesar 36.1%, maka perhitungan sampel minimal pada penelitian ini yaitu:

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)N}{d^2(N-1) + Z^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{1,96^2 0,36(1-0,36)95}{0,05^2(95-1) + 1,96^2 0,36(1-0,36)}$$

$$n = \frac{84,0849}{1,120}$$

$$n = 75 + 10\% = 82 \text{ sampel}$$

### 3.3.2.1 Kriteria Inklusi

- Pasien dan pendamping atau keluarga bersedia diwawancara menjadi responden dan mengisi kuesioner
- Pasien yang belum pernah mendapat pengukuran kepatuhan
- Berusia 18 – 60 tahun dengan diagnosis skizofrenia serta mendapatkan terapi antipsikotik oral, dan obat tambahan *mood stabilizer*, antidepresan, dan antimuskaridik
- Pasien sudah terkendali dan dapat diajak berkomunikasi
- Pasien dengan data rekam medik lengkap meliputi identitas lengkap, diagnosis, tatalaksana, tanggal masuk rumah sakit, tanggal keluar rumah sakit

### 3.3.2.2 Kriteria Eksklusi

- a. Pasien atau pendamping/keluarga yang tidak bersedia diwawancara
- b. Memiliki defisit kognitif yang mengganggu proses wawancara
- c. Memiliki gangguan pendengaran
- d. Pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi tunggal injeksi dekanostat yang disuntikkan oleh perawat

## 3.4 Identifikasi Variabel Penelitian

### 3.4.1 Variabel Bebas (Independen)

Faktor – faktor yang memengaruhi kepatuhan terapi pada pasien skizofrenia.

### 3.4.2 Variabel Terikat (Dependen)

Kepatuhan terapi pada pasien skizofrenia yang dibagi menjadi dua kelompok yaitu kepatuhan terapi tinggi dan kepatuhan terapi rendah.

## 3.5 Definisi Operasional

**Tabel 2.** Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel bebas:					
1.	Usia	Usia adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun	Wawancara	Rentang usia dikategorikan dalam 3 kategori: 1. 18 – 25 tahun 2. 26 – 45 tahun 3. 46 – 60 tahun	Ordinal
2.	Jenis kelamin	Jenis kelamin adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seorang itu dilahirkan	Wawancara	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal



---

3.	Pendidikan	Perbedaan jenjang pendidikan seseorang	Wawancara	Tingkat Pendidikan 1. Pendidikan Dasar (SD & SMP) 2. Pendidikan Menengah (SMA, SMK, MA) 3. Pendidikan Tinggi (D3, S1, S2)	Ordinal
4.	Pendamping minum obat	Keluarga pasien yang bertugas mengawasi dan mengingatkan pasien untuk minum obat (Wa Ichda, Maharani dan Suryoputri, 2019).	Wawancara	Pendamping minum obat: 1. Tidak ada 2. Ada	Nominal
5.	Frekuensi rawat inap	Berapa kali pasien mendapatkan perawatan inap di rumah sakit	Wawancara dan data rekam medik	Frekuensi rawat inap dibagi ke dalam 3 rentang tingkatan  1. Tidak pernah rawat inap 2. Rawat inap $\leq 2$ kali 3. Rawat inap $\geq 3$ kali	Ordinal
6.	Jenis terapi	Terapi antipsikotik yang digunakan oleh pasien	Rekam medik	1. Antipsikotik tipikal 2. Antipsikotik atipikal 3. Kombinasi Antipsikotik 4. Kombinasi dengan obat lain ( <i>mood stabilizer</i> , antidepresan, antimuskarinik)	Ordinal

---

7.	Jumlah obat	Banyaknya obat yang digunakan pasien	Rekam medik	1. Sedikit ( $\leq 2$ obat) 2. Banyak ( $\geq 3$ obat)	Ordinal
8	Dukungan keluarga	Dukungan keluarga dalam memberikan informasi, harapan, dan motivasi kepada pasien	Wawancara dan kuesioner	1. Dukungan rendah (jika skor jawaban $< 50\%$ ) 2. Dukungan tinggi (jika skor jawaban $\geq 50\%$ )	Ordinal
9	Pekerjaan	Status pekerjaan keluarga pasien	Wawancara dan kuesioner	1. Tidak Bekerja 2. Bekerja	Nominal
	Variabel terikat:				
1.	Kepatuhan terapi	Kepatuhan pasien terhadap terapi yang diberikan sesuai dengan rekomendasi dari resep obat (Phan, 2016)	Kuesioner MARS ( <i>Medication Adherence Report Scale</i> )	Tingkat kepatuhan terapi dikategorikan menjadi: 1. Tingkat kepatuhan rendah dengan total skor $\leq 5$ 2. Tingkat kepatuhan tinggi dengan total skor $\geq 6$	Ordinal

---

### 3.6 Instrumen dan Prosedur Penelitian

#### 3.6.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang digunakan untuk melihat kepatuhan terapi pasien serta karakteristik sampel penelitian. Selain itu dalam penelitian ini juga menggunakan rekam medik pasien skizofrenia yang menjadi responden penelitian di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. Data yang diperoleh akan dikumpulkan dan dicatat.

### 3.6.2 Jenis dan Teknik Pengambilan Data

Data dikumpulkan menggunakan data primer dari hasil kuesioner MARS dengan melakukan wawancara langsung kepada pasien dan data sekunder dari rekam medis pasien di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. Lembar kuesioner terdiri dari tiga bagian. Bagian pertama berisi lembar persetujuan (*informed consent*) untuk ikut serta dalam penelitian. Bagian kedua berisi data karakteristik sampel penelitian dan data faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi. Bagian ketiga digunakan untuk mengambil data tentang dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian. Bagian keempat digunakan untuk mengambil data tentang tingkat kepatuhan terapi pasien dengan menggunakan instrumen MARS yang terdiri dari 10 pertanyaan. Pertanyaan 1 – 4 menggambarkan perilaku kepatuhan pengobatan, 5 – 8 menggambarkan sikap terhadap minum obat, 9 – 10 menggambarkan efek samping negatif dan sikap terhadap pengobatan psikotropika. Untuk mengetahui jenis terapi antipsikotik dan jumlah obat yang digunakan pasien dengan melihat data rekam medis pasien.

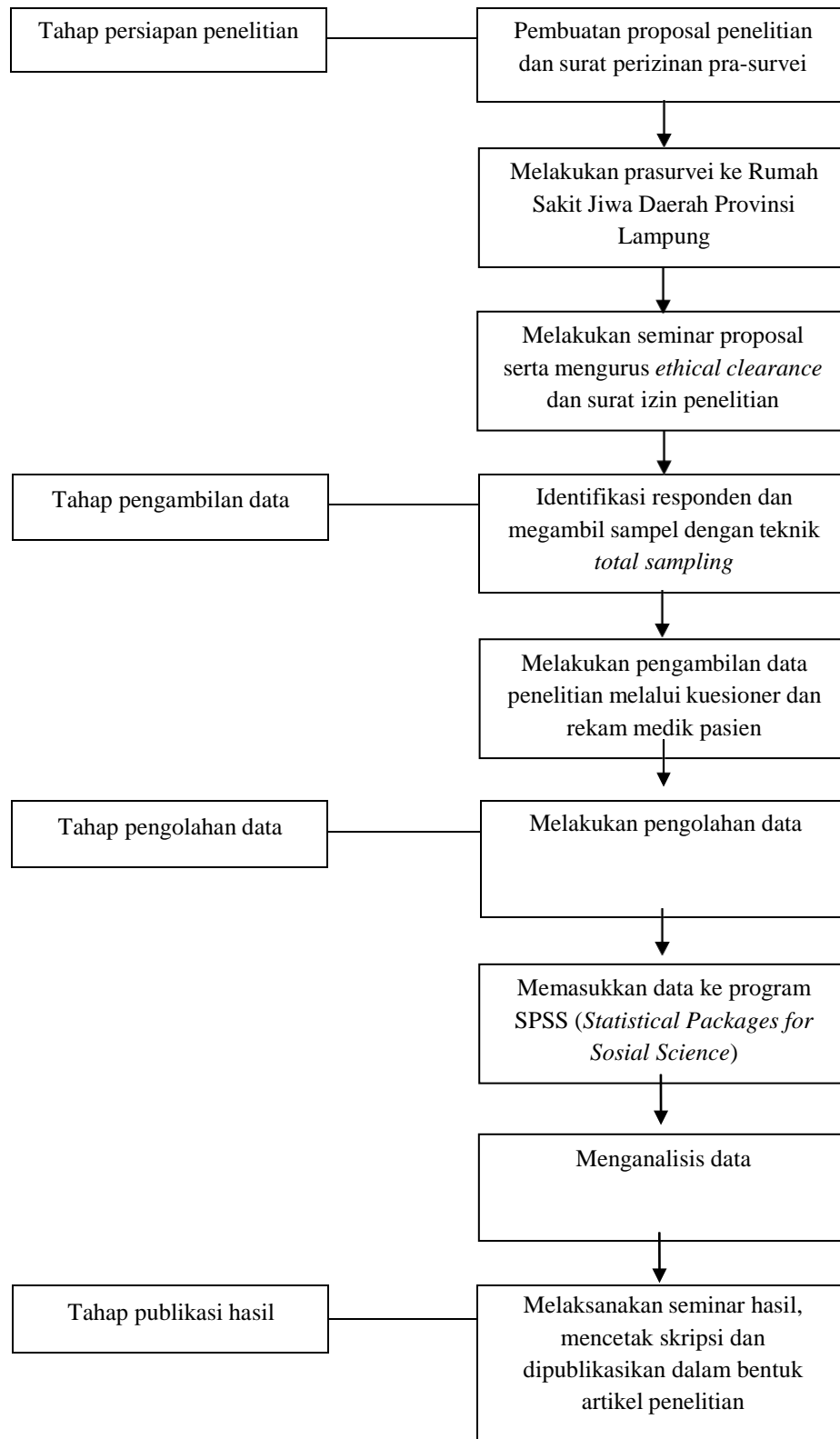
### 3.6.3 Prosedur Penelitian

Berikut merupakan prosedur penelitian ini:

1. Melakukan persiapan penelitian berupa pra-survei di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.
2. Melakukan persiapan penelitian berupa *Ethical Clearance* di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
3. Mengurus perizinan untuk pengambilan data di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.
4. Mengambil data primer dengan kuesioner pada pasien skizofrenia yang datang untuk kontrol rutin dan menebus obat di Instalasi Farmasi RSJ Daerah Provinsi Lampung

5. Mengambil data sekunder di Bagian Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. Data yang diambil kemudian dipilih kembali sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
6. Data yang telah diperoleh kemudian dianalisis secara univariat dan bivariat
  - a. Analisis univariat digunakan untuk memperoleh deskripsi karakteristik pada masing-masing variabel yaitu variabel bebas dan terikat.
  - b. Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas dan terikat.
  - c. Analisis multivariat digunakan untuk untuk menguji hubungan antara beberapa variabel bebas (*multiple* variabel) dan satu atau lebih variabel terikat.
7. Menarik kesimpulan dan pelaporan terhadap penelitian yang telah dilaksanakan.

### 3.7 Alur Penelitian



**Gambar 6.** Diagram Alur Penelitian

### 3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner MARS

Pada penelitian ini menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner *Medication Adherence Rating Scale* (MARS) untuk mengukur tingkat kepatuhan terapi dan kuesioner dukungan keluarga untuk mengukur tingkat dukungan keluarga terhadap pasien. Penelitian menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya agar kuesioner tersebut dapat mengukur apa yang seharusnya diukur dan dapat dipercaya untuk dijadikan sebagai instrumen penelitian. Pada uji validitas dan reliabilitas ini menggunakan 60 responden yang tidak diikutkan ke dalam sampel penelitian.

#### 3.8.1 Uji Validitas

Alat ukur atau instrumen penelitian dikatakan valid jika nilai signifikansi *2-tailed*  $\leq \alpha$  (0,05) dan *r* hitung lebih besar dari *r* tabel (0,254) (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini instrumen yang digunakan yaitu kuesioner *Medication Adherence Rating Scale* (MARS) yang terdiri dari 10 pertanyaan mengenai kepatuhan minum obat oleh pasien skizofrenia dan kuesioner dukungan keluarga yang terdiri dari 15 pertanyaan. Data validitas dapat dilihat pada Tabel 3 dan 4:

**Tabel 3.** Hasil Uji Validitas Kuesioner MARS

Pertanyaan	Sig.(2-tailed)	r hitung	Keterangan
1	0,000	0,667	Valid
2	0,000	0,645	Valid
3	0,005	0,361	Valid
4	0,013	0,319	Valid
5	0,000	0,445	Valid
6	0,000	0,452	Valid
7	0,000	0,634	Valid
8	0,017	0,308	Valid
9	0,000	0,610	Valid
10	0,000	0,736	Valid

Berdasarkan Tabel 3 dapat diketahui bahwa 10 pertanyaan yang terdapat pada kuesioner MARS semuanya memiliki nilai signifikansi *2-tailed*  $\leq \alpha$  (0,05) dan memiliki *r* hitung lebih besar dari *r* tabel

(0,254), sehingga disimpulkan bahwa pertanyaan pada kuesioner MARS dapat dinyatakan valid.

**Tabel 4.** Hasil Uji Validitas Kuesioner Dukungan Keluarga

Pertanyaan	Sig.(2-tailed)	r hitung	Keterangan
1	0,013	0,319	Valid
2	0,000	0,560	Valid
3	0,004	0,364	Valid
4	0,000	0,552	Valid
5	0,000	0,559	Valid
6	0,000	0,462	Valid
7	0,000	0,673	Valid
8	0,000	0,586	Valid
9	0,000	0,509	Valid
10	0,001	0,428	Valid
11	0,000	0,572	Valid
12	0,000	0,609	Valid
13	0,000	0,576	Valid
14	0,000	0,531	Valid
15	0,003	0,378	Valid

Berdasarkan Tabel 4 dapat diketahui bahwa 15 pertanyaan yang terdapat pada kuesioner dukungan keluarga semuanya memiliki nilai signifikansi  $2\text{-tailed} \leq \alpha$  (0,05) dan memiliki r hitung lebih besar dari r tabel (0,254), sehingga disimpulkan bahwa pertanyaan pada kuesioner dukungan keluarga dapat dinyatakan valid.

### 3.8.2 Uji Reliabilitas

Untuk menguji reliabilitas dilakukan dengan membandingkan *Cronbach Alpha*, jika nilai *Cronbach Alpha* lebih besar dari 0,6 maka pertanyaan kuesioner dapat dikatakan reliabel (Sujarweni, 2014).

**Tabel 5.** Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner MARS

<i>Cronbach Alpha</i>	Jumlah Pertanyaan
0,725	10

Hasil uji reliabilitas pada Tabel 5 menunjukkan nilai *cronbach alpha* untuk kuesioner MARS sebesar 0,725 sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner MARS dinyatakan reliabel.

**Tabel 6.** Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga

<i>Cronbach Alpha</i>	Jumlah Pertanyaan
0,731	15

Hasil uji reliabilitas pada Tabel 6 menunjukkan nilai *cronbach alpha* untuk kuesioner dukungan keluarga sebesar 0,731 sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner dukungan keluarga dinyatakan reliabel.

### 3.9 Pengolahan dan Analisis Data

#### 3.9.1 Pengolahan Data

Pada penelitian ini data diolah dengan perangkat lunak *Statistical Packages for Social Science* (SPSS), dengan langkah-langkah pengolahan sebagai berikut (Masturoh, 2018):

a. *Editing*

*Editing* merupakan proses penyuntingan data yang sudah dikumpulkan dari hasil pengisian kuesioner untuk diedit kelengkapan jawabannya. Pengeditan dilakukan karena adanya kemungkinan data yang masuk tidak memenuhi syarat atau tidak sesuai dengan kebutuhan penelitian. Pengeditan data dilakukan untuk melengkapi kekurangan atau menghilangkan kesalahan yang terdapat pada data.

b. *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan merubah data dalam bentuk huruf menjadi data dalam bentuk angka atau bilangan sebagai identitas. Kode yang diberikan dapat memiliki arti sebagai data kuantitatif yaitu data yang berbentuk skor.

c. *Data entry*

*Data entry* merupakan kegiatan mengisi kolom dengan kode yang telah dibuat sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan.



d. Tabulasi data

Tabulasi data merupakan proses membuat penyajian data dalam bentuk tabel sesuai dengan tujuan analisis yang dibutuhkan dalam penelitian.

e. *Processing*

Pemrosesan data adalah tahapan setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar serta telah dikode jawaban responden pada kuesioner diproses ke dalam aplikasi pengolahan data *Statistical Packages for Social Science (SPSS)*.

f. *Cleaning*

*Cleaning* data adalah pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan apakah sudah sesuai atau terdapat kesalahan pada saat memasukan data.

### 3.9.2 Analisis Data

**a. Analisis Univariat**

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik tiap variabel dalam penelitian meliputi karakteristik variabel bebas yaitu faktor – faktor yang memengaruhi kepatuhan terapi pada pasien skizofrenia dan variabel terikat yaitu kepatuhan terapi. Analisis univariat akan menghasilkan gambaran frekuensi atau jumlah dan persentase dari semua variabel yang diteliti (Dahlan, 2011).

**b. Analisis Bivariat**

Analisis bivariat yaitu uji untuk melihat hubungan variabel bebas dan terikat menggunakan uji statistik (Sastroasmoro, 2011). Kedua variabel dalam penelitian ini merupakan variabel pokok yang diduga memiliki korelasi antara hubungan faktor – faktor yang memengaruhi kepatuhan terhadap tingkat kepatuhan terapi pada pasien skizofrenia. Analisis bivariat yang digunakan pada penelitian ini yaitu dengan uji statistika *Chi-Square* karena data yang diambil merupakan data kategorik. Adapun persyaratan untuk uji *Chi-Square* yaitu:

1. Jumlah sampel total  $> 40$ , tanpa melihat nilai *expected* yaitu nilai yang dihitung apabila  $H_0$  benar.
2. Jumlah sampel antara 20 dan 40, dan semua nilai *expected* pada semua sel  $> 5$ .
3. Jika jumlah sampel total  $n < 20$ , atau jumlah sampel antara 20-40 ada nilai *expected* yang  $< 5$ , maka digunakan uji Fisher (Sastroasmoro, 2011).

**c. Analisis Multivariat**

Analisis multivariat digunakan untuk menguji hubungan antara beberapa variabel bebas dan satu atau lebih variabel terikat. Analisis multivariat yang umum digunakan dalam bidang kesehatan adalah analisis regresi logistik berganda dan analisis regresi linier berganda. Hal ini dikarenakan kedua teknik tersebut dapat memperoleh hubungan antar variabel dengan menghilangkan variabel lain, termasuk variabel perancu (Masturoh, 2018). Analisis regresi logistik terdiri dari beberapa langkah, pertama melakukan analisis bivariat terlebih dahulu menggunakan uji *Chi-Square*, kedua menyeleksi variabel yang akan dimasukkan ke dalam analisis regresi logistik yaitu variabel dengan nilai  $p < 0,25$ , ketiga melakukan analisis multivariat regresi logistik dengan metode *enter*, *forward*, dan *backward*, kemudian menginterpretasikan model akhir (Dahlan, 2011).

### **3.10 Etika Penelitian**

Pengambilan data pada penelitian ini berdasarkan dari data primer hasil wawancara pasien atau keluarga pasien dan data sekunder yang diambil dari rekam medik pasien. Pengajuan *ethical clearance* telah diajukan dan telah disetujui oleh bagian Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor 4393/UN26.18/PP.05.02.00/2022.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 106 pasien skizofrenia yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung periode Januari – Februari 2023 dapat disimpulkan bahwa:

1. Gambaran tingkat kepatuhan terapi pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yaitu sebanyak 69 pasien (65,1%) memiliki tingkat kepatuhan terapi tinggi dan sebanyak 37 pasien (34,9%) memiliki tingkat kepatuhan terapi rendah.
2. Mayoritas usia 26-45 tahun memiliki tingkat kepatuhan tinggi yaitu sebanyak 40 pasien (27,7%). Jenis kelamin laki-laki lebih banyak memiliki tingkat kepatuhan terapi tinggi yaitu sebanyak 43 pasien (40,6%). Pasien dengan tingkat pendidikan menengah (SMA sederajat) memiliki tingkat kepatuhan terapi tinggi yaitu sebanyak 36 pasien (34,0%). Pasien dengan pendamping minum obat memiliki kepatuhan terapi yang lebih tinggi yaitu sebesar 41 pasien (38,7) dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki pendamping minum obat. Mayoritas pasien yang tidak pernah dirawat inap memiliki tingkat kepatuhan terapi tinggi yaitu sebesar 49 pasien (46,2%). Pasien yang mendapat kombinasi antipsikotik dengan obat lain (antidepresan, *mood stabilizer*, atau antimuskarinik) memiliki tingkat kepatuhan terapi tinggi sebesar 68 pasien (64,2%). Mayoritas pasien dengan jumlah obat  $\geq 3$  memiliki tingkat kepatuhan terapi tinggi sebanyak 66 pasien (62,3%). Pasien dengan dukungan keluarga yang tinggi memiliki kepatuhan terapi tinggi yaitu sebanyak 67 pasien (63,2%). Berdasarkan status pekerjaan pasien yang

tidak bekerja cenderung lebih patuh terhadap pengobatannya yaitu dengan kepatuhan tinggi sebanyak 47 pasien (44,3%).

3. Berdasarkan hasil uji regresi logistik diperoleh hasil bahwa usia ( $p=0,244$ ), jenis kelamin ( $p=0,904$ ), dan pendamping minum obat ( $p=0,227$ ) tidak memiliki hubungan yang signifikan ( $p\text{-value} > 0,05$ ) dengan tingkat kepatuhan terapi pasien skizofrenia. Faktor yang memiliki pengaruh signifikan ( $p\text{-value} < 0,05$ ) terhadap kepatuhan terapi pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yaitu frekuensi rawat inap ( $p=0,001$ ), dukungan keluarga ( $p=0,000$ ), dan status pekerjaan ( $p=0,041$ ). Faktor dukungan keluarga ( $p=0,000$ ) merupakan faktor yang paling berhubungan signifikan dengan tingkat kepatuhan terapi pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.

## 5.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, peneliti memberikan saran bagi beberapa pihak melalui penelitian ini. Adapun saran yang diberikan sebagai berikut:

1. Bagi Tenaga Kesehatan

Untuk para tenaga kesehatan adanya upaya untuk meningkatkan kepatuhan terapi pasien dalam menghadapi proses terapi yang harus dijalani oleh pasien.

2. Bagi Rumah Sakit

Bagi rumah sakit, perlu dipertimbangkan untuk meningkatkan program edukasi dukungan keluarga sebagai faktor penting yang berpengaruh terhadap kepatuhan terapi pasien.

3. Bagi Peneliti Lain

Peneliti berikutnya diharapkan dapat meneliti lebih lanjut untuk mengetahui lebih dalam mengenai faktor lain yang dapat mempengaruhi kepatuhan terapi pasien serta dapat dilihat secara prospektif bagaimana tingkat kejadian rehospitalisasi yang dipengaruhi oleh kepatuhan terapi pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra IMS. 2020. *Metodologi penelitian kesehatan*. Denpasar: Yayasan Kita Menulis.
- Akter H, Mali B, dan Arafat SMY. 2019. Socio-demographic Analysis of Non-Compliance among Patients with Schizophrenia: A Cross-sectional Observation in a Tertiary Teaching Hospital of Bangladesh. *Malaysian Journal of Psychiatry*. 28(1): 9.
- Amalia I, dan Hermawati E. 2022. Hubungan karakteristik pasien skizofrenia terhadap tingkat kekambuhan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak Correlation between characteristics of schizophrenic patients and recurrence rate at Sungai Bangkong Psychiatric Hospital in Pontian: 8(2): 1–6.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Anghel LA, Farcas AM, dan Oprean RN. 2019. An overview of the common methods used to measure treatment adherence. *Medicine and Pharmacy Reports*. 92(2): 117–122.
- Arniamantha D. 2022. Skizofrenia dan toksoplasmosis. *Jurnal Medika Utama*. 3(3): 2585–2591.
- Ata EE, Bahadir-Yilmaz E, dan Bayrak NG. 2020. The impact of side effects on schizophrenia and bipolar disorder patients' adherence to prescribed medical therapy'. *Perspectives in Psychiatric Care*: 56(3): 691–696.
- Ayu MB, dan Novitayani S. 2019. Hubungan Persepsi Penyakit Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia. *Journal of Advanced Nursing*. 48(3): 216–225.
- Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, dan de Haan L. 2012. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia-A review of the past decade. *European Psychiatry*. 27(1): 9–18.

- Blackman G, MacCabe J, Lisshammar J, Zafar R, Pollak TA, Pritchard M, dkk. 2020. Clozapine Response in Schizophrenia and Hematological Changes. *Journal of clinical psychopharmacology*. 41(1): 19–24.
- Boorla V dan Srinivasa S. 2018. A study to assess factors affecting drug-compliance in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Original Research Article Telangana Journal of Psychiatry*. 4(1): 16–21.
- Buckley PF. 2010. The Medical Basis of Psychiatry, 3rd ed. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 71: 1105.
- Budiani S, Kartikasari F, Hidayah N, dan Purnomo M. 2020. Hubungan Pelaksanaan Pengawas Minum Obat Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Cempaka 1 Rsud Dr Loekmonohadi Kudus. *Indonesia Jurnal Perawat*. 5(2): 1.
- Candra EP, Aini SR, Dewi MAR, Pratama IS, dan Hasina R. 2022. Pola Peresepan Antipsikotik Pasien Skizofrenia Di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB Tahun 2020. *Jurnal Sains dan Kesehatan*. 4(3): 308–312.
- Caqueo-Urizar A, Urzua A, Fond G, dan Boyer L. 2017. Medication nonadherence among South American patients with schizophrenia. *Patient Preference and Adherence*. 11(1): 737–1744.
- Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, dkk. 2018. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia bulletin*. 44(6): 1195–1203.
- Chaudhari B, Saldanha D, Kadiani A dan Shahani R. 2017. Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*. 26(2): 215–222.
- Dahlan S. 2011. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi ke-5. Jakarta: Salemba Medika.
- Eticha T, Teklu A, Ali D, Solomon G, dan Alemayehu A. 2015. Factors Associated with Medication Adherence among Patients with Schizophrenia in Mekelle. *Northern Ethiopia*. 10(3): 1–11.
- Fatani BZ, Aldawod RA, dan Alhawaj FA. 2017. Schizophrenia : Etiology, Pathophysiology and Management : A Review. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 69(6): 2640–2646.
- Ghimire SR. 2017. Research Article Poor Medication Compliance in Schizophrenia from an Illness and Treatment Perspective. *EC Psychology and Psychiatry*. 3(4): 131-141.

- Ginting, SB. 2019. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia Di Poli Klinik Rsj Prof . Dr . Muhammad Ildrem Medan. *Jurnal Ilmiah PANNMED*. 14(1): 26–31.
- Girsang GP, Tarigan MG, dan Pakpahan EA. 2020. Artikel penelitian karakteristik pasien skizofrenia. *Jurnal Kedokteran Methodist*. 13(1): 8–66.
- Grover S, Chakrabarti S, Kulhara P, dan Avasthi A. 2017. Clinical Practice Guidelines for Management of Schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*. 59(1):19–33.
- Gustina A, Novitayani S, dan Fikriyanti. 2021. Kepatuhan minum obat pada pasien rawat jalan dengan skizofrenia di Bener Meriah. *JIM FKep*: 5(3): 60–67.
- Haddad PM, Brain C, dan Scott J. 2014. Nonadherence With Antipsychotic Medication. *Dovepress*. 43–62.
- Hany M, Rehman B, Azhar YC. 2022. *Schizophrenia, StatPearls Publishing*. Tersedia: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>.
- Heslin KC, dan Weiss A. 2015. Hospital readmissions involving psychiatric disorders. *Health Cost Util Proj*. 189(17): 114-123.
- Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, dan De Hert. 2013. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence a systematic literature review. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. 3(4): 200–218.
- Holt EW, Rung AL, Leon KA, Firestein C, dan Krousel-Wood MA. 2014. Medication Adherence in Older Adults: A Qualitative Study. *Educational gerontology*. 40(3): 198–211.
- Hsieh WL, Lee SK, Chien WT, Liu WI, Lai CY, dan Liu CY. 2019 Mediating effect of the motivation for medication use on disease management and medication adherence among community-dwelling patients with schizophrenia. *Patient Preference and Adherence*. 13(1): 1877–1887.
- Hui CL, Tang JY, Leung CM, Wong GH, Chang WC, Chan SK, dkk. 2013. A 3-year retrospective cohort study of predictors of relapse in first-episode psychosis in Hong Kong. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 47(8): 746–753.
- Irman V, Patrecia H, dan Srimayenti. 2018. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Keluarga Dalam Mengontrol Minum Obat Pasien Skizofrenia. *Jik- Jurnal Ilmu Kesehatan*. 2(1): 130–135.

- Jessica L, Fithriyah I, dan Ardani I. 2021. The Importance of Family Support in Successful Treatment Adherence of Schizophrenic Patient. *Jurnal Psikiatri Surabaya*. 10(2): 83.
- Jones P B. 2013. Adult mental health disorders and their age at onset. *British Journal of Psychiatry*. 202(54): 98-113
- Kahn R, Sommer I, Murray R. 2015. Schizophrenia. *Nature Reviews Disease Primers*. 1: 15067.
- Kaplan HI, dan Saddock BJ. 2010. *Kaplan and Saddock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10th edn. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins and Wolter Kluwer Health.
- Kementerian Kesehatan RI. 2021. *Pedoman Pelayanan Kefarmasian Pada Pasien Gangguan Jiwa*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. *Situasi Kesehatan Jiwa Di Indonesia, Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kim J, Ozzoude M, Nakajima S, Shah P, Caravaggio F, Iwata Y, dkk. 2020. Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*. 168: 107634.
- Kim, M. 2016. Understanding the Etiology and Treatment Approaches of Schizophrenia: Theoretical Perspectives and Their Critique. *Open Journal of Psychiatry*. 6(4): 253–261.
- Kirli U dan Alptekin K. 2021. Pharmacotherapy of schizophrenia in acute and maintenance phase. *Noropsikiyatri Arsivi*. 58(1): 17–23.
- Kurnia FYP, Tyaswati JE, dan Abrori C. 2017. Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan pada pasien skizofrenia di RSD dr. Soebandi Jember. *Digital Repository Universitas Jember*. 3(3): 96–104.
- Lafeuille MH, Laliberté AF, Lefebvre P, Frois C, Fastenau J, Duh MS. 2013. Impact of atypical long-acting injectable versus oral antipsychotics on rehospitalization rates and emergency room visits among relapsed schizophrenia patients: a retrospective database analysis. *BMC psychiatry*. 13: 221.
- Lam WY dan Fresco P. 2015. Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*. 12 (2): 1-12
- Li R, Ma X, Wang G, Yang J, dan Wang C. 2016. Why sex differences in schizophrenia?. *Journal of translational neuroscience*. 1(1): 37–42.



- Maslim R. 2013. *Diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya.
- Masturoh I. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- McCutcheon RA, Reis MT, dan Howes OD. 2020. Schizophrenia - An Overview. *JAMA Psychiatry*. 77(2): 201–210.
- Mendrek A, dan Mancini A. 2016. Sex/gender differences in the brain and cognition in schizophrenia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 67: 57–78.
- Menkes RI. 2015. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Minarni L. 2019. Dukungan Keluarga Terhadap Perilaku Minum Obat. *Jurnal Experientia*. 4:13–22.
- Naafi AM, Perwitasari DA, dan Darmawan E. 2016. Kepatuhan Minum Obat Pasien Rawat Jalan Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. *Kartika Jurnal Ilmiah Farmasi*. 4(2): 7–12.
- Nguyen TMU, Caze A, La dan Cottrell N. 2014. What are validated self-report adherence scales really measuring?: A systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 77(3): 427–445.
- Notoatmodjo S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineke Cipta.
- Nuryati dan Kresnowati. 2018. *Klasifikasi Kodefikasi Penyakit Masalah Terkait III SC*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Oates GR, Juarez LD, Hansen B, Kiefe CI, dan Shikany JM. 2020. Social risk factors for medication nonadherence: Findings from the CARDIA study. *American Journal of Health Behavior*. 44(2): 232–243.
- Pandey A dan Kalita KN. 2022. Treatment-resistant schizophrenia: How far have we traveled?. *Frontiers in Psychiatry*. 13.
- Pasaribu J. 2019. Kepatuhan Minum Obat Mempengaruhi Relaps Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. 7(1): 39.
- Patel KR, Cherian J, Gohil K, dan Atkinson D. 2014. Schizophrenia: overview and treatment options. *P & T : a peer-reviewed journal for formulary management*. 39(9): 638–645.

- Pelealu A, Bidjuni H, dan Wowiling F. 2018. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. V. L. Ratumbusang Provinsi Sulawesi Utara. *Angewandte Chemie International Edition*. 6(1): 5–24.
- Phan SV. 2016. Medication adherence in patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 51(2): 211–219.
- Ramdini DA, Sri AS, Melisa IB, Dika PD, dan Ice LN. 2018. Potensi Interaksi Obat pada Pasien Skizofrenia di Salah Satu Rumah Sakit Jiwa di Provinsi Jawa Barat. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*. 7(4): 280-293.
- Refnandes R. 2021. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Samodra Ilmu*. 12(1): 100–112.
- Refnandes R dan Almaya Z. 2021. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia. *NERS Jurnal Keperawatan*. 17(1): 54.
- Regina G, dan Rozalina MZ. 2017. Perbedaan Tingkat Kognitif pada Pasien Skizofrenia yang Baru dirawat dan setelah Perawatan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Kota Pontianak. *Jurnal Kesehatan Khatulistiwa*. 3(2): 485–499.
- Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, dan Teehan M. 2017. Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. *Canadian Journal of Psychiatry*. 62(9): 604–616.
- Rietschel L, Lambert M, Karow A, Zink M, Müller H, Heinz A, de Millas W., dkk. 2017. Clinical high risk for psychosis: gender differences in symptoms and social functioning. *Early Intervention in Psychiatry*. 11(4): 306–313.
- Roy G, dan Vidhukumar DK. 2016. Study of factors affecting drug compliance in schizophrenia- cross sectional survey. *International Journal of Medical Research and Review*. 4(9): 1520–1530.
- Saba ZN dan Muraraiah S. 2019. Medication adherence in schizophrenia: Understanding patient's views. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*. 9:1.
- Sadock BJ dan Ruiz VS. 2015. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry*. 7th edn. New York: Wolters Kluwer.
- Sandu S. 2015. *Dasar Metodologi Penelitian*. Sleman: Literasi Media Publishing.

- Sastroasmoro S. 2011. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. 4th edn. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Setyaningsih T, Fitria D, dan Supriyanah S. 2019. Hubungan Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Minum Obat Dengan Kepatuhan Pasien Skizofrenia Yang Mengalami Halusinasi Di Rs Husada. *Jurnal Kesehatan Holistic*. 2(1): 13–29.
- Simbolon MJ. 2013. Usia onset pertama penderita skizofrenia pada laki-laki dan perempuan yang berobat ke Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Jiwa Propinsi Sumatera Utara. *Majalah Kesehatan Pharmamedika*. 5(1): 15–23.
- Siregar S, dan Nuralita N S. 2018. Description of Drinking Compliance Levels Based on Demographic Factors in Skizofrenia Patients in Prof. dr. M. Ildrem Medan. *Ibnu Sina Biomedika*. 2(2): 159–165.
- Sitawati L, Wuryaningsih CE, dan Anshari D. 2018. Akses Pelayanan Rumah Sakit Menjadi Faktor Dominan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Skizofrenia. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*. 12(1): 1.
- Sujarweni W. 2014. *SPSS Untuk Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Susanti D, Paramita P dan Antaria A. 2022. Analisis Faktor Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia di Poli Mentari Puskesmas Kecamatan Kalideres (Analisis Data Sikda Tahun 2019). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 17(1): 25.
- Tesfaye S, Debencho N, Kisi T, dan Tareke M. 2016. Prevalence of Antipsychotic Polypharmacy and Associated Factors among Outpatients with Schizophrenia Attending Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Psychiatry Journal*. 20(16): 1–6.
- Tham XC, Xie H, Chng C, Seah XY, Lopez V, dan Klainin-Yobas P. 2018. Exploring predictors of medication adherence among inpatients with schizophrenia in Singapore’s mental health settings: A non-experimental study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 32(4): 536–548.
- Wa Ichda A, Maharani L, dan Suryoputri MW. 2019. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien Rawat Jalan Skizofrenia di RSUD Banyumas. *Journal Syifa Sciences and Clinical Research*. 1(2): 47–56.
- Wahyudi A, dan Fibriana AI. 2016. Faktor Resiko Terjadinya Skizofrenia (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Pati II). *Public Health Perspective Journal*. 1(1): 1–12.

- Wayan D, dan Suariyani N. 2020. Trend Karakteristik Demografi Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali (2013-2018). *Archive of Community Health*. 3(2): 1-10.
- Wells BG, Dipiro JT, Schwinghammer TL, dan Dipiro CV. 2017. *Pharmacotherapy Handbook, Tenth Edition*. London: McGraw-Hill.
- WHO. 2016. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version*. Tersedia: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F20-F29>.
- WHO. 2022. *Schizophrenia, World Health Organization*. Tersedia: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- Widyarti EP, Limantara S, dan Khatimah H. 2019. Gambaran faktor prognosis pada pasien skizofrenia di rumah sakit jiwa Sambang Lihum. *Homeostatis*. 2(3): 509–518.
- Wijayanti A. 2014. Hubungan Onset Usia dengan Kualitas Hidup Penderita Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta. *Mutiara Medika*. 14(1): 39–45.
- Wilianto YR dan Yulistiani. 2019. Side Effects of Antipsychotics on Schizophrenia Patients : A Literature Review. *Pharmaceutical Journal Of Indonesia*. 4(2): 35–44.
- Yap AF, Thirumoorthy T, dan Kwan YH. 2016. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatrics and Gerontology International*. 16(10): 1093–1101.
- Yu W, Tong J, Sun X, Chen F, Zhang J, Pei Y, dkk. 2021. Analysis of medication adherence and its influencing factors in patients with schizophrenia in the chinese institutional environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(9):
- Zahnia S dan Wulan SD. 2016. Kajian Epidemiologis Skizofrenia *Majority*, 5(5): 160–166.
- Zulkarnain M. 2022. Pengaruh Demografi Dan Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Selama Pandemi Covid-19 Di Kecamatan Sukarami Kota Palembang. *Journal of Nursing and Public Health*. 10(2): 9–17.