



**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA  
KEKAMBUHAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA  
DI POLI PSIKIATRI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Farida Yan Pratiwi Kurnia**

**NIM 112010101003**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2015**



**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA  
KEKAMBUHAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA  
DI POLI PSIKIATRI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

**SKRIPSI**

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Dokter (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

**Farida Yan Pratiwi Kurnia**

**NIM 112010101003**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2015**

**MOTO**

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari sesuatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain. Dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap.”

(Terjemahan QS. Al Insyirah: 6-8) \*)

---

\*) Kementerian Agama Republik Indonesia. 2012. Al Quran dan Terjemahan untuk Wanita. Bandung: Wali.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Farida Yan Pratiwi Kurnia

NIM : 112010101003

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr.Soebandi Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, April 2015

Yang menyatakan,

Farida Yan Pratiwi Kurnia

NIM 112010101003

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA  
KEKAMBUHAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA  
DI POLI PSIKIATRI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

Oleh

Farida Yan Pratiwi Kurnia

NIM 112010101003

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Justina Evy Tyaswati, Sp.KJ.

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Cholis Abrori, M.Kes.,M.Pd.Ked

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul “Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember” ini telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada:

Hari, tanggal : Selasa, 7 April 2015

Tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji:

Penguji I,

Penguji II,

dr. Alif Mardijana, Sp.KJ.

NIP 195811051987022001

dr. Ancah Caesarina Novi M., Ph.D.

NIP 198203092008122002

Penguji III,

Penguji IV,

dr. Justina Evy Tyaswati, Sp.KJ.

NIP 196410111991032001

dr. Cholis Abrori, M.Kes.,M.Pd.Ked

NIP 197105211998031003

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

dr. Enny Suswati, M.Kes

NIP 197002141999032001

## RINGKASAN

**Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi;** Farida Yan Pratiwi Kurnia, 112010101003 2015; 94 halaman; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa yang memiliki karakteristik khusus. Dalam Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III), definisi skizofrenia dijelaskan sebagai gangguan jiwa yang ditandai dengan distorsi khas dan fundamental dalam pikiran dan persepsi yang disertai dengan adanya afek yang tumpul atau tidak wajar. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, prevalensi Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Indonesia mencapai 1,27 permil. Pada pasien skizofrenia kronis, hampir semua pasien mengalami kekambuhan berulang kali sehingga mengakibatkan defisit ketrampilan personal dan vokasional. Dalam sebuah penelitian yang ditulis dalam *The Hongkong Medical Diary* bahwa studi naturalistik telah menemukan tingkat kekambuhan atau relaps pada pasien skizofrenia adalah 70%-82% hingga lima tahun setelah pasien masuk rumah sakit pertama kali. Terjadinya relaps pada pasien skizofrenia tentu akan merugikan dan membahayakan pasien, keluarga, dan masyarakat. Ketika tanda-tanda kekambuhan atau relaps muncul, pasien bisa saja berperilaku menyimpang seperti mengamuk, bertindak anarkis seperti menghancurkan barang-barang atau yang lebih parah lagi pasien akan melukai bahkan membunuh orang lain atau dirinya sendiri. Untuk mengurangi tingkat kekambuhan pasien, maka perlu diteliti faktor-faktor apa saja yang berpengaruh pada kekambuhan pasien skizofrenia.

Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor apa saja yang berpengaruh pada kekambuhan pasien skizofrenia dengan cara pemberian kuesioner pada keluarga pasien skizofrenia. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dan faktor-faktor kekambuhan yang menjadi variabel (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, keadaan ekonomi, onset skizofrenia, jenis skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran

keluarga, peran petugas kesehatan, faktor fisik, keteraturan minum obat, dan jenis pengobatan) diamati secara *cross sectional*. Penelitian dilakukan di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember mulai 18 Februari-17 Maret 2015 dan sampel responden penelitian ini adalah keluarga pasien skizofrenia dalam kurun waktu penelitian yang mengalami kekambuhan minimal satu kali dalam waktu satu bulan terakhir. Data yang telah terkumpul kemudian dianalisis menggunakan uji univariat dan uji bivariat *chi-square* dan selanjutnya data yang memenuhi syarat untuk uji multivariat akan dianalisis dengan metode regresi logistik.

Jumlah sampel yang diperoleh dalam kurun waktu penelitian ini adalah sejumlah 109 responden. Data yang diperoleh tersebut kemudian diuji statistik. Setelah diuji statistik menggunakan SPSS 16.0 for Windows, didapatkan bahwa faktor yang bermakna dalam mempengaruhi kekambuhan pasien skizofrenia adalah usia, onset skizofrenia, faktor fisik, dan keteraturan minum obat sedangkan faktor-faktor yang lain yaitu jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, keadaan ekonomi, jenis skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, dan jenis pengobatan tidak bermakna dalam mempengaruhi kekambuhan pasien skizofrenia. Selanjutnya dilakukan uji regresi logistik untuk variabel yang berpotensi yaitu usia, onset skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, faktor fisik, dan keteraturan minum obat. Dari uji regresi logistik didapatkan hasil untuk usia ( $P=0,019$ ) dengan  $OR=0,279$  ( $CI\ 95\%=0,96-0,812$ ), peran keluarga ( $P=0,035$ ) dengan  $OR=0,214$  ( $CI\ 95\%=0,051-0,901$ ), dan keteraturan minum obat ( $P=0,013$ ) dengan  $OR=4,064$  ( $CI\ 95\%=1,346-12,271$ ). Sehingga faktor dominan yang bermakna berpengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia adalah keteraturan minum obat dengan pasien yang tidak teratur minum obat tingkat kekambuhannya 4,064 kali lebih berpotensi dibandingkan dengan pasien yang teratur minum obat.

Kesimpulan penelitian adalah dari faktor-faktor yang diteliti (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, keadaan ekonomi, onset skizofrenia, jenis skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, faktor fisik, keteraturan minum obat, dan jenis pengobatan), keteraturan minum obat merupakan faktor dominan



yang berpengaruh pada kekambuhan pasien skizofrenia, dengan pasien yang tidak teratur minum obat tingkat kekambuhannya 4,064 kali lebih berpotensi dibandingkan dengan pasien yang teratur minum obat.



## PRAKATA

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat, karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember” ini tanpa suatu hambatan yang berarti.

Karya tulis ini terselesaikan tak lepas dari bantuan berbagai pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Dr. Enny Suswati, M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. Dr. Justina Evy Tyaswati, Sp.KJ. dan dr. Cholis Abrori, M.Kes., M.Pd.Ked. selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran tenaga, dan perhatiannya dalam penulisan tugas akhir ini dan selama perkuliahan;
3. Dr. Alif Mardijana, Sp.KJ. dan dr. Ancah Caesarina Novi M., Ph.D. sebagai dosen penguji yang banyak memberikan kritik, saran, dan masukan yang membangun dalam penulisan skripsi ini;
4. Kepala RSD dr. Soebandi Jember serta para dokter, perawat, dokter muda, dan karyawan RSD dr. Soebandi Jember yang telah banyak membantu dalam penelitian ini;
5. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
6. Semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran yang membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga karya tulis ini bermanfaat bagi pembaca dan khususnya untuk perkembangan Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

**DAFTAR ISI**

<b>HALAMAN SAMPUL.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN MOTO.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN BIMBINGAN .....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>vii</b>
<b>PRAKATA.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Perumusan Masalah .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian.....</b>	<b>4</b>
<b>1.4 Manfaat Penelitian.....</b>	<b>4</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Skizofrenia .....</b>	<b>5</b>
2.1.1 Definisi .....	5
2.1.2 Epidemiologi .....	5
2.1.3 Etiologi .....	6
2.1.4 Patogenesis .....	7
2.1.5 Kriteria Diagnostik Skizofrenia.....	8
2.1.6 Klasifikasi Skizofrenia .....	10
2.1.7 Penatalaksanaan Skizofrenia .....	14
2.1.8 Prognosis .....	20

2.2 Kekambuhan pada Skizofrenia .....	20
2.2 Kerangka Konseptual.....	22
2.3 Hipotesis.....	23
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>24</b>
3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian .....	24
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	24
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	24
3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi .....	25
3.5 Variabel Penelitian.....	26
3.6 Definisi Operasional.....	26
3.7 Teknik Pengumpulan Data .....	30
3.8 Teknik Penyajian dan Analisis Data .....	30
3.9 Alur Penelitian .....	32
3.10 Uji Kelayakan Etik .....	32
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>33</b>
4.1 Hasil Penelitian.....	33
4.1.1 Analisis Univariat.....	33
4.1.2 Analisis Bivariat .....	41
4.1.3 Analisis Multivariat .....	52
4.1.4 Kekambuhan Pasien Skizofrenia.....	55
4.2 Pembahasan .....	58
4.3 Keterbatasan Penelitian .....	63
<b>BAB 5. PENUTUP .....</b>	<b>64</b>
5.1 Simpulan .....	64
5.2 Saran .....	64
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>65</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>67</b>

**DAFTAR TABEL**

1.1 10 besar penyakit di poli Psikiatri tahun 2014 .....	2
3.1 Definisi operasional.....	26
4.1 Hubungan jenis kelamin dengan kekambuhan skizofrenia .....	42
4.2 Hubungan usia dengan kekambuhan skizofrenia .....	42
4.3 Hubungan pendidikan dengan kekambuhan skizofrenia.....	43
4.4 Hubungan pekerjaan dengan kekambuhan skizofrenia .....	44
4.5 Hubungan keadaan ekonomi dengan kekambuhan skizofrenia .....	44
4.6 Hubungan onset skizofrenia dengan kekambuhan skizofrenia .....	45
4.7 Hubungan jenis skizofrenia dengan kekambuhan skizofrenia .....	46
4.8 Hubungan pengetahuan keluarga dengan kekambuhan skizofrenia.....	48
4.9 Hubungan peran keluarga dengan kekambuhan skizofrenia.....	48
4.10 Hubungan peran petugas kesehatan dengan kekambuhan skizofrenia.	49
4.11 Hubungan faktor fisik dengan kekambuhan skizofrenia .....	50
4.12 Hubungan keteraturan minum obat dengan kekambuhan skizofrenia .	50
4.13 Hubungan jenis pengobatan dengan kekambuhan skizofrenia.....	51
4.14 Nilai p masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat.....	53
4.15 Analisis multivariat uji regresi logistic usia, onset skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, faktor fisik, dan keteraturan minum obat terhadap kekambuhan pasien skizofrenia .....	54

**DAFTAR GAMBAR**

2.1 Kerangka konsep.....	22
3.1 Alur penelitian .....	32
4.1 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin .....	33
4.2 Karakteristik responden berdasarkan usia .....	34
4.3 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan .....	34
4.4 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan .....	35
4.5 Karakteristik responden berdasarkan keadaan ekonomi.....	36
4.6 Karakteristik responden berdasarkan onset skizofrenia.....	36
4.7 Karakteristik responden berdasarkan jenis skizofrenia.....	37
4.8 Karakteristik responden berdasarkan pengetahuan keluarga.....	38
4.9 Karakteristik responden berdasarkan peran keluarga .....	38
4.10 Karakteristik responden berdasarkan peran petugas kesehatan .....	39
4.11 Karakteristik responden berdasarkan faktor fisik .....	39
4.12 Karakteristik responden berdasarkan keteraturan minum obat.....	40
4.13 Karakteristik responden berdasarkan jenis pengobatan.....	41
4.14 Diagram frekuensi kekambuhan pasien dan keteraturan minum obat...	55
4.15 Diagram frekuensi kekambuhan pasien dan usia.....	56
4.16 Diagram frekuensi kekambuhan pasien dan peran keluarga.....	57

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Persetujuan Etik (Ethical Clearance) .....	67
Lampiran 2. Informed Consent (Lembar Persetujuan).....	69
Lampiran 3. Kuesioner Penelitian .....	70
Lampiran 4. Hasil Uji Statistika Univariat .....	73
Lampiran 5. Hasil Uji Statistika Bivariat .....	77
Lampiran 5. Hasil Uji Statistika Multivariat .....	94

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa yang memiliki karakteristik khusus. Dalam Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III), definisi skizofrenia dijelaskan sebagai gangguan jiwa yang ditandai dengan distorsi khas dan fundamental dalam pikiran dan persepsi yang disertai dengan adanya afek yang tumpul atau tidak wajar.

Tahun 2013, data WHO menunjukkan prevalensi skizofrenia adalah 450 juta jiwa di seluruh dunia, sedangkan berdasarkan *National Institute of Mental Health*, prevalensi skizofrenia di seluruh dunia sekitar 1,1% dari populasi di atas usia 8 tahun atau sekitar 51 juta orang di seluruh dunia menderita skizofrenia. Prevalensi skizofrenia di negara sedang berkembang dan negara maju relatif sama, sekitar 20% dari jumlah penduduk dewasa. Oleh karena itu siapa saja bisa terkena skizofrenia, tanpa melihat jenis kelamin, status sosial maupun tingkat pendidikan.

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, prevalensi Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Indonesia mencapai 1,27 permil. Kemudian di antara ODS tersebut terdapat 14,3% yang dipasung oleh keluarganya sendiri. Diakui Menkes, selama ini masih banyak Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) yang diperlakukan tidak manusiawi, misalnya dengan pemasangan dan penelantaran. Upaya kesehatan jiwa, khususnya bagi ODGJ, saat ini baru sebatas pengobatan dan rehabilitasi, belum banyak menjangkau upaya promotif dan preventif. Disahkannya RUU Kesehatan Jiwa menjadi UU maka akan menjadi solusi bagi terjadinya pemasangan bagi ODGJ selama ini di pelosok tanah air. UU No.18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa ini penanganannya lebih komprehensif, mulai dari promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif.



Di Jember khususnya di RSD dr. Soebandi, penyakit terbanyak di poli Psikiatri pada tahun 2014 adalah skizofrenia yaitu sebesar 51,53%. Berikut ini adalah 10 besar penyakit di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember pada tahun 2014:

Tabel 1.1 10 besar penyakit di Poli Psikiatri tahun 2014

No	Nama Penyakit	Kode	N	%
1.	Skizofrenia Hebrefenik	F20.1	886	22,4
2.	Skizofrenia Paranoid	F20.0	629	15,9
3.	Skizofrenia Katatonik	F20.2	223	5,64
4.	Skizofrenia Residual	F20.5	162	4,1
5.	Skizofrenia tidak terinci	F20.9	138	3,49
6.	Episode depresi sedang tanpa gejala psikotik	F32.2	135	3,41
7.	Somatoform tidak terinci	F45.9	115	2,91
8.	Episode depresi tidak terinci	F32.9	103	2,6
9.	Anxietas dan Depresi	F41.2	80	2,02
10.	Episode depresi moderate	F32.1	78	1,97

Sumber : Rekam medik poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember (2014)

Dahulu bila diagnosis skizofrenia telah dibuat, maka ini berarti sudah tidak ada harapan lagi bagi orang yang bersangkutan, kepribadiannya selalu akan menuju ke kemunduran mental. Apabila seorang dengan skizofrenia kemudian menjadi sembuh, maka diagnosis harus diragukan. Sekarang dengan pengobatan modern, ternyata bila penderita itu datang berobat dalam tahun pertama setelah serangan pertama, maka kira-kira sepertiga dari mereka akan sembuh sama sekali. Sepertiga yang lain dapat dikembalikan ke masyarakat walaupun masih didapati cacat sedikit dan mereka masih harus sering diperiksa dan diobati selanjutnya. Yang sisanya biasanya mempunyai prognosis yang jelek (Maramis, 2009).

Sedangkan pada pasien skizofrenia kronis, hampir semua pasien mengalami kekambuhan berulang kali sehingga mengakibatkan defisit ketrampilan personal dan vokasional. Dalam sebuah penelitian yang ditulis dalam *The Hongkong Medical*

*Diary* bahwa studi naturalistik telah menemukan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia adalah 70%-82% hingga lima tahun setelah pasien masuk rumah sakit pertama kali. Penelitian di Hongkong menemukan bahwa dari 93 pasien skizofrenia masing-masing memiliki potensi kekambuhan 21%, 33% dan 40% pada tahun pertama, kedua, dan ketiga (Amelia dkk, 2013).

Terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia tentu akan merugikan dan membahayakan pasien, keluarga, dan masyarakat. Ketika tanda-tanda kekambuhan muncul, pasien bisa saja berperilaku menyimpang seperti mengamuk, bertindak anarkis seperti menghancurkan barang-barang atau yang lebih parah lagi pasien akan melukai bahkan membunuh orang lain atau dirinya sendiri. Jika hal tersebut terjadi masyarakat akan menganggap bahwa gangguan yang diderita pasien tersebut sudah tidak bisa disembuhkan lagi. Keluarga pun akan dirugikan dari segi materi karena jika pasien mengalami rehospitalisasi atau kembali menjalani rawat inap di rumah sakit jiwa maka akan banyak biaya yang harus mereka keluarkan untuk pengobatan (Amelia dkk, 2013).

Kekambuhan dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya ekspresi emosi, dukungan keluarga, dan faktor kepatuhan minum obat (Putri, 2013). Simatupang (2014) juga menyebutkan bahwa kekambuhan pada pasien skizofrenia disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor ketidakpatuhan minum obat dan faktor psikososial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa yang paling banyak menyebabkan kekambuhan pada pasien skizofrenia adalah karena faktor ketidak patuhan minum obat. Untuk itu, perlu adanya dukungan dari keluarga, orang-orang terdekat dan juga lingkungan sekitar melalui pengawasan secara intensif kepada penderita skizofrenia untuk selalu mengkonsumsi obat, sehingga pasien merasa memiliki tambahan kekuatan dari keluarga dan orang terdekatnya.

Berdasarkan data di atas, peneliti ingin menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember.

## 1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka didapatkan rumusan masalah sebagai berikut: faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember?

## 1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini terdiri atas tujuan umum dan khusus, yaitu:

### 1. Umum

Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember.

### 2. Khusus

- a. Menganalisis faktor internal (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, keadaan ekonomi, onset skizofrenia, dan jenis skizofrenia) yang mempengaruhi terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember.
- b. Menganalisis faktor eksternal (pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, faktor fisik, keteraturan minum obat, dan jenis pengobatan) yang mempengaruhi terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember.
- c. Mengetahui faktor dominan yang mempengaruhi terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember.

## 1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1. Bagi institusi rumah sakit dan tenaga kesehatan, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dalam mengembangkan penanganannya menjadi lebih komprehensif, mulai dari promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif penyakit skizofrenia agar tidak terjadi kekambuhan.
2. Memberikan informasi pada masyarakat, khususnya keluarga pasien

skizofrenia mengenai skizofrenia dan faktor yang mempengaruhi kekambuhan skizofrenia sehingga tidak terjadi kekambuhan pada pasien skizofrenia.

3. Dapat dijadikan sebagai acuan untuk melakukan penelitian selanjutnya sehubungan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan skizofrenia.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Skizofrenia

#### 2.1.1 Definisi

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) menjelaskan bahwa skizofrenia adalah suatu sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau “*deteriorating*”) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Pada umumnya skizofrenia ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*). Kesadaran yang jernih (*clear consciousness*) dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara. Setelah beberapa kali serangan skizofrenia, maka terjadi kemunduran mental (deteriorasi mental), karena setelah setiap serangan sering ditinggalkan cacat (Maramis, 2009).

#### 2.1.2 Epidemiologi

Tahun 2013, data WHO menunjukkan prevalensi skizofrenia adalah 450 juta jiwa di seluruh dunia, sedangkan berdasarkan *National Institute of Mental Health* (2012), prevalensi skizofrenia di seluruh dunia sekitar 1,1% dari populasi di atas usia 8 tahun atau sekitar 51 juta orang di seluruh dunia menderita skizofrenia. Prevalensi skizofrenia di negara sedang berkembang dan negara maju relatif sama, sekitar 20% dari jumlah penduduk dewasa. Oleh karena itu siapa saja bisa terkena skizofrenia, tanpa melihat jenis kelamin, status sosial maupun tingkat pendidikan.

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, prevalensi Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Indonesia mencapai 1,27 permil. Kemudian di antara ODS tersebut terdapat 14,3% yang dipasung oleh keluarganya sendiri. Disahkannya

RUU Kesehatan Jiwa menjadi UU maka akan menjadi solusi bagi terjadinya pemasangan bagi ODGJ selama ini di pelosok tanah air. UU No.18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa ini penanganannya lebih komprehensif, mulai dari promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif.

### 2.1.3 Etiologi

Menurut Maramis (2009), faktor-faktor yang berisiko untuk terjadinya skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Keturunan

Faktor keturunan menentukan timbulnya skizofrenia, dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu anggota keluarga yang menderita Skizofrenia 7-16%, bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40-68%, bagi kembar dua telur (*heterozigot*) 2-15%, bagi kembar satu telur (*monozigot*) 61-86%.

b. Endokrin

Skizofrenia mungkin disebabkan oleh suatu gangguan endokrin. Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, kehamilan atau puerperium dan klimakterium.

c. Metabolisme

Ada yang menyangka bahwa skizofrenia disebabkan oleh suatu gangguan metabolisme, karena penderita dengan skizofrenia tampak pucat dan tidak sehat.

d. Susunan saraf pusat

Ada yang berpendapat bahwa penyebab skizofrenia ke arah kelainan susunan saraf pusat, yaitu pada diensefalon atau korteks otak.

e. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh suatu penyakit badaniah tetapi merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi. Oleh karena itu timbul suatu

disorganisasi kepribadian dan lama-kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan (*otisme*).

f. Teori Sigmund Freud

Terjadi kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme.

g. Eugen Bleuler

Skizofrenia, yaitu jiwa yang terpecah-belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan, dan perbuatan.

h. Skizofrenia sebagai suatu sindrom yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam sebab, antara lain keturunan, pendidikan yang salah, maladaptasi, tekanan jiwa, penyakit badaniah seperti lesi otak, arterosklerosa otak dan penyakit yang lain belum diketahui.

i. Skizofrenia itu suatu gangguan psikosomatik, gejala-gejala pada badan hanya sekunder karena gangguan dasar yang psikogenik, atau merupakan manifestasi somatik dari gangguan psikogenik.

#### 2.1.4 Patogenesis

Patofisiologi skizofrenia melibatkan sistem dopaminergik dan serotonergik. Skizofrenia terjadi akibat dari peningkatan aktivitas neurotransmitter dopaminergik. Peningkatan ini mungkin merupakan akibat dari meningkatnya pelepasan dopamin, terlalu banyaknya reseptor dopamin, turunnya nilai ambang, atau hipersensitivitas reseptor dopamin, atau kombinasi dari faktor-faktor tersebut.

Hipotesis/teori tentang patofisiologi skizofrenia:

- a. Pada pasien skizofrenia terjadi hiperaktivitas sistem dopaminergik.
- b. Hiperdopaminergia pada sistem meso limbik yang berkaitan dengan gejala positif.
- c. Hipodopaminergia pada sistem meso kortis dan nigrostriatal yang bertanggungjawab terhadap gejala negatif dan gejala ekstrapiramidal.

Jalur dopaminergik saraf:

- a. Jalur nigrostriatal: dari substansia nigra ke basal ganglia (fungsi gerakan dan EPS).
- b. Jalur mesolimbik: dari tegmental area menuju ke sistem limbik (fungsi memori, sikap, kesadaran, dan proses stimulus).
- c. Jalur mesokortikal: dari tegmental area menuju ke frontal korteks (fungsi kognisi, sosial, komunikasi, dan respons terhadap stress).
- d. Jalur tuberoinfundibular: dari hipotalamus ke kelenjar pituitary (fungsi pelepasan prolaktin).

Pada skizofrenia terdapat tiga fase, yaitu:

- a. Premorbid: semua fungsi masih normal.
- b. Prodromal: gejala psikotik mulai nyata (isolasi sosial, ansietas, gangguan tidur, dan curiga). Pada fase ini, individu mengalami kemunduran dalam fungsi-fungsi mendasar (pekerjaan dan rekreasi) dan muncul gejala nonspesifik seperti gangguan tidur, ansietas, konsentrasi berkurang, dan defisit perilaku. Gejala positif seperti curiga mulai berkembang di akhir fase prodromal dan berarti sudah mendekati menjadi fase psikosis.
- c. Psikosis:
  - 1) Fase Akut: dijumpai gambaran psikotik yang jelas, misalnya waham, halusinasi, gangguan proses pikir, dan pikiran kacau. Gejala negatif menjadi lebih parah sampai tidak mampu mengurus diri. Berlangsung 4-8 minggu.
  - 2) Stabilisasi: 6-18 bulan.
  - 3) Stabil: terlihat residual, berlangsung 2-6 bulan.

#### 2.1.5 Kriteria Diagnostik Skizofrenia

Pedoman diagnostik berdasarkan PPDGJ III adalah sebagai berikut:

- a. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):



- 1) *Thought echo* atau isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda.

*Thought insertion or withdrawal* atau isi pikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*).

*Thought broadcasting* atau isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umumnya mengetahuinya.

- 2) *Delusion of control* atau waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.

*Delusion of influence* atau waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.

*Delusion of passivity* atau waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang dirinya yang secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh atau anggota gerak, tindakan atau penginderaan khusus).

*Delusion perception* atau pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik dan mukjizat.

- 3) Halusional Auditorik

Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien. Mendiskusikan perihal pasien di antara mereka sendiri diantara berbagai suara yang berbicara atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

- 4) Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu atau kekuatan dan kemampuan diatas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca atau berkomunikasi dengan makhluk asing atau dunia lain).

- b. Atau paling sedikitnya dua gejala di bawah ini yang harus selalu ada secara jelas:

- 1) Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.
  - 2) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*) yang berakibat inkoherencia atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.
  - 3) Perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*) atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
  - 4) Gejala negatif seperti sikap apatis, bicara yang jarang dan respons emosional yang menumpul tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neureptika.
- c. Adapun gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal).
- d. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.

#### 2.1.6 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut PPDGJ III, perjalanan gangguan skizofrenik dapat diklasifikasi dengan menggunakan kode lima karakter berikut: F20.X0 Berkelanjutan, F20.X1 Episodik dengan kemunduran progresif, F20.X2 Episodik dengan kemunduran stabil, F20.X3 Episode berulang, F20.X4 remisi tak sempurna, F20.X5 remisi sempurna, F20.X8 lainnya, F20.X9 Periode pengamatan kurang dari satu tahun.

Sedangkan untuk tipe skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Skizofrenia Paranoid

Pedoman diagnostik:

1) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.

2) Sebagai tambahan:

a) Halusinasi dan/ waham arus menonjol:

(1) Suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (*whistling*), mendengung (*humming*), atau bunyi tawa (*laughing*).

(2) Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual , atau lain-lain perasaan tubuh, halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol.

(3) Waham dapat berupa hampir setiap jenis, tetapi waham dikendalikan (*delusion of control*), dipengaruhi (*delusion of influence*) atau passivity (*delusion of passivity*), dan keyakinan dikejar-kejar yang beraneka ragam, adalah yang paling khas.

b) Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata atau tidak menonjol.

Diagnosa banding:

1) Epilepsi dan psikosis yang diinduksi oleh obat-obatan.

2) Keadaan paranoid involusional.

3) Paranoid.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Pedoman diagnostik:

1) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.

2) Diagnosis hebefrenik untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (onset biasanya 15-25 tahun).

- 3) Kepribadian premorbid menunjukkan pemalu dan senang menyendiri (*solitary*), namun tidak harus demikian untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini.
  - 4) Untuk meyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinu selama 2 atau 3 bulan lamanya, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan: perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan serta manerisme, ada kecenderungan untuk menyendiri dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan. Afek pasien yang dangkal (*shallow*), tidak wajar (*inappropriate*), sering disertai oleh cekikikan (*gigling*) atau perasaan puas diri (*self-satisfied*), senyum-senyum sendiri (*self absorbed smiling*) atau sikap tinggi hati (*lofty manner*), tertawa menyerigai (*grimaces*), mengibuli secara bersenda gurau (*pranks*), keluhan hipokondriakal dan ungkapan kata yang diulang-ulang (*reiterated phrases*), proses pikir yang mengalami disorganisasi, pembicaraan yang tak menentu (*rambling*) dan inkoheren.
  - 5) Gangguan afektif dan dorongan kehendak serta gangguan proses pikir biasanya menonjol, halusinasi dan waham biasanya ada tetapi tidak menonjol (*fleeting and fragmentary delusion and hallucinations*), dorongan kehendak (*drive*) dan yang bertujuan (*determination*) hilang serta sasaran ditinggalkan, sehingga perilaku tanpa tujuan (*aimless*) dan tanpa maksud (*empty of purpose*). Tujuan *aimless* dan tanpa maksud (*empty of purpose*). Adanya suatu preokupasi yang dangkal, dan bersifat dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak lainnya, makin mempersulit orang memahami jalan pikirannya.
- c. Skizofrenia Tak Terinci (*undifferentiated*)
- Pedoman diagnostik:
- 1) Memenuhi kriteria umum untuk diagnosa skizofrenia.
  - 2) Tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia paranoid, hebefrenik, katatonik.

- 3) Tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia.

d. Skizofrenia Residual

Pedoman diagnostik:

Untuk suatu diagnostik yang menyakinkan, persyaratan berikut harus dipenuhi semua:

- 1) Gejala negatif dari skizofrenia yang menonjol misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketidadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk, seperti ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara, dan posisi tubuh, perawatan diri, dan kinerja sosial yang buruk.
- 2) Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosa skizofrenia.
- 3) Sedikitnya sudah melampaui kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom negatif dari skizofrenia.
- 4) Tidak terdapat demensia, atau penyakit/gangguan otak organik lainnya, depresi kronis atau institusional yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

e. Skizofrenia Simpleks

Pedoman diagnostik:

- 1) Skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pematangan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari:
  - a) Gejala negatif yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik dan disertai dengan;
  - b) Perubahan-perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

- 2) Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibanding dengan sub tipe skizofrenia lainnya.

### 2.1.7 Penatalaksanaan Skizofrenia

#### a. Terapi Somatik

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi, dan perubahan pola pikir yang terjadi pada skizofrenia. Pasien mungkin dapat mencoba beberapa jenis antipsikotik sebelum mendapatkan obat atau kombinasi obat antipsikotik yang benar-benar efektif bagi pasien. Antipsikotik pertama diperkenalkan 50 tahun yang lalu dan merupakan terapi obat-obatan pertama yang efektif untuk mengobati skizofrenia. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu:

##### 1) Antipsikosis Tipikal

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya disebut antipsikotik tipikal. Walaupun sangat efektif, antipsikotik ini sering menimbulkan efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik tipikal antara lain *haloperidol*, *trifluoperazine*, *thioridazine*, *chlorpromazine*, *thiothixene*, *perphenazine*, *fluphenazine*. Akibat berbagai efek samping yang dapat ditimbulkan oleh antipsikotik atipikal, banyak ahli lebih merekomendasikan penggunaan antipsikotik atipikal.

Ada 2 pengecualian (harus dengan antipsikotik tipikal). Pertama, pada pasien yang sudah mengalami perbaikan atau kemajuan yang pesat menggunakan antipsikotik tipikal tanpa efek samping yang berarti. Biasanya para ahli merekomendasikan untuk meneruskan pemakaian antipsikotik tipikal. Kedua, bila pasien mengalami kesulitan minum pil secara reguler. *fluphenazine* dan *haloperidol* dapat diberikan dalam jangka waktu yang lama (*long acting*) dengan interval 2-4 minggu (disebut juga *depot formulations*). Dengan *depot formulation*, obat dapat disimpan terlebih dahulu di dalam

tubuh lalu dilepaskan secara perlahan-lahan. Sistem *depot formulation* ini tidak dapat digunakan pada antipsikotik atipikal.

## 2) Antipsikosis Atipikal

Obat-obat yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, serta sedikit menimbulkan efek samping bila dibandingkan dengan antipsikotik tipikal. Beberapa contoh antipsikotik atipikal yang tersedia, antara lain *risperidone*, *quetiapine*, *olanzapine*, *clozapine*. Para ahli banyak merekomendasikan obat-obat ini untuk menangani pasien-pasien dengan skizofrenia.

*Clozapine* mulai diperkenalkan tahun 1990, merupakan antipsikotik atipikal yang pertama. *Clozapine* dapat membantu kurang lebih 25-50% pasien yang tidak merespon dengan antipsikotik tipikal. Sangat disayangkan, *clozapine* memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius dimana pada kasus-kasus yang jarang (1%), *clozapine* dapat menurunkan jumlah leukosit yang berguna untuk melawan infeksi. Ini artinya, pasien yang mendapat *clozapine* harus memeriksakan kadar leukositnya secara reguler. Para ahli merekomendasikan penggunaan *clozapine* bila paling sedikit 2 dari obat antipsikotik yang lebih aman tidak berhasil.

Beberapa penelitian menunjukkan *clozapine* adalah obat terbaik untuk pasien skizofrenia yang resisten pengobatan dengan angka respon sekitar 50% namun belum ada yang membandingkannya dengan terapi elektro konvulsif. Pada penelitian Fanani (2012) didapatkan *clozapine* lebih efektif daripada terapi elektro konvulsif dalam penatalaksanaan skizofrenia resisten obat.

## 3) Terapi Elektro Konvulsif

Selain antipsikosis dan terapi psikososial, ada juga terapi lainnya yang dilakukan di rumah sakit yaitu terapi elektro konvulsif. Terapi ini diperkenalkan oleh Ugo Cerletti (1887-1963). Mekanisme penyembuhan penderita dengan terapi ini belum diketahui secara pasti. Alat yang digunakan adalah alat yang mengeluarkan aliran listrik sinusoid sehingga penderita

menerima aliran listrik yang terputus-putus. Tegangan yang digunakan 100-150 volt dan waktu yang digunakan 2-3 detik. Pada pelaksanaan terapi ini dibutuhkan persiapan sebagai berikut:

- a) Pemeriksaan jantung, paru, dan vertebra.
- b) Penderita harus puasa.
- c) Vesika urinaria dan rektum perlu dikosongkan.
- d) Gigi palsu, dan benda metal perlu dilepaskan.
- e) Penderita berbaring telentang lurus di atas permukaan yang datar dan agak keras.
- f) Bagian kepala yang akan dipasang elektroda (antara os frontal dan os temporalis) dibersihkan.
- g) Di antara kedua rahang diberi bahan lunak dan diperintahkan agar pasien menggigitnya.

Frekuensi dilakukannya terapi ini tergantung dari keadaan penderita dapat diberi:

- a) 2-4 hari berturut-turut 1-2 kali sehari.
- b) 2-3 kali seminggu pada keadaan yang lebih ringan.
- c) *Maintenance* tiap 2-4 minggu.
- d) Dahulu sebelum zaman psikotropik dilakukan 12-20 kali tetapi sekarang tidak dianut lagi.

Indikasi pemberian terapi ini adalah pasien skizofrenia katatonik dan bagi pasien karena alasan tertentu tidak dapat menggunakan antipsikotik atau tidak adanya perbaikan setelah pemberian antipsikotik. Kontraindikasi terapi elektro konvulsif adalah dekompensasio kordis, aneurisma aorta, penyakit tulang dengan bahaya fraktur tetapi dengan pemberian obat pelemas otot pada pasien dengan keadaan di atas boleh dilakukan. Kontraindikasi mutlak adalah tumor otak. Sebagai komplikasi terapi ini dapat terjadi luksasio pada rahang, fraktur pada vertebra, robekan otot-otot, dapat juga terjadi apnue, amnesia dan terjadi degenerasi sel-sel otak.



b. Terapi Psikososial

1) Terapi perilaku

Teknik perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis, dan komunikasi interpersonal. Perilaku adaptif adalah didorong dengan pujian atau hadiah yang dapat ditebus untuk hal-hal yang diharapkan. Dengan demikian, frekuensi perilaku maladaptif atau menyimpang seperti berbicara lantang, berbicara sendirian di masyarakat, dan postur tubuh aneh dapat diturunkan.

2) Terapi kelompok

Terapi kelompok bagi skizofrenia biasanya memusatkan pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata. Kelompok mungkin terorientasi secara perilaku, psikodinamika, atau suportif. Terapi kelompok efektif dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan tes realitas bagi pasien skizofrenia.

Salah satu wadah terapi ini adalah Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia (KPSI). Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia (KPSI) berdiri pada tahun 2009 saat grup KPSI di *facebook* dibuat. Saat ini KPSI telah memiliki sekitar 11.600 anggota di grup tersebut. KPSI memiliki beberapa program kerja yang berorientasi pada aspek legal dan hukum, edukasi serta layanan terhadap orang dengan masalah kejiwaan, terutama mereka yang mengalami skizofrenia (gangguan jiwa dengan halusinasi). Anggota KPSI datang dari penderita dan keluarganya, kalangan medis serta masyarakat umum. Dalam kegiatan-kegiatan di KPSI, hal yang membahagiakan adalah terbentuknya suasana saling terbuka, mendukung, mencerahkan baik antar-sesama orang dengan masalah kejiwaan (ODMK), keluarga, kalangan medis, dan orang lainnya yang peduli.

3) Terapi kerja

Terapi kerja adalah baik sekali untuk mendorong penderita bergaul

bagi dengan orang lain, penderita lain, perawat, dan dokter. Maksudnya supaya ia tidak mengasingkan diri lagi, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama. Pemikiran masalah filsafat atau kesenian bebas dalam bentuk melukis bebas atau bermain musik bebas, tidak dianjurkan sebab dapat menambah autisme. Bila dilakukan juga, maka harus ada pemimpin dan ada tujuan yang lebih dahulu sudah ditentukan.

#### 4) Suportif individual

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisis tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita dengan skizofrenia karena justru menambah isolasi dan autisme. Yang dapat membantu penderita adalah psikoterapi suportif individual atau kelompok, serta bimbingan yang praktis dengan maksud mengembalikan penderita ke masyarakat. Teknik terapi perilaku kognitif (*Cognitive Behaviour Therapy*) belakangan dicoba pada penderita skizofrenia dengan hasil yang menjanjikan (Maramis, 2009).

Suatu konsep penting didalam psikoterapi bagi pasien skizofrenia adalah perkembangan suatu hubungan terapeutik yang dialami pasien sebagai pengalaman. Pengalaman tersebut dipengaruhi oleh dapat dipercayanya ahli terapi, jarak emosional antara ahli terapi dan pasien, dan keikhlasan ahli terapi seperti yang diinterpretasikan oleh pasien.

Hubungan antara dokter dan pasien adalah berbeda dari yang ditemukan didalam pengobatan pasien non-psikotik. Menegakkan hubungan seringkali sulit dilakukan; pasien skizofrenia seringkali kesepian dan menolak terhadap keakraban dan kepercayaan dan kemungkinan sikap curiga, cemas, bermusuhan, atau teregresi jika seseorang mendekati. Pengamatan yang cermat dari jauh dan rahasia, perintah sederhana, kesabaran, ketulusan hati, dan kepekaan terhadap kaidah sosial adalah lebih disukai daripada informalitas yang prematur dan penggunaan nama pertama yang merendahkan

diri. Kehangatan atau profesi persahabatan yang berlebihan adalah tidak tepat dan kemungkinan dirasakan sebagai usaha untuk suapan, manipulasi, atau eksploitasi.

#### 5) Terapi berorientasi keluarga

Terapi ini sangat berguna karena pasien skizofrenia seringkali dipulangkan dalam keadaan remisi parsial, keluarga dimana pasien skizofrenia kembali seringkali mendapatkan manfaat dari terapi keluarga yang singkat namun intensif (setiap hari). Setelah periode pemulangan segera, topik penting yang dibahas didalam terapi keluarga adalah proses pemulihan, khususnya lama dan kecepatannya. Seringkali, anggota keluarga, didalam cara yang jelas mendorong sanak saudaranya yang terkena skizofrenia untuk melakukan aktivitas teratur terlalu cepat. Rencana yang terlalu optimistik tersebut berasal dari ketidaktahuan tentang sifat skizofrenia dan dari penyangkalan tentang keparahan penyakitnya.

Ahli terapi harus membantu keluarga dan pasien mengerti skizofrenia tanpa menjadi terlalu mengecilkan hati. Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa terapi keluarga adalah efektif dalam menurunkan kekambuhan. Didalam penelitian terkontrol, penurunan angka kekambuhan adalah dramatik. Angka kekambuhan tahunan tanpa terapi keluarga sebesar 25-50% dan 5-10% dengan terapi keluarga.

#### c. Perawatan di Rumah Sakit

Indikasi utama perawatan di rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostik, menstabilkan medikasi, keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh, perilaku yang sangat kacau termasuk ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar. Tujuan utama perawatan dirumah sakit yang harus ditegaskan adalah ikatan efektif antara pasien dan sistem pendukung masyarakat. Rehabilitasi dan penyesuaian yang dilakukan pada perawatan rumah sakit harus direncanakan. Dokter juga harus mengajarkan pasien dan pengasuh serta keluarga pasien tentang skizofrenia.

Perawatan di rumah sakit menurunkan stres pada pasien dan membantu mereka menyusun aktivitas harian mereka. Lamanya perawatan di rumah sakit tergantung dari keparahan penyakit pasien dan tersedianya fasilitas pengobatan rawat jalan. Rencana pengobatan di rumah sakit harus memiliki orientasi praktis ke arah masalah kehidupan, perawatan diri, kualitas hidup, pekerjaan, dan hubungan sosial. Perawatan di rumah sakit harus diarahkan untuk mengikat pasien dengan fasilitas perawatan termasuk keluarga pasien. Pusat perawatan dan kunjungan keluarga pasien kadang membantu pasien dalam memperbaiki kualitas hidup.

#### 2.1.8 Prognosis

Walaupun remisi penuh atau sembuh pada skizofrenia itu ada, kebanyakan orang mempunyai gejala sisa dengan keparahan yang bervariasi. Secara umum 25% individu sembuh sempurna, 40% mengalami kekambuhan, dan 35% mengalami perburukan. Sampai saat ini belum ada metode yang dapat memprediksi siapa yang akan menjadi sembuh siapa yang tidak, tetapi ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya seperti: usia tua, faktor pencetus jelas, onset akut, riwayat sosial, gejala depresi, menikah, riwayat keluarga gangguan mood, sistem pendukung baik dan gejala positif ini akan memberikan prognosis yang baik sedangkan onset muda, tidak ada faktor pencetus, onset tidak jelas, riwayat sosial buruk, autistik, tidak menikah, riwayat keluarga skizofrenia, sistem pendukung buruk, gejala negatif, riwayat trauma prenatal, tidak remisi dalam 3 tahun, sering kambuh dan riwayat agresif akan memberikan prognosis yang buruk.

#### 2.2. Kekambuhan pada Skizofrenia

Kekambuhan adalah kembalinya suatu penyakit setelah tampaknya mereda (Dorland, 2010). Pada gangguan jiwa kronis diperkirakan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama, dan 70% pada tahun kedua. Kekambuhan biasanya terjadi karena adanya kejadian-kejadian buruk sebelum mereka kambuh dan juga dapat

disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya faktor internal dan eksternal (Suprayitno, 2010).

Hasil penelitian Dewi (2009) menjelaskan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kekambuhan adalah faktor usia. Dari 47 pasien pasca rawat inap di RS dr. Sardjito Mei 2007-Mei 2008, pasien berusia  $\leq 34$  tahun yang mengalami kekambuhan sebesar 73,1%. Selain faktor usia, jenis kelamin, dan pekerjaan, Amelia (2013) menyebutkan bahwa penyebab subyek mengalami kekambuhan disebabkan faktor keluarga, faktor tersebut paling dominan sehingga subyek menjadi kambuh setelah di rawat di rumah sakit jiwa. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan dan perlakuan keluarga memberikan pengaruh besar terjadinya kekambuhan pada subyek penelitian.

Ditambahkan oleh Amelia (2013), bahwa selain faktor usia, jenis kelamin, dan pekerjaan, penyebab subyek mengalami relaps disebabkan faktor keluarga, faktor tersebut paling dominan sehingga subyek menjadi relaps pasca dirawat di rumah sakit jiwa. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan dan perlakuan keluarga memberikan pengaruh besar terjadinya relaps pada subyek penelitian. Jika dukungan sosial dari lingkungan sekitar seperti keluarga dan teman-teman tidak ia dapatkan, bukan tidak mungkin relaps atau kekambuhan akan terjadi pada penderita skizofrenia.

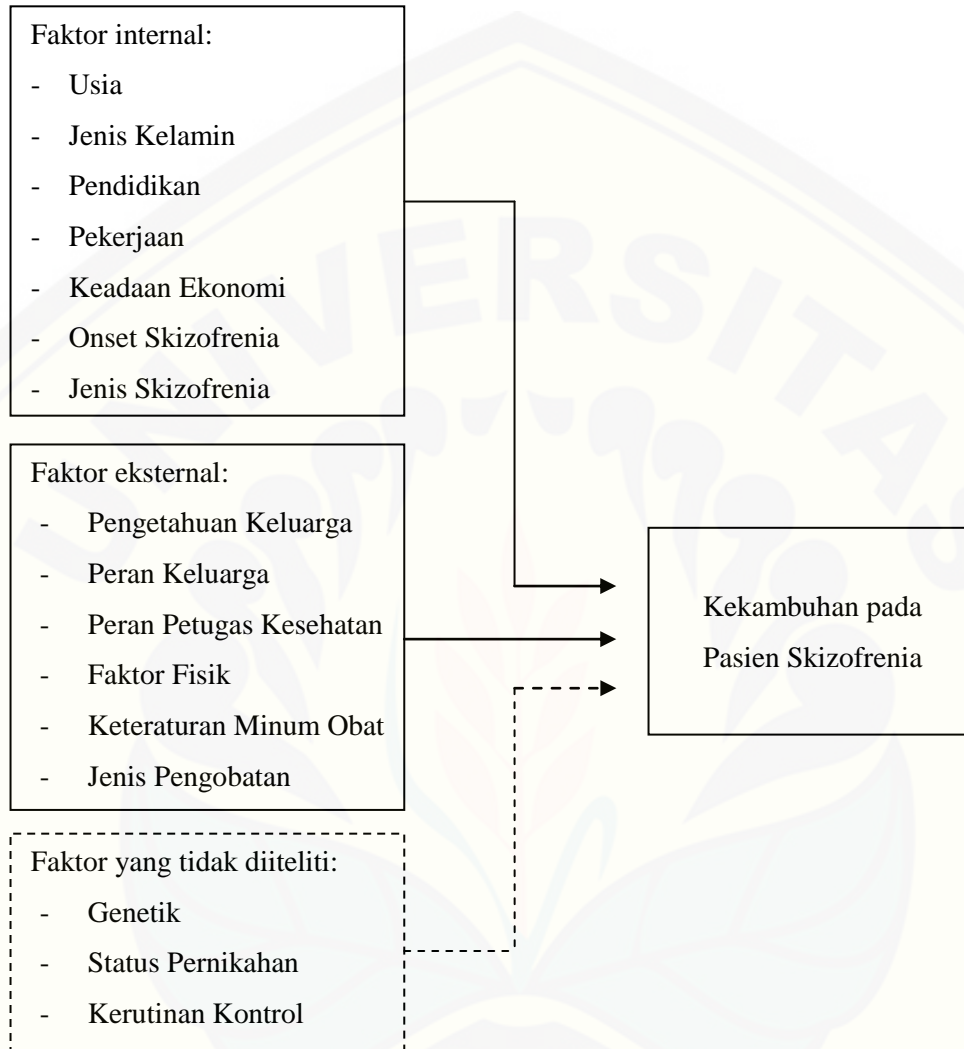
Masalah-masalah di atas ditambahkan lagi oleh ketidakpatuhan dan ketidakteraturan pasien dalam melakukan rawat jalan dan mengkonsumsi obat-obatan. Pasien tidak dapat selalu mengkonsumsi obat karena keterbatasan biaya sedangkan beberapa pasien lain tidak mengkonsumsi obat sesuai aturan karena efek obat yang sangat mengganggu aktivitas dan pekerjaan mereka. Hampir semua jenis peristiwa kehidupan dapat mencetuskan terjadinya kekambuhan, sering berkaitan dengan dihentikannya pemakaian obat-obatan anti psikotik. Karena itu jika pengobatan dihentikan atau pasien skizofrenia sengaja tidak patuh pada pengobatan saat rawat jalan maka kemungkinan untuk kambuh pada mereka akan besar peluangnya apalagi jika ditambah dengan kondisi lingkungan sosialnya seperti

keluarga yang memusuhi atau memperlihatkan emosi secara berlebihan tentu hal ini bisa mempercepat terjadinya kekambuhan pada mereka (Amelia, 2013).

### **2.3. Kerangka Konseptual**

Berdasarkan landasan teori di atas maka sebagai kerangka konsep tidak semua variabel dioperasionalkan dalam penelitian ini mengingat adanya keterbatasan waktu, tenaga, dan biaya. Oleh karena itu hanya beberapa variabel yang diteliti dalam penelitian ini yaitu sebagai variabel independent adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, keadaan ekonomi, onset skizofrenia, jenis skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, faktor fisik, keteraturan minum obat, dan jenis pengobatan. Sedangkan variabel dependent adalah kekambuhan pada pasien skizofrenia.

Kerangka konsep tersebut dapat kita lihat dalam bagan di bawah ini:



Gambar 2.1 Kerangka konseptual

#### 2.4. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah faktor usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, keadaan ekonomi, onset skizofrenia, jenis skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, faktor fisik, keteraturan minum obat, dan jenis pengobatan mempengaruhi dengan terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia.

## **BAB 3. METODE PENELITIAN**

### **3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode *analitik observasional* dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan mencari hubungan antara variabel dependent dengan variabel independent. Pengukuran variabel dilakukan bersama-sama (sekali waktu) pada saat penelitian dengan menggunakan kuesioner secara kuantitatif (Notoatmodjo, 2010).

### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember karena merupakan rumah sakit rujukan dari Situbondo, Bondowoso, Banyuwangi, dan Lumajang sehingga diharapkan jumlah sampel dapat terpenuhi dan memudahkan peneliti dalam melakukan penelitian. Selanjutnya penelitian dilakukan dalam jangka waktu satu bulan yaitu pada 18 Februari-17 Maret 2015 karena mayoritas pasien skizofrenia akan kembali kontrol ke rumah sakit tiap satu bulan sehingga diharapkan dapat mewakili seluruh pasien skizofrenia yang berobat di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember.

### **3.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

#### **3.3.1 Populasi Penelitian**

Populasi dari penelitian ini terdiri dari populasi target dan populasi terjangkau. Populasi target adalah tujuan generalisasi penelitian dan mempunyai kriteria klinis dan demografis. Populasi terjangkau adalah populasi dari mana peneliti mengambil subjek penelitian. Selain kriteria klinis dan demografis, populasi terjangkau mempunyai kriteria waktu dan tempat (Dahlan, 2010).



Populasi target responden dari penelitian ini adalah seluruh keluarga pasien skizofrenia yang datang berobat ke Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember. Sedangkan populasi terjangkau responden dari penelitian ini adalah keluarga pasien skizofrenia yang datang dan terdata di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember dalam kurun waktu penelitian.

### 3.3.2 Sampel Penelitian dan Teknik Pengambilan Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini jumlah sampel dibatasi oleh tenggang waktu yang ditetapkan oleh peneliti dalam melakukan penelitian, yaitu dalam kurun waktu satu bulan dan dilakukan dengan metode *total sampling*. Dengan demikian, peneliti mengambil sampel responden dari keluarga pasien skizofrenia yang datang dan terdata di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember pada tanggal 18 Februari-17 Maret 2015 dengan jumlah 109 responden. Jenis data yang dikumpulkan adalah data primer yang diperoleh langsung dari responden (heteroanamnesis).

### 3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi dari sampel responden penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Keluarga dari pasien yang terdiagnosis skizofrenia oleh dokter.
- b. Keluarga yang tinggal serumah dan merupakan *care giver* pasien tersebut.
- c. Keluarga dari pasien skizofrenia yang sedang menjalani pengobatan pertama minimal 3 bulan.
- d. Sehat jasmani dan rohani
- e. Berusia di atas 18 tahun.
- f. Bersedia untuk mengisi *informed consent* dan kuesioner yang telah disediakan sebagai tanda persetujuan sampel penelitian.

Kriteria eksklusi dari sampel responden penelitian adalah sebagai berikut:

- a. Data tidak lengkap.

### 3.5 Variabel Penelitian

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kekambuhan pada pasien skizofrenia. Sedangkan variabel independennya adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, keadaan ekonomi, onset skizofrenia, jenis skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, keadaan fisik, keteraturan minum obat, dan jenis pengobatan.

### 3.6 Definisi Operasional

Definisi operasional variabel disusun sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran
1.	Pasien Skizofrenia	Pasien yang didiagnosis skizofrenia oleh dokter.	Rekam medis
2.	Kekambuhan Skizofrenia	Kekambuhan adalah kembalinya suatu penyakit setelah tampaknya mereda (Dorland, 2010). Dikategorikan menjadi: a. Kambuh b. Tidak kambuh	Metode wawancara
3.	Usia	Usia pasien yang dihitung berdasar ulang tahun terakhir. Dikategorikan menjadi: a. Anak-remaja = $\leq 25$ tahun b. Dewasa-lansia = $> 25$ tahun (Depkes RI, 2009)	Kuesioner

4.	Jenis Kelamin	Jenis kelamin pasien diketahui berdasarkan pengamatan. Dikategorikan menjadi: a. Laki-laki b. Perempuan	Kuesioner
5.	Pendidikan	Pendidikan pasien dilihat dari pendidikan formal yang sudah tamat. Dikategorikan menjadi: a. Tuntas (SMP, SMA, Sarjana) b. Tidak tuntas (SD dan Tidak Tamat Belajar) (Peraturan Pemerintah No.47 Tahun 2008 tentang Pelaksanaan Wajib Belajar Sembilan Tahun)	Kuesioner
5.	Pekerjaan	Pekerjaan pasien dilihat dari kegiatan rutin yang dilakukan setiap hari untuk mendapat gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain. Dikategorikan menjadi: a. Bekerja b. Tidak bekerja.	Kuesioner
6.	Keadaan Ekonomi	Keadaan ekonomi pasien dilihat dari asuransi kesehatan pasien. Dikategorikan menjadi: a. Cukup, jika non PBI atau mandiri b. Kurang, jika PBI atau SPM (Peraturan Pemerintah No.101 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan)	Rekam medis

7.	Onset Skizofrenia	Waktu pertama kali munculnya gejala dan tanda skizofrenia. Dibatasi menjadi: a. < 1 tahun b. 1-5 tahun c. >5 tahun	Kuesioner
8.	Jenis Skizofrenia	Menurut PPDGJ III, tipe skizofrenia dikategorikan menjadi: a. Skizofrenia Paranoid b. Skizofrenia Hebrefenik c. Skizofrenia Katatonik d. Skizofrenia Tidak Terinci e. Skizofrenia Residual f. Skizofrenia Simpleks	Rekam medis
9.	Frekuensi Kekambuhan	Frekuensi kekambuhan skizofrenia yang dialami pasien selama satu bulan terakhir. Dikategorikan menjadi: a. Tidak kambuh b. 1-7 hari c. 8-14 hari d. 15-21 hari e. >21 hari	Kuesioner
10.	Pengetahuan Keluarga	Pengetahuan keluarga tentang kekambuhan penyakit skizofrenia. Dikategorikan menjadi: a. Tahu (skor $\geq 75\%$ ) b. Tidak tahu (skor $< 75\%$ )	Kuesioner

---

11.	Peran Keluarga	Pendapat responden tentang ada tidaknya dorongan moril dari keluarga. Dikategorikan menjadi: a. Berperan (skor $\geq 75\%$ ) b. Tidak berperan (skor $< 75\%$ )	Kuesioner
12.	Peran Petugas Kesehatan	Pendapat responden tentang ada tidaknya peran petugas kesehatan yang diberikan selama perjalanan penyakit skizofrenia. Dikategorikan menjadi: a. Berperan (skor $\geq 75\%$ ) b. Tidak Berperan (skor $< 75\%$ )	Kuesioner
13.	Faktor Fisik	Pendapat responden tentang ada tidaknya penyakit fisik lain yang menyertai pasien skizofrenia. Dikategorikan menjadi: a. Ada b. Tidak ada	Kuesioner
14.	Keteraturan Minum Obat	Pendapat responden tentang teratur atau tidaknya pasien skizofrenia tersebut dalam menjalani pengobatan. Pasien dikatakan teratur minum obat jika meminum obat sesuai dosis, frekuensi, waktu, dan benar obat. Dikategorikan menjadi: a. Teratur (skor $> 75\%$ ) b. Tidak teratur (skor $< 75\%$ )	Kuesioner

---

---

15.	Jenis Pengobatan	Jenis pengobatan yang diberikan dokter untuk pasien skizofrenia. Dikategorikan menjadi: a. Oral b. Injeksi c. Oral dan Injeksi	Rekam medis
-----	------------------	--	-------------

---

### 3.7 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan memberikan alat penelitian kepada setiap keluarga pasien skizofrenia yang datang ke Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi yang memenuhi kriteria penelitian.

Alat yang digunakan untuk memperoleh data pada penelitian ini adalah:

- Formulir yang berisi *informed consent*, identitas, dan biodata sampel responden. Formulir *informed consent* tersebut berupa pernyataan yang berisi tentang kesediaan sampel untuk menjadi responden penelitian. Pada formulir juga akan dijelaskan bahwa selama pengambilan data pada sampel, tidak ada kerugian baik materiil maupun non-materiil yang akan dialami oleh sampel selama perlakuan ataupun sesudah perlakuan.
- Kuesioner untuk data faktor-faktor yang diduga mempengaruhi terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia.

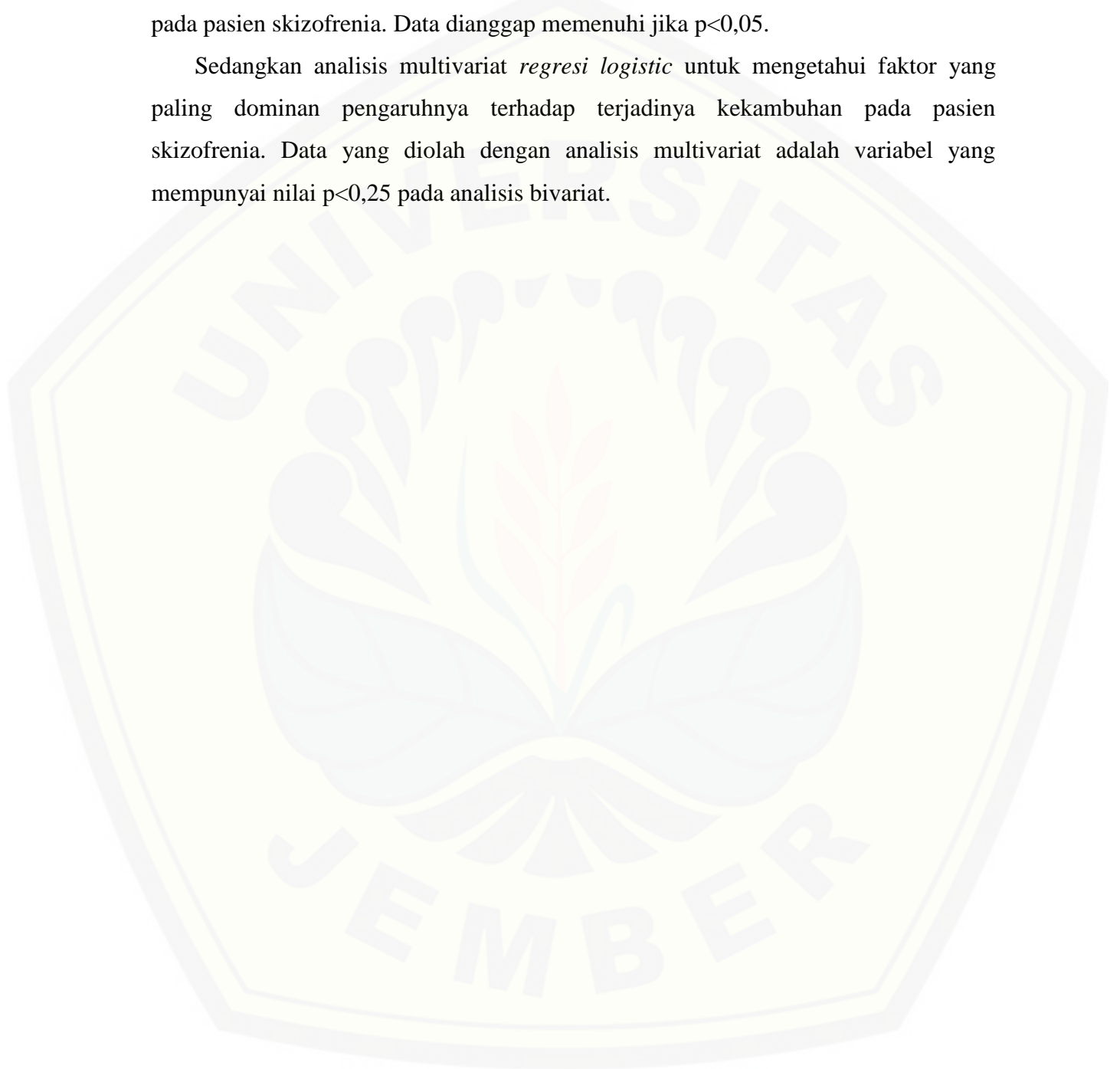
### 3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

Pemrosesan data dalam penelitian ini dilakukan dengan aplikasi SPSS 16.0 *for windows*. Data yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis secara univariat, bivariat, dan multivariat.

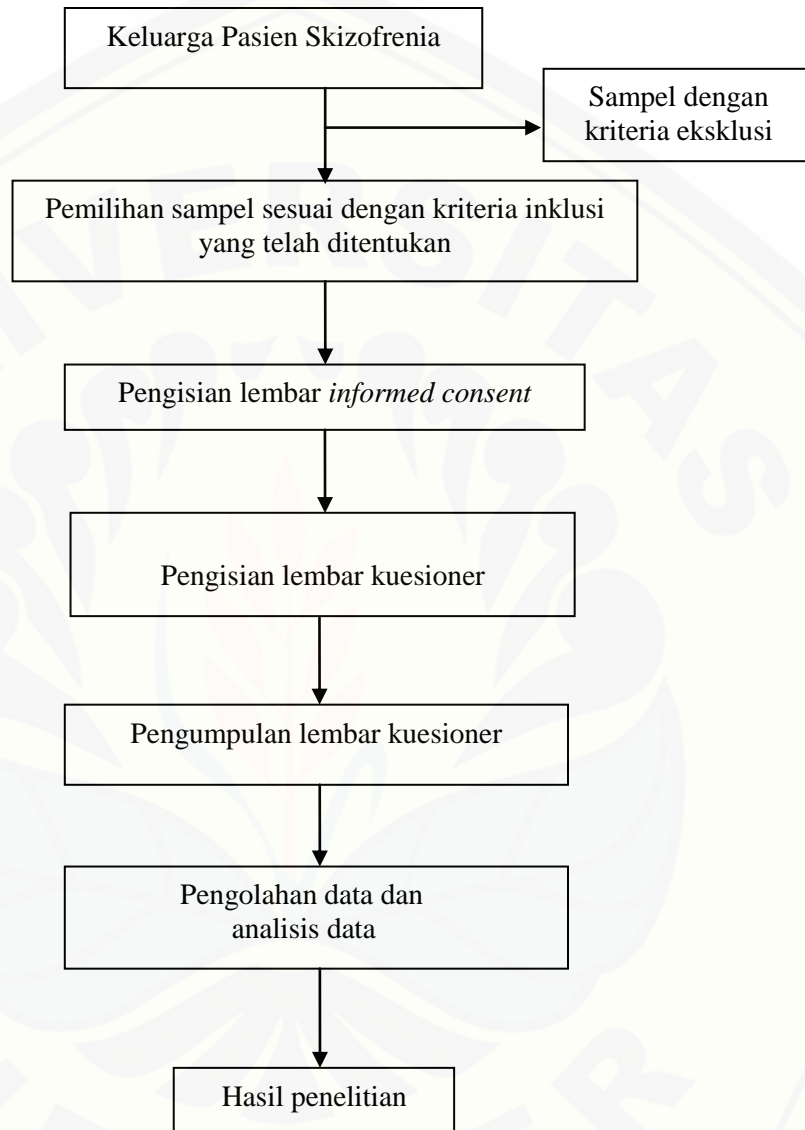
Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, keadaan ekonomi, onset skizofrenia, jenis skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, keteraturan minum obat, dan jenis pengobatan.

Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *chi-square* untuk menganalisis hubungan antara variabel independen dengan terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia. Data dianggap memenuhi jika  $p < 0,05$ .

Sedangkan analisis multivariat *regresi logistic* untuk mengetahui faktor yang paling dominan pengaruhnya terhadap terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia. Data yang diolah dengan analisis multivariat adalah variabel yang mempunyai nilai  $p < 0,25$  pada analisis bivariat.



### 3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Skema Alur Penelitian

### 3.9 Uji Kelayakan Etik

Penelitian ini telah mendapat *ethical clearance* dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Jember.



## BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

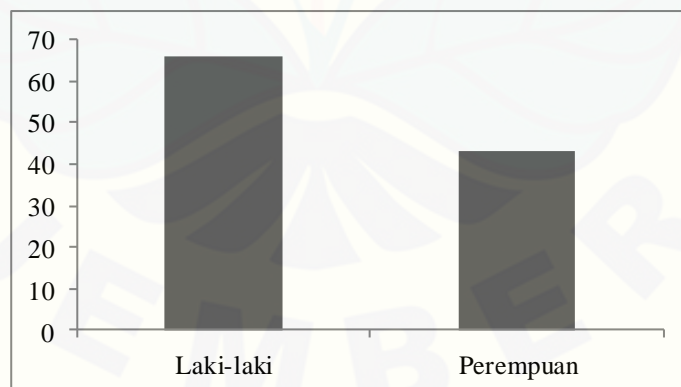
### 4.1 Hasil Penelitian

#### 4.1.1 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan cara analisis dengan mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi. Pada umumnya analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel. Analisis univariat pada penelitian ini terdiri dari jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, keadaan ekonomi, onset skizofrenia, jenis skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, faktor fisik, keteraturan minum obat, dan jenis pengobatan. Jumlah total sampel penelitian di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember adalah sebesar 109 responden.

Dalam diagram batang, berikut ini adalah distribusi karakteristik responden penelitian:

##### a. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

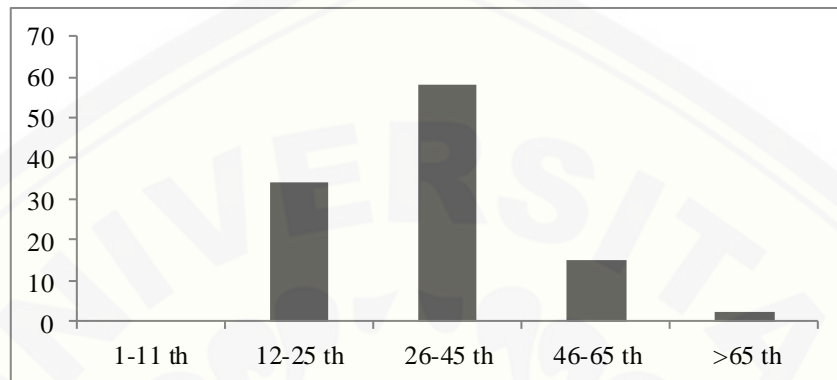


Gambar 4.1 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasar jenis kelamin menunjukkan bahwa sebanyak 66 pasien (60,6%) berjenis kelamin laki-laki dan 43 pasien (39,4%) berjenis kelamin perempuan. Jadi, terlihat presentase

tertinggi adalah pasien dengan jenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 60,6 % dan presentase terendah adalah pasien dengan jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 39,4%.

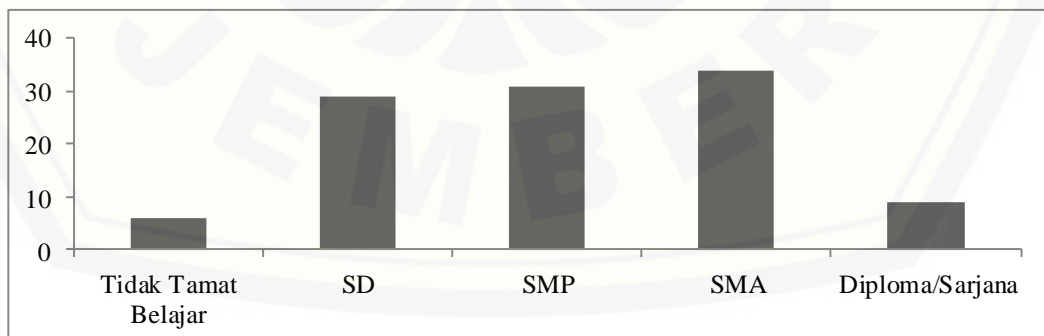
b. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia



Gambar 4.2 Karakteristik responden berdasarkan usia

Berdasarkan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasar usia menunjukkan tidak ada pasien yang berusia 0-11 tahun, 34 pasien (31,2%) merupakan kelompok usia 12-25 tahun, 58 pasien (53,2%) merupakan kelompok usia 26-45 tahun, 15 pasien (13,8%) merupakan kelompok umur 46-65 tahun, dan 2 pasien (1,8%) merupakan kelompok usia >65 tahun. Jadi, terlihat presentase tertinggi adalah pasien dengan kelompok usia 26-45 tahun yaitu 53,2% dan presentase terendah adalah pasien dengan kelompok umur 0-11 tahun.

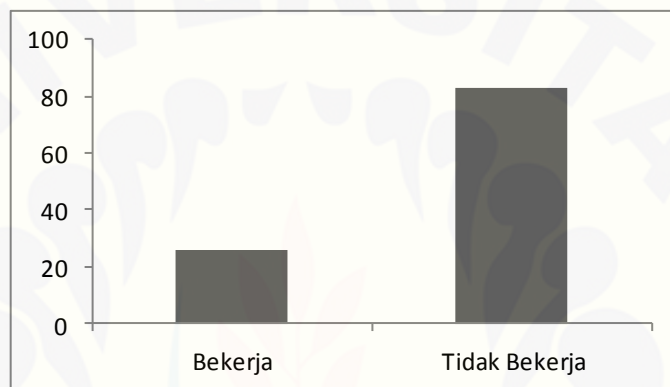
c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan



Gambar 4.3 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Berdasarkan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasar pendidikan menunjukkan bahwa secara berurutan sebanyak 6 pasien (5,5%) tidak tamat belajar, 29 pasien (26,6%) tamat SD, 31 pasien (28,4%) tamat SMP, 34 pasien (31,2%) tamat SMA, dan 9 pasien (8,3%) diploma atau sarjana. Jadi, terlihat presentase tertinggi adalah pasien yang tamat SMA yaitu 31,2% dan presentase terendah adalah pasien yang tidak tamat belajar yaitu sebesar 5,5%.

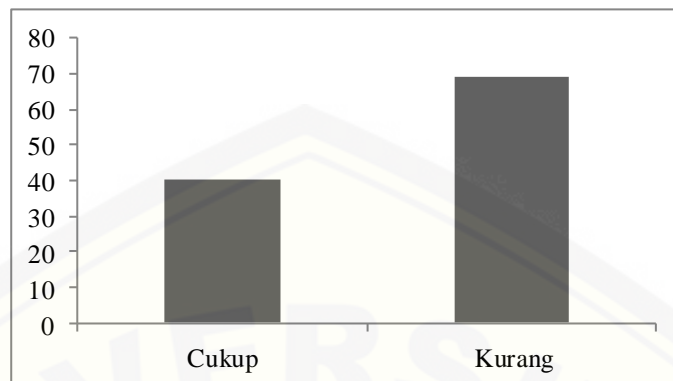
d. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan



Gambar 4.4 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Berdasarkan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasarkan pekerjaan menunjukkan bahwa secara berurutan sebanyak 26 pasien (23,9%) merupakan pasien yang bekerja dan 83 pasien (76,1%) merupakan pasien yang tidak bekerja. Jadi, terlihat presentase tertinggi adalah pasien yang tidak bekerja dengan prosentase 76,1% dan presentase terendah adalah pasien yang bekerja yaitu sebesar 23,9%.

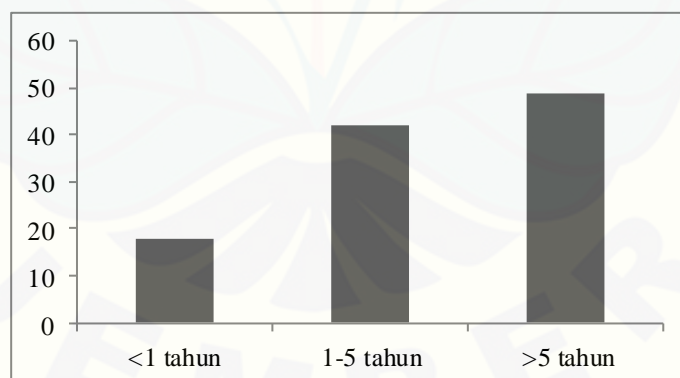
e. Karakteristik Responden Berdasarkan Keadaan Ekonomi



Gambar 4.5 Karakteristik responden berdasarkan keadaan ekonomi

Berdasarkan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasarkan keadaan ekonomi menunjukkan bahwa sebanyak 40 pasien (36,7%) merupakan pasien dengan keadaan ekonomi cukup dan 69 pasien (63,3%) merupakan pasien dengan keadaan ekonomi kurang. Jadi, terlihat presentase tertinggi adalah pasien dengan keadaan ekonomi kurang yaitu sebesar 63,3% dan presentase terendah adalah pasien dengan keadaan ekonomi cukup yaitu sebesar 36,7%.

f. Karakteristik Responden Berdasarkan Onset Skizofrenia

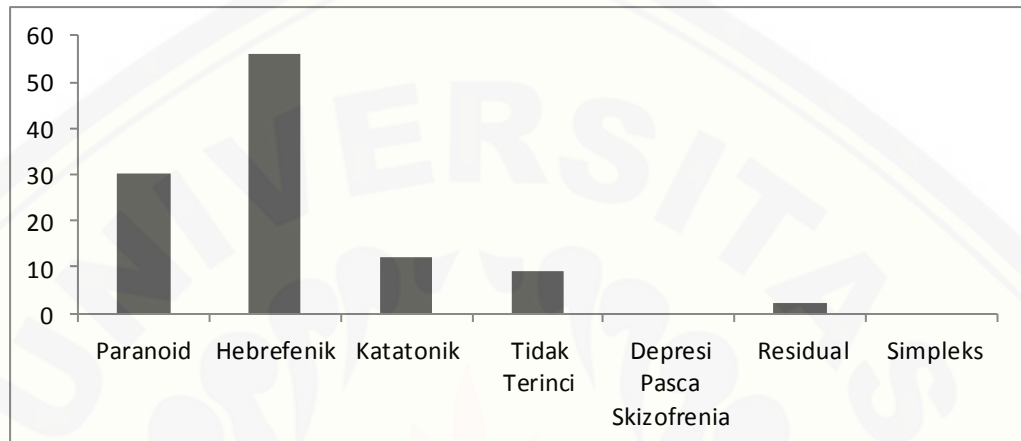


Gambar 4.6 Karakteristik responden berdasarkan onset skizofrenia

Berdasarkan tabel dan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasarkan onset skizofrenia menunjukkan bahwa sebanyak 18 pasien (16,5%) merupakan pasien dengan onset skizofrenia <1 tahun, 42 pasien (38,5%) merupakan pasien

dengan onset skizofrenia 1-5 tahun, dan 49 pasien (45%) merupakan pasien dengan onset skizofrenia >5 tahun. Jadi, terlihat presentase tertinggi adalah pasien dengan onset skizofrenia >5 tahun yaitu sebesar 45% dan presentase terendah adalah pasien dengan onset skizofrenia <1 tahun yaitu sebesar 16,5%.

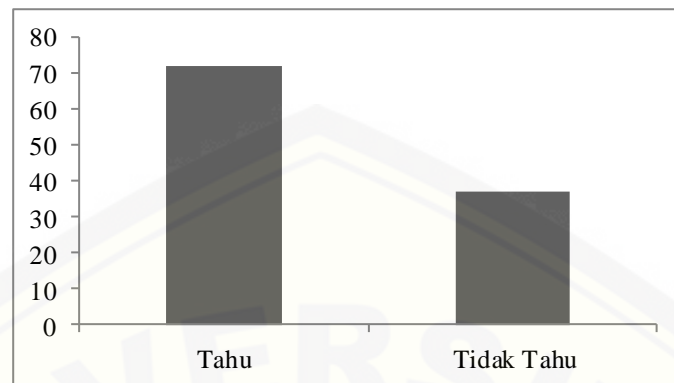
g. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Skizofrenia



Gambar 4.7 Karakteristik responden berdasarkan jenis skizofrenia

Berdasarkan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasarkan jenis skizofrenia menunjukkan bahwa sebanyak 30 pasien (27,5%) merupakan pasien dengan tipe skizofrenia paranoid, 56 pasien (51,4%) merupakan pasien dengan tipe skizofrenia hebrefenik, 12 pasien (11%) merupakan pasien dengan tipe skizofrenia katatonik, 9 pasien (8,3%) merupakan pasien dengan tipe skizofrenia tidak terinci, 2 pasien (1,8%) merupakan pasien dengan tipe skizofrenia residual, dan tidak ada pasien dengan tipe depresi pasca skizofrenia dan skizofrenia simpleks. Jadi, terlihat presentase tertinggi adalah pasien dengan tipe skizofrenia hebrefenik yaitu sebesar 51,4 % dan presentase terendah adalah pasien dengan tipe depresi pasca skizofrenia dan skizofrenia simpleks.

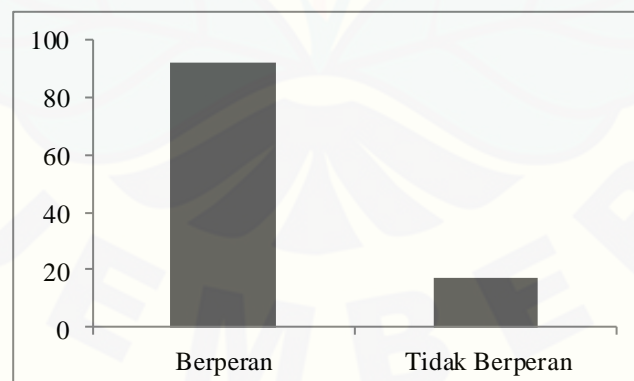
#### h. Karakteristik Responden Berdasarkan Pengetahuan Keluarga



Gambar 4.8 Karakteristik responden berdasarkan pengetahuan keluarga

Berdasarkan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasarkan pengetahuan keluarga menunjukkan bahwa sebanyak 72 responden (66,1%) memiliki pengetahuan dan 37 responden (33,9%) tidak memiliki pengetahuan tentang kekambuhan skizofrenia. Jadi, terlihat presentase tertinggi adalah responden yang memiliki pengetahuan tentang kekambuhan skizofrenia yaitu sebesar 66,1% dan presentase terendah adalah responden yang tidak memiliki pengetahuan tentang kekambuhan skizofrenia yaitu sebesar 33,9%.

#### i. Karakteristik Responden Berdasarkan Peran Keluarga

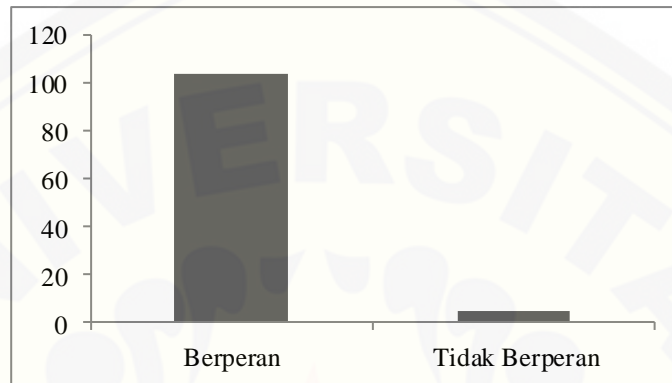


Gambar 4.9 Karakteristik responden berdasarkan peran keluarga

Berdasarkan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasarkan peran keluarga menunjukkan bahwa sebanyak 92 responden (51,4%) berperan dan 17

responden (9,5%) tidak berperan dalam kehidupan sehari-hari pasien skizofrenia. Jadi, terlihat presentase tertinggi adalah responden yang berperan yaitu sebesar 51,4% dan presentase terendah adalah responden yang tidak berperan yaitu sebesar 9,5%.

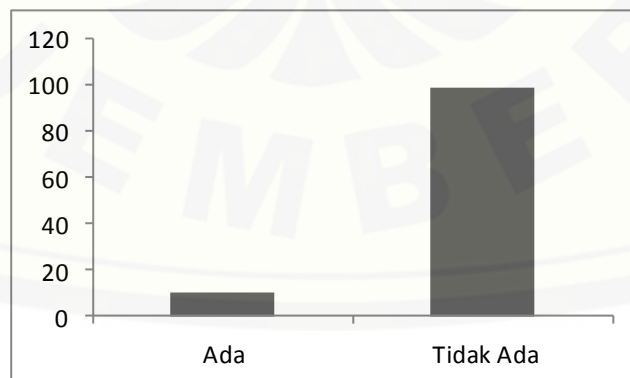
j. Karakteristik Responden Berdasarkan Peran Petugas Kesehatan



Gambar 4.10 Karakteristik responden berdasarkan peran petugas kesehatan

Berdasarkan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasarkan peran petugas kesehatan menunjukkan bahwa sebanyak 104 responden (95,4%) menyatakan berperan dan 5 responden (4,6%) menyatakan tidak berperan. Jadi, terlihat presentase tertinggi adalah petugas kesehatan yang berperan yaitu sebesar 95,4% dan presentase terendah adalah petugas kesehatan yang tidak berperan yaitu sebesar 4,6%.

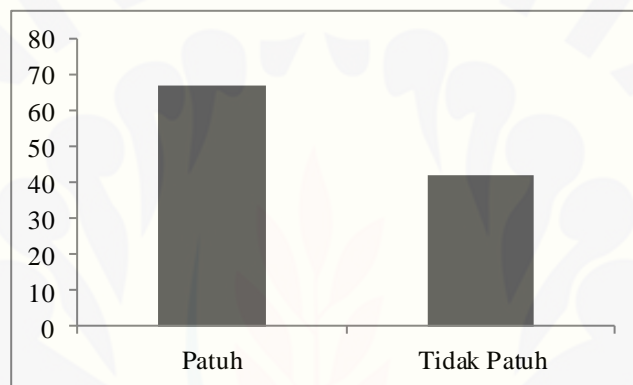
k. Karakteristik Responden Berdasarkan Faktor Fisik



Gambar 4.11 karakteristik responden berdasarkan faktor fisik

Berdasarkan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasarkan faktor fisik menunjukkan bahwa sebanyak 10 pasien (9,2%) mempunyai faktor fisik yang terdiri dari penyakit gouth, retardasi mental, diabetes, hipertensi, dan hipotensi. Sedangkan 99 pasien (90,8%) tidak mempunyai faktor fisik. Jadi, terlihat presentase tertinggi adalah pasien yang tidak mempunyai faktor fisik yaitu sebesar 90,8% dan presentase terendah adalah pasien yang mempunyai faktor fisik yaitu sebesar 9,2%.

#### 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Keteraturan Minum Obat

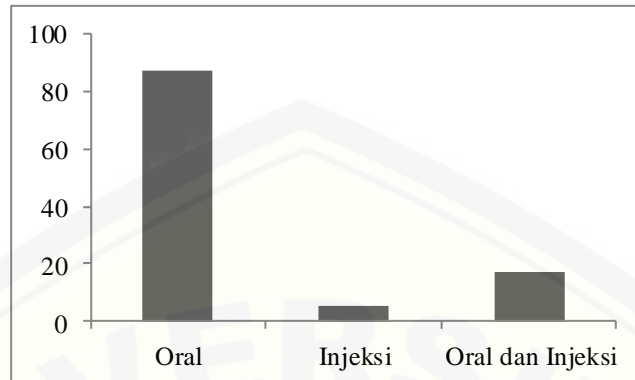


Gambar 4.12 karakteristik responden berdasarkan keteraturan minum obat

Berdasarkan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasarkan keteraturan minum obat menunjukkan bahwa sebanyak 67 pasien (61,5%) teratur dan 42 pasien (38,5%) tidak teratur. Jadi, terlihat presentase tertinggi adalah pasien yang teratur yaitu sebesar 61,5% dan presentase terendah adalah pasien yang tidak teratur yaitu sebesar 38,5%.



#### m. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pengobatan



Gambar 4.13 karakteristik responden berdasarkan jenis pengobatan

Berdasarkan diagram di atas, dari total 109 responden di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember persebaran karakteristik berdasarkan jenis pengobatan menunjukkan bahwa sebanyak 87 pasien (79,8%) menjalani terapi oral, 5 pasien (4,6%) menjalani terapi injeksi, dan 17 pasien (15,6%) menjalani terapi oral dan injeksi. Jadi, terlihat presentase tertinggi adalah pasien yang menjalani terapi oral yaitu sebesar 79,8% dan presentase terendah adalah pasien yang menjalani terapi injeksi yaitu sebesar 4,6%.

#### 4.1.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan untuk menghubungkan masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dengan tingkat kemaknaan  $\alpha < 0,05$ . Dalam penelitian ini, analisis bivariat yang dilakukan adalah analisis dengan metode *chi-square*.

Berikut ini adalah hasil analisis uji bivariat *chi-square* :

a. Analisis Hubungan Jenis Kelamin dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.1 Hubungan jenis kelamin dengan kekambuhan skizofrenia

Jenis Kelamin	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh					
	N	%	N	%	N	%		
<b>Laki-laki</b>	43	39,4	23	21,1	66	60,6	0,448	0,724 (0,313-1,671)
<b>Perempuan</b>	31	28,4	12	11,0	43	39,4		
<b>Jumlah</b>	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa pasien dengan jenis kelamin laki-laki yang mengalami kekambuhan sebanyak 43 pasien (39,4%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 23 pasien (21,1%). Sedangkan pasien dengan jenis kelamin perempuan yang mengalami kekambuhan adalah sebanyak 31 responden (28,4%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah 12 pasien (11,0%). Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai  $P=0,448$  dan nilai  $OR=0,724$  ( $CI\ 95\%=0,313-1,671$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dan kekambuhan skizofrenia.

b. Analisis Hubungan Usia dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.2 Hubungan usia dengan kekambuhan skizofrenia

Usia (tahun)	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh					
	N	%	N	%	N	%		
<b>≤25</b>	28	25,7	6	5,5	34	31,2	0,029	2,942 (1,086-7,971)
<b>&gt;25</b>	46	42,2	29	26,6	75	68,8		
<b>Jumlah</b>	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa pasien dengan usia  $\leq 25$  tahun yang mengalami kekambuhan sebanyak 28 pasien (25,7%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 6 pasien (5,5%). Sedangkan

pasien dengan usia >25 tahun yang mengalami kekambuhan adalah sebanyak 46 pasien (42,2%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah 29 pasien (26,6%). Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai  $P=0,029$  dan  $OR=2,942$  (CI 95%=1,086-7,971) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara usia dan kekambuhan skizofrenia.

c. Analisis Hubungan Pendidikan dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.3 Hubungan pendidikan dengan kekambuhan skizofrenia

Pendidikan	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh					
	N	%	N	%	N	%		
<b>Tuntas</b>	51	46,8	23	21,1	74	67,9	0,738	1,157 (0,492-2,718)
<b>Tidak Tuntas</b>	23	21,1	12	11,0	35	32,1		
<b>Jumlah</b>	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa pasien dengan pendidikan tuntas yang mengalami kekambuhan sebanyak 51 pasien (46,8%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 23 pasien (21,1%). Sedangkan pasien dengan pendidikan tidak tuntas yang mengalami kekambuhan adalah sebanyak 23 pasien (21,1%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah 12 pasien (11,0%). Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai  $P=0,738$  dan  $OR=1,157$  (CI 95%=0,492-2,718) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pendidikan dan kekambuhan skizofrenia.

## d. Analisis Hubungan Pekerjaan dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.4 Hubungan pekerjaan dengan kekambuhan skizofrenia

Pekerjaan	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh		N	%		
	N	%	N	%				
<b>Bekerja</b>	18	16,5	8	7,3	26	23,9	0,867	1,085 (0,419-2,808)
<b>Tidak Bekerja</b>	56	51,4	27	24,8	83	76,1		
<b>Jumlah</b>	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa pasien dengan status bekerja yang mengalami kekambuhan sebanyak 18 pasien (16,5%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 8 pasien (7,3%). Sedangkan pasien dengan status tidak bekerja yang mengalami kekambuhan adalah sebanyak 56 pasien (51,4%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah 27 pasien (24,8%). Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai  $P=0,867$  dan  $OR=1,085$  ( $CI\ 95\%=0,419-2,808$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pekerjaan dan kekambuhan skizofrenia.

## e. Analisis Hubungan Keadaan Ekonomi dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.5 Hubungan keadaan ekonomi dengan kekambuhan skizofrenia

Keadaan Ekonomi	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh		N	%		
	N	%	N	%				
<b>Cukup</b>	27	24,8	13	11,9	40	36,7	0,947	0,972 (0,423-2,237)
<b>Kurang</b>	47	43,1	22	20,2	69	63,3		
<b>Jumlah</b>	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa pasien dengan keadaan ekonomi cukup yang mengalami kekambuhan sebanyak 27 pasien (24,8%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 13 pasien (11,9%). Sedangkan pasien dengan keadaan ekonomi kurang yang mengalami

kekambuhan adalah sebanyak 47 pasien (43,1%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah 22 pasien (20,2%). Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai  $P=0,947$  dan  $OR=0,972$  ( $CI\ 95\%=0,423-2,237$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara keadaan ekonomi dan kekambuhan skizofrenia.

f. Analisis Hubungan Onset Skizofrenia dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.6 Hubungan onset skizofrenia dengan kekambuhan skizofrenia

Onset Skizofrenia	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh					
	N	%	N	%	N	%		
≤1 tahun	16	14,7	2	1,8	18	16,5	0,037	4,552 (0,985-21,038)
>1 tahun	58	53,2	33	30,3	91	83,5		
<b>Jumlah</b>	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa pasien dengan onset skizofrenia ≤1 tahun yang mengalami kekambuhan sebanyak 16 pasien (14,7%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 2 pasien (1,8%). Sedangkan pasien dengan onset skizofrenia >1 tahun yang mengalami kekambuhan adalah sebanyak 58 pasien (53,2%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 33 pasien (30,3%). Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai  $P=0,037$  dan  $OR=4,552$  ( $CI\ 95\%=0,985-21,038$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara onset skizofrenia dan kekambuhan skizofrenia.

## g. Analisis Hubungan Jenis Skizofrenia dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.7 Hubungan jenis skizofrenia dengan kekambuhan skizofrenia

Jenis Skizofrenia	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh					
	N	%	N	%	N	%		
<b>Paranoid</b>	15	13,8	15	13,8	30	27,5	1,000	1,000 (0,057-17, 509)
<b>Hebrefenik</b>	42	38,5	14	12,8	56	51,4	1,000	3,000 (0,176-51,195)
<b>Katatonik</b>	9	8,3	3	2,8	12	11,0	0,469	3,000 (0,140-64,262)
<b>Tidak Terinci</b>	7	6,4	2	1,8	9	8,3	0,425	3,500 (0,145-84,694)
<b>Residual</b>	1	0,9	1	0,9	2	1,8		Pembanding
<b>Jumlah</b>	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa pasien dengan jenis skizofrenia paranoid yang mengalami kekambuhan sebanyak 15 pasien (13,8%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 15 pasien (13,8%). Responden dengan jenis skizofrenia hebrefenik yang mengalami kekambuhan adalah sebanyak 42 pasien (38,5%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah 14 pasien (12,8%). Untuk jenis skizofrenia katatonik yang mengalami kekambuhan adalah sebanyak 9 pasien (8,3%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 3 pasien (2,8%). Jenis skizofrenia residual yang mengalami dan yang tidak mengalami kekambuhan masing-masing sebanyak 1 pasien (0,9%). Sedangkan jenis skizofrenia tidak terinci yang mengalami kekambuhan sebanyak 7 pasien (6,4%) dan yang tidak mengalami kekambuhan sebanyak 2 pasien (1,8%).

Dari hasil uji statistik, tabel hubungan kelompok jenis skizofrenia 1 yang merupakan perbandingan antara skizofrenia paranoid dan skizofrenia residual terhadap kekambuhan skizofrenia tidak layak untuk diuji dengan uji *chi-square* karena ada sel yang nilai *expected*-nya kurang dari lima ada 50% jumlah sel. Karena tidak memenuhi syarat uji *chi-square*, maka uji yang dipakai adalah uji alternatifnya, yaitu uji *fisher*. Pada uji *fisher*, nilai signifikansi

menunjukkan angka 1,000 untuk *2-sided (two tail)* dan 0,758 untuk *1-sided (one-tail)*. Didapatkan  $P=1,000$  dan  $OR=1,000$  ( $CI\ 95\%=0,057-17,509$ ).

Tabel hubungan kelompok jenis skizofrenia 2 yang merupakan perbandingan antara skizofrenia hebrefenik dengan skizofrenia residual tidak layak untuk diuji dengan uji *chi-square* karena ada sel yang nilai *expected*-nya kurang dari lima ada 50 % jumlah sel. Karena tidak memenuhi syarat uji *chi-square*, maka uji yang dipakai adalah uji alternatifnya, yaitu uji *fisher*. Pada uji *fisher*, nilai signifikansi menunjukkan angka 0,454 untuk *2-sided (two tail)* dan 0,454 untuk *1-sided (one-tail)*. Didapatkan  $P=1,000$  dan  $OR=3,000$  ( $CI\ 95\%=0,176-51,195$ ).

Tabel hubungan kelompok jenis skizofrenia 3 yang merupakan perbandingan antara skizofrenia katatonik dengan skizofrenia residual tidak layak untuk diuji dengan uji *chi-square* karena ada sel yang nilai *expected*-nya kurang dari lima ada 75% jumlah sel. Karena tidak memenuhi syarat uji *chi-square*, maka uji yang dipakai adalah uji alternatifnya, yaitu uji *fisher*. Pada uji *fisher*, nilai signifikansi menunjukkan angka 0,505 untuk *2-sided (two tail)* dan 0,505 untuk *1-sided (one-tail)*. Didapatkan  $P=0,469$  dan  $OR=3,000$  ( $CI\ 95\%=0,140-64,262$ ).

Tabel hubungan kelompok jenis skizofrenia 4 yang merupakan perbandingan antara skizofrenia tidak terinci dengan skizofrenia residual tidak layak untuk diuji dengan uji *chi-square* karena ada sel yang nilai *expected*-nya kurang dari lima ada 75% jumlah sel. Karena tidak memenuhi syarat uji *chi-square*, maka uji yang dipakai adalah uji alternatifnya, yaitu uji *fisher*. Pada uji *fisher*, nilai signifikansi menunjukkan angka 0,491 untuk *2-sided (two tail)* dan 0,491 untuk *1-sided (one-tail)*. Didapatkan  $P=0,425$  dan  $OR=3,500$  ( $CI\ 95\%=0,145-84,694$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jenis skizofrenia dan kekambuhan skizofrenia.

## h. Analisis Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.8 Hubungan pengetahuan keluarga dengan kekambuhan skizofrenia

Pengetahuan Keluarga	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh					
	N	%	N	%	N	%		
<b>Tahu</b>	46	42,2	26	23,9	72	66,1	0,212	0,569 (0,233-1,387)
<b>Tidak Tahu</b>	28	25,7	9	8,3	37	33,9		
<b>Jumlah</b>	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan dari pasien yang mengalami kekambuhan sebanyak 46 responden (42,2%) dan dari pasien yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 26 responden (23,9%). Sedangkan responden yang tidak memiliki pengetahuan dari pasien yang mengalami kekambuhan adalah sebanyak 28 responden (25,7%) dan dari pasien yang tidak mengalami kekambuhan adalah 9 responden (8,3%). Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai  $P=0,212$  dan  $OR=0,569$  ( $CI\ 95\%=0,233-1,387$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan keluarga dengan kekambuhan skizofrenia.

## i. Analisis Hubungan Peran Keluarga dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.9 Hubungan peran keluarga dengan kekambuhan skizofrenia

Peran Keluarga	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh					
	N	%	N	%	N	%		
<b>Berperan</b>	65	59,62	27	24,8	92	84,4	0,151	2,140 (0,747-6,132)
<b>Tidak Berperan</b>	9	8,3	8	7,3	17	15,6		
<b>Jumlah</b>	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa responden dengan keluarga yang berperan dari pasien yang mengalami kekambuhan sebanyak 65



responden (59,62%) dan dari pasien yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 27 responden (24,8%). Sedangkan responden dengan keluarga yang tidak berperan dari pasien yang mengalami kekambuhan adalah sebanyak 9 responden (8,3%) dan dari pasien yang tidak mengalami kekambuhan adalah 8 responden (7,3%). Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai  $P=0,151$  dan  $OR=2,140$  ( $CI\ 95\%=0,747-6,132$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara peran keluarga dengan kekambuhan skizofrenia.

j. Analisis Hubungan Peran Petugas Kesehatan dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.10 Hubungan peran petugas kesehatan dengan kekambuhan skizofrenia

Peran Petugas Kesehatan	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh					
	N	%	N	%	N	%		
<b>Berperan</b>	69	63,3	35	32,1	104	95,4	0,115	-
<b>Tidak Berperan</b>	5	4,6	0	0	5	4,6		
<b>Jumlah</b>	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa responden dengan petugas kesehatan yang berperan dari pasien yang mengalami kekambuhan sebanyak 69 responden (63,3%) dan dari pasien yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 35 responden (32,1%). Sedangkan responden dengan petugas kesehatan yang tidak berperan dari pasien yang mengalami kekambuhan adalah sebanyak 5 responden (4,6%).

Dari hasil uji statistik, tabel hubungan peran petugas kesehatan dengan kekambuhan skizofrenia tidak layak untuk diuji dengan uji *chi-square* karena ada sel yang nilai *expected*-nya kurang dari lima ada 50% jumlah sel. Karena tidak memenuhi syarat uji *chi-square*, maka uji yang dipakai adalah uji alternatifnya, yaitu uji *fisher*. Pada uji *fisher*, nilai signifikansi menunjukkan angka 0,174 untuk *2-sided (two tail)* dan 0,138 untuk *1-sided (one-tail)*. Karena nilai  $P=0,115$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara peran petugas kesehatan dan kekambuhan skizofrenia.

## k. Analisis Hubungan Faktor Fisik dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.11 Hubungan faktor fisik dengan kekambuhan skizofrenia

Faktor Fisik	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh					
	N	%	N	%	N	%		
<b>Ada</b>	10	9,2	0	0	10	9,2	0,022	-
<b>Tidak Ada</b>	64	58,7	35	32,1	99	90,8		
<b>Jumlah</b>	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa pasien yang mempunyai faktor fisik dan mengalami kekambuhan sebanyak 10 pasien (9,2%). Sedangkan pasien yang tidak mempunyai faktor fisik dan mengalami kekambuhan adalah sebanyak 64 responden (58,7%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah 35 pasien (32,1%).

Dari hasil uji statistik, tabel hubungan faktor fisik dengan kekambuhan skizofrenia tidak layak untuk diuji dengan uji *chi-square* karena ada sel yang nilai *expected*-nya kurang dari lima ada 25% jumlah sel. Karena tidak memenuhi syarat uji *chi-square*, maka uji yang dipakai adalah uji alternatifnya, yaitu uji *fisher*. Pada uji *fisher*, nilai signifikansi menunjukkan angka 0,029 untuk *2-sided (two tail)* dan 0,017 untuk *1-sided (one-tail)*. Karena nilai  $P=0,022$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara faktor fisik dan kekambuhan skizofrenia.

## l. Analisis Hubungan Keteraturan Minum Obat dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.12 Hubungan keteraturan minum obat dengan kekambuhan skizofrenia

Keteraturan Minum Obat	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh					
	N	%	N	%	N	%		
<b>Teratur</b>	40	36,7	27	24,8	67	61,5	0,021	0,349 (0,140-0,868)
<b>Tidak Teratur</b>	34	31,2	8	7,3	42	38,5		
<b>Jumlah</b>	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa pasien yang teratur minum obat dan mengalami kekambuhan sebanyak 40 pasien (36,7%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 27 pasien (24,8%). Sedangkan pasien yang tidak teratur minum obat dan mengalami kekambuhan adalah sebanyak 34 pasien (31,2%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah 8 pasien (7,3%). Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai  $P=0,021$  dan  $OR=0,349$  ( $CI\ 95\%=0,140-0,868$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara keteraturan minum obat dan kekambuhan skizofrenia.

m. Analisis Hubungan Jenis Pengobatan dengan Kekambuhan Skizofrenia

Tabel 4.13 Hubungan jenis pengobatan dengan kekambuhan skizofrenia

Jenis Pengobatan	Kekambuhan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	Kambuh		Tidak Kambuh					
	N	%	N	%	N	%		
Oral	58	53,2	29	26,6	87	79,8	0,759	1,333 (0,21 – 8,43)
Injeksi	3	2,8	2	1,8	5	4,6		Pembandingan
Oral & Injeksi	13	11,9	4	3,7	17	15,6	0,467	0,462 (0,06 – 3,81)
Jumlah	74	67,9	35	32,1	109	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa pasien dengan jenis pengobatan oral yang mengalami kekambuhan sebanyak 58 pasien (53,2%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 29 pasien (26,6%). Pasien dengan jenis pengobatan injeksi yang mengalami kekambuhan sebanyak 3 pasien (2,8%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah sebanyak 2 pasien (1,8%). Sedangkan pasien dengan jenis pengobatan oral dan injeksi yang mengalami kekambuhan adalah sebanyak 13 pasien (11,9%) dan yang tidak mengalami kekambuhan adalah 4 pasien (3,7%).

Dari hasil uji statistik, tabel hubungan kelompok jenis pengobatan 1 yang merupakan perbandingan antara pengobatan secara oral dan secara injeksi terhadap kekambuhan skizofrenia tidak layak untuk diuji dengan uji *chi-square* karena ada sel yang nilai *expected*-nya kurang dari lima ada 50% jumlah sel. Karena tidak memenuhi syarat uji *chi-square*, maka uji yang dipakai adalah uji

alternatifnya, yaitu uji *fisher*. Pada uji *fisher*, nilai signifikansi menunjukkan angka 1,000 untuk *2-sided (two tail)* dan 0,550 untuk *1-sided (one-tail)*. Didapatkan  $P=0,759$  dan  $OR=1,333$  ( $CI\ 95\%=0,211-8,428$ ).

Sedangkan nilai kelompok jenis pengobatan 2 yang merupakan perbandingan antara pengobatan secara injeksi dan secara oral dan injeksi terhadap kekambuhan skizofrenia tidak layak untuk diuji dengan uji *chi-square* karena ada sel yang nilai *expected*-nya kurang dari lima ada 75% jumlah sel. Karena tidak memenuhi syarat uji *chi-square*, maka uji yang dipakai adalah uji alternatifnya, yaitu uji *fisher*. Pada uji *fisher*, nilai signifikansi menunjukkan angka 0,585 untuk *2-sided (two tail)* dan 0,419 untuk *1-sided (one-tail)*. Didapatkan  $P=0,467$  dan  $OR=0,462$  ( $CI\ 95\%=0,056-3,811$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jenis pengobatan dan kekambuhan skizofrenia.

#### 4.1.3 Analisis Multivariat

Metode analisis multivariat merupakan metode pengolahan variabel dalam jumlah banyak untuk mencari pengaruhnya terhadap suatu objek secara simultan. Dalam penelitian ini digunakan analisis multivariat dengan metode regresi logistik. Suatu data memenuhi kriteria untuk dilakukan uji regresi logistik jika  $p \leq 0,25$ .

Berikut ini adalah nilai alpha masing-masing variabel bebas (independen) terhadap variabel terikat (dependen):

Tabel 4. 14 Nilai p masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat

Variabel	Nilai P	P Value	CI 95%
Jenis Kelamin	0,448	0,724	0,313-1,671
<b>Usia</b>	<b>0,029</b>	<b>2,942</b>	<b>1,086-7,971</b>
Pendidikan	0,738	1,157	0,492-2,718
Pekerjaan	0,867	1,085	0,419-2,808
Keadaan Ekonomi	0,947	0,972	0,423-2,237
<b>Onset Skizofrenia</b>	<b>0,037</b>	<b>4,552</b>	<b>0,985-21,038</b>
Jenis Skizofrenia (1)	1,000	1,000	0,057-17,509
Jenis Skizofrenia (2)	1,000	3,000	0,140-64,262
Jenis Skizofrenia (3)	0,469	3,000	0,140-64,262
Jenis Skizofrenia (4)	0,425	3,500	0,145-84,694
<b>Pengetahuan Keluarga</b>	<b>0,212</b>	<b>0,569</b>	<b>0,233-1,387</b>
<b>Peran Keluarga</b>	<b>0,151</b>	<b>2,140</b>	<b>0,747-6,132</b>
<b>Peran Petugas Kesehatan</b>	<b>0,115</b>	<b>0,000</b>	-
<b>Faktor Fisik</b>	<b>0,022</b>	<b>0,000</b>	-
<b>Keteraturan Minum Obat</b>	<b>0,021</b>	<b>0,349</b>	<b>0,140-0,868</b>
Jenis Pengobatan (1)	0,759	0,333	0,21-8,43
Jenis Pengobatan (2)	0,467	0,462	0,06-3,81

Dari tabel di atas, diketahui bahwa variabel yang memenuhi syarat untuk dilakukan uji regresi logistik adalah usia, onset skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, faktor fisik, dan keteraturan minum obat dengan nilai p masing-masing adalah 0,029; 0,037; 0,212; 0,151; 0,115; 0,022; dan 0,021.

Berikut ini adalah hasil uji regresi logistik untuk variabel usia, onset skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, faktor fisik, dan keteraturan minum obat terhadap kekambuhan pada pasien skizofrenia:

Tabel 4.15 Analisis multivariat uji regresi logistik usia, onset skizofrenia, pengetahuan keluarga, peran keluarga, peran petugas kesehatan, faktor fisik, dan keteraturan minum obat terhadap kekambuhan pasien skizofrenia

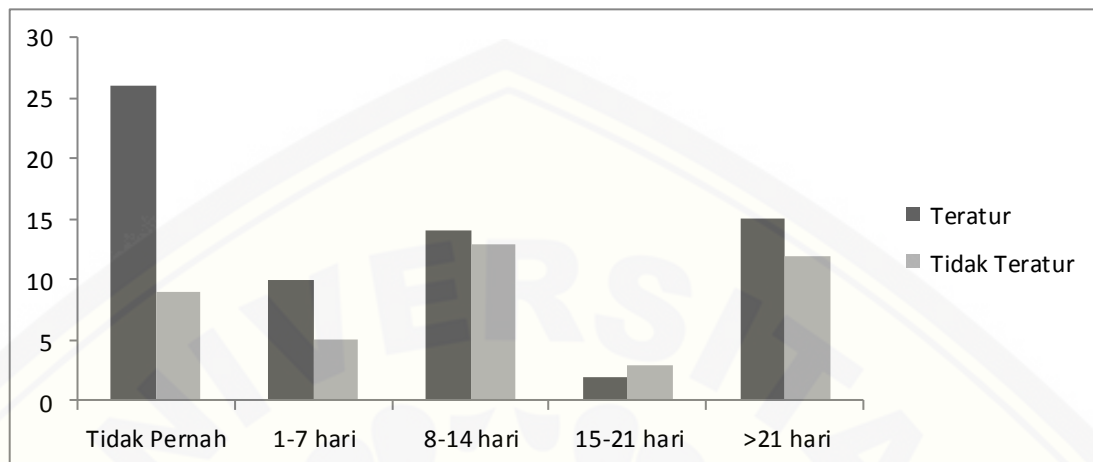
Variabel	Sig. (P)	Exp (B) / OR	CI 95%
<b>Usia</b>	0,019	0,279	0,096 – 0,812
<b>Onset Skizofrenia</b>	0,068	0,224	0,045 – 1,119
<b>Peran Keluarga</b>	0,035	0,214	0,051 – 0,901
<b>Faktor Fisik</b>	0,999	0,000	0,000
<b>Keteraturan Minum Obat</b>	0,013	4,064	1,346 – 12,271

Variabel dianggap bermakna apabila  $p < 0,05$ . Dari tabel di atas, variabel yang bermakna adalah usia ( $P=0,019$ ), peran keluarga ( $P=0,035$ ), dan keteraturan minum obat ( $P=0,013$ ). Diantara ketiga variabel tersebut yang paling berpengaruh adalah keteraturan minum obat yang mempunyai  $P=0,013$  (CI 95%=1,346-12,271) dan dengan nilai OR=4,064. Maka dari hasil uji regresi logistik, pasien yang tidak teratur minum obat tingkat kekambuhannya 4,064 kali lebih berpotensi dibandingkan dengan pasien yang teratur minum obat.

#### 4.1.4 Kekambuhan Pasien Skizofrenia

Kekambuhan pasien skizofrenia pada penelitian ini didapatkan dari hasil heteroanamnesis terhadap responden mulai kapan gejala muncul kembali setelah mengalami perbaikan. Pada penelitian ini, penyajian data mengenai hubungan frekuensi kekambuhan dengan keteraturan minum obat, usia, dan peran keluarga.

Berikut ini adalah grafik diagram batang dari hubungan frekuensi kekambuhan dan keteraturan minum obat:

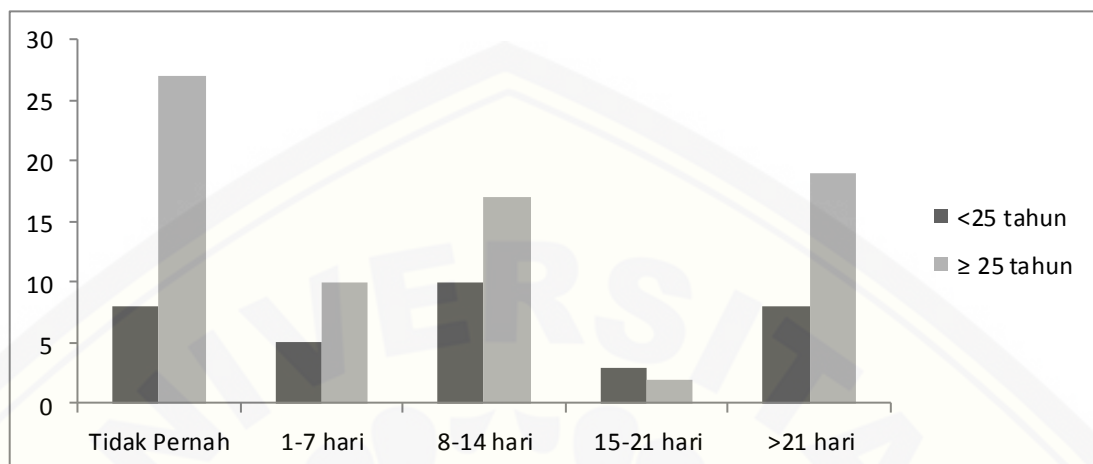


Gambar 4. 14 Diagram frekuensi kekambuhan pasien dan keteraturan minum obat

Total data yang terkumpul adalah sejumlah 109, dengan 74 pasien yang kambuh dan 35 pasien tidak kambuh. Bagi pasien yang teratur minum obat, frekuensi kekambuhan dalam satu bulan terakhir, didapatkan hasil bahwa 26 pasien (23,9%) tidak pernah mengalami kekambuhan, 10 pasien (9,2%) mengalami kekambuhan selama 1-7 hari, 14 pasien (12,8%) mengalami kekambuhan 8-14 hari, 2 pasien (1,8%) mengalami kekambuhan 15-21 hari, dan 15 pasien (13,8%) mengalami kekambuhan >21 hari. Dari data frekuensi kekambuhan pasien yang teratur minum obat tersebut, modus (data yang paling banyak keluar) pada data yang ditampilkan di atas adalah tidak pernah mengalami kekambuhan yaitu sebesar 23,9%.

Sedangkan bagi pasien yang tidak teratur minum obat, frekuensi kekambuhan dalam satu bulan terakhir, didapatkan hasil bahwa 9 pasien (8,3%) tidak pernah mengalami kekambuhan, 5 pasien (4,6%) mengalami kekambuhan selama 1-7 hari, 13 pasien (11,9%) mengalami kekambuhan 8-14 hari, 3 pasien (2,8%) mengalami kekambuhan 15-21 hari, dan 12 pasien (11,0%) mengalami kekambuhan >21 hari. Dari data frekuensi kekambuhan pasien yang tidak teratur minum obat tersebut, modus (data yang paling banyak keluar) pada data yang ditampilkan di atas adalah mengalami kekambuhan selama 8-14 hari yaitu sebesar 11,9%.

Berikut ini adalah grafik diagram batang dari frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia dan usia:



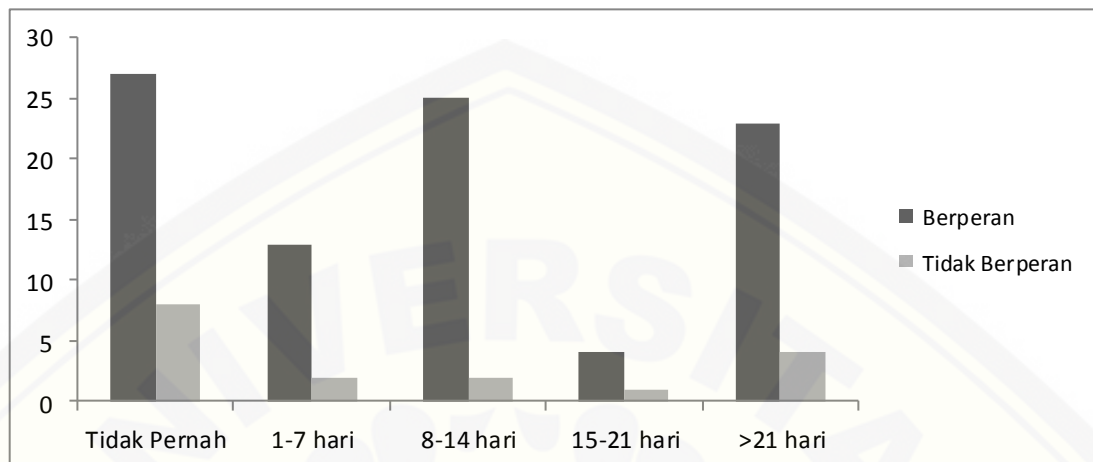
Gambar 4. 15 Diagram frekuensi kekambuhan pasien dan usia

Total data yang terkumpul adalah sejumlah 109, dengan 74 pasien yang kambuh dan 35 pasien tidak kambuh. Bagi pasien yang berusia <25 tahun, frekuensi kekambuhan dalam satu bulan terakhir, didapatkan hasil bahwa 8 pasien (23,5%) tidak pernah mengalami kekambuhan, 5 pasien (14,7%) mengalami kekambuhan selama 1-7 hari, 10 pasien (29,4%) mengalami kekambuhan 8-14 hari, 3 pasien (8,8%) mengalami kekambuhan 15-21 hari, dan 8 pasien (23,5%) mengalami kekambuhan >21 hari. Dari data frekuensi kekambuhan pasien yang berusia <25 tahun tersebut, modus (data yang paling banyak keluar) pada data yang ditampilkan di atas adalah 8-14 hari yaitu sebesar 29,4%.

Sedangkan bagi pasien yang berusia  $\geq 25$  tahun, frekuensi kekambuhan dalam satu bulan terakhir, didapatkan hasil bahwa 27 pasien (36,0%) tidak pernah mengalami kekambuhan, 10 pasien (13,3%) mengalami kekambuhan selama 1-7 hari, 17 pasien (22,7%) mengalami kekambuhan 8-14 hari, 2 pasien (2,7%) mengalami kekambuhan 15-21 hari, dan 19 pasien (25,3%) mengalami kekambuhan >21 hari. Dari data frekuensi kekambuhan pasien yang berusia  $\geq 25$  tahun tersebut, modus (data yang paling banyak keluar) pada data yang ditampilkan di atas adalah tidak pernah mengalami kekambuhan yaitu sebesar 77,1%.



Berikut ini adalah grafik diagram batang dari frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia dan peran keluarga:



Gambar 4. 16 Diagram frekuensi kekambuhan pasien dan peran keluarga

Total data yang terkumpul adalah sejumlah 109, dengan 74 pasien yang kambuh dan 35 pasien tidak kambuh. Bagi keluarga yang berperan, frekuensi kekambuhan pasien dalam satu bulan terakhir, didapatkan hasil bahwa 27 pasien (29,3%) tidak pernah mengalami kekambuhan, 13 pasien (14,1%) mengalami kekambuhan selama 1-7 hari, 25 pasien (27,2%) mengalami kekambuhan 8-14 hari, 4 pasien (4,3%) mengalami kekambuhan 15-21 hari, dan 23 pasien (25,0%) mengalami kekambuhan >21 hari. Dari data frekuensi kekambuhan tersebut, modus (data yang paling banyak keluar) pada data yang ditampilkan di atas adalah tidak pernah mengalami kekambuhan yaitu sebesar 29,3%.

Sedangkan bagi keluarga yang tidak berperan, frekuensi kekambuhan pasien dalam satu bulan terakhir, didapatkan hasil bahwa 8 pasien (47,1%) tidak pernah mengalami kekambuhan, 2 pasien (11,8%) mengalami kekambuhan selama 1-7 hari, 2 pasien (11,8%) mengalami kekambuhan 8-14 hari, 1 pasien (5,9%) mengalami kekambuhan 15-21 hari, dan 4 pasien (23,5%) mengalami kekambuhan >21 hari. Dari data frekuensi kekambuhan tersebut, modus (data yang paling banyak keluar) pada data yang ditampilkan di atas adalah tidak pernah mengalami kekambuhan yaitu sebesar 47,1%.

## 4.2 Pembahasan

Pada penelitian ini didapatkan bahwa jenis kelamin tidak memiliki pengaruh yang bermakna terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,448$ . Hal ini sesuai dengan faktor risiko yang dipaparkan oleh Dewi (2009) yang menyebutkan bahwa kejadian relaps pasien skizofrenia pada pria hampir sama dengan wanita. Hubungan karakteristik jenis kelamin pria dan wanita penderita skizofrenia dengan kekambuhan masing-masing sebesar 50%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin tidak memiliki perbedaan berarti karena masing-masing laki-laki dan perempuan mempunyai faktor risiko sendiri.

Faktor usia memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,029$  dan setelah dilakukan uji regresi logistik didapatkan  $P=0,019$ . Hal ini sesuai dengan faktor risiko yang dikemukakan oleh Dewi (2009) yang menyebutkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kekambuhan adalah faktor usia. Dari 47 pasien pasca rawat inap di RS dr. Sardjito Mei 2007-Mei 2008, pasien berusia  $\leq 34$  tahun yang mengalami relaps sebesar 73,1% . Namun pada penelitian ini, didapatkan hasil bahwa pada usia  $>25$  tahun paling banyak mengalami kekambuhan yaitu sebesar 42,2%. Hal ini kemungkinan dikarenakan pada tahap dewasa, manusia mulai menerima dan memikul tanggungjawab yang lebih berat dan pada tahap lansia, perkembangan psikososial ditandai dengan tiga gejala penting, yaitu keintiman, generatif, dan integritas yang dapat menjadi faktor risiko terjadinya kekambuhan (Hurlock, 2006).

Pendidikan tidak memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,738$ . Peneliti belum mendapatkan referensi penelitian sebelumnya tentang pengaruh pendidikan pasien terhadap kekambuhan skizofrenia. Menurut Maramis (2009), pada pasien skizofrenia mempunyai kesadaran yang jernih (*clear consciousness*) dan kemampuan intelektual yang tetap terpelihara. Sesudah beberapa kali serangan skizofrenia, maka terjadi kemunduran mental (deteriorasi mental), karena sesudah setiap serangan sering ditinggalkan “cacat”.

Pekerjaan tidak memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,867$ . Pasien yang mengalami kekambuhan paling

banyak mempunyai riwayat tidak bekerja yaitu sebesar 51,4%. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Dewi (2009) yang menyatakan bahwa jumlah pasien yang mengalami relaps antara pasien yang bekerja dan tidak bekerja berjumlah sama yakni masing-masing 50%. Pada penelitian ini, pekerjaan menjadi tidak bermakna dikarenakan mayoritas pasien skizofrenia mempunyai riwayat tidak bekerja. Kemungkinan penyebab hal tersebut adalah ketika tanda-tanda kekambuhan muncul, pasien bisa saja berperilaku menyimpang seperti mengamuk, bertindak anarkis seperti menghancurkan barang-barang atau yang lebih parah lagi pasien akan melukai bahkan membunuh orang lain atau dirinya sendiri. Jika hal tersebut terjadi masyarakat akan menganggap bahwa gangguan yang diderita pasien tersebut sudah tidak bisa disembuhkan lagi. Hal tersebut juga dapat menghalangi pasien untuk mendapatkan perilaku yang layak dan kesulitan dalam mencari pekerjaan. Selain itu, pasien yang tidak bekerja dan tidak mempunyai kegiatan akan mempunyai pikiran yang kosong bahkan mudah berhalusinasi. Untuk itu, meskipun pasien tidak bekerja hendaknya keluarga mengajak pasien untuk melakukan kegiatan sehari-hari misalnya membersihkan rumah, jalan-jalan, dan kegiatan ringan lainnya. Namun, bekerja juga bisa menjadi salah satu faktor pencetus kekambuhan, kemungkinan saat pasien mempunyai masalah dengan pekerjaan atau dengan teman di kantornya dapat menjadi sumber stres pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatasi maka pasien akan mengalami kekambuhan.

Keadaan ekonomi tidak memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,947$ . Hal ini tidak sesuai dengan yang dijelaskan oleh Amelia (2013) bahwa masalah keuangan bisa mengganggu keteraturan pasien dalam pengobatan saat rawat jalan karena beberapa pasien mungkin tidak mampu untuk membeli obat sehingga pasien mengalami kekambuhan. Inilah yang menjadi penghambat bagi pasien agar selalu bisa mengkonsumsi obat-obatan anti psikotik. Pada penelitian ini, hasilnya berbeda dengan penelitian sebelumnya kemungkinan dikarenakan terjadi bias pada pengukuran keadaan ekonomi yang dilakukan terhadap responden. Pada penelitian ini pengukuran keadaan ekonomi menggunakan asuransi kesehatan yang digunakan pasien, tidak diteliti pendapatan perbulan dan jumlah keluarga yang diterima oleh responden yang sudah

berkeluarga sehingga status ekonomi tiap responden yang sesungguhnya tidak dapat diteliti.

Onset skizofrenia memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,037$  pada uji bivariat dan  $P=0,068$  pada uji multivariat. Hal ini sesuai dengan sebuah penelitian yang ditulis dalam *The Hongkong Medical Diary* bahwa studi naturalistik telah menemukan tingkat kekambuhan atau relaps pada pasien skizofrenia adalah 70%-82% hingga lima tahun setelah pasien masuk rumah sakit pertama kali. Penelitian di Hongkong menemukan bahwa dari 93 pasien skizofrenia masing-masing memiliki potensi relaps 21%, 33% dan 40% pada tahun pertama, kedua, dan ketiga (Amelia dkk, 2013). Pada penelitian ini, pasien yang mengalami kekambuhan terbanyak mempunyai onset  $>1$  tahun yaitu sebesar 53,2%. Kemungkinan dikarenakan banyak faktor diantaranya, terlambatnya penanganan atau pengobatan, pemberian antipsikotik yang kurang optimal, keterlibatan keluarga yang kurang, perawatan di masyarakat dan manajemen kasus yang buruk, sehingga pasien mempunyai prognosis yang buruk, mereka tidak dapat berfungsi di dalam masyarakat dan menuju ke kemunduran mental dan menjadi penghuni tetap rumah sakit jiwa.

Jenis skizofrenia tidak memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia. Hasil dari uji statistik skizofrenia paranoid, hebrefenik, katatonik, dan tidak terinci secara berurutan didapatkan  $p=1,000$ ;  $p=1,000$ ;  $p=0,469$ ; dan  $p=0,425$  dengan pembanding skizofrenia residual. Peneliti belum mendapatkan referensi penelitian sebelumnya tentang pengaruh jenis skizofrenia terhadap kekambuhan skizofrenia. Menurut Maramis (2009), prognosis dari masing-masing jenis skizofrenia berbeda. Prognosis jenis katatonik yang paling baik dari semua jenis. Sering penderita dengan skizofrenia katatonik sembuh dan kembali ke kepribadian prepsikotik. Kemudian menyusul prognosis jenis paranoid. Banyak dari penderita ini dikembalikan ke masyarakat. Skizofrenia hebrefenik dan skizofrenia simpleks mempunyai prognosis yang sama jelek. Biasanya penderita dengan jenis skizofrenia ini menuju ke arah kemunduran mental. Pada penelitian ini, jenis skizofrenia menjadi tidak bermakna kemungkinan dikarenakan mayoritas yang

datang ke Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember adalah pasien skizofrenia dengan tipe hebrefenik.

Pengetahuan keluarga tidak memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,212$ . Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Sulistyowati (2012), bahwa apabila pengetahuan keluarga kurang, maka keluarga akan mempunyai persepsi yang salah mengenai skizofrenia. Mayoritas keluarga menganggap perawatan skizofrenia sama seperti perawatan penyakit pada umumnya. Persepsi tersebut yang membentuk tindakan keluarga dalam menghentikan pengobatan saat pasien membaik, tidak melakukan kontrol dan tidak melakukan perawatan yang tepat pada pasien. Hal inilah yang memicu terjadinya kekambuhan pada pasien. Sementara itu terdapat 72 responden yang memiliki pengetahuan cukup dengan kekambuhan skizofrenia. Kemampuan keluarga yang baik dalam mengenal tentang pengertian, tanda gejala, dan perawatan akan membuat keluarga lebih mewaspadaai gejala yang ditunjukkan oleh keluarganya yang mengalami skizofrenia. Sehingga, apabila pasien mulai menunjukkan tanda kekambuhan seperti mengurung diri, malas beraktivitas, atau mengamuk maka keluarga segera tanggap sehingga pasien tidak jatuh pada kondisi kekambuhan.

Peran keluarga tidak memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,151$  pada uji bivariat. Namun setelah dilakukan uji multivariat, peran keluarga memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,035$ . Hal ini sesuai dengan pernyataan yang dikemukakan oleh Amelia (2013), bahwa selain faktor usia, jenis kelamin, dan pekerjaan, penyebab subyek mengalami relaps disebabkan faktor keluarga, faktor tersebut paling dominan sehingga subyek menjadi relaps pasca dirawat di rumah sakit jiwa. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan dan perlakuan keluarga memberikan pengaruh besar terjadinya relaps pada subyek penelitian. Jika dukungan sosial dari lingkungan sekitar seperti keluarga dan teman-teman tidak ia dapatkan, bukan tidak mungkin relaps atau kekambuhan akan terjadi pada penderita skizofrenia.

Peran petugas kesehatan tidak memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,115$ . Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Aji (2011) yang menyebutkan bahwa ketersediaan pelayanan kesehatan berperan bermakna secara signifikan dalam mencegah terjadinya kekambuhan pasien skizofrenia. Pada penelitian ini terdapat 5 responden yang mengatakan bahwa petugas kesehatan kurang berperan dalam menyampaikan informasi yang jelas tentang penyakit skizofrenia kepada keluarga pasien. Apabila keluarga pasien tidak paham dengan penyakit yang diderita pasien, maka akan menimbulkan persepsi yang salah seperti yang sudah disebutkan pada pembahasan pengetahuan keluarga.

Faktor fisik memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,022$  pada uji bivariat. Namun, setelah dilakukan uji multivariat dengan regresi logistik, faktor fisik tidak memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,999$ . Peneliti belum mendapatkan referensi penelitian sebelumnya tentang pengaruh faktor fisik terhadap kekambuhan skizofrenia. Pada penelitian ini terdapat 10 pasien yang mengalami kekambuhan mempunyai faktor fisik berupa penyakit lain seperti gouth, trauma capitis, asma, hipertensi, hipotensi, diabetes, dan retardasi mental. Faktor fisik menjadi bermakna dalam uji bivariat namun menjadi tidak bermakna dalam uji multivariat, kemungkinan dikarenakan faktor fisik sebagai faktor pencetus yang menyebabkan ketidaknyamanan pasien sehingga berpengaruh terhadap kekambuhan.

Keteraturan minum obat memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,021$ . Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Simatupang (2014) bahwa yang paling banyak menyebabkan kekambuhan pada pasien skizofrenia adalah karena faktor ketidakpatuhan minum obat diperoleh 73,9% pasien. Pasien tidak dapat selalu mengkonsumsi obat karena keterbatasan biaya sedangkan beberapa pasien lain tidak mengkonsumsi obat sesuai aturan karena efek obat yang sangat mengganggu aktivitas dan pekerjaan mereka. Didukung oleh Amelia (2013), hampir semua jenis peristiwa kehidupan dapat mencetuskan terjadinya relaps, berkaitan dengan dihentikannya pemakaian

obat-obatan anti psikostik. Karena itu jika pengobatan dihentikan atau pasien penderita skizofrenia sengaja tidak patuh pada pengobatan saat rawat jalan maka kemungkinan untuk relaps pada mereka akan besar peluangnya apalagi jika ditambah dengan kondisi lingkungan sosialnya seperti keluarga yang memusuhi atau memperlihatkan emosi secara berlebihan tentu hal ini bisa mempercepat terjadinya relaps pada mereka.

Jenis pengobatan tidak memiliki pengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan nilai  $P=0,634$ . Peneliti belum mendapatkan referensi penelitian sebelumnya tentang pengaruh jenis pengobatan terhadap kekambuhan skizofrenia. Pada penelitian ini, jenis pengobatan menjadi tidak bermakna kemungkinan dikarenakan kekambuhan pasien terjadi bukan karena jenis pengobatan yang diberikan, namun bergantung pada keteraturan pasien dalam minum obat oral dan atau injeksi. Meskipun jenis pengobatan yang diberikan berbeda tetapi pasien tidak teratur, maka dapat menyebabkan kekambuhan

#### **4.3 Keterbatasan Penelitian**

Beberapa keterbatasan penelitian dalam penelitian ini, baik karena faktor keterbatasan peneliti maupun keterbatasan saat pelaksanaan penelitian di lapangan dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Pengambilan data dilakukan dengan metode wawancara oleh peneliti, sehingga dikhawatirkan data bersifat subyektif.
- b. Kesungguhan responden dalam menjawab kuesioner pada saat penelitian dilakukan merupakan hal-hal yang berada di luar jangkauan peneliti untuk mengontrolnya.
- c. Dalam melakukan penelitian, terdapat keterbatasan waktu yang dimiliki oleh peneliti.

## **BAB 5. SIMPULAN DAN SARAN**

### **5.1 Simpulan**

Simpulan dari penelitian ini adalah :

- a. Dari faktor internal yang diteliti, yang berpengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia adalah usia.
- b. Dari faktor eksternal yang diteliti, yang berpengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia adalah peran keluarga dan keteraturan minum obat.
- c. Dari faktor internal dan eksternal yang diteliti, faktor dominan yang mempengaruhi terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD dr. Soebandi Jember adalah faktor keteraturan minum obat.

### **5.2 Saran**

- a. Bagi institusi rumah sakit dan tenaga kesehatan diharapkan dapat memberikan informasi yang jelas melalui penyuluhan ke masyarakat dan dukungan serta motivasi untuk pasien maupun keluarga pasien sehingga tidak terjadi kekambuhan pada pasien skizofrenia.
- b. Bagi masyarakat, khususnya keluarga pasien skizofrenia diharapkan dapat memberikan dukungan dan motivasi yang lebih terutama membantu pasien untuk teratur minum obat agar pasien skizofrenia tidak mengalami kekambuhan.
- c. Masih perlu dilakukan penelitian lebih lanjut karena terdapat faktor lain yang mempengaruhi kekambuhan pasien skizofrenia yang belum diteliti.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Aji, W. 2011. *Peran Pelayanan Kesehatan dalam Mencegah Terjadinya Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia*. Tidak diterbitkan. Tesis. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada.
- Amelia, D.R., & Anwar, Z. 2013. Relaps pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*. Vol. 1: 52-64.
- Dahlan, M. Sopiudin. 2010. *Membaca dan Menelaan Jurnal Uji Klinis*. Jakarta : Salemba Medika.
- Depkes RI. 2009. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Republik Indonesia.
- Dewi, R., C.R. Marchira. 2009. Riwayat Gangguan Jiwa pada Keluarga dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta. *Berita Acara Kedokteran Masyarakat*. 25(4): 178-179.
- Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2001. *Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa Di Indonesia*. Edisi III, Jakarta: Depkes RI.
- Dorland, W.A Newman. 2010. *Kamus Kedokteran Dorland Ed.31 (Alih Bahasa: Albertus Agung Mahode)*. Jakarta: EGC.
- Endang. 2014. *UU Kesehatan Jiwa Hilangkan Diskriminatif*. [www.peduliskizofrenia.org](http://www.peduliskizofrenia.org). [17 Desember 2014].
- Fanani, H.M. 2012. *Perbedaan Keefektifan antara Clozapine (CLORILEX) dengan Electro Convulsive Therapy (ECT) dalam Penatalaksanaan Skizofrenia Resisten Obat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. Tidak diterbitkan. Penelitian Hibah Bersaing. Solo: Universitas Negeri Solo.
- Hurlock, E.B. 2006. *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentan Kehidupan*. Jakarta: Erlangga.
- Jarut, Y.M., Fatimawali, & Wiyono, W.I. 2013. Tinjauan Penggunaan Antipsikotik pada Pengobatan Skizofrenia di Rumah Sakit Prof. Dr. V. L. Ratumbuang Manado periode Januari 2013-Maret 2013. *Jurnal Ilmiah Farmasi-UNSRAT*, Vol. 2: 54-57.

- Kementrian Agama Republik Indonesia. 2012. *Al Quran dan Terjemahan untuk Wanita*. Bandung: Wali.
- Maramis, W.F. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- NIMH. 2012. *Schizophrenia*. [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov). [4 Desember 2014].
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Putri, M.I., Pradanita, V.N. 2012. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Grhasia Yogyakarta*. Tidak diterbitkan. Tesis. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Republik Indonesia. 2014. Undang-undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta: Kesekretariatan Negara.
- Republik Indonesia. 2008. Undang-undang No. 47 Tahun 2008 tentang Pelaksanaan Wajib Belajar Sembilan Tahun. Jakarta: Kesekretariatan Negara.
- Republik Indonesia. 2011. Peraturan Presiden No. 101 Tahun 2011 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Jakarta: Kesekretariatan Negara.
- Riset Kesehatan Dasar. 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- Simatupang, R. 2014. *Faktor-faktor Penyebab Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia yang Dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara Medan*. Tidak diterbitkan. Skripsi. Medan: Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
- Sulistyowati, N. 2012. *Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kekambuhan Skizofrenia di Desa Paringan Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponorogo*. Tidak diterbitkan. Skripsi. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Suprayitno, H. 2010. *Merawat Klien Gangguan Jiwa*. <http://ganafamily.blogspot.com/2010/12/gangguan-jiwa.html>. [7 April 2015].
- WHO. 2013. *Schizophrenia*. [www.who.int](http://www.who.int). [4 Desember 2014].

LAMPIRAN

Lampiran 1. Ethical Clearance (Lembar Persetujuan Etik)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
KOMISI ETIK PENELITIAN  
Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember 68121 – Email :  
fk\_unej@telkom.net

---

**KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK**  
*ETHICAL APPROVA*  
Nomor : 552/H25.1.11/KE/2014

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :*

**ANALISIS FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA KEKAMBUHAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLI PSIKIATRI RSD. Dr. SOEBANDI JEMBER**

Nama Peneliti Utama : Farida Yan Pratiwi Kurnia (NIM. 112010101003)  
*Name of the principal investigator*

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember  
*Name of institution*

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.  
*And approved the above mentioned proposal.*



24/12 2014  
Rini Riyanti, Sp.PK

**Tanggapan Anggota Komisi Etik**

(Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lainnya)

- o Subyek penelitian menandatangani informed consent.
- o Peneliti ikut menjaga kerahasiaan data rekam medik.
- o Mendapat izin dari institusi tempat penelitian dijalankan.
- o Sanksi : adanya kompensasi bagi subyek penelitian.



2014

Nama: dr. Chai Riyanti, Sp.PK

Lampiran 2. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)  
**INFORMED CONSENT (LEMBAR PERSETUJUAN)**  
**FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**  
**(INFORMED CONSENT)**

---

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Umur/Jenis kelamin :

menyatakan bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden atau subyek penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Farida Yan Pratiwi Kurnia (112010101003)

Fakultas : Kedokteran Universitas Jember

Judul Penelitian : Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya  
Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di Poli Psikiatri  
RSD dr. Soebandi Jember

Pembimbing :

1. dr. Justina Evy Tyaswati, Sp.KJ. (NIP.196410111991032001)

2. dr. Cholis Abrori, M.Kes., M.Pd.Ked. (NIP.197105211998031003)

Dengan catatan sebagai berikut :

1. Penelitian ini tidak beresiko membahayakan diri saya
2. Penelitian ini berguna untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran tentang faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia
3. Data atau catatan pribadi tentang penelitian ini akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian
4. Saya berhak mengundurkan diri dari penelitian tanpa ada sanksi

Demikian secara sukarela saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Jember, .....

Responden



No.	PERTANYAAN	Ya	Tidak
Untuk keluarga pasien tentang pengetahuan			
1.	Apakah keluarga tahu tanda dan gejala kekambuhan? Jika ya, sebutkan ...		
2.	Apakah keluarga tahu faktor-faktor atau kejadian apa saja yang menyebabkan terjadinya kekambuhan? Jika ya, sebutkan ...		
3.	Apakah keluarga tahu cara mencegah terjadinya kekambuhan? Jika ya, sebutkan ...		
Untuk keluarga pasien tentang peran keluarga			
1.	Selama pasien di rumah, apakah keluarga mendorong pasien untuk melaksanakan <i>daily activity</i> (makan, mandi, beribadah) ?		
2.	Apakah keluarga membantu proses adaptasi pasien di dalam keluarga dan masyarakat?		
3.	Apakah keluarga meluangkan waktunya untuk berkomunikasi dengan pasien?		
4.	Apakah keluarga rutin mengantar pasien kontrol setiap bulan? Jika tidak, berapa lama terlambat kontrol?		
Untuk keluarga pasien tentang peran petugas kesehatan			
1.	Apakah petugas kesehatan pernah memberikan informasi tentang penyakit yang diderita pasien?		
2.	Apakah petugas kesehatan mengingatkan pasien untuk minum obat?		
3.	Apakah petugas kesehatan pernah menyampaikan risiko apabila pasien tidak minum obat secara teratur?		

4.	Jika ke rumah sakit, apakah petugas kesehatan pernah memberikan pesan kepada keluarga tentang pasien?		
Untuk keluarga pasien tentang faktor fisik			
1.	Apakah pasien mempunyai penyakit lainnya? Jika ya, sebutkan ...		
Untuk keluarga pasien tentang keteraturan minum obat			
1.	Apakah keluarga membuat jadwal minum obat?		
2.	Apakah keluarga memberikan obat sesuai jadwal minum obat?		
3.	Apakah keluarga pernah lupa memberikan obat kepada pasien?		
Untuk keluarga pasien tentang jenis pengobatan pasien			
1.	Apakah pasien diberikan terapi oral? Sebutkan nama obatnya ...		
2.	Apakah pasien diberikan terapi injeksi? Sebutkan nama obatnya ...		



## Lampiran 4. Hasil Uji Statistika Univariat

**Usia Pasien**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12-25	34	31.2	31.2	31.2
	26-45	58	53.2	53.2	84.4
	>45	15	13.8	13.8	98.2
	5	2	1.8	1.8	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	66	60.6	60.6	60.6
	Perempuan	43	39.4	39.4	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Pendidikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tamat	6	5.5	5.5	5.5
	SD	28	25.7	25.7	31.2
	SMP	33	30.3	30.3	61.5
	SMA	33	30.3	30.3	91.7
	Diploma & Sarjana	9	8.3	8.3	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	26	23.9	23.9	23.9
	Tidak Bekerja	83	76.1	76.1	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Kedaaan Ekonomi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	40	36.7	36.7	36.7
	Kurang	69	63.3	63.3	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Jenis Skizofrenia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Paranoid	30	27.5	27.5	27.5
	Hebrefenik	56	51.4	51.4	78.9
	Katatonik	12	11.0	11.0	89.9
	Tidak Terinci	9	8.3	8.3	98.2
	Residual	2	1.8	1.8	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Onset Skizofrenia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 tahun	18	16.5	16.5	16.5
	>1-5 tahun	42	38.5	38.5	55.0
	>5 tahun	49	45.0	45.0	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Pengetahuan Keluarga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tahu	72	66.1	66.1	66.1
	Tidak Tahu	37	33.9	33.9	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Peran Keluarga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Berperan	92	84.4	84.4	84.4
	Tidak Berperan	17	15.6	15.6	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Peran Petugas Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Berperan	104	95.4	95.4	95.4
	Tidak Berperan	5	4.6	4.6	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Faktor Fisik**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	10	9.2	9.2	9.2
	Tidak Ada	99	90.8	90.8	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Keteraturan Minum Obat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Teratur	67	61.5	61.5	61.5
	Tidak Teratur	42	38.5	38.5	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Jenis Terapi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Oral	87	79.8	79.8	79.8
	Injeksi	5	4.6	4.6	84.4
	Oral & Injeksi	17	15.6	15.6	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Frekuensi Kekambuhan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	35	32.1	32.1	32.1
	1-7 hari	15	13.8	13.8	45.9
	8-14 hari	27	24.8	24.8	70.6
	15-21 hari	5	4.6	4.6	75.2
	>21 hari	27	24.8	24.8	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

**Kekambuhan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kambuh	74	67.9	67.9	67.9
	Tidak Kambuh	35	32.1	32.1	100.0
	Total	109	100.0	100.0	



## Lampiran 5. Hasil Statistik Uji Statistika Bivariat

USIA  
Crosstab

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Usia Pasien	12-25	Count	28	6	34
		Expected Count	23.1	10.9	34.0
		% within Usia Pasien	82.4%	17.6%	100.0%
		% within Kekambuhan	37.8%	17.1%	31.2%
		% of Total	25.7%	5.5%	31.2%
	>25	Count	46	29	75
		Expected Count	50.9	24.1	75.0
		% within Usia Pasien	61.3%	38.7%	100.0%
		% within Kekambuhan	62.2%	82.9%	68.8%
		% of Total	42.2%	26.6%	68.8%
Total	Count	74	35	109	
	Expected Count	74.0	35.0	109.0	
	% within Usia Pasien	67.9%	32.1%	100.0%	
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	67.9%	32.1%	100.0%	

Chi-Square Tests<sup>a</sup>

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4.742 <sup>a</sup>	1	.029	.045	.023	
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.826	1	.050			
Likelihood Ratio	5.065	1	.024	.030	.023	
Fisher's Exact Test				.045	.023	
Linear-by-Linear Association	4.698 <sup>c</sup>	1	.030	.045	.023	.016
N of Valid Cases	109					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,92.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 2,167.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia Pasien (12-25 / >25)	2.942	1.086	7.971
For cohort Kekambuhan = Kambuh	1.343	1.059	1.703
For cohort Kekambuhan = Tidak Kambuh	.456	.209	.996
N of Valid Cases	109		

## JENIS KELAMIN

## Crosstab

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	43	23	66
		Expected Count	44.8	21.2	66.0
		% within Jenis Kelamin	65.2%	34.8%	100.0%
		% within Kekambuhan	58.1%	65.7%	60.6%
		% of Total	39.4%	21.1%	60.6%
	Perempuan	Count	31	12	43
		Expected Count	29.2	13.8	43.0
		% within Jenis Kelamin	72.1%	27.9%	100.0%
		% within Kekambuhan	41.9%	34.3%	39.4%
		% of Total	28.4%	11.0%	39.4%
Total	Count	74	35	109	
	Expected Count	74.0	35.0	109.0	
	% within Jenis Kelamin	67.9%	32.1%	100.0%	
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	67.9%	32.1%	100.0%	

**Chi-Square Tests<sup>a</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.576 <sup>a</sup>	1	.448	.531	.293	
Continuity Correction <sup>b</sup>	.301	1	.583			
Likelihood Ratio	.581	1	.446	.531	.293	
Fisher's Exact Test				.531	.293	
Linear-by-Linear Association	.570 <sup>c</sup>	1	.450	.531	.293	.127
N of Valid Cases	109					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,81.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -,755.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Kelamin (Laki-laki / Perempuan)	.724	.313	1.671
For cohort Kekambuhan = Kambuh	.904	.699	1.168
For cohort Kekambuhan = Tidak Kambuh	1.249	.697	2.236
N of Valid Cases	109		

**PENDIDIKAN**

**Crosstab**

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Pendidikan	Tuntas	Count	51	23	74
		Expected Count	50.2	23.8	74.0
		% within Pendidikan	68.9%	31.1%	100.0%
		% within Kekambuhan	68.9%	65.7%	67.9%
		% of Total	46.8%	21.1%	67.9%
Pendidikan	Tidak tuntas	Count	23	12	35
		Expected Count	23.8	11.2	35.0
		% within Pendidikan	65.7%	34.3%	100.0%
		% within Kekambuhan	31.1%	34.3%	32.1%
		% of Total	21.1%	11.0%	32.1%

Total	Count	74	35	109
	Expected Count	74.0	35.0	109.0
	% within Pendidikan	67.9%	32.1%	100.0%
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	67.9%	32.1%	100.0%

**Chi-Square Tests<sup>a</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.112 <sup>a</sup>	1	.738	.827	.451	
Continuity Correction <sup>b</sup>	.013	1	.909			
Likelihood Ratio	.111	1	.739	.827	.451	
Fisher's Exact Test				.827	.451	
Linear-by-Linear Association	.111 <sup>c</sup>	1	.739	.827	.451	.163
N of Valid Cases	109					

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,24.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is ,333.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (Tuntas / Tidak tuntas)	1.157	.492	2.718
For cohort Kekambuhan = Kambuh	1.049	.789	1.393
For cohort Kekambuhan = Tidak Kambuh	.907	.512	1.604
N of Valid Cases	109		

**PEKERJAAN**

**Crosstab**

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Pekerjaan	Bekerja	Count	18	8	26
		Expected Count	17.7	8.3	26.0
		% within Pekerjaan	69.2%	30.8%	100.0%
		% within Kekambuhan	24.3%	22.9%	23.9%



	% of Total	16.5%	7.3%	23.9%
Tidak Bekerja	Count	56	27	83
	Expected Count	56.3	26.7	83.0
	% within Pekerjaan	67.5%	32.5%	100.0%
	% within Kekambuhan	75.7%	77.1%	76.1%
	% of Total	51.4%	24.8%	76.1%
Total	Count	74	35	109
	Expected Count	74.0	35.0	109.0
	% within Pekerjaan	67.9%	32.1%	100.0%
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	67.9%	32.1%	100.0%

**Chi-Square Tests<sup>a</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.028 <sup>a</sup>	1	.867	1.000	.535	
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.028	1	.866	1.000	.535	
Fisher's Exact Test				1.000	.535	
Linear-by-Linear Association	.028 <sup>c</sup>	1	.867	1.000	.535	.188
N of Valid Cases	109					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,35.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is ,167.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Bekerja / Tidak Bekerja)	1.085	.419	2.808
For cohort Kekambuhan = Kambuh	1.026	.763	1.380
For cohort Kekambuhan = Tidak Kambuh	.946	.492	1.820
N of Valid Cases	109		

## KEADAAN EKONOMI

## Crosstab

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Keadaan Ekonomi	Cukup	Count	27	13	40
		Expected Count	27.2	12.8	40.0
		% within Keadaan Ekonomi	67.5%	32.5%	100.0%
		% within Kekambuhan	36.5%	37.1%	36.7%
		% of Total	24.8%	11.9%	36.7%
	Kurang	Count	47	22	69
		Expected Count	46.8	22.2	69.0
		% within Keadaan Ekonomi	68.1%	31.9%	100.0%
		% within Kekambuhan	63.5%	62.9%	63.3%
		% of Total	43.1%	20.2%	63.3%
Total	Count	74	35	109	
	Expected Count	74.0	35.0	109.0	
	% within Keadaan Ekonomi	67.9%	32.1%	100.0%	
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	67.9%	32.1%	100.0%	

Chi-Square Tests<sup>a</sup>

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.004 <sup>a</sup>	1	.947	1.000	.555	
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.004	1	.947	1.000	.555	
Fisher's Exact Test				1.000	.555	
Linear-by-Linear Association	.004 <sup>c</sup>	1	.947	1.000	.555	.168
N of Valid Cases	109					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,84.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -,066.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Keadaan Ekonomi (Cukup / Kurang)	.972	.423	2.237
For cohort Kekambuhan = Kambuh	.991	.757	1.297
For cohort Kekambuhan = Tidak Kambuh	1.019	.580	1.792
N of Valid Cases	109		

## ONSET SKIZOFRENIA

## Crosstab

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Onset Skizofrenia	<= 1 tahun	Count	16	2	18
		Expected Count	12.2	5.8	18.0
		% within Onset Skizofrenia	88.9%	11.1%	100.0%
		% within Kekambuhan	21.6%	5.7%	16.5%
		% of Total	14.7%	1.8%	16.5%
	> 1 tahun	Count	58	33	91
		Expected Count	61.8	29.2	91.0
		% within Onset Skizofrenia	63.7%	36.3%	100.0%
		% within Kekambuhan	78.4%	94.3%	83.5%
		% of Total	53.2%	30.3%	83.5%
Total		Count	74	35	109
		Expected Count	74.0	35.0	109.0
		% within Onset Skizofrenia	67.9%	32.1%	100.0%
		% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	67.9%	32.1%	100.0%

**Chi-Square Tests<sup>a</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4.361 <sup>a</sup>	1	.037	.051	.029	
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.284	1	.070			
Likelihood Ratio	5.084	1	.024	.051	.029	
Fisher's Exact Test				.051	.029	
Linear-by-Linear Association	4.321 <sup>c</sup>	1	.038	.051	.029	.024
N of Valid Cases	109					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,78.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 2,079.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Onset Skizofrenia (<= 1 tahun / > 1 tahun)	4.552	.985	21.038
For cohort Kekambuhan = Kambuh	1.395	1.113	1.747
For cohort Kekambuhan = Tidak Kambuh	.306	.081	1.164
N of Valid Cases	109		

**JENIS SKIZOFRENIA**

**Crosstab**

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Jenis Skizofrenia	Paranoid	Count	15	15	30
		Expected Count	20.4	9.6	30.0
		% within Jenis Skizofrenia	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Kekambuhan	20.3%	42.9%	27.5%
		% of Total	13.8%	13.8%	27.5%
Hebrefenik		Count	42	14	56
		Expected Count	38.0	18.0	56.0
		% within Jenis Skizofrenia	75.0%	25.0%	100.0%
		% within Kekambuhan	56.8%	40.0%	51.4%
		% of Total	38.5%	12.8%	51.4%

Katatonik	Count	9	3	12
	Expected Count	8.1	3.9	12.0
	% within Jenis Skizofrenia	75.0%	25.0%	100.0%
	% within Kekambuhan	12.2%	8.6%	11.0%
	% of Total	8.3%	2.8%	11.0%
Tidak Terinci	Count	7	2	9
	Expected Count	6.1	2.9	9.0
	% within Jenis Skizofrenia	77.8%	22.2%	100.0%
	% within Kekambuhan	9.5%	5.7%	8.3%
	% of Total	6.4%	1.8%	8.3%
Residual	Count	1	1	2
	Expected Count	1.4	.6	2.0
	% within Jenis Skizofrenia	50.0%	50.0%	100.0%
	% within Kekambuhan	1.4%	2.9%	1.8%
	% of Total	.9%	.9%	1.8%
Total	Count	74	35	109
	Expected Count	74.0	35.0	109.0
	% within Jenis Skizofrenia	67.9%	32.1%	100.0%
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	67.9%	32.1%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6.679 <sup>a</sup>	4	.154	.110 <sup>b</sup>	.051	.169
Likelihood Ratio	6.464	4	.167	.156 <sup>b</sup>	.088	.224
Fisher's Exact Test	6.618			.092 <sup>b</sup>	.038	.146
Linear-by-Linear Association	1.792 <sup>c</sup>	1	.181	.193 <sup>b</sup>	.119	.267
N of Valid Cases	109					

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,64.

b. Based on 109 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is -1,339.

## PENGETAHUAN KELUARGA

## Crosstab

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Pengetahuan Keluarga	Tahu	Count	46	26	72
		Expected Count	48.9	23.1	72.0
		% within Pengetahuan Keluarga	63.9%	36.1%	100.0%
		% within Kekambuhan	62.2%	74.3%	66.1%
		% of Total	42.2%	23.9%	66.1%
	Tidak Tahu	Count	28	9	37
		Expected Count	25.1	11.9	37.0
		% within Pengetahuan Keluarga	75.7%	24.3%	100.0%
		% within Kekambuhan	37.8%	25.7%	33.9%
		% of Total	25.7%	8.3%	33.9%
Total	Count	74	35	109	
	Expected Count	74.0	35.0	109.0	
	% within Pengetahuan Keluarga	67.9%	32.1%	100.0%	
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	67.9%	32.1%	100.0%	

Chi-Square Tests<sup>a</sup>

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.558 <sup>a</sup>	1	.212	.280	.151	
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.064	1	.302			
Likelihood Ratio	1.600	1	.206	.280	.151	
Fisher's Exact Test				.280	.151	
Linear-by-Linear Association	1.543 <sup>c</sup>	1	.214	.280	.151	.081
N of Valid Cases	109					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,88.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1,242.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan Keluarga (Tahu / Tidak Tahu)	.569	.233	1.387
For cohort Kekambuhan = Kambuh	.844	.656	1.086
For cohort Kekambuhan = Tidak Kambuh	1.485	.778	2.833
N of Valid Cases	109		

**PERAN KELUARGA  
Crosstab**

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Peran Keluarga	Berperan	Count	65	27	92
		Expected Count	62.5	29.5	92.0
		% within Peran Keluarga	70.7%	29.3%	100.0%
		% within Kekambuhan	87.8%	77.1%	84.4%
		% of Total	59.6%	24.8%	84.4%
	Tidak Berperan	Count	9	8	17
		Expected Count	11.5	5.5	17.0
		% within Peran Keluarga	52.9%	47.1%	100.0%
		% within Kekambuhan	12.2%	22.9%	15.6%
		% of Total	8.3%	7.3%	15.6%
Total	Count	74	35	109	
	Expected Count	74.0	35.0	109.0	
	% within Peran Keluarga	67.9%	32.1%	100.0%	
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	67.9%	32.1%	100.0%	

**Chi-Square Tests<sup>a</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.065 <sup>a</sup>	1	.151	.166	.125	
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.332	1	.248			
Likelihood Ratio	1.966	1	.161	.258	.125	
Fisher's Exact Test				.166	.125	
Linear-by-Linear Association	2.046 <sup>c</sup>	1	.153	.166	.125	.080
N of Valid Cases	109					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,46.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1,430.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Peran Keluarga (Berperan / Tidak Berperan)	2.140	.747	6.132
For cohort Kekambuhan = Kambuh	1.335	.836	2.129
For cohort Kekambuhan = Tidak Kambuh	.624	.344	1.131
N of Valid Cases	109		

**PERAN PETUGAS KESEHATAN**

**Crosstab**

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Peran Petugas Kesehatan	Berperan	Count	69	35	104
		Expected Count	62.5	29.5	92.0
		% within Peran Petugas Kesehatan	63.0%	37.0%	100.0%
		% within Kekambuhan	78.4%	97.1%	84.4%
		% of Total	53.2%	31.2%	84.4%
Tidak Berperan	Count	5	0	5	
	Expected Count	11.5	5.5	17.0	



	% within Peran Petugas Kesehatan	94.1%	5.9%	100.0%
	% within Kekambuhan	21.6%	2.9%	15.6%
	% of Total	14.7%	.9%	15.6%
Total	Count	74	35	109
	Expected Count	74.0	35.0	109.0
	% within Peran Petugas Kesehatan	67.9%	32.1%	100.0%
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	67.9%	32.1%	100.0%

**Chi-Square Tests<sup>a</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	6.356 <sup>a</sup>	1	.012	.021	.008	
Continuity Correction <sup>b</sup>	5.010	1	.025			
Likelihood Ratio	8.026	1	.005	.011	.008	
Fisher's Exact Test				.011	.008	
Linear-by-Linear Association	6.297 <sup>c</sup>	1	.012	.021	.008	.007
N of Valid Cases	109					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,46.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -2,509.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Peran Petugas Kesehatan (Berperan / Tidak Berperan)	.107	.014	.840
For cohort Kekambuhan = Kambuh	.670	.550	.815
For cohort Kekambuhan = Tidak Kambuh	6.283	.921	42.857
N of Valid Cases	109		

**FAKTOR FISIK**

**Crosstab**

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Faktor Fisik	Ada	Count	10	0	10
		Expected Count	6.8	3.2	10.0
		% within Faktor Fisik	100.0%	.0%	100.0%
		% within Kekambuhan	13.5%	.0%	9.2%
		% of Total	9.2%	.0%	9.2%
	Tidak Ada	Count	64	35	99
		Expected Count	67.2	31.8	99.0
		% within Faktor Fisik	64.6%	35.4%	100.0%
		% within Kekambuhan	86.5%	100.0%	90.8%
		% of Total	58.7%	32.1%	90.8%
Total	Count	74	35	109	
	Expected Count	74.0	35.0	109.0	
	% within Faktor Fisik	67.9%	32.1%	100.0%	
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	67.9%	32.1%	100.0%	

**Chi-Square Tests<sup>a</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5.207 <sup>a</sup>	1	.022	.029	.017	
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.712	1	.054			
Likelihood Ratio	8.216	1	.004	.018	.017	
Fisher's Exact Test				.029	.017	
Linear-by-Linear Association	5.160 <sup>c</sup>	1	.023	.029	.017	.017
N of Valid Cases	109					

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,21.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 2,271.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Kekambuhan = Kambuh	1.547	1.337	1.789
N of Valid Cases	109		

**KETERATURAN MINUM OBAT**

**Crosstab**

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Keteraturan Minum Obat	Teratur	Count	40	27	67
		Expected Count	45.5	21.5	67.0
		% within Keteraturan Minum Obat	59.7%	40.3%	100.0%
		% within Kekambuhan	54.1%	77.1%	61.5%
		% of Total	36.7%	24.8%	61.5%
	Tidak Teratur	Count	34	8	42
		Expected Count	28.5	13.5	42.0
		% within Keteraturan Minum Obat	81.0%	19.0%	100.0%
		% within Kekambuhan	45.9%	22.9%	38.5%
		% of Total	31.2%	7.3%	38.5%
Total	Count	74	35	109	
	Expected Count	74.0	35.0	109.0	
	% within Keteraturan Minum Obat	67.9%	32.1%	100.0%	
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	67.9%	32.1%	100.0%	

**Chi-Square Tests<sup>a</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5.348 <sup>a</sup>	1	.021	.034	.016	
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.418	1	.036			
Likelihood Ratio	5.594	1	.018	.022	.016	
Fisher's Exact Test				.022	.016	
Linear-by-Linear Association	5.299 <sup>c</sup>	1	.021	.034	.016	.011
N of Valid Cases	109					

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,49.
- b. Computed only for a 2x2 table
- c. The standardized statistic is -2,302.
- d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kepatuhan Minum Obat (Patuh / Tidak Patuh)	.349	.140	.868
For cohort Kekambuhan = Kambuh	.737	.577	.943
For cohort Kekambuhan = Tidak Kambuh	2.116	1.063	4.211
N of Valid Cases	109		

**JENIS TERAPI**

**Crosstab**

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Jenis Terapi	Oral	Count	58	29	87
		Expected Count	59.1	27.9	87.0
		% within Jenis Terapi	66.7%	33.3%	100.0%
		% within Kekambuhan	78.4%	82.9%	79.8%
		% of Total	53.2%	26.6%	79.8%
	Injeksi	Count	3	2	5
		Expected Count	3.4	1.6	5.0
		% within Jenis Terapi	60.0%	40.0%	100.0%
		% within Kekambuhan	4.1%	5.7%	4.6%
		% of Total	2.8%	1.8%	4.6%
	Oral & Injeksi	Count	13	4	17
		Expected Count	11.5	5.5	17.0
		% within Jenis Terapi	76.5%	23.5%	100.0%
		% within Kekambuhan	17.6%	11.4%	15.6%
		% of Total	11.9%	3.7%	15.6%
Total	Count	74	35	109	
	Expected Count	74.0	35.0	109.0	
	% within Jenis Terapi	67.9%	32.1%	100.0%	
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%	

Crosstab

			Kekambuhan		Total
			Kambuh	Tidak Kambuh	
Jenis Terapi	Oral	Count	58	29	87
		Expected Count	59.1	27.9	87.0
		% within Jenis Terapi	66.7%	33.3%	100.0%
		% within Kekambuhan	78.4%	82.9%	79.8%
		% of Total	53.2%	26.6%	79.8%
	Injeksi	Count	3	2	5
		Expected Count	3.4	1.6	5.0
		% within Jenis Terapi	60.0%	40.0%	100.0%
		% within Kekambuhan	4.1%	5.7%	4.6%
		% of Total	2.8%	1.8%	4.6%
	Oral & Injeksi	Count	13	4	17
		Expected Count	11.5	5.5	17.0
		% within Jenis Terapi	76.5%	23.5%	100.0%
		% within Kekambuhan	17.6%	11.4%	15.6%
		% of Total	11.9%	3.7%	15.6%
Total	Count	74	35	109	
	Expected Count	74.0	35.0	109.0	
	% within Jenis Terapi	67.9%	32.1%	100.0%	
	% within Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	67.9%	32.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	.777 <sup>a</sup>	2	.678	.789 <sup>b</sup>	.712	.866
Likelihood Ratio	.804	2	.669	.789 <sup>b</sup>	.712	.866
Fisher's Exact Test	.878			.789 <sup>b</sup>	.712	.866
Linear-by-Linear Association	.490 <sup>c</sup>	1	.484	.569 <sup>d</sup>	.476	.662
N of Valid Cases	109					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,61.

b. Based on 109 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is -,700.

## Lampiran 6. Hasil Uji Statistika Multivariat

		Variables in the Equation						95,0% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	Usia(1)	-1.316	.564	5.441	1	.020	.268	.089	.810
	Onset(1)	-1.349	.842	2.564	1	.109	.260	.050	1.353
	PengetahuanKeluarga(1)	.742	.549	1.822	1	.177	2.099	.715	6.163
	PeranKeluarga(1)	-1.620	.743	4.755	1	.029	.198	.046	.849
	PeranPetugasKesehatan(1)	18.943	1.717E4	.000	1	.999	1.686E8	.000	.
	FaktorFisik(1)	-20.465	1.197E4	.000	1	.999	.000	.000	.
	KeteraturanMinumObat(1)	1.358	.576	5.560	1	.018	3.887	1.258	12.015
	Constant	-19.030	1.717E4	.000	1	.999	.000		
Step 2 <sup>a</sup>	Usia(1)	-1.368	.561	5.957	1	.015	.255	.085	.764
	Onset(1)	-1.377	.838	2.703	1	.100	.252	.049	1.303
	PengetahuanKeluarga(1)	.806	.544	2.197	1	.138	2.240	.771	6.505
	PeranKeluarga(1)	-1.712	.746	5.272	1	.022	.181	.042	.778
	FaktorFisik(1)	-20.544	1.215E4	.000	1	.999	.000	.000	.
	KeteraturanMinumObat(1)	1.435	.571	6.313	1	.012	4.198	1.371	12.855
	Constant	-.121	.720	.028	1	.867	.886		
	Usia(1)	-1.275	.544	5.484	1	.019	.279	.096	.812
Step 3 <sup>a</sup>	Onset(1)	-1.496	.821	3.323	1	.068	.224	.045	1.119
	PeranKeluarga(1)	-1.542	.733	4.422	1	.035	.214	.051	.901
	FaktorFisik(1)	-20.540	1.203E4	.000	1	.999	.000	.000	.
	KeteraturanMinumObat(1)	1.402	.564	6.184	1	.013	4.064	1.346	12.271
	Constant	.310	.661	.219	1	.640	1.363		

a. Variable(s) entered on step 1: Usia, Onset, PengetahuanKeluarga, PeranKeluarga, PeranPetugasKesehatan, FaktorFisik, KeteraturanMinumObat.