

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di 4 kabupaten Daerah Istimewa Yogyakarta, yaitu Puskesmas Playen II di Kabupaten Gunungkidul, Puskesmas Temon I di Kabupaten Kulon Progo, Puskesmas Tempel di Kabupaten Sleman, dan Puskesmas Srandakan di Kabupaten Bantul.

##### **2. Gambaran Karakteristik Responden**

Subyek yang diambil pada penelitian merupakan pasien-pasien yang terdaftar di 4 puskesmas, yaitu puskesmas yaitu Puskesmas Playen II, Puskesmas Srandakan, Puskesmas Tempel, dan Puskesmas Temon yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Responden yang merupakan kelompok intervensi adalah sebanyak 34 orang. Responden yang *drop out* dikarenakan kekambuhan dan ketidak hadiran selama intervensi adalah 6 orang sehingga responden yang dianalisa menjadi 28 orang. Karakteristik responden dapat dilihat dalam tabel 1 sebagai berikut :

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden (n=29) di wilayah 4 ripuskesmas, Yogyakarta (Mei 2017)**

Karakteristik subyek penelitian	jumlah	prosentase	
		N	%
<b>Variabel</b>		Total	
		N	%
<b>Usia</b>			
	18-25	1	3,7037
	26-45	18	66,6667
	46-60	8	29,6296
<b>Jenis Kelamin</b>			
	Laki-laki	18	64,2857
	Perempuan	10	35,7143
<b>Status Pernikahan</b>			
	Tidak Kawin	13	46,4286
	Kawin	11	39,2857
	Berpisah	0	
	Cerai	4	14,2857
	Cerai Mati	0	0
<b>Pendidikan</b>			
	Tidak Pernah Sekolah	0	0
	Tidak Tamat SD	3	10,7143
	SD	5	17,8571
	SMP	7	25
	SMA	12	42,8571
	Akademi (Diploma)	0	0
	Universitas: S1	1	3,57143
	Universitas: S2 dan S3	0	0
<b>Pekerjaan</b>			
	Pekerjaan Rumah Tangga	1	3,57143
	Pekerjaan Sektor Informal	8	28,5714
	Pekerjaan dengan Keterampilan Khusus	0	0
	Wiraswasta	1	3,57143
	Pegawai Negeri Sipil, TNI, dan	0	0

	Polisi		
	Pegawai Perusahaan Swasta	0	0
	Pekerja Profesional	0	0
	Pensiunan	0	0
	Pengangguran	18	64,2857
<b>lama sakit (tahun)</b>			
	<1 tahun	1	3,57143
	antara 2-5 tahun	2	7,14286
	antara 5-10 tahun	8	28,5714
	>10 tahun	17	60,7143

Tabel 1 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki, rata-rata memiliki usia 41 tahun. Seluruh responden merupakan pasien skizofrenia yang terdaftar di 4 puskesmas yang telah disebutkan diatas. Mayoritas status pernikahan responden adalah tidak kawin yaitu sebanyak 13 orang. Pendidikan terakhir responden terbanyak adalah tamat SMA yaitu sebanyak 12 orang. Karakteristik pekerjaan responden terbanyak adalah pengangguran, sebanyak 18 orang. Responden mayoritas mengidap skizofrenia >10 tahun yaitu sebanyak 17 orang.

### 3. Gambaran Skor Fungsi Sosial Orang Dengan Skizofrenia

Fungsi sosial responden diukur dengan tes wawancara terstruktur untuk *personal social performance scale* yang telah teruji validitasnya. Menggunakan perhitungan PSP (*Personal and Scale Performance*) peneliti mengukur skor fungsi sosial responden yang telah divalidasi

oleh Purnama, *et.al* ., 2012. Terdapat 4 ranah pertanyaan dalam wawancara terstruktur tersebut, yaitu berupa :

- a. Perawatan diri terdiri dari ada 6 pertanyaan
- b. aktivitas sosial yang berguna terdiri dari 5 pertanyaan
- c. hubungan personal dan sosial terdiri dari 2 pertanyaan
- d. perilaku agresif dan mengganggu terdiri dari 6 pertanyaan

Instrumen penelitian ini menggunakan gambaran penilaian fungsi sosial dalam interval 10 poin berdasarkan tingkat kesulitan pada ranah perawatan diri, aktivitas sosial, hubungan personal dan perilaku agresif yang mengganggu. Berikut hasil dari *pretest* dan *posttest* pada penelitian ini.

**Tabel 2. Hasil Skor Fungsi Sosial *pre-test* dan *post-test* responden (Mei, 2017)**

kategori	<i>pretest</i>		<i>posttest</i>	
	N	%	N	%
<b>100 – 91</b>	15	53,5714	23	82,1429
<b>90 – 81</b>	6	21,4286	2	7,14286
<b>80 – 71</b>	3	10,7143	2	7,14286
<b>70 – 61</b>	2	7,14286	0	0
<b>60 – 51</b>	2	7,14286	1	3,57143

Tabel 2 menunjukkan terjadi peningkatan skor fungsi sosial pada interval 100-91 dari saat *pre-test* sebanyak 15 (53,6%) orang menjadi saat *post-test* sebanyak 23 (82,1%) orang. Penurunan terjadi pada interval 90-81 dimana saat *pre-test* terdapat 6 (21,4%) menjadi saat *post-test* sebanyak 2 (7,14%). Hasil interval 80-71 mengalami

penurunan dari 3 (10,7%) menjadi 2 (7,14%) orang. Hasil interval 70-61 menurun dari 2 (7,14%) menjadi bahkan tidak ada atau 0. Hasil interval 60-51 juga mengalami penurunan yaitu dari 2 (7,14%) orang menjadi hanya 1 (3,6%) orang saja.

#### **4. Pengaruh Modul Psikoedukasi Terhadap Skor Fungsi Sosial Orang Dengan Skizofrenia**

Sebelum dilakukan analisis data, peneliti terlebih dahulu melakukan perhitungan apakah persebaran data antara *pre* dan *post* normal. Peneliti telah mendapatkan hasil untuk persebaran data untuk *pre* dan *post* didapatkan  $p = < 0,05$  dimana dapat diartikan persebaran data tidak normal sehingga peneliti akan memilih *test non-parametric* yaitu *Wilcoxon Signed Rank Test*.

**Tabel 3. Uji Normalitas data *pre-test* dan *post-test***

<b>Uji Shapiro Wilk</b>	<b>Nilai Sig.</b>
<b>Hasil Pretest</b>	0.000
<b>Hasil Posttest</b>	0.000

Hasil penelitian ini menggambarkan perbandingan antara skor fungsi sosial *pre-test* dan *post-test* yang ditunjukkan dalam tabel 3 sebagai berikut :

**Tabel 4. Perubahan Fungsi Sosial Orang dengan Skizofrenia Berdasarkan *Pre-test* dan *Post-Test***

Hasil fungsi sosial posttest - pretest	Jumlah	Sig
Hasil Posttest < Hasil Pretest (Menurun)	2	
Hasil Posttest > Hasil Pretest (Meningkat)	26	0,000
Hasil Posttest = Hasil Pretest (Tetap)	0	
<b>Total</b>	<b>28</b>	

Peneliti mendapat hasil analisis dengan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* terhadap fungsi sosial orang dengan skizofrenia pada saat *pre-test* dan *post-test* dengan nilai signifikansi  $p=0.000$ . nilai tersebut menunjukkan terdapat pengaruh antara sebelum dan sesudah dilakukan intervensi berupa modul psikoedukasi yang dilakukan sebanyak 6 kali selama 1,5 bulan pada responden. Analisis menunjukkan bahwa modul psikoedukasi berpengaruh dalam meningkatkan fungsi sosial orang dengan skizofrenia di wilayah 4 puskesmas tersebut.

## **B. Pembahasan Penelitian**

### **1. Karakteristik Responden**

Penelitian ini peneliti mendapatkan bahwa responden laki-laki lebih mendominasi daripada perempuan yaitu sebanyak 64,28% dibanding 35,71%. Fakta ini dibenarkan dalam buku (Kaplan BJ dan Sadock VA, 2010). Penelitian (Kao & Liu, 2010) juga menyebutkan

bahwa perempuan memiliki tingkat keparahan yang lebih rendah dibanding dengan laki-laki karena efek hormon estrogen.

Penelitian ini juga didapatkan bahwa mayoritas penderita berusia  $\pm 41$  tahun. Onset dari penyakit skizofrenia sendiri (Kaplan BJ dan Sadock VA, 2010) adalah antara usia 15-35 tahun, sedangkan onset dibawah 10 tahun atau lebih dari 60 tahun adalah jarang.

Mayoritas subyek yang didapatkan peneliti adalah lulusan SMA yaitu sebesar 42,85%. Wakhid et all, 2013 menyebutkan bahwa faktor pendidikan akan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Hal yang sama disebutkan oleh Siagian, 1995 pendidikan menentukan tingkat kemampuan seseorang dalam memahami dan menerima informasi pembelajaran sehingga dapat menerima pelatihan tersebut dan meningkatkan fungsi sosial.

Subyek penelitian mayoritas adalah tidak bekerja atau pengangguran yaitu sebesar 64,28%. Pekerjaan sendiri menjadi faktor predisposisi dan presipitasi dari proses terjadinya gangguan jiwa. Mereka dengan sosioekonomi rendah akan mudah rentan dalam mengalami gangguan jiwa dibandingkan dengan yang memiliki sosioekonomi yang tinggi. Hal yang sama dengan penelitian (Townsend, 2009) bahwa tingginya gangguan jiwa termasuk skizofrenia disebabkan karena rendahnya sosioekonomi yang rendah. Sosioekonomi yang rendah juga menyebabkan keterbatasan dalam pemenuhan kebutuhan pokok seperti nutrisi, kesehatan, kurangnya perhatian dalam pemecahan masalah sehingga dapat menimbulkan stress yang mempengaruhi fungsi sosial (Mallet, 2002).

## **2. Perbedaan Skor Tingkat Pengetahuan *Pre-test* dan *Post-test* Fungsi Sosial Orang Dengan Skizofrenia**

Hasil yang didapatkan dari analisis menunjukkan terdapat perbedaan hasil dari fungsi sosial antara *pre-test* dan *post-test* setelah dilakukan intervensi. Peningkatan terutama terdapat pada skor 100-91, pasien dipertimbangkan dalam kualitas yang baik, mampu beradaptasi terhadap masalah kehidupan dengan adekuat, dan terlibat dalam aktivitas dan ketertarikan yang luas. Peningkatan difokuskan dalam jumlah responden yang mengalami peningkatan ke kategori tidak ada.

Konsep dari kemampuan fungsi sosial dianggap kompleks dimana yang termasuk didalamnya yaitu kemampuan untuk bekerja atau belajar, hidup mandiri, dan mempertahankan hubungan personal yang penting, namun demikian definisi kemampuan fungsi sosial masih terbatas (Brissos, et al., 2011). Definisi dari fungsi sosial telah digunakan secara luas, namun ada konsesus yang membatasi jабaran secara jelas dari definisinya tersebut karena konsepnya yang sering tertukar atau tumpang tindih seperti, 'kinerja sosial', '*social adjustment*' (bagaimana seseorang menyesuaikan dirinya dengan harapan di masyarakat), 'disfungsi sosial' (ketidakmampuan orang dalam membaaur dan menjalankan fungsi sosialnya di masyarakat), 'adaptasi sosial' (kemampuan seseorang untuk hidup sesuai dengan interpersonal, sosial, dan norma budaya), 'kompetensi sosial' (kemampuan keseluruhan



dari orang untuk berdampak positif pada lingkungan sosial) (Burns, *et al*, 2007).

Disfungsi sosial akan mengganggu kualitas hidup seorang penderita skizofrenia dan juga dapat digunakan sebagai faktor prognosis skizofrenia, termasuk terjadinya kekambuhan; perjalanan penyakit yang buruk; dan tidak memiliki pekerjaan. Oleh karena itu, disfungsi sosial merupakan ciri yang penting pada skizofrenia (Brissos *et al.*, (2011). Terdapat faktor yang mempengaruhi kemampuan fungsi sosial, yaitu meliputi faktor sosiodemografi, riwayat penyakit, simtom depresi, simtom negatif, kognitif, dan lingkungan (Brissos, *et al.*, (2011).

- a. Faktor sosiodemografi. Realita pasien usia muda lebih sulit mengalami remisi fungsional dimana hal itu mengindikasikan bahwa disfungsi sosial muncul sebelum onset psikotik. Status pekerjaan pasien merupakan indikator kemampuan fungsi sosial, sehingga jika pasien merupakan pengangguran maka menunjukkan kemampuan fungsi sosial yang memburuk (Brissos, *et al.*, (2011) Harvey ,(2012))
- b. Faktor biologi. Riwayat skizofrenia dalam keluarga dapat memperburuk fungsi sosial skizofrenia setelah pengobatan (Reverger, 2012). Pasien skizofrenia menunjukkan aktivitas regio

lobus frontal dan temporal yang abnormal selama tugas-tugas *theory-of-mind*. Terdapat juga perbedaan aktivitas amygdala antara individu normal dengan skizofrenia dalam pemrosesan emosi dimana terjadi penurunan aktivitas otak di regio amygdala, *gyrus parahipokampus*, *gyrus fusiform*, *gyrus frontal superior*, nukleus lentiformis, dan *gyrus oksipital tengah* disfungsi sosial akan mengganggu kualitas hidup seorang penderita skizofrenia dan juga dapat digunakan sebagai faktor prognosis skizofrenia, termasuk terjadinya kekambuhan; perjalanan penyakit yang buruk; dan tidak memiliki pekerjaan. Disfungsi sosial merupakan ciri yang penting pada skizofrenia (Brissos, et al., 2011).

- c. Faktor riwayat penyakit. Pasien dengan riwayat atau perjalanan penyakit dengan durasi lama menunjukkan kemampuan fungsi sosial yang tidak baik. Berdasarkan penelitian (Ochoa, et al., 2006), pasien yang memiliki onset penyakit dini akan berpengaruh negatif terhadap fungsi psikososial, terutama dalam kemampuan berkomunikasi.
- d. Faktor simtom depresi. Simtom depresi akan mempengaruhi kemampuan fungsi sosial secara negatif dan independen dari simtom lain. Depresi merupakan faktor prediktor terkuat dalam defisit fungsi sosial (Harvey & Strassnig, 2012)
- e. Faktor simtom negatif. Simtom negatif sekarang diidentifikasi sebagai penentu penting terhadap kemampuan fungsi sosial pada

skizofrenia. Beberapa studi namun menyebutkan bahwa simtom negatif tidak terlalu berpengaruh dalam penilaian kapasitas fungsional berbasis performa. pernyataan ini mengindikasikan bahwa antara simtom negatif dengan kemampuan fungsi sosial masih kompleks (Brissos et al., (2011) Harvey & Strassnig, (2012))

- f. Faktor fungsi kognitif. Kepentingan fungsi kognitif terhadap fungsi sosial ditunjukkan dimana terdapat kaitan antara defisit kognitif dengan status fungsional (Bowie & Harvey, 2006)
- g. Faktor lingkungan. Faktor lingkungan yang berpengaruh disini dibedakan antara setting komunitas dan institusi. Komunitas yang dimaksud disini yaitu, individu yang masih tinggal di komunitas dimana stigma masyarakat masih ada sehingga mengurangi kesempatan mereka untuk berperan dalam lingkup sosial, vokasional, serta kesempatan lain. Institusi yaitu seperti rumah sakit, rumah penampungan, membuat mereka mempunyai keterbatasan untuk mengembangkan kemampuannya dalam hidup mandiri, vokasional, maupun sosial karena mereka terisolasi dari masyarakat dan berada di wilayah dimana norma perilaku berbeda dengan masyarakat (Courigan, et al., 2008)

Psikoedukasi merupakan suatu proses treatment atau rehabilitasi yang ditujukan untuk penderita gangguan psikiatri dimana dia dalam bentuk pendidikan ataupun pelatihan. Target utama dalam psikoedukasi adalah untuk meningkatkan dan mengembangkan

penderita dalam menerima penyakitnya ataupun gangguan yang mereka alami, meningkatkan partisipasi dalam terapi, dan mengembangkan *coping mechanism* ketika penderita dihadapi oleh suatu masalah yang dikaitkan dengan penyakit tersebut (Bordbar, 2010).

Menurut Walsh (2010), psikoedukasi adalah suatu intervensi atau perlakuan yang ditujukan untuk individu, keluarga, dan kelompok dimana dia fokus dalam mendidik partisipannya akan tantangan yang signifikan dalam hidup, membantu mengembangkan sumber-sumber dukungan dan sikap dan perilaku dalam menghadapi tantangan yang ada,serta mengembangkan ketrampilan coping.

Menurut Lukens *et al.*, (2004) *treatment* yang diberikan secara profesional dimana mengintegrasikan intervensi psikoterapeutik dan edukasi.

*Treatment* ini dapat dilakukan untuk keluarga dengan gangguan jiwa seperti skizofrenia, depresi mayor, dan gangguan bipolar. Psikoedukasi juga bisa ditujukan untuk keluarga dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa (Stuart & Laraia, 2005).

Penelitian dalam jurnal (Xia, *et al.*,2013) menyebutkan bahwa, psikoedukasi mendukung fungsi sosial dan global lebih baik. bukti menunjukkan bahwa individu yang mendapat psikoedukai lebih menunjukkan kepuasan dalam pelayanan kesehatan mental. Pasien yang

mendapat terapi psikoedukasi, melihat program tersebut sangat berarti dan sangat membantu dalam memahami hidup mereka (Prasko *et al.*, 2010). Beberapa bukti ditemukan bahwa terapi psikoedukasi efektif untuk pasien skizofrenia, sehingga terapi ini menjadi sangat penting dalam tambahan di bidang kesehatan mental. Psikoedukasi juga diinisiasi untuk menarik perhatian para pengasuh dan sesama individu yang sakit untuk tetap kooperatif dan patuh (Bhattacharjee, et al., 2011)

### **3. Keterbatasan penelitian**

Terdapat beberapa keterbatasan selama penelitian diselenggarakan, yaitu sebagai berikut :

1. Peneliti kurang fasih dalam berbahasa jawa sehingga peneliti mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dengan responden.
2. Jumlah responden yang terbatas hanya 29 orang karena beberapa responden mengalami kekambuhan dan kurang patuh dalam menghadiri intervensi.
3. Beberapa puskesmas mengalami kemunduran jadwal intervensi dari jadwal yang sudah dijadwalkan dari awal.
4. Peneliti hanya menggunakan kelompok intervensi tanpa kelompok kontrol.