

Dinamika Pasien dengan Gangguan Skizofrenia

Triandini Paramita¹ dan Setyani Alfinuha²

^{1,2}Program Studi Magister Profesi Psikologi
Universitas Surabaya

Email: diniiprmt@gmail.com

Diterima September 2020, diterbitkan Maret 2021

ABSTRACT

Schizophrenia is a brain disorder that has problems with social functioning, self-care, and difficulty to distinguishing the real world and the imaginary one. This study aims to specify the personality dynamics of people with schizophrenia. In addition, researchers also identified the factors that affect schizophrenia. This research uses case study and qualitative methods with one participant. The participant is a patient diagnosed with schizophrenia at Mental Hospital X. This research is equipped with data from interviews, observations, and several psychological test tools to enrich the research results. The results showed that the conditions and experiences that the participant went through from childhood to adulthood influenced the formation of schizophrenia. Furthermore, there are external factors and internal factors that affect the formation of schizophrenia in the study participants.

Keywords: Schizophrenia, Disorder.

PENDAHULUAN

Skizofrenia merupakan gangguan mental kronis yang menyerang sekitar 20 juta orang di seluruh dunia (James et al., 2018). Skizofrenia merupakan psikosis, sejenis penyakit mental yang ditandai oleh distorsi dalam berpikir, persepsi, emosi, bahasa, rasa diri dan perilaku. Gejala skizofrenia yang umum meliputi: 1) halusinasi atau mendengar, melihat maupun merasakan hal-hal yang tidak ada; 2) delusi yakni memiliki keyakinan atau kecurigaan tidak nyata yang tidak dimiliki oleh orang lain dalam budaya orang tersebut; 3) perilaku abnormal seperti perilaku tidak teratur, berkeliaran tanpa tujuan, bergumam atau tertawa pada diri sendiri, penampilan aneh, pengabaian terhadap penampilan diri atau tampak tidak terurus; 4) ucapan tidak teratur seperti perkataan tidak koheren atau tidak relevan; dan/atau 5) gangguan emosi yang ditandai apatis atau terputusnya hubungan antara emosi dengan hal yang dapat diamati seperti ekspresi wajah atau bahasa tubuh (WHO, 2019).

Skizofrenia ditandai oleh distorsi dalam berpikir, persepsi, emosi, bahasa, rasa diri, dan perilaku. Pengalaman umum termasuk halusinasi (mendengar suara-suara atau melihat hal yang tidak nyata) dan delusi (keyakinan tetap yang salah). Di seluruh dunia, skizofrenia dikaitkan dengan kecacatan yang parah dan dapat menghambat kinerja dan pendidikan seseorang. Individu dengan skizofrenia 2-3 kali beresiko meninggal lebih awal dari pada populasi umum. Kondisi ini disebabkan oleh penyakit fisik yang dapat dicegah seperti penyakit kardiovaskular, penyakit metabolisme, dan infeksi (Laursen et al., 2014). Stigma, diskriminasi, dan pelanggaran hak asasi individu dengan skizofrenia merupakan hal yang wajar terjadi di masyarakat. Padahal skizofrenia dapat ditangani dengan pengobatan rutin. Perawatan obat-obatan dan dukungan psikososial terbukti efektif dalam mengembalikan kemampuan beradaptasi pada pasien skizofrenia. Fasilitas hidup yang dibantu, lingkungan rumah dan pekerjaan yang mendukung merupakan strategi manajemen yang efektif untuk orang dengan skizofrenia (WHO, 2019).

Skizofrenia berpotensi mengalami kekambuhan. Sama halnya dengan partisipan penelitian ini mengalami kekambuhan sebanyak empat kali. Mayoritas penderita skizofrenia mengalami kekambuhan gejala akut dengan periode remisi lengkap atau parsial (Xiao et al., 2015). Definisi kekambuhan pada orang yang telah didiagnosis dengan skizofrenia adalah kekambuhan rawat inap dan munculnya kembali gejala skizofrenia yang dialami oleh pasien (Olivares et al., 2013). Pasien dengan diagnosis skizofrenia diperkirakan berulang 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua dan 100% pada tahun kelima setelah keluar dari rumah sakit (Madriffa'i et al., 2015).

Terdapat empat faktor yang mempengaruhi kekambuhan skizofrenia; faktor pasien, yaitu kepatuhan pengobatan, faktor pengasuh, dan faktor pendukung keluarga (Kaplan, 2016). Pengobatan rutin dapat mengurangi kekambuhan, tetapi penggunaan anti psikotik jangka panjang dapat menyebabkan efek samping ekstra piramidal seperti gerakan yang tidak terkontrol dan mengantuk (Raharjo, 2014). Selain kepatuhan pengobatan, pengetahuan keluarga juga berperan dalam mencegah kekambuhan (Fadli, 2017). Pengetahuan keluarga menentukan cara keluarga berperilaku dan menilai secara positif atau negatif pada pasien skizofrenia (Ronald, 2016).

Pengetahuan keluarga efektif dalam meningkatkan kemampuan beradaptasi pasien (Aghayusefi et al., 2016). Jika pengetahuan keluarga tentang skizofrenia kurang, sikap keluarga terhadap pasien akan kurang asertif (Fadli, 2017). Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan mental dalam keluarga bertanggungjawab atas perawatan yang tidak adil yang diterima pasien. Maka dari itu, selain pengobatan medis juga penting bagi pasien maupun keluarga pasien skizofrenia untuk mengetahui karakteristik kepribadian skizofrenia.

DSM-V (APA, 2013) menjelaskan kriteria diagnostik untuk skizofrenia yang termasuk dalam *psychotic disorder*. Kriteria diagnostik skizofrenia antara lain: 1) terdapat dua atau lebih gejala yang mengikuti, dan setiap gejala signifikan muncul dalam kurun waktu satu bulan (atau kurang jika berhasil ditangani), 2) adanya gangguan signifikan pada satu atau beberapa area utama seperti pekerjaan, relasi interpersonal, atau perawatan diri, 3) tanda gangguan yang secara kontinu berlanjut selama minimal enam bulan. Periode enam bulan harus termasuk dengan setidaknya satu bulan gejala (atau kurang jika berhasil ditangani) dari kriteria A (gejala aktif-pasif) dan termasuk periode *prodromal residual*, 4) gangguan tidak muncul sebagai akibat dari *schizoaffective disorder* dan *depressive* atau *bipolar disorder*, 5) gangguan bukan merupakan efek fisiologis dari zat (penyalahgunaan zat, obat) atau kondisi medis lainnya, 6) bila ada riwayat *autism spectrum disorder* atau *communication disorder* yang ada saat masa kecil, maka tambahan diagnosis *schizophrenia* hanya dibuat jika delusi dan halusinasi yang menonjol, sebagai tambahan, gejala lainnya yang merupakan *schizophrenia*, juga harus muncul paling tidak selama 1 bulan (atau kurang jika berhasil ditangani).

Schizophrenia merupakan gangguan otak dengan yang memiliki karakteristik permasalahan fungsional, rawat diri, dan kesulitan untuk membedakan hal yang bersifat nyata dan tidak (Mueser & Gingerich, 2006). Penderita gangguan *schizophrenia* dapat menarik diri dari lingkungan pergaulan sosial dan realita ke dalam keyakinan atau pemikiran aneh (delusi) dan halusinasi (Kring, Johnson, Davidson, & Neale, 2012). Menurut DSM-V individu dikatakan mengalami gangguan *schizophrenia* jika mengalami gejala atau simptom positif dan negatif yang signifikan pada periode waktu 1 bulan, dan dengan beberapa gejala lain yang berlangsung dalam waktu minimal 6 bulan. Berikut ini adalah kriteria *schizophrenia* berdasarkan dari DSM-V:

1. Terdapat 2 atau lebih gejala yang mengikuti, dan setiap gejala signifikan muncul dalam kurun waktu 1 bulan (atau kurang jika berhasil ditangani). Setidaknya ada satu dari (1), (2), atau (3). Gejala tersebut antara lain:
 - a. Delusi.
 - b. Halusinasi.

- c. Bahasa yang tidak teratur (seperti kalimat yang tidak berhubungan atau tidak koheren).
- d. Perilaku tidak terorganisir atau katatonik.
- e. Gejala negatif (berkurangnya ekspresi emosi atau hilangnya ketertarikan).
2. Adanya gangguan signifikan pada satu atau beberapa area utama seperti pekerjaan, relasi interpersonal, atau perawatan diri, secara nyata berada di bawah tingkatan yang dicapai sebelum gangguan.
3. Tanda gangguan yang secara kontinu berlanjut selama minimal 6 bulan. Periode 6 bulan harus termasuk dengan setidaknya 1 bulan gejala (atau kurang jika berhasil ditangani) dari kriteria A (gejala aktif-pasif) dan termasuk periode *prodromal* atau *residual*. Selama masa *prodromal* dan *residual* tanda dari gangguan bisa hanya berwujud gejala negatif atau dua/lebih gejala yang terdaftar pada kriteria A namun dalam bentuk kemunculan yang lemah (keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak biasa).
4. Gangguan tidak muncul sebagai akibat dari *schizoaffective disorder* dan *depressive atau bipolar disorder*, karena 1) tidak ada episode depresi atau manik yang terjadi secara bersamaan dengan gejala fase aktif, atau 2) jika episode *mood* muncul saat gejala fase aktif, durasi kemunculannya bersifat minoritas dari total keseluruhan durasi periode aktif dan *residual* dari gangguan.
5. Gangguan bukan merupakan efek fisiologis dari zat (penyalahgunaan zat, obat) atau kondisi medis lainnya.

Bila ada riwayat *autism spectrum disorder* atau *communication disorder* yang ada saat masa kecil, maka tambahan diagnosis *schizophrenia* hanya dibuat jika delusi dan halusinasi yang menonjol, sebagai tambahan, gejala lainnya yang merupakan *schizophrenia*, juga harus muncul paling tidak selama 1 bulan (atau kurang jika berhasil ditangani). Berdasarkan latarbelakang tersebut, peneliti tertarik untuk menganalisis dinamika kepribadian pasien skizofrenia.

METODE

Penelitian ini menggunakan studi kasus kualitatif dengan satu orang partisipan. Pemilihan partisipan menggunakan metode *purposive sampling*, yaitu peneliti memilih partisipan sesuai dengan kriteria tertentu (Sugiyono, 1999). Kriteria yang ditetapkan dalam pemilihan partisipan adalah

1. Individu dengan diagnosa skizofrenia dan sedang berada dalam perawatan Rumah Sakit Jiwa X (RSJ X) dan bersedia menjadi partisipan penelitian.
2. Belum pernah mendapatkan pemeriksaan psikologis.

Penelitian ini memiliki satu orang partisipan bernama Lulu (samaran). Lulu merupakan pasien yang sedang menjalani perawatan di RSJ X. Lulu masuk RSJ X pada tahun 2016 dan mendapat diagnosa skizofrenia tidak terinci. Hingga saat Lulu sudah 4 kali menjalani rawat inap di RSJ X dan biasanya diawali dengan munculnya delusi, bicara tidak koheren, menarik diri, marah-marah, dan tidak meminum obat. Selama ini Lulu hanya mendapatkan penanganan secara medis dengan obat dan belum pernah mendapatkan penanganan secara psikologis. Lulu juga belum pernah melakukan tes kepribadian sehingga tidak diketahui secara jelas penyebab terbentuknya gangguan skizofrenia. Berikut ini merupakan identitas dari partisipan:

Tabel 1. Identitas Partisipan

Nama (samaran)	: Lulu
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir	: Surabaya, 12 Maret 1972
Usia	: 47 Tahun
Alamat	: Surabaya
Pendidikan	: S1 Manajemen Ekonomi
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Agama	: Islam

Suku Bangsa	: Jawa
Latar Belakang Budaya	: Jawa Tengah
Status Perkawinan	: Menikah
Urutan dalam Keluarga	: Anak ke 1 dari 3 bersaudara
Riwayat Kasus Medik	: 4x masuk RSJ, diagnosa terakhir: Skizofrenia tak terinci

Sumber: Data primer hasil penelitian.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, partisipan memenuhi secara keseluruhan kriteria diagnostik dari skizofrenia berdasarkan DSM-V (APA, 2013). Berikut ini tabel diagnosa hasil pemeriksaan yang telah dilakukan kepada partisipan sesuai dengan karakteristik diagnosis DSM-V:

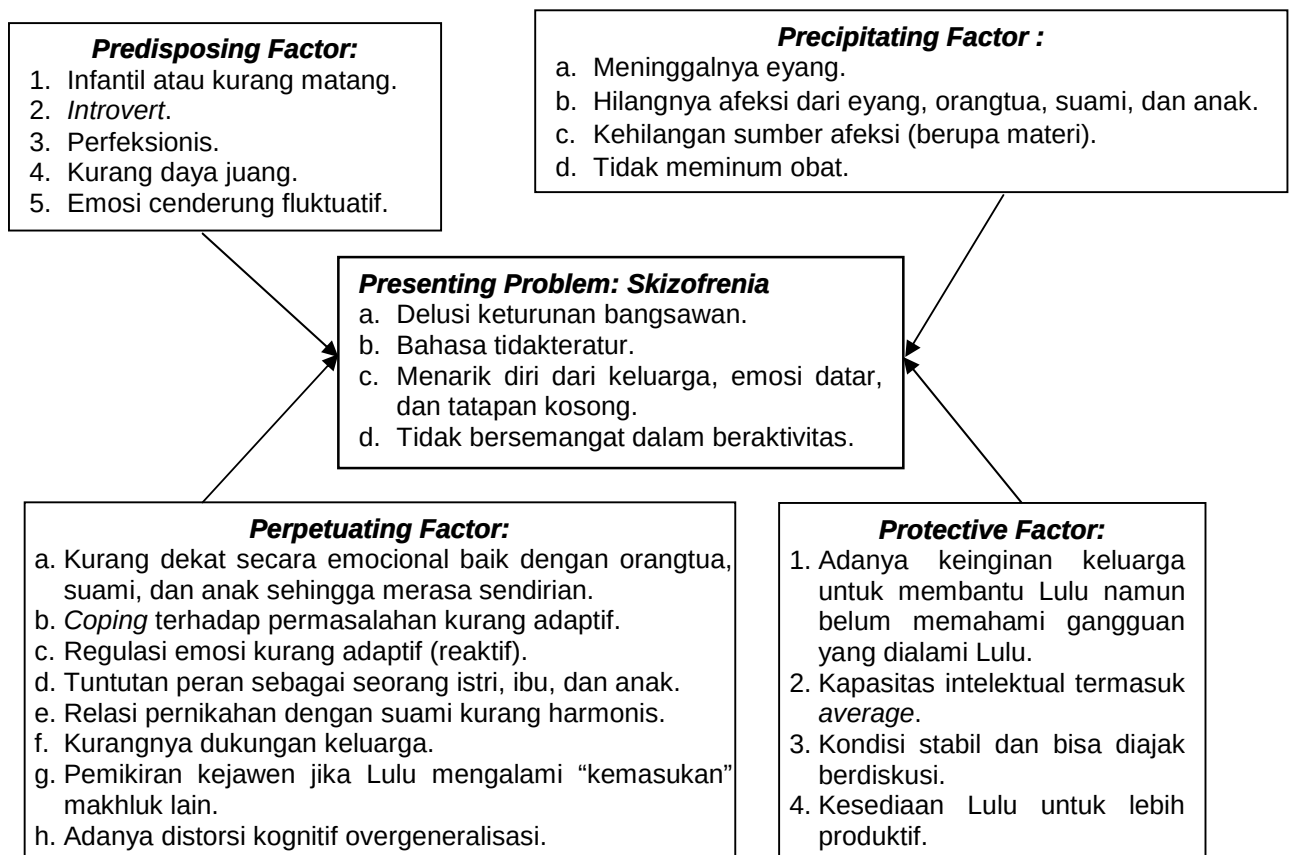
Tabel 2. Diagnosa Hasil Pemeriksaan Partisipan

Kriteria	Aspek	÷	Sumber Data
A	Terdapat 2 atau lebih gejala yang mengikuti, dan setiap gejala signifikan muncul dalam kurun waktu 1 bulan (atau kurang jika berhasil ditangani). Setidaknya ada satu dari (1), (2), atau (3). 1) Delusi. 2) Halusinasi. 3) Bahasa yang tidak teratur (seperti kalimat yang tidak berhubungan atau tidak koheren) 4) Perilaku tidak terorganisir atau katatonik. 5) Gejala negatif (berkurangnya ekspresi emosi atau hilangnya ketertarikan)	÷	Sumber data: wawancara dan observasi. 1) Delusi: a. Lulu yakin dirinya adalah keturunan bangsawan Hj. Raden Ajeng. b. Lulu yakin suaminya berselingkuh dengan teman SMA suaminya. c. Lulu yakin jika suaminya adalah KH. R. Moch. Irfan Irawan, S. E. 2) Bahasa yang tidak teratur: Pada saat tertentu Lulu tidak menjawab pertanyaan dengan tepat namun terkadang diawal kalimat jawaban Lulu sudah benar namun pada akhirnya mengarah kepada hal lainnya yang tidak relevan dengan topic pembicaraan. 3) Gejala negatif: a. Menarik diri dari lingkungan, terutama suami dan orangtua. Lebih suka berada di kamar dan mendengarkan musik. b. Ekspresi emosi yang terlihat di wajah berkurang hanya tertawa dan tersenyum saja. Setelahnya menjadi datar. c. Jarang memberikan kontak mata saat berbicara. d. Tatapan mata kosong. e. Tidak tertarik untuk mengerjakan pekerjaan rumah tangga.
B	Adanya gangguan signifikan pada satu atau beberapa area utama seperti pekerjaan, relasi interpersonal, atau perawatan diri, secara nyata berada di bawah tingkatan yang dicapai sebelum gangguan.	÷	Relasi interpersonal dengan keluarga, terutama suami, anak, dan orangtua menjadi lebih berjarak semenjak terjadinya awal gangguan.
C	Tanda gangguan yang secara kontinu berlanjut selama minimal 6 bulan. Periode 6 bulan harus termasuk dengan setidaknya 1 bulan gejala (atau kurang jika berhasil ditangani) dari kriteria A (gejala aktif-pasif) dan termasuk periode <i>prodromal</i> atau <i>residual</i> . Selama masa <i>prodromal</i> dan <i>residual</i> tanda dari gangguan bisa hanya berwujud gejala negatif atau dua/lebih gejala yang terdaftar pada kriteria A	÷	a. Mengalami gangguan kejiwaan sejak tahun 2006, kurang lebih 13 tahun. b. MRS 1: 29 Maret 2016 – 22 April 2016 c. MRS 2: 30 Agustus 2016 – 13 September 2016 d. MRS 3: 9 Desember 2017 – 30 Desember 2017 e. MRS 4: 19 Maret 2019 – 4 April 2019

Kriteria	Aspek	÷	Sumber Data
	namun dalam bentuk kemunculan yang lemah (keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak biasa).		
D	Gangguan tidak muncul sebagaia kibat dari <i>schizoaffective disorder</i> dan <i>depressive</i> atau <i>bipolar disorder</i> , karena 1) tidak ada episode depresi atau manik yang terjadi secara bersamaan dengan gejala fase aktif, atau 2) jika episode <i>mood</i> muncul saat gejala fase aktif, durasi kemunculannya bersifat minoritas dari total keseluruhan durasi periode aktif dan <i>residual</i> dari gangguan.	÷	Sumber data: Wawancara dan Alat Tes: f. Tidak ada riwayat episode <i>schizoaffective</i> , <i>depressive</i> atau <i>bipolar disorder</i> . g. Hasil tes menunjukkan nilai depression masih berada dalam batas adanya kecenderungan saja.
E	Gangguan bukan merupakan efek fisiologis dari zat (penyalahgunaan zat, obat) atau kondisi medis lainnya.	÷	Tidak ada penyalahgunaan obat-obatan dan kondisi medis tertentu.
F	Bila ada riwayat <i>autism spectrum disorder</i> atau <i>communication disorder</i> yang ada saat masa kecil, maka tambahan diagnosis <i>schizophrenia</i> hanya dibuat jika delusi dan halusinasi yang menonjol, sebagai tambahan, gejala lainnya yang merupakan <i>schizophrenia</i> , juga harus muncul paling tidak selama 1 bulan (atau kurang jika berhasil ditangani).		Tidak ada riwayat gangguan <i>autism spectrum</i> dan <i>communication disorder</i> .

Sumber: Data primer hasil penelitian.

Berikut ini adalah gambaran dinamika permasalahan yang memengaruhi kondisi Lulu:



Gambar 1. Dinamika Permasalahan

Sumber: Data primer hasil penelitian.

Pada gambar 1 dituliskan jika saat ini Lulu memiliki skizofrenia. Diagnosa skizofrenia ini diberikan psikiater pada tahun 2016. Ada beberapa hal yang menyebabkan kondisi Lulu pada saat ini. Lulu merupakan individu yang dependen secara emosional, kurang matang, introvert, regulasi emosi dan *coping* yang kurang adaptif, serta ada distorsi kognitif. Jika ditelusuri relasi keluarga kepada Lulu membentuk kepribadian Lulu.

DISKUSI

Sejak Lulu masih tinggal bersama keluarganya, Lulu mendapatkan hal-hal yang diinginkannya, namun tidak diimbangi dengan usaha, aturan-aturan yang jelas dari orangtuanya. Hal ini mengondisikan Lulu untuk terbiasa dituruti, mendapatkan kasih sayang berlebihan, namun tidak terbiasa untuk mencoba memenuhi kebutuhannya secara mandiri. Sehingga kesempatan Lulu untuk belajar meregulasi emosi dan mengatasi stres juga terbatas. Pola pengasuhan orangtua yang diterima Lulu termasuk dalam *permissive indulgent*, yaitu pola pengasuhan yang kurang memberikan kesempatan bagi anak untuk melakukan sesuatu sesuai kehendaknya (Baumrind, dalam Santrock 2011). Orangtua yang memiliki pola pengasuhan ini biasanya jarang untuk menegur anak atau memberikan peringatan jika anak dalam bahaya. Mereka juga sedikit memberikan bimbingan bagi anaknya. Meskipun demikian, orangtua masih memberikan kehangatan bagi anaknya.

Selain itu peneliti melakukan tes psikologi *Thematic Apperception Test* (TAT) untuk melihat relasi Lulu dan keluarga. Berdasarkan hasil tes Lulu memiliki kebutuhan untuk berelasi dengan orang lain, namun hal ini tidak bias didapatkannya karena Lulu dan keluarga kurang dekat secara emosional. Hal ini membuat Lulu merasa dirinya sendirian yang semakin dirasakannya ketika Eyang meninggal dunia. Relasi antara Lulu dan Leno pun juga kurang harmonis, karena banyaknya permasalahan yang terjadi namun penyelesaian masalah tidak pernah dilakukan. Sementara relasi Lulu dan anak pun juga kurang dekat. Jika dilihat, lingkungan di rumah bukan merupakan tempat yang nyaman bagi Lulu untuk menjalin relasi yang hangat dan mendapatkan dukungan secara emosional.

Faktor lainnya yang memicu kondisi gangguan Lulu adalah meninggalnya eyang. Peristiwa meninggalnya eyang membekas sangat dalam bagi Lulu dan membuat Lulu tak sadarkan diri beberapa kali pada hari meninggalnya eyang. Perilaku keluarga juga mulai berubah terlihat dari afeksi yang biasa diberikan oleh keluarga juga mulai berkurang, terlebih saat Leno kehilangan pekerjaan dan Lulu tidak bisa lagi mendapatkan keinginannya seperti dahulu. Peristiwa pemicu lainnya terjadi saat Lulu dijauhkan dari anaknya oleh Leno dan Lulu juga tidak meminum obat yang dari psikiater.

Skizofrenia merupakan gangguan yang dapat terjadi karena adanya faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya gangguan. Jika dilihat dalam studi kasus ini, tidak ada satu faktor tunggal yang membentuk kepribadian skizofrenia. Terdapat berbagai faktor yang memengaruhi kondisi skizofrenia yang dialami partisipan diantaranya karakteristik kepribadian, biologis, psikososial, serta status sosial ekonomi. Hal ini sejalan dengan temuan Zahnia & Sumekar (2016) bahwa skizofrenia dapat terjadi karena adanya faktor genetik, biologis, biokimia, psikososial, status sosial ekonomi, stres dapat memengaruhi munculnya skizofrenia.

Peneliti memiliki keterbatasan dalam penelitian. Jumlah partisipan yang terbatas membuat gambaran mengenai skizofrenia kurang menyeluruh dan mewakili individu dengan gangguan secara lebih detail. Maka dari itu saran yang bias diberikan oleh peneliti berkaitan dengan adanya partisipan lebih dari satu orang, sehingga penelitian berikutnya memiliki gambaran individu dengan skizofrenia dengan lebih menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

- Aghayusefi, A., Mirzahoseini, H., & Assarnia, A. (2016). Psychoeducational Interventions on Illness Management in Families of Schizophrenic Patients. *Practice in Clinical Psychology*, 4(2). <https://doi.org/10.15412/J.JPCP.0604020>.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statitital Manual of Mental Disorder Fourth Edition (DSM-V)*. American Psychiatri Publishing.
- Fadli, S. (2017). Pengetahuan dan Ekspresi Emosi Keluarga serta Frekuensi Kekambuhan Penderita Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Padjajaran*, 5(1).
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).
- Kaplan, B. (2016). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davidson, G., & Neale, J. (2012). *Abnormal Psychology 12th Edition*. New Jersey: John Wiley & Son.
- Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2014). Excess Early Mortality in Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 425–448. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657>.
- Madriffa'i, A., Abi, M., & Yuniartika, W. (2015). Hubungan Peran Keluarga dengan Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Cawas Klaten. *Jurnal KesMaDasKa*, 2(2).
- Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2006). *The complete family guide to schizophrenia: Helping your loved one get the most out of life*. New York: Guilford Press.
- Olivares, J. M., Sermon, J., Hemels, M., & Schreiner, A. (2013). Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: A systematic literature review. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-32>.
- Santrock, J. W. (2011). *Child Development 13th Edition*. New York: McGraw Hill.
- Sugiyono. (1999). *Statistik untuk Penelitian*. Alfabeta.
- Raharjo, A. B. (2014). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di RSJD dr Amino Gondohutomo Semarang*. 11(77).
- Ronald, R. (2016). Kepatuhan Konsumsi Obat, Pengetahuan dan Dukungan Keluarga terhadap Frekuensi Kekambuhan Penderita Skizofrenia di Desa Sriharjo, Imogiri, Bantul. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(1).
- WHO. (2019). *No Title*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

Xiao, J., Mi, W., Li, L., Shi, Y., & Zhang, H. (2015). High relapse rate and poor medication adherence in the chinese population with schizophrenia: Results from an observational survey in the people's Republic of China. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1161–1167. <https://doi.org/10.2147/NDT.S72367>.

Zahnia, S., & Sumekar, D. W. (2016). Kajian epidemiologis skizofrenia. *Jurnal Majority*, 5(4), 160-166.