

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Imogiri II Kabupaten Bantul yang terletak di Desa Mojohuro Sriharjo dengan luas wilayah kerja 33,82 km<sup>2</sup>. Adapun luas wilayah kerja Puskesmas Imogiri II untuk setiap desa yaitu Desa Kebonagung dengan luas wilayah 1,87 km<sup>2</sup>, Desa Karangtengah dengan luas wilayah 2,88 km<sup>2</sup>, Desa Sriharjo dengan luas wilayah 6,32 km<sup>2</sup> dan Desa Selopamioro dengan luas wilayah 22,75 km<sup>2</sup>. Dari 4 Desa tersebut masih terbagi atas 42 dusun yang terdiri dari 5 dusun di wilayah Desa Kebonagung, 6 dusun di wilayah Desa Karangtengah, 13 dusun di wilayah Desa Sriharjo, dan 18 dusun di wilayah Desa Selopamioro.

Jenis pelayanan kesehatan yang diberikan di Puskesmas Imogiri II ialah kesehatan umum, gigi, kesehatan ibu dan anak, laboratorium, klinik phbs dan penyuluhan kesehatan. Puskesmas ini juga memiliki program unggulan yaitu Program Kesehatan Jiwa yang dikenal dengan GEMA PUSWARA (Gerakan Masyarakat Peduli Sehat Jiwa Sehat Raga). Kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan jiwa yang sudah dilakukan di Puskesmas Imogiri II selama ini ialah penyuluhan menggunakan modul psikoedukasi kepada kader kesehatan, penyuluhan menggunakan lembar

balik kepada ODS (Orang Dengan Skizofrenia) dan senam otak bagi para ODS.

## 2. Gambaran Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini adalah kader kesehatan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kader kesehatan dari beberapa desa sebagai responden yang memenuhi kriteria adalah 28 kader kesehatan. Kader kesehatan yang *drop out* karena ketidakhadiran pada saat intervensi dan *posttest* yang diadakan sebanyak 7 kader sehingga responden yang dianalisa menjadi 21 orang.

Gambaran karakteristik responden penelitian berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan dapat dilihat dalam tabel 1 sebagai berikut.

**Tabel 1.** Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Desa Mojohuro Sriharjo (n=21) Imogiri, Bantul, Yogyakarta (Januari, 2015)

Karakteristik	Responden	
	N	%
<b>1. Umur</b>		
< 35 tahun	9	42,9
35-35 tahun	7	33,3
>45 tahun	5	23,8
<b>2. Jenis Kelamin</b>		
Perempuan	21	100,0
<b>3. Pendidikan</b>		
SD	4	19,0
SMP	8	38,1
SMA	9	42,9
<b>4. Pekerjaan</b>		
IRT	14	66,7
Wiraswasta	4	19,0
Tani	1	4,8
Buruh	2	9,5

Sumber : Data Primer yang diolah

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa responden sebagian besar berusia kurang dari 35 tahun yaitu 9 orang (42,9 %). Karakteristik jenis kelamin didominasi oleh kader kesehatan perempuan, pada responden adalah 21 orang (100%). Mereka mayoritas memiliki tingkat pendidikan terakhir SMA dengan persentase sebanyak 42,9%. Kader kesehatan sebagian besar tidak bekerja. Mereka rata-rata berprofesi sebagai Ibu Rumah Tangga dengan persentase sebanyak 66,7%.

### 3. Gambaran Skor Tingkat Pengetahuan Kader Kesehatan tentang Skizofrenia

Tingkat pengetahuan diukur dengan kriteria menurut Nursalam (2003) dan Arikunto (2006) sebagai berikut :

- a. Baik : bila mencapai skor 16-20 atau 76-100 %
- b. Cukup : bila mencapai skor 11-15 atau 56-75 %
- c. Kurang : bila mencapai skor <11 atau <56 %

Skor tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang skizofrenia tercantum dalam tabel 2 sebagai berikut.

**Tabel 2.** Hasil Skor Tingkat Pengetahuan *Pre-test* dan *Post-test* pada Responden Kader Kesehatan ( $n=21$ , Januari, 2015)

Kategori	Pre - test		Post - test	
	N	%	N	%
Baik	-	-	13	61,9
Cukup	5	23,8	2	9,5
Kurang	16	76,2	6	28,6
<b>Total</b>	21	100,0	21	100,0

Sumber : Data Primer

Tabel 2 menunjukkan bahwa saat dilakukan pengukuran awal sebelum intervensi didapatkan jumlah terbanyak pada skor tingkat pengetahuan kurang yaitu 16 kader kesehatan (76,2%), kemudian cukup sebanyak 5 kader kesehatan (23,8%) dan baik (0 %). Intervensi Modul Psikoedukasi diberikan selama 1 bulan dengan 4 kali pertemuan dan pengukuran dilakukan kembali sehingga peneliti mendapati peningkatan

jumlah responden pada skor tingkat pengetahuan baik menjadi 13 kader kesehatan (61,9%) dan skor tingkat pengetahuan cukup dan kurang yang dialami kader kesehatan menunjukkan penurunan menjadi 9,5% dan 28,6%.

#### 4. Pengaruh Modul Psikoedukasi terhadap Skor Tingkat Pengetahuan Kader Kesehatan tentang Skizofrenia

Hasil penelitian ini menggambarkan perbandingan antara skor tingkat pengetahuan pada saat *pre-test* dan *post-test* pada responden. Hasil analisis ditunjukkan dalam tabel 3 sebagai berikut:

**Tabel 3.** Tabel perubahan tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang skizofrenia berdasarkan *pretest* dan *posttest* kuesioner tingkat pengetahuan

Kelompok	Hasil Analisis <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		
	Keterangan	N	P
Perlakuan	<i>Pre test</i>	21	0,001
	<i>Post test</i>	21	

Uji beda skor tingkat pengetahuan *pre-test* dan *post-test* pada responden dilakukan untuk melihat perubahan skor tingkat pengetahuan sebagai dampak dari pemberian perlakuan Modul Psikoedukasi tentang Skizofrenia selama 1 bulan dengan 4 kali pertemuan berturut-turut setiap minggunya. Peneliti mendapatkan hasil uji beda *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan nilai signifikansi 0,002 ( $p < 0,05$ ). Nilai tersebut menunjukkan perbedaan pada skor tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada responden. Kesimpulan dari penelitian ini didapatkan

bahwa telah terjadi peningkatan skor tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan intervensi Modul Psikoedukasi pada responden.

## **B. Pembahasan Hasil Penelitian**

### **1. Karakteristik Responden**

Karakteristik responden yang kami ambil datanya diantaranya adalah umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

Kader kesehatan merupakan salah satu sumber informasi bagi masyarakat yang memegang peranan penting dalam kebenaran informasi yang diterima oleh masyarakat sebagai modal dalam pembentukan perilakunya terutama di bidang kesehatan (Suliha, *et al.*, 2002). Kader kesehatan bukanlah tenaga kesehatan karena mereka tidak secara khusus mempelajari dan mendalami tentang kesehatan, tetapi mereka dipercaya oleh masyarakat sebagai orang yang lebih mengerti tentang kesehatan dan menjadi penghubung masyarakat dengan petugas kesehatan (Meilani, dkk., 2009). Kepercayaan tersebut bisa jadi merupakan motivasi tersendiri bagi para kader kesehatan untuk lebih mengembangkan pengetahuan dan ketrampilannya melalui proses belajar sehingga peran kader sebagai promotor kesehatan dapat terwujud (Yulifah & Yuswanto, 2009). Pada penelitian ini melalui pemberian intervensi modul psikoedukasi. Menurut Depkes RI (2010), kader kesehatan bisa membantu memecahkan permasalahan yang ada di masyarakat secara bersama-sama melalui pemantauan dan evaluasi terhadap kegiatan yang diadakan di masyarakat.

Kondisi individu atau subyek belajar secara fisiologis maupun psikologis akan memengaruhi proses belajar (Notoatmodjo, 2005).

Alat peraga yang digunakan dalam memberikan materi berupa modul memungkinkan pemahaman yang beragam dari kader kesehatan. Hal ini yang dapat membuat kader kesehatan mampu untuk mempelajari secara baik tentang modul yang telah disampaikan dan dapat menginterpretasikannya dengan benar (Notoatmodjo S., 2007). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Thara, *et., al* (2005) yang menyebutkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan pada keluarga setelah pemberian edukasi walaupun tidak ada perubahan yang signifikan pada beban dan psikopatologi yang dialami keluarga dengan ODS. Berdasarkan penelitian ini dari 21 responden, hasil penelitian pada tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden responden berusia < 35 tahun dengan persentase 42,9 % responden.

Usia seseorang yang semakin bertambah akan membawa perubahan pada aspek fisik dan mentalnya (psikologis) (Wahit, 2007). Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Usia yang semakin bertambah dapat membuat daya tangkap dan pola pikir semakin berkembang sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Wawan, 2010). Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup yaitu 1) Usia yang semakin tua membuat seseorang semakin bijaksana dalam menjumpai banyak informasi dan mengerjakan banyak hal sehingga menambah pengetahuannya. 2) Kepandaian baru tidak dapat

diajarkan kepada orang yang sudah tua karena mereka telah mengalami kemunduran fisik maupun mental. IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya kosa kata dan pengetahuan umum (Dewi, 2010).

Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah pendidikan yang mampu mempengaruhi pola pikir seseorang. Hal ini sesuai dengan tabel 1 karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar pendidikan SMA dengan rata-rata persentase 42,9%. Tingkat pendidikan merupakan faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang untuk menerima informasi yang semakin baik. Tingkat pendidikan yang tinggi mampu membuat pengetahuan responden menjadi lebih baik (Arikunto, 2006). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Widianti (2007) bahwa pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah (Chan, *et al.*, 2009).

Karakteristik responden selanjutnya adalah pekerjaan. Mayoritas responden tidak bekerja atau biasa disebut ibu rumah tangga dengan rata-rata persentase 66,7%. Kemudahan untuk memperoleh suatu pekerjaan dapat mempercepat seseorang memperoleh pengetahuan yang baru. Pengetahuan tersebut dapat didapatkan melalui psikoedukasi sehingga mampu mengembangkan dukungan emosional dan mengurangi stigma



pada penderita skizofrenia (Griffiths, 2006). Informasi yang didapat oleh seseorang akan merangsang pikiran dan kemampuan seseorang serta menambah pengetahuan (Mubarak, 2011). Kader kesehatan yang bekerja akan bertemu dan berinteraksi dengan banyak orang dari segala bidang sehingga memiliki pengalaman dan pengetahuan yang lebih baik dari pada kader kesehatan yang tidak bekerja (Wawan, 2010).

## **2. Perbedaan Skor Tingkat Pengetahuan *Pretest* dan *Posttest* Kader Kesehatan tentang Skizofrenia**

Hasil penelitian dari responden untuk mengetahui skor tingkat pengetahuan tentang skizofrenia saat *pre-test* atau sebelum diberikan intervensi modul psikoedukasi tentang skizofrenia yang dihitung menggunakan skala Guttman diperoleh hasil bahwa pada responden skor tingkat pengetahuan tentang skizofrenia yang paling banyak adalah kurang.

Walaupun mayoritas responden memiliki skor tingkat pengetahuan tentang skizofrenia yang kurang, tetapi ada juga sebagian kader kesehatan dari kelompok responden yang memiliki skor tingkat pengetahuan tentang skizofrenia cukup dengan skor 11 hingga 15. Maka dari itu yang peneliti ingin lakukan pada responden adalah memberikan intervensi berupa modul psikoedukasi tentang skizofrenia yang dapat meningkatkan skor tingkat pengetahuan tentang skizofrenia sehingga didapatkan skor tingkat pengetahuan yang paling baik (Thara, *et al.*, 2005).

Tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang skizofrenia dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah faktor internal berupa umur. Menurut Hurlock semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam dalam berfikir dan bekerja (Dewi, 2010).

Skor tingkat pengetahuan tentang skizofrenia saat *pre-test* pada kelompok responden mayoritas adalah kurang maka dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang skizofrenia tersebut belum cukup baik.

Hasil penelitian *post-test* dari responden untuk mengetahui skor tingkat pengetahuan tentang skizofrenia setelah diberikan intervensi berupa modul psikoedukasi tentang skizofrenia selama 1 bulan berturut-turut dengan 4x pertemuan diperoleh hasil bahwa pada responden terdapat peningkatan pada skor tingkat pengetahuan baik. Hal ini berbeda dari saat *pre-test*. Setelah dilakukan intervensi modul psikoedukasi (*post-test*) persentase untuk skor tingkat pengetahuan baik pada responden mencapai 61,9% dengan kisaran skor (16 - 20), dibandingkan dengan saat *pre-test* yaitu 0%.

Psikoedukasi adalah *treatment* yang diberikan secara profesional dimana mengintegrasikan intervensi psikoterapeutik dan edukasi seperti yang diharapkan peneliti untuk meningkatkan pengetahuan kader kesehatan mengenai skizofrenia (Lukens & McFarlane, 2004).

### 3. Pembahasan Efektivitas Modul Psikoedukasi terhadap Tingkat Pengetahuan Kader Kesehatan tentang Skizofrenia.

Hasil uji beda *Wilcoxon Signed Rank Test* tabel 3 menunjukkan nilai signifikansi dari skor *pre-test* dan *post-test* responden adalah 0,001. Hal ini dapat berarti bahwa terdapat perbedaan yang signifikan atau bermakna antara skor *pre-test* dan *post-test* responden setelah diberikan intervensi modul psikoedukasi tentang skizofrenia.

Sub bab sebelumnya telah sedikit dibahas mengenai peningkatan skor tingkat pengetahuan tentang skizofrenia *pre-test* dan *post-test* responden yang menunjukkan bahwa intervensi modul psikoedukasi yang telah diberikan memberikan efek sesuai yang diharapkan oleh peneliti pada hipotesis (Chatterjee, *et al.*, 2003). Psikoedukasi adalah suatu intervensi yang dapat meningkatkan pengetahuan pasien dan *caregiver* tentang skizofrenia dan berdampak positif bagi kualitas hidupnya (Alhadi, *et al.*, 2014). Terapi ini dapat dilakukan pada individu, keluarga, dan kelompok yang memiliki gangguan kejiwaan dengan tujuan untuk terapi dan rehabilitasi serta fokus mendidik partisipannya mengenai tantangan hidup, membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan dan dukungan sosial dalam menghadapi tantangan tersebut, dan mengembangkan keterampilan coping untuk menghadapi tantangan tersebut (Chien & Norman, 2009).

Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal.

Pengetahuan seseorang tentang suatu obyek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari obyek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut (Rusmini, dkk., 1995). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Wai Tong Chien dan Isabella (2010) tentang aspek positif yang mana terjadi peningkatan dukungan sosial keluarga terhadap penderita skizofrenia sehingga menurunkan angka kekambuhan penderita setelah dilakukan program *care management* pada *caregiver*.

Menurut Akbar (2010), metode pengobatan skizofrenia dapat melalui psikofarmakoterapi dan psikososial terapi (nonfarmakologi). Terapi skizofrenia secara farmakologi berdasarkan onset dibagi menjadi 2 fase yaitu fase psikosis akut dan fase *maintenance* serta stabilisasi (Sadock, 2010). Hal ini berbeda dari terapi nonfarmakologi yang merupakan jenis pengobatan tanpa menggunakan obat-obatan (Sadock B. J., 2007). Psikoedukasi dihipotesiskan dapat menjadi salah satu terapi nonfarmakologi Skizofrenia karena berbagai manfaat yang dihasilkan dari psikoedukasi (Nasr & Kausar, 2009). Salah satu tujuannya sebagai proses *treatment* dan rehabilitasi. Sasaran dari psikoedukasi adalah mendidik partisipannya mengenai tantangan signifikan dalam hidup, membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan dan dukungan sosial dalam menghadapi tantangan tersebut, dan pengembangan *coping*

*mechanism* ketika partisipan menghadapi masalah yang berkaitan dengan penyakit tersebut (Kulhara, *et al.*, 2009).

Studi yang dilakukan oleh Hasan, *et al.*, (2014) membuktikan bahwa intervensi psikoedukasi memiliki dampak yang signifikan terhadap tingkat pengetahuan dan dampak psikologi ODS maupun pengasuh utamanya. Psikoedukasi tidak sama dengan psikoterapi walaupun kadang terjadi tumpang tindih antara kedua intervensi tersebut. Psikoedukasi kadang ikut menjadi bagian dari sebuah psikoterapi. Psikoterapi dapat dipahami sebagai proses interaksi antara seorang profesional dan kliennya (individu, keluarga, atau kelompok) yang bertujuan untuk mengurangi *distress*, malfungsi dari sistem klien pada fungsi kognisi, afeksi, dan perilaku. Hal ini sesuai dengan penelitian Wendy, *et al.*, (2010) yang mendiskusikan tentang psikoedukasi pada banyak keluarga yang mampu mengurangi stigma dan malu, meningkatkan pemahaman kondisi pasien dan meningkatkan dukungan sosial pada ODS. Psikoterapi juga lebih fokus pada diri individu yang mendapatkan intervensi, sedangkan psikoedukasi fokus pada sistem yang lebih besar dan mencoba untuk tidak mempatologikan pasien (Walsh, 2010).

Hasil yang optimal bisa didapatkan melalui kepatuhan responden untuk hadir pada saat intervensi modul psikoedukasi ini diberikan. Intervensi modul psikoedukasi yang peneliti berikan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh kader kesehatan dan materi yang disampaikan

berisi tentang pengertian dan gejala skizofrenia, penyebab, terapi dan peran kader kesehatan terhadap penderita skizofrenia.

Kepatuhan responden kader kesehatan menjadi faktor pendukung bagi keberhasilan intervensi modul psikoedukasi tersebut. Hampir semua responden kader kesehatan responden memiliki kepatuhan yang baik untuk menghadiri intervensi ini sesuai dengan jadwal yang diberikan oleh peneliti.

#### **4. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian**

##### **a. Kekuatan Penelitian**

- 1) Peneliti memilih responden yang aktif atau mengikuti penuh rangkaian intervensi modul psikoedukasi tentang skizofrenia terhadap kader kesehatan sebagai sampel penelitian.

##### **b. Kelemahan Penelitian**

- 1) Keterbatasan dalam hal kemampuan berbahasa jawa yang dimiliki oleh peneliti cukup menjadi kesulitan dari penelitian ini karena mempengaruhi kelancaran dalam berkomunikasi antara peneliti dengan subjek penelitian.
- 2) Penelitian ini menggunakan desain *quasy experimental* dengan menggunakan responden tanpa adanya kelompok *control*.