



The Indonesian Journal of General Medicine

GAMBARAN KARAKTERISTIK DAN POLA PELAYANAN PASIEN SKIZOFRENIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEBON PALA

¹ Agustina Tiaradita, ² Minarsih Wahyuningtyas

¹ Puskesmas Pembantu Kebon Pala, Makasar, Jakarta Timur,
Indonesia

² Puskesmas Pembantu Kebon Pala, Makasar, Jakarta Timur,
Indonesia

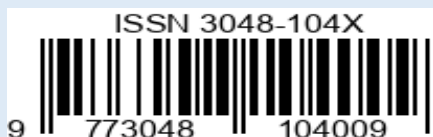
Email Korespondensi : atiaradita@gmail.com

Article History :

Received date : 2026/06/23
Revised date : 2026/07/12
Accepted date : 2026/08/07
Published date : 2026/09/21



Copyright: © 2024 by the
authors. Submitted for possible
open access publication under
the terms and conditions of the
Creative Commons Attribution
(BY NC) license
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



ABSTRAK

Latar Belakang: Skizofrenia merupakan gangguan psikotik kronik yang menuntut pelayanan berkesinambungan berbasis komunitas. Data karakteristik pasien dan pola pelayanan pada tingkat wilayah terkecil (rukun warga, RW) di layanan primer perkotaan Indonesia masih terbatas.

Tujuan: Menggambarkan karakteristik sosiodemografik, distribusi geografis per RW, pola pemanfaatan pelayanan, dan kesinambungan pelayanan pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kebon Pala.

Metode: Penelitian deskriptif observasional dengan pendekatan retrospektif menggunakan data sekunder register pasien F20 (ICD-10) Puskesmas Kebon Pala untuk 12 RW, dengan tanggal penutupan data 18 September 2026. Seluruh entri yang memenuhi kriteria dianalisis (total sampling). Kesinambungan pelayanan didefinisikan sebagai teratur (kunjungan

terakhir ≤ 90 hari), tidak teratur (>90 hari), dan tidak berobat. Analisis mencakup proporsi dengan IK95% Wilson, uji kesesuaian χ^2 , koefisien Gini, uji permutasi Monte Carlo, dan analisis sensitivitas ambang 30–365 hari.

Hasil: Dari 85 entri, 80 pasien dianalisis. Laki-laki mendominasi (63,8%; rasio 1,76:1; uji binomial $p = 0,018$), rerata usia $44,6 \pm 14,3$ tahun dengan kelompok terbanyak 26–35 tahun (25,3%), dan mayoritas berpendidikan SLTA (73,8%). RW 10 (16,3%), RW 4 (13,8%), dan RW 5 (11,3%) menampung 41,3% pasien (Gini 0,273; $\chi^2 = 19,30$; $p = 0,056$). Sebanyak 88,8% pasien dirujuk ke 11 rumah sakit, 5,0% berobat di Puskesmas, dan 6,3% tidak berobat. Kontrol teratur hanya 53,8% (IK95% 42,9–64,3); 40,0% tidak teratur, sehingga kebutuhan pelayanan yang belum terpenuhi mencapai 46,3%. Proporsi kontrol teratur bervariasi 0–71% antar-RW; enam RW (1, 4, 7, 9, 11, 12) diklasifikasikan prioritas tinggi dan menampung seluruh pasien tidak berobat.

Kesimpulan: Pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kebon Pala didominasi laki-laki usia produktif berpendidikan menengah, terkonsentrasi moderat pada beberapa RW, sangat bergantung pada layanan rujukan, dan hampir separuhnya mengalami diskontinuitas atau kesenjangan pengobatan. Pemetaan berbasis RW mendukung penguatan kader kesehatan jiwa, kunjungan rumah, edukasi keluarga, dan pemantauan terstruktur.

Kata kunci: skizofrenia; kesehatan jiwa komunitas; kesinambungan pelayanan; kesenjangan pengobatan; puskesmas

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik kronik yang ditandai distorsi proses pikir, persepsi, afek, dan perilaku, dengan perjalanan penyakit yang cenderung kambuhan serta disabilitas fungsional jangka panjang. Analisis *Global Burden of Disease* (GBD) 2019 memperkirakan prevalensi mentah skizofrenia meningkat dari 14,2 juta kasus pada tahun 1990 menjadi 23,6 juta kasus pada tahun 2019, dengan beban *disability-adjusted life years* (DALY) yang meningkat lebih dari 65% walaupun angka yang distandardisasi menurut usia relatif stabil. Prevalensi titik terstandar usia global sekitar 0,28%, sehingga meskipun tergolong gangguan berprevalensi rendah, skizofrenia menyumbang beban penyakit yang substansial, terutama di negara berpendapatan menengah.¹⁻³

Beban skizofrenia tidak terbatas pada disabilitas. Meta-analisis menunjukkan bahwa individu dengan skizofrenia kehilangan rerata 14,5 tahun usia harapan hidup potensial, dengan risiko kematian semua sebab sekitar 2,5 kali lipat dibandingkan populasi umum. Temuan penting dari sintesis yang sama adalah bahwa penggunaan antipsikotik berasosiasi protektif terhadap mortalitas semua sebab, sehingga keterhubungan pasien dengan pelayanan yang menjamin pengobatan pemeliharaan berkesinambungan memiliki implikasi langsung terhadap kesintasan.^{4,5}

Di negara berpendapatan rendah dan menengah, kesenjangan pengobatan (*treatment gap*) skizofrenia masih sangat besar. Survei pada 50 negara berpendapatan rendah dan menengah melaporkan median kesenjangan pengobatan 69%, dengan angka 69% pada negara berpendapatan menengah ke bawah, dan ketersediaan tenaga kesehatan jiwa sebagai prediktor utama aksesibilitas layanan. Bukti menunjukkan bahwa antipsikotik generasi pertama efektif dan efisien biaya untuk skizofrenia di negara berpendapatan rendah dan menengah, dan manfaatnya dapat ditingkatkan melalui model pelayanan berbasis komunitas. Pedoman *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang diperbarui pada tahun 2023 menegaskan bahwa tata laksana psikosis, termasuk skizofrenia, dapat dan perlu diselenggarakan pada tatanan nonspesialistik.⁶⁻⁸

Di Indonesia, puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama memegang peran sentral dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas, termasuk deteksi dini, pengobatan pemeliharaan, rujukan, dan tindak lanjut pasien skizofrenia di wilayah kerjanya. Namun, kajian di berbagai daerah menunjukkan keterbatasan pelatihan tenaga kesehatan, ketersediaan obat psikotropika, serta program rehabilitasi di tingkat puskesmas, yang berdampak pada rendahnya cakupan dan kunjungan pasien. Literasi kesehatan jiwa praktisi nonspesialis juga masih lebih rendah dibandingkan praktisi kesehatan jiwa, sehingga strategi *task-shifting* memerlukan dukungan pelatihan dan supervisi yang memadai.⁹⁻¹²

Konsekuensi sosial dari kesenjangan pelayanan di Indonesia tampak nyata pada praktik pemasungan (*pasung*). Studi kasus-kontrol di Kabupaten Bogor mengidentifikasi perilaku agresif pasien, sikap negatif keluarga, dan pengangguran dalam keluarga sebagai faktor yang berasosiasi dengan pemasungan, sementara studi kualitatif menunjukkan kendala finansial dan ketidakpuasan keluarga terhadap layanan yang tersedia. Evaluasi program Bebas Pasung di Jawa Tengah memperlihatkan bahwa pada tindak lanjut dua tahun hanya 44% pasien yang minum obat secara teratur dan 24% kembali dipasung, yang menegaskan pentingnya keterkaitan program dengan pelayanan kesehatan jiwa komunitas yang berkesinambungan.¹³⁻¹⁶

Kesinambungan pelayanan merupakan determinan utama luaran skizofrenia. Ketidakpatuhan terhadap antipsikotik secara konsisten berasosiasi dengan peningkatan risiko kekambuhan, rehospitalisasi, dan percobaan bunuh diri; pada skizofrenia awitan baru, ketidakpatuhan meningkatkan odds kekambuhan psikotik lebih dari sepuluh kali lipat. Di sisi layanan, sekitar 30% pasien psikosis episode pertama terlepas (*disengaged*) dari pelayanan, dengan definisi diskontinuitas yang sangat bervariasi antarstudi.¹⁷⁻²¹

Upaya penguatan layanan kesehatan jiwa komunitas memerlukan pemahaman mengenai siapa pasiennya, di mana mereka bermukim, ke mana mereka berobat, dan seberapa jauh mereka tetap terhubung dengan pelayanan. Kader kesehatan jiwa di Indonesia terbukti berkontribusi dalam promosi kesehatan, kunjungan rumah, dan pendampingan keluarga, tetapi efektivitasnya bergantung pada informasi sasaran yang akurat di tingkat lingkungan. Oleh karena itu, pemetaan pasien pada unit

administratif terkecil yang operasional, yaitu rukun warga (RW), berpotensi menjadi dasar alokasi sumber daya dan intervensi yang lebih tepat sasaran.²²⁻²⁴

Kesenjangan Penelitian (Research Gap)

Sebagian besar penelitian karakteristik pasien skizofrenia di Indonesia dilakukan di rumah sakit jiwa atau rumah sakit umum daerah dan terbatas pada variabel sosiodemografik, seperti di Surabaya, Medan, dan Semarang. Penelitian berbasis puskesmas umumnya berfokus pada kepatuhan minum obat atau dukungan keluarga pada sampel kecil pasien rawat jalan, sedangkan kajian di Kabupaten Badung membandingkan karakteristik perdesaan dan perkotaan tanpa menilai kesinambungan pelayanan. Sejauh penelusuran penulis, belum terdapat laporan yang secara simultan mengintegrasikan karakteristik pasien, distribusi geografis pada tingkat RW, pola pemanfaatan fasilitas, dan status kesinambungan pelayanan dari register puskesmas perkotaan di DKI Jakarta.²⁵⁻³⁰

Kebaruan (Novelty)

Kebaruan penelitian ini terletak pada empat aspek. Pertama, analisis dilakukan pada tingkat mikrogeografis RW sehingga menghasilkan peta kebutuhan yang dapat langsung dioperasionalkan oleh puskesmas dan kader. Kedua, penelitian ini mengaitkan secara eksplisit dimensi lokasi dengan dimensi pelayanan melalui tabulasi silang RW $\times$ status kesinambungan dan stratifikasi prioritas wilayah. Ketiga, kesinambungan pelayanan dioperasionalkan secara kuantitatif dari interval kunjungan terakhir dengan analisis sensitivitas multiambang, mengingat heterogenitas definisi diskontinuitas dalam literatur. Keempat, penelitian ini melaporkan secara transparan proses pembersihan data register rutin sesuai prinsip pelaporan RECORD, sehingga sekaligus memberikan umpan balik mutu pencatatan bagi puskesmas.^{21,31,32}

Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah menggambarkan karakteristik dan pola pelayanan pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kebon Pala. Tujuan khusus meliputi: (1) mendeskripsikan karakteristik pasien menurut usia, jenis kelamin, dan pendidikan terakhir; (2) mendeskripsikan distribusi pasien menurut RW dan menilai apakah distribusi tersebut merata atau terkonsentrasi; (3) mendeskripsikan pola pemanfaatan pelayanan, yaitu berobat di Puskesmas, dirujuk, atau tidak berobat; (4) mendeskripsikan kesinambungan pelayanan, yaitu kontrol teratur, kontrol tidak teratur,

dan tidak berobat; serta (5) memetakan hubungan antara lokasi RW dan status pelayanan sebagai dasar penguatan pelayanan kesehatan jiwa komunitas.^{8,22}

Hipotesis

Sebagai penelitian deskriptif, penelitian ini tidak dirancang untuk menguji hipotesis kausal. Namun, berdasarkan literatur, dirumuskan hipotesis deskriptif (hipotesis kerja) sebagai berikut: (H1) pasien skizofrenia didominasi laki-laki dan kelompok usia produktif; (H2) distribusi pasien antar-RW tidak merata; (H3) sebagian besar pasien bergantung pada layanan rujukan rumah sakit; dan (H4) proporsi pasien yang tidak berkesinambungan dalam pelayanan cukup besar dan bervariasi antar-RW. Untuk H2 dan H4 dirumuskan pula hipotesis statistik eksploratif: H_0 menyatakan bahwa jumlah pasien terdistribusi merata di 12 RW dan bahwa status kesinambungan independen terhadap RW maupun karakteristik pasien; H_1 menyatakan sebaliknya.^{20,33–35}

Manfaat Penelitian

Secara ilmiah, penelitian ini menambah bukti epidemiologis mengenai profil dan kesinambungan pelayanan pasien skizofrenia di layanan primer perkotaan Indonesia serta menawarkan kerangka operasional analisis kesinambungan dari data register rutin. Secara praktis, hasil penelitian bermanfaat bagi Puskesmas Kebon Pala untuk menetapkan RW prioritas, merencanakan kunjungan rumah dan penelusuran pasien mangkir, mengarahkan pelatihan kader kesehatan jiwa, serta memperbaiki sistem pencatatan. Secara kebijakan, temuan ini dapat menjadi masukan bagi dinas kesehatan dalam penguatan integrasi kesehatan jiwa di layanan primer dan penguatan sistem rujuk balik.^{8,36,37}

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

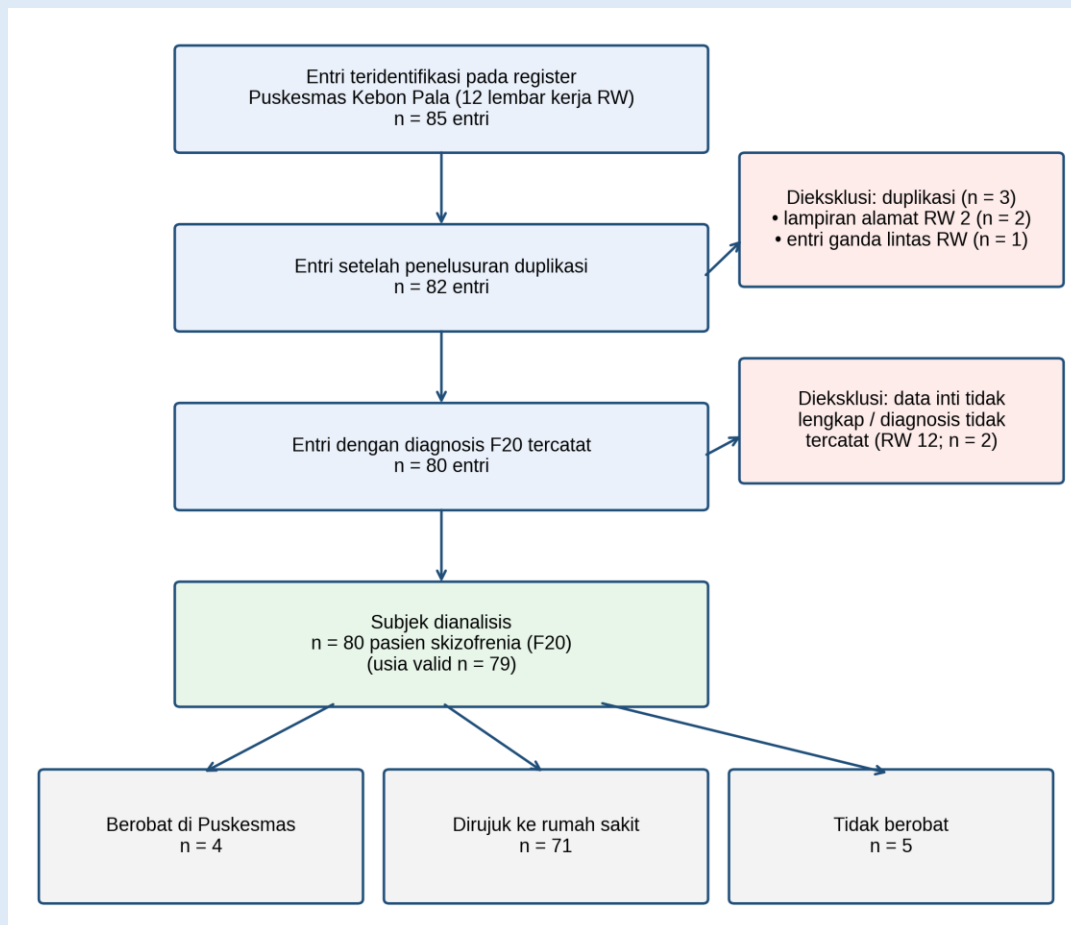
Penelitian ini menggunakan desain deskriptif observasional dengan pendekatan retrospektif berbasis data sekunder, yaitu register pasien skizofrenia yang dikelola Puskesmas Kebon Pala. Pelaporan disusun dengan mengacu pada pernyataan *REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data* (RECORD), yang merupakan perluasan STROBE untuk penelitian yang menggunakan data kesehatan yang dikumpulkan secara rutin.³²

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kebon Pala, Kecamatan Makasar, Kota Administrasi Jakarta Timur, Provinsi DKI Jakarta, yang mencakup 12 RW. Data yang dianalisis adalah seluruh entri register hingga tanggal penutupan data (*data cut-off*) 18 September 2026, yang juga ditetapkan sebagai tanggal referensi untuk perhitungan usia dan interval sejak kunjungan terakhir. Tataan perkotaan dengan akses ke beberapa rumah sakit rujukan dalam radius administratif yang relatif dekat menjadikan wilayah ini representatif untuk menilai pola rujukan pada layanan primer perkotaan.³²

Populasi, Sampel, dan Kriteria Seleksi

Populasi penelitian adalah seluruh pasien dengan diagnosis skizofrenia yang tercatat dalam register kesehatan jiwa Puskesmas Kebon Pala. Teknik pengambilan sampel adalah *total sampling*, sehingga seluruh entri yang memenuhi kriteria dianalisis dan tidak dilakukan perhitungan besar sampel. Kriteria inklusi adalah: (1) tercatat dengan kode diagnosis F20 (skizofrenia) menurut ICD-10; (2) tercatat berdomisili di salah satu dari 12 RW wilayah kerja; dan (3) memiliki data inti minimal berupa jenis kelamin dan status atau tempat berobat. Kriteria eksklusi adalah: (1) entri duplikat, baik di dalam maupun antarlembar kerja RW; dan (2) entri tanpa diagnosis dan tanpa data pelayanan yang dapat diverifikasi. Proses seleksi entri disajikan pada Gambar 1.³²



Gambar 1. Diagram alur seleksi entri register pasien skizofrenia (F20) Puskesmas Kebon Pala. Duplikasi diidentifikasi melalui kecocokan nama, tanggal lahir, fasilitas, dan tanggal kunjungan terakhir; entri ganda lintas RW dipertahankan satu kali pada lembar kerja RW pertama.

Variabel dan Definisi Operasional

Variabel penelitian terdiri atas karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir), lokasi (RW domisili), pola pemanfaatan pelayanan, dan kesinambungan pelayanan. Kesinambungan pelayanan dioperasionalkan dari interval antara tanggal kunjungan/berobat terakhir dan tanggal referensi. Ambang primer 90 hari dipilih karena literatur diskontinuitas pelayanan psikosis sering memakai jangka tiga bulan tanpa kontak sebagai batas keterlepasan, sementara definisi antarstudi sangat heterogen; oleh karena itu ambang 30, 60, 120, 180, dan 365 hari diuji dalam analisis sensitivitas. Definisi operasional lengkap disajikan pada Tabel 1.^{20,21,31}

Tabel 1. Definisi operasional variabel penelitian

Variabel	Definisi operasional	Kategori / satuan	Skala
Usia	Selisih tanggal lahir dan tanggal referensi (18 September 2026)	Tahun; dikelompokkan 17–25, 26–35, 36–45, 46–55, 56–65, >65	Rasio / ordinal
Jenis kelamin	Jenis kelamin sebagaimana tercatat pada register	Laki-laki; perempuan	Nominal
Pendidikan terakhir	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang tercatat	Tidak sekolah; SD; SLTP; SLTA (termasuk SMA/SLA); perguruan tinggi (D1, S1)	Ordinal
Lokasi	RW domisili sesuai lembar kerja register	RW 1–RW 12	Nominal
Pola pemanfaatan pelayanan	Tempat pasien memperoleh pengobatan terakhir	Berobat di Puskesmas; dirujuk ke rumah sakit; tidak berobat (tercatat “tidak mau berobat/tidak berobat”)	Nominal
Interval kunjungan	Selisih tanggal kunjungan/berobat terakhir dan tanggal referensi	Hari	Rasio
Kesinambungan pelayanan (primer)	Status keterhubungan pasien dengan pelayanan	Teratur: ≤ 90 hari; tidak teratur: > 90 hari; tidak berobat: tercatat menolak/tidak berobat	Ordinal
Kebutuhan pelayanan belum terpenuhi	Gabungan kontrol tidak teratur dan tidak berobat	Ya; tidak	Nominal

SD, sekolah dasar; SLTP, sekolah lanjutan tingkat pertama; SLTA, sekolah lanjutan tingkat atas; D1, diploma satu; S1, sarjana; RW, rukun warga. Pengelompokan usia mengikuti kategori usia yang lazim digunakan dalam pelaporan kesehatan di Indonesia.

Prosedur Pengumpulan dan Pembersihan Data

Data diekstraksi dari berkas register elektronik (lembar kerja per RW) yang berisi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, pendidikan, diagnosis, fasilitas tempat berobat, tanggal berobat terakhir, dan catatan tambahan. Identitas pasien dianonimkan sebelum analisis. Pembersihan data dilakukan secara sistematis dan terdokumentasi, meliputi harmonisasi kategori pendidikan dan nama fasilitas,

validasi rentang tanggal, identifikasi duplikasi, serta koreksi format tanggal. Tanggal kunjungan yang tersimpan sebagai nilai tanggal Excel menunjukkan pola transposisi hari–bulan yang konsisten (seluruhnya memiliki nilai hari ≤ 12 dan tiga di antaranya jatuh setelah tanggal penutupan data), sehingga dikoreksi dengan menukar komponen hari dan bulan; tanggal yang tersimpan sebagai teks berformat hari/bulan/tahun dipertahankan. Ringkasan temuan mutu data disajikan pada Tabel 2.³²

Tabel 2. Log mutu data dan tindakan pembersihan register

Temuan mutu data	Jumlah entri	Tindakan
Entri duplikat pada lampiran alamat lembar kerja RW 2	2	Dieksklusi; satu entri merupakan pasien yang tercatat di RW 7
Entri ganda lintas RW (identitas, tanggal lahir, fasilitas, dan tanggal kunjungan identik)	1	Dipertahankan satu kali (RW pertama)
Entri tanpa jenis kelamin, pendidikan, diagnosis, dan data pelayanan (RW 12)	2	Dieksklusi; diuji dalam analisis sensitivitas distribusi RW
Tanggal kunjungan tersimpan sebagai nilai tanggal dengan transposisi hari–bulan	38	Dikoreksi (tukar hari–bulan); 3 tanggal “masa depan” teratasi
Tahun lahir tidak masuk akal (tahun 2984)	1	Dikoreksi menjadi 1984 (kesalahan ketik digit pertama)
Tanggal lahir setelah tanggal penutupan wajar (tahun 2026)	1	Usia dinyatakan data hilang (n usia = 79)
Variasi penulisan nama fasilitas	18 varian	Diharmonisasi menjadi 11 fasilitas rujukan + Puskesmas
Variasi penulisan pendidikan (S1/“S 1”, SMA/SLA/SLTA)	9 varian	Diharmonisasi menjadi 5 kategori
Kemungkinan ketidaksesuaian nama dengan jenis kelamin tercatat	± 7	Dianalisis sesuai tercatat; dibahas sebagai keterbatasan

Seluruh keputusan pembersihan data ditetapkan sebelum analisis hasil dan didokumentasikan untuk keperluan replikasi, sesuai rekomendasi pelaporan penelitian berbasis data rutin.³²

Analisis Statistik

Analisis dilakukan menggunakan Python 3.12 (pustaka pandas dan SciPy). Variabel kategorik disajikan sebagai frekuensi dan persentase dengan interval kepercayaan 95% (IK95%) metode skor Wilson, yang memiliki cakupan lebih baik daripada metode Wald pada sampel kecil dan proporsi ekstrem. Variabel numerik disajikan sebagai rerata $\pm$ simpang baku (SB) serta median dan rentang interkuartil (RIK); normalitas dinilai dengan uji Shapiro–Wilk, skewness, dan kurtosis. Perbandingan usia antarjenis kelamin menggunakan uji t Welch dan uji Mann–Whitney U, disertai uji Levene dan ukuran efek Hedges g. Dominasi jenis kelamin diuji dengan uji binomial dua sisi terhadap proporsi 0,5.³⁸

Keseragaman distribusi pasien antar-RW diuji dengan uji kesesuaian (*goodness-of-fit*) χ^2 terhadap distribusi merata, dilengkapi indeks dispersi (rasio varians terhadap rerata), kurva Lorenz, dan koefisien Gini sebagai ukuran konsentrasi (0 = merata sempurna; 1 = terkonsentrasi penuh). Karena populasi rujukan per RW tidak tersedia, uji ini menilai keseragaman jumlah absolut, bukan angka prevalensi. Hubungan eksploratif antara status kesinambungan dan RW, jenis kelamin, kelompok usia, serta pendidikan diuji dengan uji χ^2 independensi dengan nilai p eksak Monte Carlo (10.000 permutasi, *seed* 2026) karena banyaknya sel berfrekuensi harapan <5 , disertai Cramér V. Untuk luaran biner (kebutuhan pelayanan belum terpenuhi vs teratur) dihitung *odds ratio* (OR) kasar dengan IK95% Woolf dan uji eksak Fisher. Korelasi usia dengan interval kunjungan dinilai dengan koefisien Spearman. Analisis sensitivitas dilakukan dengan memvariasikan ambang definisi kontrol teratur (30–365 hari) dan dengan memasukkan kembali dua entri RW 12 yang tidak lengkap. Tingkat kemaknaan ditetapkan pada $\alpha = 0,05$ dua sisi; karena sifatnya eksploratif, tidak dilakukan koreksi perbandingan ganda dan nilai p diinterpretasikan secara hati-hati.^{32,38}

Untuk kepentingan perencanaan program, RW diklasifikasikan ke dalam tiga strata prioritas secara pragmatis. Prioritas 1 (tinggi): terdapat ≥ 1 pasien tidak berobat, atau proporsi kebutuhan pelayanan belum terpenuhi $\geq 50\%$ dengan jumlah absolut ≥ 4 pasien. Prioritas 2 (sedang): proporsi kebutuhan belum terpenuhi $\geq 40\%$ atau jumlah absolut ≥ 4 pasien tanpa memenuhi kriteria prioritas 1. Prioritas 3 (pemeliharaan): RW lainnya. Kriteria ini menggabungkan beban absolut dan proporsional, sejalan dengan rekomendasi agar sumber daya pelayanan disesuaikan dengan karakteristik populasi setempat.^{36,39}

HASIL PENELITIAN

Dari 85 entri yang teridentifikasi pada 12 lembar kerja RW, tiga entri merupakan duplikasi dan dua entri tidak memiliki data inti maupun diagnosis yang dapat diverifikasi, sehingga 80 pasien dengan diagnosis skizofrenia (F20) dianalisis (Gambar 1). Data usia valid tersedia pada 79 pasien (98,8%), sedangkan data jenis kelamin, pendidikan, RW, dan status pelayanan lengkap pada seluruh 80 pasien. Tidak terdapat data hilang pada variabel luaran kesinambungan pelayanan.³²

Karakteristik Pasien Skizofrenia

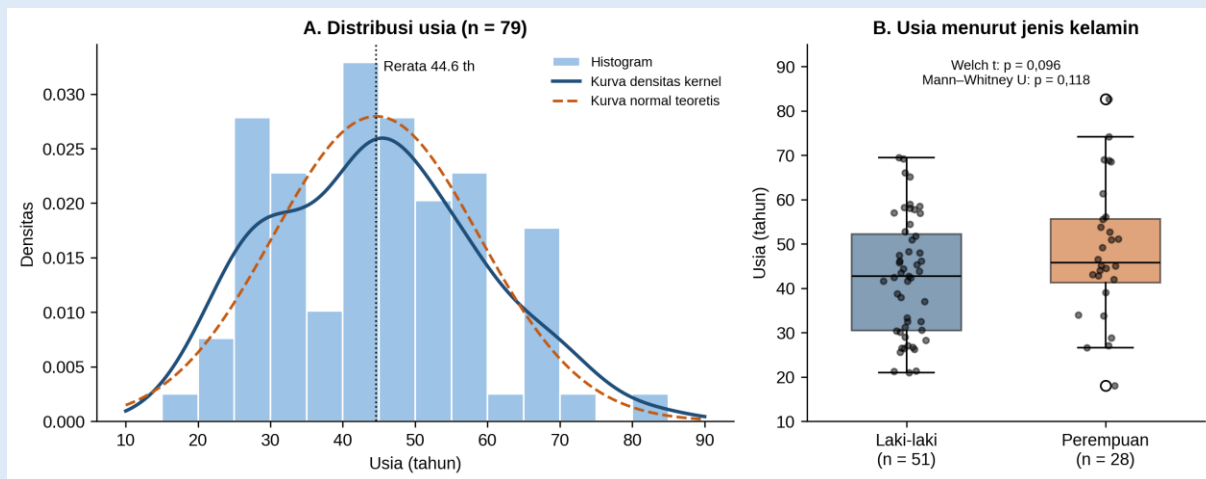
Karakteristik sosiodemografik disajikan pada Tabel 3. Pasien laki-laki berjumlah 51 orang (63,8%; IK95% 52,8–73,4), sedangkan perempuan 29 orang (36,3%; IK95% 26,6–47,2), dengan rasio laki-laki terhadap perempuan 1,76:1. Uji binomial menunjukkan bahwa dominasi laki-laki bermakna secara statistik ($p = 0,018$). Rerata usia pasien adalah $44,6 \pm 14,3$ tahun dengan median 44,4 tahun (RIK 32,5–54,1) dan rentang 18,1–82,7 tahun. Distribusi usia tidak menyimpang secara bermakna dari distribusi normal (Shapiro–Wilk $W = 0,977$; $p = 0,156$; *skewness* 0,29; *kurtosis* –0,46), sebagaimana ditunjukkan kurva densitas pada Gambar 2A.³⁸

Tabel 3. Karakteristik sosiodemografik pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kebon Pala ($n = 80$)

Karakteristik	n	%	IK95% (Wilson)
Jenis kelamin ($n = 80$)			
Laki-laki	51	63,8	52,8–73,4
Perempuan	29	36,3	26,6–47,2
Kelompok usia, tahun ($n = 79$)			
17–25 (remaja akhir)	4	5,1	2,0–12,3
26–35 (dewasa awal)	20	25,3	17,0–35,9
36–45 (dewasa akhir)	17	21,5	13,9–31,8
46–55 (lansia awal)	19	24,1	16,0–34,5
56–65 (lansia akhir)	10	12,7	7,0–21,8
>65 (manula)	9	11,4	6,1–20,3
Usia produktif 15–64 tahun	70	88,6	79,7–93,9
Pendidikan terakhir ($n = 80$)			
Tidak sekolah	3	3,8	1,3–10,5
SD	6	7,5	3,5–15,4
SLTP	3	3,8	1,3–10,5
SLTA	59	73,8	63,2–82,1

Perguruan tinggi (D1/S1)	9	11,3	6,0–20,0
Statistik usia (n = 79)			
Rerata ± SB	44,6 ± 14,3	—	—
Median (RIK)	44,4 (32,5–54,1)	—	—
Rentang	18,1–82,7	—	—

Baris berwarna menandai kategori modus. IK95%, interval kepercayaan 95%; RIK, rentang interkuartil; SB, simpang baku. Persentase dibulatkan satu desimal. Uji binomial dominasi laki-laki terhadap proporsi 0,5: $p = 0,018$.³⁸



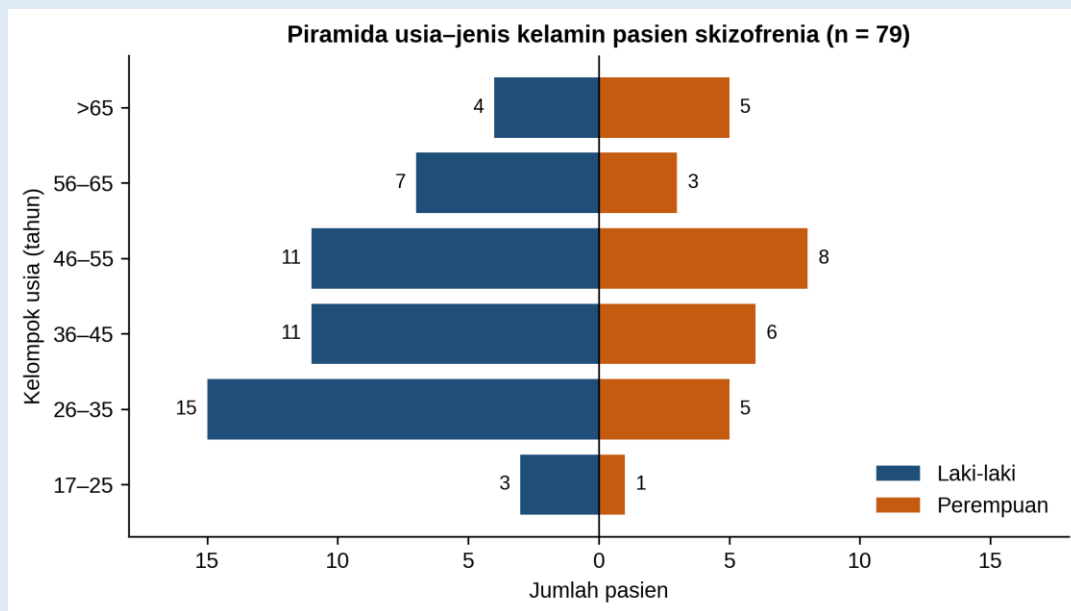
Gambar 2. (A) Histogram usia pasien skizofrenia dengan kurva densitas kernel dan kurva normal teoretis; garis titik menunjukkan rerata. (B) Diagram kotak usia menurut jenis kelamin dengan sebaran titik individual.

Kelompok usia terbanyak adalah 26–35 tahun (25,3%), diikuti secara berdekatan oleh kelompok 46–55 tahun (24,1%) dan 36–45 tahun (21,5%); secara kumulatif 88,6% pasien berada pada usia produktif 15–64 tahun (Gambar 3). Pasien perempuan cenderung lebih tua dibandingkan laki-laki (rerata $48,4 \pm 15,3$ vs $42,5 \pm 13,4$ tahun; selisih 5,8 tahun; Hedges $g = 0,41$), tetapi perbedaan ini tidak bermakna secara statistik (uji t Welch $t = -1,70$; $df = 49,6$; $p = 0,096$; Mann–Whitney $U = 561$; $p = 0,118$), dengan homogenitas varians yang terpenuhi (Levene $p = 0,748$) (Tabel 4). Pada kelompok usia >65 tahun, jumlah perempuan (5) melampaui laki-laki (4), berkebalikan dengan pola pada kelompok usia yang lebih muda.^{40,41}

Tabel 4. Statistik deskriptif dan komparatif usia menurut jenis kelamin

Parameter	Laki-laki (n = 51)	Perempuan (n = 28)	Uji statistik
Rerata $\pm$ SB (tahun)	42,5 $\pm$ 13,4	48,4 $\pm$ 15,3	Welch t = -1,70; df = 49,6; p = 0,096
Median (RIK) (tahun)	42,7 (30,5–52,3)	45,8 (41,2–55,7)	Mann–Whitney U = 561; p = 0,118
Rentang (tahun)	21,0–69,5	18,1–82,7	Levene F = 0,10; p = 0,748
Shapiro–Wilk (p)	0,085	0,828	Hedges g = 0,41 (efek kecil–sedang)

Satu pasien perempuan dikeluarkan dari analisis usia karena tanggal lahir tidak valid. SB, simpang baku; RIK, rentang interkuartil.



Gambar 3. Piramida usia-jenis kelamin pasien skizofrenia. Dominasi laki-laki tampak pada kelompok usia 26–35 tahun, sedangkan pada kelompok >65 tahun jumlah perempuan melampaui laki-laki.

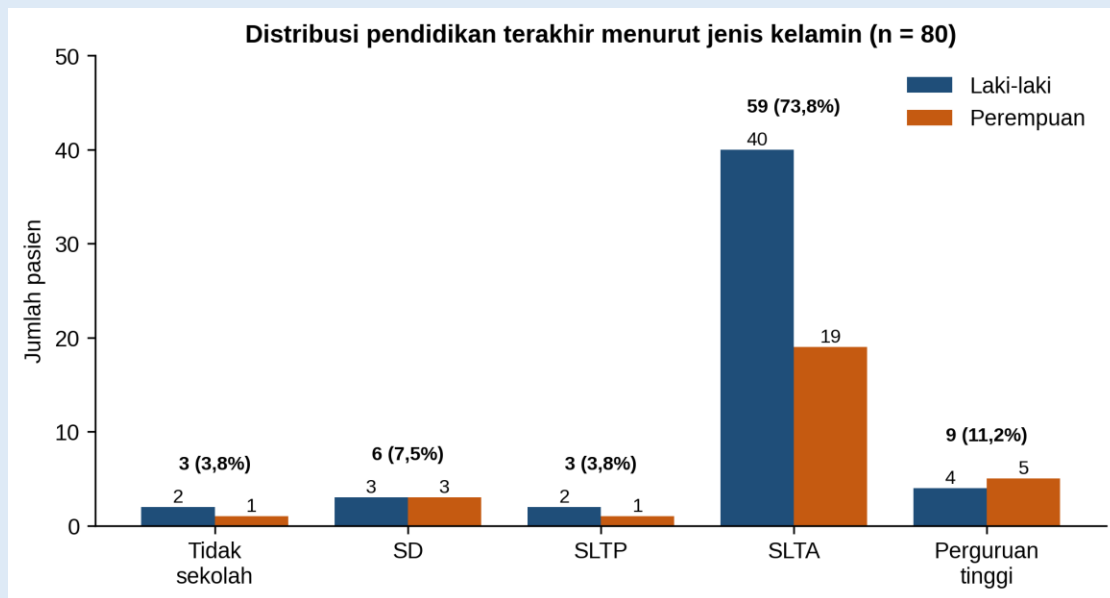
Sebagian besar pasien berpendidikan terakhir SLTA (73,8%; IK95% 63,2–82,1), diikuti perguruan tinggi (11,3%; terdiri atas 8 lulusan S1 dan 1 lulusan D1). Pasien dengan pendidikan dasar atau lebih rendah (tidak sekolah, SD, dan SLTP) berjumlah 12 orang (15,0%; IK95% 8,8–24,4).

Distribusi pendidikan (Gambar 4) maupun kelompok usia tidak berbeda bermakna menurut jenis kelamin (Tabel 5).³⁸

Tabel 5. Tabulasi silang kelompok usia dan pendidikan menurut jenis kelamin

Variabel	Laki-laki n (%)	Perempuan n (%)	Total n	Uji (Monte Carlo)
Kelompok usia, tahun (n = 79)				
17–25	3 (5,9)	1 (3,6)	4	$\chi^2 = 3,23$
26–35	15 (29,4)	5 (17,9)	20	p = 0,696
36–45	11 (21,6)	6 (21,4)	17	Cramér V = 0,20
46–55	11 (21,6)	8 (28,6)	19	
56–65	7 (13,7)	3 (10,7)	10	
>65	4 (7,8)	5 (17,9)	9	
Pendidikan terakhir (n = 80)				
Tidak sekolah	2 (3,9)	1 (3,4)	3	$\chi^2 = 2,38$
SD	3 (5,9)	3 (10,3)	6	p = 0,714
SLTP	2 (3,9)	1 (3,4)	3	Cramér V = 0,17
SLTA	40 (78,4)	19 (65,5)	59	
Perguruan tinggi	4 (7,8)	5 (17,2)	9	

Persentase dihitung terhadap total kolom. Nilai p diperoleh dari uji χ^2 independensi dengan 10.000 permutasi Monte Carlo karena >20% sel memiliki frekuensi harapan <5.



Gambar 4. Distribusi pendidikan terakhir pasien skizofrenia menurut jenis kelamin; angka tebal menunjukkan total dan persentase terhadap seluruh pasien.

Distribusi Pasien Berdasarkan Wilayah RW

Pasien tersebar di seluruh 12 RW dengan jumlah bervariasi dari 1 hingga 13 pasien per RW (median 6,5; nilai harapan pada distribusi merata 6,67). RW 10 memiliki jumlah pasien terbanyak (13 pasien; 16,3%), diikuti RW 4 (11; 13,8%), RW 5 (9; 11,3%), dan RW 1 (8; 10,0%). Tiga RW dengan jumlah terbanyak menampung 41,3% pasien dan empat RW teratas menampung 51,3% pasien, sedangkan RW 11 dan RW 12 hanya memiliki 2 dan 1 pasien (Tabel 6; Gambar 5A).²⁴

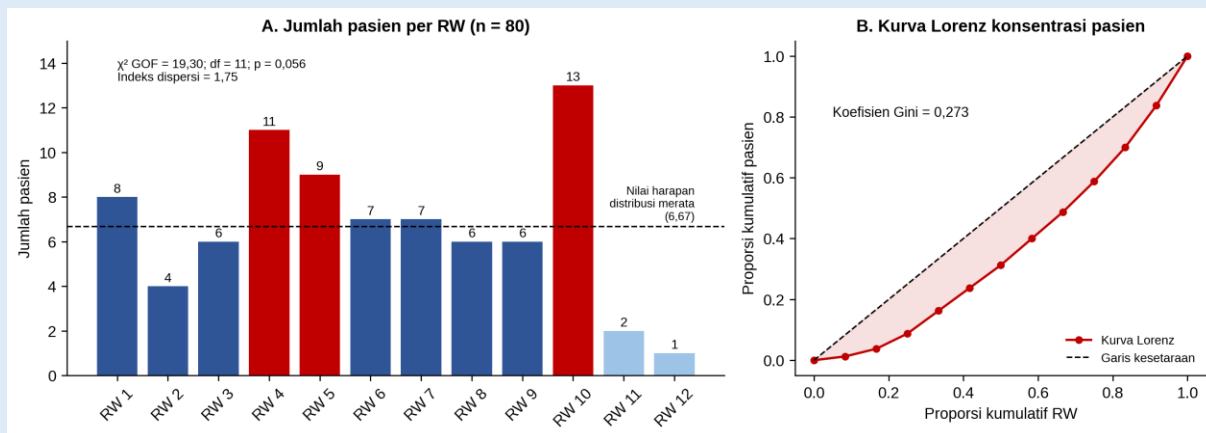
Tabel 6. Distribusi pasien skizofrenia menurut RW (n = 80)

RW	n	%	% kumulatif*	L / P	Rerata usia (tahun)	Residu terstandar†
RW 10	13	16,3	16,3	10 / 3	33,0	+2,45
RW 4	11	13,8	30,0	8 / 3	40,6	+1,68
RW 5	9	11,3	41,3	5 / 4	55,2	+0,90
RW 1	8	10,0	51,3	2 / 6	44,7	+0,52
RW 6	7	8,8	60,0	4 / 3	47,1	+0,13
RW 7	7	8,8	68,8	5 / 2	46,5	+0,13
RW 3	6	7,5	76,3	5 / 1	49,2	-0,26
RW 8	6	7,5	83,8	5 / 1	53,4	-0,26
RW 9	6	7,5	91,3	3 / 3	41,2	-0,26

RW 2	4	5,0	96,3	2 / 2	35,3	-1,03
RW 11	2	2,5	98,8	1 / 1	51,8	-1,81
RW 12	1	1,3	100,0	1 / 0	65,1	-2,19
Total	80	100,0	—	51 / 29	44,6	—

*Kumulatif setelah diurutkan dari jumlah terbesar. †Residu terstandar Pearson = $(O - E)/\sqrt{E}$ dengan $E = 6,67$; nilai $|\text{residu}| > 1,96$ menunjukkan penyimpangan lokal yang besar. Uji kesesuaian χ^2 terhadap distribusi merata: $\chi^2 = 19,30$; $df = 11$; $p = 0,056$; indeks dispersi 1,75; koefisien Gini 0,273. Analisis sensitivitas dengan memasukkan dua entri RW 12 yang tidak lengkap: $\chi^2 = 16,05$; $p = 0,139$. L/P, laki-laki/perempuan.³⁵

Uji kesesuaian χ^2 menunjukkan kecenderungan penyimpangan dari distribusi merata yang berada di batas kemaknaan ($\chi^2 = 19,30$; $df = 11$; $p = 0,056$), dengan indeks dispersi 1,75 yang mengindikasikan overdispersi relatif terhadap model Poisson. Kurva Lorenz (Gambar 5B) menghasilkan koefisien Gini 0,273, yang mencerminkan konsentrasi derajat ringan hingga sedang. RW 10 merupakan satu-satunya RW dengan residu terstandar positif melebihi 1,96 (+2,45), sementara RW 12 menunjukkan residu negatif terbesar (-2,19). Secara demografis, RW 10 memiliki profil pasien termuda (rerata 33,0 tahun) dan proporsi laki-laki tertinggi di antara RW dengan ≥ 6 pasien (76,9%), sedangkan RW 5 dan RW 8 memiliki profil pasien tertua (rerata 55,2 dan 53,4 tahun). RW 1 merupakan satu-satunya RW dengan jumlah pasien ≥ 6 yang didominasi perempuan (6 dari 8 pasien). Dengan demikian, pasien tidak tersebar sepenuhnya merata melainkan terkonsentrasi moderat pada beberapa RW, walaupun bukti statistiknya belum konklusif pada ukuran sampel ini.^{24,42}



Gambar 5. (A) Jumlah pasien skizofrenia per RW; garis putus-putus menunjukkan nilai harapan pada distribusi merata. Merah: RW dengan ≥ 9 pasien; biru tua: 4–8 pasien; biru muda: < 4 pasien. (B) Kurva Lorenz konsentrasi pasien antar-RW; area arsir menggambarkan derajat ketimpangan (koefisien Gini 0,273).

Pola Pemanfaatan dan Kesenambungan Pelayanan

Pola pemanfaatan pelayanan

Sebanyak 71 pasien (88,8%; IK95% 80,0–94,0) berobat melalui rujukan ke rumah sakit, 4 pasien (5,0%; IK95% 2,0–12,2) berobat di Puskesmas, dan 5 pasien (6,3%; IK95% 2,7–13,8) tercatat tidak berobat (Tabel 7; Gambar 6A). Pasien rujukan tersebar di 11 fasilitas, dengan tiga fasilitas terbesar adalah RSUD Duren Sawit (25,4%), RSAU dr. Esnawan Antariksa (21,1%), dan RS Adhyaksa (14,1%); rumah sakit umum daerah secara keseluruhan menangani 38,0% pasien rujukan (Gambar 6B). Proporsi kontrol teratur pada pasien yang berobat di Puskesmas (3 dari 4; 75,0%) secara numerik lebih tinggi dibandingkan pasien rujukan (40 dari 71; 56,3%), tetapi tidak bermakna secara statistik (uji eksak Fisher $p = 0,632$).^{8,43}

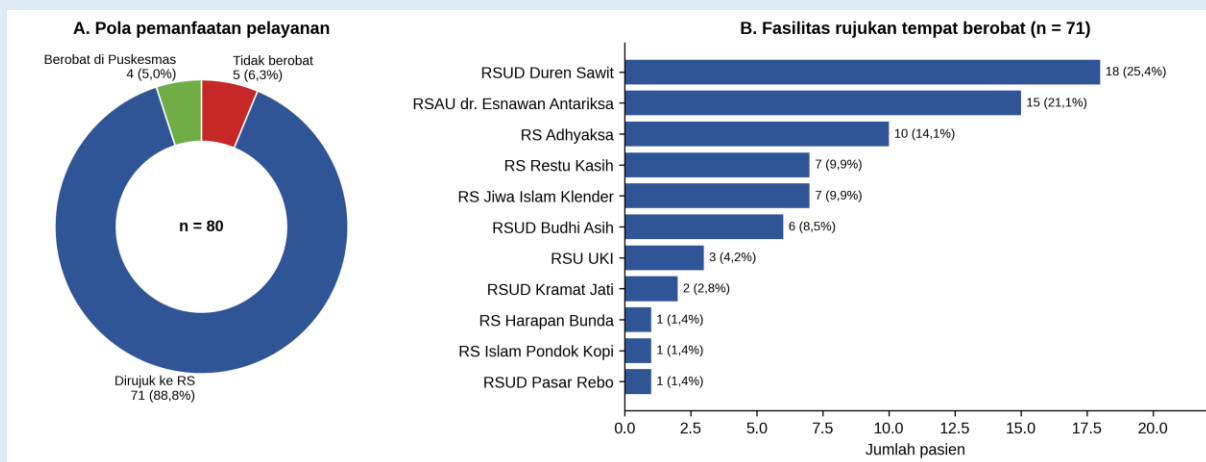
Tabel 7. Pola pemanfaatan pelayanan dan fasilitas tempat berobat pasien skizofrenia

Kategori / fasilitas	n	% (IK95%)	Kontrol teratur n (%)
Pola pemanfaatan pelayanan (n = 80)			
Berobat di Puskesmas	4	5,0 (2,0–12,2)	3 (75,0)
Dirujuk ke rumah sakit	71	88,8 (80,0–94,0)	40 (56,3)
Tidak berobat	5	6,3 (2,7–13,8)	–

Fasilitas rujukan (n = 71; % terhadap pasien rujukan)			
RSUD Duren Sawit	18	25,4	12 (66,7)
RSAU dr. Esnawan Antariksa	15	21,1	9 (60,0)
RS Adhyaksa	10	14,1	8 (80,0)
RS Restu Kasih	7	9,9	3 (42,9)
RS Jiwa Islam Klender	7	9,9	4 (57,1)
RSUD Budhi Asih	6	8,5	2 (33,3)
RSU Universitas Kristen Indonesia	3	4,2	0 (0,0)
RSUD Kramat Jati	2	2,8	2 (100,0)
RS Harapan Bunda	1	1,4	0 (0,0)
RSUD Pasar Rebo	1	1,4	0 (0,0)
RS Islam Pondok Kopi	1	1,4	0 (0,0)

Nama fasilitas diharmonisasi dari singkatan pada register dan perlu diverifikasi oleh Puskesmas.

Kontrol teratur: kunjungan terakhir ≤ 90 hari sebelum 18 September 2026. Perbandingan kontrol teratur Puskesmas vs rujukan: uji eksak Fisher $p = 0,632$.³⁸



Gambar 6. (A) Pola pemanfaatan pelayanan pasien skizofrenia. (B) Distribusi fasilitas rujukan tempat pasien berobat (n = 71).

Kelima pasien yang tidak berobat seluruhnya berpendidikan SLTA, terdiri atas 3 laki-laki dan 2 perempuan dengan rentang usia 34–69 tahun, dan masing-masing berdomisili di RW yang berbeda (RW 4, 7, 9, 11, dan 12). Kontak terakhir tiga pasien tercatat berupa kunjungan ke Puskesmas dan dua pasien berupa kunjungan rumah oleh petugas, dengan median interval sejak kontak terakhir 275 hari (rentang 4–311 hari). Satu pasien secara eksplisit tercatat tidak memiliki jaminan kesehatan

nasional, yang mengindikasikan hambatan pembiayaan sebagai salah satu faktor kesenjangan pengobatan.^{6,14}

Kesinambungan pelayanan

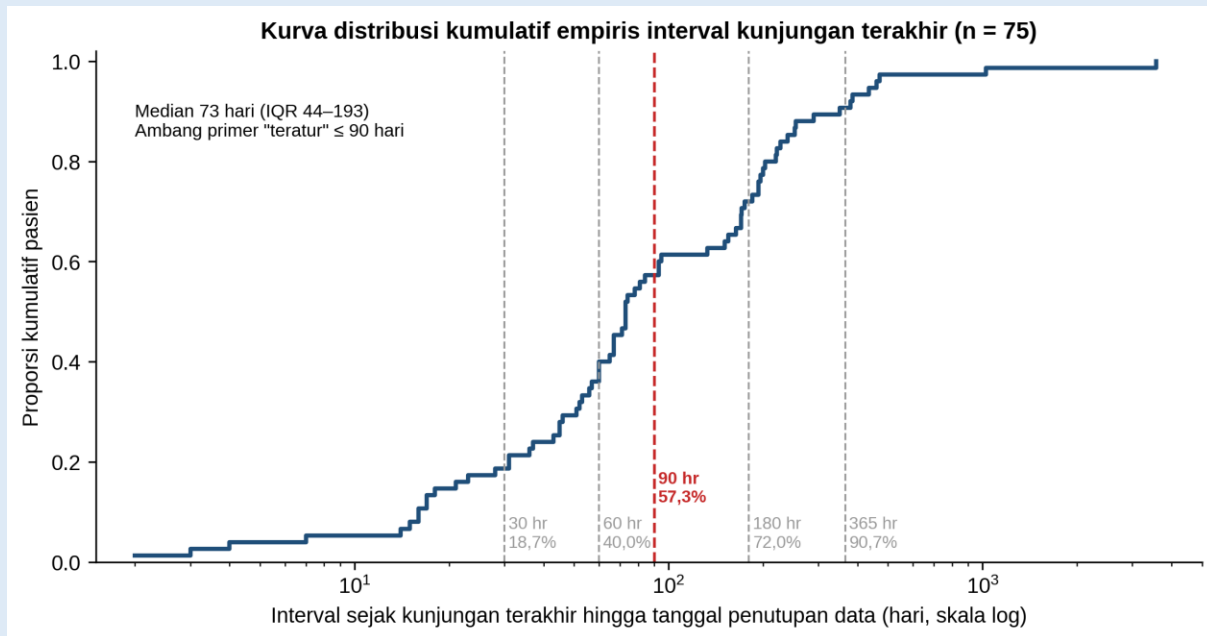
Dengan ambang primer 90 hari, 43 pasien (53,8%; IK95% 42,9–64,3) dikategorikan kontrol teratur, 32 pasien (40,0%; IK95% 30,0–51,0) kontrol tidak teratur, dan 5 pasien (6,3%; IK95% 2,7–13,8) tidak berobat. Dengan demikian, kebutuhan pelayanan yang belum terpenuhi (tidak teratur ditambah tidak berobat) mencapai 37 pasien (46,3%; IK95% 35,7–57,1). Di antara 75 pasien yang masih berobat, median interval sejak kunjungan terakhir adalah 73 hari (RIK 44–193; rentang 2–3.577 hari), dan 7 pasien (9,3%) tidak berkunjung lebih dari satu tahun (Tabel 8; Gambar 7).^{21,31}

Tabel 8. Status kesinambungan pelayanan dan analisis sensitivitas ambang definisi (n = 80)

Ambang “teratur”	Teratur n (%)	Tidak teratur n (%)	Tidak berobat n (%)	Belum terpenuhi n (%)
≤30 hari	14 (17,5)	61 (76,3)	5 (6,3)	66 (82,5)
≤60 hari	30 (37,5)	45 (56,3)	5 (6,3)	50 (62,5)
≤90 hari (primer)	43 (53,8)	32 (40,0)	5 (6,3)	37 (46,3)
≤120 hari	46 (57,5)	29 (36,3)	5 (6,3)	34 (42,5)
≤180 hari	54 (67,5)	21 (26,3)	5 (6,3)	26 (32,5)
≤365 hari	68 (85,0)	7 (8,8)	5 (6,3)	12 (15,0)
Interval sejak kunjungan terakhir pada pasien yang berobat (n = 75)				
Median (RIK), hari	73 (44–193)			
Rerata ± SB, hari	179,1 ± 414,1			
>365 hari, n (%)	7 (9,3)			

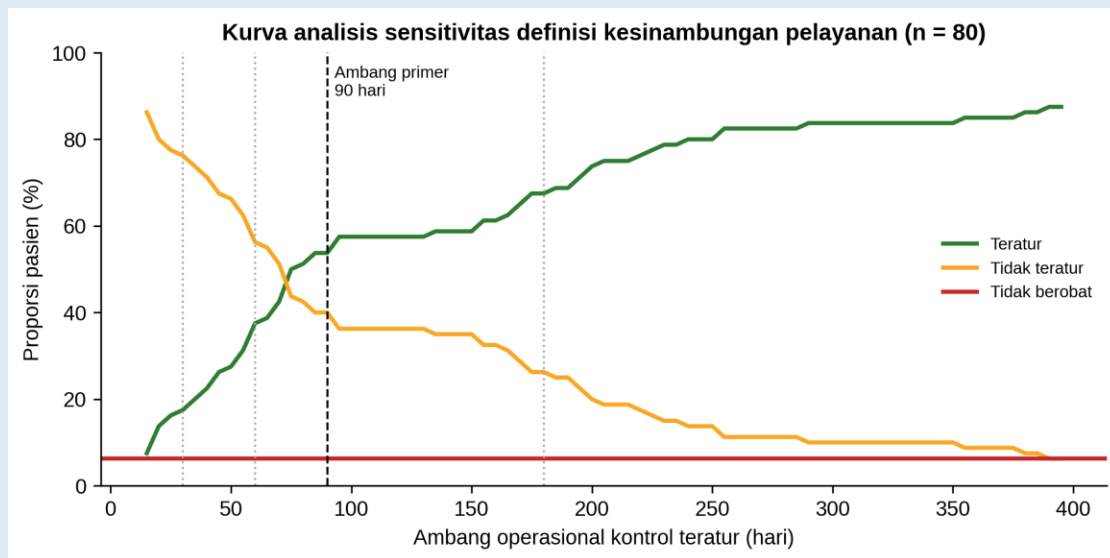
IK95% untuk ambang primer: teratur 42,9–64,3; tidak teratur 30,0–51,0; belum terpenuhi 35,7–57,1.

Rerata interval dipengaruhi nilai ekstrem (maksimum 3.577 hari), sehingga median lebih representatif.³⁸



Gambar 7. Kurva distribusi kumulatif empiris interval sejak kunjungan terakhir pada pasien yang masih berobat (n = 75). Garis vertikal menunjukkan ambang 30, 60, 90 (ambang primer, merah), 180, dan 365 hari beserta proporsi kumulatif pasien pada setiap ambang.

Analisis sensitivitas memperlihatkan bahwa estimasi kontrol teratur sangat bergantung pada definisi operasional: proporsi teratur meningkat dari 17,5% pada ambang 30 hari menjadi 37,5% pada 60 hari, 53,8% pada 90 hari, 67,5% pada 180 hari, dan 85,0% pada 365 hari (Tabel 8; Gambar 8). Bahkan dengan definisi paling longgar (≤ 365 hari), 15,0% pasien tetap berada dalam kategori kebutuhan pelayanan belum terpenuhi. Tidak ditemukan korelasi antara usia dan interval kunjungan terakhir (Spearman $\rho = 0,063$; $p = 0,595$; $n = 74$) (Gambar 11).^{21,44}



Gambar 8. Kurva analisis sensitivitas proporsi kontrol teratur, tidak teratur, dan tidak berobat menurut variasi ambang operasional (15–400 hari).

Hubungan Lokasi dengan Pelayanan

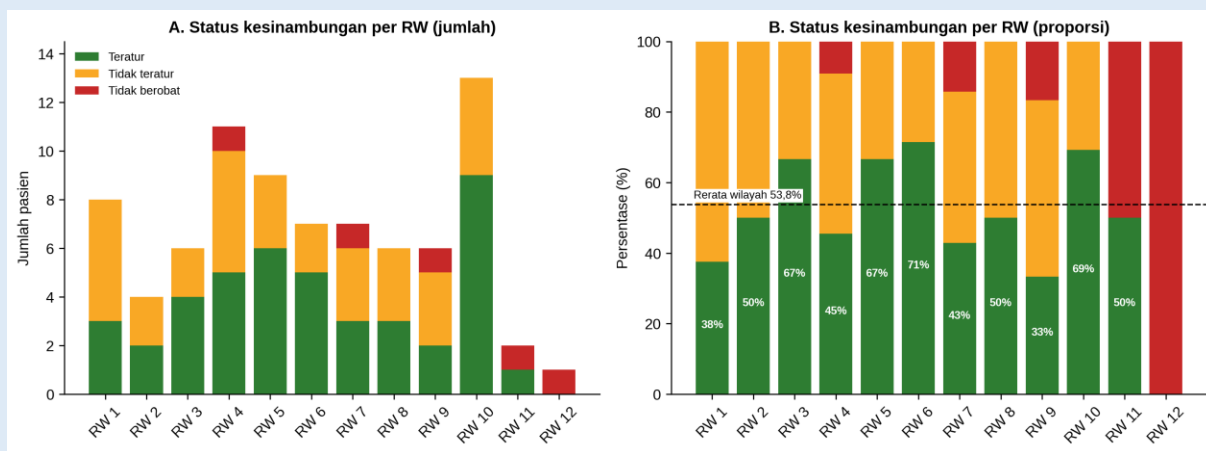
Tabulasi silang RW dengan status pelayanan disajikan pada Tabel 9 dan Gambar 9. Proporsi kontrol teratur bervariasi lebar antar-RW, dari 0% (RW 12) dan 33,3% (RW 9) hingga 69,2% (RW 10) dan 71,4% (RW 6). Pasien tidak berobat ditemukan di lima RW (RW 4, 7, 9, 11, dan 12), sedangkan jumlah absolut pasien tidak teratur terbanyak terdapat di RW 1 dan RW 4 (masing-masing 5 pasien). Uji permutasi Monte Carlo menunjukkan kecenderungan heterogenitas status pelayanan antar-RW yang belum mencapai kemaknaan statistik ($\chi^2 = 31,96$; $p = 0,089$; Cramér $V = 0,45$), dan tidak terdapat perbedaan bermakna proporsi kebutuhan belum terpenuhi antar-RW ($\chi^2 = 6,86$; $p = 0,857$).^{39,42}

Tabel 9. Hubungan lokasi (RW) dengan status pelayanan dan stratifikasi prioritas wilayah

RW	n	Teratur n	Tidak teratur n	Tidak berobat n	% teratur	Belum terpenuhi n (%)	Median interval (hari)	Prioritas
RW 1	8	3	5	0	37,5	5 (62,5)	170	1
RW 2	4	2	2	0	50,0	2 (50,0)	101	2
RW 3	6	4	2	0	66,7	2 (33,3)	58,5	3
RW 4	11	5	5	1	45,5	6 (54,5)	84	1
RW 5	9	6	3	0	66,7	3 (33,3)	67	3

RW 6	7	5	2	0	71,4	2 (28,6)	67	3
RW 7	7	3	3	1	42,9	4 (57,1)	121,5	1
RW 8	6	3	3	0	50,0	3 (50,0)	124	2
RW 9	6	2	3	1	33,3	4 (66,7)	93	1
RW 10	13	9	4	0	69,2	4 (30,8)	60	2
RW 11	2	1	0	1	50,0	1 (50,0)	45	1
RW 12	1	0	0	1	0,0	1 (100,0)	—	1
Total	80	43	32	5	53,8	37 (46,3)	73	—

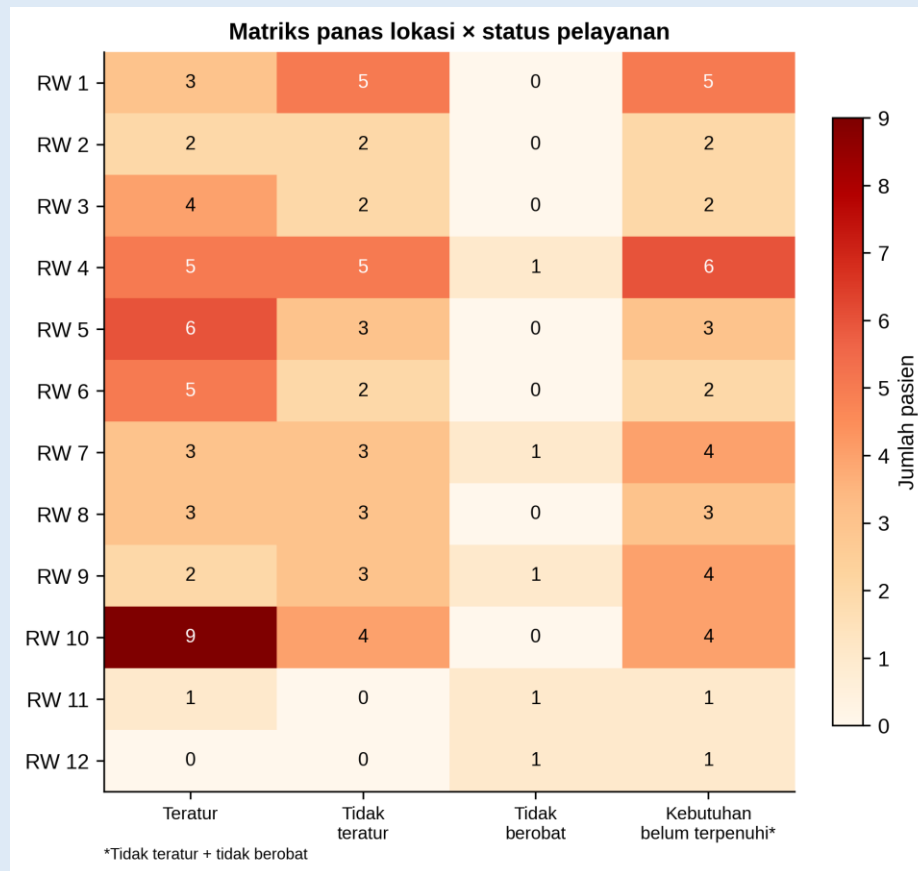
Baris berwarna: RW prioritas 1. Prioritas 1: ≥ 1 pasien tidak berobat, atau proporsi belum terpenuhi $\geq 50\%$ dengan ≥ 4 pasien; prioritas 2: belum terpenuhi $\geq 40\%$ atau ≥ 4 pasien; prioritas 3: pemeliharaan. Median interval dihitung pada pasien yang masih berobat. RW $\times$ status pelayanan: $\chi^2 = 31,96$; p Monte Carlo = 0,089; Cramér V = 0,45.³⁹



Gambar 9. Status kesinambungan pelayanan per RW dalam jumlah absolut (A) dan proporsi (B). Garis putus-putus pada panel B menunjukkan proporsi kontrol teratur tingkat wilayah (53,8%).

Enam RW memenuhi kriteria prioritas 1 (RW 1, 4, 7, 9, 11, dan 12). Keenam RW ini menampung 35 pasien (43,8%) tetapi mencakup 21 dari 37 pasien dengan kebutuhan pelayanan belum terpenuhi (56,8%; IK95% 40,9–71,3) serta seluruh pasien tidak berobat. RW 2, 8, dan 10 termasuk prioritas 2, di mana RW 10 masuk kategori ini terutama karena beban absolutnya (4 pasien belum terpenuhi) meskipun proporsi kontrol teraturnya tertinggi kedua. RW 3, 5, dan 6 termasuk

prioritas 3 dengan proporsi kontrol teratur $\geq 66,7\%$. Matriks panas pada Gambar 10 memperlihatkan konsentrasi kebutuhan belum terpenuhi di RW 4 dan RW 1.^{36,39}



Gambar 10. Matriks panas lokasi (RW) × status pelayanan. Intensitas warna sebanding dengan jumlah pasien; kolom terakhir menunjukkan jumlah pasien dengan kebutuhan pelayanan belum terpenuhi (tidak teratur + tidak berobat).

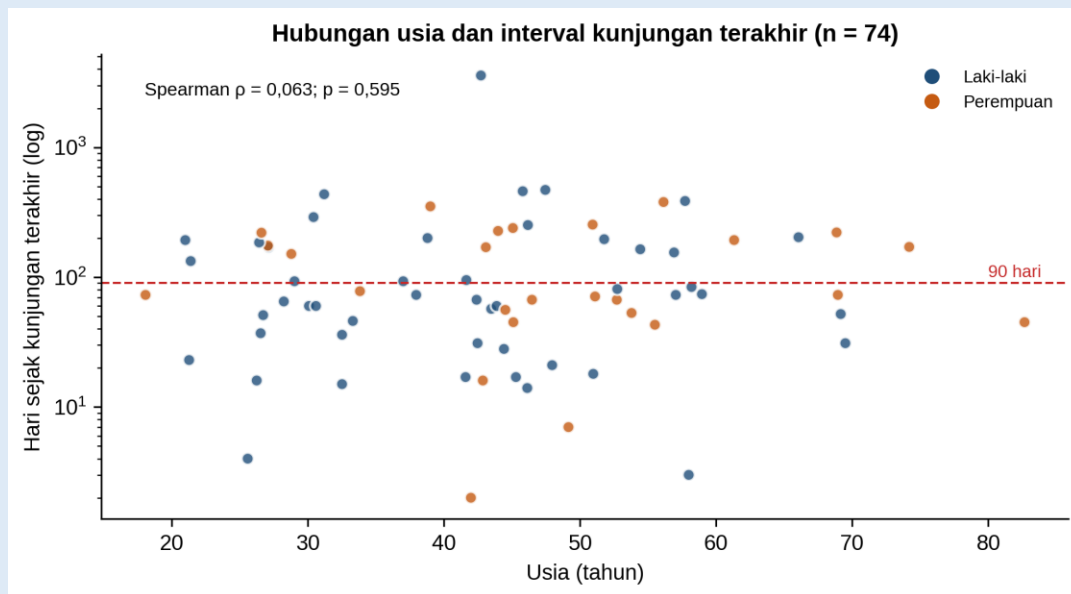
Analisis eksploratif karakteristik dan kesinambungan pelayanan

Analisis eksploratif tidak menemukan hubungan bermakna antara status kesinambungan pelayanan dan jenis kelamin, kelompok usia, maupun pendidikan (Tabel 10). *Odds* kebutuhan pelayanan belum terpenuhi pada laki-laki dibandingkan perempuan adalah 0,71 (IK95% 0,28–1,77; $p = 0,492$), pada usia <45 tahun dibandingkan ≥ 45 tahun 0,87 (IK95% 0,36–2,11; $p = 0,823$), dan pada pendidikan $\leq$ SLTP dibandingkan $\geq$ SLTA 0,33 (IK95% 0,08–1,34; $p = 0,129$). Lebar interval kepercayaan mengindikasikan presisi yang terbatas akibat ukuran sampel.^{44,45}

Tabel 10. Analisis eksploratif hubungan karakteristik pasien dengan kebutuhan pelayanan belum terpenuhi

Karakteristik	Belum terpenuhi n (%)	Teratur n (%)	OR kasar (IK95%)	p Fisher	Uji 3 kategori*
Jenis kelamin					
Laki-laki (n = 51)	22 (43,1)	29 (56,9)	0,71 (0,28–1,77)	0,492	$\chi^2 = 0,55$; p = 0,870
Perempuan (n = 29)	15 (51,7)	14 (48,3)	Rujukan		
Usia (n = 79)					
<45 tahun (n = 41)	18 (43,9)	23 (56,1)	0,87 (0,36–2,11)	0,823	$\chi^2 = 5,79$; p = 0,869†
≥45 tahun (n = 38)	18 (47,4)	20 (52,6)	Rujukan		
Pendidikan					
≤SLTP (n = 12)	3 (25,0)	9 (75,0)	0,33 (0,08–1,34)	0,129	$\chi^2 = 4,61$; p = 0,805‡
≥SLTA (n = 68)	34 (50,0)	34 (50,0)	Rujukan		

OR, *odds ratio* kebutuhan pelayanan belum terpenuhi (tidak teratur + tidak berobat) dibandingkan kontrol teratur; IK95% metode Woolf. *Uji χ^2 independensi dengan status tiga kategori (teratur, tidak teratur, tidak berobat), p Monte Carlo 10.000 permutasi. †Menggunakan enam kelompok usia. ‡Menggunakan lima kategori pendidikan. Persentase dihitung per baris.⁴⁵



Gambar 11. Diagram sebar usia terhadap interval sejak kunjungan terakhir (skala logaritmik) pada pasien yang masih berobat. Garis putus-putus merah menandai ambang 90 hari.

DISKUSI

Penelitian ini menggambarkan secara terintegrasi profil pasien skizofrenia, distribusi geografis tingkat RW, pola pemanfaatan fasilitas, dan kesinambungan pelayanan di wilayah kerja sebuah puskesmas perkotaan di Jakarta Timur. Empat temuan utama dapat dirumuskan: (1) pasien didominasi laki-laki usia produktif dengan pendidikan menengah; (2) distribusi pasien antar-RW menunjukkan konsentrasi moderat dengan RW 10, 4, dan 5 sebagai kantong beban terbesar; (3) hampir sembilan dari sepuluh pasien bergantung pada layanan rujukan rumah sakit, sedangkan peran Puskesmas sebagai penyedia pengobatan langsung masih minimal; dan (4) hampir separuh pasien mengalami diskontinuitas pelayanan atau kesenjangan pengobatan, dengan variasi antar-RW yang relevan secara programatik. Temuan ini secara umum mendukung hipotesis kerja H1, H3, dan H4, sedangkan H2 hanya didukung secara parsial.^{6,20}

Karakteristik Pasien Skizofrenia

Jenis kelamin

Proporsi laki-laki sebesar 63,8% (rasio 1,76:1) dalam penelitian ini konsisten dengan bukti epidemiologis bahwa risiko insidensi skizofrenia lebih tinggi pada laki-laki. Meta-analisis Aleman

dkk. melaporkan rasio risiko insidensi laki-laki terhadap perempuan 1,42 (IK95% 1,30–1,56), sedangkan tinjauan sistematis internasional 2002–2017 melaporkan rasio insidensi 1,60 untuk gangguan psikotik nonafektif. Rekalkulasi kolaboratif terhadap 133.693 kasus insiden menunjukkan bahwa kelebihan risiko pada laki-laki terutama terjadi hingga usia 39 tahun dan berbalik menjadi lebih tinggi pada perempuan pada kelompok usia 50–70 tahun.^{33,34,41}

Rasio laki-laki yang lebih tinggi pada data layanan dibandingkan data prevalensi populasi juga perlu ditafsirkan dengan cermat. Analisis GBD tidak menemukan perbedaan prevalensi menurut jenis kelamin secara global dan melaporkan rasio beban laki-laki terhadap perempuan sekitar 1,1, dengan prevalensi mentah pada perempuan melampaui laki-laki setelah usia 65 tahun. Pola terakhir ini tercermin pada data kami, di mana perempuan lebih banyak daripada laki-laki pada kelompok usia >65 tahun, dan sejalan dengan studi register nasional Swedia yang melaporkan pergeseran dari kelebihan laki-laki pada usia 15–49 tahun menjadi kelebihan perempuan pada usia 60–79 tahun. Dominasi laki-laki pada register layanan kemungkinan juga dipengaruhi oleh presentasi klinis yang lebih berat, simptom negatif yang lebih menonjol, serta perilaku yang lebih mudah dikenali oleh komunitas pada laki-laki, yang meningkatkan peluang terdeteksi dan tercatat.^{1,2,40,46}

Temuan kami sebanding dengan penelitian di Indonesia (Tabel 11). Proporsi laki-laki dilaporkan sebesar 56,5% di Puskesmas Bantarjaya, Kabupaten Bogor, 63,3% di RSJ Menur Surabaya, 69,5% di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Kabupaten Semarang, 54% di RSJ Prof. Dr. M. Ildrem Medan, dan 62,5% pada kohort pasien di Sumatera Utara. Konsistensi lintas tatanan ini menunjukkan bahwa dominasi laki-laki merupakan pola yang stabil dalam populasi pasien skizofrenia yang terlayani di Indonesia.^{25–27,47,48}

Usia

Kelompok usia terbanyak dalam penelitian ini adalah 26–35 tahun, dengan median usia 44,4 tahun dan 88,6% pasien berada pada usia produktif. Meta-analisis 192 studi epidemiologis menempatkan puncak awitan gangguan spektrum skizofrenia pada usia 20,5 tahun dengan median 25 tahun, sehingga profil usia dalam register prevalen seperti ini mencerminkan akumulasi kasus kronik yang telah hidup dengan penyakitnya selama bertahun-tahun. Karena register tidak mencatat usia awitan, usia kronologis tidak dapat disamakan dengan usia awitan. Meskipun demikian, konsentrasi

pasien pada usia produktif memiliki implikasi sosial-ekonomi yang besar, mengingat awitan yang lebih dini berasosiasi dengan lebih sering rehospitalisasi, simptom negatif yang lebih berat, dan fungsi sosial-okupasional yang lebih buruk.^{49,50}

Rerata usia pasien perempuan yang lebih tinggi sekitar 5,8 tahun dibandingkan laki-laki, walaupun tidak bermakna, sejalan dengan temuan konsisten bahwa awitan skizofrenia pada perempuan terjadi beberapa tahun lebih lambat, dengan kemungkinan puncak kedua pada usia paruh baya yang dikaitkan dengan penurunan efek neuroprotektif estrogen. Meta-analisis Eranti dkk., di sisi lain, menunjukkan bahwa perbedaan usia awitan menurut jenis kelamin lebih kecil daripada perkiraan sebelumnya, yaitu sekitar 1,07 tahun, dan tidak tampak pada studi yang menggunakan kriteria ICD. Sedikitnya pasien berusia >65 tahun (11,4%) juga perlu dikaitkan dengan mortalitas prematur: meta-analisis melaporkan usia harapan hidup pasien skizofrenia sekitar 64,7 tahun, lebih rendah pada laki-laki (59,9 tahun) dibandingkan perempuan (67,6 tahun).^{4,46,51,52}

Pendidikan

Mayoritas pasien berpendidikan SLTA (73,8%), dan hanya 11,3% yang mencapai pendidikan tinggi. Proporsi SLTA dalam penelitian ini lebih tinggi daripada yang dilaporkan di RSJ Menur (36,7%), RSUD Semarang (34,7%), dan RSJ Medan (42%), yang kemungkinan mencerminkan struktur pendidikan penduduk perkotaan Jakarta dan juga kecenderungan pencatatan yang menyeragamkan kategori pendidikan menengah. Meta-analisis terhadap lebih dari empat juta individu menunjukkan bahwa individu dengan skizofrenia memiliki capaian akademik premorbid yang lebih rendah dan peluang yang lebih kecil untuk melanjutkan ke pendidikan tinggi (OR 0,49), yang sejalan dengan rendahnya proporsi lulusan perguruan tinggi dalam penelitian ini.^{25-27,53}

Studi kohort berbasis populasi secara konsisten menunjukkan bahwa fungsi kognitif yang buruk pada masa kanak dan remaja berasosiasi dengan peningkatan risiko skizofrenia di kemudian hari, sehingga keterbatasan capaian pendidikan dapat merupakan manifestasi gangguan neurokognitif premorbid maupun dampak awitan penyakit pada usia sekolah. Menariknya, pasien berpendidikan dasar dalam penelitian ini justru memiliki proporsi kebutuhan belum terpenuhi yang lebih rendah (25,0% vs 50,0%), walaupun tidak bermakna. Temuan ini sejalan dengan tinjauan Lacro dkk. yang menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan bukan prediktor konsisten ketidakpatuhan, dan

mengingatkan bahwa kesinambungan pelayanan lebih banyak ditentukan oleh faktor tilikan, sikap terhadap obat, dukungan keluarga, dan faktor layanan daripada karakteristik sosiodemografik semata.^{17,45,54}

Tabel 11. Perbandingan karakteristik pasien skizofrenia dengan penelitian lain

Penelitian	Tatanan	n	Laki-laki (%)	Kelompok usia terbanyak	Pendidikan terbanyak
Penelitian ini (2026)	Puskesmas Kebon Pala, Jakarta Timur	80	63,8	26–35 th (25,3%)	SLTA (73,8%)
Dhani dkk. (2026)	Puskesmas Bantarjaya, Kab. Bogor	76	56,5	16–30 th (38,1%)	Tidak dilaporkan
Permatasari (2025)	RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo, Kab. Semarang	95	69,5	26–45 th (50,5%)	SMA (34,7%)
Rindayati dkk. (2024)	RSJ Menur, Surabaya	319	63,3	25–44 th (37,6%)	SMA/ sederajat (36,7%)
Ginting dkk. (2023)	RSJ Prof. Dr. M. Ildrem, Medan	100	54,0	17–32 th (66,0%)	SMA (42,0%)
Amin dkk. (2020)	Pasien skizofrenia, Sumatera Utara	200	62,5	25–34 th (46,0%)	Menengah (55,5%)
Puteh dkk. (2011)	Pasien eks-pasung, RSJ Banda Aceh	59	88,1	18–68 th (rentang)	Tidak dilaporkan
Tyas dkk. (2024)	Program Bebas Pasung, Magelang	62*	58,0	Rerata 35 th	Tidak dilaporkan

*Jumlah pengasuh yang berpartisipasi pada tindak lanjut; karakteristik jenis kelamin dan usia merujuk pada kohort pasien yang dilepaskan dari pasung. th, tahun.^{15,25–27,47,48,55}

Distribusi Pasien Berdasarkan Wilayah RW

Distribusi pasien antar-RW dalam penelitian ini tidak sepenuhnya merata. Lebih dari separuh pasien (51,3%) terkonsentrasi di empat RW, koefisien Gini 0,273 mengindikasikan ketimpangan ringan hingga sedang, dan RW 10 menunjukkan kelebihan kasus yang menonjol (residu terstandar +2,45). Namun, uji kesesuaian berada tepat di atas batas kemaknaan ($p = 0,056$) dan menjadi lebih lemah pada analisis sensitivitas ($p = 0,139$), sehingga pola konsentrasi ini lebih tepat dipandang sebagai sinyal operasional untuk perencanaan daripada bukti inferensial yang kuat. Keterbatasan penting adalah tidak tersedianya jumlah penduduk per RW; tanpa penyebut populasi, perbedaan

jumlah absolut dapat mencerminkan perbedaan ukuran dan kepadatan penduduk, bukan perbedaan risiko.^{24,35}

Variasi spasial skizofrenia pada skala lingkungan telah banyak dilaporkan. Tinjauan sistematis tentang psikosis dan tempat menunjukkan heterogenitas angka kejadian antarlingkungan serta kemungkinan pola spasial yang terkait dengan paparan sosial. Meta-analisis urbanisitas memperkirakan risiko skizofrenia di lingkungan paling urban sekitar 2,37 kali lipat dibandingkan lingkungan paling rural, sedangkan studi di London Timur mengaitkan variasi insidensi psikosis nonafektif antarlingkungan dengan ketimpangan pendapatan, deprivasi absolut, dan kepadatan penduduk. Dalam konteks wilayah kerja yang seluruhnya perkotaan, variasi antar-RW lebih mungkin mencerminkan perbedaan kepadatan hunian, karakteristik sosial-ekonomi, jaringan keluarga, dan intensitas penemuan kasus oleh kader atau petugas daripada gradien urban–rural.^{24,35,42}

Perbedaan profil demografis antar-RW juga memiliki makna programatik. RW 10 memiliki pasien termuda dengan dominasi laki-laki; jenis kelamin laki-laki, pengangguran, tinggal sendiri, dan deprivasi sosial-ekonomi dilaporkan berasosiasi dengan keterlepasan dari pelayanan, sehingga kelompok ini memerlukan intervensi fungsional seperti dukungan pendidikan dan pekerjaan. Sebaliknya, RW 5 dan RW 8 memiliki profil pasien berusia lanjut yang memerlukan perhatian lebih pada komorbiditas fisik dan risiko mortalitas akibat sebab alamiah. RW 1, yang didominasi pasien perempuan, memerlukan pendekatan yang sensitif gender, termasuk pemantauan efek samping metabolik dan hiperprolaktinemia yang lebih sering dilaporkan pada perempuan.^{5,46,56}

Implikasi utama dari pemetaan ini adalah bahwa sumber daya pelayanan kesehatan jiwa komunitas perlu dialokasikan secara proporsional terhadap beban dan kebutuhan setiap RW. Studi di Melbourne menunjukkan bahwa individu yang tinggal di lingkungan dengan deprivasi sosial lebih tinggi memiliki risiko disengagement yang lebih besar, sementara jarak ke layanan tidak berasosiasi bermakna, sehingga layanan perlu disesuaikan dengan karakteristik demografis lokasinya. Dalam wilayah perkotaan yang relatif kompak seperti Kebon Pala, hambatan geografis fisik kemungkinan bukan determinan utama; hambatan sosial, finansial, dan stigma kemungkinan lebih berperan.^{39,57}

Pola Pemanfaatan dan Kestinambungan Pelayanan

Dominasi layanan rujukan

Hampir 89% pasien berobat melalui rujukan ke 11 rumah sakit, sementara hanya 5% yang ditangani langsung di Puskesmas. Pola ini menunjukkan bahwa fungsi Puskesmas dalam pelayanan skizofrenia saat ini lebih banyak berperan sebagai simpul pencatatan, deteksi, dan rujukan daripada penyedia pengobatan pemeliharaan. Survei WHO-AIMS di Puskesmas Minahasa Utara dan evaluasi di Puskesmas Panjang, Bandar Lampung, mengidentifikasi keterbatasan pelatihan tenaga, ketersediaan psikotropika, dan fasilitas rehabilitasi sebagai hambatan utama integrasi kesehatan jiwa di layanan primer.^{9,10}

Ketergantungan pada layanan rujukan memiliki konsekuensi terhadap kesinambungan. Pasien harus menjangkau fasilitas yang lebih jauh, dengan waktu tunggu dan biaya tidak langsung yang lebih besar, sehingga meningkatkan peluang terputusnya pengobatan. Pedoman mhGAP menegaskan bahwa psikosis dapat ditatalaksana di tatanan nonspesialistik, dan tinjauan sistematis di negara berpendapatan rendah dan menengah menunjukkan bahwa dokter layanan primer yang mendapatkan pelatihan memadai mampu meningkatkan diagnosis dan tata laksana skizofrenia serta berkontribusi pada pengurangan kesenjangan pengobatan. Meskipun perbedaan kontrol teratur antara pasien Puskesmas (75,0%) dan pasien rujukan (56,3%) tidak bermakna karena jumlah pasien Puskesmas yang sangat kecil, arah temuan ini konsisten dengan potensi manfaat pelayanan yang lebih dekat dengan tempat tinggal pasien.^{7,8,43}

Variasi proporsi kontrol teratur antarfasilitas rujukan, dari 33,3% hingga 80,0% pada fasilitas dengan ≥ 6 pasien, mengisyaratkan bahwa koordinasi antara Puskesmas dan rumah sakit, termasuk mekanisme rujuk balik untuk pasien stabil, dapat menjadi titik intervensi. Literasi kesehatan jiwa praktisi nonspesialis yang masih terbatas menunjukkan bahwa penguatan peran Puskesmas memerlukan pelatihan dan supervisi berkelanjutan, bukan hanya pengalihan beban kerja.^{8,11,12}

Kontrol teratur: pasien tetap terhubung dengan pelayanan

Sebanyak 53,8% pasien tergolong kontrol teratur, yang menunjukkan bahwa sedikit lebih dari separuh pasien tetap terhubung dengan pelayanan dalam tiga bulan terakhir. Kelompok ini merupakan aset program yang perlu dipertahankan melalui pemantauan rutin, pemeriksaan kesehatan fisik, dan penguatan dukungan keluarga. Bukti menunjukkan bahwa terapi antipsikotik jangka panjang

berasosiasi dengan penurunan mortalitas semua sebab, sehingga mempertahankan keterhubungan kelompok ini memiliki nilai klinis yang melampaui pengendalian gejala.^{5,18}

Kontrol tidak teratur: masalah kesinambungan pelayanan

Sebanyak 40,0% pasien mengalami kontrol tidak teratur, menunjukkan masalah kesinambungan yang substansial. Angka ini lebih tinggi daripada estimasi disengagement sekitar 30% pada layanan psikosis episode pertama dan rerata 15,6% pada meta-analisis layanan intervensi dini, walaupun perbandingan langsung terbatas oleh perbedaan populasi, tatanan, dan definisi. Tinjauan sistematis definisi disengagement menegaskan bahwa angka dalam literatur bervariasi dari 6% hingga 60% karena heterogenitas definisi; analisis sensitivitas kami memperlihatkan fenomena yang sama, dengan proporsi tidak teratur berkisar 8,8–76,3% bergantung pada ambang yang dipilih.^{20,21,31}

Data lokal mendukung besarnya masalah ini. Penelitian di Puskesmas Loa Bakung, Samarinda, melaporkan kepatuhan minum obat rendah pada 57,5% pasien skizofrenia rawat jalan dan mengaitkannya dengan status kesehatan jiwa yang lebih buruk serta dukungan keluarga yang rendah. Ketidakpatuhan memiliki konsekuensi klinis yang nyata: pada skizofrenia awitan baru, ketidakpatuhan berasosiasi dengan odds kekambuhan 10,27 kali lipat dan odds rawat inap empat kali lipat, dan dalam studi SOHO ketidakpatuhan berasosiasi dengan peningkatan risiko kekambuhan, rawat inap, serta percobaan bunuh diri. Faktor pendorong utama ketidakpatuhan adalah tilikan yang buruk, keyakinan negatif terhadap obat, penyalahgunaan zat, dan aliansi terapeutik yang lemah.^{17–19,28,29}

Tidak ditemukannya hubungan bermakna antara jenis kelamin, usia, atau pendidikan dengan status kesinambungan dalam penelitian ini sejalan dengan tinjauan yang menunjukkan bahwa faktor sosiodemografik bukan prediktor konsisten ketidakpatuhan maupun disengagement. Tinjauan sistematis disengagement dari layanan intervensi dini psikosis justru menemukan bahwa faktor pemungkin seperti kurangnya dukungan keluarga dan tinggal sendiri, serta faktor kebutuhan seperti ketidakpatuhan obat dan penyalahgunaan zat, lebih prediktif dibandingkan faktor predisposisi seperti usia.^{44,45,56}

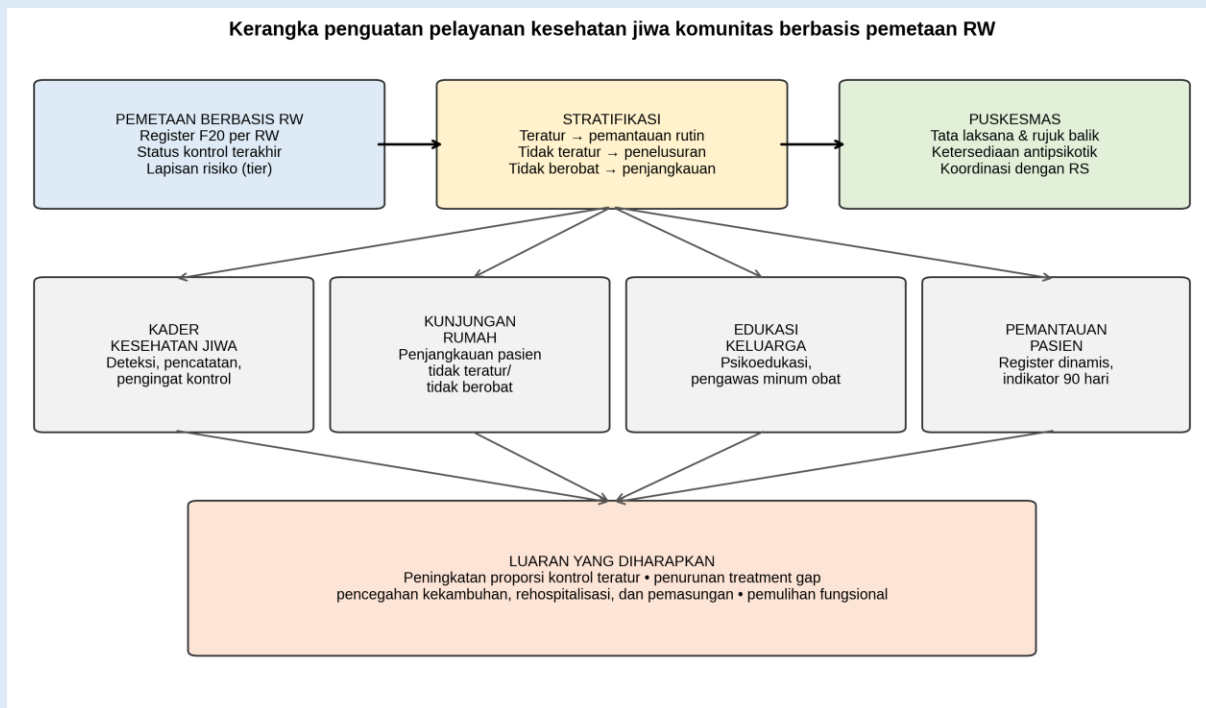
Tidak berobat: kebutuhan yang belum terpenuhi dan kesenjangan pengobatan

Sebanyak 6,3% pasien yang telah teridentifikasi memiliki gangguan jiwa tercatat tidak berobat. Kelompok ini merepresentasikan kesenjangan pengobatan yang paling nyata, karena pasien telah dikenal oleh sistem kesehatan tetapi tidak menerima pengobatan. Perlu ditekankan bahwa angka ini hanya mencakup pasien yang telah tercatat; kesenjangan pengobatan sebenarnya pada tingkat populasi kemungkinan lebih besar karena kasus yang belum terdeteksi tidak masuk dalam register, mengingat median kesenjangan pengobatan skizofrenia di negara berpendapatan menengah ke bawah mencapai 69%.^{6,7}

Catatan bahwa salah satu pasien tidak memiliki jaminan kesehatan nasional menggambarkan hambatan finansial, yang juga dilaporkan oleh keluarga pasien yang dipasung di Kabupaten Bogor. Stigma merupakan hambatan lain yang relevan: tinjauan sistematis terhadap 144 studi menunjukkan bahwa stigma memiliki efek negatif kecil hingga sedang terhadap pencarian bantuan dan menempati peringkat keempat di antara hambatan pencarian pertolongan. Pasien yang tidak berobat berisiko mengalami kekambuhan, perilaku agresif, dan pada akhirnya pemasungan, sebagaimana ditunjukkan oleh studi di Aceh, Bogor, dan Jawa Tengah. Oleh karena itu, kelima pasien ini seharusnya menjadi sasaran penjangkauan aktif dengan prioritas tertinggi.^{13–15,55,57}

Implikasi Pemetaan Pasien terhadap Penguatan Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas

Pengintegrasian dimensi lokasi dan pelayanan menghasilkan stratifikasi wilayah yang dapat langsung digunakan dalam perencanaan. Enam RW prioritas 1 hanya menampung 43,8% pasien tetapi mencakup 56,8% kebutuhan belum terpenuhi dan seluruh pasien tidak berobat. Pendekatan penargetan ini memungkinkan puskesmas dengan sumber daya terbatas memfokuskan intervensi intensif pada wilayah dengan rasio manfaat tertinggi, sesuai prinsip bahwa layanan komunitas harus disesuaikan dengan kebutuhan demografis lokasinya. Kerangka penguatan pelayanan yang diusulkan disajikan pada Gambar 12 dan dirinci per strata pada Tabel 12.^{36,39}



Gambar 12. Kerangka konseptual penguatan pelayanan kesehatan jiwa komunitas berbasis pemetaan RW, yang menghubungkan stratifikasi status pelayanan dengan empat pilar intervensi komunitas (kader kesehatan jiwa, kunjungan rumah, edukasi keluarga, dan pemantauan pasien).

Penguatan kader kesehatan jiwa

Kader kesehatan jiwa merupakan tenaga awam terlatih yang berperan dalam promosi kesehatan, deteksi dini, kunjungan rumah, dan pendampingan keluarga. Studi kualitatif terhadap 71 kader di Aceh, Jakarta, Jawa Barat, dan Jawa Timur menunjukkan bahwa kader termotivasi untuk membantu pemulihan dan mengurangi stigma, tetapi membutuhkan pelatihan dan dukungan yang berkelanjutan. Program pelatihan terintegrasi bagi tenaga kesehatan komunitas di Puskesmas terbukti meningkatkan pengetahuan secara bermakna, dan program pemberdayaan komunitas di Ponorogo dan Sidoarjo yang melibatkan 335 kader di 112 desa melaporkan kepatuhan pengobatan 87,6%. Berdasarkan temuan ini, rasio kader per pasien sebaiknya disesuaikan dengan beban per RW, dengan prioritas pada RW 10 dan RW 4 sebagai RW dengan jumlah pasien terbanyak serta RW prioritas 1.^{12,22,23}

Kunjungan rumah

Kunjungan rumah merupakan strategi utama untuk menjangkau pasien tidak teratur dan tidak berobat. Uji ACCESS menunjukkan bahwa perawatan komunitas asertif sebagai bagian dari perawatan terintegrasi menurunkan disengagement dari 23,2% menjadi 6,3% dan meningkatkan kepatuhan pengobatan. Studi kohort retrospektif di Jepang melaporkan bahwa pemberian antipsikotik injeksi kerja panjang melalui kunjungan rumah menurunkan risiko kegagalan terapi (HR 0,62) dibandingkan layanan rawat jalan. Antipsikotik injeksi kerja panjang sendiri menurunkan kekambuhan sekitar 30% dibandingkan formulasi oral, sehingga perluasan aksesnya ke layanan primer di negara berpendapatan rendah dan menengah direkomendasikan.⁵⁸⁻⁶¹

Edukasi keluarga

Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu intervensi psikososial dengan bukti terkuat. Meta-analisis jaringan terhadap 90 uji acak dengan 10.340 partisipan menunjukkan bahwa psikoedukasi keluarga menurunkan kekambuhan pada 12 bulan (OR 0,18) dibandingkan perawatan standar, dan direkomendasikan sebagai intervensi prioritas dalam konteks keterbatasan sumber daya; meta-analisis jaringan intervensi psikososial juga menempatkan intervensi keluarga (OR 0,35) dan psikoedukasi keluarga (OR 0,56) sebagai intervensi yang paling konsisten menurunkan kekambuhan pada satu tahun. Meta-analisis lain menunjukkan penurunan angka kekambuhan sekitar 20% ketika keluarga dilibatkan, dan psikoedukasi yang melibatkan keluarga lebih efektif dibandingkan psikoedukasi yang hanya ditujukan kepada pasien. Di Indonesia, pemangku kepentingan mendukung intervensi keluarga terstruktur, dan dukungan keluarga yang rendah berasosiasi dengan risiko ketidakpatuhan enam kali lipat pada pasien Puskesmas.^{29,62-66}

Pemantauan pasien

Pemantauan pasien memerlukan register yang dinamis dan akurat. Temuan mutu data dalam penelitian ini, yaitu duplikasi, entri tidak lengkap, format tanggal yang tidak konsisten, dan kemungkinan kesalahan pencatatan jenis kelamin, menunjukkan bahwa register saat ini belum optimal sebagai alat pemantauan. Penggunaan indikator operasional sederhana, misalnya proporsi pasien dengan kunjungan terakhir ≤ 90 hari per RW yang dimutakhirkan setiap bulan, dapat berfungsi sebagai sistem peringatan dini untuk penelusuran pasien mangkir. Intervensi komunitas di negara berpendapatan rendah dan menengah menunjukkan efek yang kuat terhadap keparahan simptom,

fungsi, dan penurunan readmisi, dan intervensi pemulihan berbasis komunitas di Asia Tenggara terbukti meningkatkan pengetahuan, keterampilan coping, dan fungsi sosial pasien.^{32,36,37}

Tabel 12. Matriks implikasi penguatan pelayanan kesehatan jiwa komunitas menurut strata prioritas RW

Strata (RW)	Karakteristik	Kader kesehatan jiwa	Kunjungan rumah	Edukasi keluarga	Pemantauan
Prioritas 1 (RW 1, 4, 7, 9, 11, 12)	35 pasien; 21 belum terpenuhi; seluruh 5 pasien tidak berobat	Penugasan kader khusus; pelacakan aktif pasien mangkir	Penjangkauan dalam 2–4 minggu; evaluasi hambatan (biaya, JKN, stigma)	Psikoedukasi terstruktur keluarga pasien tidak teratur/tidak berobat	Evaluasi bulanan; tindak lanjut >90 hari tanpa kontak
Prioritas 2 (RW 2, 8, 10)	23 pasien; 9 belum terpenuhi; RW 10 pasien termuda	Rasio kader disesuaikan beban (RW 10)	Kunjungan terjadwal bagi pasien tidak teratur	Kelompok psikoedukasi keluarga; dukungan pendidikan/pekerjaan	Evaluasi setiap 2 bulan
Prioritas 3 (RW 3, 5, 6)	22 pasien; 7 belum terpenuhi; kontrol teratur $\geq 66,7\%$	Pemeliharaan; deteksi dini kasus baru	Sesuai kebutuhan; skrining kesehatan fisik lansia	Penguatan pengawas minum obat	Evaluasi setiap 3 bulan

JKN, Jaminan Kesehatan Nasional. Matriks ini merupakan usulan operasional berbasis temuan penelitian dan literatur, dan perlu disesuaikan dengan kapasitas sumber daya Puskesmas.^{22,58,62}

Kekuatan dan Keterbatasan Penelitian

Kekuatan penelitian ini meliputi cakupan total seluruh pasien tercatat di 12 RW, analisis pada tingkat mikrogeografis yang langsung dapat dioperasionalkan, pengaitan eksplisit antara lokasi dan pelayanan, analisis sensitivitas terhadap definisi kesinambungan, serta pelaporan transparan proses pembersihan data sesuai prinsip RECORD. Penggunaan IK95% Wilson dan uji eksak Monte Carlo sesuai untuk ukuran sampel kecil dan sel berfrekuensi rendah.^{32,38}

Beberapa keterbatasan perlu diperhatikan. Pertama, desain retrospektif berbasis data sekunder bergantung pada akurasi pencatatan; kami mengidentifikasi duplikasi, format tanggal yang tidak

konsisten, dan sekitar tujuh entri dengan kemungkinan ketidaksesuaian nama dan jenis kelamin. Koreksi hipotetis terhadap entri tersebut hanya akan mengubah distribusi jenis kelamin menjadi sekitar 52 laki-laki dan 28 perempuan, sehingga kesimpulan tidak berubah. Kedua, penyebut populasi per RW tidak tersedia sehingga prevalensi dan risiko relatif antar-RW tidak dapat dihitung. Ketiga, kesinambungan disimpulkan dari satu tanggal kunjungan terakhir, bukan dari riwayat kunjungan longitudinal atau data dispensing obat, sehingga dapat terjadi misklasifikasi. Keempat, diagnosis mengandalkan kode register tanpa verifikasi klinis ulang. Kelima, variabel penting seperti usia awitan, durasi penyakit, status perkawinan, pekerjaan, jenis antipsikotik, penggunaan zat, dan riwayat pemasangan tidak tersedia. Keenam, ukuran sampel yang kecil membatasi kekuatan uji statistik. Terakhir, hasil penelitian satu puskesmas perkotaan ini tidak dapat digeneralisasi secara langsung ke wilayah lain.^{21,32,45}

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kesimpulan

Pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kebon Pala didominasi laki-laki (63,8%), berada pada usia produktif dengan kelompok usia terbanyak 26–35 tahun, dan mayoritas berpendidikan SLTA, suatu profil yang sejalan dengan penelitian di Indonesia dan global. Pasien tersebar di seluruh RW dengan konsentrasi moderat di RW 10, RW 4, dan RW 5, walaupun bukti statistik ketidakmerataan belum konklusif. Pelayanan sangat bergantung pada rujukan rumah sakit (88,8%), dengan peran Puskesmas sebagai penyedia pengobatan langsung yang minimal. Hanya 53,8% pasien yang kontrol teratur, 40,0% tidak teratur, dan 6,3% tidak berobat, sehingga hampir separuh pasien memiliki kebutuhan pelayanan yang belum terpenuhi. Pemetaan RW mengidentifikasi enam RW prioritas tinggi yang menampung lebih dari separuh kebutuhan belum terpenuhi dan seluruh pasien tidak berobat.^{6,20,22}

Rekomendasi

Bagi Puskesmas Kebon Pala, direkomendasikan: (1) melakukan penjangkauan aktif melalui kunjungan rumah terhadap seluruh pasien tidak berobat dan pasien dengan interval kunjungan >90 hari, dengan prioritas pada RW 1, 4, 7, 9, 11, dan 12; (2) memperkuat kapasitas kader kesehatan jiwa dengan rasio yang disesuaikan terhadap beban per RW; (3) menyelenggarakan psikoedukasi keluarga

terstruktur; (4) memperkuat kapasitas pengobatan pemeliharaan dan mekanisme rujuk balik bagi pasien stabil; serta (5) membenahi register kesehatan jiwa dengan format tanggal baku, kode identitas unik, dan indikator kesinambungan yang dimutakhirkan secara berkala.^{8,58,62}

Bagi dinas kesehatan dan pembuat kebijakan, direkomendasikan penguatan pelatihan dan supervisi tenaga layanan primer dalam tata laksana psikosis sesuai mhGAP, peningkatan ketersediaan antipsikotik termasuk formulasi injeksi kerja panjang di layanan primer, serta upaya memastikan cakupan jaminan kesehatan bagi pasien gangguan jiwa berat. Bagi peneliti selanjutnya, disarankan penelitian kohort prospektif dengan penyebut populasi per RW, data kunjungan dan dispensing obat longitudinal, serta variabel klinis dan psikososial, termasuk pendekatan kualitatif untuk menggali hambatan pasien dan keluarga.^{8,16,43,61}

PERNYATAAN PENULIS

Konflik kepentingan: Para penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan. Kontribusi penulis: [konseptualisasi, kurasi data, analisis formal, penulisan draf, penelaahan dan penyuntingan]. Ketersediaan data: Data teranonimkan dapat diperoleh dari penulis korespondensi atas permintaan yang wajar dan dengan izin Puskesmas Kebon Pala. Ucapan terima kasih: Penulis berterima kasih kepada Kepala Puskesmas Kebon Pala, petugas program kesehatan jiwa, dan kader kesehatan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Kebon Pala.

DAFTAR PUSTAKA

1. Solmi M, et al. Incidence, prevalence, and global burden of schizophrenia – data, with critical appraisal, from the Global Burden of Disease (GBD) 2019. *Mol Psychiatry*. 2023. doi:10.1038/s41380-023-02138-4. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/fa37166d33f65b7c93ea76fd1885be32/>
2. Charlson FJ, et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull*. 2018. doi:10.1093/schbul/sby058. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/a22887a26918597081f6bf28079ee11b/>
3. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global

- Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022. doi:10.1016/s2215-0366(21)00395-3. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/8a722a5ef19756859aac522684d48d8c/>
4. Hjorthøj C, et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017. doi:10.1016/s2215-0366(17)30078-0. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/61a33ce9e690529cbb24e9da489ae66b/>
 5. Correll CU, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*. 2022. doi:10.1002/wps.20994. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/d004c5ce61d85d86ad825d39a5d16a45/>
 6. Lora A, et al. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2012. doi:10.2471/blt.11.089284. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/ef47fcd8a377589db28eacc6f3b66316/>
 7. Patel V, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007. doi:10.1016/s0140-6736(07)61240-9. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/ce102882f4c05f46bfa10110fae2d2a7/>
 8. Lorenz C, et al. Update of the World Health Organization's Mental Health Gap Action Programme guideline for psychoses (including schizophrenia). *Schizophr Bull*. 2024. doi:10.1093/schbul/sbae043. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/5ebbb0135df255a29b3cd589b5ab13d4/>
 9. Mogi J, et al. An assessment of mental health programs at community health centers in north Minahasa, Indonesia. *Int J Community Med Public Health*. 2021. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20214556. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/b9ffb1fc9f1a581397005ce1c5992e44/>
 10. Fandri MY, et al. Evaluation of the health care system for people with mental health disorder at the Panjang Inpatient Health Center Bandar Lampung City. *Malahayati Nurs J*. 2022. doi:10.33024/mnj.v4i7.6343. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/77f387e30088580f9113a4e6f0147da5/>

11. Praherso NF, et al. Mental health literacy of Indonesian health practitioners and implications for mental health system development. *Asian J Psychiatr*. 2020. doi:10.1016/j.ajp.2020.102168. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/a3e7dc0f15535263a0f11d20c95a1570/>
12. Marastuti A, et al. Development and evaluation of a mental health training program for community health workers in Indonesia. *Community Ment Health J*. 2020. doi:10.1007/s10597-020-00579-7. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/2321ea37a4a6516d866c4af31205a7e9/>
13. Laila NH, et al. Factors associated with pasung (physical restraint and confinement) of schizophrenia patients in Bogor Regency, West Java Province, Indonesia 2017. *BMC Psychiatry*. 2019. doi:10.1186/s12888-019-2138-z. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/e94db2a84fde5bd880f242ab02a9c98d/>
14. Laila NH, et al. Perceptions about pasung (physical restraint and confinement) of schizophrenia patients: a qualitative study among family members and other key stakeholders in Bogor Regency, West Java Province, Indonesia 2017. *Int J Ment Health Syst*. 2018. doi:10.1186/s13033-018-0216-0. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/caae302d758c521cbd9a4f97d9454a8c/>
15. Tyas TH, et al. Unlocking the mentally ill in Indonesia: an empirical study of the effectiveness of a “Bebas Pasung” program in Central Java. *PLoS One*. 2024. doi:10.1371/journal.pone.0302190. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/9a3b4d8729b25f67b1dac6ad7412f64b/>
16. Hidayat MT, et al. Indonesia free from pasung: a policy analysis. *Int J Ment Health Syst*. 2023. doi:10.1186/s13033-023-00579-6. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/dde754a93d29533c8decb21a6da5b473/>
17. Higashi K, et al. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013. doi:10.1177/2045125312474019. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/b7a76de0a8925e018d8b79f471350235/>

18. Novick D, et al. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2010. doi:10.1016/j.psychres.2009.05.004. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/c915acb6124e5393801cbf344028a3bc/>
19. Morken G, et al. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 2008. doi:10.1186/1471-244x-8-32. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/5db65826e4005c278e4a97090afa0c2b/>
20. Doyle R, et al. First-episode psychosis and disengagement from treatment: a systematic review. *Psychiatr Serv.* 2014. doi:10.1176/appi.ps.201200570. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/00bdb0895b1b5a919e651900754677d7/>
21. Reynolds S, et al. Defining disengagement from mental health services for individuals experiencing first episode psychosis: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019. doi:10.1007/s00127-019-01750-6. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/d511c39c5f375c7b9189b95986b6e021/>
22. Susanti H, et al. An exploration of the Indonesian lay mental health workers' (cadres) experiences in performing their roles in community mental health services: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst.* 2024. doi:10.1186/s13033-024-00622-0. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/630089a400135afa8ec24c8f2e467001/>
23. Agustina CF, et al. Community health empowerment for early-detecting and reintegrating of schizophrenia in Indonesia. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2025. doi:10.1093/ijnp/pyaf052.356. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/0c446ae1e9eb533b84a0e0e672c68f01/>
24. March D, et al. Psychosis and place. *Epidemiol Rev.* 2008. doi:10.1093/epirev/mxn006. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/5de2878a54c851a8a261b62e49a0a372/>
25. Rindayati R, et al. Identification of characteristics of schizophrenia patients in mental hospital. *J Vocat Nurs.* 2024. doi:10.20473/jovin.v5i2.59822. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/ebb69ce3503857dc841ac241854bf8ba/>
26. Ginting A, et al. Karakteristik penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem tahun 2018–2021. *Jurnal Riset Ilmu Kesehatan Umum dan Farmasi.* 2023.

- doi:10.57213/jrikuf.v2i1.68. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/c4283806cf015f5b9860cc3760977c16/>
27. Permatasari M. Gambaran karakteristik pasien skizofrenia di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Kabupaten Semarang. *Jurnal Ilmiah Multidisiplin Ilmu*. 2025. doi:10.69714/8bevmn70. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/43599c09434558eea18d56a0311aa35c/>
28. Masnina R, et al. Medication adherence and mental health among patients with schizophrenia at Loa Bakung Primary Health Center, Samarinda. *Prima Wiyata Health*. 2026. doi:10.60050/pwh.v7i1.116. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/cf0124489ab8556ab75c00305700b881/>
29. Nurkhalisah, et al. Family support and medication adherence among patients with schizophrenia in primary healthcare. *Prima Wiyata Health*. 2026. doi:10.60050/pwh.v7i1.118. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/ea5c4dc3fe9d54b1aa94f77a979676f6/>
30. Setiawati N. Differences in sociodemographic characteristics of schizophrenia patients between rural and urban areas in Badung Regency. *Warmadewa Med J*. 2020. doi:10.22225/wmj.5.2.1831.76-84. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/f49f8e422d5b5bc9899e084c76809e95/>
31. Robson E, et al. Rates and predictors of disengagement and strength of engagement for people with a first episode of psychosis using early intervention services: a systematic review of predictors and meta-analysis of disengagement rates. *Schizophr Bull Open*. 2022. doi:10.1093/schizbullopen/sgac012. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/dfb9d81ffb9654dd86c84e50097a36a0/>
32. Benchimol EI, et al. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) statement. *PLoS Med*. 2015. doi:10.1371/journal.pmed.1001885. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/06d1345f578c572694ea235d5de3d52d/>

33. Aleman A, et al. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2003. doi:10.1001/archpsyc.60.6.565. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/2337f056f1045759b00b0698c9a672d2/>
34. Jongsma HE, et al. International incidence of psychotic disorders, 2002–17: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2019. doi:10.1016/s2468-2667(19)30056-8. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/20e2873361b758c5aed56ecc357d1f47/>
35. Vassos E, et al. Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2012. doi:10.1093/schbul/sbs096. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/75defb666c6d528384ca12f86d07e599/>
36. Asher L, et al. Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017. doi:10.1186/s12888-017-1516-7. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/b1715a53d5fc56ee99b53b1e9711addb/>
37. Hikmat R, et al. Community-based recovery interventions for improving mental health in schizophrenia patients: a scoping review in Southeast Asia. *BMC Psychiatry*. 2025. doi:10.1186/s12888-025-06962-6. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/21ecdcd87f25689ba0296ba40c71215/>
38. Newcombe RG. Two-sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods. *Stat Med*. 1998. doi:10.1002/(sici)1097-0258(19980430)17:8<857::aid-sim777>3.0.co;2-e. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/95a27b734d38541085e5b9935f41f09c/>
39. Reynolds S, et al. The association between community and service level factors and rates of disengagement in individuals with first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2019. doi:10.1016/j.schres.2019.05.037. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/ea03341e3dc655bfa7cddcfea1d988b3/>
40. Yang Y, et al. Sex differences in clinically diagnosed psychiatric disorders over the lifespan: a nationwide register-based study in Sweden. *Lancet Reg Health Eur*. 2024.

- doi:10.1016/j.lanepe.2024.101105. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/f5782894e1c958d1bf4bac4f87c47a55/>
41. van der Werf M, et al. Systematic review and collaborative recalculation of 133 693 incident cases of schizophrenia. *Psychol Med*. 2014. doi:10.1017/s0033291712002796. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/c79d634940d95290b22331074a9abf48/>
42. Kirkbride JB, et al. Social deprivation, inequality, and the neighborhood-level incidence of psychotic syndromes in East London. *Schizophr Bull*. 2014. doi:10.1093/schbul/sbs151. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/1bb64461331e5778810d42d2e6f44c31/>
43. Khan MF, et al. Role of primary care physicians in management of schizophrenia in low and middle income countries (LMIC): a systematic review. *Pak J Med Sci*. 2023. doi:10.12669/pjms.39.4.7286. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/c10b8e20e961511dbd5b63105b6e78f9/>
44. Mascayano F, et al. Disengagement from early intervention services for psychosis: a systematic review. *Psychiatr Serv*. 2020. doi:10.1176/appi.ps.201900375. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/07048ad8c117554586b0cd8f4dcf9949/>
45. Lacro JP, et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 2002. doi:10.4088/jcp.v63n1007. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/80c5abbcf3b254649cd3992243cf0ec8/>
46. Moniem I, et al. Sex differences in schizophrenia: symptomatology, treatment efficacy and adverse effects. *Front Psychiatry*. 2025. doi:10.3389/fpsyt.2025.1594334. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/fb1a41feb0b45551b09de7c256dd525f/>
47. Dhani LR, et al. A retrospective descriptive study of the characteristics of schizophrenia patients. *J Soc Res*. 2026. doi:10.55324/josr.v5i5.3150. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/754aaae20c3f548893e2fdcf7e620436/>
48. Amin MM, et al. Cognitive profile of patients with schizophrenia in North Sumatera Indonesia. *Open Access Maced J Med Sci*. 2020. doi:10.3889/oamjms.2020.4508. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/37dcaa358260525181910bf380c5e8b3/>

49. Solmi M, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022. doi:10.1038/s41380-021-01161-7. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/89ac94e7b5515eab853d07d7467e21c9/>
50. Immonen J, et al. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry*. 2017. doi:10.1111/eip.12412. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/9e35bbf7361c527996119aab6887eb6d/>
51. Riecher-Rössler A, et al. Sex and gender differences in schizophrenic psychoses—a critical review. *Arch Womens Ment Health*. 2018. doi:10.1007/s00737-018-0847-9. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/eb3143061a4a58e984834041512ff2b1/>
52. Eranti SV, et al. Gender difference in age at onset of schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2013. doi:10.1017/s003329171200089x. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/65404360835e5bf19deaf0fff96df72c/>
53. Dickson H, et al. Academic achievement and schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychol Med*. 2020. doi:10.1017/s0033291720002354. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/34bc30ee4d8b534a919e39dbd229ae28/>
54. MacCabe JH. Population-based cohort studies on premorbid cognitive function in schizophrenia. *Epidemiol Rev*. 2008. doi:10.1093/epirev/mxn007. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/f83ce8bc3555539586c251af1f9004d8/>
55. Puteh I, et al. Aceh Free Pasung: releasing the mentally ill from physical restraint. *Int J Ment Health Syst*. 2011. doi:10.1186/1752-4458-5-10. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/495810a7f30a5744958f9ba7e26496fb/>
56. Mlay J, et al. Engagement, disengagement and re-engagement in mental health services among young patients with first-episode psychosis: a scoping review. *Early Interv Psychiatry*. 2025. doi:10.1111/eip.70100. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/da72b4dd7a805b739f1f99beab2a6122/>
57. Clement S, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015.

- doi:10.1017/s0033291714000129. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/9979ccd53d95503c901a6fa63f3a981a/>
58. Lambert M, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry*. 2010. doi:10.4088/jcp.09m05113yel. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/1c516d8c4ca45714a1c7edf0eeb043ab/>
59. Harada H, et al. Enhanced treatment outcomes for schizophrenia through combined long-acting injectable antipsychotic medications and home visits: retrospective cohort study. *BJPsych Open*. 2025. doi:10.1192/bjo.2025.10809. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/21622527c2d25c8a833bd011037270ff/>
60. Leucht C, et al. Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia—a critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials. *Schizophr Res*. 2011. doi:10.1016/j.schres.2010.11.020. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/a9b6f097f9cd52e1a504949ea3b84049/>
61. Ostuzzi G, et al. Calling for policy actions to increase access to long-acting antipsychotics in low-income and middle-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022. doi:10.1017/s2045796022000166. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/74ac2de6e238506cb912cc01685aa742/>
62. Rodolico A, et al. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2022. doi:10.1016/s2215-0366(21)00437-5. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/3de7b54000b95d9da70ca5583fe653a2/>
63. Bighelli I, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021. doi:10.1016/s2215-0366(21)00243-1. Tersedia di:
<https://consensus.app/papers/details/6f9a0096f94f598691418af3d724860c/>

64. Pitschel-Walz G, et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2001. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/476e06d6f50652559c69904f1a47ff3b/>
65. Lincoln TM, et al. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2007. doi:10.1016/j.schres.2007.07.022. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/1a1563aa4beb54e8b95bb9b6679d3af6/>
66. Susanti H, et al. Stakeholder perspectives of family interventions for schizophrenia in Indonesia: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2024. doi:10.1186/s12888-024-05504-w. Tersedia di: <https://consensus.app/papers/details/dc0373af41ad51d5b49ea93fe609b4a1/>