

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas Imogiri II Kabupaten Bantul terletak di Desa Mojohuro Sriharjo dengan luas wilayah kerja 33,82 km². Wilayah kerja Puskesmas Imogiri II meliputi Desa Kebonagung dengan luas wilayah 1,87 km², Desa Karangtengah dengan luas wilayah 2,88 km², Desa Sriharjo dengan luas wilayah 6,32 km² dan Desa Selopamioro dengan luas wilayah 22,75 km². 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.

Program unggulan puskesmas Imogiri II adalah Program Kesehatan Jiwa. Puskesmas Imogiri II dipilih sebagai tempat penelitian karena jumlah penderita gangguan jiwa yang cukup banyak, desa di sekitarnya sudah memiliki program Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ). Perawat yang bekerja di Puskesmas Imogiri II sudah pernah mengikuti pelatihan *Community Mental Health Nursing (CMHN)*.

Jumlah penderita gangguan jiwa menurut data dari Puskesmas Imogiri II diketahui sebanyak total 180 jiwa, yang tersebar di empat desa dan beberapa dusun. DSSJ memiliki kriteria antara lain mempunyai perawat yang sudah pernah dilatih untuk pelayanan kesehatan jiwa, banyak kasus

kesehatan jiwa, serta desa mempunyai komitmen terhadap desa siaga sehat jiwa. Puskesmas ini juga memiliki program unggulan yaitu Program Kesehatan Jiwa yang dikenal dengan Gerakan Masyarakat Peduli Sehat Jiwa Sehat Raga (GEMA PUSWARA). Desa siaga sehat jiwa (DSSJ) adalah program yang mengajak masyarakat untuk ikut berperan dalam mendeteksi serta siaga terhadap munculnya masalah kesehatan jiwa di komunitas (Apsari, 2010).

Desa Siaga Sehat jiwa merupakan salah satu program *Community Mental Health Nursing* (CMHN) yang bertujuan untuk : Pendidikan kesehatan jiwa untuk masyarakat sehat, pendidikan kesehatan jiwa untuk resiko masalah psikososial, resiko jiwa untuk mengalami gangguan jiwa, Terapi aktivitas bagi pasien gangguan jiwa mandiri, rehabilitasi bagi pasien gangguan jiwa mandiri, asuham keperawatan bagi keluarga pasien gangguan jiwa (Meru, 2011).

Mekanisme pelaksanaan pengorganisasian DSSJ menurut Keliat (2006) adalah :

- a. Wilayah kerja puskesmas dibagi dua untuk 2 orang perawat CMHN.
- b. Perawat CMHN bersama tokoh masyarakat menetapkan suatu desa untuk dikembangkan menjadi desa siaga sehat jiwa.
- c. Perawat CMHN bersama tokoh masyarakat pada tingkat desa menetapkan calon kader kesehatan jiwa pada tingkat dusun. Tiap dusun minimal 2 kader kesehatan jiwa.

Pengelompokkan keluarga pada DSSJ berdasarkan asuhan keperawatan yang diberikan yaitu asuhan keperawatan diberikan kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan (salah satunya skizofrenia), berisiko maupun sehat mental.

2. Data Karakteristik Responden Penelitian

Responden dalam penelitian ini adalah anggota keluarga yang merupakan perawat utama penderita skizofrenia di komunitas yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Perawat utama penderita skizofrenia dari beberapa desa sebagai responden penelitian yang memenuhi kriteria adalah 33 orang. Perawat utama penderita skizofrenia yang mengalami *drop out* sebanyak 5 orang. Penelitian melibatkan 28 orang anggota keluarga sebagai perawat utama penderita skizofrenia di komunitas Puskesmas Imogiri II. Seluruh responden termasuk dalam kelompok yang diteliti. Karakteristik responden penelitian sebanyak 28 orang seperti dalam tabel dibawah :

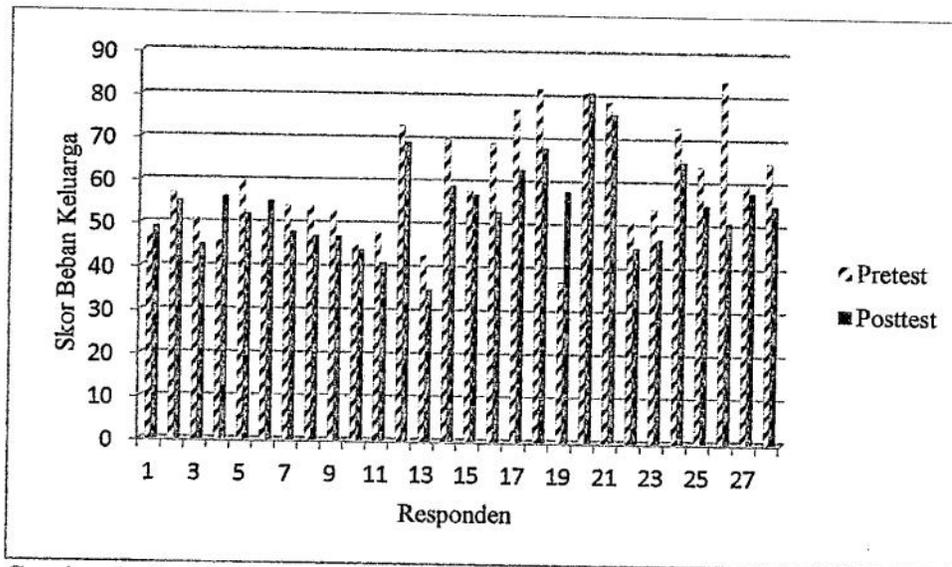
Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian Puskesmas Imogiri II (n=28) Bantul, Yogyakarta (Januari, 2015).

Karakteristik	N	%
Jenis Kelamin		
a. Pria	6	21,4
b. Wanita	22	78,6
Usia		
a. Dewasa awal 26-35	6	21,4
b. Dewasa akhir 36-45	10	35,7
c. Lansia awal 46-55	6	21,4
d. Lansia akhir 56-65	5	17,9
e. Manula >65	1	3,6
Pendidikan		
a. Tidak Sekolah	2	7,1
b. SD	11	39,3
c. SMP	8	28,6
d. SMA	7	25
Pekerjaan		
a. Ibu Rumah Tangga	7	25
b. Buruh	9	32,2
c. Petani	7	25
d. Pedagang	3	10,7
e. Wiraswasta	2	7,1
Status Perkawinan		
a. Tidak Menikah	1	3,6
b. Menikah	25	89,3
c. Cerai Meninggal	2	7,1
Status Tinggal		
a. Dengan keluarga	27	96,4
b. Sendiri	1	3,6
Lama Merawat		
a. <1 tahun	2	7,1
b. 1-5 tahun	9	32,2
c. 6-10 tahun	7	25
d. >10 tahun	10	35,7
Hubungan dengan ODS		
a. Ibu	10	35,7
b. Ayah	2	7,1
c. Suami	2	7,1
d. Istri	4	14,3
e. Anak	1	3,6
f. Kakak	3	10,7
g. Menantu	2	7,1
h. Sepupu	3	10,7
i. Saudara Ipar	1	3,6

Sumber : Data Primer

3. Gambaran skor beban responden penelitian

Data skor beban keluarga pada *pretest* dan *posttest* dapat dilihat dari Gambar 3 sebagai berikut :



Gambar.3 Hasil Skor Pretest dan Posttest skor beban pada responden penelitian

Gambar 3 menunjukkan skor dalam bentuk batang antara *pretest* dan *posttest* pada responden penelitian yang mayoritas terjadi penurunan tinggi batang pada skor *posttest*. Hal ini menunjukkan ada pengurangan skor beban keluarga.

Data kemudian diolah dengan SPSS untuk mengetahui perbedaan skor beban pada *pretest* dan *posttest*. Uji normalitas data responden, dengan jumlah responden penelitian 28 (<50) menggunakan *Shapiro Wilk*. Hasil *pretest* Sig.= 0,220 dan *posttest* Sig.= 0,630 keduanya menunjukkan hasil >0,05 yang artinya distribusi datanya normal. Uji hipotesis parametrik menggunakan *paired T-test*. Hasilnya bila *P value* (Sig.) <0,05

maka H_1 diterima dan H_0 ditolak. Hasil yang diperoleh peneliti yaitu $p = 0,005$ ($<0,05$) yang berarti bahwa terdapat penurunan skor beban yang bermakna antara *pretest* dan *posttest* pada responden penelitian.

Tabel 2. Nilai signifikansi rata-rata Skor Beban pada *pretest* dan *posttest* Responden Penelitian

Beban Keluarga	N	%	Rata-rata (<i>Mean</i>)		P
			Pretest	Posttest	
	28	100%	60,14	54,78	0,005

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden Penelitian

Jenis kelamin perawat utama dari keluarga didominasi wanita sebanyak 78,6% sebagai perawat utama penderita skizofrenia. Data tersebut didukung oleh *The National Alliance for Caregiving and AARP* yang menyatakan banyak penelitian telah melihat peran wanita dalam pengasuhan keluarga. Wanita menyediakan sebagian besar perawatan informal untuk pasangan, orang tua, orang tua mertua, teman dan tetangga, dan mereka memainkan banyak peran pengasuhan seperti sebagai tenaga kesehatan, manajer perawatan, teman, sahabat, pengganti pembuat keputusan dan advokasi (Waliser, dkk., 2002). Pria dan wanita mungkin mengalami beban yang berbeda. Schneider, dkk (2010) melakukan penelitian di Kanada untuk menentukan perbedaan gender dalam 273 orang tua yang merawat anak-anak dengan penyakit seumur hidup. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin dengan beban yang dirasakan. Wanita memiliki skor beban yang lebih tinggi dalam memberikan perawatan dan depresi

dibandingkan laki-laki. Hal tersebut dijelaskan dengan peran sosial jenis kelamin dan factor hormonal. Terkait dengan peran sosial, wanita lebih dominan dalam pengasuhan sehingga menghabiskan lebih banyak waktu dibandingkan laki-laki. Hormon oksitosin juga mempengaruhi tingkat tekanan atau stres. Wanita yang merawat pasien dengan skizofrenia mengalami tekanan dan peningkatan jumlah oksitosin namun saat bersamaan ia harus memperhatikan pasien. Keterangan diatas menjelaskan alasan mengapa beban perempuan lebih berat dari pada laki-laki sebagai pengasuh.

Usia keluarga sebagai perawat utama didominasi usia 36-45 sebanyak 35,7% yaitu termasuk kategori dewasa akhir (Depkes RI). Usia berpengaruh terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia maka daya tangkap dan pola pikir juga berkembang sehingga pengetahuan yang diperolehnya juga semakin membaik (Notoadmojo, 2003). Pengetahuan yang diperoleh akan membantu para responden memahami beban yang dirasakan sehingga beban akan berkurang. Penelitian oleh Juvang, dkk., (2007) meneliti hubungan antara karakteristik demografi beban pengasuh saat memberikan perawatan kepada anggota dengan skizofrenia di Tiongkok. Teknik *purposive sampling* digunakan untuk memilih 96 responden dari 3 rumah sakit. Temuan menunjukkan bahwa usia pengasuh berhubungan dengan beban pengasuh. Ketika pengasuh bertambah tua, mereka khawatir tidak ada yang merawat anggota keluarga yang sakit dikemudian hari. Pengasuh yang

sudah lanjut usia juga tidak bisa memberikan pengasuhan yang terbaik (Fujino & Okamura, 2009).

Tingkat pendidikan para responden penelitian terbanyak adalah SD sebesar 39,3%. Pendidikan responden berpengaruh dalam proses intervensi dalam penelitian ini. Neisser melalui Suyadi 2006 menyatakan bahwa pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah menangkap masukan yang diberikan sehingga dapat meningkatkan pemahaman sehingga diharapkan ada pengurangan beban. Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa factor diantaranya tingkat pendidikan (Rao dkk., 2008). Pengetahuan yang bervariasi dapat disebabkan oleh kemampuan belajar setiap orang yang berbeda-beda (Notoadmojo, 2010). Menurut teori yang dikemukakan oleh Notoadmojo (2010), tingkat pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan. Seseorang yang tingkat pendidikannya lebih tinggi akan semakin mudah untuk menerima informasi sehingga memiliki pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

Pengetahuan adalah sarana yang bisa menurunkan skor beban dalam perawatan pasien. Sesuai dengan penelitian oleh Marchira (2012). Keluarga memiliki keterbatasan dalam pengetahuan untuk perawatan penderita. Pengetahuan yang rendah ini membutuhkan intervensi psikoedukasi, sehingga jika pengetahuan meningkat diharapkan manajemen beban keluarga karena gangguan psikotik akan lebih baik (Marchira, 2012)

2. Skor Beban Keluarga

Analisis data secara deskriptif, dihasilkan angka selisih rata-rata skor beban pada *pretest* dan *posttest* responden penelitian sebagai berikut

Tabel 3. Nilai rata-rata Skor Beban pada *pretest* dan *posttest* Responden Penelitian

Beban Keluarga	N	%	Rata-rata (<i>Mean</i>)		<i>Selisih</i>
			Pretest	Posttest	
	28	100%	60,14	54,78	-5,36

Nilai *pretest* dibandingkan dengan nilai *posttest* dan nilai selisih antara *pretest* dan *posttest* sebanyak -5,36 yang artinya terjadi penurunan skor beban saat *posttest* dibandingkan dengan *pretest*.

Faktor yang mempengaruhi beban keluarga sebagai perawat utama penderita skizofrenia berdasarkan penelitian oleh Rafiyah (2011) yaitu :

- 1).faktor dari keluarga sebagai perawat utama meliputi : umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pendapatan, status kesehatan, waktu yang dihabiskan bersama penderita skizofrenia, pengetahuan tentang skizofrenia, budaya, persepsi subjektif dan koping,
- 2).penderita skizofrenia memiliki berbagai faktor meliputi : umur, gejala klinis, keterbatasan dalam kehidupan sehari-hari,
- 3).faktor dari lingkungan : Pelayanan kesehatan mental dan penggunaannya serta dukungan sosial.

Penelitian oleh Sefasi, dkk (2008) di Malawi menemukan bahwa pengetahuan tentang skizofrenia mempengaruhi beban. Temuan mereka bertentangan dengan hipotesis yang mereka kemukakan. Mereka

menemukan bahwa semakin banyak pengetahuan yang dimiliki oleh pengasuh sebagai perawat utama maka beban yang dirasakan akan semakin berat. Mereka menjelaskan bahwa hal diatas mungkin terkait dengan budaya. Hasil penelitian tersebut berbeda dengan hasil penelitian ini.

Beban yang sama dapat mempengaruhi pengasuh secara berbeda, atau disebut dengan persepsi subjektif. Chou (2000) melaporkan bahwa evaluasi beban didasarkan pada bagaimana pengasuh menafsirkan permintaan pasien dan bagaimana pengasuh dapat mengatur dan menggunakan sumber daya yang tersedia. Konsep beban harus melibatkan persepsi subjektif dari pengasuh atau beban diproses melalui persepsi subjektif pengasuh.

Mengdan, dkk (2007) meneliti tentang kemampuan mengatasi atau *coping* di Tiongkok untuk menyelidiki hubungan antara beban orang tua dan cara orang tua mengatasi beban memiliki anak dengan penyakit mental. Hasil menunjukkan bahwa orang tua yang memelihara kehidupan keluarga yang fungsional, optimis, menjaga dukungan sosial dan harga diri, dan memahami kondisi medis mengalami beban yang lebih ringan. Penelitian lain menemukan bahwa penurunan beban keluarga ditemukan seiring waktu diantara para saudara yang melakukan *less emotion-focused coping strategies* (Magliano, dkk., 2000).

3. Efektivitas Media lembar balik psikoedukasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi psikoedukasi keluarga dengan media lembar balik memberikan efek yang diharapkan oleh peneliti pada hipotesis. Psikoedukasi keluarga memberikan informasi penting yang bisa meningkatkan tingkat pengetahuan keluarga dan mengajarkan keterampilan-keterampilan untuk menghadapi situasi permasalahan yang ada sehingga dapat mempengaruhi sikap dan perilaku keluarga dalam mendampingi penderita skizofrenia. Psikoedukasi dihipotesiskan dapat menjadi salah satu terapi non farmako skizofrenia (Walsh, 2010).

Hasil penelitian ini dikuatkan dengan hasil penelitian sebelumnya, yaitu penelitian yang dilakukan oleh Maldonado (2007) yang responden penelitian meliputi semua anggota keluarga yang tinggal bersama dan merawat penderita skizofrenia di Arica, Chile selama bulan Juni sampai Agustus 2003. Hasilnya menunjukkan efektivitas intervensi program psikoedukasi yang dirancang untuk beban pengasuh utama dan konsisten dengan penelitian lainnya. Intervensi terbukti mengurangi beban pengasuh dalam tiga bidang : beban, penolakan dan ketidakmampuan. Intervensi psikoedukasi ini terutama efektif dalam mengurangi beban pada ibu dan pengasuh dengan tingkat pendidikan yang rendah. Edukasi kesehatan agar dapat mencapai tujuan harus memperhatikan beberapa hal yaitu materi tidak terlalu sulit dan disampaikan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh sasaran (Mubarak, 2006). Penyampaian materi sebaiknya

menggunakan media atau alat bantu. Alat bantu disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia akan ditangkap oleh panca indera. Semakin banyak indera yang dirangsang maka akan semakin banyak pula pengetahuan dan pemahaman yang diserap. Penggunaan media lembar balik dalam penelitian ini efektif sebagai alat bantu dalam menyampaikan psikoedukasi kepada keluarga. Psikoedukasi menggunakan media lembar balik, keluarga tidak hanya mendengarkan saja tetapi juga melihat ilustrasi gambar, sehingga mata dan telinga turut berperan. Mata adalah organ yang paling banyak menyalurkan pengetahuan. Kurang lebih 75-87% pengetahuan manusia diperoleh atau disalurkan melalui mata, dan 13-25% lainnya tersalurkan melalui indera lain (Maulana, 2009). Hasil ini diperkuat dengan adanya penelitian sebelumnya oleh Yusyaf (2011) bahwa menggunakan alat bantu lihat (*visual aids*) berupa lembar balik efektif terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang demam berdarah.

Penelitian oleh Sharif, *et al.*, (2012) menggunakan desain *randomized controlled trial*. Responden dalam kelompok intervensi mendapatkan perawatan dengan obat antipsikotik untuk penderita skizofrenia dan program psikoedukasi untuk perawat utama. Hasilnya menunjukkan kemanjuran intervensi psikoedukasi keluarga baik dalam meningkatkan status klinis pasien dan mengurangi beban pengasuh keluarga dalam sampel di Iran. Hasil ini menunjukkan intervensi psikoedukasi walau dalam jangka pendek untuk anggota keluarga pasien dengan anggota

keluarga yang menderita skizofrenia dapat meningkatkan hasil bagi pasien dan keluarga mereka. Hasil penelitian ini juga menunjukkan korelasi antara gejala skizofrenia dengan beban keluarga.

C. Kesulitan dan Kelemahan Penelitian

1. Kesulitan Penelitian

a. Kepatuhan para responden penelitian

Pertemuan edukasi dilakukan pada hari yang disepakati bersama yaitu hari minggu. Beberapa responden penelitian terkadang memiliki kesibukan pribadi yang tidak bisa ditinggalkan sehingga harus meninggalkan pertemuan edukasi.

b. Keluarga yang harus mengajak Penderita Skizofrenia

Responden penelitian adalah para perawat utama ODS di rumah. Mereka harus mengajak ODS dalam kegiatan edukasi ini, karena tidak ada orang lain yang bisa menjaga para ODS di rumah.

2. Kelemahan Penelitian

a. Tidak memungkinkannya membuat aktivitas sehari-hari masing-masing individu responden penelitian diluar penelitian sama persis sehingga sangat mungkin aktivitas sehari-hari yang berbeda pada masing-masing individu kelompok tersebut yang turut mempengaruhi hasil dari penelitian.

b. Adanya faktor pengganggu lainnya seperti beragamnya status pendidikan, dan tipe kepribadian yang juga berpotensi mempengaruhi

kelancaran dalam proses intervensi sehingga mempengaruhi pula hasil dari penelitian ini.

- c. Penelitian ini menggunakan desain *quasy experimental* dengan menggunakan kelompok intervensi tanpa adanya kelompok kontrol.