

## HUBUNGAN DURASI PENYAKIT, FREKUENSI HOSPITALISASI DAN TINGKAT KEPARAHAN GEJALA DENGAN KEJADIAN PUTUS OBAT PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA

Dian Fitria<sup>1)\*</sup>, Dhea Natasha<sup>2)</sup>, Tri Setyaningsih<sup>3)</sup>, Veronica Yeni<sup>4)</sup>

<sup>1,3,4)</sup> STIKes RS Husada, Jl. Raya Mangga Besar 137-139, Jakarta Pusat Jakarta 10730

<sup>2)</sup> Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jakarta, Jl. Cemp. Putih Tengah I No.1, RT.11/RW.5, Cemp. Putih Tim., Kec. Cemp. Putih, Kota Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10510

\*E-mail : [dianfitriafanani@gmail.com](mailto:dianfitriafanani@gmail.com)

### Abstract

*Psychological disorders are one of the chronic diseases that decrease patients' productivity and require long-term care and treatment. During the treatment process, patients often experience relapses due to the length of the treatment. One of the factors that can trigger relapse is medication discontinuation. Therefore, through this study, the researcher aims to obtain an overview of patients with mental disorders and relapse occurrences, as well as to determine the impact of medication discontinuation on the duration of mental illness, frequency of hospitalization, and severity of symptoms during relapse. This study is cross-sectional study involving 108 respondents. The analysis in this study utilized descriptive analysis and bivariate analysis using independent t-test. The results of this study indicate that one of the reasons family members bring patients to the hospital is the emergence of anger symptoms (26.1%), with medication discontinuation due to lack of patient medication adherence support being another common reason (23.5%). The research also shows a correlation between the duration of mental illness, frequency of hospitalization, severity of symptoms, and medication discontinuation in patients with mental disorders. Based on these findings, the involvement of family and effective discharge planning is crucial in reducing relapse rates and promoting rehabilitation towards independent and productive patient outcomes.*

**Keywords :** *Mental disorder, medication discontinuation, relapse*

### Abstrak

Gangguan kejiwaan merupakan salah satu penyakit yang bersifat kronik, yang menurunkan produktifitas penderita, dan membutuhkan perawatan dan pengobatan dalam jangka panjang. Dalam proses perjalanan pengobatan sering kali pasien mengalami kambuh karena panjangnya proses pengobatan. Kejadian yang menimbulkan pasien kambuh salah satunya adalah putus obat. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran pasien gangguan jiwa dengan kejadian kambuh, dan untuk mengetahui dampak dari kejadian putus obat terhadap lama mengalami gangguan jiwa, frekuensi hospitalisasi, dan tingkat keparahan gejala Ketika kambuh. Penelitian ini adalah penelitian *cross-sectional study* yang melibatkan 108 responden. Analisis dalam penelitian ini menggunakan analisis deskriptif dan analisis bivariat dengan menggunakan uji *independent t-test*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa alasan keluarga membawa pasien kerumah sakit adalah munculnya gejala marah 26.1%, dengan alasan putus obat akibat tidak adanya pendamping pasien minum obat 23.5%. Penelitian juga menunjukkan adanya hubungan lama mengalami gangguan jiwa, frekuensi hospitalisasi, dan keparahan gejala dengan putus obat pada pasien dengan gangguan jiwa. Berdasarkan hasil ini maka dibutuhkan peran keluarga dan discharged planning yang baik untuk mengurangi kekambuhan dan meningkatkan rehabilitasi menuju pasien yang mandiri dan produktif.

**Kata Kunci :** *Gangguan jiwa, kekambuhan, putus obat*

## PENDAHULUAN

Gangguan kejiwaan merupakan penyakit kromis yang membutuhkan pengobatan jangka panjang dan sering memberikan dampak pada produktivitas pasien. Pasien dengan gangguan kejiwaan mengalami gangguan atau perubahan pada fungsi kognitif, emosi, dan perilaku sering kali akan mempengaruhi fungsi dalam menjalani kehidupan pasien dalam keseharian (WHO, 2022). Babatunde *et al.*, (2021) Gangguan jiwa dapat terjadi pada tahapan usia manapun dengan tahap remaja sebagai tahap onset bagi pasien dengan gangguan jiwa. Proses perawatan pasien yang panjang ini menyebabkan pasien dapat kambuh, dengan berbagai alasan. Penyakit yang panjang. Kekambuhan pada pasien dengan gangguan jiwa mencapai 50-92% secara global, dengan faktor yang menyebabkan kekambuhan pada pasien antara lain ketidakpatuhan minum obat, penyakit penyerta, dan pengalaman stressor kehidupan yang dilalui (Shewangizaw & Mukherjee, 2014). Berbagai faktor biopsikososial termasuk predisposisi genetik, stres, kemiskinan, dan konflik bersenjata meningkatkan kerentanan terhadap kesehatan mental yang buruk. Sebagian besar penelitian mengenai implikasi kesehatan mental pada masa remaja menunjukkan bahwa perubahan hormonal yang terjadi pada masa remaja menyebabkan tekanan psikologis yang berujung pada penyakit (Mumbere Vagheni *et al.*, 2022).

*World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa pada tahun 2019, terdapat satu dari 8 orang atau setara dengan jumlah 970 juta orang diseluruh dunia hidup dengan gangguan mental dengan kejadian yang paling banyak adalah kecemasan dan depresi. Pada tahun 2020, jumlah orang yang hidup dengan gangguan kecemasan dan depresi meningkat secara signifikan karena adanya pandemi COVID-19 dengan perkiraan peningkatan masing-masing 26% dan 28% untuk gangguan kecemasan dan depresi berat hanya dalam satu tahun. Angka kejadian gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 adalah 7.0 permil angka ini meningkat dari angka kejadian pada riset sebelumnya tahun 2013 dimana tahun 2013 angka kejadian gangguan jiwa berada diangka 1,3 mil (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Peningkatan kejadian gangguan jiwa ini, tidak sebanding dengan angka penderita gangguan jiwa yang telah melakukan pengobatan, dimana pasien yang telah mendapatkan pengobatan adalah sebesar 84,9%, tetapi sayangnya proporsi pasien yang sudah mendapatkan pengobatan hanya 48,9% yang minum obat secara teratur, sedangkan yang tidak rutin minum obat sebesar 51,1%. Lima besar alasan utama pasien tidak minum obat

adalah karena 1) pasien merasa sudah sehat, 2) tidak rutin kontrol, 3) tidak mampu beli obat rutin, 4) tidak tahan dengan efek samping obat, 5) pasien sering lupa (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Ketidapatuhan pasien tidak minum obat menjadi salah satu alasan pasien menjadi kambuh hingga bolak balik masuk rumah sakit, karena munculnya gejala-gejala kambuh yang tidak bisa lagi ditangani oleh *caregiver* di rumah. Selain pengobatan ada factor lain yang menyebabkan pasien kambuh. WHO menyebutkan beberapa alasan kambuhnya pasien yaitu pasien dengan gangguan mental tidak memiliki akses ke perawatan yang efektif, mengalami stigma dilingkungan masyarakat, diskriminasi dan pelanggaran hak asasi manusia. Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti melakukan penelitian untuk mengetahui karakteristik pasien gangguan jiwa yang mengalami kekambuhan dan mengetahui hubungan antara putus obat dengan lama mengalami gangguan jiwa, Frekuensi hospitalisasi, dan keparahan gejala, sebagai dasar pengembangan intervensi keperawatan untuk mengurangi angka kekambuhan pada pasien dengan gangguan jiwa.

## **METODE PENELITIAN**

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan uji statistik menggunakan uji *independent t test*. Penelitian ini memiliki tujuan melihat Hubungan antara lama mengalami gangguan jiwa, Frekuensi hospitalisasi, dan keparahan gejala dengan putus obat pada pasien dengan gangguan jiwa. Teknik pengambilan data menggunakan total sampling seluruh pasien yang dirawat pada ruangan yang digunakan untuk penelitian. Jumlah responden yang ikut serta dalam penelitian ini adalah sejumlah 108 responden, dengan kriteria inklusif yaitu diagnosis medis pasien adalah skizofrenia. Penelitian ini menggunakan format pengkajian yang didesain oleh peneliti. Penelitian ini memperhatikan etik dan hak-hak responden untuk dipenuhi dimulaili sejak persiapan penelitian hingga publikasi. tiga prinsip etik utama yang dipenuhi dalam pelaksanaan penelitian ini adalah *beneficence*, *respect for human dignity*, dan *justice*. Penelitian ini telah dilakukan review oleh tim internal Lembaga penelitian dan pengabdian kepada masyarakat STIKes RS Husada.

**HASIL****Hasil Analisis Univariat**

Tabel 1. Karakteristik Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Riwayat Putus Obat (n=108)

| Variabel                  | Frekuensi | Presentase (%) |
|---------------------------|-----------|----------------|
| <b>Jenis Kelamin</b>      |           |                |
| Laki-Laki                 | 81        | 75,0           |
| Perempuan                 | 27        | 25,0           |
| <b>Status Pernikahan</b>  |           |                |
| Menikah                   | 24        | 22,2           |
| Belum Menikah             | 71        | 65,7           |
| Cerai                     | 13        | 12,0           |
| <b>Riwayat Putus Obat</b> |           |                |
| Ya                        | 66        | 61,6           |
| Tidak                     | 42        | 38,9           |

Tabel 1 Menunjukkan responden 75% (n=81) adalah laki-laki; dengan status pernikahan 65.7% (n=71) belum menikah dan lebih dari sebagian besar 61.6% (n=66) mengalami putus obat.

Tabel 2. Lama Menderita Gangguan Jiwa, dan Frekuensi Hospitalisasi (n=108)

| Variabel                        | Mean and Std. Deviation | Min- Max |
|---------------------------------|-------------------------|----------|
| Lama Menderita Gangguan (Tahun) | 4,85 (5,05)             | 0-21     |
| Riwayat Hospitalisasi           | 2,09 (1,47)             | 1-5      |

Tabel 2 menggambarkan karakteristik responden didapatkan hasil rerata pasien mengalami gangguan jiwa adalah 4.85 tahun dengan paling sedikit adalah 0 tahun yaitu pasien baru mengalami gangguan jiwa dan paling lama telah menderita gangguan jiwa selama 21 tahun. Selain itu hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rerata Riwayat hospitalisasi adalah 2.09 kali dengan frekuensi paling cepat adalah 1 tahun dan paling sering lebih dari 5 kali.

Tabel 3. Alasan Keluarga Membawa Pasien Ke Rumah Sakit untuk Dirawat (n=108)

| Variabel               | Hasil |       | Persentase % (*) |
|------------------------|-------|-------|------------------|
|                        | n     | %     |                  |
| Mengamuk               | 79    | 26,1% | 73,1%            |
| Halusinasi             | 53    | 17,5% | 49,1%            |
| Merusak Lingkungan     | 57    | 18,8% | 52,8%            |
| Melukai Diri           | 7     | 2,3%  | 6,5%             |
| Putus Obat             | 65    | 21,5% | 60,2%            |
| Gelisah                | 16    | 5,3%  | 14,8%            |
| Sulit Tidur            | 9     | 3,0%  | 8,3%             |
| Defisit Perawatan Diri | 8     | 2,6%  | 7,4%             |
| Menarik Diri           | 9     | 3,0%  | 8,3%             |

(\*) Indicate percentage of cases based on response in multiple response analysis

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat lima alasan mayoritas mengapa keluarga membawa Kembali pasien ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan dengan beberapa alasan yaitu perilaku amuk atau agresif (n=79, 26,1%), putus obat (n=65, 21,5%), mengganggu dan merusak lingkungan (n=57, 18,8%), menunjukkan perilaku halusinasi (n=53, 17.5%), dan gelisah (n=16, 5,3%).

Tabel 4. Alasan Pasien Putus Obat

| Variable                        | Responses |       | % of Cases(*) |
|---------------------------------|-----------|-------|---------------|
|                                 | n         | %     |               |
| Lupa                            | 8         | 9,4%  | 12,1%         |
| Biaya                           | 8         | 9,4%  | 12,1%         |
| Malas                           | 18        | 21,2% | 27,3%         |
| Tidak Kontrol                   | 7         | 8,2%  | 10,6%         |
| Merasa Susah Sehat              | 12        | 14,1% | 18,2%         |
| Menolak Minum Obat              | 12        | 14,1% | 18,2%         |
| Tidak Ada Pendamping Minum Obat | 20        | 23,5% | 30,3%         |

(\*) Indicate percentage of cases based on response in multiple response analysis

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa dari alasan pasien dirawat kembali ke rumah sakit adalah karena (1) tidak ada pendamping minum obat (n=20, 23,5%), (2) malas minum obat (n=12, 14,1%), dan terakhir adalah (3) pasien merasa sudah merasa sehat (n=18, 21,2%).

Tabel 5. Gejala Saat Pasien di Bawa ke Rumah Sakit Jiwa (n=108)

| Variable                      | Responses |       | % of Cases(*) |
|-------------------------------|-----------|-------|---------------|
|                               | n         | %     |               |
| Marah                         | 92        | 26,9% | 85,2%         |
| Gelisah                       | 70        | 20,5% | 64,8%         |
| Tidak bisa tidur              | 44        | 12,9% | 40,7%         |
| Tidak mau mandi               | 15        | 4,4%  | 13,9%         |
| Tidak mau makan               | 9         | 2,6%  | 8,3%          |
| Tidak mau melakukan aktivitas | 23        | 6,7%  | 21,3%         |
| Tidak mau keluar rumah        | 24        | 7,0%  | 22,2%         |
| Bicara sendiri                | 65        | 19,0% | 60,2%         |

(\*) Indicate percentage of cases based on response in multiple response analysis

Gejala yang paling sering ditemui pada saat pasien masuk rumah sakit adalah 1) marah (n=92, 26,9%), (2) gelisah (n=70, 20,5%), (3) bicara sendiri (n=65, 19,0%), (4) tidak bisa tidur (n=44, 12,9%), (5) tidak mau melakukan aktivitas (n=24, 7,0%).

Tabel 6. Diagnosis Keperawatan pada Pasien saat Masuk ke Rumah Sakit (n=108)

| Variable                  | Responses |       | % of Cases(*) |
|---------------------------|-----------|-------|---------------|
|                           | n         | %     |               |
| Harga Diri Rendah Kronik  | 44        | 16,2% | 40,7%         |
| Isolasi Sosial            | 54        | 19,9% | 50,0%         |
| Defisit Pewanatan Diri    | 27        | 9,9%  | 25,0%         |
| Halusinasi                | 89        | 32,7% | 82,4%         |
| Resiko Perilaku Kekerasan | 58        | 21,3% | 53,7%         |

(\*) Indicate percentage of cases based on response in multiple response analysis

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa diagnosis yang paling sering muncul pada saat pasien diterima di rumah sakit adalah Halusinasi (n=89, 32,7%), Risiko perilaku kekerasan (n=58, 21.3%), dan isolasi sosial (n=54, 19,9%).

Tabel 7. Hubungan antara Lama Mengalami Gangguan Jiwa, Frekuensi Hospitalisasi, dan Keparahan Gejala dengan Putus Obat pada Pasien dengan Gangguan Jiwa (n=108)

|                         | Putus Obat | N  | Mean | SD   | t      | P-Value |
|-------------------------|------------|----|------|------|--------|---------|
| Lama Menderita Gangguan | Tidak      | 42 | 3,14 | 4,22 | -3,04  | 0,003   |
|                         | Ya         | 66 | 5,94 | 5,26 |        |         |
| Riwayat Hospitalisasi   | Tidak      | 42 | 1,69 | 1,40 | -2,328 | 0,022   |
|                         | Ya         | 66 | 2,35 | 1,47 |        |         |
| Keparahan Gejala        | Tidak      | 42 | 2,64 | 1,51 | -2,475 | 0,015   |
|                         | Ya         | 66 | 3,39 | 1,57 |        |         |

Hasil analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan antara kejadian putus obat dengan lamanya pasien mengalami gangguan kejiwaan, Riwayat hospitalisasi, dan keparahan gejala. Pasien yang memiliki Riwayat gangguan jiwa lebih lama menunjukkan memiliki kemungkinan untuk mengalami putus obat dibandingkan pasien yang baru mengalami gangguan kejiwaan ( $t=-3,04$ ,  $p=0,03$ ). Hasil yang sama juga ditunjukkan oleh pasien yang memiliki frekuensi yang lebih sering dirawat di rumah akan memiliki kejadian yang lebih tinggi untuk mengalami putus obat ( $t=-2,32$ ,  $p=0,22$ ). Pasien yang putus obat memiliki gejala yang lebih parah dibandingkan pasien yang tidak putus obat ( $t=-2,47$ ,  $p=0,15$ ).

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat lima alasan mayoritas mengapa keluarga membawa Kembali pasien ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan dengan beberapa alasan yaitu perilaku amuk atau agresif ( $n=79$ , 26,1%), putus obat ( $n=65$ , 21,5%), mengganggu dan merusak lingkungan ( $n=57$ , 18,8%), menunjukkan perilaku halusinasi ( $n=53$ , 17,5%), dan gelisah ( $n=16$ , 5,3%).

Berdasarkan penelitian ini kekambuhan yang disebabkan oleh putus obat memiliki tiga alasan utama yaitu tidak ada pendamping minum obat, malas minum obat dan terakhir pasien merasa sudah merasa sehat. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Zhu *et al.*, (2020) pasien yang sudah minum obat dalam jangka panjang maka tanda gejala sudah mulai pasien sudah mulai terkontrol sehingga pasien merasa tidak membutuhkan obat dan percaya bahwa pengobatan telah selesai berdasarkan keyakinan didalam diri, secara pribadi pasien menilai bahwa dirinya sudah sembuh, serta khawatir dengan dirinya bila minum terus menerus (Benjet, Borges, Orozco, Andrade, *et al.*, 2022).

Pada dasarnya pasien dengan gangguan jiwa dapat mengalami putus obat dengan dua faktor, yaitu faktor structural seperti : Keuangan baik dalam penyediaan obat, biaya akses ke rumah sakit, Ketersediaan terapis dan pasien, misal pemberi pelayanan pindah, atau sebaliknya, masalah akomodasi dalam pengobatan, pasien sulit dibawa ke rumah sakit untuk kontrol ataupun lokasi yang jauh dari rumah. Kedua adalah faktor sikap seperti merasa sudah mampu mengatasi masalah sendiri tanpa mendatangi pelayanan Kesehatan, merasa pengobatan tidak ada perubahan, stigma karena selalu melakukan

pengobatan di masyarakat atau bahkan keluarga menginginkan pasien berhenti berobat karena keluarga juga distigma didalam masyarakat, mendapatkan kualitas pelayanan Kesehatan yang kurang baik, merasa lebih baik. Dari kedua factor yang dijelaskan diatas factor sikap dengan proporsi kejadian alasan sikap hamper terjadi 70% pada pasien sedangkan 30% alasan secara struktrur pasien putus obat (Benjet *et al.*, 2022).

Selain penyebab putus obat penyebab kambuh pasien dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti tekanan peristiwa kehidupan, diantaranya ditinggalkan pasangan atau orang di cintai, permasalahan pernikahan, kedua kurangnya peran keluarga karena kurangnya pengetahuan, dan kurangnya ekonomi keluarga; pendampingan tenaga puskesmas.(Aini, 2015).

Dalam penelitian lainnya beberapa faktor tetapi faktor putus obat menjadi faktor penyebab yang paling sering, dan putus obat ini erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga pasien, karena baik keluarga atau *caregiver* adalah kunci utama dalam keberhasilan pasien dalam patuh minum obat, mencegah kambuh (Amirejibi & Zavrashvili, 2016; Stuart, 2013)

Gejala yang paling sering ditemui pada saat pasien masuk rumah sakit adalah marah, gelisah, bicara sendiri, tidak bisa tidur, dan tidak mau melakukan aktivitas. Berdasarkan tanda dan gejala yang ditemui pasien tersebut maka diagnosis keperawatan yang paling sering ditemui adalah halusinasi, risiko perilaku kekerasan, dan isolasi sosial.sebanyak 50% Tanda gejala kambuh muncul terjadi setelah tiga bulan dari pasien dirawat sebelumnya dengan gejala cemas, gelisah, marah, dan tidak minum obat (Cepeda *et al.*, 2020). Keluarga atau *caregiver* membawa pasien kembali karena pasien munculnya tanda gejala yang dinilai keluarga tidak dapat ditangani dan membutuhkan bantuan orang lain dalam hal ini adalah pelayanan Kesehatan. (C. H. Lin *et al.*, 2008; C.-H. Lin *et al.*, 2010)

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang memiliki onset gangguan jiwa lebih lama maka pasien memiliki risiko yang lebih tinggi untuk kambuh karena tidak minum obat, hal ini dikarenakan pasien yang sudah lama mengalami gangguan jiwa berisiko bosan menjalankan terapi medikasi, dan memiliki risiko putus obat setelah menjalani pengobatan satu tahun (Song *et al.*, 2023) Pasien yang memiliki frekuensi yang lebih sering dirawat di rumah akan memiliki kejadian yang lebih tinggi untuk mengalami putus obat pasien .Pasien yang putus obat memiliki gejala yang lebih

parah dibandingkan pasien yang tidak putus obat. Pasien yang pernah dirawat dirumah sakit lebih dari tiga kali maka memiliki kejadian putus obat lebih sering dibandingkan pasien yang baru dirawat kurang dari tiga kali (Green, 2006).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang memiliki lama mengalami gangguan jiwa yang panjang, frekuensi dirawat dirumah sakit yang sering dan keparahan gejala pasien, mengakibatkan pasien lebih mudah putus obat, karena pasien dan keluarga bosan, merasa sudah sehat, menghindari stigma sehingga pasien putus obat. Intervensi keperawatan perlu dilakukan ditujukan pada keluarga dan pasien untuk patuh minum obat, monitoring dan evaluasi pelayanan Kesehatan dibutuhkan dimulai dengan discharged planning yang baik, agar pasien tidak kambuh, dan patuh minum obat. Penelitian menunjukkan dengan optimalisasi discharged planning terjadi penurunan angka kunjungan pasien ke unit gawat darurat sebesar 32%, penurunan kambuh dan dirawat kembali sebesar 40 setelah 30-90 hari pasien pulang, dan peningkatan pasien mengikuti program rehabilitasi sebesar 9-13% (Maoz *et al.*, 2022)

## **KESIMPULAN**

Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien memiliki berbagai faktor yang menyebabkan kambuh, dan dirawat kembali kerumah sakit, dengan paling banyak dari faktor sikap terhadap proses pengobatan yang cukup panjang. Penelitian ini juga menunjukkan semakin lama pasien mengalami gangguan jiwa dan menjalankan pengobatan semakin berisiko pula pasien putus obat dan dirawat kembali. Pasien merasa bosan, sehingga mudah lupa dan didukung dengan kondisi fisik yang sudah lebih baik sehingga pasien sering mendiagnosis sendiri bahwa dirinya sudah sembuh. Hal ini dibutuhkan dukungan keluarga sebagai support system untuk mencegah pasien kambuh, dan tetap mengikuti proses pengobatan dengan baik. Dukungan keluarga yang baik, proses discharged yang optimal mencegah pasien untuk kambuh dengan gejala yang lebih parah, karena penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang sering kambuh akibat putus obat memiliki risiko kambuh dengan gejala yang menjadi lebih parah.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih ditujukan kepada semua pihak yang telah membantu dan memfasilitasi penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aini, S. Q. (2015). Faktor-faktor penyebab kekambuhan pada penderita skizofrenia setelah perawatan di rumah sakit jiwa. *Jurnal Litbang*, *XI*(1), 65–73.
- Amirejibi, T., & Zavrashvili, N. (2016). Psychosocial factors associated with frequent rehospitalization of patients with mental health disorders. *European Psychiatry*, *33*, S477. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1744>
- Babatunde, G. B., van Rensburg, A. J., Bhana, A., & Petersen, I. (2021). Barriers and Facilitators to Child and Adolescent Mental Health Services in Low-and-Middle-Income Countries: a Scoping Review. *Global Social Welfare*, *8*(1), 29–46. <https://doi.org/10.1007/S40609-019-00158-Z>
- Benjet, C., Borges, G., Orozco, R., Andrade, L. H., Cia, A., Hwang, I., Kessler, R. C., Piazza, M., Posada-Villa, J., Sampson, N., Carlos Stagnaro, J., Torres, Y., Carmen Viana, M., Vigo, D., Medina-Mora, M.-E., & Cayetano Heredia, P. (2022). *Dropout from treatment for mental disorders in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys*.
- Cepeda, M. S., Schuemie, M., Kern, D. M., Reys, J., & Canuso, C. (2020). Frequency of rehospitalization after hospitalization for suicidal ideation or suicidal behavior in patients with depression. *Psychiatry Research*, *285*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112810>
- Green, J. H. (2006). *Frequent Rehospitalization and Noncompliance With Treatment*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Riskesmas*.
- Lin, C. H., Chen, C. C., Wang, S. Y., Lin, S. C., Chen, M. C., & Lin, C. H. (2008). Factors affecting time to rehospitalization in Han Chinese patients with schizophrenic disorder in Taiwan. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, *24*(8), 408–414. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(08\)70164-5](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(08)70164-5)
- Lin, C.-H., Chen, M.-C., Chou, L.-S., Lin, C.-H., Chen, C.-C., & Lane, H.-Y. (2010). Time to rehospitalization in patients with major depression vs. those with schizophrenia or bipolar I disorder in a public psychiatric hospital. *Psychiatry Research*, *180*(2), 74–79. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.12.003>
- Maoz, H., Sabbag, R., Krieger, I., Mendlovic, S., & Shefet, D. (2022). The Impact of a Continuity-of-Care Model From Hospitalization to Outpatient Clinic for Patients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, *74*(5), 551–554. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100508>

- Mumbere Vagheni, M., Mutume Nzanu Vivalya, B., Kasereka Muyisa, L., Kasereka Masuka, R., & Manzekele Bin Kitoko, G. (2022). Prevalence and predictors of relapse among adolescent patients with mental illness in Butembo city (Eastern Part of the Democratic Republic of Congo). *Psychiatry Research*, 308, 114342. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114342>
- Shewangizaw, Z., & Mukherjee, R. (2014). *Prevalence of relapse and associated factors in patient with schizophrenia at Amanuel mental specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia: Institution based cross sectional study*. 2, 184–192.
- Song, J., Liang, Y., Xu, Z., Wu, Y., Yan, S., Mei, L., Sun, X., Li, Y., Jin, X., Yi, W., Pan, R., Cheng, J., Hu, W., & Su, H. (2023). Built environment and schizophrenia re-hospitalization risk in China: A cohort study. *Environmental Research*, 227, 115816. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.envres.2023.115816>
- Stuart, Gail. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Elsevier Mosby.
- WHO. (2022). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Zhu, Y., Wu, Z., Sie, O., Cai, Y., Huang, J., Liu, H., Yao, Y., Niu, Z., Wu, X., Shi, Y., Zhang, C., Liu, T., Rong, H., Yang, H., Peng, D., & Fang, Y. (2020). Causes of drug discontinuation in patients with major depressive disorder in China. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 96, 109755. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109755>