



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**DETERMINAN KLINIS, SOSIAL, DAN AKSES LAYANAN
TERHADAP DURASI PSIKOSIS TANPA TERAPI
PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI ACEH**

**OLEH:
LIZA FATHIARIANI
NPM: 2407210027**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
BANDA ACEH**

2026



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**DETERMINAN KLINIS, SOSIAL, DAN AKSES LAYANAN
TERHADAP DURASI PSIKOSIS TANPA TERAPI
PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI ACEH**

Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

**OLEH:
LIZA FATHIARIANI
NPM: 2407210027**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
BANDA ACEH**

2026

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Liza Fathiariani

NPM : 2407210027

Peminatan : Epidemiologi

Dengan ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul "**Determinan Klinis, Sosial, Dan Akses Layanan Terhadap Durasi Psikosis Tanpa Terapi pada Pasien Skizofrenia di Aceh**" benar-benar merupakan hasil karya pribadi dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Apabila dikemudian hari diketahui bahwa tesis ini merupakan hasil dibuat oleh pihak-pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan oleh Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA), termasuk pembatalan hasil sidang tesis atau pembatalan hak atas gelar magister saya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, Februari 2026



Liza Fathiariani

NPM: 2407210027

ABSTRAK

Durasi Psikosis Tanpa Pengobatan (*Duration of Untreated Psychosis/DUP*) merupakan indikator penting prognosis jangka panjang pada pasien skizofrenia, di mana DUP yang panjang dikaitkan dengan luaran klinis yang lebih buruk dan disfungsi sosial yang lebih berat. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi determinan DUP pada pasien skizofrenia di Aceh. Studi potong lintang dilakukan pada 209 pasien skizofrenia yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa Aceh sebagai rumah sakit rujukan provinsi. DUP diukur melalui wawancara terstruktur yang merekonstruksi interval antara onset gejala psikotik pertama dan pemberian terapi antipsikotik pertama. Keparahan gejala dinilai menggunakan *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), stigma internal dengan *Internalized Stigma of Mental Illness-10* (ISMI-10), dan dukungan sosial dengan *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS). Akses geografis diukur sebagai estimasi waktu tempuh menggunakan kendaraan roda empat dari kabupaten/kota tempat tinggal pasien menuju RSJ Aceh dan dikategorikan berdasarkan kelompok waktu tempuh. Karena distribusi tidak normal, DUP ditransformasi menjadi $\ln$ DUP dan dianalisis menggunakan regresi linier robust. Median DUP adalah 48 minggu (IQR 12–144). Analisis multivariat menunjukkan bahwa usia onset yang lebih muda berhubungan dengan DUP yang lebih panjang ($\beta = -0,048$; $p = 0,001$), penggunaan pengobatan tradisional secara signifikan memperpanjang DUP ($\beta = -0,821$; $p < 0,001$), dan kelompok waktu tempuh yang lebih lama berhubungan dengan peningkatan DUP. Sebaliknya, dukungan sosial yang lebih tinggi berperan protektif terhadap DUP ($\beta = -0,028$; $p = 0,001$), sementara status cerai mati juga berhubungan dengan DUP yang lebih panjang ($\beta = 1,323$; $p = 0,034$). Disimpulkan bahwa keterlambatan pengobatan psikosis di Aceh terutama dipengaruhi oleh onset dini, hambatan akses geografis, praktik pencarian bantuan non-medis, dan rendahnya dukungan sosial, sehingga penguatan deteksi dini dan sistem rujukan berbasis keluarga diperlukan untuk memperpendek DUP.

Kata kunci: skizofrenia, durasi psikosis tanpa terapi, akses geografis, pengobatan tradisional, dukungan sosial, Aceh.

ABSTRACT

Duration of Untreated Psychosis (DUP) is a critical prognostic indicator in schizophrenia, with prolonged DUP associated with poorer clinical and functional outcomes. This study aimed to identify determinants of DUP among patients with schizophrenia in Aceh, Indonesia. A cross-sectional study was conducted involving 209 patients receiving treatment at Aceh Mental Hospital, the provincial referral center. DUP was measured through structured interviews reconstructing the interval between the onset of first psychotic symptoms and the initiation of antipsychotic treatment. Symptom severity was assessed using the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), internalized stigma using the Internalized Stigma of Mental Illness-10 (ISMI-10), and perceived social support using the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Geographic access was measured as estimated travel time by four-wheeled vehicle from the patient's district of residence to the hospital and categorized into travel-time groups. Due to non-normal distribution, DUP was log-transformed (lnDUP) and analyzed using robust linear regression. The median DUP was 48 weeks (IQR 12–144). Multivariate analysis showed that younger age at onset was independently associated with longer DUP ($\beta = -0.048$; $p = 0.001$), prior use of traditional treatment significantly prolonged DUP ($\beta = -0.821$; $p < 0.001$), and longer travel-time categories were associated with increased DUP. Conversely, higher perceived social support was independently protective against prolonged DUP ($\beta = -0.028$; $p = 0.001$), while being widowed was also associated with longer DUP ($\beta = 1.323$; $p = 0.034$). These findings indicate that treatment delay in psychosis is shaped by early clinical onset, geographic barriers, culturally embedded help-seeking practices, and social support dynamics, underscoring the importance of family-based early detection and strengthened referral systems to reduce DUP.

Keywords: schizophrenia, duration of untreated psychosis, travel time, traditional treatment, social support, Indonesia.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat, karunia, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Determinan Klinis, Sosial, dan Akses Layanan terhadap Durasi Psikosis Tanpa Terapi pada Pasien Skizofrenia di Aceh.”** Shalawat dan salam semoga senantiasa tercurah kepada junjungan alam Nabi Muhammad SAW, yang telah membawa umat manusia dari alam kegelapan menuju alam yang penuh dengan ilmu pengetahuan serta menjadi suri teladan bagi seluruh umat manusia.

Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh. Proses penyusunan tesis ini tidak terlepas dari dukungan, bantuan, bimbingan, serta doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Dr. Aslam Nur, M.A., selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Universitas Muhammadiyah Aceh.
2. Prof. Dr. Ir. Hafnidar A. Rani, S.T., M.M., IPU., ASEAN Eng., ACPE., APEC Eng., selaku Direktur Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh yang telah memberikan dukungan serta fasilitas selama proses pendidikan penulis.
3. Ibu Dharina Baharuddin, SKM., MKM., Ph.D, selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh yang telah memberikan arahan, bimbingan, dan motivasi selama proses pendidikan dan penyusunan tesis ini.
4. Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc HPPF., DLSHTM., Ph.D, selaku pembimbing pertama yang telah meluangkan waktu, tenaga, serta pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan, dan masukan yang sangat berharga dalam proses penyusunan tesis ini.

5. Ibu Dr. Maidar, M.Kes, selaku pembimbing kedua yang dengan penuh kesabaran telah memberikan bimbingan, arahan, serta saran konstruktif sehingga tesis ini dapat diselesaikan dengan baik.
6. Bapak Fachmi Ichwansyah, S.Kp., MPH., Ph.D dan Bapak Dr. Hermansyah, SKM., MPH, selaku penguji yang telah memberikan kritik, saran, dan masukan yang sangat bermanfaat dalam penyempurnaan tesis ini.
7. Direktur dan seluruh jajaran pimpinan serta staf Rumah Sakit Jiwa Aceh yang telah memberikan izin dan dukungan kepada penulis dalam pelaksanaan penelitian serta membantu kelancaran proses pengumpulan data.
8. Seluruh responden penelitian yang telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan informasi yang sangat berharga sehingga penelitian ini dapat terlaksana dengan baik.
9. Seluruh dosen dan civitas akademika Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh yang telah memberikan ilmu pengetahuan, pengalaman, dan dukungan selama penulis menempuh pendidikan.
10. Teman-teman seperjuangan di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan dukungan, kebersamaan, dan semangat selama menjalani proses perkuliahan hingga penyusunan tesis ini.

Ucapan terima kasih yang sangat istimewa penulis sampaikan kepada ibunda tersayang yang selalu memberikan kasih sayang, dukungan, dan doa yang tidak pernah putus kepada penulis dalam setiap langkah kehidupan. Terima kasih yang tulus juga penulis sampaikan kepada suami tercinta yang senantiasa memberikan dukungan, pengertian, semangat, dan doa selama penulis menjalani proses pendidikan hingga penyusunan tesis ini. Tidak lupa kepada anak-anak tercinta, yang selalu menjadi sumber kebahagiaan, inspirasi, serta motivasi bagi penulis untuk terus berusaha memberikan yang terbaik.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih memiliki keterbatasan dan kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang konstruktif dari berbagai pihak demi penyempurnaan karya ilmiah ini di masa yang akan datang.

Akhir kata, penulis berharap semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya dalam bidang kesehatan masyarakat dan kesehatan jiwa, serta dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya.

Banda Aceh, Februari 2026

Penulis



LEMBAR PENGESAHAN TESIS

DETERMINAN KLINIS, SOSIAL, DAN AKSES LAYANAN TERHADAP DURASI PSIKOSIS TANPA TERAPI PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI ACEH

Oleh:

LIZA FATHIARIANI

NPM: 2407210027

Banda Aceh, 27 Februari 2026

Disetujui Oleh

Pembimbing I

Pembimbing II



Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM,
MSc. HPPF, DLSHTM, PhD

NIP. 19710703 199503 1 001

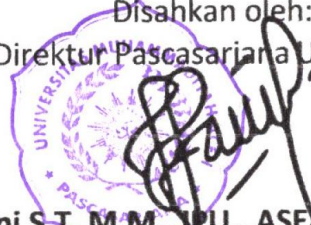


Dr. Maidar, M.Kes

NIP. 19710723 199101 2 001

Disahkan oleh:

Direktur Pascasarjana UNMUHA



Prof. Dr. Ir. Hafnidar A. Rani S.T., M.M., IPU., ASEAN Eng., ACPE., APEC Eng.

NIK. 19700314 200004 2 001

PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS

Tesis dengan Judul:

DETERMINAN KLINIS, SOSIAL, DAN AKSES LAYANAN TERHADAP DURASI PSIKOSIS TANPA TERAPI PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI ACEH

Oleh:

Liza Fathiariani

NPM: 2407210027

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan
Komite Sidang Tesis Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

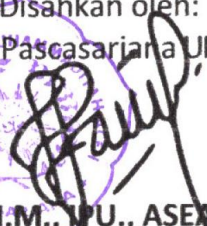
Banda Aceh, Februari 2026

Disetujui Oleh Komite Sidang Tesis

Ketua :	<u>Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc. HPPF, DLSHTM, PhD</u> NIP. 19710703 199503 1 001	 (_____)
Penguji I :	<u>Dr. Maidar, M.Kes</u> NIP. 19710723 199101 2 001	 (_____)
Penguji II :	<u>Fachmi Ichwansyah, S.Kp., MPH., Ph.D</u> NIP. 19681026 201912 2 001	 (_____)
Penguji III :	<u>Dr. Hermansyah, SKM., MPH</u> NIP. 19720218 199703 1 002	 (_____)

Disahkan oleh:

Direktur Pascasarjana UMMUHA


Prof. Dr. Ir, Hafnidar A. Rani S.T, M.M., IPU., ASEAN Eng., ACPE., APEC Eng.
NIK. 19700314 200004 2 001

BIODATA

Nama : Liza Fathiariani
Tempat, Tanggal Lahir : Pulo Mesjid II, 6 Februari 1988
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
Alamat : Jl. SDN 44 Lr. Usaha Tani II Ceurih, Kec. Ulee
Kareng Banda Aceh
Pendidikan
• SD : SDN 1 Tangse, Pidie
• SMP : MTsS Jeumala Amal Lueng Putu, Pidie Jaya
• SMA : SMA Negeri Modal Bangsa
• S1 : Pendidikan Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran,
Universitas Syiah Kuala
NPM : 2407210027



DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	I
ABSTRAK	II
ABSTRACT	III
KATA PENGANTAR	IV
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	VII
PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS	VIII
BIODATA	IX
DAFTAR ISI	X
DAFTAR TABEL	XIII
DAFTAR GAMBAR	XIV
DAFTAR LAMPIRAN	XV
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 RUMUSAN MASALAH	2
1.3 PERTANYAAN PENELITIAN	3
1.4 TUJUAN PENELITIAN	3
1.4.1 Tujuan Umum Penelitian	3
1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian	3
1.5 RUANG LINGKUP PENELITIAN	4
1.6 MANFAAT PENELITIAN	5
1.6.1 Manfaat Praktis	5
1.6.2 Manfaat Teoritis	5
1.7 ORIGINALITAS PENELITIAN	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 SKIZOFRENIA	13
2.1.1 Definisi	13
2.1.2 Epidemiologi	14
2.1.3 Etiologi dan Patofisiologi	14
2.1.4 Tahapan Perkembangan Skizofrenia	17
2.1.5 Penatalaksanaan	19

2.2	DURASI PSIKOSIS TANPA TERAPI.....	20
2.2.1	<i>Rentang Waktu DUP</i>	22
2.2.2	<i>Determinan Durasi Psikosis Tanpa Terapi</i>	22
2.2.3	<i>Dampak Durasi Psikosis Tanpa Terapi</i>	24
2.3	KEBIJAKAN KESEHATAN JIWA DI ACEH.....	26
2.4	KERANGKA TEORI.....	27
BAB III	KERANGKA KONSEP	30
3.1	KERANGKA KONSEP	30
3.2	HIPOTESIS PENELITIAN	31
3.2.1	H_0 (Hipotesis Nol)	31
3.2.2	H_1 (Hipotesis Alternatif)	31
3.3	VARIABEL PENELITIAN.....	32
3.3.1	<i>Variabel Dependen</i>	32
3.3.2	<i>Variable Independen</i>	32
3.4	DEFINISI OPERASIONAL	33
BAB IV	METODE PENELITIAN.....	37
4.1	DESAIN PENELITIAN.....	37
4.2	LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN	37
4.3	POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN	37
4.3.1	<i>Populasi</i>	37
4.3.2	<i>Sampel</i>	38
4.4	INSTRUMEN PENELITIAN	40
4.4.1	<i>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)</i>	40
4.4.2	<i>Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)-10</i>	41
4.4.3	<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MPSS)</i>	42
4.5	METODE PENGUMPULAN DATA	44
4.5.1	<i>Rancangan Analisis Data</i>	46
4.5.2	<i>Rancangan Analisis Data Univariat</i>	46
4.5.3	<i>Rancangan Analisis Data Bivariat</i>	46
4.5.4	<i>Rancangan Analisis Data Multivariat</i>	47
4.6	ETIKA PENELITIAN	48
4.7	PENGENDALIAN BIAS PENELITIAN.....	49
BAB V	HASIL PENELITIAN.....	52
5.1	GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN.....	52
5.2	KARAKTERISTIK RESPONDEN (ANALISIS UNIVARIAT)	54

5.3	UJI NORMALITAS	56
5.3	ANALISA BIVARIAT	57
5.4	ANALISA MULTIVARIAT	59
BAB VI PEMBAHASAN		63
6.1	HUBUNGAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI DENGAN DUP	63
6.1.1	<i>Usia Onset dan DUP.....</i>	63
6.1.2	<i>Jenis Kelamin dan DUP</i>	64
6.1.3	<i>Tingkat Pendidikan dan DUP.....</i>	65
6.1.4	<i>Status Pernikahan dan DUP.....</i>	67
6.1.5	<i>Status Pekerjaan dan DUP</i>	68
6.2	HUBUNGAN FAKTOR PENCARIAN PENGOBATAN DENGAN DUP.....	69
6.2.1	<i>Pengobatan Tradisional dan DUP</i>	69
6.3	HUBUNGAN AKSES LAYANAN KESEHATAN DENGAN DUP	70
6.3.1	<i>Letak Geografis dan DUP.....</i>	70
6.3.2	<i>Jarak ke Psikiater, Puskesmas, dan Riwayat Menolak Berobat ke RSJ Aceh</i>	72
6.4	HUBUNGAN STIGMA DAN DUKUNGAN SOSIAL DENGAN DUP	74
6.4.1	<i>Stigma Internal dan DUP</i>	74
6.4.2	<i>Dukungan Sosial dan DUP.....</i>	75
6.5	HUBUNGAN KEPARAHAN GEJALA DENGAN DUP	77
6.6	FAKTOR DOMINAN YANG MEMPENGARUHI DUP	79
6.7	KETERBATASAN PENELITIAN.....	79
6.8	KEKUATAN PENELITIAN.....	81
6.9	IMPLIKASI PENELITIAN.....	82
5.9.1	IMPLIKASI TEORITIS	82
6.9.2	IMPLIKASI PRAKTIS	83
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN		84
7.1	KESIMPULAN.....	84
7.2	SARAN.....	85
7.2.1	<i>Saran untuk Praktik Klinis dan Layanan Kesehatan Jiwa.....</i>	85
7.2.2	<i>Saran untuk Kebijakan Kesehatan dan Program Kesehatan Masyarakat.....</i>	86
7.2.3	<i>Saran untuk Penelitian Selanjutnya.....</i>	86
DAFTAR PUSTAKA		87
LAMPIRAN.....		97

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Originalitas Penelitian	8
Tabel 3. 1 Definisi Operasional.....	33
Tabel 5. 1 Karakteristik Responden	54
Tabel 5. 2 Uji Normalitas Shapiro–Wilk	56
Tabel 5. 3 Analisis Bivariat Faktor yang Berhubungan dengan DUP	57
Tabel 5. 4 Analisis Regresi Linear Multivariat Determinan $\ln(\text{DUP})$	59



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Dampak DUP pada Luaran Klinis Jangka Pendek dan Panjang	25
Gambar 2. 2 <i>Andersen's Behavioral Model of Health</i>	29
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep	31
Gambar 6. 1 Bagan konseptual faktor dominan yang memengaruhi Durasi Psikosis Tanpa Terapi.....	79



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan Mengenai Penelitian	97
Lampiran 2 Lembar Kuesioner	100
Lampiran 3 Persetujuan Etik	108
Lampiran 4 Permohonan Rekomendasi Izin Penelitian	109
Lampiran 5 Dokumentasi Penelitian	111
Lampiran 6 Master Data	112
Lampiran 7 Pengolahan Data	115



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang berdampak signifikan terhadap persepsi, proses pikir, emosi, dan perilaku individu (Kaplan et al., 2024). Gangguan ini tidak hanya memengaruhi kondisi klinis pasien, tetapi juga menimbulkan beban sosial dan ekonomi yang tinggi akibat disabilitas jangka panjang yang menyertainya (Ferrari et al., 2024). Data Global Burden of Disease (GBD) tahun 2021 menunjukkan bahwa sekitar 23,6 juta jiwa di seluruh dunia hidup dengan skizofrenia, dengan kontribusi sebesar 3,01 juta *Years Lived with Disability* (YLDs), menjadikannya salah satu penyebab utama disabilitas akibat gangguan mental (Ferrari et al., 2024).

Meskipun terapi antipsikotik dan intervensi psikososial telah terbukti efektif, keterlambatan dalam memperoleh pengobatan masih menjadi masalah utama dalam penanganan psikosis. Di kawasan Asia Tenggara, prevalensi skizofrenia diperkirakan mencapai 4,6 per 1.000 penduduk, tetapi lebih dari separuh pasien belum mendapatkan pengobatan yang adekuat (Chen et al., 2024). Di Indonesia, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 melaporkan bahwa 6,7 dari 1.000 rumah tangga memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat, termasuk skizofrenia. Angka ini diduga masih lebih rendah dari prevalensi sebenarnya akibat keterbatasan deteksi dini, akses layanan kesehatan jiwa yang belum merata, serta tingginya stigma sosial (Tristiana et al., 2019; Hartini et al., 2018).

Di Provinsi Aceh, berdasarkan laporan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi skizofrenia di Aceh mencapai 8,7 per mil penduduk, lebih tinggi dari angka nasional (Kemenkes, 2023). Tingginya angka tersebut diperburuk oleh rendahnya akses terhadap layanan kesehatan jiwa, rendahnya literasi kesehatan mental, serta kuatnya preferensi terhadap pengobatan non-medis (Marthoenis et al., 2016). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa sebagian besar pasien di Aceh menjalani pengobatan tradisional sebelum mengakses layanan medis formal

sehingga berpotensi memperpanjang keterlambatan pengobatan (Habibillah et al., 2024).

Salah satu indikator penting dalam penanganan skizofrenia Adalah durasi psikosis tanpa terapi (*Duration of Untreated Psychosis/DUP*), yaitu periode antara munculnya gejala psikotik pertama hingga pasien menerima intervensi medis yang tepat (Penttilä et al., 2014; Nkire et al., 2024; Morgan et al., 2025). DUP yang lebih pendek berhubungan dengan luaran klinis yang lebih baik, sedangkan DUP yang panjang dikaitkan dengan gejala yang lebih berat, peningkatan risiko kekambuhan, serta gangguan fungsi sosial (Marshall et al., 2005; Penttilä et al., 2014; Fusar-Poli et al., 2023; Salazar de Pablo et al., 2024; Morgan et al., 2025). Meskipun demikian, sebagian besar bukti ilmiah mengenai determinan DUP berasal dari negara berpendapatan tinggi dengan sistem layanan kesehatan jiwa yang relatif mapan.

Dalam konteks wilayah dengan keterbatasan layanan kesehatan jiwa seperti Aceh, keterlambatan pengobatan psikosis kemungkinan dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara faktor klinis, sosiodemografi, stigma, dukungan keluarga, perilaku pencarian bantuan, serta akses terhadap layanan kesehatan. Namun, hingga saat ini belum tersedia kajian kuantitatif komprehensif yang menganalisis determinan durasi psikosis tanpa pengobatan secara simultan dalam konteks lokal Aceh.

1.2 Rumusan Masalah

Durasi psikosis tanpa terapi merupakan indikator penting yang berpengaruh terhadap prognosis jangka panjang pasien skizofrenia. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa DUP yang panjang berkaitan dengan luaran klinis yang lebih buruk, peningkatan risiko kekambuhan, serta gangguan fungsi sosial. Namun, lamanya DUP dipengaruhi oleh faktor yang bersifat multidimensional dan kontekstual.

Dalam konteks Provinsi Aceh, keterlambatan penanganan psikosis diduga dipengaruhi oleh interaksi antara faktor klinis awal, karakteristik sosiodemografi, perilaku pencarian bantuan termasuk penggunaan pengobatan tradisional, tingkat stigma, dukungan sosial, serta akses terhadap layanan kesehatan jiwa. Meskipun demikian, hingga saat ini belum tersedia data kuantitatif yang komprehensif yang

menganalisis faktor-faktor tersebut secara simultan untuk mengidentifikasi determinan independen durasi psikosis tanpa terapi pada pasien skizofrenia di Aceh.

Oleh karena itu, diperlukan penelitian untuk menjawab permasalahan mengenai faktor-faktor apa saja yang berhubungan dan berperan sebagai determinan independen terhadap lamanya durasi psikosis tanpa terapi dalam konteks lokal Aceh.

1.3 Pertanyaan Penelitian

“Faktor-faktor biopsikososial apa saja yang berhubungan dan menjadi determinan independen durasi psikosis tanpa terapi pada pasien skizofrenia di Aceh?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum Penelitian

Mengidentifikasi dan menganalisis faktor-faktor biopsikososial yang berhubungan dan menjadi determinan independen durasi psikosis tanpa terapi pada pasien skizofrenia di Aceh.

1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian

1. Menganalisis hubungan antara faktor klinis (usia onset psikosis dan tingkat keparahan gejala) dengan durasi psikosis tanpa terapi.
2. Menganalisis hubungan antara faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan status pekerjaan) dengan durasi psikosis tanpa terapi.
3. Menganalisis hubungan antara perilaku pencarian bantuan, khususnya penggunaan pengobatan tradisional sebelum pengobatan medis, dengan durasi psikosis tanpa terapi.
4. Menganalisis hubungan antara stigma terhadap gangguan jiwa dan dukungan sosial dengan durasi psikosis tanpa terapi.

5. Menganalisis hubungan antara akses terhadap layanan kesehatan jiwa (jarak ke fasilitas layanan dan kepemilikan asuransi kesehatan) dengan durasi psikosis tanpa terapi.
6. Mengidentifikasi faktor-faktor yang menjadi determinan independen durasi psikosis tanpa terapi melalui analisis multivariat. Mengidentifikasi faktor-faktor yang menjadi determinan independen lamanya DUP melalui analisis multivariat.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini berfokus pada analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan durasi psikosis tanpa terapi pada pasien skizofrenia di Aceh. Pengambilan data dilakukan pada pasien yang mengakses layanan di Rumah Sakit Jiwa Aceh sebagai rumah sakit rujukan provinsi, baik melalui Instalasi Gawat Darurat (IGD), poliklinik rawat jalan, maupun rawat inap. Subjek penelitian adalah pasien yang didiagnosis skizofrenia berdasarkan kriteria DSM-5 dan ICD-10.

Desain penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain potong lintang (*cross-sectional*). Data primer dikumpulkan melalui wawancara langsung dan kuesioner terstruktur selama periode Agustus–Desember 2025.

Variabel yang dianalisis meliputi:

1. Faktor sosiodemografi: usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan status pekerjaan.
2. Faktor perilaku pencarian pengobatan: penggunaan pengobatan tradisional sebelum mengakses layanan medis formal.
3. Dukungan sosial: diukur menggunakan *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS).
4. Stigma terhadap gangguan jiwa: diukur menggunakan *Internalized Stigma of Mental Illness* (ISMI-10).
5. Akses layanan kesehatan jiwa: jarak ke fasilitas layanan dan kepemilikan asuransi kesehatan.
6. Keparahan gejala psikotik: diukur menggunakan *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS).

7. Durasi psikosis tanpa terapi: diukur melalui wawancara terstruktur berbasis rekonstruksi riwayat klinis yang dilakukan oleh tenaga medis terlatih.

Analisis data dilakukan menggunakan perangkat lunak Stata 17, meliputi analisis deskriptif, bivariat, dan multivariat. Untuk mengidentifikasi determinan independen, digunakan regresi linier dengan transformasi logaritma natural pada variabel durasi psikosis tanpa terapi (lnDUP), disesuaikan dengan distribusi data.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Praktis

1. Menyediakan bukti empiris mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan lamanya durasi psikosis tanpa terapi sebagai dasar penguatan deteksi dini dan perbaikan sistem rujukan layanan kesehatan jiwa di Aceh.
2. Menjadi dasar bagi tenaga kesehatan jiwa dalam menyusun edukasi bagi pasien dan keluarga terkait pentingnya pengenalan dini gejala psikosis dan pencarian pertolongan medis secara tepat waktu.
3. Memberikan masukan bagi pengelola layanan kesehatan dan pembuat kebijakan daerah dalam pengembangan layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas guna meminimalkan keterlambatan pengobatan skizofrenia.
4. Memberikan gambaran epidemiologis mengenai distribusi dan determinan durasi psikosis tanpa terapi pada pasien skizofrenia di Aceh sebagai dasar perencanaan intervensi kesehatan jiwa berbasis populasi.

1.6.2 Manfaat Teoritis

1. Memperkaya kajian ilmiah mengenai determinan biopsikososial DUP pada pasien skizofrenia dalam konteks negara berkembang, khususnya Indonesia.
2. Memperkuat pemahaman teoritis tentang peran dukungan sosial, stigma, perilaku pencarian bantuan, dan faktor struktural layanan kesehatan dalam memengaruhi lamanya DUP.
3. Menjadi rujukan akademik bagi penelitian selanjutnya yang mengkaji determinan DUP dengan pendekatan multivariat dan kontekstual.

1.7 Originalitas Penelitian

Penelitian terkait durasi psikosis tanpa terapi pada pasien skizofrenia telah banyak dilakukan secara global. Akan tetapi sebagian besar studi masih berfokus pada faktor medis dan biologis. Misalnya, [Goff et al. \(2018\)](#) mengeksplorasi hubungan DUP dengan atrofi *hippocampus* dan biomarker molekuler. Sementara itu, penelitian oleh [Albert et al. \(2017\)](#) dan [Barnes et al. \(2008\)](#) menunjukkan bahwa DUP yang lebih pendek berkaitan dengan remisi gejala dan peningkatan fungsi sosial.

Di Indonesia, [Marchira et al. \(2016\)](#) meneliti pengaruh pengobatan tradisional dan stigma terhadap DUP dan menemukan bahwa rata-rata DUP di Yogyakarta relatif pendek, yakni sekitar 30 hari. Temuan ini berbeda dengan berbagai penelitian di negara berkembang lain yang menunjukkan DUP cenderung panjang. [Marthoenis et al. \(2016\)](#) juga meneliti faktor-faktor yang memengaruhi keterlambatan pengobatan, tetapi belum secara mendalam mengeksplorasi kontribusi sistem layanan kesehatan dan norma budaya lokal. Di Nepal, DUP dilaporkan panjang dan berasosiasi dengan tinggal di wilayah pegunungan, pengangguran, onset penyakit yang tidak jelas, dan diagnosis skizofrenia ([Limbu, Suren et al., 2025](#)). Penelitian di Norwegia juga menegaskan bahwa keterlambatan penanganan dipengaruhi oleh lokasi spasial layanan kesehatan serta onset gejala yang lambat, terutama di daerah terpencil ([Kvig, Erling Inge et al., 2017](#)).

Penelitian di Aceh oleh [Habibillah et al. \(2024\)](#) menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara faktor sosiodemografis dengan lamanya DUP. Temuan ini juga menunjukkan bahwa skor PANSS-EC, sebagai indikator keparahan gejala psikotik, tergolong rendah dan tidak berkorelasi dengan DUP. Hal ini bertentangan dengan sebagian besar literatur sebelumnya yang menyatakan bahwa keparahan gejala dan karakteristik demografis memiliki kontribusi terhadap lamanya keterlambatan pengobatan.

Dengan mempertimbangkan kesenjangan tersebut, penelitian ini mengintegrasikan faktor klinis, sosial, dan struktural dalam satu kerangka analitik yang berbasis model biopsikososial. Studi ini tidak hanya memeriksa karakteristik klinis pasien, tetapi juga menganalisis peran stigma internal, dukungan sosial, praktik

penggunaan pengobatan tradisional, serta aksesibilitas layanan kesehatan jiwa secara simultan dalam satu model multivariat. Pendekatan integratif ini masih terbatas dalam konteks penelitian DUP di Aceh.



Tabel 1. 1 Originalitas Penelitian

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan
1	Marchira et al. (2016)	<i>The association between duration of untreated psychosis in first psychotic episode patients and help seeking behaviors in Jogjakarta, Indonesia</i>	Penelitian ini melibatkan 100 pasien psikotik dini dan pengasuh mereka di Jogjakarta, dengan desain cross-sectional dan metode analitik deskriptif. Pasien yang terlibat adalah mereka yang mengalami episode psikotik pertama dan berusia 15-30 tahun. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam untuk menilai keyakinan dan perspektif pasien dan pengasuh tentang episode psikotik. Durasi Psikosis Tanpa Terapi (DUP) diukur sejak perubahan perilaku pertama hingga pasien mendapatkan pengobatan medis. Analisis data dilakukan menggunakan	DUP pada populasi ini sangat singkat. Mayoritas pengasuh adalah orang tua atau pasangan, dan sebagian besar menggambarkan gejala psikotik dengan model medis (60%). Meskipun 67% mengunjungi penyembuh tradisional sebelum ke profesional medis, DUP tidak berbeda signifikan antara kedua kelompok. Penelitian lebih lanjut dengan sampel lebih besar diperlukan untuk memahami hubungan antara pencarian perawatan dan DUP di Indonesia.	Penelitian ini dilaksanakan Yogyakarta dengan fokus pada model medis pengasuh dan tidak menemukan hubungan signifikan antara pengobatan tradisional dan DUP. Sementara penelitian pada thesis ini di Aceh dengan mengeksplorasi pengaruh bio-psiko-sosial seperti budaya, kepercayaan tradisional, akses layanan kesehatan, stigma dan dukungan keluarga terhadap lamanya DUP, dengan sampel lebih luas dan pendekatan yang lebih mendalam.

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan
			SPSS, dengan signifikansi statistik pada $p < 0,05$.		
2	Marthoenis et al. (2016)	<i>Patterns and determinants of treatment seeking among previously untreated psychotic patients in Aceh Province, Indonesia: a qualitative study</i>	Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam pada 16 anggota keluarga pasien yang membawa pasien untuk mendapatkan perawatan psikiatri di Rumah Sakit Jiwa Aceh. Wawancara dilaksanakan antara Maret dan Mei 2014. Data dianalisis menggunakan analisis konten kualitatif yang terdiri dari empat langkah untuk mengidentifikasi tema-tema penting terkait penundaan pencarian pengobatan.	Penelitian ini menemukan bahwa keterlambatan pencarian pengobatan untuk pasien psikotik disebabkan oleh beberapa faktor, termasuk keyakinan yang salah tentang penyebab penyakit, stigma terhadap gangguan mental, masalah keuangan, jarak yang jauh ke rumah sakit, dan sistem birokrasi yang rumit. Namun, faktor yang mempercepat pencarian pengobatan termasuk pendidikan keluarga, pengalaman sebelumnya dengan pengobatan psikotik, dan akses yang lebih baik ke fasilitas kesehatan.	Tesis ini menilai determinan DUP dari perspektif bio-psiko-sosial, termasuk faktor demografis, stigma, PANSS, dan dukungan keluarga, serta pengaruh pengobatan tradisional dan budaya lokal terhadap lamanya DUP pada pasien skizofrenia di Aceh dengan menggunakan pendekatan kuantitatif.
3	Albert et al. (2017)	<i>The effect of duration of untreated psychosis and treatment delay on the outcomes of prolonged</i>	Desain penelitian randomized controlled trial (RCT) yang menguji <i>specialized early</i>	Peserta dengan DUP pendek cenderung merespons lebih baik terhadap perawatan SEI yang diperpanjang, terutama	Tesis ini menilai determinan DUP dari perspektif bio-psiko-sosial, termasuk faktor demografis, stigma, PANSS, dan dukungan keluarga, serta

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan
		<i>early intervention in psychotic disorders</i>	<i>intervention</i> (SEI) terhadap respons pengobatan setelah 5 tahun dibandingkan dengan 2 tahun SEI. Sebanyak 400 peserta yang didiagnosis dalam spektrum skizofrenia direkrut untuk penelitian ini. Peserta dibagi menjadi dua kelompok berdasarkan Durasi Psikosis Tanpa Terapi (DUP), penundaan pengobatan, dan waktu dari gejala pertama hingga dimulainya perawatan SEI. Kelompok ini dianalisis terkait dengan respons pengobatan terhadap psikopatologi, tingkat fungsionalitas, dan fungsi kognitif.	pada dimensi disorganisasi dan negatif. Peserta dengan waktu singkat antara gejala pertama dan dimulainya SEI menunjukkan perbedaan signifikan pada dimensi negatif, yang lebih menguntungkan pada perawatan SEI yang diperpanjang.	pengaruh pengobatan tradisional dan budaya lokal terhadap lamanya DUP pada pasien skizofrenia di Aceh dengan menggunakan pendekatan kuantitatif.
4	Goff et al. (2018)	<i>Association of hippocampal atrophy with duration of untreated psychosis</i>	Penelitian ini melibatkan individu dengan episode psikotik pertama (FEP) yang direkrut dari	DUP yang lebih lama berhubungan dengan perubahan yang lebih besar dalam volumetrik	Tesis ini berfokus pada determinasi DUP pada pasien skizofrenia di Aceh, dengan menilai faktor bio-psiko-sosial seperti stigma, dukungan

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan
		<i>and molecular biomarkers during initial antipsychotic treatment of first-episode psychosis</i>	Shanghai Mental Health Center. Kelompok kontrol sehat dipilih berdasarkan kesesuaian usia, jenis kelamin, dan pendidikan. DUP diukur berdasarkan wawancara dengan peserta dan keluarga. Peserta menjalani MRI hippocampus dan tes neuropsikologis pada awal dan setelah 8 minggu. Biomarker molekuler diukur menggunakan darah dan air liur. Analisis statistik dilakukan dengan SPSS dan JMP Pro untuk uji perbedaan dan korelasi antara DUP dan biomarker.	hippocampus. Analisis menunjukkan bahwa pengaruh DUP terhadap perubahan HVI berbeda antara kelompok FEP dan kontrol sehat. Selain itu, terdapat hubungan signifikan antara DUP dan biomarker inflamasi, stres, dan neurotoksisitas. Hasil ini menyarankan pentingnya intervensi dini untuk mencegah kerusakan struktural otak dan memperbaiki hasil jangka panjang pada pasien psikotik.	keluarga, DUP, serta pengobatan tradisional. Penelitian ini akan mengkaji bagaimana konteks sosial dan budaya lokal mempengaruhi akses layanan kesehatan dan memperpanjang DUP, menggunakan pendekatan kuantitatif untuk menggali faktor-faktor yang berdampak pada prognosis pasien skizofrenia di Aceh.
5	Habibillah et al. (2024)	<i>Determinants of Duration of Untreated Psychosis in Patients with Schizophrenia in Indonesia</i>	Penelitian ini adalah studi <i>cross sectional</i> yang dilakukan di RSJ Aceh pada 83 pasien skizofrenia dari April hingga Mei 2024, dengan metode purposive	Penelitian ini tidak menemukan hubungan signifikan antara DUP dan variabel seperti usia, jenis kelamin, atau status sosial lainnya, berbeda dengan	Penelitian ini menggunakan studi <i>cross-sectional</i> dengan sampel 83 peserta, tesis ini juga menggunakan studi <i>cross-sectional</i> tetapi dengan sampel lebih besar, yang memungkinkan hasil yang lebih

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan
			sampling. Stigma diukur dengan ISMI-10, gejala positif dan negatif menggunakan PANSS-EC, dan dukungan sosial dengan MSPSS. Durasi psikosis tanpa terapi (DUP) dihitung berdasarkan wawancara dengan pasien dan keluarga. Analisis statistik menggunakan PSPP dengan regresi linier untuk menganalisis hubungan antara demografi, stigma, gejala, dukungan sosial, dan DUP.	beberapa penelitian sebelumnya. Penelitian selanjutnya perlu mengeksplorasi faktor lain dan mempertimbangkan studi longitudinal untuk melihat perubahan seiring waktu.	representatif. Tesis ini dengan sampel lebih besar dapat menggali lebih dalam faktor sosial, budaya, dan akses layanan kesehatan yang mempengaruhi DUP di Aceh.
6	Primavera et al. (2012)	<i>Does duration of untreated psychosis predict very long-term outcome of schizophrenic disorders? Results of a retrospective study</i>	Penelitian retrospektif dengan mengumpulkan catatan medis terkait DUP dan variabel outcome, termasuk jumlah rawat inap, percobaan bunuh diri, perjalanan penyakit, serta skor GAF pada observasi terakhir, untuk 80 pasien rawat jalan (52	DUP yang lebih pendek tampaknya berperan sebagai prediktor signifikan terhadap prognosis yang lebih baik pada pasien skizofrenia, bahkan dalam jangka panjang.	Tesis ini menilai determinasi DUP di Aceh dengan mempertimbangkan faktor sosial, budaya, dan akses layanan kesehatan yang mempengaruhi DUP.

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan
			pria, 28 wanita, usia rata-rata $51 \pm 11,58$ tahun) yang didiagnosis dengan skizofrenia menurut DSM-IV-TR dan menerima perawatan di pusat kesehatan mental komunitas universitas.		
7	Takizawa et al. (2021)	<i>Impact of duration of untreated psychosis on remission in first-episode schizophrenia in Thailand: a cohort study</i>	Penelitian ini melibatkan 276 pasien skizofrenia dengan episode psikotik pertama di Thailand, yang menerima antipsikotik. DUP diukur dari gejala psikotik pertama hingga kontak dengan tenaga medis. Remisi simptomatik diukur menggunakan PANSS, dan remisi bertahan dianggap setelah 6 bulan. Analisis regresi logistik digunakan untuk menilai pengaruh DUP terhadap remisi.	Penelitian ini menemukan bahwa DUP yang lebih pendek berhubungan dengan kemungkinan remisi simptomatik yang lebih tinggi. DUP terbukti sebagai prediktor signifikan untuk remisi simptomatik, dengan hubungan yang lebih jelas dibandingkan dengan remisi bertahan.	Tesis ini lebih menekankan pada aspek sosial, budaya, dan akses layanan dalam konteks lokal Aceh. Penelitian Anda juga menggali lebih dalam faktor kultural dan psikososial yang dapat mempengaruhi DUP dalam populasi lokal, sementara penelitian lain lebih fokus pada faktor medis dan biologis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Istilah skizofrenia pertama sekali diperkenalkan oleh Paul Eugen Bleuler, seorang psikiater yang berasal dari Swizerland pada 24 April 1908 pada pertemuan Asosiasi Psikiatri Jerman di Berlin (Fusar-Poli & Politi, 2008). Bleuler (1950) menekankan istilah *dementia praecox* yang diperkenalkan oleh Kraepelin tidak dapat dibuat menjadi kata sifat atau kata benda lainnya sehingga ia memilih untuk menggunakan kata skizofrenia sebagai perbaruan akan konsep Kraepelinian. Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *schizo* yang berarti terbelah atau terpisah, dan *phrenia* yang berarti pikiran atau jiwa. Secara harfiah, skizofrenia dapat diartikan sebagai terpisahnya pikiran atau gangguan yang melibatkan pemisahan antara realitas internal (persepsi, pikiran) dan realitas eksternal (lingkungan) (Ashok et al., 2012).

Sedangkan menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition Text Revision* (DSM-5-TR) (APA, 2022), skizofrenia didefinisikan sebagai gangguan mental yang ditandai oleh gangguan dalam persepsi realitas, dengan gejala-gejala yang mengganggu pemikiran, afek, dan perilaku. Diagnosis skizofrenia menurut DSM-5 mencakup kriteria sebagai berikut:

- Gejala utama: gejala positif (delusi, halusinasi), gejala negatif (afek datar, avolisi, anhedonia), serta gejala disorganisasi (bicara tidak teratur, perilaku tidak terorganisir).
- Kriteria A: diagnosis skizofrenia memerlukan dua atau lebih gejala utama yang berlangsung selama setidaknya satu bulan, dengan setidaknya salah satu gejala adalah delusi, halusinasi, atau bicara tidak teratur. Gejala lainnya termasuk perilaku tidak terorganisir atau gejala negatif.
- Kriteria B: fungsi sosial dan pekerjaan pasien mengalami penurunan yang signifikan.

- Kriteria C: durasi gangguan ini minimal enam bulan, dengan satu bulan gejala aktif, dan dilengkapi dengan fase prodromal atau residual.
- Gejala tambahan: DSM-5-TR lebih menekankan pada pengaruh gejala negatif dan disorganisasi dalam menilai dampak jangka panjang skizofrenia terhadap kualitas hidup pasien.

2.1.2 Epidemiologi

Berdasarkan data *Global Burden of Disease* (GBD) 2021, skizofrenia diderita oleh 23,6 juta orang di seluruh dunia dengan 3,01 juta *Years Lived with Disability* (YLDs) (Ferrari et al., 2024). Di Asia Tenggara, prevalensi skizofrenia mencapai 4,6 per 1.000 penduduk, tetapi lebih 50% pasien belum mendapatkan pengobatan yang adekuat (Chen et al., 2024).

Di Indonesia, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 mencatat bahwa 6,7 dari 1.000 rumah tangga di Indonesia mengalami gangguan jiwa berat, termasuk skizofrenia (Riskesdas, 2019). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 mencatat bahwa prevalensi gangguan jiwa berat mencapai 0,5% dari total populasi (Kemenkes, 2023).

Skizofrenia umumnya muncul pada usia remaja hingga awal dewasa, dengan usia onset rata-rata sekitar 20–30 tahun (Gogtay et al., 2011). Pria cenderung mengalami onset lebih dini, yaitu sekitar usia 18 tahun, sementara wanita lebih sering mengalami onset pada usia 25-30 tahun (Pu et al., 2019).

Dalam beberapa tahun terakhir, epidemiologi skizofrenia menunjukkan adanya peningkatan prevalensi dan insidensi di negara-negara dengan urbanisasi yang pesat. Studi dari *European Network of National Networks studying Gene-Environment Interactions in Psychosis* (EU-GEI) menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia di kota besar lebih tinggi dibandingkan dengan di daerah pedesaan, menunjukkan bahwa urbanicity merupakan faktor risiko penting. Selain itu, peningkatan kesadaran tentang pentingnya pengobatan dini juga dapat mempengaruhi tren ini, karena pasien yang lebih cepat mendapatkan pengobatan cenderung memiliki prognosis yang lebih baik (Fusar-Poli et al., 2023).

2.1.3 Etiologi dan Patofisiologi

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang disebabkan oleh interaksi kompleks antara faktor genetik, neurobiologis, sosial dan lingkungan. Penelitian

menunjukkan bahwa genetik memainkan peran utama dalam peningkatan risiko skizofrenia, tetapi faktor lingkungan, terutama yang terkait dengan urbanisasi dan migrasi, juga berkontribusi pada perkembangan gangguan ini.

a. Faktor Genetik

Penelitian pada anak kembar dan keluarga menunjukkan bahwa sekitar 80% risiko skizofrenia berasal dari faktor genetik (Marder et al., 2014). Artinya, orang yang memiliki gen tertentu lebih rentan mengalami gangguan ini. Namun, varian gen yang umum biasanya hanya memberi pengaruh kecil, sedangkan mutasi genetik yang langka bisa meningkatkan risiko secara drastis (Trubetskoy et al., 2022). Contohnya, delesi pada kromosom 22q11.2 bisa membuat risiko terkena skizofrenia meningkat hingga 25 kali lipat seumur hidup (Kahn, 2020).

Studi genetika berskala besar, *genome-wide association studies* (GWAS), telah mengidentifikasi lebih dari 130 gen yang berperan dalam proses perkembangan dan fungsi sistem saraf pusat. Gen-gen ini memengaruhi pembentukan struktur otak sejak dalam kandungan, serta regulasi aktivitas dan komunikasi antar sel saraf di sepanjang hidup seseorang (Coyle et al., 2020). Menariknya, sebagian besar gen ini tidak langsung menghasilkan protein, melainkan berfungsi dalam mengatur ekspresi gen lain, yaitu menentukan kapan, di mana, dan seberapa banyak gen lain diaktifkan (Coyle et al., 2020). Sekitar 30% dari gen-gen tersebut terlibat dalam fungsi sinaps glutamatergik, yaitu struktur penting dalam komunikasi antar sel saraf, khususnya melalui reseptor NMDA yang berperan dalam proses belajar, memori, dan kestabilan aktivitas otak (Coyle et al., 2020).

Meskipun genetik berperan besar, faktor lingkungan juga sangat penting. Ini terlihat dari penelitian pada anak kembar identik dimana jika satu orang kembar mengalami skizofrenia, kemungkinan kembarannya juga mengalaminya sekitar 60% (Coyle et al., 2020). Artinya, faktor lingkungan atau epigenetik juga memiliki pengaruh besar. Beberapa faktor lingkungan yang bisa meningkatkan risiko antara lain komplikasi saat lahir, pengalaman buruk di masa kecil, tinggal di lingkungan perkotaan, dan status sebagai migran (Fleischhacker et al., 2014). Faktor-faktor ini bisa berinteraksi dengan gen yang dimiliki seseorang dan akhirnya memengaruhi apakah skizofrenia muncul atau tidak.

b. Faktor Neurobiologis

Penelitian neurobiologis menunjukkan bahwa gangguan pada sistem neurotransmitter, khususnya dopaminergik, berperan besar dalam patofisiologi skizofrenia. Teori dopamin yang pertama kali dikemukakan oleh [Howes & Kapur \(2009\)](#) menyatakan bahwa kelebihan dopamin di jalur mesolimbik akan menyebabkan timbulnya gejala positif seperti delusi dan halusinasi. Sedangkan defisiensi dopamin di jalur mesokortikal menyebabkan timbulnya gejala negatif dan kognitif seperti apatis dan gangguan memori. Kedua hal ini berkontribusi pada munculnya gejala skizofrenia.

Selain dopamin, glutamat dan *Gamma-Aminobutyric Acid* (GABA) juga terlibat dalam regulasi fungsi otak yang terganggu pada skizofrenia. Glutamat yang merupakan neurotransmitter eksitatorik utama di otak, menunjukkan hubungan dengan gejala kognitif skizofrenia, sementara GABA (neurotransmitter penghambat) berperan dalam pengendalian kecemasan dan stabilitas mood yang terganggu pada pasien skizofrenia ([Howes & Kapur, 2009](#)).

Penelitian juga menunjukkan adanya perubahan struktural otak pada pasien skizofrenia, terutama pada hippocampus dan korteks prefrontal, yang berperan penting dalam memori dan pengambilan keputusan. Atrofi otak, terutama pada pasien dengan DUP yang panjang, dapat memperburuk gejala kognitif dan fungsi sosial ([Goff et al., 2018](#)).

c. Faktor Psikososial dan Lingkungan

Selain faktor genetik dan neurobiologis, faktor lingkungan dan psikososial juga mempengaruhi perkembangan skizofrenia. Urbanisasi telah terbukti menjadi faktor risiko signifikan bagi skizofrenia. Studi EU-GEI menunjukkan bahwa individu yang dibesarkan di kota besar memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengembangkan gangguan psikotik dibandingkan dengan mereka yang tumbuh di daerah pedesaan. Stres sosial, polusi, dan isolasi sosial yang lebih besar di kota-kota besar berkontribusi pada peningkatan risiko skizofrenia ([Van Os et al., 2010](#)).

Selain itu, faktor migrasi juga meningkatkan risiko skizofrenia, terutama pada migran generasi pertama. Penelitian menunjukkan bahwa migran dari negara berkembang yang tinggal di negara maju memiliki prevalensi skizofrenia yang lebih

tinggi. Faktor-faktor seperti diskriminasi rasial, perbedaan budaya, dan stres psikososial yang dihadapi oleh migran dapat meningkatkan kerentanannya terhadap gangguan ini (Selten et al., 2020).

Faktor-faktor seperti penggunaan zat psikoaktif, terutama ganja, juga berhubungan dengan peningkatan risiko skizofrenia. Penggunaan zat ini pada individu yang memiliki predisposisi genetik terhadap gangguan psikotik dapat mempercepat munculnya gejala psikotik pada usia muda (Agius et al., 2010).

Selain itu, faktor perinatal juga memiliki peran dalam mengembangkan skizofrenia. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa komplikasi perinatal dapat memengaruhi risiko skizofrenia pada individu. Infeksi selama kehamilan, malnutrisi, dan kelahiran prematur atau dengan komplikasi lainnya berhubungan dengan peningkatan risiko skizofrenia pada anak yang lahir. Penelitian menunjukkan bahwa ketidaknormalan perinatal, seperti kelahiran dengan berat badan rendah, dapat menyebabkan kerusakan otak yang meningkatkan kerentanannya terhadap gangguan psikotik (Fusar-Poli & Politi, 2008).

2.1.4 Tahapan Perkembangan Skizofrenia

Skizofrenia berkembang melalui beberapa fase yang menunjukkan perbedaan dalam tingkat keparahan gejala dan progresivitas penyakit. Pembagian fase ini membantu dalam diagnosis dan perencanaan pengobatan pasien. Di dalam buku *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Kaplan et al., 2024), skizofrenia dapat dibagi menjadi tiga fase utama yang berhubungan dengan karakteristik klinis yang berbeda:

1. Fase Prodromal

Fase prodromal merupakan tahap awal perkembangan skizofrenia, di mana gejala psikotik pertama kali muncul namun belum cukup jelas untuk didiagnosis sebagai skizofrenia (Kaplan et al., 2024). Pada fase ini, pasien mulai menunjukkan tanda-tanda penurunan kinerja dalam berbagai aspek kehidupan, seperti pekerjaan atau pendidikan. Gejala yang sering muncul meliputi:

- Penurunan kinerja akademik atau pekerjaan.

- Penarikan diri sosial atau isolasi.
- Perubahan pola tidur dan kebiasaan sehari-hari.
- Perasaan cemas atau tertekan.
- Gangguan berpikir yang tidak jelas, namun belum sampai pada delusi atau halusinasi nyata.

Menurut [Kaplan et al. \(2024\)](#), fase ini dapat berlangsung beberapa bulan hingga beberapa tahun dan seringkali tidak dikenali, baik oleh pasien maupun keluarga. Hal ini menyebabkan sering terlewatnya deteksi dini dan pengobatan yang tepat waktu.

2. Fase Akut

Fase akut adalah fase di mana gejala psikotik mulai muncul, dan seseorang mengalami gangguan mental yang terlihat jelas. Pada fase ini, gejala yang muncul lebih nyata dan menyebabkan pasien mengalami masalah dalam kehidupan sehari-hari. Gejala utama yang muncul meliputi ([Kaplan et al., 2024](#)):

- Delusi: Keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan, seperti merasa diawasi atau percaya bahwa orang lain berkomplot melawan dirinya.
- Halusinasi: Terutama halusinasi auditorik, seperti mendengar suara-suara yang tidak ada, yang sering mengomentari atau memerintah tindakan pasien.
- Perilaku disorganisasi: Kebingungan dalam berpikir dan berbicara, serta kesulitan dalam menyusun kata-kata atau menjaga percakapan.
- Gejala negatif: Penurunan kemampuan untuk merasakan kesenangan, kehilangan motivasi, atau afek yang tumpul (afek datar).

Pada fase ini, pengobatan antipsikotik menjadi sangat penting untuk mengontrol gejala psikotik dan memulai proses pemulihan ([Fusar-Poli et al., 2023](#)).

3. Fase Residual

Fase residual terjadi setelah episode psikotik akut, di mana gejala psikotik seperti halusinasi dan delusi mulai berkurang. Namun, gejala negatif dan gangguan kognitif cenderung bertahan. Meskipun gejala psikotik utama mereda, beberapa gejala dapat tetap bertahan dalam bentuk yang lebih halus, seperti:

- Gejala negatif yang berlanjut, seperti kesulitan berbicara atau berinteraksi sosial, penurunan fungsi dalam pekerjaan atau kegiatan sosial, dan kurangnya motivasi.
- Gangguan kognitif, termasuk masalah dalam memori jangka pendek, perhatian, dan kemampuan untuk merencanakan atau membuat keputusan.

Pada fase ini, meskipun gejalanya lebih ringan, pasien masih memerlukan pengobatan untuk mencegah kekambuhan gejala psikotik yang lebih berat. Fase ini dapat berlangsung lama, dan pada beberapa pasien, gejala negatif dan kognitif dapat tetap ada, mengurangi kualitas hidup mereka secara keseluruhan (Kaplan et al., 2024).

2.1.5 Penatalaksanaan

1. Farmakoterapi

Farmakoterapi merupakan pendekatan utama dalam penanganan skizofrenia yang berfokus pada pengendalian gejala psikotik. Antipsikotik menjadi pilihan utama dalam mengelola gangguan ini. Penggunaan antipsikotik dibagi menjadi dua kategori utama: antipsikotik generasi pertama (*typical*) dan antipsikotik generasi kedua (*atypical*). Antipsikotik generasi pertama, seperti haloperidol dan chlorpromazine, bekerja dengan memblokir reseptor dopamin D2 di otak, yang membantu mengurangi gejala psikotik seperti delusi dan halusinasi. Namun, efek samping yang sering ditemukan adalah gejala ekstrapiramidal, seperti tremor, kekakuan otot, dan gangguan motorik lainnya (APA, 2022).

Antipsikotik generasi kedua (misalnya risperidone, olanzapine, quetiapine) lebih selektif dalam mempengaruhi reseptor dopamin dan serotonin, yang dapat mengurangi efek samping ekstrapiramidal dan lebih efektif dalam mengelola gejala negatif skizofrenia, seperti penurunan motivasi dan kesulitan dalam berinteraksi sosial (Solmi et al., 2022). Studi menunjukkan bahwa penggunaan antipsikotik ini dapat memperbaiki hasil klinis jangka panjang, meskipun ada risiko terkait dengan peningkatan metabolik seperti obesitas dan diabetes (Schoretsanitis et al., 2020).

Dosis dan pemilihan obat harus disesuaikan dengan respons individu dan efek samping yang dialami pasien. Pengawasan ketat terhadap kadar obat dalam darah juga diperlukan untuk memastikan efektivitas terapi (Fusar-Poli & Spada, 2017).

2. Non-Farmakoterapi

Selain pengobatan farmakologis, pendekatan non-farmakologis juga penting dalam penatalaksanaan skizofrenia. Beberapa pendekatan yang umum digunakan termasuk psikoedukasi, terapi kognitif perilaku (CBT), dan rehabilitasi psikiatri. Psikoedukasi bagi pasien dan keluarga sangat penting untuk meningkatkan pemahaman tentang penyakit, mengurangi stigma, serta meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan. Ini membantu pasien dan keluarga mengelola penyakit secara lebih efektif dalam kehidupan sehari-hari (Vancampfort et al., 2021).

Terapi kognitif perilaku (CBT) telah terbukti efektif dalam mengurangi gejala psikotik dan meningkatkan kualitas hidup pasien dengan skizofrenia. Terapi ini berfokus pada membantu pasien mengidentifikasi dan mengubah pola pikir disfungsi yang berkaitan dengan gejala psikotik (Samara et al., 2015).

Rehabilitasi psikiatri mencakup intervensi untuk meningkatkan fungsi sosial dan pekerjaan pasien. Program-program ini membantu pasien memperoleh keterampilan sosial dan meningkatkan kemampuan mereka untuk berfungsi di masyarakat, mengurangi ketergantungan pada layanan kesehatan mental (Vancampfort et al., 2021).

Pendekatan-pendekatan ini bertujuan untuk mendukung pasien dalam menjalani kehidupan yang lebih mandiri dan meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan (Fusar-Poli & Spada, 2017).

2.2 Durasi Psikosis Tanpa Terapi

Durasi psikosis tanpa terapi merujuk pada rentang waktu antara munculnya gejala psikosis pertama kali pada seseorang dan dimulainya pengobatan antipsikotik yang adekuat (Compton et al., 2007; Marshall et al., 2005; Morgan et al., 2025; Salazar de Pablo et al., 2024). Penundaan pengobatan dalam fase ini memiliki dampak besar terhadap prognosis pasien karena semakin lama DUP, semakin buruk hasil

pengobatan yang dapat dicapai (Marshall et al., 2005; Penttilä et al., 2014). Pengobatan atau perawatan medis dalam konteks ini mencakup berbagai layanan kesehatan jiwa yang lebih terarah dan spesifik, seperti layanan di rawat jalan psikiatri, Unit Pengobatan Intensif Psikiatri (UPIP), serta rawat inap di rumah sakit jiwa (Fusar-Poli et al., 2023; Goff et al., 2018).

1. Layanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit atau Klinik Psikiatri

Salah satu bentuk pengobatan psikosis adalah rawat jalan psikiatri, di mana pasien bertemu dengan psikiater untuk dilakukan pemeriksaan, diagnosis, serta mendapatkan pengobatan seperti obat antipsikotik dan terapi psikososial (Barch & Ceaser, 2012). Rawat jalan psikiatri memungkinkan pasien mendapatkan pengobatan tanpa harus dirawat inap, namun harus tetap dengan pemantauan yang ketat untuk memastikan pengobatan efektif (Penttilä et al., 2014).

2. Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP)

Jika gejala psikosis menjadi lebih berat atau memburuk, perawatan di UPIP di rumah sakit umum bisa menjadi pilihan. Di sini, pasien menerima pengobatan intensif, dengan pengawasan ketat oleh tenaga medis profesional, serta intervensi psikoterapi yang lebih mendalam untuk mendukung pemulihan (Fusar-Poli et al., 2023). Layanan ini penting bagi pasien yang memerlukan perawatan lebih lanjut dan tidak bisa ditangani pada saat rawat jalan (Marshall et al., 2005).

3. Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa

Pada pasien yang memerlukan perawatan lebih intensif, pasien dapat di rawat inap di RSJ. Di sini, pasien mendapatkan pengobatan yang dilakukan secara terstruktur dengan pengawasan penuh dari tim medis, serta pengobatan antipsikotik yang lebih intensif dan adekuat (Goff et al., 2018). Rawat inap juga memberikan kesempatan bagi pasien untuk menerima perawatan yang melibatkan terapi individu maupun kelompok, yang penting untuk pemulihan jangka panjang (Fusar-Poli et al., 2017).

2.2.1 Rentang Waktu DUP

Albert et al. (2017) menyebutkan bahwa DUP memiliki dampak yang signifikan terhadap hasil pengobatan, meskipun belum ada kesepakatan mengenai berapa lama DUP yang dapat dianggap "panjang" atau "pendek". Namun, Harrigan et al. (2003) mengelompokkan DUP menjadi lima kelompok yaitu 0–7 hari, 7–28 hari, 28–90 hari, 90–365 hari, dan 365 hari. Kelompok dengan DUP yang lebih pendek (0-90 hari) memiliki hasil pengobatan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok yang memiliki DUP lebih panjang terutama pada kelompok yang memiliki DUP lebih dari 365 hari (Albert et al., 2017; Catalan et al., 2024).

Crumlish et al. (2009) dalam studinya membagi DUP menjadi tiga kelompok yaitu 1-6 bulan, 6-12 bulan, dan >12 bulan. Hasil pada follow-up 8 tahun menunjukkan bahwa DUP yang lebih pendek (kurang dari 3 bulan) memberikan pengaruh positif terhadap gejala psikosis. Namun, hanya kelompok dengan DUP yang lebih pendek dari 1 bulan yang menunjukkan tingkat remisi yang lebih tinggi.

Literatur mutakhir menekankan bahwa DUP sebaiknya diperlakukan sebagai variabel kontinu daripada dikategorikan secara arbitrer, karena efek keterlambatan pengobatan bersifat gradien dan tidak menunjukkan batas waktu universal yang konsisten (Catalan et al., 2025; Salazar de Pablo et al., 2024; Fusar-Poli et al., 2017; Fusar-Poli et al., 2023).

2.2.2 Determinan Durasi Psikosis Tanpa Terapi

DUP merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor individual, keluarga, sosial-budaya, dan sistem layanan kesehatan. Literatur terbaru menekankan bahwa keterlambatan pengobatan tidak hanya dipengaruhi oleh satu faktor tunggal, tetapi oleh mekanisme multilevel yang saling berinteraksi (Morgan et al., 2025; Salazar de Pablo et al., 2024). Pendekatan ini sejalan dengan model biopsikososial yang menempatkan faktor biologis, psikologis, dan sosial sebagai komponen yang saling berinteraksi dalam menentukan jalur pencarian bantuan pada psikosis.

1. Faktor Individual dan Klinis

Karakteristik individual dan klinis merupakan determinan awal yang memengaruhi lamanya DUP. Usia onset psikosis memiliki hubungan yang konsisten dengan variasi DUP. Beberapa studi menunjukkan bahwa onset pada usia lebih muda

dapat mempercepat deteksi karena perubahan perilaku lebih mencolok dan mendapat perhatian keluarga, namun pada kondisi lain gejala prodromal yang samar justru memperpanjang keterlambatan (Catalan et al., 2025; Fusar-Poli et al., 2023).

Keparahan gejala awal juga berperan penting. Gejala positif yang jelas seperti halusinasi dan delusi dapat mendorong keluarga untuk segera mencari pertolongan medis, sementara gejala negatif atau disorganisasi ringan sering tidak dikenali sebagai gangguan psikotik sehingga memperpanjang periode tanpa pengobatan (Morgan et al., 2025). Selain itu, rendahnya insight terhadap kondisi mental serta kecenderungan menyangkal gangguan juga dikaitkan dengan keterlambatan akses layanan (Fusar-Poli et al., 2023).

Faktor sosiodemografi seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status pernikahan turut memengaruhi DUP. Studi meta-analitik klasik oleh Marshall et al. (2005) menunjukkan adanya variasi DUP berdasarkan karakteristik demografis, sementara penelitian yang lebih baru menegaskan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan status pernikahan yang stabil cenderung berperan protektif melalui peningkatan literasi kesehatan dan dukungan sosial (Catalan et al., 2024).

2. Faktor Keluarga dan Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan salah satu determinan protektif utama terhadap panjangnya DUP. Keluarga sering menjadi pengambil keputusan utama dalam pencarian bantuan pada gangguan jiwa berat, terutama dalam konteks masyarakat kolektivistik. Literatur menunjukkan bahwa keluarga dengan literasi kesehatan mental yang baik lebih cepat mengenali gejala psikosis dan mengarahkan pasien ke layanan formal (Morgan et al., 2025).

Sebaliknya, kurangnya dukungan sosial, konflik keluarga, atau rendahnya pemahaman tentang gangguan psikosis dapat memperpanjang keterlambatan pengobatan. Dukungan emosional dan instrumental yang memadai terbukti berkaitan dengan waktu akses layanan yang lebih singkat serta prognosis yang lebih baik (Salazar de Pablo et al., 2024). Oleh karena itu, variabel dukungan sosial menjadi komponen penting dalam analisis determinan DUP.

3. Faktor Sosial-Budaya dan Stigma

Dalam konteks negara berkembang, determinan sosial-budaya memiliki pengaruh signifikan terhadap jalur pencarian bantuan. Kepercayaan bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh faktor supernatural atau spiritual sering mendorong individu dan keluarga untuk terlebih dahulu mencari pengobatan non-medis atau tradisional sebelum mengakses layanan psikiatri formal (Subu et al., 2022; Habibillah et al., 2024). Pola ini secara konsisten dikaitkan dengan DUP yang lebih panjang.

Stigma, baik stigma publik maupun stigma internal (*internalized stigma*), juga menjadi hambatan utama dalam pencarian pengobatan. Individu dengan psikosis sering mengalami rasa malu, takut dikucilkan, atau khawatir dicap negatif oleh masyarakat, sehingga menunda akses ke layanan kesehatan jiwa (Fusar-Poli et al., 2023; Hartini et al., 2018; Kular et al., 2019).

4. Faktor Akses dan Sistem Layanan Kesehatan

Faktor struktural dalam sistem layanan kesehatan merupakan determinan penting DUP, terutama di wilayah dengan distribusi fasilitas kesehatan jiwa yang tidak merata. Hambatan geografis, seperti jarak ke fasilitas layanan, keterbatasan transportasi, serta kurangnya tenaga spesialis, dikaitkan dengan peningkatan durasi keterlambatan pengobatan (Morgan et al., 2025).

Selain itu, hambatan ekonomi dan kepemilikan asuransi kesehatan turut memengaruhi keputusan keluarga dalam mengakses layanan formal. Biaya pengobatan, kurangnya informasi mengenai rujukan, serta kompleksitas sistem pelayanan dapat memperpanjang interval antara onset psikosis dan inisiasi terapi (Habibillah et al., 2024).

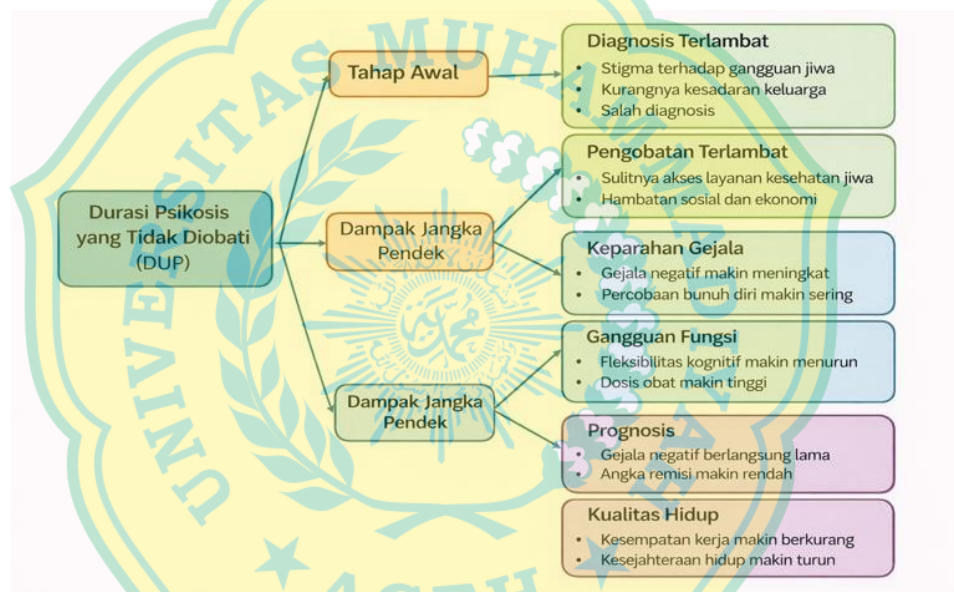
Literatur terbaru menekankan bahwa DUP tidak hanya merefleksikan keterlambatan individual, tetapi juga mencerminkan performa sistem deteksi dini dan kapasitas respons layanan kesehatan jiwa dalam suatu wilayah (Salazar de Pablo et al., 2024). Oleh karena itu, analisis determinan DUP perlu mempertimbangkan faktor struktural selain faktor klinis dan sosial.

2.2.3 Dampak Durasi Psikosis Tanpa Terapi

Durasi psikosis tanpa terapi merupakan faktor yang memiliki pengaruh yang signifikan terhadap prognosis pasien skizofrenia. Studi longitudinal oleh Hongyun et

al. (2014) menunjukkan bahwa DUP yang lebih lama berkorelasi dengan tingkat keparahan gejala yang lebih tinggi pada saat diagnosis pertama, termasuk gejala positif dan negatif yang lebih berat.

Selain memperparah gejala klinis, DUP yang panjang juga terkait dengan penurunan fungsi sosial dan kognitif yang signifikan (Gambar 2.1). Kajian sistematis oleh Marshall et al. (2005) mengungkapkan bahwa pasien dengan DUP yang lama cenderung mengalami gangguan fungsi sosial yang lebih berat, termasuk kesulitan dalam interaksi sosial, pekerjaan, dan pendidikan. Penurunan fungsi kognitif ini dapat menghambat reintegrasi sosial dan produktivitas, yang pada gilirannya memperburuk kualitas hidup pasien secara keseluruhan (Catalan et al., 2024).



Gambar 2. 1 Dampak DUP pada Luaran Klinis Jangka Pendek dan Panjang (Catalan et al., 2024)

Dampak DUP juga mencakup respons pengobatan yang lebih buruk dan risiko relaps yang lebih tinggi. Penttilä et al. (2014) melaporkan bahwa pasien dengan DUP panjang memiliki probabilitas lebih rendah untuk mencapai remisi klinis dan mengalami tingkat kekambuhan yang lebih sering dibandingkan dengan pasien yang menerima pengobatan lebih cepat.

Secara neurobiologis, DUP yang lama diduga dapat menyebabkan perubahan struktural dan fungsional otak yang progresif. Fusar-Poli et al. (2023) dalam ulasan sistematisnya menyatakan bahwa paparan psikosis yang tidak diobati dapat

memperburuk kerusakan pada area otak yang berkaitan dengan kognisi dan emosi, seperti korteks prefrontal dan hippocampus.

2.3 Kebijakan Kesehatan Jiwa di Aceh

Qanun Aceh Nomor 4 Tahun 2010 yang telah diperbarui pada tahun 2021 merupakan landasan hukum utama dalam pengelolaan kesehatan di Aceh, termasuk dalam aspek kesehatan jiwa. Qanun ini mencakup upaya pencegahan, penanganan, dan rehabilitasi gangguan jiwa, dengan tujuan untuk mempercepat pengobatan bagi pasien dengan gangguan jiwa. Kebijakan ini memastikan bahwa setiap penduduk Aceh memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan jiwa yang memadai dan berkualitas (Pasal 3).

Sebagai bagian dari upaya tersebut, Jaminan Kesehatan Aceh (JKA), yang diatur dalam Pasal 1 Ayat 45, memastikan bahwa seluruh penduduk Aceh terjamin aksesnya ke layanan kesehatan, termasuk kesehatan jiwa. Peserta JKA adalah seluruh penduduk Aceh, kecuali mereka yang sudah terdaftar dalam asuransi kesehatan lain seperti Aparatur Sipil Negara (ASN), Tentara Nasional Indonesia (TNI), Polisi Republik Indonesia (Polri), karyawan swasta yang asuransinya telah ditanggung oleh perusahaan, serta mereka yang terdaftar dalam Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) seperti Jamsostek atau asuransi kesehatan lainnya. Dengan adanya JKA, Pemerintah Aceh berkomitmen untuk menyediakan pelayanan kesehatan jiwa yang terjangkau dan merata bagi seluruh masyarakat Aceh, termasuk mereka yang mengalami gangguan jiwa.

Pasal 24 mengatur kewajiban pemerintah Aceh untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai, termasuk rumah sakit jiwa, yang berfungsi sebagai fasilitas utama dalam penanganan gangguan jiwa. Rumah sakit jiwa di Aceh memainkan peran yang sangat penting karena tidak hanya menyediakan pengobatan psikosis, tetapi juga rehabilitasi sosial yang mendukung pasien untuk kembali ke kehidupan sosial mereka setelah menerima perawatan medis. Rumah sakit jiwa juga menjadi fasilitas rujukan utama bagi pasien dengan gangguan jiwa yang lebih kompleks, yang tidak dapat ditangani oleh fasilitas kesehatan primer. Sistem rujukan kesehatan yang diatur dalam Pasal 24 Ayat 3 memastikan bahwa pasien yang

membutuhkan penanganan lebih lanjut dapat segera dirujuk ke rumah sakit jiwa yang sesuai.

Dalam Pasal 5, Qanun ini menegaskan bahwa setiap penduduk Aceh berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan medisnya, termasuk kesehatan jiwa. Hal ini menunjukkan komitmen pemerintah Aceh untuk menyediakan akses yang setara ke layanan kesehatan jiwa yang berkualitas bagi seluruh masyarakat. Pasal 9 juga menetapkan bahwa Pemerintah Aceh wajib menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa, yang mencakup penyuluhan, pencegahan, dan pelayanan pengobatan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Dalam hal ini, rumah sakit jiwa di Aceh berperan dalam memberikan layanan kesehatan jiwa yang terintegrasi dengan layanan kesehatan lainnya.

Pasal 37 mengatur bahwa Pemerintah Aceh dan pemerintah kabupaten/kota wajib memberikan insentif khusus bagi tenaga kesehatan yang bekerja di daerah terpencil atau fasilitas kesehatan dengan risiko tinggi, termasuk di rumah sakit jiwa. Hal ini bertujuan untuk menarik tenaga medis yang kompeten di bidang kesehatan jiwa, serta memberikan dukungan yang diperlukan untuk mempercepat penanganan gangguan jiwa. Pasal 27 juga mengatur bahwa fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit jiwa, harus melakukan akreditasi secara berkala untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan memenuhi standar pelayanan minimal yang ditetapkan oleh pemerintah.

2.4 Kerangka Teori

Penelitian ini menggunakan *Andersen's Behavioral Model of Health Services Use* sebagai landasan teoritis untuk menjelaskan determinan durasi psikosis tanpa terapi. Model ini pertama kali dikembangkan oleh Ronald M. Andersen pada tahun 1968 dan kemudian direvisi pada tahun 1995 untuk menekankan interaksi dinamis antara karakteristik individu dan sistem pelayanan kesehatan dalam memengaruhi perilaku penggunaan layanan kesehatan (Andersen, 1995).

Model Andersen menyatakan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor utama, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor kebutuhan (*need factors*).

Ketiga komponen ini bekerja secara simultan dalam menentukan apakah dan kapan seseorang mengakses layanan kesehatan (Alkhawaldeh et al., 2023).

Dalam konteks gangguan psikotik, durasi psikosis tanpa terapi (DUP) dapat dipahami sebagai indikator keterlambatan pemanfaatan layanan kesehatan jiwa (*delayed health service utilization*). Semakin lama interval antara munculnya gejala psikotik pertama dan inisiasi pengobatan formal, semakin besar keterlambatan dalam penggunaan layanan kesehatan. Dengan demikian, DUP diposisikan sebagai luaran yang merefleksikan waktu akses terhadap layanan kesehatan jiwa pertama kali.

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi mencakup karakteristik demografis dan sosial yang membentuk kecenderungan individu dalam mencari layanan kesehatan, seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status sosial ekonomi. Faktor-faktor ini memengaruhi persepsi individu terhadap kesehatan mental serta sikap terhadap pengobatan (Alkhawaldeh et al., 2023).

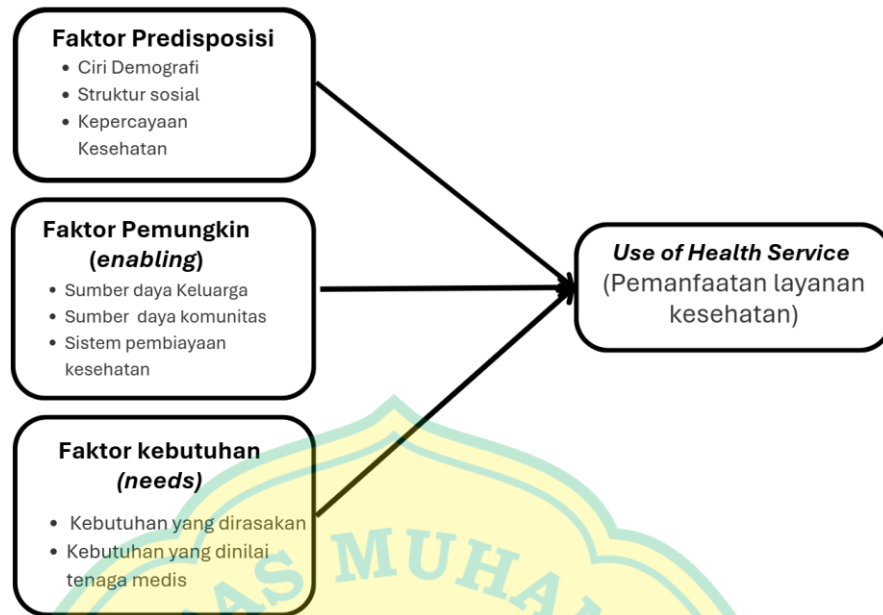
Dalam konteks psikosis, tingkat pendidikan dan literasi kesehatan mental dapat memengaruhi kemampuan mengenali gejala awal, sementara norma budaya dan stigma sosial membentuk sikap terhadap layanan psikiatri formal. Penelitian mutakhir menunjukkan bahwa stigma internal dan eksternal dapat menurunkan kecenderungan individu untuk mencari bantuan profesional, sehingga memperpanjang DUP (Fusar-Poli et al., 2023; Salazar de Pablo et al., 2024).

2. Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Faktor pemungkin merujuk pada sumber daya yang memungkinkan atau menghambat individu dalam mengakses layanan kesehatan. Komponen ini mencakup ketersediaan fasilitas kesehatan, jarak geografis, biaya pengobatan, serta dukungan sosial keluarga.

Dalam konteks layanan kesehatan jiwa, hambatan struktural seperti keterbatasan fasilitas, distribusi tenaga spesialis yang tidak merata, dan kendala finansial sering dikaitkan dengan keterlambatan pengobatan psikosis (Morgan et al., 2025). Dukungan keluarga juga berperan sebagai sumber daya sosial yang dapat

mempercepat pencarian bantuan, terutama dalam masyarakat dengan struktur kolektivistik.



Gambar 2. 2 Andersen's Behavioral Model of Health (Alkawaldeh et al., 2023; Andersen, 1995)

3. Faktor Kebutuhan (*Need Factors*)

Faktor kebutuhan terdiri dari kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) dan kebutuhan yang dievaluasi secara klinis (*evaluated need*). Pada gangguan psikotik, kebutuhan yang dirasakan dipengaruhi oleh intensitas dan jenis gejala yang muncul, sementara kebutuhan yang dievaluasi ditentukan oleh penilaian profesional kesehatan.

Gejala positif seperti halusinasi dan delusi cenderung lebih mencolok dan meningkatkan persepsi urgensi untuk mencari pertolongan. Sebaliknya, gejala negatif seperti apati dan penarikan sosial sering tidak dikenali sebagai kondisi yang membutuhkan intervensi medis segera, sehingga berpotensi memperpanjang DUP (Fusar-Poli et al., 2023; Catalan et al., 2024). Literatur terbaru menunjukkan bahwa keparahan gejala awal berhubungan dengan variasi waktu akses layanan, meskipun hubungan tersebut bersifat kompleks dan dipengaruhi oleh faktor kontekstual (Morgan et al., 2025).

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini didasarkan pada *Andersen's Behavioral Model of Health Services Use*, yang menyatakan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor utama, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor kebutuhan (*need factors*).

Dalam penelitian ini, durasi psikosis tanpa terapi (DUP) diposisikan sebagai variabel dependen yang merefleksikan keterlambatan pemanfaatan layanan kesehatan jiwa. Variabel independen dikelompokkan sesuai dengan komponen dalam model Andersen sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi

Meliputi karakteristik demografis dan sosial yang membentuk kecenderungan individu dalam mencari pengobatan, yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan status pekerjaan. Selain itu, penggunaan pengobatan tradisional sebelum mengakses layanan formal serta tingkat stigma terhadap gangguan jiwa juga termasuk dalam kategori ini karena memengaruhi sikap dan persepsi terhadap layanan kesehatan mental.

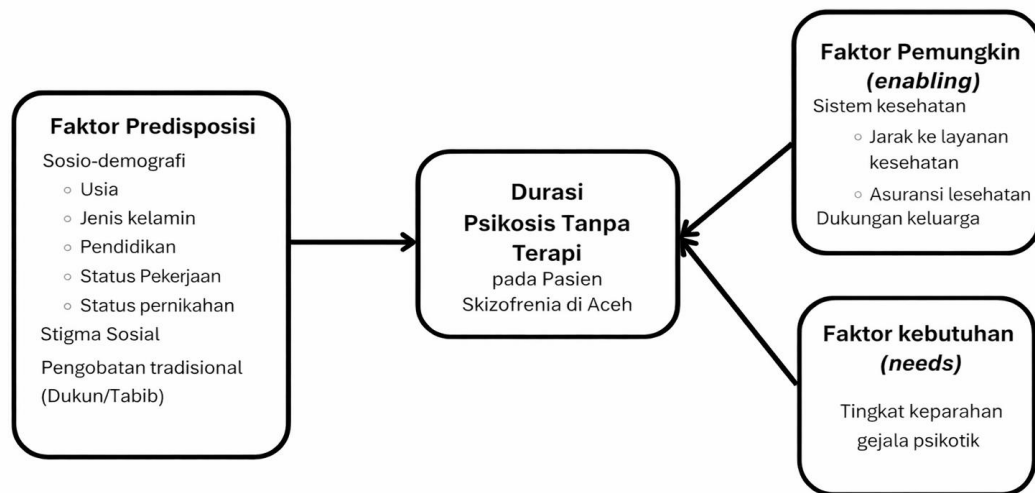
2. Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Meliputi sumber daya yang memungkinkan atau menghambat akses terhadap layanan kesehatan jiwa, yaitu dukungan sosial keluarga, jarak geografis ke fasilitas layanan kesehatan jiwa, serta kepemilikan asuransi kesehatan (misalnya BPJS).

3. Faktor Kebutuhan (*Need Factors*)

Diwakili oleh tingkat keparahan gejala psikotik yang mencerminkan kebutuhan klinis akan intervensi medis. Semakin berat gejala yang muncul, semakin tinggi kebutuhan objektif untuk mendapatkan perawatan.

Kerangka konsep ini mengasumsikan bahwa durasi psikosis tanpa terapi merupakan hasil interaksi antara faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor kebutuhan, yang dianalisis secara simultan melalui pendekatan multivariat.



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis Penelitian

3.2.1 H_0 (Hipotesis Nol)

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara faktor klinis (usia onset psikosis dan tingkat keparahan gejala psikotik), faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan status pekerjaan), perilaku pencarian bantuan (penggunaan pengobatan tradisional sebelum mengakses layanan kesehatan formal), stigma terhadap gangguan jiwa (stigma internal), dukungan sosial (dukungan keluarga, teman, dan orang terdekat), serta akses layanan kesehatan jiwa (jarak geografis ke fasilitas layanan kesehatan jiwa dan sistem rujukan layanan) dengan durasi psikosis tanpa terapi pada pasien skizofrenia di Aceh.

3.2.2 H_1 (Hipotesis Alternatif)

Terdapat hubungan yang signifikan antara faktor klinis (usia onset psikosis dan tingkat keparahan gejala psikotik), faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan status pekerjaan), perilaku pencarian bantuan (penggunaan pengobatan tradisional sebelum mengakses layanan kesehatan formal), stigma terhadap gangguan jiwa (stigma internal), dukungan sosial (dukungan keluarga, teman, dan orang terdekat), serta akses layanan kesehatan jiwa

(waktu tempuh ke fasilitas layanan kesehatan jiwa dan sistem rujukan layanan) dengan durasi psikosis tanpa terapi pada pasien skizofrenia di Aceh.

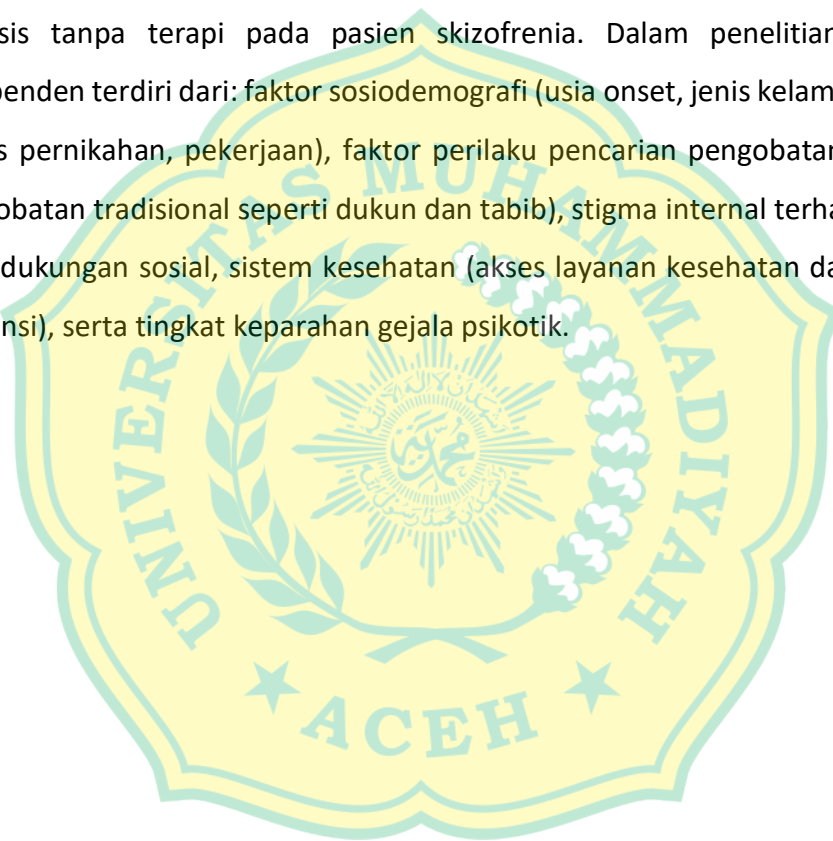
3.3 Variabel Penelitian

3.3.1 Variabel Dependen

Variabel dependen pada penelitian ini adalah durasi psikosis tanpa terapi.

3.3.2 Variable Independen

Variabel bebas (independen) adalah variabel yang diduga memengaruhi durasi psikosis tanpa terapi pada pasien skizofrenia. Dalam penelitian ini, variabel independen terdiri dari: faktor sosiodemografi (usia onset, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan), faktor perilaku pencarian pengobatan (penggunaan pengobatan tradisional seperti dukun dan tabib), stigma internal terhadap gangguan jiwa, dukungan sosial, sistem kesehatan (akses layanan kesehatan dan kepemilikan asuransi), serta tingkat keparahan gejala psikotik.



3.4 Definisi Operasional

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen						
1	Durasi Psikosis Tanpa Terapi	Interval waktu dari munculnya gejala psikotik pertama yang menetap hingga pasien mendapatkan pengobatan antipsikotik yang adekuat: - antipsikotik diberikan dalam jenis dan dosis terapeutik minimal, - dikonsumsi secara kontinu selama minimal 14 hari.	Menghitung interval waktu	Wawancara terstruktur	DUP dalam minggu	Numerik (rasio)
Variabel Independen						
1	Usia saat onset	Usia saat pasien pertama kali mengalami gejala psikotik, dihitung dalam tahun berdasarkan keterangan pasien, keluarga, atau catatan medis.	Menghitung selisih antara tanggal lahir dan waktu pertama kali munculnya gejala psikotik.	Wawancara atau Rekam medis	Usia dalam tahun	Numerik (rasio)
2	Usia kontak	Usia di mana pasien akhirnya "bertemu" atau didiagnosis oleh tenaga medis profesional, yang menandai berakhirnya periode DUP.	1. Data diambil dari rekam medis atau wawancara pasien.	Wawancara atau rekam medis	Usia dalam tahun	Numerik (rasio)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
			2. Usia dihitung berdasarkan selisih tahun antara usia onset dengan tanggal kontak pertama dengan layanan kesehatan.			
4	Jenis Kelamin	Identitas biologis seseorang yang ditentukan sejak lahir berdasarkan ciri-ciri anatomi dan fisiologis.	Kategorisasi jenis kelamin	Data diri pasien	1. Laki-laki 2. Perempuan	Kategorik (Nominal)
5	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang telah diselesaikan oleh seseorang sesuai sistem pendidikan yang berlaku.	Kategorisasi tingkat pendidikan	Data diri pasien	1. Tidak tamat SD 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. D3 6. S1 7. S2	Kategorik (Ordinal)
6	Status Pernikahan	Kondisi hubungan hukum pernikahan seorang individu pada saat pengumpulan data	Kategorisasi status pernikahan	Data diri pasien	1. Belum menikah 2. Menikah 3. Cerai hidup 4. Cerai mati	Kategorik (Nominal)
7	Status Pekerjaan	Status pekerjaan ditentukan berdasarkan pengakuan pasien atau keluarga mengenai keberadaan aktivitas kerja saat masih dalam kondisi sehat	Kategorisasi pekerjaan	Wawancara	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Kategorik (Nominal)
8	Pengobatan tradisional	Pencarian pertolongan ke penyembuh nonmedis sebelum	Pertanyaan pencarian pengobatan oleh dukun	Wawancara	1. Ya 2. Tidak	Kategorik (nominal)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		mendapatkan pengobatan medis formal.	atau tabib setelah gejala psikosis muncul			
9	Waktu tempuh ke Rumah Sakit Jiwa	Lama waktu tempuh (<i>travel time</i>) yang dibutuhkan responden dari tempat tinggal menuju Rumah Sakit Jiwa Aceh menggunakan mobil melalui rute tercepat, yang diukur dalam satuan jam.	Estimasi waktu tempuh perjalanan menggunakan mobil melalui aplikasi peta digital (misalnya Google Maps) pada kondisi lalu lintas normal, dengan titik awal alamat tempat tinggal responden dan titik akhir Rumah Sakit Jiwa Aceh	Wawancara, aplikasi Google Map	1. Dekat ≤ 2.5 jam 2. Sedang $> 2,5 - \leq 5$ jam 3. Jauh > 5 jam	Kategorik (Nominal)
10	Akses ke Layanan Kesehatan	Kemudahan atau kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan mental, termasuk psikiater dan Puskesmas	pertanyaan apakah pasien/keluarga sulit mengakses layanan kesehatan	Wawancara	1. Ya 2. Tidak	Kategorik (Nominal)
11	Kepemilikan Asuransi Kesehatan	Status kepesertaan individu dalam skema jaminan kesehatan tertentu yang dibuktikan dengan kepemilikan kartu yang aktif	Memiliki atau tidak memiliki asuransi	Wawancara	1. Ya 2. Tidak	Kategorik (Nominal)
12	Stigma internal	Tingkat internalisasi pandangan negatif terhadap diri sendiri akibat diagnosis gangguan jiwa yang tercermin dalam perasaan keterasingan, penerimaan stereotip, pengalaman	Skor stigma internal	<i>Internalized Stigma of Mental Illness 10 items (ISMI-10)</i>	Skor total 10–40 Interpretasi: 10–20 = Stigma rendah 21–30 = Stigma sedang	Numerik (interval)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		diskriminasi, penarikan sosial, dan resistensi terhadap stigma			31–40 = Stigma tinggi	
13	Dukungan Sosial	Persepsi pasien terhadap ketersediaan dan kecukupan dukungan emosional, sosial, dan instrumental yang diterima dari keluarga, teman, dan orang penting lainnya	Skor dukungan sosial	<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MPSS)</i>	Skor total 12–84; skor lebih tinggi menunjukkan dukungan sosial yang lebih baik	Numerik (interval)
14	Keparahan gejala	Tingkat intensitas manifestasi perilaku gaduh gelisah, ketegangan, permusuhan, ketidakkooperatifan, dan pengendalian impuls yang buruk pada pasien skizofrenia	Skor total PANSS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)</i>	Skor total 5–35; skor lebih tinggi menunjukkan tingkat eksitasi yang lebih berat	Numerik (interval)

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain potong lintang (*cross-sectional*). Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis hubungan antara faktor-faktor sosiodemografi, psikososial, stigma internalisasi, dukungan sosial, sistem pelayanan kesehatan, serta tingkat keparahan gejala dengan durasi psikosis tanpa terapi pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Aceh.

Pengukuran seluruh variabel penelitian, baik variabel independen maupun variabel dependen, dilakukan pada satu waktu pengamatan yang sama, tanpa adanya intervensi terhadap subjek penelitian (Sugiyono, 2013). Desain potong lintang dipilih karena sesuai untuk mengevaluasi pola hubungan dan faktor-faktor yang berasosiasi dengan durasi psikosis tanpa terapi dan stigma internalisasi pada populasi klinis (El Boukhari et al., 2026).

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Aceh, yang merupakan rumah sakit rujukan pelayanan kesehatan jiwa tingkat provinsi di Aceh. Rumah sakit ini beralamat di Jl. Dr. T. Syarief Thayeb No. 25, Bandar Baru, Kecamatan Kuta Alam, Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh.

Pengumpulan data dilakukan pada periode Agustus hingga Desember 2025, disesuaikan dengan jadwal pelayanan klinis dan ketersediaan pasien yang memenuhi kriteria penelitian.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang mengakses layanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Aceh selama periode Agustus–Desember 2025,

baik melalui layanan rawat inap maupun rawat jalan. Selama periode tersebut tercatat 843 pasien rawat inap dan 4.327 kunjungan rawat jalan. Namun, jumlah populasi target tidak dapat ditentukan secara pasti karena adanya kunjungan berulang (readmisi), variasi diagnosis, serta perbedaan karakteristik klinis dan usia pasien.

Kondisi ini merupakan karakteristik umum penelitian observasional berbasis fasilitas pelayanan kesehatan, di mana kerangka sampel tetap sering kali tidak tersedia, sehingga pendekatan sampling probabilistik menjadi sulit diterapkan secara praktis (Rothman et al., 2008).

4.3.2 Sampel

Sampel penelitian diperoleh menggunakan teknik *consecutive sampling*, yaitu seluruh pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi direkrut secara berurutan selama periode pengumpulan data hingga jumlah sampel yang ditentukan terpenuhi (Sugiyono, 2013). Teknik *consecutive sampling* merupakan salah satu bentuk *non-probability sampling* yang umum digunakan dalam penelitian klinis berbasis fasilitas pelayanan kesehatan karena lebih sistematis dan dapat mengurangi bias seleksi, di mana semua peserta yang memenuhi kriteria inklusi direkrut secara berurutan sampai target sampel tercapai (Elfil & Negida, 2017; Hulley et al., 2013)

Kriteria Inklusi

Responden penelitian harus memenuhi seluruh kriteria berikut:

1. Berusia ≥ 18 dan ≤ 60 tahun;
2. Didiagnosis skizofrenia oleh psikiater berdasarkan kriteria DSM-5 dan/atau ICD-10;
3. Mengakses layanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Aceh, baik rawat inap maupun rawat jalan;
4. Memiliki data durasi psikosis tanpa terapi yang dapat ditentukan secara reliabel melalui wawancara terstruktur dan/atau rekam medis;
5. Dalam kondisi cukup stabil secara klinis, kooperatif, dan mampu berkomunikasi untuk mengikuti wawancara;

6. Bersedia menjadi responden dan menandatangani *informed consent*.

Kriteria Eksklusi

Responden dikeluarkan dari penelitian apabila:

1. Berusia < 18 tahun atau > 60 tahun;
2. Mengalami gangguan kognitif berat, disorganisasi pikiran berat, atau kondisi psikiatrik akut yang menghambat proses wawancara;
3. Mengalami agitasi berat atau kondisi emergensi psikiatri pada saat pengumpulan data;
4. Memiliki diagnosis selain skizofrenia seperti gangguan mental organik, gangguan mood dan afek, atau gangguan neurokognitif mayor;
5. Data onset psikosis atau jalur pencarian bantuan tidak dapat ditentukan secara valid.

Penentuan Ukuran Sampel

Penentuan ukuran sampel dalam penelitian ini didasarkan pada pendekatan analisis regresi multivariat, mengingat tujuan penelitian adalah untuk mengidentifikasi determinan durasi psikosis tanpa terapi, bukan untuk mengestimasi proporsi populasi. Oleh karena itu, perhitungan ukuran sampel menggunakan pendekatan yang sesuai untuk model regresi.

Mengacu pada pedoman Green (1991), ukuran sampel minimum untuk analisis regresi linear dapat dihitung menggunakan rumus:

$$n \geq 50 + 8m$$

ket:

n : jumlah sampel

m : jumlah variabel independen dalam model regresi.

Dalam penelitian ini, setelah proses kategorisasi dan penggabungan variabel, terdapat sekitar 12 variabel independen yang dimasukkan ke dalam model multivariat. Dengan demikian, jumlah sampel minimum yang dibutuhkan adalah:

$$n \geq 50 + (8 \times 12) = 146$$

Selain itu, Green (1991) juga merekomendasikan pendekatan alternatif untuk memastikan kecukupan ukuran sampel dalam menguji signifikansi masing-masing koefisien regresi secara individual, yaitu:

$$n \geq 104 + m$$

Konstanta 104 dalam rumus tersebut berasal dari hasil simulasi Monte Carlo yang dilakukan oleh Green (1991), yang menunjukkan bahwa jumlah tersebut diperlukan untuk mencapai kekuatan uji (power) sekitar 80% pada tingkat signifikansi (α) 0,05 dalam pengujian koefisien regresi individual dengan ukuran efek kecil hingga sedang. Dengan jumlah variabel independen sebanyak 12, maka kebutuhan sampel minimum adalah:

$$n \geq 104 + 12 = 116$$

Berdasarkan kedua pendekatan tersebut, jumlah sampel minimal yang dibutuhkan berada pada rentang 116–146 responden. Jumlah sampel akhir yang berhasil direkrut dan dianalisis dalam penelitian ini adalah 209 pasien, sehingga telah melampaui kebutuhan minimal ukuran sampel untuk analisis regresi multivariat.

Analisis statistik dilakukan dengan tingkat signifikansi (α) sebesar 0,05, yang berarti penelitian ini menerima kemungkinan kesalahan tipe I sebesar 5%, yaitu risiko menyimpulkan terdapat hubungan yang bermakna antara variabel independen dan DUP padahal sebenarnya tidak ada hubungan di populasi. Dengan jumlah sampel yang tersedia, penelitian ini dinilai memiliki kekuatan uji (power) yang memadai untuk mendeteksi hubungan yang bermakna secara statistik.

4.4 Instrumen Penelitian

4.4.1 Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

PANSS adalah instrumen yang digunakan untuk menilai tingkat agitasi pada pasien dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia. Skala ini terdiri dari lima komponen yang terdiri dari kegelisahan, ketegangan, permusuhan, ketidakkooperatifan, dan pengendalian impuls yang buruk (Volavka, 2014). Setiap komponen dinilai dari 1 (tidak ada) hingga 7 (sangat berat), dengan skor total berkisar

antara 5 hingga 35. Skor rata-rata ≥ 20 menunjukkan agitasi yang berat secara klinis (Montoya et al., 2011).

Studi validasi menunjukkan bahwa PANSS memiliki struktur unidimensional yang kuat, dengan nilai Cronbach's alpha sebesar 0,86, menunjukkan konsistensi internal yang tinggi. Analisis faktor mengonfirmasi bahwa kelima item dalam skala ini saling berkorelasi dengan baik, mendukung penggunaan skala ini sebagai alat penilaian tunggal untuk agitasi (Montoya et al., 2011).

Dalam konteks Indonesia, reliabilitas PANSS versi Bahasa Indonesia telah diuji pada populasi Aceh. Studi oleh (Saragih et al., 2025) melaporkan reliabilitas antar penilai yang sangat baik pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh, dengan nilai *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) keseluruhan sebesar 0,987 (95% CI: 0,982–0,994). Temuan ini menunjukkan tingkat kesepakatan yang sangat tinggi antar psikiater dan menguatkan kelayakan penggunaan PANSS dalam praktik klinis dan penelitian kesehatan jiwa di Indonesia, khususnya di Aceh.

Dalam praktik klinis, PANSS digunakan untuk menilai tingkat keparahan agitasi pasien dan membantu dalam pengambilan keputusan terapi, termasuk pemberian obat sesuai kebutuhan. Skala ini juga digunakan dalam penelitian untuk mengevaluasi efektivitas intervensi terhadap agitasi pada pasien gangguan jiwa berat (Chaichan, 2008).

4.4.2 Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)-10

Stigma internal terhadap gangguan jiwa diukur menggunakan instrumen ISMI-10 yang dikembangkan oleh Boyd et al. (2014). Instrumen ini merupakan versi singkat dari ISMI asli dan dirancang untuk mengukur sejauh mana individu dengan gangguan jiwa menginternalisasi stigma terhadap dirinya sendiri.

ISMI-10 terdiri dari 10 pernyataan yang merepresentasikan lima domain stigma internal, yaitu *alienation* (keterasingan), *stereotype endorsement* (penerimaan stereotip), *discrimination experience* (pengalaman diskriminasi), *social withdrawal* (penarikan sosial), dan *stigma resistance* (resistensi terhadap stigma). Skala yang digunakan adalah skala Likert 4 poin (1 = sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3 = setuju, dan 4 = sangat setuju) (Boyd et al., 2014).

Secara internasional, ISMI-10 telah menunjukkan validitas konstruk dan validitas diskriminan yang baik, dengan reliabilitas internal yang tinggi (*Cronbach's alpha* = 0,87) pada populasi dengan gangguan jiwa di berbagai konteks budaya (Boyd et al., 2014).

Di Indonesia, uji psikometrik ISMI telah dilakukan secara komprehensif. Studi oleh Muslih et al. (2021) mengevaluasi properti psikometrik ISMI pada populasi Indonesia dan melaporkan bahwa instrumen ini memiliki validitas konstruk yang baik, struktur faktor yang stabil, serta reliabilitas internal yang sangat memadai, dengan nilai *Cronbach's alpha* berkisar antara 0,82 hingga 0,91 pada berbagai domain stigma.

Selain itu, ISMI-10 juga telah digunakan dalam beberapa penelitian di Indonesia dan Aceh, yang menunjukkan bahwa instrumen ini dapat dipahami dengan baik oleh responden dan relevan dengan konteks sosial budaya lokal (Marthoenis et al., 2016; Hartini et al., 2018)

4.4.3 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MPSS)

Dukungan sosial dalam penelitian ini diukur menggunakan *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) yang dikembangkan oleh Zimet et al. (1990). Instrumen ini digunakan untuk menilai persepsi individu terhadap ketersediaan dan kualitas dukungan sosial yang diterima dari lingkungan terdekat, yang sangat relevan dalam konteks gangguan jiwa berat seperti skizofrenia.

MSPSS terdiri dari 12 pernyataan yang terbagi ke dalam tiga domain sumber dukungan sosial, dengan masing-masing domain terdiri dari empat item, yaitu (Zimet et al., 1990):

1. Dukungan Keluarga (*Family Support*)

Domain ini mengukur sejauh mana individu merasa dicintai, dipahami, diperhatikan, dan mendapatkan bantuan emosional maupun praktis dari anggota keluarganya. Item yang termasuk dalam domain ini adalah item nomor 3, 4, 8, dan 11.

2. Dukungan Teman (*Friend Support*)

Domain ini menilai persepsi individu terhadap dukungan yang diberikan oleh teman sebaya, termasuk rasa kebersamaan, penerimaan sosial, dan ketersediaan

teman untuk memberikan bantuan saat dibutuhkan. Item yang termasuk dalam domain ini adalah item nomor 6, 7, 9, dan 12.

3. Dukungan dari Orang Penting Lainnya (*Significant Other Support*)

Domain ini merefleksikan dukungan dari individu yang memiliki kedekatan emosional khusus bagi responden, seperti pasangan, kerabat dekat, atau figur signifikan lainnya yang dianggap penting dalam kehidupan pasien. Item yang termasuk dalam domain ini adalah item nomor 1, 2, 5, dan 10.

Setiap item MSPSS dinilai menggunakan skala Likert 7 poin, dengan kategori respons sebagai berikut:

1 = sangat tidak setuju,

2 = tidak setuju,

3 = agak tidak setuju,

4 = netral,

5 = agak setuju,

6 = setuju, dan

7 = sangat setuju.

Skor masing-masing domain diperoleh dengan menjumlahkan skor keempat item dalam domain tersebut, sedangkan skor total MSPSS diperoleh dari penjumlahan seluruh 12 item, dengan rentang skor 12–84. Skor yang lebih tinggi menunjukkan persepsi dukungan sosial yang lebih baik (Zimet et al., 1990).

Instrumen ini memiliki validitas konstruk yang kuat serta reliabilitas internal yang sangat baik dengan Cronbach's alpha berkisar antara 0,85 hingga 0,91 (Zimet et al., 1990). MSPSS telah digunakan luas dalam berbagai studi psikologi dan psikiatri, termasuk pada pasien skizofrenia.

Instrumen MSPSS juga telah memiliki validitas dan reliabilitas yang baik dalam konteks Indonesia. Studi terbaru oleh Zefanya Cheline et al. (2026) menguji validitas konstruk MSPSS versi Bahasa Indonesia menggunakan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) pada 279 responden dan menemukan bahwa model tiga faktor memiliki kecocokan yang sangat baik (CFI = 0,976; TLI = 0,969; RMSEA = 0,066; SRMR = 0,033). Seluruh item memiliki factor loading > 0,50 dan signifikan secara statistik. Reliabilitas internal juga sangat baik dengan koefisien McDonald's omega total sebesar 0,914,

serta omega subskala berkisar antara 0,80–0,96. Temuan ini mendukung penggunaan MSPSS sebagai alat ukur persepsi dukungan sosial yang valid dan reliabel di Indonesia

4.5 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

1. Perizinan Penelitian

Sebelum pelaksanaan penelitian, peneliti mengurus surat izin penelitian dari institusi akademik dan mengajukannya kepada pihak Rumah Sakit Jiwa Aceh sebagai lokasi penelitian.

2. Persetujuan Etik (*Ethical Clearance*)

Peneliti mengajukan dan memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan yang berwenang. Penelitian dilaksanakan sesuai dengan prinsip etika penelitian kesehatan, termasuk penghormatan terhadap otonomi, kerahasiaan, dan keselamatan subjek penelitian.

3. Koordinasi dengan Pihak Rumah Sakit

Peneliti melakukan koordinasi dengan psikiater, perawat jiwa, dan petugas rekam medis untuk mengidentifikasi pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

4. Rekrutmen Responden

Responden direkrut secara *convenience sampling*, yaitu pasien skizofrenia yang sedang menjalani perawatan rawat inap atau rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Aceh, memenuhi kriteria inklusi, memiliki data DUP yang dapat ditentukan, serta berada dalam kondisi klinis yang memungkinkan untuk diwawancarai.

5. Pemberian Informasi Penelitian dan Persetujuan

Peneliti memberikan penjelasan lisan mengenai tujuan, prosedur, manfaat, dan risiko penelitian kepada pasien dan/atau keluarga.

6. Responden yang mampu memberikan persetujuan menandatangani *informed consent* tertulis.

Apabila pasien tidak mampu memberikan persetujuan secara penuh, maka persetujuan diperoleh dari wali atau keluarga terdekat sesuai ketentuan etik.

7. Pengumpulan Data Klinis dan DUP

Data terkait Durasi Psikosis Tanpa Terapi (DUP) diperoleh melalui telaah rekam medis pasien, dan wawancara semiterstruktur dengan pasien serta informan keluarga untuk menentukan waktu onset gejala psikotik pertama dan waktu dimulainya pengobatan antipsikotik pertama.

8. Pengumpulan Data Sosiodemografi dan Perilaku Pencarian Bantuan

Peneliti mengumpulkan data sosiodemografi (usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan), riwayat penggunaan pengobatan tradisional, serta informasi terkait akses layanan kesehatan melalui wawancara langsung menggunakan kuesioner terstruktur.

9. Pengukuran Variabel Psikososial

Variabel psikososial dikumpulkan melalui wawancara terstruktur menggunakan instrument *Internalized Stigma of Mental Illness Scale* versi 10 item (ISMI-10) untuk mengukur stigma internal terhadap gangguan jiwa. Untuk menilai persepsi dukungan sosial dari keluarga, teman, dan orang terdekat digunakan kuesioner *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS).

10. Pengukuran Keparahan Gejala Psikotik

Tingkat agitasi dan eksitasi pasien dinilai oleh psikiater atau peneliti terlatih menggunakan *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) berdasarkan observasi klinis dan wawancara terstruktur.

11. Pendampingan Selama Pengisian Instrumen

Peneliti mendampingi responden selama proses wawancara untuk memastikan pemahaman item pertanyaan dan mengurangi kesalahan pengisian, tanpa memengaruhi jawaban responden.

12. Pemeriksaan dan Pengelolaan Data

Data yang terkumpul diperiksa kelengkapannya setiap hari. Data kemudian dikodekan, dimasukkan ke dalam basis data, dan disimpan secara aman untuk menjaga kerahasiaan responden.

13. Persiapan Analisis Data

Data yang telah lengkap selanjutnya diekspor ke perangkat lunak statistik untuk dianalisis sesuai dengan rencana analisis yang telah ditetapkan.

4.5.1 Rancangan Analisis Data

4.5.2 Rancangan Analisis Data Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan karakteristik responden dan distribusi masing-masing variabel penelitian. Penyajian statistik deskriptif merupakan langkah awal yang direkomendasikan dalam penelitian kesehatan masyarakat dan epidemiologi klinis sebelum melakukan analisis inferensial (Sugiyono, 2013).

Variabel berskala nominal dan ordinal seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan, jenis perawatan, jarak ke rumah sakit jiwa, jarak ke puskesmas, jarak ke psikiater, kepemilikan asuransi, dan penggunaan pengobatan tradisional, disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. Cara penyajian ini sesuai dengan standar pelaporan data kategorik dalam penelitian kesehatan (Sugiyono, 2013).

Variabel numerik seperti usia, usia onset psikosis, usia kontak pertama, DUP, skor PANSS, skor stigma internal (ISMI-10), dan skor dukungan sosial (MPSS) dilaporkan dalam bentuk median dan rentang interkuartil (IQR). Pemilihan median didasarkan pada temuan bahwa distribusi DUP tidak normal dan cenderung menceng ke kanan, sehingga ukuran pemusatan median lebih representatif dibanding mean (Sugiyono, 2013).

4.5.3 Rancangan Analisis Data Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menguji hubungan antara variabel independen dan dependen (DUP). Karena uji normalitas menunjukkan bahwa DUP tidak berdistribusi normal, digunakan pendekatan statistik non-parametrik sebagaimana direkomendasikan dalam analisis data kesehatan (Sugiyono, 2013).

1. Perbandingan dua kelompok (Mann–Whitney U test)

Untuk variabel dikotomi seperti jenis perawatan, penggunaan pengobatan tradisional, riwayat menolak RSJ, status pekerjaan, jarak ke psikiater, jarak ke puskesmas, kepemilikan asuransi, dan jenis kelamin, perbedaan median DUP

diuji dengan Mann–Whitney U *test*. Uji ini dianjurkan sebagai alternatif non-parametrik terhadap uji t independen jika asumsi normalitas tidak terpenuhi (Sugiyono, 2013).

2. Perbandingan ≥ 3 kelompok (Kruskal–Wallis *test*).

Untuk variabel dengan lebih dari dua kategori seperti jarak ke RSJ, status pernikahan, dan tingkat pendidikan, digunakan uji Kruskal–Wallis. Metode ini direkomendasikan untuk membandingkan median antar lebih dari dua kelompok pada data yang tidak normal (Sugiyono, 2013).

3. Korelasi Spearman untuk variabel numerik

Hubungan antara DUP dengan variabel numerik (usia, usia onset, usia kontak pertama, PANSS, ISMI, dan MPSS) dianalisis menggunakan korelasi Spearman (ρ). Uji ini dipilih karena sesuai untuk data non-normal atau hubungan yang tidak linier (Sugiyono, 2013).

4.5.4 Rancangan Analisis Data Multivariat

Analisis multivariat bertujuan mengidentifikasi determinan independen lamanya DUP. Karena DUP berdistribusi sangat menceng ke kanan (*skewed to the right*), variabel dependen ditransformasi menjadi $\ln \text{DUP}$ (logaritma natural DUP). Transformasi logaritmik dianjurkan untuk menormalkan distribusi data, menstabilkan varians, dan meningkatkan validitas model regresi linier (West, 2022).

Model regresi linier berganda mencakup variabel yang signifikan pada analisis bivariat dan relevan secara teoritis, yaitu: usia onset, jarak ke RSJ Aceh, jenis kelamin, penggunaan pengobatan tradisional, riwayat menolak RSJ, dukungan sosial (MPSS), keparahan gejala (PANSS), dan stigma internal (ISMI). Pendekatan ini sejalan dengan prinsip pemodelan epidemiologi berbasis bukti dan teori (Sugiyono, 2013).

Sebelum interpretasi hasil, dilakukan pemeriksaan asumsi regresi linier sebagai berikut (Sugiyono, 2013; Stock & Watson, 2008; West, 2022):

1. Normalitas residual: diperiksa dengan histogram dan Q–Q plot residual.
2. Linearitas hubungan: dinilai melalui scatterplot residual vs nilai prediksi.
3. Homoskedastisitas: jika varians tidak konstan, digunakan *robust standard errors*.

4. Multikolinearitas dievaluasi menggunakan *Variance Inflation Factor* (VIF) dengan batas < 5 .
5. Independensi residual diuji dengan statistik Durbin–Watson.

Karena ditemukan indikasi heteroskedastisitas ringan, semua model dilaporkan menggunakan *robust standard errors*, sesuai rekomendasi analisis regresi dalam penelitian kesehatan masyarakat.

4.6 Etika Penelitian

Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh dengan Nomor: 11/EA/KEPK/Unmuha/VIII/2025 sebelum pelaksanaan pengumpulan data. Persetujuan etik diberikan setelah proposal penelitian dinilai memenuhi prinsip-prinsip etika penelitian yang meliputi penghormatan terhadap otonomi (*respect for persons*), kebermanfaatan (*beneficence*), tidak merugikan (*non-maleficence*), dan keadilan (*justice*).

Seluruh responden yang memenuhi kriteria inklusi diberikan penjelasan secara lisan dan tertulis mengenai tujuan penelitian, prosedur yang akan dilakukan, manfaat penelitian, serta potensi risiko yang mungkin timbul. Responden juga dijelaskan bahwa partisipasi bersifat sukarela dan mereka berhak menolak atau menghentikan keikutsertaan kapan saja tanpa memengaruhi pelayanan medis yang diterima. Setelah memahami informasi tersebut, responden yang bersedia berpartisipasi diminta menandatangani lembar persetujuan setelah penjelasan (*informed consent*).

Karena subjek penelitian merupakan pasien dengan gangguan jiwa, peneliti memastikan bahwa hanya pasien dalam kondisi klinis stabil, kooperatif, dan memiliki kapasitas untuk memahami informasi yang diberikan yang direkrut sebagai responden. Apabila selama proses wawancara responden menunjukkan tanda ketidaknyamanan atau kelelahan, proses pengumpulan data dihentikan.

Penelitian ini bersifat observasional tanpa intervensi tambahan di luar pelayanan rutin yang diterima pasien, sehingga risiko penelitian tergolong minimal. Kerahasiaan data responden dijamin dengan cara tidak mencantumkan identitas

pribadi dalam instrumen penelitian. Setiap responden diberikan kode khusus, dan data hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Seluruh data disimpan secara aman dan hanya dapat diakses oleh peneliti.

Penelitian ini dilaksanakan sesuai dengan prinsip Deklarasi Helsinki serta pedoman etika penelitian kesehatan yang berlaku di Indonesia.

4.7 Pengendalian Bias Penelitian

Penelitian mengenai durasi psikosis tanpa terapi secara metodologis diakui memiliki tantangan pengukuran yang signifikan. DUP merupakan variabel retrospektif yang ditentukan berdasarkan interval waktu antara munculnya gejala psikotik pertama hingga dimulainya pengobatan antipsikotik yang adekuat. Karakteristik ini menjadikan penelitian DUP rentan terhadap berbagai bentuk bias, khususnya bias ingatan (*recall bias*), variasi definisi operasional, serta potensi kesalahan klasifikasi. Salazar de Pablo et al. (2024) menegaskan bahwa variasi dalam penentuan titik awal dan titik akhir DUP masih menjadi sumber heterogenitas antar penelitian, sehingga dapat memengaruhi estimasi hubungan antara DUP dan luaran.

Salah satu sumber bias utama dalam penelitian DUP adalah *recall bias*, karena penentuan waktu onset psikosis sangat bergantung pada ingatan pasien dan/atau keluarga. Gejala awal psikosis sering berkembang secara gradual dan tidak selalu dikenali sebagai gangguan medis, sehingga berisiko terjadi kesalahan estimasi kronologi kejadian. Norman et al. (2004) dan Compton et al. (2009) menyebutkan bahwa ketidakjelasan fase prodromal dan onset psikosis aktif sering menyebabkan variasi pelaporan waktu yang cukup besar. Studi empiris terbaru juga menunjukkan bahwa pengukuran DUP dalam studi berbasis fasilitas layanan kesehatan umumnya menggunakan pendekatan retrospektif melalui wawancara dan telaah rekam medis, yang secara inheren memiliki keterbatasan akurasi temporal (El Boukhari et al., 2026). Untuk meminimalkan bias ini, penelitian ini menggunakan wawancara terstruktur berbasis kronologi kejadian penting (*timeline anchoring*), melakukan konfirmasi silang dengan keluarga inti, serta melakukan verifikasi dengan rekam medis apabila tersedia. Selain itu, hanya kasus dengan data onset yang dapat ditentukan secara reliabel yang dimasukkan dalam analisis.

Selain bias ingatan, literatur juga menyoroti tidak adanya instrumen baku universal yang disepakati secara internasional untuk mengukur DUP. Beberapa penelitian menggunakan wawancara klinis semi-terstruktur seperti *Nottingham Onset Schedule*, sementara penelitian lain mengandalkan kombinasi wawancara dan rekam medis, sehingga menghasilkan variasi de finisi dan metode pengukuran (Penttilä et al., 2014; Singh et al., 2023). Salazar de Pablo et al. (2024) juga mengemukakan bahwa perbedaan operasionalisasi DUP berpotensi menimbulkan *lead-time bias*, yaitu bias yang muncul akibat variasi waktu deteksi dan inisiasi intervensi yang tidak sepenuhnya mencerminkan perbedaan biologis progresi penyakit. Dalam penelitian ini, pengukuran DUP dilakukan melalui wawancara terstruktur oleh tenaga medis terlatih, dikonfirmasi oleh psikiater, serta ditriangulasi dengan informasi keluarga dan rekam medis untuk meningkatkan validitas estimasi durasi.

Bias seleksi juga berpotensi terjadi karena penelitian ini berbasis fasilitas layanan kesehatan jiwa. Individu dengan DUP sangat panjang yang tidak pernah mengakses layanan formal mungkin tidak terwakili dalam sampel, sehingga dapat menyebabkan underestimasi DUP pada populasi umum. Sebagaimana dijelaskan dalam literatur epidemiologi observasional, penelitian berbasis fasilitas memiliki keterbatasan dalam representativitas populasi sumber (Rothman et al., 2008). Untuk meminimalkan risiko ini, digunakan pendekatan *consecutive sampling* terhadap seluruh pasien yang memenuhi kriteria inklusi selama periode penelitian.

Potensi kesalahan klasifikasi (*misclassification bias*) juga dipertimbangkan, mengingat gejala awal psikosis dapat tumpang tindih dengan gangguan mood atau gangguan kecemasan. Untuk mengurangi risiko tersebut, diagnosis skizofrenia dalam penelitian ini dikonfirmasi oleh psikiater berdasarkan kriteria DSM-5 dan/atau ICD-10. Selain itu, faktor-faktor yang secara teoritis memengaruhi DUP dikendalikan melalui analisis regresi multivariat untuk meminimalkan efek perancu dan memperoleh estimasi hubungan yang lebih valid.

Meskipun penelitian durasi psikosis tanpa terapi memiliki potensi bias yang relatif lebih tinggi dibandingkan variabel klinis yang dapat diukur secara objektif, pendekatan ini tetap menjadi standar dalam studi epidemiologi psikosis karena

belum tersedia metode prospektif yang mampu menangkap onset psikosis secara real-time pada populasi umum. Oleh karena itu, transparansi metodologis dan strategi pengendalian bias menjadi aspek penting dalam memastikan validitas temuan penelitian ini.



BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Jiwa Aceh merupakan fasilitas kesehatan jiwa khusus milik Pemerintah Provinsi Aceh yang berfungsi sebagai rumah sakit rujukan tingkat provinsi di bidang kesehatan mental. Rumah Sakit Jiwa Aceh berlokasi di Jl. Dr. T. Syarief Thayeb No. 25, Lampriet, Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh, Indonesia. Berdasarkan data resmi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2025), Rumah Sakit Jiwa Aceh berstatus sebagai rumah sakit kelas A dan dikelola dengan pola Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), yang menunjukkan kapasitas pelayanan komprehensif baik dari aspek sumber daya manusia, fasilitas, maupun cakupan layanan kesehatan jiwa.

Secara fisik, Rumah Sakit Jiwa Aceh memiliki luas tanah sekitar $\pm 29.700 \text{ m}^2$ dengan luas bangunan $\pm 16.511 \text{ m}^2$, serta dilengkapi fasilitas pelayanan medis yang mencakup layanan rawat inap dan rawat jalan psikiatri, instalasi gawat darurat jiwa 24 jam, pelayanan rehabilitasi medis dan psikososial, layanan Napza, konseling dan psikologi klinis, serta berbagai fasilitas penunjang medis seperti laboratorium, radiologi, dan farmasi.

Secara historis, Rumah Sakit Jiwa Aceh mulai berkembang sebagai pusat layanan kesehatan jiwa sejak tahun 1976 dan mengalami peningkatan kapasitas yang signifikan, khususnya pasca rekonstruksi akibat bencana tsunami tahun 2004. Saat ini, Rumah Sakit Jiwa Aceh menjadi satu-satunya rumah sakit jiwa rujukan di Provinsi Aceh yang melayani pasien dari seluruh 23 kabupaten/kota, serta menerima rujukan dari wilayah sekitar. Selain layanan klinis, Rumah Sakit Jiwa Aceh juga mengembangkan program rehabilitasi terpadu dan pemberdayaan pasien pasca-rawat, yang bertujuan meningkatkan fungsi sosial dan kemandirian ekonomi pasien setelah stabil secara klinis.

Karakteristik Rumah Sakit Jiwa Aceh sebagai rumah sakit rujukan tersier memiliki keterkaitan langsung dengan variable durasi psikosis tanpa terapi. Sebagian besar pasien

yang datang, terutama pasien rawat inap, merupakan pasien dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia yang telah mengalami perjalanan penyakit cukup panjang sebelum memperoleh terapi psikiatri yang adekuat.

Dari aspek geografis dan sistem pelayanan, luasnya wilayah rujukan Rumah Sakit Jiwa Aceh, jarak tempuh yang jauh dari daerah asal pasien, keterbatasan layanan kesehatan jiwa di tingkat primer dan sekunder, serta masih kuatnya stigma terhadap gangguan jiwa di masyarakat berpotensi menyebabkan keterlambatan pengenalan gejala psikotik awal dan penundaan rujukan ke layanan spesialisik. Faktor-faktor tersebut secara empiris diketahui berkontribusi terhadap perpanjangan DUP, terutama pada pasien dengan psikosis onset pertama.

Selain itu, data layanan Rumah Sakit Jiwa Aceh menunjukkan bahwa mayoritas pasien berada pada kelompok usia produktif, terutama usia 25–44 tahun dan 45–64 tahun, baik pada layanan rawat inap maupun rawat jalan. Pada kelompok usia ini, gejala awal psikosis seringkali tidak segera dikenali sebagai gangguan jiwa karena tuntutan sosial dan ekonomi, sehingga pasien baru mendapatkan penanganan setelah terjadi disfungsi yang signifikan. Pola ini semakin menegaskan relevansi Rumah Sakit Jiwa Aceh sebagai lokasi penelitian untuk mengkaji DUP dalam konteks keterlambatan diagnosis dan akses layanan kesehatan mental.

Keberadaan sistem rekam medis elektronik yang terstruktur dan terdokumentasi dengan baik di Rumah Sakit Jiwa Aceh, termasuk pencatatan waktu onset gejala psikotik, riwayat pencarian pertolongan, serta waktu pertama kali pemberian terapi antipsikotik, memungkinkan pengukuran DUP secara retrospektif maupun prospektif dengan tingkat validitas yang memadai. Dengan demikian, karakteristik Rumah Sakit Jiwa Aceh sebagai pusat rujukan kesehatan jiwa, variasi latar belakang pasien, serta kompleksitas jalur akses pelayanan menjadikan rumah sakit ini sebagai lokasi penelitian yang representatif dan metodologis kuat untuk mengkaji faktor-faktor yang memengaruhi DUP.

5.2 Karakteristik Responden (Analisis Univariat)

Tabel 5. 1 Karakteristik Responden

Variabel	Kategori	n (%) / Median (IQR)
A. Karakteristik Sosiodemografi		
Usia (tahun) ^a	—	36 (30–43)
Jenis kelamin ^b	Laki-laki	157 (75,1)
	Perempuan	52 (24,9)
Tingkat pendidikan ^b	Tidak tamat SD	12 (5,7)
	SD	40 (19,1)
	SMP	46 (22,0)
	SMA	88 (42,1)
	D3	6 (2,9)
	S1	17 (8,1)
Status pernikahan ^b	Belum menikah	129 (61,7)
	Menikah	46 (22,0)
	Cerai hidup	30 (14,4)
	Cerai mati	4 (1,9)
Status pekerjaan ^b	Bekerja	116 (55,5)
	Tidak bekerja	93 (44,5)
B. Akses Layanan & Perilaku Mencari Bantuan		
Jenis perawatan ^b	Rawat inap	181 (86,6)
	Rawat jalan	28 (13,4)
Waktu tempuh ke RSJ Aceh ^b	< 2,5 jam (dekat)	61 (29,2)
	2,5–5 jam (sedang)	58 (27,8)
	> 5 jam (jauh)	90 (43,1)
Pengobatan tradisional ^b	Ya	138 (66,0)
	Tidak	71 (34,0)
Kepemilikan asuransi ^b	Ya	206 (98,6)
	Tidak	3 (1,4)
Jarak ke Puskesmas ^b	Dekat	197 (94,3)
	Jauh	12 (5,7)
Jarak ke psikiater ^b	Dekat	134 (64,1)
	Jauh	75 (35,9)
Pernah menolak ke RSJ ^b	Ya	59 (28,2)
	Tidak	150 (71,8)

C. Karakteristik Klinis & Waktu Pengobatan		
Usia onset (tahun) ^a	—	28 (22,5–35,5)
Usia kontak (tahun) ^a	—	31 (26–38)
DUP (minggu) ^a	—	48 (12–144)
D. Keparahan Gejala		
Total PANSS ^a	—	25 (20–25)
E. Stigma		
Stigma internal (ISMI-10) ^a	—	27 (25–29)
F. Dukungan Sosial (MPSS)		
Total MPSS ^a	—	56 (48–69,5)
Dukungan orang penting ^a	—	4 (2,4–6)
Dukungan keluarga ^a	—	6 (5–6)
Dukungan teman ^a	—	5 (3,5–6)

Catatan: ^a Dilaporkan sebagai median [rentang interkuartil (IQR) Q25–Q75] karena distribusi tidak normal.

^b Dilaporkan sebagai frekuensi (persentase).

DUP = *Duration of Untreated Psychosis*; PANSS = *Positive and Negative Syndrome Scale*; ISMI-10 = *Internalized Stigma of Mental Illness Inventory-10*; MPSS = *Multidimensional Perceived Social Support Scale*.

Karakteristik responden penelitian disajikan pada Tabel 4.1. Dari total 209 responden, usia median adalah 36 tahun dengan rentang interkuartil (IQR) 30–43 tahun. Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 157 orang (75,1%), sedangkan perempuan berjumlah 52 orang (24,9%). Berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar responden merupakan lulusan SMA (42,1%), diikuti SMP (22,0%) dan SD (19,1%). Sebagian kecil responden tidak tamat SD (5,7%), berpendidikan D3 (2,9%), dan S1 (8,1%). Terkait status pernikahan, 61,7% responden belum menikah, 22,0% menikah, 14,4% cerai hidup, dan 1,9% cerai mati. Dari sisi pekerjaan, 55,5% responden bekerja dan 44,5% tidak bekerja.

Dalam aspek akses layanan dan perilaku pencarian pengobatan, sebagian besar responden menjalani rawat inap (86,6%), sedangkan 13,4% menjalani rawat jalan. Waktu tempuh menuju Rumah Sakit Jiwa menunjukkan distribusi yang bervariasi, dengan 43,1% responden memiliki waktu tempuh lebih dari 5 jam, 27,8% antara 2,5–5 jam, dan 29,2% kurang dari 2,5 jam. Sebanyak 66,0% responden pernah menggunakan pengobatan tradisional sebelum mengakses layanan formal, sementara 34,0% tidak pernah. Hampir seluruh responden memiliki asuransi kesehatan (98,6%). Sebagian besar tinggal dekat

dengan puskesmas (94,3%) dan 64,1% tinggal dekat dengan psikiater. Selain itu, 28,2% responden pernah menolak rujukan ke Rumah Sakit Jiwa, sedangkan 71,8% tidak pernah menolak.

Karakteristik klinis menunjukkan bahwa usia onset psikosis memiliki median 28 tahun (IQR 22,5–35,5), sedangkan usia kontak pertama dengan layanan kesehatan memiliki median 31 tahun (IQR 26–38). Durasi psikosis tanpa terapi (DUP) memiliki median 48 minggu dengan IQR 12–144 minggu. Nilai minimum DUP adalah 1 minggu dan nilai maksimum mencapai 960 minggu, menunjukkan rentang yang luas dalam lamanya keterlambatan pengobatan antar responden.

Keparahan gejala yang diukur menggunakan *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) memiliki median 25 (IQR 20–25). Skor stigma internal berdasarkan ISMI-10 memiliki median 27 (IQR 25–29). Persepsi dukungan sosial yang diukur dengan MSPSS menunjukkan median skor total 56 (IQR 48–69,5), dengan median dukungan dari orang yang dianggap penting sebesar 4 (IQR 2,4–6), dukungan keluarga 6 (IQR 5–6), dan dukungan teman 5 (IQR 3,5–6).

5.3 Uji Normalitas

Tabel 5. 2 Uji Normalitas Shapiro–Wilk

Variabel	W	z	p-value
DUP (minggu)	0,704	8,822	<0,001
PANSS	0,853	7,208	<0,001
Stigma internal (ISMI-10)	0,978	2,859	0,002
Dukungan sosial (MPSS)	0,983	2,214	0,013

Catatan. Uji normalitas menggunakan Shapiro–Wilk. Nilai $p < 0,05$ menunjukkan distribusi tidak normal.

Uji normalitas dilakukan menggunakan uji Shapiro–Wilk untuk menilai distribusi variabel numerik utama (Tabel 5). Hasil uji menunjukkan bahwa seluruh variabel yang diuji tidak berdistribusi normal ($p < 0,05$). Untuk variabel Durasi Psikosis Tanpa Terapi, nilai Shapiro–Wilk $W = 0,704$ ($p < 0,001$), mengindikasikan distribusi yang sangat menyimpang dari normal. Demikian pula, skor Total PANSS memiliki nilai $W = 0,853$ ($p <$

0,001), menunjukkan distribusi yang tidak normal. Pada variabel stigma internal, nilai $W = 0,978$ ($p = 0,002$), yang juga menunjukkan penyimpangan dari distribusi normal. Variabel dukungan sosial memiliki nilai $W = 0,983$ ($p = 0,013$), sehingga tidak memenuhi asumsi normalitas.

5.3 Analisa Bivariat

Tabel 5. 3 Analisis Bivariat Faktor yang Berhubungan dengan DUP

A. Variabel kategorik (Uji Mann–Whitney)

Variabel	Median DUP	p-value
Rawatan		0.0008
Rawat inap	48 (16–144)	
Rawat jalan	16 (8–60)	
Pengobatan tradisional		0.0019
Ya	72 (24–192)	
Tidak	48 (8–96)	
Menolak ke RSJ		0.1798
Ya	96 (20–240)	
Tidak	48 (12–144)	
Status pekerjaan		0.9290
Bekerja	48 (12–144)	
Tidak bekerja	48 (20–144)	
Jarak ke psikiater		0.0264
Dekat	96 (20–240)	
Jauh	48 (12–96)	
Jarak ke Puskesmas		0.7895
Dekat	72 (12–144)	
Jauh	48 (12–144)	
Asuransi kesehatan		0.7903
Ya	48 (12–144)	
Tidak	32 (4–480)	
Jenis kelamin		0.6058
Laki-laki	48 (20–144)	
Perempuan	48 (12–168)	

B. Variabel Kategorik (Uji Kruskal–Wallis)

Variabel	n	Rank sum	χ^2 (df)	p-value
Jarak ke RSJ			11,65 (2)	0,003
Dekat (< 2,5 jam)	61	5.049,50		
Sedang (2,5–5 jam)	58	6.670,50		
Jauh (> 5 jam)	90	10.225,00		
Status pernikahan			2,79 (3)	0,425
Belum menikah	129	13.653,00		
Menikah	46	4.564,50		
Cerai hidup	30	3.122,50		
Cerai mati	4	605		
Tingkat pendidikan			4,49 (5)	0,482
Tidak tamat SD	12	1.319,50		
SD	40	4.557,00		
SMP	46	5.244,50		
SMA	88	8.375,00		
D3	6	585,5		
S1	17	1.863,50		

B. Variabel numerik (Korelasi Spearman dengan DUP)

Variabel	rho (ρ)	p-value
Usia	0.050	0.470
Usia onset	-0.138	0.047
Usia kontak pertama	0.169	0.014
PANSS (keparahan gejala)	0.139	0.045
Stigma internal (ISMI)	0.145	0.036
Dukungan sosial (MPSS)	-0.179	0.009

Catatan. Uji korelasi Spearman digunakan karena data tidak berdistribusi normal. Signifikansi ditetapkan pada $p < 0,05$.

Analisis bivariat dilakukan untuk mengevaluasi hubungan antara faktor sosiodemografi, akses layanan, perilaku pencarian bantuan, serta variabel klinis dan psikososial dengan durasi psikosis tanpa terapi. Karena distribusi data tidak normal, digunakan uji non-parametrik, yaitu Mann–Whitney untuk dua kelompok, Kruskal–Wallis untuk lebih dari dua kelompok, dan korelasi Spearman untuk variabel numerik. Tingkat signifikansi ditetapkan pada $\alpha = 0,05$.

Pada perbandingan dua kelompok menggunakan uji Mann–Whitney, terdapat perbedaan distribusi DUP yang bermakna secara statistik berdasarkan jenis perawatan, riwayat pengobatan tradisional, dan jarak ke psikiater ($p < 0,05$). Median DUP pada pasien rawat inap adalah 48 minggu (IQR 16–144), sedangkan pada pasien rawat jalan 16 minggu (IQR 8–60) ($p = 0,0008$). Pasien yang pernah menggunakan pengobatan tradisional memiliki median DUP 72 minggu (IQR 24–192), dibandingkan 48 minggu (IQR 8–96) pada pasien yang tidak menggunakan pengobatan tradisional ($p = 0,0019$). Selain itu, perbedaan distribusi DUP juga ditemukan berdasarkan jarak ke psikiater ($p = 0,0264$).

Tidak ditemukan perbedaan distribusi DUP yang bermakna berdasarkan riwayat menolak rujukan ke Rumah Sakit Jiwa ($p = 0,1798$), status pekerjaan ($p = 0,9290$), jarak ke puskesmas ($p = 0,7895$), kepemilikan asuransi kesehatan ($p = 0,7903$), maupun jenis kelamin ($p = 0,6058$).

Pada uji Kruskal–Wallis, terdapat perbedaan distribusi DUP yang bermakna berdasarkan kategori jarak ke Rumah Sakit Jiwa ($\chi^2(2) = 11,65$; $p = 0,003$). Sementara itu, tidak ditemukan perbedaan yang bermakna berdasarkan status pernikahan ($\chi^2(3) = 2,79$; $p = 0,425$) maupun tingkat pendidikan ($\chi^2(5) = 4,49$; $p = 0,482$).

Analisis korelasi Spearman menunjukkan bahwa usia tidak berkorelasi signifikan dengan DUP ($p = 0,050$; $p = 0,470$). Terdapat korelasi negatif antara usia onset dan DUP ($p = -0,138$; $p = 0,047$), serta korelasi positif antara usia kontak pertama dengan DUP ($p = 0,169$; $p = 0,014$). Keparahan gejala yang diukur menggunakan PANSS berkorelasi positif dengan DUP ($p = 0,139$; $p = 0,045$), demikian pula stigma internal ($p = 0,145$; $p = 0,036$). Sebaliknya, dukungan sosial menunjukkan korelasi negatif dengan DUP ($p = -0,179$; $p = 0,009$). Nilai koefisien korelasi yang diperoleh berada dalam rentang kekuatan hubungan lemah.

5.4 Analisa Multivariat

Tabel 5. 4 Analisis Regresi Linear Multivariat Determinan ln(DUP)

Variabel	β (Robust SE)	95% CI	p-value
Usia onset (tahun)	-0,048 (0,014)	-0,077 ; -0,020	0,001

Total PANSS	0,026 (0,018)	-0,010 ; 0,061	0,151
Stigma internal (ISMI)	0,058 (0,034)	-0,009 ; 0,125	0,09
Dukungan sosial (MPSS)	-0,028 (0,008)	-0,045 ; -0,012	0,001
Tingkat pendidikan (ref: Tidak tamat SD)			
- SD	0,055 (0,409)	-0,753 ; 0,862	0,894
- SMP	-0,119 (0,403)	-0,914 ; 0,675	0,767
- SMA	-0,424 (0,373)	-1,160 ; 0,312	0,257
- D3	-0,833 (0,584)	-1,984 ; 0,319	0,155
- S1	0,030 (0,459)	-0,875 ; 0,935	0,948
Status pernikahan (ref: Belum menikah)			
- Menikah	0,491 (0,315)	-0,130 ; 1,112	0,12
- Cerai hidup	0,207 (0,328)	-0,440 ; 0,855	0,529
- Cerai mati	1,323 (0,620)	0,100 ; 2,546	0,034
Status pekerjaan (bekerja vs tidak bekerja)	0,137 (0,214)	-0,284 ; 0,558	0,522
Asuransi (ya vs tidak)	0,023 (1,060)	-2,069 ; 2,115	0,982
Jarak ke Puskesmas (Jauh vs dekat)	0,451 (0,434)	-0,405 ; 1,307	0,3
Jarak ke psikiater (Jauh vs dekat)	-0,284 (0,232)	-0,742 ; 0,173	0,222
Pernah menolak ke RSJ (Ya vs tidak)	-0,221 (0,229)	-0,674 ; 0,231	0,335
Jarak ke RSJ Aceh (ref: < 2,5 jam)			
- 2,5–5 jam (sedang)	0,639 (0,290)	0,067 ; 1,212	0,029
- > 5 jam (jauh)	0,443 (0,268)	-0,087 ; 0,972	0,101
Jenis kelamin (Perempuan vs laki-laki)	-0,377 (0,258)	-0,887 ; 0,132	0,145
Pengobatan tradisional (ya vs tidak)	-0,821 (0,213)	-1,242 ; -0,401	< 0,001
Konstanta	4,716 (1,398)	1,959 ; 7,474	0,001

Catatan. Model: regresi linier robust dengan outcome lnDUP. Ref = kategori referensi. Signifikansi ditetapkan pada $p < 0,05$. Model fit: $F(21,187) = 4,15$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,2797$.

Untuk mengidentifikasi determinan independen durasi psikosis tanpa terapi, dilakukan analisis regresi linear dengan transformasi logaritma natural pada variabel DUP (lnDUP). Transformasi ini dilakukan mengingat distribusi DUP sangat menceng ke kanan dengan variasi ekstrem (outliers), sehingga pendekatan log-linear dipilih untuk meningkatkan kestabilan varians residual dan validitas estimasi parameter. Dengan model log-linear, koefisien regresi (β) dapat diinterpretasikan sebagai perubahan proporsional atau persentase relatif pada DUP.

Model diestimasi menggunakan robust standard errors guna mengantisipasi potensi heteroskedastisitas. Seluruh 209 responden dimasukkan dalam model akhir. Secara simultan, model menunjukkan signifikansi statistik ($F(21,187) = 4,15$; $p < 0,001$), dengan nilai R^2 sebesar 0,2797. Hal ini menunjukkan bahwa sekitar 28% variasi log-DUP dapat dijelaskan oleh kombinasi faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor kebutuhan yang dimasukkan dalam model.

Hasil analisis menunjukkan bahwa usia onset merupakan determinan independen yang signifikan ($\beta = -0,048$; 95% CI $-0,077$ hingga $-0,020$; $p = 0,001$). Secara eksponensial, setiap peningkatan satu tahun usia onset berhubungan dengan penurunan relatif DUP sekitar 4,7% ($e^{-0,048} \approx 0,953$), setelah dikontrol terhadap variabel lain dalam model.

Dukungan sosial (MPSS) juga berhubungan negatif secara signifikan dengan lnDUP ($\beta = -0,028$; 95% CI $-0,045$ hingga $-0,012$; $p = 0,001$). Secara proporsional, setiap peningkatan satu poin skor dukungan sosial berkaitan dengan penurunan DUP sekitar 2,8%, setelah pengendalian faktor lain.

Penggunaan pengobatan tradisional menunjukkan asosiasi yang kuat dan signifikan ($\beta = -0,821$; 95% CI $-1,242$ hingga $-0,401$; $p < 0,001$). Secara eksponensial, kelompok yang tidak menggunakan pengobatan tradisional memiliki DUP sekitar 56% lebih rendah ($e^{-0,821} \approx 0,44$) dibandingkan kelompok yang menggunakan pengobatan tradisional, setelah penyesuaian kovariat.

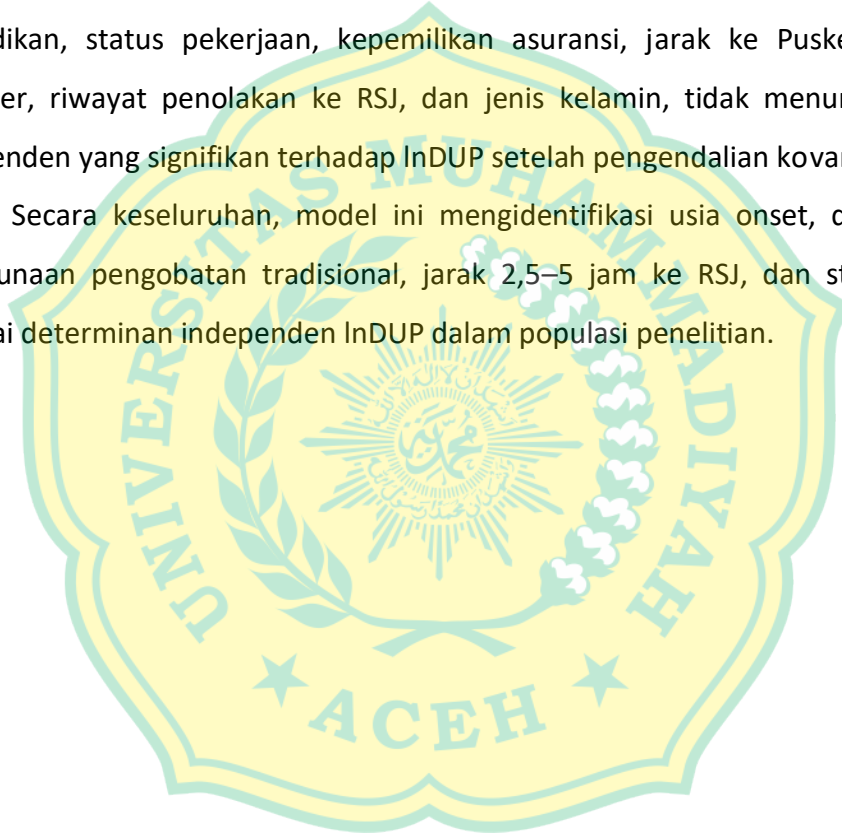
Pada variabel jarak ke RSJ (referensi: $<2,5$ jam), kategori 2,5–5 jam menunjukkan peningkatan lnDUP yang signifikan ($\beta = 0,639$; 95% CI 0,067 hingga 1,212; $p = 0,029$).

Secara relatif, kelompok ini memiliki DUP sekitar 89% lebih tinggi ($e^{0,639} \approx 1,89$) dibandingkan kelompok referensi. Sementara kategori >5 jam tidak menunjukkan perbedaan signifikan ($p = 0,101$).

Status pernikahan kategori cerai mati juga menunjukkan asosiasi signifikan ($\beta = 1,323$; 95% CI 0,100 hingga 2,546; $p = 0,034$), yang secara eksponensial setara dengan peningkatan DUP sekitar 275% ($e^{1,323} \approx 3,75$) dibandingkan kelompok belum menikah. Kategori menikah dan cerai hidup tidak menunjukkan perbedaan bermakna.

Variabel lain dalam model, termasuk total PANSS, stigma internal (ISMI), tingkat pendidikan, status pekerjaan, kepemilikan asuransi, jarak ke Puskesmas, jarak ke psikiater, riwayat penolakan ke RSJ, dan jenis kelamin, tidak menunjukkan asosiasi independen yang signifikan terhadap InDUP setelah pengendalian kovariat.

Secara keseluruhan, model ini mengidentifikasi usia onset, dukungan sosial, penggunaan pengobatan tradisional, jarak 2,5–5 jam ke RSJ, dan status cerai mati sebagai determinan independen InDUP dalam populasi penelitian.



BAB VI

PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan pada 209 pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Aceh, yang merupakan satu-satunya rumah sakit rujukan kasus psikiatri di Provinsi Aceh.. Analisis dilakukan untuk mengidentifikasi hubungan antara faktor sosiodemografi, akses layanan kesehatan, faktor sosial-budaya, dukungan sosial, stigma, serta keparahan gejala dengan DUP. Analisis dilakukan *secara bertahap* melalui analisis univariat (Tabel 5.1), bivariat (Tabel 5.3), dan *multivariat* menggunakan regresi linier robust dengan transformasi lnDUP (Tabel 5.4).

6.1 Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan DUP

6.1.1 Usia Onset dan DUP

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami onset psikosis pada usia produktif dengan median usia 28 tahun (IQR 22,5–35,5). Temuan ini konsisten dengan bukti epidemiologis global yang menunjukkan bahwa skizofrenia paling sering memengaruhi individu pada fase dewasa muda hingga paruh baya (Murray et al., 2020; Charlson et al., 2018).

Sesuai dengan hipotesis penelitian, usia onset psikosis menunjukkan hubungan yang bermakna dengan DUP. Pada analisis bivariat, usia onset berkorelasi negatif dengan DUP, dan hubungan ini tetap signifikan dalam analisis multivariat, di mana usia onset muncul sebagai prediktor independen DUP. Temuan ini mengindikasikan bahwa semakin dini onset psikosis terjadi, semakin panjang durasi psikosis tanpa pengobatan yang dialami pasien. Dengan kata lain, usia onset muda merupakan faktor risiko struktural terhadap keterlambatan deteksi dan pengobatan psikosis.

Hasil ini sejalan dengan perspektif global terkini yang menekankan bahwa onset insidious pada usia muda merupakan faktor risiko konsisten untuk DUP panjang,

terutama di negara-negara berpendapatan rendah-menengah (*low and middle income countries/ LMIC*). Studi observasional di Nepal Timur melaporkan bahwa pasien dengan onset psikosis yang lebih dini dan bersifat insidious mengalami keterlambatan pengobatan yang lebih panjang dibandingkan pasien dengan onset akut (Limbu, S. et al., 2025). Demikian pula, studi di Malawi menemukan bahwa diagnosis skizofrenia yang umumnya ditandai oleh onset yang perlahan dengan gejala negatif yang dominan meningkatkan risiko DUP ≥ 6 bulan sebesar 10,9 kali lipat (Myaba et al., 2021).

Secara konseptual, hubungan antara usia onset dini dan DUP yang lebih panjang dapat dijelaskan melalui kerangka multi-level determinan DUP (Morgan et al., 2025). Pada remaja dan dewasa muda, gejala awal psikosis seperti penarikan diri, penurunan prestasi akademik, atau afek datar sering kali disalahartikan sebagai masalah perkembangan, stres akademik, atau gangguan emosional non-psikotik. Akibatnya, gejala tersebut tidak segera dikenali sebagai tanda gangguan psikotik yang memerlukan evaluasi psikiatri (Morgan et al., 2025; Limbu, S. et al., 2025).

Menariknya, temuan ini tampak bertentangan dengan meta-regresi global oleh Salazar de Pablo et al. (2024), yang melaporkan bahwa usia pasien yang lebih tua saat presentasi berkaitan dengan DUP yang lebih panjang ($\beta = 0,836$; $p < 0,001$). Namun, kedua temuan ini sebenarnya saling melengkapi: usia onset muda cenderung tidak segera dikenali, sehingga pasien baru mencari bantuan ketika usia sudah lebih tua, yang pada akhirnya menghasilkan DUP yang sangat panjang.

6.1.2 Jenis Kelamin dan DUP

Meskipun mayoritas responden dalam penelitian ini adalah laki-laki, jenis kelamin tidak muncul sebagai determinan independen durasi psikosis tanpa pengobatan setelah dikontrol oleh faktor klinis, sosial, dan akses layanan.

Hasil ini konsisten dengan bukti global mutakhir yang menunjukkan bahwa hubungan antara jenis kelamin dan DUP bersifat tidak konsisten dan cenderung melemah dalam model multivariat (Morgan et al., 2025). Perspektif global terkini menegaskan bahwa meskipun laki-laki sering mengalami onset psikosis lebih dini, hal tersebut tidak secara otomatis diterjemahkan menjadi DUP yang lebih panjang ketika

jalur pencarian bantuan, akses layanan, dan karakteristik onset diperhitungkan secara simultan (Salazar de Pablo et al., 2024; Morgan et al., 2025).

Studi lintas negara di berbagai konteks LMIC juga melaporkan temuan serupa. Penelitian di Nepal dan Suriname menunjukkan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan signifikan dengan lamanya DUP setelah faktor seperti usia onset, jarak ke layanan spesialis, penggunaan pengobatan tradisional, dan dukungan keluarga dimasukkan ke dalam analisis (van Beek et al., 2022; Limbu, S. et al., 2025).

Meta-analisis global terbaru juga tidak menemukan asosiasi yang konsisten antara jenis kelamin dan DUP, baik dalam konteks negara berpendapatan tinggi maupun rendah-menengah. Salazar de Pablo et al. (2024) melaporkan bahwa variabel demografis dasar seperti jenis kelamin memiliki kontribusi yang jauh lebih kecil dibandingkan faktor sistem layanan, geografi, dan budaya dalam menjelaskan variasi DUP antarwilayah.

Secara konseptual, kerangka multilevel DUP membantu menjelaskan mengapa jenis kelamin kehilangan signifikansinya dalam analisis multivariat. Morgan et al. (2025) menekankan bahwa keterlambatan pengobatan psikosis dibentuk oleh interaksi antara faktor individu (misalnya karakteristik onset), faktor interpersonal (dukungan keluarga, stigma), dan faktor sistem layanan (akses, jarak, jalur rujukan).

6.1.3 Tingkat Pendidikan dan DUP

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan formal responden tidak berhubungan secara independen dengan lamanya durasi psikosis tanpa pengobatan (DUP), baik pada analisis bivariat maupun multivariat. Temuan ini sejalan dengan bukti global terkini. Meta-analisis berskala besar oleh Salazar de Pablo et al. (2024), yang mencakup 369 studi dari berbagai kawasan dunia, menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tidak memiliki hubungan yang konsisten dengan DUP setelah mempertimbangkan konteks negara dan sistem layanan kesehatan. Dalam kajian tersebut, variasi DUP lebih kuat dijelaskan oleh perbedaan akses layanan, jalur pencarian bantuan, dan konteks negara berpendapatan rendah dan menengah.

Perspektif ini juga ditegaskan dalam ulasan konseptual terbaru oleh Morgan et al. (2025), yang menekankan bahwa DUP merupakan hasil interaksi faktor multi-level,

termasuk sistem layanan kesehatan, komunitas, dan keluarga. Dalam kerangka ini, pendidikan formal individu sering kali memiliki peran yang terbatas, terutama di konteks di mana keputusan pencarian pengobatan didominasi oleh keluarga, norma sosial, stigma, serta kepercayaan budaya.

Dalam konteks LMIC, pendidikan formal tidak secara otomatis meningkatkan literasi kesehatan jiwa atau mempercepat pengenalan dini gejala psikosis. Studi kualitatif di Suriname dan negara LMIC lainnya menunjukkan bahwa bahkan individu dengan pendidikan menengah atau tinggi tetap cenderung mengikuti keputusan keluarga dan komunitas dalam memilih jalur pencarian bantuan awal, termasuk penggunaan pengobatan tradisional, yang pada akhirnya memperpanjang DUP (van Beek et al., 2022; Paquin-Goulet et al., 2023).

Studi lintas wilayah di Nepal dan Malawi memperkuat temuan ini. Di Nepal Timur, Limbu, S. et al. (2025) melaporkan bahwa DUP tetap panjang meskipun sebagian besar pasien memiliki pendidikan menengah karena dominasi jalur pencarian bantuan non-medis dan hambatan geografis. Demikian pula, di Malawi, Myaba et al. (2021) menemukan bahwa tingkat pendidikan tidak memprediksi DUP secara independen, melainkan diplintir oleh faktor seperti diagnosis skizofrenia, gejala negatif, dan penggunaan pengobatan tradisional.

Namun demikian, temuan penelitian ini berbeda dengan beberapa studi dari negara berpendapatan tinggi yang melaporkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih rendah berasosiasi dengan DUP yang lebih panjang. Studi kohort di Kanada dan Irlandia, misalnya, menunjukkan bahwa pendidikan rendah berkaitan dengan keterlambatan pengenalan gejala dan akses layanan kesehatan jiwa, yang dimediasi oleh rendahnya literasi kesehatan dan kemampuan navigasi sistem layanan (O'Callaghan et al., 2010; Anderson et al., 2010). Demikian juga dengan bukti longitudinal dari kohort PAFIP di Spanyol yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi berasosiasi dengan kondisi premorbid yang lebih baik, gejala positif yang lebih ringan, serta fungsi global dan kognitif yang lebih baik hingga 10 tahun setelah episode psikotik pertama (Ayessa-Arriola et al., 2021).

6.1.4 Status Pernikahan dan DUP

Pada analisis bivariat, tidak ditemukan perbedaan yang signifikan pada lamanya DUP berdasarkan status pernikahan. Temuan ini menunjukkan bahwa secara deskriptif, label demografis seperti “menikah” atau “belum menikah” tidak secara langsung membedakan durasi keterlambatan pengobatan psikosis. Hasil serupa dilaporkan dalam beberapa studi internasional yang menunjukkan bahwa variabel sosiodemografis dasar seperti status pernikahan sering kali tidak menunjukkan hubungan yang konsisten dengan DUP pada analisis sederhana (Morgan et al., 2025).

Namun, pada analisis multivariat, kategori cerai mati menunjukkan hubungan yang signifikan dengan DUP dibandingkan kategori referensi belum menikah. Temuan ini mengindikasikan bahwa setelah mengendalikan faktor sosiodemografi, akses layanan, perilaku pencarian bantuan, dan dukungan sosial, kehilangan pasangan hidup berhubungan dengan keterlambatan lebih panjang dalam mendapatkan perawatan psikosis. Pendekatan multivariat seperti ini direkomendasikan dalam penelitian DUP karena mampu mengungkap faktor sosial yang efeknya tidak terlihat pada analisis sederhana (Salazar de Pablo et al., 2024).

Temuan ini sejalan dengan literatur *pathways to care* yang menempatkan pasangan hidup sebagai *key help-seeker* individu yang berperan penting dalam mengenali perubahan perilaku awal, mendorong pencarian pertolongan, dan memfasilitasi rujukan ke layanan kesehatan jiwa (Morgan et al., 2005). Keberadaan pendamping dekat, termasuk pasangan, telah dikaitkan dengan jalur rujukan yang lebih singkat dan DUP yang lebih pendek. Sebaliknya, kehilangan pasangan hidup berpotensi menghilangkan sumber dukungan emosional dalam proses pencarian pengobatan, sehingga memperpanjang waktu sebelum pasien mendapatkan penanganan profesional (Limbu, S. et al., 2025; Myaba et al., 2021).

Meskipun demikian, temuan penelitian ini berbeda dengan beberapa studi dari negara berpendapatan tinggi yang melaporkan bahwa status pernikahan khususnya tidak menikah atau bercerai berhubungan dengan DUP yang lebih panjang secara

independen. Studi kohort di Eropa Barat dan Australia menunjukkan bahwa individu yang tidak memiliki pasangan cenderung mengalami keterlambatan rujukan karena terbatasnya dukungan informal dan keterlibatan sosial (Hazan et al., 2025).

6.1.5 Status Pekerjaan dan DUP

Dalam penelitian ini, status pekerjaan baik bekerja maupun tidak bekerja, tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan lamanya DUP. Temuan ini menunjukkan bahwa perbedaan dalam status ketenagakerjaan tidak berkaitan secara statistik dengan keterlambatan memperoleh penanganan psikosis pada populasi pasien skizofrenia di RSJ Aceh.

Hasil ini sejalan dengan perspektif global terkini yang menekankan bahwa faktor sosioekonomi individual seperti status pekerjaan sering kali kehilangan pengaruhnya ketika faktor struktural dan sistem layanan diperhitungkan. Studi lintas negara dalam kerangka *pathways to care* menunjukkan bahwa variabel seperti akses geografis, dukungan keluarga, dan efektivitas sistem rujukan jauh lebih menentukan dibanding status pekerjaan semata (Morgan et al., 2005; van Beek et al., 2022).

Namun demikian, temuan ini berbeda dengan studi lintas wilayah di India (Singh et al., 2023) yang mengemukakan bahwa faktor pekerjaan memiliki hubungan yang signifikan dengan lamanya DUP. Beberapa studi dari negara berpendapatan tinggi juga melaporkan bahwa individu yang tidak bekerja cenderung mengalami DUP yang lebih panjang, yang dikaitkan dengan keterbatasan jaringan sosial dan minimnya interaksi dengan institusi formal (Hazan et al., 2025; Hastrup et al., 2018).

Tidak ditemukannya hubungan antara status pekerjaan dan DUP dalam penelitian ini dapat dipahami dalam konteks sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia. Hampir seluruh responden (98,6%) memiliki asuransi kesehatan, sehingga hambatan finansial yang sering kali menjadi mediator antara status pekerjaan dan akses layanan di negara tanpa jaminan kesehatan universal tidak relevan dalam konteks ini. Hal ini mendukung argumen bahwa dalam sistem dengan cakupan pembiayaan publik yang luas, hambatan struktural dan budaya jauh lebih menentukan daripada status ekonomi individual (Patel & Prince, 2010; Salazar de Pablo et al., 2024).

6.2 Hubungan Faktor Pencarian Pengobatan dengan DUP

6.2.1 Pengobatan Tradisional dan DUP

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan pengobatan tradisional baik ke dukun, tabib, atau rukyah sebelum mengakses layanan kesehatan jiwa formal berhubungan erat dengan DUP yang lebih panjang. Hubungan ini tetap signifikan bahkan setelah dikontrol oleh faktor sosiodemografi, akses layanan, dan dukungan sosial. Hal ini menegaskan bahwa pengobatan tradisional bukan sekadar pilihan kultural, melainkan bagian integral dari *pathways to care* yang secara sistemik dapat menunda akses ke layanan psikiatri formal.

Temuan ini sejalan dengan perspektif global terkini yang menekankan bahwa di banyak negara berpendapatan rendah dan menengah, sistem kesehatan mental formal relatif terbatas dan berdampingan dengan sektor pengobatan tradisional dan religius. Aksesibilitas yang lebih tinggi serta kesesuaian dengan kepercayaan lokal menjadikan pengobatan tradisional sebagai sumber pertolongan pertama, yang pada banyak konteks berkontribusi terhadap perpanjangan DUP (Morgan et al., 2025).

Studi lintas wilayah di India oleh Singh et al. (2023) menunjukkan bahwa jalur pencarian pengobatan non-medis, khususnya kontak awal dengan *faith healer*, berkontribusi signifikan terhadap pemanjangan DUP pada pasien *first-episode psychosis* di wilayah dengan sumber daya terbatas. Temuan serupa dilaporkan dalam studi kualitatif di Suriname, di mana pasien dan keluarga sering kali terlebih dahulu mencari bantuan dari pengobatan alternatif sebelum mengakses layanan kesehatan jiwa formal, yang berkontribusi terhadap keterlambatan pengobatan psikosis (van Beek et al., 2022).

Di Asia Selatan, protokol penelitian THE HOPE di Pakistan secara eksplisit mengakui bahwa lebih dari separuh pasien psikosis di LMIC pertama kali mencari pengobatan ke penyembuh tradisional atau spiritual, yang berkontribusi pada DUP yang sangat Panjang (Farooq et al., 2023). Fenomena ini didorong oleh model penjelasan supernatural terhadap gejala psikotik seperti gangguan jin, guna-guna, atau ujian

spiritual yang umum terjadi di masyarakat Muslim (Farooq et al., 2023; van der Zeijst et al., 2023).

Temuan ini juga konsisten dengan studi di Maroko, yang menunjukkan bahwa konsultasi awal ke pengobatan tradisional merupakan prediktor independen DUP yang lebih panjang, bahkan setelah dikontrol oleh faktor sosiodemografis dan klinis (El Boukhari et al., 2026). Dalam konteks tersebut, pengobatan tradisional tidak hanya berfungsi sebagai intervensi terapeutik, tetapi juga sebagai sumber makna, harapan, dan identitas sosial bagi pasien dan keluarganya (van der Zeijst et al., 2023).

Secara khusus di Aceh, penelitian lokal oleh Marthoenis et al. (2016) dan Habibillah et al. (2024) memberikan bukti empiris bahwa pengobatan tradisional dan spiritual merupakan respons awal yang umum terhadap gangguan jiwa berat. Keluarga pasien sering kali terlebih dahulu membawa pasien ke pengobatan tradisional atau tokoh agama sebelum mengakses layanan kesehatan jiwa formal, yang berkontribusi terhadap lamanya DUP. Pola ini diperkuat oleh kuatnya nilai religius dan budaya lokal, serta keterbatasan layanan kesehatan jiwa spesialis di tingkat komunitas.

Temuan ini menjadi sangat relevan mengingat hampir seluruh responden dalam penelitian ini memiliki asuransi kesehatan, namun tetap mengalami DUP yang panjang ketika pengobatan tradisional menjadi pilihan awal. Hal ini menegaskan bahwa hambatan utama dalam akses layanan kesehatan jiwa di Aceh bukan bersifat finansial, melainkan kultural dan struktural suatu dinamika yang umum di banyak setting LMIC (Salazar de Pablo et al., 2024; Farooq et al., 2023).

6.3 Hubungan Akses Layanan Kesehatan dengan DUP

6.3.1 Letak Geografis dan DUP

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa lamanya waktu tempuh pasien ke Rumah Sakit Jiwa Aceh berhubungan dengan lamanya DUP. Pasien yang tinggal lebih jauh cenderung mengalami DUP yang lebih panjang. Pola ini mengindikasikan bahwa

akses geografis terhadap layanan kesehatan jiwa spesialis merupakan hambatan struktural yang bermakna dalam proses deteksi dan rujukan psikosis.

Hasil ini konsisten dengan bukti empiris dari negara berpendapatan tinggi maupun rendah. Studi oleh Kvig, E. I. et al. (2017) di Norwegia menunjukkan bahwa jarak ke layanan psikiatri merupakan determinan independen DUP, terutama di wilayah rural dan semi-rural, bahkan setelah faktor klinis dan sosiodemografi diperhitungkan. Temuan serupa juga dilaporkan dalam literatur *pathways to care*, yang menegaskan bahwa hambatan geografis termasuk waktu tempuh yang panjang, keterbatasan fasilitas rujukan, dan ketergantungan pada layanan non-spesialis memperpanjang proses pengenalan gejala dan akses ke layanan kesehatan jiwa formal (Morgan et al., 2006; Burns & Kirkbride, 2012; Patel & Prince, 2010).

Dalam analisis multivariat, hanya kategori jarak menengah (2,5–5 jam) yang tetap berhubungan signifikan dengan lamanya DUP, sedangkan kategori jarak sangat jauh tidak lagi menunjukkan hubungan yang bermakna. Pola ini menunjukkan bahwa pengaruh jarak terhadap DUP tidak selalu bersifat linear. Pada jarak ekstrem, pengaruh geografis dapat dimodifikasi oleh faktor lain, seperti keterlibatan layanan lokal, dukungan keluarga, atau ambang rujukan yang berbeda, sebagaimana juga dilaporkan dalam studi Afrika Selatan oleh (Burns & Kirkbride, 2012).

Temuan ini berbeda dengan negara berpendapatan tinggi yang telah mengembangkan sistem layanan intervensi dini psikosis yang terintegrasi. Studi di Inggris dan Kanada menunjukkan bahwa keberadaan layanan *early intervention in psychosis* (EIP) dan rujukan berbasis komunitas mampu meniadakan pengaruh jarak geografis terhadap DUP, sehingga akses fisik tidak lagi muncul sebagai determinan independent (Norman et al., 2004; Addington, 2012).

Dalam konteks Aceh dan Indonesia secara umum, temuan ini sangat relevan mengingat layanan kesehatan jiwa spesialis masih relatif tersentralisasi pada rumah sakit rujukan. Meskipun layanan kesehatan jiwa telah tersedia di beberapa rumah sakit daerah dan melalui penugasan psikiater secara berkala, pasien dengan gangguan jiwa berat sering kali baru dirujuk ke RSJ ketika kapasitas layanan lokal terbatas atau kondisi

klinis memburuk. Kondisi ini dapat menjelaskan mengapa jarak geografis tetap berperan sebagai determinan struktural DUP dalam penelitian ini.

6.3.2 Jarak ke Psikiater, Puskesmas, dan Riwayat Menolak Berobat ke RSJ Aceh

Dalam penelitian ini, jarak tempat tinggal pasien ke psikiater menunjukkan hubungan pada analisis bivariat, namun tidak lagi bermakna setelah faktor lain dikontrol dalam analisis multivariat. Temuan ini mengindikasikan bahwa keberadaan tenaga spesialis secara geografis tidak selalu mencerminkan akses aktual terhadap layanan kesehatan jiwa. Dalam sistem rujukan berjenjang, pasien jarang mengakses psikiater secara langsung, melainkan melalui fasilitas kesehatan primer atau rumah sakit rujukan, sehingga efektivitas jalur rujukan menjadi lebih menentukan dibandingkan kedekatan fisik semata (Morgan et al., 2006; Patel & Prince, 2010; Burns & Kirkbride, 2012; Morgan et al., 2025; van Beek et al., 2022). Pola ini sejalan dengan temuan Kvig, E. I. et al. (2017) yang menunjukkan bahwa pengaruh jarak ke spesialis berkurang setelah faktor sistem pelayanan diperhitungkan.

Sebaliknya, beberapa studi dari negara berpendapatan tinggi melaporkan bahwa kedekatan geografis dengan psikiater atau tim intervensi dini berhubungan dengan DUP yang lebih pendek, terutama dalam sistem layanan kesehatan jiwa yang terintegrasi dan berbasis komunitas (Norman et al., 2004; Addington, 2012). Perbedaan ini kembali menegaskan bahwa pengaruh jarak terhadap DUP bersifat kontekstual dan sangat dipengaruhi oleh organisasi sistem layanan.

Jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan primer (Puskesmas) tidak berhubungan dengan DUP dalam penelitian ini. Temuan ini menunjukkan bahwa kedekatan geografis dengan layanan primer belum tentu diikuti dengan deteksi dini dan penanganan awal psikosis yang efektif. Literatur dari negara berpendapatan rendah dan menengah menegaskan bahwa keterbatasan kapasitas layanan primer dalam mengenali dan menangani psikosis menyebabkan kedekatan lokasi tidak serta-merta memperpendek DUP (Burns & Kirkbride, 2012; Patel & Prince, 2010).

Sebaliknya, di negara yang telah memperkuat kapasitas kesehatan jiwa di layanan primer dan mengintegrasikannya dengan sistem rujukan intervensi dini, akses ke fasilitas pelayanan primer berhubungan dengan durasi psikosis tanpa pengobatan yang lebih pendek. Studi di Inggris dan Kanada menunjukkan bahwa layanan primer yang mampu mengenali gejala psikosis dan melakukan rujukan cepat ke layanan spesialis dapat secara efektif meniadakan hambatan geografis terhadap DUP (Anderson et al., 2010; Addington, 2012; Norman et al., 2004).

Kepemilikan asuransi kesehatan juga tidak muncul sebagai determinan DUP dalam penelitian ini, yang dapat dijelaskan oleh cakupan asuransi yang hampir merata pada responden. Temuan ini konsisten dengan literatur yang menunjukkan bahwa dalam sistem dengan pembiayaan publik atau jaminan kesehatan universal, hambatan finansial menjadi kurang relevan dibandingkan hambatan struktural dan budaya dalam akses layanan kesehatan jiwa (Burns & Kirkbride, 2012; Patel & Prince, 2010).

Riwayat menolak dirujuk ke RSJ Aceh juga tidak berhubungan secara independen dengan DUP setelah faktor lain dikontrol. Hal ini menunjukkan bahwa penolakan rujukan sering kali bersifat situasional dan dipengaruhi oleh konteks keluarga, akses layanan lokal, serta jalur pencarian bantuan sebelumnya. Studi sebelumnya menunjukkan bahwa efek penolakan rujukan terhadap DUP cenderung melemah ketika faktor struktural dan sistem pelayanan dimasukkan dalam model analisis (Morgan et al., 2025; Marthoenis et al., 2016).

Dalam konteks Aceh, temuan ini dapat dipahami mengingat berkembangnya layanan kesehatan jiwa di tingkat lokal, termasuk rumah sakit daerah, unit pelayanan psikiatri, dan penugasan psikiater secara berkala. Pasien sering memperoleh penanganan awal di tingkat lokal dan baru dirujuk ke RSJ Aceh bila diperlukan perawatan lanjutan, sehingga variabel seperti jarak ke Puskesmas, kepemilikan asuransi, atau penolakan rujukan tidak selalu berkorelasi langsung dengan lamanya DUP (Marthoenis et al., 2016).

6.4 Hubungan Stigma dan Dukungan Sosial dengan DUP

6.4.1 Stigma Internal dan DUP

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa stigma internal, diukur menggunakan *Internalized Stigma of Mental Illness Inventory-10* (ISMI-10), berhubungan positif dengan DUP pada analisis bivariat. Pasien dengan tingkat stigma internal yang lebih tinggi cenderung mengalami keterlambatan lebih panjang sebelum mendapatkan pengobatan psikiatri formal. Hasil ini sejalan dengan literatur yang menunjukkan bahwa stigma internal berperan dalam menghambat pencarian bantuan profesional melalui mekanisme seperti rasa malu, penyangkalan terhadap gejala, dan keengganan mengungkapkan masalah kesehatan jiwa kepada keluarga atau tenaga (Corrigan et al., 2014; Clement et al., 2015).

Namun, pada analisis multivariat, stigma internal tidak lagi menunjukkan hubungan yang signifikan dengan DUP setelah dikontrol oleh faktor sosiodemografi, akses layanan, dan dukungan sosial. Temuan ini mengindikasikan bahwa stigma internal bukan merupakan determinan independen DUP, melainkan beroperasi sebagai faktor yang dimediasi oleh variabel lain yang lebih proksimal dalam jalur pencarian bantuan.

Hilangnya signifikansi stigma pada model multivariat konsisten dengan kerangka *pathways to care* terkini yang menekankan bahwa pengaruh stigma terhadap keterlambatan pengobatan sering kali dimediasi oleh faktor sosial dan perilaku, seperti rendahnya dukungan sosial, keterlibatan keluarga yang terbatas, serta kecenderungan menggunakan pengobatan tradisional sebelum mengakses layanan kesehatan jiwa formal (Morgan et al., 2025; van Beek et al., 2022).

Namun demikian, temuan penelitian ini berbeda dengan beberapa studi dari negara berpendapatan tinggi yang melaporkan stigma internal sebagai prediktor independen DUP. Studi di Amerika Serikat dan Eropa Barat menunjukkan bahwa stigma internal yang tinggi tetap berhubungan dengan DUP yang lebih panjang, bahkan setelah dikontrol oleh faktor sosiodemografi dan akses layanan, terutama pada konteks di mana

dukungan keluarga relatif lemah dan pencarian bantuan lebih bersifat individual (Livingston & Boyd, 2010; Del Rosal et al., 2021; Corrigan et al., 2014).

Studi dari India juga menunjukkan bahwa stigma internal lebih kuat berpengaruh pada pasien yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan jiwa yang menunjukkan adanya interaksi antara stigma dan akses geografis (Singh et al., 2023). Namun, temuan dari program *Coordinated Specialty Care* (CSC) di Amerika Serikat menunjukkan bahwa stigma tidak berhubungan dengan perbaikan fungsi sosial atau kualitas hidup selama satu tahun pengobatan sehingga secara tidak langsung menegaskan bahwa efeknya dimediasi oleh faktor lain seperti dukungan keluarga dan akses layanan (Hazan et al., 2025).

Dalam konteks Indonesia, temuan penelitian ini sejalan dengan beberapa studi yang melaporkan bahwa stigma terhadap gangguan jiwa masih tinggi di masyarakat dan berkontribusi terhadap keterlambatan pencarian bantuan, tetapi dampaknya jarang berdiri sendiri dan cenderung berinteraksi dengan faktor budaya, keluarga, dan sistem pelayanan kesehatan jiwa (Hartini et al., 2018; Marthoenis et al., 2016).

Secara konseptual, stigma internal juga berkaitan erat dengan kurangnya insight dan kesadaran penyakit, yang merupakan prediktor signifikan DUP yang lebih panjang (El Boukhari et al., 2026). Hal ini menjelaskan mengapa stigma internal meskipun tidak signifikan secara independent tetap merupakan aspek penting dalam memahami dinamika keterlambatan pengobatan, karena ia memperkuat proses normalisasi gejala dan penundaan dalam mengakui kondisi sebagai gangguan medis yang memerlukan intervensi profesional.

6.4.2 Dukungan Sosial dan DUP

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan sosial berhubungan negatif dengan DUP. Analisis bivariat menunjukkan korelasi negatif yang signifikan antara dukungan sosial dan DUP, dan hubungan ini tetap bermakna pada analisis multivariat, di mana skor total *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MPSS) muncul sebagai prediktor independen DUP yang lebih pendek.

Model regresi menggunakan $\ln(\text{DUP})$ sebagai variabel dependen, sehingga koefisien regresi merepresentasikan perubahan relatif pada DUP. Secara klinis, temuan ini menunjukkan bahwa setiap peningkatan satu poin skor MPSS berkaitan dengan penurunan DUP sekitar 2,8%. Dengan demikian, peningkatan dukungan sosial sebesar 10 poin secara praktis dapat dikaitkan dengan penurunan DUP sekitar 25–30%, yang memiliki implikasi klinis bermakna dalam upaya deteksi dini dan percepatan akses pengobatan psikosis.

Temuan ini konsisten dengan bukti literatur internasional yang menunjukkan bahwa dukungan sosial merupakan determinan penting dalam *pathways to care* pada psikosis pertama. Studi oleh Ruiz-Veguilla et al. (2012) menunjukkan bahwa dukungan dari jaringan sosial yang kuat berhubungan dengan akses layanan yang lebih cepat dan DUP yang lebih pendek. Selain itu, tinjauan sistematis terbaru di negara berpendapatan rendah dan menengah menegaskan bahwa dinamika keluarga dan dukungan sosial merupakan determinan kunci DUP, berdampingan dengan faktor klinis dan struktural sistem layanan kesehatan (Paquin-Goulet et al., 2023).

Dalam konteks Indonesia, temuan ini semakin relevan mengingat pencarian bantuan kesehatan jiwa sangat dipengaruhi oleh faktor budaya dan peran keluarga sebagai pengambil keputusan utama. Studi di Yogyakarta menunjukkan bahwa keluarga sering menjadi pihak pertama yang menyadari perubahan perilaku dan menentukan jalur pencarian bantuan, meskipun tidak jarang keluarga terlebih dahulu mengakses penyembuhan tradisional atau keagamaan sebelum layanan medis formal (Subandi & Good, 2018).

Di Aceh secara khusus, penelitian lokal menunjukkan bahwa pasien gangguan jiwa umumnya memiliki tingkat dukungan sosial yang relatif baik dari keluarga dan *significant others*, meskipun dukungan dari teman sering kali lebih rendah (Marthoenis et al., 2016; Habibillah et al., 2024). Karakteristik sosial budaya Aceh yang kuat dalam nilai kekeluargaan, solidaritas komunitas, dan ikatan sosial berbasis agama berpotensi menjadi modal sosial penting. Dalam konteks penelitian ini, kondisi tersebut tampak

berperan protektif dalam memperpendek DUP ketika dukungan sosial berfungsi secara adaptif untuk mendorong akses layanan kesehatan.

Secara konseptual, dukungan sosial yang memadai dapat memfasilitasi identifikasi dini perubahan perilaku, memperkuat validasi emosional terhadap gejala, serta mendorong keluarga atau kerabat untuk segera mencari bantuan profesional. Dukungan instrumental, seperti pendampingan ke fasilitas kesehatan, bantuan logistik, serta peran dukungan sosial dalam mengurangi stigma, telah diidentifikasi sebagai mekanisme utama dalam mempercepat *help-seeking* dan memperpendek DUP (Ruiz-Veguilla et al., 2012; Paquin-Goulet et al., 2023).

Meskipun sebagian besar studi menunjukkan peran protektif dukungan sosial terhadap DUP, beberapa penelitian juga melaporkan temuan yang lebih kompleks. Studi oleh Compton et al. (2009) menunjukkan bahwa bentuk keterlibatan keluarga tertentu justru dapat memperpanjang DUP, terutama ketika keluarga menormalisasi gejala awal, menyembunyikan kondisi pasien, atau mencoba menangani masalah secara mandiri sebelum mengakses layanan medis formal.

6.5 Hubungan Keparahan Gejala dengan DUP

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa keparahan gejala, diukur menggunakan *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), berhubungan positif dengan DUP pada analisis bivariat. Pasien dengan keparahan gejala yang lebih tinggi cenderung mengalami keterlambatan lebih panjang sebelum mendapatkan pengobatan psikiatri formal. Temuan ini sejalan dengan literatur yang melaporkan bahwa gejala psikosis yang lebih berat terutama gejala negatif dan disorganisasi dapat menghambat fungsi sosial serta kemampuan individu dan keluarga dalam mengenali kebutuhan akan pengobatan profesional, sehingga memperpanjang keterlambatan akses layanan (Norman et al., 2004).

Namun, pada analisis multivariat, skor PANSS tidak lagi menunjukkan hubungan yang signifikan dengan DUP setelah dikontrol oleh faktor sosiodemografi, akses layanan, dan dukungan sosial. Temuan ini menunjukkan bahwa hubungan antara keparahan

gejala dan DUP tidak bersifat independen, melainkan kemungkinan dimediasi oleh faktor sosial dan struktural yang lebih proksimal dalam menentukan jalur pencarian bantuan. Hasil ini konsisten dengan sejumlah studi yang melaporkan bahwa pengaruh keparahan gejala terhadap DUP cenderung melemah atau menghilang setelah faktor keluarga, akses layanan, dan *pathways to care* diperhitungkan (Morgan et al., 2025; Paquin-Goulet et al., 2023).

Namun demikian, temuan ini berbeda dengan studi berskala lebih besar pada pasien skizofrenia kronis oleh Yu et al. (2023) dengan 248 partisipan menunjukkan bahwa kelompok dengan DUP lebih panjang memiliki skor PANSS negatif dan BNSS yang secara signifikan lebih tinggi dibandingkan kelompok dengan DUP pendek. Selain itu, analisis korelasi menunjukkan bahwa panjang DUP berkaitan positif dengan skor gejala negatif serta berkaitan negatif dengan fungsi sosial (GAF) dan fungsi kognitif.

Penelitian lain juga menekankan bahwa faktor seperti mode onset penyakit, dukungan sosial, dan jalur pencarian bantuan memiliki peran yang lebih kuat dibandingkan tingkat keparahan gejala itu sendiri. Pasien dengan onset yang insidious dapat mengalami DUP yang panjang meskipun gejala awal relatif ringan, karena perubahan perilaku sering kali tidak dikenali sebagai masalah kesehatan jiwa. Sebaliknya, pada konteks tertentu, gejala yang berat justru dapat memicu pencarian bantuan yang lebih cepat apabila didukung oleh keluarga yang responsif dan akses layanan yang memadai (Marshall et al., 2005; Norman et al., 2004).

Dalam konteks Indonesia, temuan ini menjadi sangat relevan karena pencarian bantuan kesehatan jiwa lebih banyak dipengaruhi oleh faktor keluarga, kepercayaan budaya, dan akses geografis dibandingkan oleh penilaian klinis formal terhadap keparahan gejala. Studi di Indonesia menunjukkan bahwa pasien dengan gejala berat sekalipun dapat mengalami DUP yang panjang ketika keluarga menghadapi hambatan stigma, keterbatasan literasi kesehatan jiwa, atau kendala jarak dan akses terhadap fasilitas layanan kesehatan jiwa (Subandi & Good, 2018).

6.6 Faktor Dominan yang Mempengaruhi DUP

Faktor yang terbukti berhubungan secara independen dengan DUP dalam analisis multivariat meliputi usia onset psikosis yang lebih dini, penggunaan pengobatan tradisional, jarak tempat tinggal ke Rumah Sakit Jiwa, dan status cerai mati, yang berkontribusi terhadap DUP yang lebih panjang (Gambar 6.1). Sebaliknya, dukungan sosial yang lebih tinggi berperan sebagai faktor protektif. Faktor lain seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, jarak ke puskesmas, dan keparahan gejala tidak menunjukkan pengaruh independen terhadap DUP dan digambarkan sebagai faktor non-dominan. Bagan ini menegaskan bahwa DUP merupakan luaran multifaktorial yang terutama dipengaruhi oleh determinan struktural, perilaku pencarian bantuan, dan dukungan sosial.



Gambar 6. 1 Bagan konseptual faktor dominan yang memengaruhi Durasi Psikosis Tanpa Terapi

6.7 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan metodologis yang perlu dipertimbangkan dalam menginterpretasikan hasil. Pertama, pengukuran durasi psikosis tanpa terapi (*Duration of Untreated Psychosis/DUP*) dilakukan secara retrospektif berdasarkan wawancara dan konfirmasi keluarga, sehingga tetap memiliki potensi *recall*

bias. Meskipun telah dilakukan triangulasi data melalui wawancara terstruktur, konfirmasi keluarga, dan telaah rekam medis, kemungkinan terjadinya kesalahan estimasi waktu onset psikosis tidak dapat sepenuhnya dieliminasi. Variasi persepsi terhadap gejala awal serta ketidakjelasan fase prodromal dapat menyebabkan perbedaan dalam penentuan titik awal DUP, sebagaimana telah banyak dibahas dalam literatur metodologis DUP (Norman & Malla, 2001; Salazar de Pablo et al., 2024).

Kedua, belum adanya instrumen baku universal untuk mengukur DUP berpotensi menimbulkan variasi definisi operasional dan heterogenitas hasil. Perbedaan dalam penentuan onset psikosis pertama dan inisiasi pengobatan adekuat dapat memengaruhi estimasi durasi, serta membuka kemungkinan terjadinya *lead-time bias*, yaitu perbedaan waktu deteksi yang tidak sepenuhnya mencerminkan perbedaan progresi klinis (Salazar de Pablo et al., 2024). Meskipun penelitian ini menggunakan pendekatan terstruktur dan konfirmasi klinis oleh psikiater, keterbatasan konseptual dalam pengukuran DUP tetap menjadi pertimbangan penting dalam menafsirkan hubungan sebab-akibat.

Ketiga, desain penelitian potong lintang (*cross-sectional*) membatasi kemampuan untuk menarik kesimpulan kausal. Hubungan yang ditemukan antara faktor-faktor biopsikososial dan DUP bersifat asosiatif, sehingga tidak dapat dipastikan arah hubungan secara temporal. Penelitian longitudinal prospektif diperlukan untuk menguatkan inferensi kausal mengenai determinan DUP.

Keempat, penelitian ini berbasis fasilitas layanan kesehatan jiwa, sehingga terdapat kemungkinan *selection bias*. Individu dengan psikosis yang tidak pernah mengakses layanan formal tidak terwakili dalam sampel. Hal ini berpotensi menyebabkan estimasi DUP yang lebih rendah dibandingkan kondisi sebenarnya di populasi umum. Oleh karena itu, generalisasi hasil penelitian ini perlu dilakukan secara hati-hati, khususnya untuk populasi di luar konteks layanan kesehatan jiwa formal.

Kelima, penggunaan teknik *consecutive sampling* dalam kerangka fasilitas kesehatan membatasi representativitas populasi sumber secara penuh. Meskipun pendekatan ini umum digunakan dalam penelitian klinis observasional, potensi bias seleksi tetap tidak dapat sepenuhnya dihindari.

Meskipun demikian, penelitian ini memiliki kekuatan metodologis berupa ukuran sampel yang memadai untuk analisis regresi multivariat, penggunaan instrumen terstandar untuk pengukuran variabel klinis dan psikososial, serta upaya sistematis dalam pengendalian bias melalui triangulasi data dan konfirmasi diagnosis oleh psikiater. Transparansi dalam mengidentifikasi keterbatasan ini diharapkan dapat membantu pembaca dalam menafsirkan hasil penelitian secara proporsional dan kontekstual.

6.8 Kekuatan Penelitian

Meskipun memiliki beberapa keterbatasan metodologis, penelitian ini juga memiliki sejumlah kekuatan yang mendukung validitas dan kontribusi ilmiahnya.

Pertama, penelitian ini menggunakan ukuran sampel yang memadai untuk analisis regresi multivariat. Dengan jumlah responden sebanyak 209 pasien, penelitian ini telah melampaui kebutuhan minimal ukuran sampel berdasarkan pedoman analisis regresi linear, sehingga meningkatkan stabilitas estimasi koefisien regresi dan kekuatan uji (*statistical power*) dalam mendeteksi hubungan yang bermakna secara statistik.

Kedua, penelitian ini menggunakan pendekatan biopsikososial yang komprehensif dalam menganalisis determinan durasi psikosis tanpa terapi. Variabel yang dianalisis tidak hanya mencakup faktor sosiodemografi, tetapi juga perilaku pencarian bantuan, stigma internalisasi, dukungan sosial, akses layanan kesehatan, serta tingkat keparahan gejala psikotik. Pendekatan ini selaras dengan kerangka teoritis Andersen's Behavioral Model of Health Services Use, sehingga memberikan landasan konseptual yang kuat dalam menjelaskan keterlambatan akses pengobatan.

Ketiga, penelitian ini menggunakan instrumen terstandar dan tervalidasi untuk mengukur variabel klinis dan psikososial, seperti *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), *Internalized Stigma of Mental Illness-10* (ISMI-10), dan *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS). Penggunaan instrumen yang telah banyak digunakan dalam penelitian internasional meningkatkan reliabilitas dan kredibilitas hasil penelitian.

Keempat, pengukuran durasi psikosis tanpa terapi dilakukan melalui pendekatan triangulasi data, yaitu wawancara terstruktur, konfirmasi keluarga, serta telaah rekam medis bila tersedia. Pendekatan ini merupakan salah satu strategi terbaik yang direkomendasikan dalam studi DUP untuk meminimalkan bias ingatan dan meningkatkan validitas estimasi durasi.

Kelima, penelitian ini memberikan kontribusi kontekstual yang penting karena dilakukan di Provinsi Aceh, wilayah dengan karakteristik sosial-budaya dan sistem layanan kesehatan jiwa yang berbeda dari banyak studi DUP yang umumnya berasal dari negara berpendapatan tinggi. Dengan demikian, penelitian ini memperkaya literatur mengenai determinan DUP dalam konteks negara berkembang dan sistem layanan kesehatan dengan keterbatasan akses.

Secara keseluruhan, kombinasi antara ukuran sampel yang memadai, kerangka teori yang kuat, penggunaan instrumen terstandar, serta pendekatan analisis multivariat menjadikan penelitian ini memiliki nilai ilmiah dan relevansi praktis dalam pengembangan strategi deteksi dini serta perbaikan sistem rujukan layanan kesehatan jiwa di Aceh.

6.9 Implikasi Penelitian

5.9.1 Implikasi Teoritis

Penelitian ini memberikan kontribusi teoritis dalam pengembangan pemahaman mengenai determinan durasi psikosis tanpa terapi melalui pendekatan biopsikososial yang terintegrasi. Temuan penelitian menunjukkan bahwa DUP tidak semata-mata dipengaruhi oleh faktor klinis, tetapi juga oleh faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor kebutuhan sebagaimana dijelaskan dalam *Andersen's Behavioral Model of Health Services Use*. Hal ini memperkuat relevansi model Andersen dalam konteks gangguan jiwa berat, khususnya skizofrenia, di negara berkembang.

Hasil penelitian ini juga memperluas bukti empiris bahwa determinan DUP bersifat multidimensional, melibatkan interaksi antara usia onset, dukungan sosial,

perilaku pencarian bantuan berbasis budaya, serta akses geografis terhadap layanan kesehatan jiwa. Dalam konteks Aceh, temuan mengenai pengaruh pengobatan tradisional dan stigma internal memperkaya literatur internasional yang selama ini lebih banyak berfokus pada negara berpendapatan tinggi. Dengan demikian, penelitian ini menegaskan bahwa teori perilaku penggunaan layanan kesehatan perlu dipahami secara kontekstual, mempertimbangkan faktor budaya dan sistem layanan lokal.

Selain itu, penelitian ini mendukung konsepsi bahwa DUP merupakan fenomena sistemik yang tidak hanya mencerminkan karakteristik individu, tetapi juga struktur sosial dan sistem pelayanan kesehatan. Pendekatan ini memperkuat argumen bahwa intervensi untuk memperpendek DUP harus berbasis sistem dan komunitas, bukan hanya intervensi klinis individual.

6.9.2 Implikasi Praktis

Secara praktis, penelitian ini memiliki implikasi penting bagi pengembangan strategi deteksi dini dan perbaikan sistem rujukan layanan kesehatan jiwa di Aceh. Temuan bahwa penggunaan pengobatan tradisional dan jarak geografis berhubungan dengan lamanya DUP menunjukkan perlunya penguatan jejaring rujukan berbasis komunitas, termasuk kolaborasi dengan tokoh masyarakat dan penyedia pengobatan tradisional untuk meningkatkan rujukan dini ke layanan kesehatan formal.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa dukungan sosial memiliki peran protektif terhadap DUP. Oleh karena itu, intervensi berbasis keluarga dan peningkatan literasi kesehatan jiwa di tingkat komunitas perlu menjadi prioritas dalam program kesehatan jiwa daerah. Edukasi mengenai tanda-tanda awal psikosis dan urgensi penanganan medis dapat membantu mempercepat waktu pencarian pertolongan.

Implikasi kebijakan yang dapat dipertimbangkan adalah penguatan layanan kesehatan jiwa primer, peningkatan kapasitas deteksi dini di Puskesmas, serta optimalisasi sistem pembiayaan melalui asuransi kesehatan nasional untuk mengurangi hambatan akses layanan. Selain itu, pengembangan program intervensi psikosis episode pertama (*early psychosis intervention program*) yang terstruktur dapat menjadi langkah strategis untuk memperpendek DUP dan memperbaiki luaran jangka panjang pasien.

Secara keseluruhan, penelitian ini memberikan dasar empiris bagi perumusan kebijakan dan intervensi yang lebih responsif terhadap determinan sosial, budaya, dan struktural dalam keterlambatan pengobatan psikosis di Aceh.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa durasi psikosis tanpa pengobatan pada pasien skizofrenia di Aceh ditentukan oleh interaksi faktor klinis awal, faktor struktural akses layanan, praktik pencarian bantuan berbasis budaya, dan dukungan sosial. Determinan independen yang konsisten dalam model multivariat adalah usia onset yang lebih muda, penggunaan pengobatan tradisional, jarak ke layanan spesialis, rendahnya dukungan sosial, serta status cerai mati.

Usia onset yang lebih muda berasosiasi dengan peningkatan relatif durasi keterlambatan pengobatan, menunjukkan bahwa manifestasi awal psikosis pada usia muda cenderung kurang dikenali atau tidak segera dipersepsikan sebagai kondisi yang membutuhkan intervensi medis. Penggunaan pengobatan tradisional sebelum mengakses layanan formal merupakan determinan kuat yang berkaitan dengan peningkatan relatif DUP, yang mengindikasikan bahwa jalur pencarian bantuan non-medis berperan signifikan dalam menunda inisiasi terapi antipsikotik.

Dukungan sosial yang lebih tinggi berhubungan dengan penurunan relatif DUP, menegaskan bahwa jejaring keluarga dan sosial berfungsi sebagai faktor fasilitatif dalam mempercepat akses layanan. Selain itu, hambatan geografis terhadap layanan spesialis

juga berkontribusi terhadap keterlambatan pengobatan, meskipun pengaruhnya tidak sepenuhnya linier pada semua kategori jarak.

Sebaliknya, variabel seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, kepemilikan asuransi, jarak ke puskesmas, tingkat keparahan gejala, dan stigma internal tidak menunjukkan asosiasi independen setelah pengendalian kovariat. Temuan ini menunjukkan bahwa keterlambatan pengobatan tidak semata-mata ditentukan oleh karakteristik individu atau tingkat keparahan klinis, melainkan oleh kombinasi faktor klinis awal, struktur sistem pelayanan kesehatan, dan konteks sosial budaya.

Secara keseluruhan, penelitian ini menegaskan bahwa durasi psikosi tanpa terapi merupakan fenomena multidimensional yang memerlukan pendekatan intervensi lintas level, mencakup individu, keluarga, komunitas, dan sistem layanan kesehatan..

7.2 Saran

7.2.1. Saran untuk Praktik Klinis dan Layanan Kesehatan Jiwa

Berdasarkan temuan bahwa DUP dipengaruhi secara signifikan oleh usia onset yang lebih muda, jarak ke rumah sakit jiwa, penggunaan pengobatan tradisional, dan rendahnya dukungan sosial, disarankan agar layanan kesehatan jiwa memperkuat pendekatan deteksi dini yang berfokus pada kelompok usia muda. Tenaga kesehatan di layanan primer perlu dibekali kemampuan untuk mengenali tanda awal psikosis dan melakukan rujukan cepat ke layanan spesialis, khususnya pada pasien dengan gejala awal yang masih ringan atau tidak khas.

Selain itu, intervensi berbasis keluarga perlu diprioritaskan sebagai bagian integral dari penatalaksanaan awal psikosis. Psikoedukasi keluarga yang menekankan pentingnya pengobatan dini, risiko keterlambatan terapi, serta peran dukungan sosial dalam mempercepat akses layanan diharapkan dapat berkontribusi dalam memperpendek DUP. Mengingat jarak ke RSJ Aceh merupakan determinan struktural yang signifikan, penguatan sistem rujukan, layanan konsultasi jarak jauh (*telepsychiatry*),

serta koordinasi antara puskesmas dan RSJ menjadi langkah strategis untuk mengurangi hambatan geografis.

7.2.2. Saran untuk Kebijakan Kesehatan dan Program Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini menunjukkan perlunya kebijakan kesehatan jiwa yang tidak hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga mempertimbangkan konteks sosial budaya dan akses layanan. Pemerintah daerah dan pemangku kebijakan disarankan untuk mengembangkan program edukasi kesehatan jiwa berbasis komunitas yang sensitif terhadap budaya lokal, termasuk pendekatan kepada tokoh masyarakat dan tokoh agama, guna mengurangi ketergantungan pada pengobatan tradisional sebagai satu-satunya jalur pencarian bantuan.

Penguatan peran keluarga dan komunitas sebagai gatekeeper dalam deteksi dini psikosis juga perlu diintegrasikan ke dalam program kesehatan jiwa masyarakat. Program promotif dan preventif yang bertujuan meningkatkan literasi kesehatan jiwa, mengurangi stigma, serta memperkuat dukungan sosial berpotensi menjadi strategi efektif untuk menurunkan DUP, khususnya di daerah dengan keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan jiwa spesialis seperti Aceh.

7.2.3. Saran untuk Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan desain longitudinal untuk mengklarifikasi hubungan kausal antara determinan sosial, klinis, dan struktural dengan DUP. Selain itu, analisis mediasi atau moderasi perlu dilakukan untuk mengeksplorasi peran dukungan sosial, stigma, dan perilaku pencarian bantuan dalam memediasi hubungan antara faktor klinis awal dan lamanya DUP. Penelitian kualitatif juga direkomendasikan untuk menggali secara mendalam persepsi keluarga dan pasien mengenai penggunaan pengobatan tradisional dan pengambilan keputusan dalam pencarian bantuan kesehatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Addington, J., **International early psychosis association**, *Early Intervention in Psychiatry*, 2012;6(4):355-356.
- Agius, M., Goh, C., Ulhaq, S. & McGorry, P., **The staging model in schizophrenia, and its clinical implications**, *Psychiatria Danubina*, 2010;22(2):211-220.
- Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Hastrup, L.H., Hjorthøj, C. & Nordentoft, M., **The effect of duration of untreated psychosis and treatment delay on the outcomes of prolonged early intervention in psychotic disorders**, *NPJ schizophrenia*, 2017;3(1):34.
- Alkhawaldeh, A., M, A.L., Rayan, A., Abdalrahim, A., Musa, A., Eshah, N., et al., **Application and Use of Andersen's Behavioral Model as Theoretical Framework: A Systematic Literature Review from 2012-2021**, *Iran J Public Health*, 2023;52(7):1346-1354.
- Andersen, R.M., **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?**, *Journal of health and social behavior*, 1995:1-10.
- Anderson, K.K., Fuhrer, R. & Malla, A.K., **The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review**, *Psychol Med*, 2010;40(10):1585-97.
- Apa. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)**, Arlington, VA: American Psychiatric Association.; 2022.

- Ashok, A.H., Baugh, J. & Yeragani, V.K., **Paul Eugen Bleuler and the origin of the term schizophrenia (SCHIZOPRENIEGRUPPE)**, *Indian journal of psychiatry*, 2012;54(1):95-96.
- Ayesa-Arriola, R., Ortíz-García De La Foz, V., Martínez-García, O., Setién-Suero, E., Ramírez, M.L., Suárez-Pinilla, P., *et al.*, **Dissecting the functional outcomes of first episode schizophrenia spectrum disorders: a 10-year follow-up study in the PAFIP cohort**, *Psychol Med*, 2021;51(2):264-277.
- Barch, D.M. & Ceaser, A., **Cognition in schizophrenia: core psychological and neural mechanisms**, *Trends in cognitive sciences*, 2012;16(1):27-34.
- Barnes, T.R., Leeson, V.C., Mutsatsa, S.H., Watt, H.C., Hutton, S.B. & Joyce, E.M., **Duration of untreated psychosis and social function: 1-year follow-up study of first-episode schizophrenia**, *The British Journal of Psychiatry*, 2008;193(3):203-209.
- Bleuler, E., **Dementia praecox or the group of schizophrenias**, 1950.
- Boyd, J.E., Otilingam, P.G. & Deforge, B.R., **Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination**, *Psychiatric rehabilitation journal*, 2014;37(1):17.
- Burns, J.K. & Kirkbride, J.B., **Social capital, pathway to care and duration of untreated psychosis: Findings from a low- and middle-income country context**, 2012, 2012;18(4).
- Catalan, A., Salazar De Pablo, G., Aymerich, C., Guinart, D., Goena, J., Madaria, L., *et al.*, **"Short" Versus "Long" Duration of Untreated Psychosis in People with First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Baseline Status and Follow-Up Outcomes**, *Schizophrenia bulletin*, 2024;51(5):1206-1230.
- Catalan, A., Salazar De Pablo, G., Aymerich, C., Guinart, D., Goena, J., Madaria, L., *et al.*, **"Short" Versus "Long" Duration of Untreated Psychosis in People with First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Baseline Status and Follow-Up Outcomes**, *Schizophr Bull*, 2025;51(5):1206-1230.
- Chaichan, W., **Evaluation of the use of the positive and negative syndrome scale-excited component as a criterion for administration of prn medication**, *Journal of Psychiatric Practice*®, 2008;14(2):105-113.

- Charlson, F.J., Ferrari, A.J., Santomauro, D.F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J.G., *et al.*, **Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016**, *Schizophr Bull*, 2018;44(6):1195-1203.
- Chen, Q., Huang, S., Xu, H., Peng, J., Wang, P., Li, S., *et al.*, **The burden of mental disorders in Asian countries, 1990–2019: an analysis for the global burden of disease study 2019**, *Translational psychiatry*, 2024;14(1):167.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., *et al.*, **What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies**, *Psychological medicine*, 2015;45(1):11-27.
- Compton, M.T., Carter, T., Bergner, E., Franz, L., Stewart, T., Trotman, H., *et al.*, **Defining, operationalizing and measuring the duration of untreated psychosis: advances, limitations and future directions**, *Early Intervention in Psychiatry*, 2007;1(3):236-250.
- Compton, M.T., Ramsay, C.E., Shim, R.S., Goulding, S.M., Gordon, T.L., Weiss, P.S. & Druss, B.G., **Health services determinants of the duration of untreated psychosis among African-American first-episode patients**, *Psychiatric Services*, 2009;60(11):1489-1494.
- Corrigan, P.W., Druss, B.G. & Perlick, D.A., **The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care**, *Psychol Sci Public Interest*, 2014;15(2):37-70.
- Coyle, J.T., Ruzicka, W.B. & Balu, D.T., **Fifty years of research on schizophrenia: the ascendance of the glutamatergic synapse**, *American journal of psychiatry*, 2020;177(12):1119-1128.
- Crumlish, N., Whitty, P., Clarke, M., Browne, S., Kamali, M., Gervin, M., *et al.*, **Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis**, *The British Journal of Psychiatry*, 2009;194(1):18-24.
- Correlates and consequences of internalized stigma assessed through the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for people living with mental illness: A scoping review and meta-analysis from 2010** [press release], US: Educational Publishing Foundation 2021.
- El Boukhari, O., Benallel, K., Hanine, I., Ouaalaya, E.H., Otheman, Y. & Kadiri, M., **Determinants and clinical correlates of the duration of untreated psychosis in**

- schizophrenia: evidence from a Moroccan cross-sectional study**, *Middle East Current Psychiatry*, 2026;33(1):1.
- Elfil, M. & Negida, A., **Sampling methods in Clinical Research; an Educational Review**, *Emerg (Tehran)*, 2017;5(1):e52.
- Farooq, S., Sheikh, S., Dikomitis, L., Haq, M.M.U., Khan, A.J., Sanauddin, N., *et al.*, **Traditional healers working with primary care and mental health for early intervention in psychosis in young persons: protocol for the feasibility cluster randomised controlled trial**, *BMJ open*, 2023;13(7):e072471.
- Ferrari, A.J., Santomauro, D.F., Aali, A., Abate, Y.H., Abbafati, C., Abbastabar, H., *et al.*, **Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021**, *The Lancet*, 2024;403(10440):2133-2161.
- Fleischhacker, W.W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T.R., Carpenter, W., Duckworth, K., *et al.*, **Schizophrenia—time to commit to policy change**, *Schizophrenia bulletin*, 2014;40(Suppl_3):S165-S194.
- Fusar-Poli, P. & Politi, P., **Paul Eugen Bleuler and the birth of schizophrenia (1908)**, *American journal of psychiatry*, 2008;165(11):1407-1407.
- Fusar-Poli, P., Tantardini, M., De Simone, S., Ramella-Cravaro, V., Oliver, D., Kingdon, J., *et al.*, **Deconstructing vulnerability for psychosis: meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk**, *European Psychiatry*, 2017;40:65-75.
- Fusar-Poli, P. & Spada, G., **Early Intervention in Psychosis**, *Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for Clinical Training and Practice*, 2017:299-306.
- Fusar-Poli, P., Sunkel, C., Larrauri, C.A., Keri, P., McGorry, P.D., Thornicroft, G. & Patel, V., **Violence and schizophrenia: the role of social determinants of health and the need for early intervention**, *World psychiatry*, 2023;22(2):230.
- Goff, D.C., Zeng, B., Ardekani, B.A., Diminich, E.D., Tang, Y., Fan, X., *et al.*, **Association of hippocampal atrophy with duration of untreated psychosis and molecular biomarkers during initial antipsychotic treatment of first-episode psychosis**, *JAMA psychiatry*, 2018;75(4):370-378.

- Gogtay, N., Vyas, N.S., Testa, R., Wood, S.J. & Pantelis, C., **Age of onset of schizophrenia: perspectives from structural neuroimaging studies**, *Schizophrenia bulletin*, 2011;37(3):504-513.
- Green, S.B., **How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis**, *Multivariate Behav Res*, 1991;26(3):499-510.
- Habibillah, I.Y.Y., Darmawati, D. & Marthoenis, M., **Determinants of Duration of Untreated Psychosis in Patients with Schizophrenia in Indonesia**, *Asian Journal of Public Health and Nursing*, 2024;1(2).
- Harrigan, S.M., McGorry, P. & Krstev, H., **Does treatment delay in first-episode psychosis really matter?**, *Psychological medicine*, 2003;33(1):97-110.
- Hartini, N., Fardana, N.A., Ariana, A.D. & Wardana, N.D., **Stigma toward people with mental health problems in Indonesia**, *Psychol Res Behav Manag*, 2018;11:535-541.
- Hastrup, L.H., Haahr, U.H., Jansen, J.E. & Simonsen, E., **Determinants of duration of untreated psychosis among first-episode psychosis patients in Denmark: A nationwide register-based study**, *Schizophr Res*, 2018;192:154-158.
- Hazan, H., Tayfur, S.N., Zhou, B., Li, F., Gibbs-Dean, T., Karmani, S., *et al.*, **The impact of Duration of Untreated Psychosis on functioning and quality of life over one year of Coordinated Specialty Care (CSC)**, *PLOS ONE*, 2025;20(2):e0312740.
- Hongyun, Q., Zhang, J., Zhenping, W., Haiying, M., Caiying, Y., Fuzhen, C., *et al.*, **Duration of untreated psychosis and clinical outcomes of first-episode schizophrenia: a 4-year follow-up study**, *Shanghai archives of psychiatry*, 2014;26(1):42.
- Howes, O.D. & Kapur, S., **The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III—the final common pathway**, *Schizophrenia bulletin*, 2009;35(3):549-562.
- Hulley, S.B., Cummings, S.R., Browner, W.S., Grady, D.G. & Newman, T.B., **Designing Clinical Research**: Wolters Kluwer Health; 2013.
- Kahn, R.S., **On the origins of schizophrenia**, *American journal of psychiatry*, 2020;177(4):291-297.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Sadock, V.A. & Ruiz, P., **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 11th ed.**, (No Title), 2024.

- Kemenkes, R., **Survei kesehatan indonesia (ski) 2023 dalam angka**, Kementerian Kesehatan Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, 2023.
- Kular, A., Perry, B.I., Brown, L., Gajwani, R., Jasini, R., Islam, Z., *et al.*, **Stigma and access to care in first-episode psychosis**, *Early Intervention in Psychiatry*, 2019;13(5):1208-1213.
- Kvig, E.I., Brinchmann, B., Moe, C., Nilssen, S., Larsen, T.K. & Sorgaard, K., **Geographical accessibility and duration of untreated psychosis: distance as a determinant of treatment delay**, *BMC psychiatry*, 2017;17(1):176.
- Kvig, E.I., Brinchmann, B., Moe, C., Nilssen, S., Larsen, T.K. & Sørgaard, K., **Geographical accessibility and duration of untreated psychosis: distance as a determinant of treatment delay**, *BMC psychiatry*, 2017;17:1-10.
- Limbu, S., Nepal, S. & Mishra, S.K., **Duration of untreated psychosis and associated sociodemographic and clinical factors in first-episode psychosis: A study from Eastern Nepal**, *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2025;60(1):57-70.
- Limbu, S., Nepal, S. & Mishra, S.K., **Duration of untreated psychosis and associated sociodemographic and clinical factors in first-episode psychosis: A study from Eastern Nepal**, *Int J Psychiatry Med*, 2025;60(1):57-70.
- Livingston, J.D. & Boyd, J.E., **Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis**, *Soc Sci Med*, 2010;71(12):2150-61.
- Marchira, C.R., Supriyanto, I., Subandi, Soewadi & Good, B.J., **The association between duration of untreated psychosis in first psychotic episode patients and help seeking behaviors in Jogjakarta, Indonesia**, *International journal of culture and mental health*, 2016;9(2):120-126.
- Marder, S., Marder, S.R. & Chopra, V., **Schizophrenia**: OUP Us; 2014.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. & Croudace, T., **Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review**, *Archives of general psychiatry*, 2005;62(9):975-983.
- Marthoenis, M., Aichberger, M.C. & Schouler-Ocak, M., **Patterns and determinants of treatment seeking among previously untreated psychotic patients in Aceh Province, Indonesia: a qualitative study**, *Scientifica*, 2016;2016(1):9136079.

- Montoya, A., Valladares, A., Lizán, L., San, L., Escobar, R. & Paz, S., **Validation of the Excited Component of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-EC) in a naturalistic sample of 278 patients with acute psychosis and agitation in a psychiatric emergency room**, *Health and quality of life outcomes*, 2011;9:1-11.
- Morgan, C., Abdul-Al, R., Lappin, J.M., Jones, P., Fearon, P., Leese, M., *et al.*, **Clinical and social determinants of duration of untreated psychosis in the AESOP first-episode psychosis study**, *Br J Psychiatry*, 2006;189:446-52.
- Morgan, C., Mallett, R., Hutchinson, G., Bagalkote, H., Morgan, K., Fearon, P., *et al.*, **Pathways to care and ethnicity. 1: Sample characteristics and compulsory admission. Report from the AESOP study**, *Br J Psychiatry*, 2005;186:281-9.
- Morgan, C., Thara, R., Gureje, O., Hutchinson, G. & Cohen, A., **Duration of untreated psychosis: a global perspective**, *World psychiatry*, 2025;24(1):49-50.
- Murray, C.J.L., Aravkin, A.Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K.M., Abbasi-Kangevari, M., *et al.*, **Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019**, *The Lancet*, 2020;396(10258):1223-1249.
- Muslih, M., Chiu, W.C., Chuang, Y.H. & Chung, M.H., **Psychometric properties of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale in Indonesia**, *Psychiatr Rehabil J*, 2021;44(2):166-175.
- Myaba, J., Mwale, C.M. & Jumbe, V.C., **Clinical Predictors of Duration of Untreated Psychosis: Exploring Psychosocial and Clinical Predictors of Duration of Untreated Psychosis in First-Episode Psychotic Patients in Mzuzu, Malawi**, *Malawi Med J*, 2021;33(Postgraduate Supplementary Iss):23-29.
- Nkire, N., Kinsella, A., Russell, V. & Waddington, J.L., **What is the duration of untreated psychosis worldwide?**, *Psychol Med*, 2024;54(13):1-3.
- Norman, R., Malla, A., Verdi, M., Hassall, L. & Fazekas, C., **Understanding delay in treatment for first-episode psychosis**, *Psychological medicine*, 2004;34(2):255-266.
- O'callaghan, E., Turner, N., Renwick, L., Jackson, D., Sutton, M., Foley, S.D., *et al.*, **First episode psychosis and the trail to secondary care: help-seeking and health-system delays**, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2010;45(3):381-91.

- Paquin-Goulet, M., Krishnadas, R. & Beattie, L., **A systematic review of factors prolonging or reducing the duration of untreated psychosis for people with psychosis in low- and middle-income countries**, *Early Interv Psychiatry*, 2023;17(11):1045-1069.
- Patel, V. & Prince, M., **Global mental health: a new global health field comes of age**, *Jama*, 2010;303(19):1976-7.
- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M. & Miettunen, J., **Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis**, *The British Journal of Psychiatry*, 2014;205(2):88-94.
- Primavera, D., Bandecchi, C., Lepori, T., Sanna, L., Nicotra, E. & Carpinello, B., **Does duration of untreated psychosis predict very long term outcome of schizophrenic disorders? Results of a retrospective study**, *Annals of General Psychiatry*, 2012;11:1-6.
- Pu, C., Qiu, Y., Zhou, T., Yang, F., Lu, Z., Wang, C., *et al.*, **Gender differences of neurocognitive functioning in patients with first-episode schizophrenia in China**, *Comprehensive Psychiatry*, 2019;95:152132.
- Riskesdas, T., **Laporan nasional RISKESDAS 2018**, Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2019.
- Rothman, K.J., Greenland, S. & Lash, T.L., **Modern epidemiology**: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia; 2008.
- Ruiz-Veguilla, M., Luisa Barrigón, M., Diaz, F.J., Ferrin, M., Moreno-Granados, J., Dolores Salcedo, M., *et al.*, **The duration of untreated psychosis is associated with social support and temperament**, *Psychiatry Research*, 2012;200(2):687-692.
- Salazar De Pablo, G., Aymerich, C., Guinart, D., Catalan, A., Alameda, L., Trotta, G., *et al.*, **What is the duration of untreated psychosis worldwide? – A meta-analysis of pooled mean and median time and regional trends and other correlates across 369 studies**, *Psychological medicine*, 2024;54(4):652-662.
- Samara, M.T., Leucht, C., Leeflang, M.M., Angheliescu, I.-G., Chung, Y.-C., Crespo-Facorro, B., *et al.*, **Early improvement as a predictor of later response to antipsychotics in schizophrenia: a diagnostic test review**, *American journal of psychiatry*, 2015;172(7):617-629.

- Saragih, J., Mawarpury, M., Saputra, I. & Rahayuningsih, E.M., **Reliability of Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) Indonesian Version in Acehese Population**, *Indonesian Journal of Global Health Research*, 2025;7(2):95-102.
- Schoretsanitis, G., Kane, J.M., Correll, C.U., Marder, S.R., Citrome, L., Newcomer, J.W., *et al.*, **Blood levels to optimize antipsychotic treatment in clinical practice: a joint consensus statement of the American Society of Clinical Psychopharmacology and the Therapeutic Drug Monitoring Task Force of the Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie**, *The journal of clinical psychiatry*, 2020;81(3):3649.
- Selten, J.-P., Van Der Ven, E. & Termorshuizen, F., **Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies**, *Psychological medicine*, 2020;50(2):303-313.
- Singh, S.P., Winsper, C., Mohan, M., Birchwood, M., Chadda, R.K., Furtado, V., *et al.*, **Pathways to care in first-episode psychosis in low-resource settings: Implications for policy and practice**, *Asian Journal of Psychiatry*, 2023;81:103463.
- Solmi, M., Tiihonen, J., Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., Correll, C.U. & Taipale, H., **Antipsychotics use is associated with greater adherence to cardiometabolic medications in patients with schizophrenia: results from a nationwide, within-subject design study**, *Schizophrenia bulletin*, 2022;48(1):166-175.
- Stock, J. & Watson, M., **Heteroskedasticity-Robust Standard Errors for Fixed Effect Panel Data Regression**, *Econometrica*, 2008;76:155-174.
- Subandi, M.A. & Good, B.J., **Shame as a cultural index of illness and recovery from psychotic illness in Java**, *Asian Journal of Psychiatry*, 2018;34:33-37.
- Subu, M.A., Holmes, D., Arumugam, A., Al-Yateem, N., Maria Dias, J., Rahman, S.A., *et al.*, **Traditional, religious, and cultural perspectives on mental illness: A qualitative study on causal beliefs and treatment use**, *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 2022;17(1):2123090.
- Sugiyono, D., **Metode penelitian pendidikan pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D**, 2013.
- Takizawa, P., Wongsiri, K., Sareedenchai, P., Amornmahaphun, S., Kuroda, N., Hori, A. & Ichikawa, M., **Impact of duration of untreated psychosis on remission in first-episode schizophrenia in Thailand: a cohort study**, *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 2021;48:141-146.

- Tristiana, R.D., Triantoro, B., Nihayati, H.E., Yusuf, A. & Abdullah, K.L., **Relationship between caregivers' burden of schizophrenia patient with their quality of life in Indonesia**, *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2019;6(2):141-148.
- Trubetskoy, V., Pardiñas, A., Qi, T., Panagiotaropoulou, G., Awasthi, S., Bigdeli, T., *et al.*, **Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia**, *Nature*, 2022;604:502-8.
- Van Beek, A., De Zeeuw, J., De Leeuw, M., Poplawska, M., Kerkvliet, L., Dwarkasing, R., *et al.*, **Duration of untreated psychosis and pathways to care in Suriname: a qualitative study among patients, relatives and general practitioners**, *BMJ open*, 2022;12(2):e050731.
- Van Der Zeijst, M.C.E., Veling, W., Chiliza, B. & Hoek, H.W., **Traditional and faith-based healthcare in the management of psychotic disorders in Africa: in search for synergy**, *Curr Opin Psychiatry*, 2023;36(4):337-344.
- Van Os, J., Kenis, G. & Rutten, B.P., **The environment and schizophrenia**, *Nature*, 2010;468(7321):203-212.
- Vancampfort, D., Firth, J., Correll, C.U., Solmi, M., Siskind, D., De Hert, M., *et al.*, **The impact of pharmacological and non-pharmacological interventions to improve physical health outcomes in people with schizophrenia: a meta-review of meta-analyses of randomized controlled trials**, *Focus*, 2021;19(1):116-128.
- Volavka, J., **Aggression in Psychoses**, *Advances in Psychiatry*, 2014;2014(1):196281.
- West, R.M., **Best practice in statistics: The use of log transformation**, *Ann Clin Biochem*, 2022;59(3):162-165.
- Yu, M., Tan, Q., Wang, Y., Xu, Y., Wang, T., Liu, D., *et al.*, **Correlation between duration of untreated psychosis and long-term prognosis in chronic schizophrenia**, *Frontiers in psychiatry*, 2023;Volume 14 - 2023.
- Zefanya Cheline, S., Ayu Rifqi Indah, G. & Nurul Lisa, I., **Uji Validitas Konstruk Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) melalui Confirmatory Factor Analysis (CFA)**, *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Sosial, Politik dan Humaniora*, 2026;5(1):734-747.

Zimet, G.D., Powell, S.S., Farley, G.K., Werkman, S. & Berkoff, K.A., **Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support**, *Journal of personality assessment*, 1990;55(3-4):610-617.



LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan Mengenai Penelitian

DETERMINAN KLINIS, SOSIAL, DAN AKSES LAYANAN TERHADAP DURASI PSIKOSIS
TANPA TERAPI PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI ACEH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Liza Fathiariani

NPM : 2407210027

Alamat : Jl. SDN 44 Ceurih Kec. Ulee Kareng Kota Banda Aceh

No. HP : 085260298378

Dengan ini memohon kesediaan bapak/ibu untuk ikut terlibat dalam penelitian yang sedang saya kerjakan sebagai syarat untuk mendapatkan gelar S-2 (pascasarjana). Adapun penelitiannya adalah :

Judul : Determinan Klinis, Sosial, Dan Akses Layanan Terhadap Durasi Psikosis Tanpa Terapi Pada Pasien Skizofrenia Di Aceh

Tujuan : Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan lamanya pasien mengalami psikosis tanpa pengobatan (DUP), seperti stigma sosial, tingkat pengetahuan, dukungan keluarga, dan akses layanan kesehatan, serta dampaknya terhadap perjalanan penyakit pada pasien skizofrenia..

Periode : Agustus 2025 sampai Desember 2025

Besar harapan saya agar Bapak/Ibu dapat berpartisipasi dalam penelitian ini guna membantu pengembangan ilmu pengetahuan terkait penanganan skizofrenia di Aceh. Demikian penjelasan ini saya sampaikan, saya mengucapkan terima kasih atas perhatian dan kerja sama yang baik.

Hormat saya

Liza Fathiarani

NPM.2407210027

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (inisial) :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Dengan ini saya secara sukarela dan tanpa paksaan menyatakan bersedia menjawab kuesioner *Internalized Stigma of Mental Illness Scale* (ISMI)-10 dan *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MPSS) yang hasilnya akan dijadikan data dalam penelitian yang berjudul **Determinan Klinis, Sosial, Dan Akses Layanan Terhadap Durasi Psikosis Tanpa Terapi Pada Pasien Skizofrenia Di Aceh** yang dilakukan oleh Liza Fathiariani, mahasiswi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dapat dipergunakan seperlunya. Atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Banda Aceh, 2025

()



Lampiran 2 Lembar Kuesioner

DETERMINAN KLINIS, SOSIAL, DAN AKSES LAYANAN TERHADAP DURASI PSIKOSIS TANPA TERAPI PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI ACEH

Kode Responden : (diisi oleh peneliti)

Tanggal Pengisian :

Petunjuk Pengisian :

- Isi setiap pertanyaan dengan jelas dan lengkap
- Beri tanggapan pernyataan yang sesuai (soal pilihan) dengan memberi tanda (v) pada setiap kolom
- Untuk jawaban isian, jawaban ditulis di tempat yang sudah disediakan.

A. Data Demografi

1. Nama Responden (Inisial):
2. Usia (tahun):
3. Jenis Kelamin:
 - ☐ Laki-laki
 - ☐ Perempuan
4. Tingkat Pendidikan Terakhir:
 - ☐ Tidak tamat SD
 - ☐ SD
 - ☐ SMP
 - ☐ SMA/SMK
 - ☐ Diploma
 - ☐ S1
 - ☐ S2
5. Status Pernikahan:
 - ☐ Belum menikah
 - ☐ Menikah
 - ☐ Cerai hidup
 - ☐ Cerai mati
6. Status Pekerjaan:
 - ☐ Bekerja
 - ☐ Tidak bekerja
7. Usia saat onset gejala pertama (tahun):
8. Usia saat pertama kali kontak dengan layanan kesehatan (tahun):
9. Riwayat Pencarian Pengobatan Pertama:
 - ☐ Dukun
 - ☐ Tabib/Pengobatan tradisional
 - ☐ Layanan kesehatan formal

B. Duration of Untreated Psychosis (DUP)

a. Kapan pertama kali pasien mengalami tanda dan gejala psikosis (misalnya halusinasi, waham, pikiran kacau, atau perubahan perilaku)?

.....

b. Gejala apa saja yang pertama kali muncul pada pasien?

.....

c. Berapa lama gejala tersebut berlangsung sebelum pasien mendapatkan pengobatan medis?

d. Kapan pertama kali pasien dibawa ke rumah sakit atau layanan kesehatan formal lainnya?

- Usia pasien saat itu (tahun):
- Status pendidikan/kelas (jika masih sekolah):

e. Sejak kapan pertama kali pasien mengonsumsi obat psikiatri?

- Tahun/bulan:
- Sumber pelayanan:

f. Apakah sebelum dibawa ke rumah sakit pasien pernah dibawa ke tempat pengobatan tradisional?

- ☐ Ya
- ☐ Tidak

g. Apakah pasien menolak ketika diajak berobat ke rumah sakit jiwa?

- ☐ Ya
- ☐ Tidak

h. Apakah keluarga mengalami kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan jiwa?

- ☐ Ya
- ☐ Tidak

i. Apakah pasien memiliki jaminan/asuransi kesehatan?

- ☐ Ya
- ☐ Tidak

C. Kuesioner Stigma (*Internalized Stigma of Mental Illness-10 (ISMI-10)*)

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda centang (V) pada jawaban

Pilihlah jawaban yang tepat

Jika jawaban 1= sangat tidak setuju, 2= tidak setuju, 3= setuju, 4= sangat setuju

No.	Pernyataan	Jawaban			
		Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1.	Orang dengan gangguan jiwa cenderung terkadang kasar				
2.	Orang dengan gangguan jiwa dapat berkontribusi dalam masyarakat				

2. Minimal – patologis diragukan ; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal.	☐
3. Ringan – Cenderung sedikit agitatif, waspada berlebihan, atau sedikit mudah terangsang (overaroused) selama wawancara, tetapi tanpa episode yang jelas dari gaduh, gelisah atau labilitas alam perasaan yang mencolok. Pembicaraan mungkin sedikit mendesak.	☐
4. Sedang – Agitasi atau mudah terangsang yang jelas terbukti selama wawancara, mempengaruhi pembicaraan dan mobilitas umum atau ledakan- ledakan episodic yang terjadi secara sporadic.	☐
5. Agak berat – Tampak hiperaktifitas yang bermakna, atau sering terjadi ledakan-ledakan atau aktivitas motorik, yang menyebabkan kesulitan bagi pasien tetap duduk untuk waktu yang lebih lama dari beberapa menit dalam setiap kesempatan.	☐
6. Berat – Gaduh gelisah yang mencolok mendominasi wawancara, membatasi perhatian, demikian rupa sehingga mempengaruhi fungsi sehari-hari seperti makan dan tidur.	☐
7. Sangat berat – Gaduh gelisah yang mencolok, secara serius mempengaruhi kegiatan makan dan tidur, serta jelas tidak memungkinkan interaksi interpersonal. Percepatan pembicaraan dan aktivitas motorik dapat menimbulkan inkoherenesi dan kelelahan.	☐

2. Permusuhan Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, cacik maki dan penyerangan. Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.	
1. Tidak ada – definisi tidak dipenuhi.	☐
2. Minimal – patologis diragukan ; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal.	☐
3. Ringan – melampiaskan kemarahan secara tidak langsung atau ditahan, seperti sarkasme, sikap tidak sopan, ekspresi bermusuhan, dan kadang-kadang iritabilitas.	☐

4. Sedang – Adanya sikap bermusuhan yang nyata, sering memperlihatkan iritabilitas dan ekspresi kemarahan atau kebencian yang langsung.	☐
5. Agak berat – pasien sangat mudah marah dan kadang-kadang memaki dengan kata-kata kasar atau mengancam.	☐
6. Berat – Tidak kooperatif dan mencaci maki dengan kasar atau mengancam khususnya mempengaruhi wawancara, dan berdampak serius terhadap relasi social. Pasien dapat beringas dan merusak tetapi tidak menyerang orang lain secara fisik.	☐
7. Sangat berat – kemarahan yang hebat berakibat sangat tidak kooperatif, menghalangi interaksi, atau secara episodic melakukan penyerangan fisik terhadap orang lain.	☐

3. Ketegangan. Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, anxietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan. Dasar penilaian : Laporan lisan membuktikan adanya anxietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.	
1. Tidak ada – definisi tidak dipenuhi.	☐
2. Minimal – patologis diragukan ; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal.	☐
3. Ringan – Postur dan gerakan-gerakan menunjukkan kekawatiran ringan seperti rigiditas yang ringan, ketidak tenang yang sekali-sekali, perubahan posisi, atau tremor tangan yang halus dan cepat.	☐
4. Sedang – Suatu penampilan yang nyata-nyata gelisah yang terbukti dari adanya pelbagai manifestasi, seperti perilaku tidak tenang, tremor ringan yang nyata, keringat berlebihan, atau manerisme karena gugup.	☐
5. Agak berat – Ketegangan yang berat yang dibuktikan oleh pelbagai manifestasi seperti gemetar karena gugup, keringat sangat berlebihan dan ketidaktenangan, tetapi perilaku selama wawancara tidak terpengaruh secara bermakna.	☐
6. Berat – Ketegangan berat sedemikian rupa sehingga taraf interaksi interpersonal terganggu. Misalnya pasien mungkin terus-menerus bergerak seperti cacing kepanasan, tidak dapat duduk untuk waktu lama atau menunjukkan hiperventilasi.	☐

7. Sangat berat – Ketegangan sangat mencolok yang dimanifestasikan oleh tanda-tanda panik atau percepatan gerakan motorik kasar, seperti langkah cepat yang gelisah dan ketidakmampuan tetap duduk untuk waktu lebih lama dari semenit, yang menyebabkan percakapan tidak mungkin diteruskan.	☐
---	--------------------------

4. Ketidakkoooperatifan.

Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga, yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensive, keras kepala, negativistic, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang.

Dasar penilaian : Perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara, dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.

1. Tidak ada – definisi tidak dipenuhi.	☐
2. Minimal – patologis diragukan ; mungkin suatu ujung ekstrim dari batas-batas normal.	☐
3. Ringan – Patuh tetapi disertai sikap marah, tidak sabar, atau sarkasme. Mungkin ada penolakan yang tidak mengganggu terhadap penyelidikan yang sensitive selama wawancara.	☐
4. Sedang – Kadang-kadang terdapat penolakan langsung untuk patuh terhadap tuntutan-tuntutan social yang normal seperti merapikan tempat tidur, mengikuti acara yang telah dijadwalkan dsb. Pasien mungkin memproyeksikan hostilitas, defensive, atau bersikap negative, tetapi biasanya masih dapat diatasi.	☐
5. Agak berat – Pasien seringkali tidak patuh terhadap tuntutan lingkungannya dan mungkin dijuluki orang sebagai “orang buanagn” atau “oaring yang mempunyai problem sikap yang serius”. Ketidakkoooperatifan tercermin dalam jelas-jelas defensive, atau iritabilitas terhadap pewawancara dan mungkin tidak bersedia menghadapi banyak pertanyaan.	☐
6. Berat – Pasien sangat tidak kooperatif, negativistic dan mungkin juga suka membangkang. Menolak untuk patuh terhadap sebagian besar tuntutan social dan mungkin tidak mau memulai atau mengikuti wawancara sepenuhnya.	☐

7. Sangat berat – Resistensi aktif yang jelas berdampak serius terhadap benar-benar seluruh bidang fungsi utama. Pasien mungkin menolak untuk ikut dalam aktifitas social apapun, mengurus kebersihan diri, bercakap-cakap dengan keluarga atau staf dan bahkan untuk berpartisipasi dalam wawancara singkat sekali pun.	☐
--	--------------------------

5. Pengendalian Impuls yang Buruk. Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dasar penilaian : Perilaku selama wawancara dan yang dilaporkan oleh perawat dan keluarganya.	
1. Tidak ada – definisi tidak dipenuhi.	☐
2. Minimal – patologis diragukan ; mungkin suatu ujung ekstrim dari batasan normal.	☐
3. Ringan – Pasien cenderung mudah marah dan frustrasi bila menghadapi stress atau pemuasannya ditolak tetapi jarang bertindak impulsive.	☐
4. Sedang – Dengan provokasi yang minimal pasien menjadi marah dan mencaci maki. Mungkin sekali-sekali mengancam, merusak atau terdapat satu atau dua episode yang melibatkan konfrontasi fisik atau perselisihan ringan.	☐
5. Agak berat – Pasien memperlihatkan episode impulsive yang berulang-ulang, termasuk mencaci maki, pengrusakan harta benda atau ancaman fisik. Mungkin ada satu atau dua episode yang melibatkan serangan serius, sehingga pasien perlu diisolasi, difiksasi dan bila perlu diberi sedasi.	☐
6. Berat – Pasien sering agresif secara impulsive, mengancam, menuntut dan merusak, tanpa pertimbangan yang nyata tentang konsekuensinya. Menunjukkan perilaku menyerang dan mungkin juga serangan seksual, dan kemungkinan berperilaku yang merupakan respons terhadap perintah-perintah yang bersifat halusinasi.	☐
7. Sangat berat – Pasien memperlihatkan serangan yang dapat membunuh orang, penyerangan seksual, kebrutalan yang berulang, atau perilaku merusak diri sendiri. Membutuhkan pengawasan langsung yang terus menerus atau fiksasi karena ketidakmampuan mengendalikan impuls yang berbahaya.	☐

E. Kuesioner Dukungan Sosial (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)*)

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda centang (V) pada jawaban

Pilihlah jawaban yang tepat

Jika 1 = sangat tidak setuju 2 = tidak setuju, 3 = agak tidak setuju, 4 = netral 5 = agak setuju, 6 = setuju, dan 7 = sangat setuju

No .	Pertanyaan	STS	TS	ATS	N	AS	S	SS
1.	Seseorang yang istimewa selalu ada ketika saya memerlukan							
2.	Saya memiliki orang yang istimewa							
3.	Keluarga saya sangat membantu saya							
4.	Saya mendapatkan bantuan moril dan dukungan yang saya perlukan dari keluarga							
5.	Saya memiliki seseorang yang membuat saya nyaman ketika bersamanya							
6.	Teman-teman saya sangat membantu saya							
7.	Saya dapat menegur teman-teman saya ketika mereka berbuat salah							
8.	Saya dapat membicarakan permasalahan saya dengan keluarga							
9.	Saya mempunyai teman-teman yang dapat berbagi suka dan duka							
10.	Ada seseorang yang istimewa dalam hidup saya yang peduli dengan perasaan saya							
11.	Keluarga saya mau membantu saya untuk membuat suatu keputusan							
12.	Saya dapat membicarakan permasalahan saya dengan temanteman							

Lampiran 3 Persetujuan Etik





KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

Jln. Kampus Muhammadiyah No. 93, Batoh, Lueng Bata, Kota Banda Aceh, Kode Pos - 23245
E-Mail : sekretariatkepk@unmuha.ac.id | Tlpn : (0651) 31054 | Hp. : (+62) 81360208187



PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVAL

Nomor: 11/EA/KEPK/Unmuha/VIII/2025

Protokol Penelitian yang Berjudul: "Determinan Durasi Psikosis Tanpa Terapi pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Aceh "

Research Protocol Entitled: " Determinants of Duration of Psychosis Without Therapy in Schizophrenia Patients at Aceh Mental Hospital "

Peneliti Utama : dr. Liza Fathiarani
Principal Investigator

Pembimbing/ Peneliti Lain : Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc.
Supervisor/ Other investigators HPPF, DLSHTM, PhD
Dr. Maidar, M.Kes.

Nama Institusi : Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana
Name of the institution Universitas Muhammadiyah Aceh

Dinyatakan layak etik sesuai 7(tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2026. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar. Pernyataan laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 10 Agustus 2025 sampai dengan tanggal 01 Agustus 2026.

Has been approved by the ethical Clearance Committee as it is ethically in accordance with the 7 (seven) WHO 2011 Standards, that includes 1) Social Value, 2) Scientific Value, 3) Equalization of burden and benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Consent Prior to Explanation, that refers to CIOMS 2016 Guidelines. This is as indicated by the fulfilment of all indicators in each standard. This ethical Approval is valid for the period of August 01, 2025 until August 01, 2026.

Banda Aceh, 01 Agustus, 2025
Komite Etik Penelitian Kesehatan
Ketua,



Fahmi Ichwansyah, S.Kp., M.P.H. PhD
NIP. 196609051989021001



PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
TERAKREDITASI "UNGGUL" LAM-PTKes SK No.0012/LAM-PTKes/Akr.Bd/Mag/XI/2021
Jl. Kampus Muhammadiyah No. 93, Batoh, Lueng Bata, Banda Aceh 23245
Telp/Fax: 0651-31053 / 0651-31053
Website: <http://mkm.unmuha.ac.id> | E-mail: mkm@unmuha.ac.id

No : 313/UM.MKM.M/V/2025
Lamp : -
Hal : Permohonan Data Awal

Banda Aceh, 27 Mei 2025

Kepada Yth.
Direktur Rumah Sakit Jiwa Aceh
di
Tempat

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh

Sehubungan dengan proses penyusunan tesis yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu untuk dapat memfasilitasi pengambilan data awal penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini :

N a m a : Liza Fathiariani
NPM : 2407210027
Peminatan : Epidemiologi
Judul Tesis : "DETERMINAN DURASI PSIKOSIS TANPA TERAPI PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA ACEH"

Demikianlah permohonan kami, atas bantuan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum, Warrahmatullahi Wabarakatuh

Ka. Prodi MKM,

Dr. Maidar, M.Kes
NIP. 19710723 199101 2 001

Lampiran 5 Dokumentasi Penelitian



Foto 1. Peneliti sedang mewawancarai pasien di ruang tunggu instalasi farmasi



Foto 2. Wawancara dan pengisian kuesioner pada pasien dan keluarga



Foto 3. Wawancara dan pengisian kuesioner pada pasien dan keluarga



Foto 4. Wawancara dan pengisian kuesioner pada pasien di poli rawat jalan



Foto 5. Wawancara dan pengisian kuesioner pada pasien ruangan



Foto 6. Wawancara dan pengisian kuesioner pada pasien di ruang tunggu rawat inap

Lampiran 6 Master Data

KODE	Rawatan	Alamat	Unit	Jenis_Kelu	Tingka_PeST	Pemilu	Status_Pel	USIA_ONS	Unit_KON	DUP	MIN	PENG	TRM	Asuransi	Jarak_PEM	Jarak_Peli	Tolak_RSI	Total_PAN	TOTAL_USA	Total_MP1	IndUP
1	1	1	3	37	2	4	3	2	32	33	40	1	1	1	2	1	1	30	26	84	1.688.879
2	1	3	23	1	2	1	2	2	23	24	48	1	1	2	2	2	2	30	23	65	3.871.201
3	1	3	33	1	1	2	2	2	33	33	2	2	1	2	2	2	2	25	20	73	.6931472
4	2	2	32	1	4	1	1	1	29	29	12	2	1	2	2	2	2	25	30	44	2.484.907
5	1	3	25	2	1	2	1	2	25	25	8	2	1	2	2	2	2	18	29	72	2.079.442
6	1	1	26	1	2	1	2	1	22	22	8	2	1	2	2	2	2	25	26	72	2.079.442
7	1	1	43	1	4	1	1	1	23	23	12	2	1	2	2	2	2	25	28	56	2.484.907
8	1	2	44	1	4	2	1	1	37	38	48	1	1	2	2	2	2	25	30	50	3.871.201
9	1	2	32	1	3	1	1	1	22	32	480	1	1	2	1	1	1	25	24	72	6.173.786
10	1	3	32	1	4	3	2	2	46	52	288	1	1	2	2	2	2	27	28	80	5.642.961
11	1	3	30	1	3	1	1	1	20	22	96	1	1	2	1	1	1	25	29	60	4.564.348
12	1	3	24	1	4	1	2	1	19	21	1	2	1	2	2	1	1	30	26	72	0
13	1	1	32	1	6	2	2	2	51	52	32	1	1	2	2	2	2	11	29	56	3.465.736
14	1	3	25	1	4	1	1	1	22	24	96	1	1	2	2	2	2	25	25	54	4.564.348
15	1	1	42	2	3	2	1	2	42	42	12	1	1	2	1	1	1	30	30	72	2.484.907
16	1	1	45	2	1	1	2	1	16	26	480	1	1	2	2	2	2	30	27	24	6.173.786
17	1	2	37	2	6	2	1	1	27	27	8	1	1	2	2	2	2	20	29	63	2.079.442
18	1	2	48	2	2	4	1	45	46	48	1	1	2	1	2	1	2	30	30	52	3.871.201
19	2	1	33	1	4	1	1	1	22	23	48	1	1	2	2	2	2	14	21	60	3.871.201
20	1	2	29	1	3	1	1	1	28	29	32	1	1	2	2	2	2	30	28	61	3.465.736
21	1	2	29	1	4	1	1	1	20	21	48	1	1	2	2	2	1	25	31	62	3.871.201
22	1	3	43	1	2	2	2	2	42	45	48	2	1	2	2	2	1	25	26	56	3.871.201
23	1	2	42	1	6	3	1	1	40	42	96	1	1	2	2	1	1	25	26	30	4.564.348
24	1	3	32	2	2	3	1	1	44	52	288	1	1	2	2	2	1	25	25	40	5.642.961
25	2	1	33	1	4	1	1	1	30	31	24	1	1	2	2	2	1	13	21	60	3.178.054
26	1	1	42	1	4	1	2	2	22	23	48	1	1	2	2	2	1	12	23	72	3.871.201
27	1	3	27	1	4	2	1	1	22	27	96	1	1	2	1	1	1	30	26	50	4.564.348
28	1	2	36	2	4	1	1	1	34	36	96	1	1	2	2	2	1	23	29	70	4.564.348
29	1	2	41	1	4	3	1	1	35	35	12	1	1	2	2	2	2	25	29	70	2.484.907
30	1	2	32	1	2	2	2	2	32	32	4	1	1	2	2	2	1	25	31	72	1.386.294
31	1	2	26	1	4	1	1	1	20	20	144	1	1	2	1	1	1	30	30	41	4.949.813
32	1	2	35	2	4	3	1	1	25	30	192	1	1	2	2	2	2	25	22	64	5.257.495
33	1	1	31	1	2	1	1	1	28	33	240	1	1	2	2	2	2	25	23	48	5.480.639
34	2	1	26	1	4	1	1	1	22	24	96	1	1	2	2	2	2	15	29	56	4.564.348
35	1	2	35	2	4	3	1	1	24	24	12	1	1	2	2	2	2	28	29	65	2.484.907
36	1	2	35	2	6	2	1	2	42	44	96	1	1	2	2	2	2	25	26	72	4.564.348
37	2	1	35	2	3	2	1	1	34	34	8	1	1	2	2	2	2	16	27	64	2.079.442
38	2	1	32	1	3	1	1	1	22	22	8	2	1	2	2	2	2	5	30	56	2.079.442
39	2	2	30	1	2	1	1	1	28	26	12	1	1	2	2	2	2	6	25	65	2.484.907
40	2	1	34	2	3	1	1	1	28	30	96	1	1	2	2	2	2	9	27	44	4.564.348
41	1	2	25	1	6	1	1	1	24	24	12	2	1	2	2	2	2	25	21	72	2.484.907
42	1	3	21	1	4	1	1	1	21	21	12	2	1	2	2	2	2	25	28	72	2.079.442
43	2	1	30	1	4	1	1	1	26	26	20	1	1	2	2	2	2	5	29	50	2.995.732
44	2	1	36	1	4	1	1	1	29	31	48	1	1	2	2	2	2	5	27	56	4.564.348
45	2	3	23	1	4	1	1	1	20	21	48	1	1	2	2	2	2	5	28	76	3.871.201
46	2	1	27	4	1	1	1	1	14	17	168	1	1	2	2	2	2	11	40	84	4.949.813
47	1	2	42	4	1	1	1	1	30	33	144	2	1	2	2	2	2	25	29	64	4.949.813
48	1	3	46	1	2	1	1	1	42	45	4	1	1	2	2	2	2	23	22	40	1.386.294
49	1	1	46	1	4	1	1	1	42	46	1	2	1	2	2	2	1	30	23	76	0
50	1	3	36	1	4	3	2	2	26	26	12	2	1	2	2	2	2	25	26	52	2.484.907
51	1	1	41	1	6	3	1	1	33	36	240	1	1	2	2	2	2	25	24	72	5.480.639
52	1	3	29	2	3	2	1	1	27	27	12	1	1	2	2	2	2	25	33	72	2.484.907
53	1	3	38	2	6	1	1	1	37	38	48	1	1	2	2	2	2	25	28	3.871.201	
54	1	2	30	1	2	1	1	1	25	25	12	1	1	2	2	2	2	25	25	68	2.484.907
55	1	1	35	1	6	1	1	1	18	19	48	1	1	2	2	2	1	25	30	56	3.871.201
56	1	2	27	2	4	2	1	1	22	22	8	1	1	2	2	2	2	28	23	65	2.079.442
57	1	3	35	2	5	2	1	1	31	32	32	1	2	1	1	1	2	21	27	40	3.465.736
58	1	3	46	1	1	1	1	2	29	32	288	1	1	2	2	2	2	18	24	44	5.642.961
59	1	3	33	1	1	1	1	1	32	32	8	2	1	1	1	1	1	20	22	70	2.079.442
60	1	2	31	1	4	1	1	1	30	31	48	1	1	2	2	2	1	29	25	54	3.871.201
61	1	3	24	1	4	1	1	2	24	24	24	2	1	2	2	2	2	25	25	30	3.178.054
62	1	3	18	1	3	1	1	1	16	18	96	1	1	2	2	2	1	20	30	64	4.564.348
63	1	1	32	2	4	2	1	1	31	32	20	2	1	2	2	2	1	25	29	72	2.995.732
64	1	1	60	1	1	2	1	1	45	45	4	2	1	2	2	2	2	15	21	48	1.386.294
65	1	3	27	1	4	1	1	1	18	21	144	1	1	2	2	2	2	27	30	48	4.949.813
66	1	1	32	1	3	2	1	1	30	31	48	1	1	2	2	2	2	23	24	58	3.871.201
67	1	1	29	1	4	3	2	2	29	29	20	1	1	2	2	2	1	20	27	25	2.995.732
68	1	3	21	1	4	1	1	1	14	20	288	1	1	2	2	2	2	21	30	52	5.642.961
69	1	2	38	1	2	1	2	2	29	29	8	2	1	2	2	2	1	26	30	60	2.079.442
70	1	2	36	1	1	3	2	2	22	24	96	1	1	2	2	2	2	25	23	56	4.564.348
71	1	3	35	1	4	2	2	2	33	33	4	1	1	2	2	2	2	23	23	72	1.386.294
72	1	3	30	2	3	1	1	1	29	44	720	1	1	2	2	2	2	25	30	26	6.579.251
73	1	1	33	1	2	1	1	1	47	52	240	2	1	2	2	2	1	25	29	34	5.480.639
74	1	1	33	1	4	2	2	2	32	33	48	2	1	2	2	2	2	20	30	56	3.871.201
75	1	2	27	1	2	1	1	1	24	27	144	1	1	2	2	2	2	25	29	56	4.949.813
76	2	1	34	1	4	1	1	2	30	30	8	2	1	2	2	2	2	5	28	56	2.079.442
77	1	3	28	1	3	1	2	2	28	28	8	2	1	2	2	2	2	25	26	56	2.079.442
78	1	3	32	1	3	1	1	1	25	26	48	1	1	2	2	2	2	22	28	36	3.871.201
79	1	1	22	1	1	1	2	1	15	19	192	2	1	1	1	1	1	22	26	48	5.257.495
80	1	1	34	1	4	1	1	1	27	27	8	1	1	2							

93	1	3	41	2	2	1	1	45	45	12	1	1	2	1	2	25	24	37	2.484.907		
94	1	3	31	2	3	1	1	26	26	8	1	1	2	1	2	25	20	62	2.079.442		
95	1	1	21	1	4	1	1	20	21	48	1	1	2	2	2	19	26	52	3.871.201		
96	1	3	32	1	4	1	2	29	32	144	2	1	2	2	2	1	21	26	60	4.969.813	
97	1	2	41	1	2	1	1	40	41	48	1	1	2	2	2	2	25	25	31	3.871.201	
98	1	3	30	1	3	2	2	28	30	96	2	1	2	1	2	2	22	30	65	4.564.348	
99	1	2	48	1	2	2	2	45	48	144	1	1	2	2	2	1	25	27	68	4.969.813	
100	1	1	37	1	2	1	2	36	37	48	2	1	2	2	2	2	25	32	44	3.871.201	
101	1	2	41	1	3	1	1	41	41	4	2	1	2	1	2	2	25	22	64	1.386.294	
102	1	2	28	1	4	1	1	27	28	48	2	1	2	1	2	2	25	26	72	3.871.201	
103	1	2	36	1	2	1	1	31	36	240	2	1	2	1	2	2	25	27	40	5.480.639	
104	1	2	45	1	3	1	1	42	45	144	2	1	2	1	2	1	25	31	40	4.969.813	
105	1	3	38	1	3	1	1	36	38	96	1	1	2	1	2	2	25	29	44	4.564.348	
106	1	1	25	2	4	1	1	22	22	12	1	1	2	1	2	2	30	30	64	2.484.907	
107	2	2	36	1	4	1	1	31	35	192	1	1	2	1	2	2	5	28	56	5.257.495	
108	2	1	51	2	2	1	1	20	20	144	1	1	1	2	2	2	8	28	58	4.969.813	
109	1	3	35	1	3	1	1	31	34	144	1	1	2	2	2	2	25	30	36	4.969.813	
110	1	3	36	1	3	1	1	26	26	16	1	1	2	2	2	2	23	30	40	2.772.589	
111	1	3	24	1	3	1	1	23	24	48	1	1	2	1	2	2	25	32	56	3.871.201	
112	2	2	42	1	4	1	2	41	42	48	1	1	2	2	2	2	13	24	56	3.871.201	
113	2	1	49	1	2	3	1	27	28	48	1	1	2	2	2	2	9	29	40	3.871.201	
114	2	1	54	2	4	3	1	30	30	4	1	1	2	2	2	2	8	26	64	1.386.294	
115	2	1	21	2	4	1	1	19	19	4	1	1	2	2	2	2	5	27	60	1.386.294	
116	2	1	42	1	4	1	1	37	37	8	2	1	2	2	2	2	10	28	64	2.079.442	
117	1	1	38	2	2	2	1	35	38	144	2	1	2	1	2	2	25	27	68	4.969.813	
118	2	1	29	1	4	1	1	17	17	12	1	1	2	1	2	2	11	27	60	2.484.907	
119	1	3	46	1	2	3	1	40	45	240	1	1	2	1	2	2	20	27	65	5.480.639	
120	1	2	36	1	4	3	2	30	32	96	1	1	2	2	2	2	25	31	80	4.564.348	
121	1	3	46	1	2	2	2	40	46	288	1	1	2	1	2	2	25	30	72	5.662.961	
122	1	2	43	1	4	2	1	33	43	960	1	1	2	2	2	2	25	30	72	6.866.933	
123	1	2	37	1	4	1	1	30	32	96	2	1	2	2	2	2	25	26	48	4.564.348	
124	1	3	39	1	4	2	2	34	38	576	1	1	2	1	2	2	27	19	47	6.356.106	
125	1	2	36	1	1	3	2	20	23	144	1	1	2	1	2	2	30	30	72	4.969.813	
126	1	3	29	1	5	1	1	22	27	240	1	1	2	1	2	2	28	30	46	5.480.639	
127	1	2	31	1	4	1	1	29	30	48	1	1	2	2	2	2	25	23	44	3.871.201	
128	1	1	29	1	3	1	2	27	29	96	2	1	2	2	2	2	24	20	53	4.564.348	
129	1	1	35	1	2	1	1	34	35	48	1	1	2	2	2	2	25	24	48	3.871.201	
130	2	3	43	1	3	1	1	36	37	36	2	1	2	1	2	2	25	24	52	3.583.519	
131	1	1	31	1	4	1	2	29	29	4	2	1	2	2	2	2	25	25	46	1.386.294	
132	1	3	33	1	4	1	2	28	29	48	1	1	2	2	2	2	15	30	56	3.871.201	
133	1	3	33	1	6	1	2	38	42	192	2	1	2	2	2	2	1	25	30	56	5.257.495
134	1	2	41	1	3	1	1	39	41	96	2	1	2	2	2	2	1	24	28	51	4.564.348
135	1	3	25	1	3	1	1	22	22	4	2	1	2	1	2	1	25	29	69	1.386.294	
136	1	2	29	2	3	1	1	16	19	144	1	1	2	2	2	2	25	28	68	4.969.813	
137	1	3	47	2	2	2	1	30	42	576	1	1	2	1	2	2	25	29	72	6.356.106	
138	1	2	40	2	1	1	1	28	40	96	1	1	2	1	2	2	25	28	35	4.564.348	
139	1	3	41	1	4	2	2	26	37	48	2	1	2	2	2	2	15	28	52	3.871.201	
140	1	3	46	2	3	1	2	45	45	8	2	1	2	1	2	2	19	30	40	2.079.442	
141	1	3	36	1	2	2	2	34	36	72	1	1	2	1	2	1	23	29	64	4.276.696	
142	1	3	30	1	3	1	1	20	30	480	2	2	2	1	2	2	20	26	48	6.173.796	
143	1	2	38	1	4	1	1	28	29	48	1	1	2	2	2	2	25	26	56	3.871.201	
144	1	3	36	1	3	1	1	29	36	356	1	1	2	2	2	2	22	29	38	5.817.111	
145	1	3	33	1	2	1	2	32	33	48	2	1	2	2	2	2	25	34	53	3.871.201	
146	1	2	36	1	4	1	2	30	35	720	1	1	2	1	2	1	25	31	40	6.579.251	
147	1	3	38	2	4	1	1	22	28	288	1	1	2	1	2	2	25	30	30	5.662.961	
148	1	1	29	1	4	1	2	26	28	96	1	1	2	2	2	2	25	25	72	4.564.348	
149	1	3	31	1	6	1	1	26	28	96	2	1	2	1	2	2	30	26	55	4.564.348	
150	1	1	39	1	3	3	2	36	38	96	1	1	2	2	2	2	25	28	60	4.564.348	
151	1	1	36	1	4	1	1	19	19	12	2	1	2	2	2	2	20	23	60	2.484.907	
152	1	3	35	1	3	3	2	35	40	240	1	1	2	1	2	2	25	25	79	5.480.639	
153	1	3	33	1	4	2	2	31	33	72	1	1	2	1	2	1	25	25	71	4.276.696	
154	1	3	37	1	1	3	2	30	32	96	2	1	2	2	2	2	30	25	50	4.564.348	
155	1	1	22	1	4	1	1	22	22	4	2	1	2	2	2	1	30	31	73	1.386.294	
156	1	3	38	1	3	4	2	33	33	480	1	1	2	2	2	2	25	24	72	6.173.796	
157	1	1	51	1	6	3	2	37	43	288	1	1	2	2	2	1	25	24	55	5.662.961	
158	1	2	32	2	3	1	1	25	31	288	1	1	2	2	2	1	30	32	82	5.662.961	
159	1	3	26	1	3	1	2	26	26	8	1	1	2	1	2	2	18	27	54	2.079.442	
160	2	3	45	1	2	1	2	45	45	2	1	1	2	2	2	2	25	22	79	.6931.472	
161	1	2	41	1	3	2	2	31	33	96	2	1	2	2	2	2	22	27	60	4.564.348	
162	1	2	43	1	3	1	2	33	43	480	1	1	2	2	2	2	25	27	54	6.173.796	
163	1	3	51	1	2	2	2	51	51	12	1	1	2	1	2	1	21	25	60	2.484.907	
164	1	2	39	1	5	2	2	33	39	288	1	1	2	2	2	2	25	22	49	5.662.961	
165	1	3	26	1	4	1	2	21	25	192	2	1	2	1	2	2	20	25	69	5.257.495	
166	1	3	31	1	2	1	2	21	27	288	1	1	2	1	2	2	25	25	53	5.662.961	
167	1	1	49	1	4	2	2	38	30	48	2	1	2	2	2	2	25	23	73	3.871.201	
168	1	3	34	1	4	2	2	26	27	48	1	1	2	1	2	2	25	31	84	3.871.201	
169	1	3	35	1	4	2	2	27	28	48	2	1	1	2	1	2	25	29	76	3.871.201	
170	1	1	39	1	4	3	1	32	32	2	2	1	2	2	2	1	30	26	29	.6931.472	
171	1	3	45	1	2	2	2	25	31	288	1	1	2	2	2	1	25	26	72	5.662.961	
172	1	3	27	2	4	2	2	20	27	336	1	1	2	2	2	1	25	27	65	5.817.111	
173	1	3	25	1	4	1	2	23	25	96	1	1	2	1	2	2	20	31	59	4.564.348	
174	1	3	23	1	2	1	1	21	23	96	1	1	2	1	2	2	20	29	46	4.564.348	
175	1	3	39	1	4	2	2	35	37	96	2	1	2	2	2	1	25	26	66	4.564.348	
176	1	3	43	1	3	1	2	22	23	48											

186	2	1	39	2	2	2	2	37	39	72	1	1	2	2	2	5	22	52	4.276.606
187	2	3	37	1	4	1	1	27	27	4	2	2	2	1	1	6	26	56	1.386.294
188	1	1	37	2	5	3	1	27	27	16	1	1	2	2	1	25	27	48	2.772.589
189	1	1	29	2	4	3	1	26	26	4	2	1	2	2	2	25	25	48	1.386.294
190	1	1	39	1	6	1	2	28	28	24	1	1	2	2	2	5	22	56	3.178.054
191	2	1	55	1	4	2	2	21	21	1	2	1	2	2	2	5	23	72	0
192	2	1	36	1	3	1	2	26	26	12	1	1	2	2	2	25	28	56	2.484.907
193	1	2	21	1	3	1	1	15	17	96	1	1	2	2	2	25	26	64	4.564.548
194	1	3	50	1	4	3	2	50	50	4	2	1	2	1	2	20	29	68	1.386.294
195	1	2	41	1	4	4	2	38	41	144	2	1	2	2	2	25	26	72	4.989.813
196	1	1	22	1	2	1	2	17	18	48	1	1	2	2	1	25	30	65	3.871.201
197	1	3	28	2	3	3	1	23	28	240	1	1	2	1	1	20	26	64	5.480.639
198	1	3	34	2	4	3	1	24	24	12	2	1	2	2	2	25	27	64	2.484.907
199	1	3	38	2	6	4	1	35	38	144	2	1	2	1	1	25	30	56	4.989.813
200	1	2	35	1	5	3	1	30	30	8	2	1	2	2	2	20	29	44	2.079.442
201	1	3	25	1	4	1	1	18	25	106	2	1	2	1	2	25	29	56	5.817.111
202	1	3	34	1	3	1	1	33	34	48	2	1	2	2	1	20	28	44	3.871.201
203	1	3	30	1	4	1	1	28	30	96	2	1	2	2	1	20	28	56	4.564.548
204	1	1	32	1	4	1	1	22	32	480	1	1	2	1	1	25	29	40	6.173.796
205	1	3	22	1	3	1	1	21	22	24	2	1	2	2	2	25	27	72	3.178.054
206	1	3	27	1	4	1	1	24	27	144	1	1	2	2	1	20	23	72	4.989.813
207	1	3	28	2	4	1	1	22	28	288	1	1	2	2	1	25	25	72	5.662.961
208	1	2	47	2	4	2	1	45	47	144	2	1	2	2	2	25	30	64	4.989.813
209	1	2	36	1	3	1	1	36	36	16	1	1	2	1	2	23	30	56	2.772.589



Lampiran 7 Pengolahan Data

DATA UNIVARIAT

1. Variabel Kategorik

. tabulate Rawatan

Rawatan	Freq.	Percent	Cum.
1	181	86.60	86.60
2	28	13.40	100.00
Total	209	100.00	

. tabulate Alamat

Alamat	Freq.	Percent	Cum.
1	61	29.19	29.19
2	58	27.75	56.94
3	90	43.06	100.00
Total	209	100.00	

. tabulate Jenis_Kelamin

Jenis_Kelamin	Freq.	Percent	Cum.
1	157	75.12	75.12
2	52	24.88	100.00
Total	209	100.00	

. tabulate Tingka_Pendidikan

Tingka_Pendidikan	Freq.	Percent	Cum.
1	12	5.74	5.74
2	40	19.14	24.88
3	46	22.01	46.89
4	88	42.11	89.00
5	6	2.87	91.87
6	17	8.13	100.00

Total | 209 100.00

. tabulate ST_Pernikahan

ST_Pernikahan |
an | Freq. Percent Cum.

1	129	61.72	61.72
2	46	22.01	83.73
3	30	14.35	98.09
4	4	1.91	100.00

Total | 209 100.00

. tabulate Status_Pekerjaan

Status_Pekerjaan |
rjaan | Freq. Percent Cum.

1	116	55.50	55.50
2	93	44.50	100.00

Total | 209 100.00

. tabulate PENG_TRADISIONAL

PENG_TRADISIONAL |
IONAL | Freq. Percent Cum.

1	138	66.03	66.03
2	71	33.97	100.00

Total | 209 100.00

. tabulate Asuransi

Asuransi | Freq. Percent Cum.

1	206	98.56	98.56
2	3	1.44	100.00

Total | 209 100.00

. tabulate jarak_PKM

jarak_PKM	Freq.	Percent	Cum.
1	12	5.74	5.74
2	197	94.26	100.00
Total	209	100.00	

. tabulate Jarak_Psikiater

Jarak_Psiki ater	Freq.	Percent	Cum.
1	75	35.89	35.89
2	134	64.11	100.00
Total	209	100.00	

. tabulate Tolak_RSJ

Apakah Pasien menolak diajak ke RSJ	Freq.	Percent	Cum.
1	59	28.23	28.23
2	150	71.77	100.00
Total	209	100.00	

2. Variabel Numerik

. centile Usia, centile(25 50 75)

Binom. interp.

Variable	Obs	Percentile	Centile	[95% conf. interval]
Usia	209	25	30	28.70594
	50	36	35	37
	75	43	41	45.29406

. centile USIA_ONSET , centile(25 50 75)

Binom. interp.

Variable	Obs	Percentile	Centile	[95% conf. interval]
----------	-----	------------	---------	----------------------

USIA_ONSET	209	25	22.5	22	24
	50	28	27	30	
	75	35.5	33	38	

. centile Usia_KONTAK , centile(25 50 75)

Binom. interp.

Variable | Obs Percentile Centile [95% conf. interval]

Usia_KONTAK	209	25	26	24	27
	50	31	29	32	
	75	38	36	41	

. centile DUP_MINGGU , centile(25 50 75)

Binom. interp.

Variable | Obs Percentile Centile [95% conf. interval]

DUP_MINGGU	209	25	12	12	24
	50	48	48	96	
	75	144	96	206.1149	

. centile TOTAL_ISMI Total_PANSS Total_MPSS ORG_TDEKAT MP_KELUARGA MP_SAHABAT , centile(25 50 75)

Binom. interp.

Variable | Obs Percentile Centile [95% conf. interval]

TOTAL_ISMI	209	25	25	24	25
	50	27	26	28	
	75	29	29	30	
Total_PANSS	209	25	20	20	22.26514
	50	25	25	25	
	75	25	25	25	
Total_MPSS	209	25	48	44	51.26514
	50	56	56	60	
	75	69.5	65	72	
ORG_TDEKAT	209	25	2.375	2	3
	50	4	4	5	
	75	6	6	6	
MP_KELUARGA	209	25	5	4.926485	5
	50	6	6		
	75	6	6		
MP_SAHABAT	209	25	3.5	3	4
	50	5	4.5		

| 75 6 6 6

UJI NORMALITAS

. swilk DUP_MINGGU

Shapiro–Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
DUP_MINGGU	209	0.70411	45.869	8.822	0.00000

. swilk Total_PANSS

Shapiro–Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
Total_PANSS	209	0.85305	22.780	7.208	0.00000

. swilk TOTAL_ISMI

Shapiro–Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
TOTAL_ISMI	209	0.97771	3.455	2.859	0.00213

.swilk Total_MPSS

Shapiro–Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
Total_MPSS	209	0.98315	2.611	2.214	0.01343

ANALISA BIVARIAT

Korelasi Spearman dengan DUP

***DUP dan Usia**

spearman DUP_MINGGU Usia

Number of obs = 209

Spearman's rho = 0.0502

Test of H0: DUP_MINGGU and Usia are independent

Prob > |t| = 0.4700

*DUP dan Usia Onset
 . spearman DUP_MINGGU USIA_ONSET
 Number of obs = 209
 Spearman's rho = -0.1376
 Test of H0: DUP_MINGGU and USIA_ONSET are independent
 Prob > |t| = 0.0469

*DUP dan Usia Kontak
 spearman DUP_MINGGU Usia_KONTAK
 Number of obs = 209
 Spearman's rho = 0.1694
 Test of H0: DUP_MINGGU and Usia_KONTAK are independent
 Prob > |t| = 0.0142

*DUP dan Total PANSS
 . spearman DUP_MINGGU Total_PANSS
 Number of obs = 209
 Spearman's rho = 0.1386
 Test of H0: DUP_MINGGU and Total_PANSS are independent
 Prob > |t| = 0.0454

*DUP dan Total ISMI
 . spearman DUP_MINGGU TOTAL_ISMI
 Number of obs = 209
 Spearman's rho = 0.1454
 Test of H0: DUP_MINGGU and TOTAL_ISMI are independent
 Prob > |t| = 0.0357

*DUP dan Total MPSS
 . spearman DUP_MINGGU Total_MPSS
 Number of obs = 209
 Spearman's rho = -0.1792
 Test of H0: DUP_MINGGU and Total_MPSS are independent
 Prob > |t| = 0.0094

Mann–Whitney

* 1. Rawatan

. * =====

. tabstat DUP_MINGGU, by(Rawatan) statistics(p50 p25 p75)

Summary for variables: DUP_MINGGU

Group variable: Rawatan (Rawatan)

Rawatan	p50	p25	p75
1	48	16	144
2	16	8	60

-----+-----

1 | 48 16 144

2 | 16 8 60

```
-----+-----
Total |    48    12    144
-----
```

```
.
. ranksum DUP_MINGGU, by(Rawatan)
Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test
Rawatan |   Obs  Rank sum  Expected
```

```
-----+-----
1 |   181  20000.5   19005
2 |    28   1944.5    2940
-----
```

```
Combined |    209    21945    21945
Unadjusted variance  88690.00
Adjustment for ties  -973.68
-----
```

```
Adjusted variance    87716.32
H0: DUP_MI~U(Rawatan==1) = DUP_MI~U(Rawatan==2)
z = 3.361
Prob > |z| = 0.0008
```

Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.
Use option exact to compute it.

```
. * =====
. * 2. Pengobatan tradisional
. * =====
```

```
. tabstat DUP_MINGGU, by(PENG_TRADISIONAL) statistics(p50 p25 p75)
Summary for variables: DUP_MINGGU
Group variable: PENG_TRADISIONAL (PENG_TRADISIONAL)
PENG_TRADISIONAL |   p50   p25   p75
```

```
-----+-----
1 |    72    24   192
2 |    48     8    96
-----
```

```
Total |    48    12    144
-----
```

```
. ranksum DUP_MINGGU, by(PENG_TRADISIONAL)
Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test
PENG_TRADI~L |   Obs  Rank sum  Expected
```

```
-----+-----
1 |   138  15767.5   14490
2 |    71   6177.5    7455
-----
```

```
Combined |    209    21945    21945
Unadjusted variance  171465.00
Adjustment for ties  -1882.43
```

```
-----
Adjusted variance   169582.57
H0: DUP_MI~U(PENG_T~L==1) = DUP_MI~U(PENG_T~L==2)
z = 3.102
Prob > |z| = 0.0019
Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.
Use option exact to compute it.
```

```
. * =====
. * 3. Menolak RSJ
. * =====
. tabstat DUP_MINGGU, by(Tolak_RSJ) statistics(p50 p25 p75)
Summary for variables: DUP_MINGGU
Group variable: Tolak_RSJ (Apakah Pasien menolak diajak ke RSJ)
Tolak_RSJ |    p50    p25    p75
```

```
-----+-----
1 |    96    20    240
2 |    48    12    144
-----+-----
Total |    48    12    144
-----+-----
```

```
. ranksum DUP_MINGGU, by(Tolak_RSJ)
Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test
```

```
Tolak_RSJ |    Obs   Rank sum   Expected
-----+-----
1 |    59   6720   6195
2 |   150  15225  15750
-----+-----
```

```
Combined |    209   21945  21945
Unadjusted variance 154875.00
Adjustment for ties -1700.29
-----
```

```
Adjusted variance   153174.71
H0: DUP_MI~U(Tolak_~J==1) = DUP_MI~U(Tolak_~J==2)
z = 1.341
Prob > |z| = 0.1798
Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.
Use option exact to compute it.
```

```
. * =====
. * 4. Status pekerjaan
. * =====
. tabstat DUP_MINGGU, by(Status_Pekerjaan) statistics(p50 p25 p75)
Summary for variables: DUP_MINGGU
Group variable: Status_Pekerjaan (Status_Pekerjaan)
Status_Pekerjaan |    p50    p25    p75
```

```
-----+-----
1 |    48    12    144
```

2	48	20	144
---	----	----	-----

Total	48	12	144
-------	----	----	-----

```
. ranksum DUP_MINGGU, by(Status_Pekerjaan)
Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test
Status_Pek~n |   Obs   Rank sum   Expected
```

1	116	12218.5	12180
2	93	9726.5	9765

Combined	209	21945	21945
----------	-----	-------	-------

Unadjusted variance 188790.00
Adjustment for ties -2072.63

Adjusted variance 186717.37
H0: DUP_MI~U(Status~n==1) = DUP_MI~U(Status~n==2)
z = 0.089
Prob > |z| = 0.9290
Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.
Use option exact to compute it.

```
. * =====
. * 5. Jarak ke psikiater
. * =====
```

```
. tabstat DUP_MINGGU, by(Jarak_Psikiater) statistics(p50 p25 p75)Summary for variables:
```

DUP_MINGGU
Group variable: Jarak_Psikiater (Jarak_Psikiater)
Jarak_Psikiater | p50 p25 p75

1	96	20	240
2	48	12	96

Total	48	12	144
-------	----	----	-----

```
. ranksum DUP_MINGGU, by(Jarak_Psikiater)
Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test
Jarak_Psik~r |   Obs   Rank sum   Expected
```

1	75	8801	7875
2	134	13144	14070

Combined	209	21945	21945
----------	-----	-------	-------

Unadjusted variance 175875.00
Adjustment for ties -1930.84

Adjusted variance 173944.16

H0: DUP_MI~U(Jarak_~r==1) = DUP_MI~U(Jarak_~r==2)

z = 2.220

Prob > |z| = 0.0264

Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.

Use option exact to compute it.

. * =====

.

. * 6. Jarak ke Puskesmas

. * =====

. tabstat DUP_MINGGU, by(jarak_PKM) statistics(p50 p25 p75)

Summary for variables: DUP_MINGGU

Group variable: jarak_PKM (jarak_PKM)

jarak_PKM | p50 p25 p75

-----+-----

1 | 72 12 144

2 | 48 12 144

-----+-----

Total | 48 12 144

-----+-----

. ranksum DUP_MINGGU, by(jarak_PKM)

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

jarak_PKM | Obs Rank sum Expected

-----+-----

1 | 12 1206 1260

2 | 197 20739 20685

-----+-----

Combined | 209 21945 21945

Unadjusted variance 41370.00

Adjustment for ties -454.18

Adjusted variance 40915.82

H0: DUP_MI~U(jarak_~M==1) = DUP_MI~U(jarak_~M==2)

z = -0.267

Prob > |z| = 0.7895

Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.

Use option exact to compute it.

. * =====

. * 7. Asuransi

. * =====

. tabstat DUP_MINGGU, by(Asuransi) statistics(p50 p25 p75)

Summary for variables: DUP_MINGGU

Group variable: Asuransi (Asuransi)

Asuransi | p50 p25 p75

-----+-----

1 | 48 12 144

2	32	4	480
---	----	---	-----

Total	48	12	144
-------	----	----	-----

. ranksum DUP_MINGGU, by(Asuransi)

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann–Whitney) test

Asuransi	Obs	Rank sum	Expected
----------	-----	----------	----------

1	206	21657.5	21630
---	-----	---------	-------

2	3	287.5	315
---	---	-------	-----

Combined	209	21945	21945
----------	-----	-------	-------

Unadjusted variance 10815.00

Adjustment for ties -118.73

Adjusted variance 10696.27

H0: DUP_MI~U(Asuransi==1) = DUP_MI~U(Asuransi==2)

z = 0.266

Prob > |z| = 0.7903

Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.

Use option exact to compute it.

. * =====

. * 8. Jenis kelamin

. * =====

. tabstat DUP_MINGGU, by(Jenis_Kelamin) statistics(p50 p25 p75)

Summary for variables: DUP_MINGGU

Group variable: Jenis_Kelamin (Jenis_Kelamin)

Jenis_Kelamin	p50	p25	p75
---------------	-----	-----	-----

1	48	20	144
---	----	----	-----

2	48	12	168
---	----	----	-----

Total	48	12	144
-------	----	----	-----

. ranksum DUP_MINGGU, by(Jenis_Kelamin)

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann–Whitney) test

Jenis_Kelamin	Obs	Rank sum	Expected
---------------	-----	----------	----------

1	157	16679	16485
---	-----	-------	-------

2	52	5266	5460
---	----	------	------

Combined	209	21945	21945
----------	-----	-------	-------

Unadjusted variance 142870.00

Adjustment for ties -1568.50

Adjusted variance 141301.50

H0: $DUP_MI \sim U(Jenis_n == 1) = DUP_MI \sim U(Jenis_n == 2)$

$z = 0.516$

Prob > |z| = 0.6058

Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.

Use option exact to compute it.

Kruskal–Wallis (≥ 3 kelompok vs DUP)

. * Alamat (3 kelompok: 1=Banda Aceh, 2=Kota Aceh lain, 3=Luar Aceh)

. kwallis DUP_MINGGU, by(Alamat)

Kruskal–Wallis equality-of-populations rank test

+-----+

| Alamat | Obs | Rank sum |

|-----+-----+-----|

| 1 | 61 | 5049.50 |

| 2 | 58 | 6670.50 |

| 3 | 90 | 10225.00 |

+-----+

chi2(2) = 11.649

Prob = 0.0030

chi2(2) with ties = 11.778

Prob = 0.0028

. * Status Pernikahan

. kwallis DUP_MINGGU, by(ST_Pernikahan)

Kruskal–Wallis equality-of-populations rank test

+-----+

| ST_Per~n | Obs | Rank sum |

|-----+-----+-----|

| 1 | 129 | 13653.00 |

| 2 | 46 | 4564.50 |

| 3 | 30 | 3122.50 |

| 4 | 4 | 605.00 |

+-----+

chi2(3) = 2.790

Prob = 0.4252

chi2(3) with ties = 2.821

Prob = 0.4201

. * Tingkat Pendidikan

. kwallis DUP_MINGGU, by(Tingka_Pendidikan)

Kruskal–Wallis equality-of-populations rank test

+-----+

| Tingka~n | Obs | Rank sum |

-----+-----+-----			
	1	12	1319.50
	2	40	4557.00
	3	46	5244.50
	4	88	8375.00
	5	6	585.50
-----+-----+-----			
	6	17	1863.50
+-----+-----+-----+			

chi2(5) = 4.487

Prob = 0.4816

chi2(5) with ties = 4.537

Prob = 0.4750

ANALISIS MULTIVARIAT

```
. reg lnDUP USIA_ONSET i.Alat i.Jenis_Kelamin i.PENG_TRADISIONAL i.Tolak_RSJ
Total_PANSS Total_M
> PSS TOTAL_ISMI
```

Source	SS	df	MS	Number of obs =	209
				F(9, 199)	= 6.47
Model	111.213166	9	12.3570184	Prob > F	= 0.0000
Residual	380.268627	199	1.91089763	R-squared	= 0.2263
				Adj R-squared	= 0.1913
Total	491.481793	208	2.36289324	Root MSE	= 1.3824

lnDUP	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]
USIA_ONSET	-.0301044	.0115057	-2.62	0.010	-.0527931 -.0074156
Alamat					
2	.6668513	.2741709	2.43	0.016	.1261982 1.207504
3	.5931453	.2438075	2.43	0.016	.1123674 1.073923
Jenis_Kelamin	-.3216424	.2300217	-1.40	0.164	-.7752352 .1319505
2.PENG_TRADISIONAL	-.7967797	.2075808	-3.84	0.000	-1.20612 -.3874393
2.Tolak_RSJ	-.2121926	.2177169	-0.97	0.331	-.6415209 .2171357
Total_PANSS	.0320678	.0168493	1.90	0.058	-.0011582 .0652939
Total_MPSS	-.0241315	.0070376	-3.43	0.001	-.0380094 -.0102536
TOTAL_ISMI	.0573178	.0321584	1.78	0.076	-.0060972 .1207327
_cons	3.956379	1.166979	3.39	0.001	1.655147 6.25761

ROBUST

```
regress lnDUP USIA_ONSET Total_PANSS TOTAL_ISMI i.Tingka_Pendidikan i.ST_Pernikahan
i.Status_P
```

```
> ekerjaan i.Asuransi i.jarak_PKM i.Jarak_Psikiater i.Tolak_RSJ i.Alamat i.Jenis_Kelamin
i.PENG_TR
> ADISIONAL i.Tolak_RSJ Total_MPSS, vce(robust)
```

```
Linear regression               Number of obs   =    209
F(21, 187)    =    4.15
Prob > F      =    0.0000
R-squared     =    0.2797
Root MSE     =    1.3759
```

```
-----+-----
|               Robust
InDUP | Coefficient std. err.   t   P>|t|   [95% conf. interval]
-----+-----
USIA_ONSET | -.0483267 .0143328  -3.37  0.001  -.0766015  -.0200519
Total_PANSS | .0259502 .0180016   1.44  0.151  -.0095622  .0614626
TOTAL_ISMI | .0578852 .0339615   1.70  0.090  -.0091117  .1248821
|
Tingka_Pendidikan |
2 | .0545854 .4092039   0.13  0.894  -.7526638  .8618346
3 | -.1192445 .4027245  -0.30  0.767  -.9137115  .6752226
4 | -.4242168 .3732217  -1.14  0.257  -1.160483  .3120493
5 | -.8326566 .583606  -1.43  0.155  -1.983954  .3186411
6 | .0299288 .4587077   0.07  0.948  -.8749781  .9348357
|
ST_Pernikahan |
2 | .4912789 .3147641   1.56  0.120  -.1296661  1.112224
3 | .2072272 .3282066   0.63  0.529  -.4402362  .8546906
4 | 1.323064 .6200465   2.13  0.034  .099879  2.546249
|
2.Status_Pekerjaan | .1370323 .2135183   0.64  0.522  -.2841819  .5582466
2.Asuransi | .0233214 1.060492   0.02  0.982  -2.068744  2.115386
2.jarak_PKM | .4506986 .4338267   1.04  0.300  -.4051247  1.306522
2.Jarak_Psikiater | -.2841131 .2319544  -1.22  0.222  -.7416967  .1734705
2.Tolak_RSJ | -.2214322 .2292287  -0.97  0.335  -.6736387  .2307743
|
Alamat |
2 | .6392506 .2902646   2.20  0.029  .0666366  1.211865
3 | .4428155 .2684009   1.65  0.101  -.0866673  .9722982
|
2.Jenis_Kelamin | -.3774503 .2581539  -1.46  0.145  -.8867184  .1318179
2.PENG_TRADISIONAL | -.8212133 .213144  -3.85  0.000  -1.241689  -.4007375
Total_MPSS | -.0284639 .0084835  -3.36  0.001  -.0451996  -.0117283
_cons | 4.716428 1.39783   3.37  0.001  1.958885  7.47397
-----+-----
```