

HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK DEMOGRAFI DENGAN FREKUENSI KEKAMBUHAN PASIEN SKIZOFRENIA

Hasmila Sari¹, Farah Dineva R¹, Martina¹

¹*Fakultas Keperawatan, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, Aceh, 23111, Indonesia*

Article Info

Riwayat Artikel:

Tanggal Dikirim: 15 Oktober 2025

Tanggal Diterima: 06 Desember 2025

Tanggal Dipublish: 08 Desember 2025

Keywords: skizofrenia; kekambuhan; karakteristik

Corresponding Author:

Martina

Email: martina@usk.ac.id

Abstrak

Latar belakang: Kekambuhan merupakan hal yang sering dialami oleh pasien skizofrenia. Kekambuhan ini memiliki dampak terhadap fungsi individu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Karakteristik demografi dapat menjadi faktor protektif atau faktor risiko terhadap kekambuhan. Karakteristik demografi tersebut merupakan hal yang tidak bisa dimodifikasi sehingga membutuhkan upaya atau dukungan internal dan eksternal pasien.

Tujuan: Mengetahui hubungan antara karakteristik demografi dengan frekuensi kekambuhan pada pasien skizofrenia yang dirawat di rumah sakit jiwa.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* terhadap 389 rekam medis dengan kriteria diagnosis skizofrenia sesuai DSM-5, rawat inap setahun terakhir, dan riwayat masuk RS lebih dari satu kali. Alat pengumpul data adalah lembar *check-list* yang berisikan data karakteristik pasien. Hasil analisis disajikan dalam bentuk univariat dan analisa data dilakukan dengan uji bivariat *chi-square*.

Hasil: Karakteristik yang berhubungan dengan frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia dalam 1 tahun terakhir adalah pekerjaan (OR=2,103) dan status perkawinan (OR=1,911).

Kesimpulan: Dua karakteristik demografi yang berhubungan dengan frekuensi kekambuhan pada penelitian ini adalah pekerjaan dan status perkawinan. Diharapkan rumah sakit dapat mengoptimalkan kegiatan rehabilitasi untuk meningkatkan keterampilan pasien dalam mengelola *living skill*, *working skill* dan *learning skill*. Status perkawinan adalah karakteristik yang tidak bisa diubah. Meskipun demikian, sumber dukungan tidak hanya berasal dari pasangan, namun juga dapat melibatkan anggota keluarga lainnya.

Jurnal Online Keperawatan Indonesia

e-ISSN: 2621-2161

Vol. 8 No. 2 Desember, 2025 (Hal 60-68)

Homepage: <https://e-journal.sari-mutiara.ac.id/index.php/Keperawatan>

DOI: <https://doi.org/10.51544/keperawatan.v8i2.6413>

How To Cite: Sari, Hasmila, Farah Dineva R, and Martina. 2025. "Hubungan Antara Karakteristik Demografi Dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia." *Jurnal Online Keperawatan Indonesia* 8 (2): 60–68. <https://doi.org/https://doi.org/10.51544/keperawatan.v8i2.6413>.



Hak Cipta © 2025 oleh Penulis, Diterbitkan oleh Program Studi Keperawatan, Universitas Sari Mutiara Indonesia. Ini adalah artikel akses terbuka di bawah Lisensi CC BY-SA 4.0 ([Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)).

1. Pendahuluan

Skizofrenia adalah gangguan mental yang serius, kronis, dan menimbulkan penderitaan yang dapat mempengaruhi fungsi kesehatan secara umum, kemandirian, kesejahteraan dan mengubah persepsi individu terhadap realitas (1). Orang dengan skizofrenia seringkali mengalami kesulitan yang persisten dalam kemampuan kognitif atau berpikir, seperti memori, perhatian, dan pemecahan masalah. Skizofrenia cenderung dikaitkan dengan penderitaan yang signifikan dan gangguan dalam berbagai aspek kehidupan, termasuk kehidupan pribadi, keluarga, sosial, pendidikan, pekerjaan, dan aspek penting lainnya (2).

Skizofrenia umumnya pertama kali muncul pada usia antara 15 sampai 25 tahun, meskipun dapat muncul pada usia yang lebih tua. Prevalensi skizofrenia sekitar satu persen pada populasi umum. Sekitar sepertiga orang dengan skizofrenia hanya mengalami satu atau beberapa episode singkat sepanjang hidup mereka (3). Secara global, skizofrenia mempengaruhi sekitar 23 juta orang atau 1 dari 345 orang (0,29%) di seluruh dunia. Angka prevalensi pada dewasa adalah 1 dari 233 orang (0,43%). Onset sering terjadi pada akhir masa remaja dan usia dua puluhan, serta cenderung dimulai lebih awal pada pria dibandingkan wanita (WHO, 2025). Berdasarkan Riskesdas 2018, diketahui estimasi prevalensi orang yang pernah menderita psikosis di Indonesia sebesar 0,18 % sedangkan untuk Aceh sebesar 2,1 % (4). Data tersebut menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia di Aceh termasuk dalam sepuluh besar urutan tertinggi di Indonesia dan lebih tinggi dari prevalensi nasional.

Kekambuhan pada pasien skizofrenia dapat terjadi secara bervariasi mulai dari persentase rendah sampai mencapai persentase tinggi tergantung dari berbagai faktor. Penelitian tentang prediksi kekambuhan skizofrenia di Spanyol menyatakan kekambuhan terjadi sebesar 31% setelah 1 tahun pengobatan dan meningkat menjadi 43% setelah 2 tahun pengobatan (5). Penelitian lain di China menemukan bahwa tingkat kekambuhan bervariasi secara signifikan berdasarkan kepatuhan terhadap obat, dengan tingkat 22,9% pada mereka yang patuh terhadap pengobatan dan 55,7% pada mereka yang tidak patuh (6). Sebuah studi lain di Kenya melaporkan tingkat kekambuhan berkisar antara 58% hingga 97%, dengan variabilitas dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti kepatuhan obat dan kehadiran dalam pemeriksaan lanjutan (7).

Kekambuhan gejala pada skizofrenia tercatat sebesar 28% ditahun pertama, 43% di tahun kedua, dan 54% ditahun ketiga. Kekambuhan ini menyebabkan individu semakin sulit berfungsi secara normal dalam kehidupan sehari-hari, baik secara sosial, di tempat kerja maupun aktivitas lainnya. Pasien dengan skizofrenia umumnya kesulitan untuk bekerja, belajar, dan merawat diri. Selain itu kekambuhan juga berdampak besar pada keluarga, terutama bagi keluarga yang merawat anggota keluarganya yang sakit (8). Dampak kekambuhan pada pasien skizofrenia sangat signifikan, tidak hanya mempengaruhi individu yang didiagnosis dengan gangguan tersebut, tetapi juga keluarga, sistem kesehatan, dan masyarakat secara luas. Kekambuhan skizofrenia dapat menyebabkan penurunan kualitas kesehatan jiwa, peningkatan biaya kesehatan, dan dampak yang signifikan terhadap fungsi sosial (6).

Penyebab kekambuhan dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang berasal dari pasien, keluarga, ataupun dari pelayanan kesehatan. Beberapa penyebab kekambuhan skizofrenia dilaporkan karena ketidakmampuan mengenali gejala kekambuhan, ketidakpatuhan minum obat, sosial ekonomi rendah, penyalahgunaan zat terlarang/ganja, kehidupan yang penuh stress, ketidakmampuan keluarga dalam merawat, serta kurangnya dukungan dari masyarakat dan petugas kesehatan (9–11). Sebagian besar pasien skizofrenia di Indonesia diketahui mengalami kekambuhan

karena (36,1%) pasien merasa sudah sembuh dan (48,9%) tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan (12). Kemampuan yang diperlukan ODS untuk menurunkan kekambuhan dapat berupa kombinasi antara dukungan keluarga, dukungan kelompok/masyarakat dan kepatuhan minum obat (13). Untuk itu diperlukan upaya pasien, keluarga dan tenaga kesehatan untuk dapat bekerjasama menurunkan intensitas terjadinya kekambuhan.

Sebuah penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ketahanan keluarga dan tingkat kekambuhan pada penderita skizofrenia (14). Penelitian yang dilakukan di Bangladesh menunjukkan bahwa peristiwa hidup yang penuh stres, emosi yang tinggi, dan ketidakpatuhan terhadap pengobatan mempunyai peran penting dalam kekambuhan pasien (15). Banyak faktor dapat berkontribusi terhadap terjadinya kekambuhan, meliputi komorbiditas, ketidakpatuhan terhadap pengobatan, penggunaan zat, serta tekanan dari peristiwa hidup yang penuh stress, efek samping obat, tinggal sendiri, kondisi sosial ekonomi yang rendah, kurangnya dukungan sosial dari lingkungan, dan keterbatasan dalam mengakses layanan kesehatan (16).

Kekambuhan pada orang dengan skizofrenia dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti usia dan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, jenis gangguan mental, usia, onset munculnya penyakit, gangguan penggunaan zat yang menyertai, dukungan sosial, stigma, kepatuhan program pengobatan, riwayat rawat inap, keparahan gejala, dan fungsi sosial saat ini. Kondisi ini dapat memberikan dampak yang signifikan bagi pasien serta menyebabkan penurunan produktivitas yang pada akhirnya dapat mempengaruhi ekonomi suatu negara (17). Analisis terhadap faktor karakteristik demografi dan frekuensi kekambuhan dapat berperan penting dalam membantu tenaga kesehatan jiwa untuk mengidentifikasi populasi dengan risiko tinggi, memberikan dasar bagi pengembangan pedoman klinis yang tepat sasaran, serta mendukung perumusan kebijakan strategis guna menurunkan kekambuhan pada penderita skizofrenia. Penelitian tentang kekambuhan sudah banyak dilakukan di berbagai tempat, tetapi penelitian ini lebih memfokuskan pada kaitan antara karakteristik demografi dengan intensitas terjadinya kekambuhan sehingga dapat mengetahui implementasi yang sesuai untuk mencegahnya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara karakteristik demografi dengan frekuensi kekambuhan pada pasien skizofrenia yang dirawat di rumah sakit jiwa.

2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh rekam medis pasien skizofrenia yang dirawat di rumah sakit jiwa propinsi dalam satu tahun terakhir. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling* dengan kriteria didiagnosis skizofrenia berdasarkan kriteria diagnostik DSM-5, menjalani rawat inap dalam setahun terakhir, serta riwayat masuk rumah sakit kedua kali atau lebih. Besar sampel penelitian dihitung menggunakan pendekatan rumus Lemeshow untuk menghitung jumlah sampel dengan total populasi yang tidak dapat diketahui secara pasti, sehingga didapatkan jumlah sampel sebesar 389 orang.

Alat pengumpul data adalah lembar *check list* yang berisikan data karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, tempat tinggal, dan frekuensi kekambuhan). Usia dikategorikan menjadi dewasa awal (<40 th) dan dewasa lanjut (≥40 th), sementara untuk karakteristik lain pembagian kategori sudah jelas. Frekuensi kekambuhan dibagi menjadi frekuensi tinggi (jarak antara rawat inap terakhir

dan berikutnya kurang dari 30 hari dalam setahun terakhir) dan frekuensi rendah (jarak antara rawat inap terakhir dan berikutnya lebih dari 30 hari dalam setahun terakhir). Analisa data dilakukan dengan uji bivariat *chi-square* untuk mengetahui hubungan antara karakteristik demografi dengan frekuensi kekambuhan pada pasien skizofrenia. Data yang digunakan dalam penelitian ini berasal dari studi sebelumnya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi tahap kekambuhan pasien skizofrenia. Namun, artikel ini berfokus secara spesifik pada karakteristik demografis dan hubungannya dengan frekuensi kekambuhan, yang belum dianalisis dalam publikasi terdahulu. Penelitian ini menggunakan rekam medis pasien sebagai subjek penelitian sehingga ada beberapa prinsip etik yang harus diperhatikan dalam pengumpulan data sekunder. Kelayakan etik penelitian ini diperoleh dari Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan nomor 228/2023. Peneliti juga telah memperoleh izin dari pihak manajemen rumah sakit.

3. Hasil

Tabel 1 menjelaskan tentang statistik deskriptif karakteristik pasien skizofrenia. Usia responden rata-rata berada pada kategori dewasa lanjut (≥ 40 th) sebesar 53,7%, mayoritas berjenis kelamin laki-laki (78,4%), 75,6% di antaranya berstatus belum menikah atau bercerai, dan 69,4% telah menamatkan pendidikan pada tingkat dasar. Sekitar 67,9% responden tidak memiliki pekerjaan, sementara 84,3% diketahui berdomisili di wilayah pedesaan. Frekuensi kekambuhan berada pada kategori frekuensi rendah (77,6%) dimana hal ini menunjukkan mayoritas pasien mengalami kekambuhan >30 hari sesudah dipulangkan dari rumah sakit.

Tabel 1. Karakteristik demografi dan frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia (n=389)

Karakteristik	f	(%)
Usia:		
Dewasa awal (< 40 th)	180	46,3
Dewasa lanjut (≥ 40 th)	209	53,7
Jenis kelamin:		
Laki-laki	305	78,4
Perempuan	84	21,6
Pendidikan:		
Pendidikan rendah (SD & SMP)	270	69,4
Pendidikan tinggi (SMA & Perguruan Tinggi)	119	30,6
Pekerjaan:		
Bekerja	125	32,1
Tidak bekerja	264	67,9
Status perkawinan:		
Kawin	95	24,4
Tidak kawin/cerai	294	75,6
Tempat tinggal:		
Kota	61	15,7
Desa	328	84,3

Karakteristik	f	(%)
Frekuensi Kekambuhan		
Frekuensi rendah	302	77,6
Frekuensi tinggi	87	22,4

Tabel 2. Hubungan Karakteristik Demografi dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia (n=389)

Karakteristik Demografi	Kategori	Frekuensi Kekambuhan				χ^2	df	<i>p-value</i>
		Frekuensi rendah		Frekuensi tinggi				
		n	%	n	%			
Usia	Dewasa awal	141	78,3	39	21,7	0,094	1	0,853
	Dewasa lanjut	161	77	48	23			
Jenis kelamin	Laki-laki	238	78	67	22	0,129	1	0,833
	Perempuan	64	76,2	20	23,8			
Pendidikan	Pendidikan rendah	206	76,3	64	23,7	0.911	1	0,411
	Pendidikan tinggi	96	80,7	23	19,3			
Pekerjaan	Bekerja	107	85,6	18	14,4	6,730	1	0,014*
	Tidak bekerja	195	73,9	69	26,1			
Status perkawinan	Kawin	81	85,3	14	14,7	4.213	1	0,05*
	Tidak kawin/cerai	221	75,2	73	24,8			
Tempat tinggal	Kota	43	70,5	18	29,5	2,126	1	0,197
	Desa	259	79	69	21			

Analisis bivariat dengan uji *chi-square* pada 6 variabel karakteristik demografi menunjukkan ada 2 karakteristik yang berhubungan dengan frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia dalam 1 tahun terakhir yaitu pekerjaan dan status perkawinan, seperti yang ditampilkan dalam tabel 2. Hasil analisis menunjukkan sebanyak 69 (26,1%) pasien yang tidak bekerja memiliki frekuensi kekambuhan tinggi, sedangkan 107 (85,6%) pasien yang memiliki pekerjaan memiliki frekuensi kekambuhan rendah. Hasil uji diperoleh nilai $p=0,014$ maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan frekuensi kekambuhan. Diperoleh juga nilai $OR=2,103$ yang bermakna bahwa pasien yang tidak bekerja memiliki peluang lebih dari 2 kali lipat untuk mengalami frekuensi kekambuhan tinggi dibandingkan dengan pasien yang bekerja.

Analisis karakteristik status perkawinan menunjukkan bahwa 73 (24,8%) pasien yang tidak kawin/bercerai memiliki frekuensi kekambuhan tinggi, sedangkan 81 (85,3%) pasien dengan status menikah menunjukkan frekuensi kekambuhan rendah. Diketahui nilai $OR=1,911$ yang mengindikasikan bahwa pasien yang tidak menikah atau bercerai memiliki kemungkinan hampir 2 kali lipat lebih besar untuk mengalami frekuensi kekambuhan tinggi dibandingkan dengan pasien yang menikah.

4. Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan ada dua karakteristik demografi yang mempengaruhi frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia yaitu pekerjaan dan status perkawinan. Status pekerjaan merupakan indikator penting dalam kondisi sosial-ekonomi dan kesehatan seseorang. Penelitian terkait di Nigeria menunjukkan mayoritas pasien (60,7%) tidak

bekerja pada saat penelitian dilakukan meskipun mereka setidaknya memiliki latar belakang pendidikan menengah pada saat mulai sakit, tingkat pengangguran juga menunjukkan peningkatan baik pada kelompok yang kambuh maupun yang tidak kambuh (18). Penelitian lain di Swedia menemukan bahwa tiga tahun sebelum diagnosis psikosis yang pertama, 24% pasien masih bekerja, namun tingkat pekerjaan menurun sekitar waktu diagnosis pertama, dan lima tahun kemudian hanya 10% pasien yang masih bekerja (19).

Hampir semua pasien yang dirawat berulang karena kekambuhan di rumah sakit jiwa tidak mampu lagi bekerja setelah dipulangkan ke komunitas. Hal ini mengakibatkan tingkat pengangguran yang tinggi di antara pasien skizofrenia disebabkan oleh berbagai hambatan sosial dan ekonomi yang menghalangi mereka untuk bekerja. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang tidak bekerja berpeluang lebih dari 2 kali lipat mengalami kekambuhan berulang dalam waktu relatif singkat. Temuan ini memiliki hasil yang hampir sama dengan penelitian lain di Indonesia yang mengungkapkan bahwa pasien skizofrenia yang tidak memiliki pekerjaan berisiko 2,3 kali mengalami kekambuhan dibandingkan pasien yang bekerja (20).

Pasien yang tidak bekerja cenderung menghadapi tekanan ekonomi dan akses perawatan kesehatan yang terbatas sehingga dapat menyebabkan rendahnya kepatuhan pengobatan yang berujung pada meningkatnya risiko kekambuhan. Selain itu, pasien yang tidak bekerja lebih rentan mengalami stres dan gangguan psikososial yang lebih tinggi dan ikut berperan dalam memicu kekambuhan. Beberapa masalah kesehatan mental terkait dengan faktor pengangguran, seperti gangguan kognitif, gejala psikotik, gejala negatif, ketakutan kehilangan tunjangan, stigma, dan kurangnya akses terhadap layanan ketenagakerjaan (21). Pekerjaan akan memiliki dampak yang positif terhadap pemulihan apabila kompetensi, otonomi, dan keterhubungan yang merupakan tiga kebutuhan psikologis dasar manusia mampu terpenuhi (22). Dibutuhkan upaya rehabilitasi sejak dirawat di rumah sakit untuk meningkatkan keterampilan pasien dalam mengelola *living skill*, *working skill* dan *learning skill* sehingga diharapkan lebih siap saat dipulangkan ke masyarakat.

Hasil analisis penelitian diketahui nilai $OR=1,911$ yang mengindikasikan bahwa pasien yang tidak menikah atau bercerai memiliki kemungkinan hampir 2 kali lipat lebih besar untuk mengalami frekuensi kekambuhan tinggi dibandingkan dengan pasien yang menikah. Pengaturan tempat tinggal, mencakup lokasi dan struktur hubungan sosial di dalamnya, merupakan elemen fundamental dalam kehidupan sehari-hari yang membentuk konteks aktivitas harian serta interaksi sosial. Pada individu dengan skizofrenia, faktor ini berperan signifikan dalam mempengaruhi kekambuhan dan tingkat fungsi sosial pasien. Hasil penelitian terkait menunjukkan bahwa pasien skizofrenia yang tinggal bersama pasangan mengalami kekambuhan yang lebih rendah dibandingkan pasien yang tinggal sendiri (23). Hal ini disebabkan karena pasien yang memiliki dukungan dari pasangan akan lebih memiliki motivasi untuk patuh obat sehingga dapat menurunkan frekuensi kambuh.

Penelitian lain menemukan bahwa pentingnya dukungan keluarga bagi individu dengan skizofrenia. Sekitar setengah dari populasi di Thailand hidup dalam keluarga besar dimana anggota keluarga dapat saling mendukung, terutama di daerah pedesaan. Keluarga merupakan sumber berbagi cinta dan kehangatan dan dapat mendorong anggota keluarga yang sakit jiwa untuk menghadapi masalah. Meskipun merawat anggota keluarga dengan skizofrenia dapat meningkatkan stres dan beban, kebanyakan

anggota keluarga bersedia merawat mereka (8). Analisis data statistik WHO menyebutkan bahwa pria yang sudah menikah akan mengalami onset skizofrenia 1-2 tahun lebih lambat daripada yang tidak menikah. Pendapat ini beranggapan bahwa status pernikahan berhubungan signifikan dengan kualitas hidup pasien skizofrenia, akan tetapi jika pasien skizofrenia memiliki kualitas pernikahan yang buruk, seperti adanya konflik yang berkepanjangan dan pasangan tidak memberikan dukungan bahkan meninggalkan pasien selama pemulihan, akibatnya pasien skizofrenia yang menikah dapat mengalami kekambuhan.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa motivasi pasien skizofrenia yang belum menikah sangat berkaitan dengan tingkat ketidakpatuhan terhadap obat-obatan sebesar 2,47 kali lipat dibandingkan dengan pasien yang sudah menikah (24). Hal ini dapat disebabkan karena kemampuan pasangan suami istri dalam memantau atau mendorong penggunaan obat-obatan, sedangkan pasien yang belum menikah akan mengalami kesulitan dalam mendapatkan bantuan baik secara keuangan untuk biaya kunjungan rumah sakit dan pengobatan. Dengan demikian, status perkawinan dapat menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan pengobatan pada pasien skizofrenia, sehingga dukungan pasangan atau keluarga berperan signifikan dalam menurunkan risiko kekambuhan.

5. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap rekam medis 389 pasien skizofrenia yang dirawat di sebuah rumah sakit jiwa propinsi, diketahui dua faktor yang berhubungan dengan frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia yang pernah dirawat yaitu pekerjaan dan status perkawinan. Hubungan antara pekerjaan dan status perkawinan dengan frekuensi kekambuhan menunjukkan bahwa faktor sosial-ekonomi dan dukungan sosial memainkan peran penting dalam pemulihan pasien. Pasien yang memiliki pekerjaan dan dukungan pasangan cenderung memiliki frekuensi kekambuhan yang lebih rendah. Oleh karena itu, dibutuhkan intervensi yang sesuai untuk memperkuat aspek-aspek tersebut sehingga dapat menjadi strategi efektif dalam mencegah kekambuhan skizofrenia.

6. Ucapan Terimakasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada tim enumerator dan manajemen rumah sakit yang telah membantu dan mengizinkan dalam proses pengumpulan data.

7. Referensi

1. Desalegn D, Girma S, Abdeta T. Quality of life and its association with current substance use, medication non-adherence and clinical factors of people with schizophrenia in Southwest Ethiopia: A hospital-based cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):1–9.
2. WHO. Schizophrenia [Internet]. [cited 2025 Oct 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. Abdel-Harse Amin R, Ahmed Abdel Bakey Abdel Rahman A, Nadia Abd Elghany Abd Elhameed N, Abo Elil Abo Elghiet M. Assessment of psychosocial and demographic characteristics related to relapse in schizophrenic patients in psychiatric hospital of Assiut university. *Assiut Sci Nurs J*. 2020;8(21):25–33.
4. Idaiani S, Yunita I, Tjandrarini DH, Indrawati L, Darmayanti I, Kusumawardani N, et al. Prevalensi Psikosis di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2018. *J*

Penelit dan Pengemb Pelayan Kesehatan. 2019;3(1):9–16.

5. Bergé D, Mané A, Salgado P, Cortizo R, Garnier C, Gomez L, et al. Predictors of relapse and functioning in first-episode psychosis: A two-year follow-up study. *Psychiatr Serv*. 2016;67(2):227–33.
6. Lin D, Joshi K, Keenan A, Shepherd J, Bailey H, Berry M, et al. Associations Between Relapses and Psychosocial Outcomes in Patients With Schizophrenia in Real-World Settings in the United States. *Front Psychiatry*. 2021;12(October):1–12.
7. Anab E, Onyango A, Mwenda C. Factors Influencing Knowledge and Attitude Among the Caregivers of Patients with Schizophrenia at Mathari Teaching and Referral Hospital, Kenya. *World J Public Heal*. 2020;5(1):1.
8. Pothimas N, Tungpunkom P, Chanprasit C, Kitsumban V. A cross-sectional study of factors predicting relapse in people with schizophrenia. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2020;24(4):448–59.
9. Abderemane A, Ahmadou TM, Khadmaoui A, Belbachir S, Barkat K, Ahami AOT. A cross-sectional study of substance use in patients with schizophrenia hospitalized for relapse at the Ar-Razi Psychiatric Hospital in Salé, CHU Ibn Sina Rabat, Morocco. *Pan Afr Med J*. 2022;41(107).
10. Moges S, Belete T, Mekonen T, Menberu M. Lifetime relapse and its associated factors among people with schizophrenia spectrum disorders who are on follow up at Comprehensive Specialized Hospitals in Amhara region, Ethiopia: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst [Internet]*. 2021;15(1):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00464-0>
11. Vega D, Acosta FJ, Saavedra P. Nonadherence after hospital discharge in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A six-month naturalistic follow-up study. *Compr Psychiatry [Internet]*. 2021;108:152240. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152240>
12. Kemenkes RI. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Kementrian Kesehat RI. 2018;53(9):1689–99.
13. Stuart GW, Keliat BA, Pasaribu J. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. 2nd Indone. Singapore: Elsevier (Singapore) Pte Ltd; 2023. 650 p.
14. Putri DE, Afrizal A, Hamidi D, Effendy E, Susilawati FY, Wenny BP. Relationship of Family Resilience with Relapse in People with Schizophrenia. *Open Access Maced J Med Sci*. 2022;10(G):335–40.
15. Kamrul Hassan M, Inamul Islam M, Hossain Muhammad Kazi Mostofa Kamal A, Julfikkar Alam M. Factors Associated with Relapse of Schizophrenia in Bangladesh. *Am J Psychiatry Neurosci*. 2020;8(3):64.
16. Putri S, Sansuwito T, Letchmi Panduragan S. Factors Contributing to The Relapse of Schizophrenia Patients After Recovery: An Update Narrative Review. *J Heal Sci Epidemiol*. 2024;2(3):139–46.
17. Birhan B, Rtbey G, Gelaw KA. Relapse and associated factors among psychiatric patients in Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1).
18. Adebisi MO, Mosaku SK, Irinoye OO, Oyelade OO. Socio-demographic and clinical factors associated with relapse in mental illness. *Int J Africa Nurs Sci [Internet]*. 2018;8(November 2017):149–53. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.05.007>
19. Holm M, Taipale H, Tanskanen A, Tiihonen J, Mitterdorfer-Rutz E. Employment among people with schizophrenia or bipolar disorder: A population-based study

- using nationwide registers. *Acta Psychiatr Scand*. 2021;143(1):61–71.
20. Maramis MM, Sofyan Almahdy M, Atika A, Bagus Jaya Lesmana C, Gerick Pantouw J. The biopsychosocial-spiritual factors influencing relapse of patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2022;68(8):1824–33.
 21. Wang SP, Wang J Der, Chang JH, Wu BJ, Wang TJ, Sun HJ. Symptomatic remission affects employment outcomes in schizophrenia patients. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):1–9.
 22. van Oosten AJ, van Mens K, Blonk RWB, Burdorf A, Tiemens B. The relationship between having a job and the outcome of brief therapy in patients with common mental disorders. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):1–11.
 23. Yuderna V, Putri TH. Faktor Karakteristik Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Gangguan Jiwa. *J Kesehat Saintika Meditory*. 2024;7(1):506–12.
 24. Mohammed F, Geda B, Yadeta TA, Dessie Y. Antipsychotic medication non-adherence and factors associated among patients with schizophrenia in eastern Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):1–11.