

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Subyek Penelitian

Penelitian ini melibatkan 40 pasien Skizofrenia di RSJ Prof. Dr. Soeroyo, Magelang yang terdiri dari 20 pasien laki-laki dan 20 pasien perempuan. Gambaran umum sampel atau karakteristik subyek dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1. Karakteristik Subyek Penelitian

No	Variabel	Frekuensi	Prosentase	Sig
1.	Jenis Kelamin			
	- Laki-laki	20	50%	
	- Perempuan	20	50%	
2.	Status Pekerjaan			0,316
	- Bekerja	18	45%	
	- Tidak Bekerja	22	55%	
3.	Keteraturan Minum Obat			0,199
	- Teratur	36	90%	
	- Tidak Teratur	4	10%	

Berdasarkan tabel 4.1, dapat dilihat bahwa jumlah subyek yang tidak bekerja lebih banyak dengan prosentase 55%. Selain itu, jumlah subyek yang teratur minum obat lebih dominan (90%) dibanding dengan subyek yang tidak teratur minum obat.

Uji homogenitas karakteristik subyek penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan antara dua kelompok subyek yang bekerja dengan yang

tidak bekerja. Hal ini dibuktikan dengan uji statistik *independent t-test* dengan hasil menunjukkan signifikansi sebesar 0,316, yaitu $p > 0,05$. Uji homogenitas karakteristik subyek penelitian pada keteraturan minum obat menunjukkan tidak ada perbedaan antara subyek yang teratur minum obat dengan subyek yang tidak teratur minum obat. Hal ini dibuktikan dengan uji statistik *independent t-test* dengan hasil menunjukkan signifikansi sebesar 0,199, yaitu $p > 0,05$.

Tabel 4.2. Tingkat Kepuasan Dukungan Sosial

Tingkat Kepuasan	Frekuensi	Prosentase
Puas	36	90%
Tidak Puas	4	10%
TOTAL	40	100%

Berdasarkan tabel 4.2, Sebagian besar (90%) dari subyek penelitian menyatakan puas dengan dukungan sosial yang diberikan oleh orang-orang disekitarnya.

2. Rata-rata Kekambuhan Penderita Skizofrenia

Perhitungan mean untuk kekambuhan penderita Skizofrenia dilihat dari frekuensi rawat inap kembali di rumah sakit pada subyek menunjukkan angka 2 (dua) yang berarti bahwa rata-rata subyek rawat inap kembali di rumah sakit sebanyak 2 (dua) kali dalam kurun waktu 5 tahun. Kekambuhan yang paling banyak dialami penderita Skizofrenia adalah 5 kali dalam kurun waktu 5 tahun.

3. Analisis Uji Statistik Korelasi

Korelasi antara kedua variabel dianalisis dengan menggunakan uji *Spearman Correlation* dikarenakan uji distribusi data dengan *Kolmogorov-Smirnov* menunjukkan bahwa data berdistribusi tidak normal (non parametrik).

Hasil analisis korelasi antara kepuasan dukungan sosial dengan kekambuhan pada pasien Skizofrenia menggunakan tes korelasi non-parametrik *Spearman* menunjukkan signifikansi sebesar 0,025 ($p < 0,05$) yang berarti terdapat hubungan antara kepuasan dukungan sosial dengan kekambuhan penderita Skizofrenia dengan kekuatan hubungan (*correlation coefficient*) adalah -0,353, yang berarti terdapat hubungan negatif lemah diantara kedua variabel. Hubungan negatif menunjukkan bahwa semakin besar dukungan sosial yang diberikan pada pasien Skizofrenia maka kekambuhan penderita Skizofrenia semakin rendah.

B. PEMBAHASAN

Pada penelitian ini, peneliti ingin mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara dukungan sosial dengan kekambuhan penderita Skizofrenia. Subyek yang diambil adalah 40 pasien Skizofrenia yang rawat inap kembali di RSJ Prof. Dr. Soeroyo, Magelang dengan rincian 20 pasien laki-laki dan 20 pasien perempuan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa data 55% subyek berstatus tidak bekerja dan 45% subyek berstatus bekerja. Uji homogenitas karakteristik

subyek penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan kekambuhan antara subyek yang bekerja dengan yang tidak bekerja, dibuktikan dengan uji statistik independent t-test dengan hasil menunjukkan signifikansi sebesar 0,316, yaitu $p > 0,05$. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang peneliti peroleh karena dari sumber yang peneliti peroleh mengatakan bahwa pasien dengan gangguan mental berat yang mempunyai pekerjaan pada umumnya mempunyai jaringan sosial yang lebih luas dan mendapatkan dukungan sosial lebih besar. Pekerjaan meningkatkan kepuasan di berbagai bidang kehidupan atau hubungan sosial dan berpengaruh kuat pada kesehatan. Dukungan sosial merupakan mediator penting hubungan antara pekerjaan dan kualitas hidup secara subyektif (Ruesch *et al.*, 2004).

Penelitian ini juga menunjukkan sebanyak 90% subyek teratur minum obat sedangkan yang tidak teratur minum obat sebanyak 10%. Uji homogenitas karakteristik subyek penelitian pada keteraturan minum obat menunjukkan tidak ada perbedaan kekambuhan antara subyek yang teratur minum obat dengan subyek yang tidak teratur minum obat, dibuktikan dengan uji statistik independent t-test dengan hasil menunjukkan signifikansi sebesar 0,199, yaitu $p > 0,05$. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang peneliti peroleh karena dari sumber yang peneliti peroleh mengatakan bahwa pasien skizofrenia yang tidak teratur minum obat (antipsikotik) lebih mungkin mengalami kekambuhan dibandingkan dengan pasien skizofrenia yang teratur minum obat (antipsikotik). Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan 25% sampai

50% klien yang pulang dari rumah sakit tidak memakan obat secara teratur (Appleton, 1982).

Pemberian obat antipsikotik dapat mengurangi resiko kekambuhan, tetapi obat-obatan tersebut tidak dapat mengajarkan tentang kehidupan dan keterampilan meskipun dapat memperbaiki kualitas hidup penderita melalui penekanan gejala-gejala. Pengajaran kehidupan dan keterampilan sosial hanya mungkin didapat penderita melalui dukungan sosial keluarga. Hasil penelitian yang lain didapat bahwa 45% penderita skizofrenia yang mendapat pengobatan antipsikotik akan mengalami kekambuhan dalam waktu 1 tahun *pasca* rawat, sedangkan penderita yang diberi plasebo 70% kambuh (Kaplan dan Sadock, 2003).

Kepuasan dukungan sosial yang didapat dari data, sebagian besar (90%) subyek merasa puas dengan dukungan sosial yang diberikan oleh orang-orang disekitarnya. Pasien skizofrenia yang tidak puas dengan dukungan sosial total lebih mungkin mengalami kekambuhan dibandingkan dengan pasien yang puas dengan dukungan sosial total. Kualitas dukungan sosial mempunyai pengaruh yang lebih besar dibandingkan dengan jumlah atau kuantitas dukungan social (McDowell and Newell, 1996).

Penelitian ini menunjukkan bahwa dalam kurun waktu 5 (lima) tahun rata-rata subyek mengalami rawat inap kembali sebanyak 2 (dua) kali. Sumber lain yang diperoleh peneliti mengatakan bahwa 49% penderita skizofrenia mengalami rawat ulang setelah *follow up* selama 1 tahun, sedangkan penderita-penderita non skizofrenia hanya 28% dan selama 6 bulan *pasca*

rawat didapatkan 30%-40% penderita mengalami kekambuhan, sedangkan setelah 1 tahun *pasca* rawat 40%-50% penderita mengalami kekambuhan, dari setelah 3-5 tahun *pasca* rawat didapatkan 65%-75% penderita mengalami kekambuhan (Porkony *et al.*, 1993).

Penderita skizofrenia perlu mempelajari kembali keterampilan sosial untuk dapat hidup dalam masyarakat. Penderita-penderita yang baru keluar dari RS memerlukan pelayanan dari masyarakat agar mereka dapat menyesuaikan diri dan menyatu dalam masyarakat. Tingginya angka *rehospitalisasi* merupakan tanda kegagalan dalam sistem masyarakat. Penderita kronis di dalam masyarakat membutuhkan dukungan hidup yang dapat dipertahankan untuk waktu yang lama. Beberapa penderita tetap dapat mengalami kekambuhan meskipun mereka mendapatkan pelayanan *pasca* rawat (*after care services*) pada instansi-instansi. Porkony *et al* (1993), melaporkan bahwa 36% dari penderita skizofrenia yang tinggal di panti setelah perawatan di RS tetap mengalami kekambuhan.

Sullinger (1988), menyebutkan empat faktor penyebab penderita kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit, yaitu :

1. Penderita

Sudah umum diketahui bahwa penderita yang gagal memakan obat secara teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh.

2. Dokter

Makan obat yang teratur dapat mengurangi kekambuhan, namun pemakaian obat neuroleptic yang lama dapat menimbulkan efek samping

tardive dyskinesia yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol.

3. Penanggung jawab penderita

Setelah penderita pulang ke rumah maka pihak rumah sakit tetap bertanggung jawab atas program adaptasi penderita di rumah.

4. Keluarga

Berdasarkan penelitian di Inggris dan Amerika keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik, tidak ramah, banyak menekan dan menyalahkan) hasilnya 57% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi dan 17% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi keluarga yang rendah. Selain itu penderita juga mudah dipengaruhi oleh stres yang menyenangkan (naik pangkat, menikah) maupun yang menyedihkan (kematian/kecelakaan). Dengan terapi keluarga penderita dan keluarga dapat mengatasi dan mengurangi stres. Cara terapi biasanya mengumpulkan semua anggota keluarga dan memberi kesempatan menyampaikan perasaan-perasaannya. Memberi kesempatan untuk menambah ilmu dan wawasan baru kepada penderita gangguan jiwa, memfasilitasi untuk menemukan situasi dan pengalaman baru bagi penderita.

Beberapa penyebab penderita skizofrenia mengalami kekambuhan berdasarkan penjelasan di atas adalah karena ketidakteraturan minum obat, status pekerjaan, lingkungan yang bermusuhan, suasana rumah yang tidak nyaman, sulit melakukan hubungan interpersonal, isolasi sosial, tekanan

pekerjaan, adanya stigma dan pengangguran yang membuat pasien tidak produktif (Sullinger, 1988).

Hal ini berarti pengobatan Skizofrenia harus dilakukan dengan cara interaksi multidimensional. Gejala-gejala dan ketidakmampuan sosial serta ketidakmampuan individual yang ditunjukkan merupakan hasil dari benturan-benturan yang dialami dalam kehidupan. Angka kekambuhan dalam waktu 1 tahun *pasca* rawat pada penderita skizofrenia yang mendapat latihan keterampilan sosial adalah 20%, penderita yang mendapat pengobatan antipsikotik 41% dan 19% penderita yang pada keluarga diberikan psikoedukasi. Penderita yang mendapat latihan keterampilan sosial, obat antipsikotik dan psikoedukasi keluarga dilaporkan tidak ada yang kambuh (Kaplan dan Sadock, 2003).

Koefisien korelasi yang didapatkan dalam analisis hasil penelitian ini adalah negatif, yang menunjukkan adanya hubungan negatif antara dukungan sosial dengan kekambuhan penderita Skizofrenia. Hal tersebut berarti bahwa semakin besar dukungan sosial yang diberikan pada pasien Skizofrenia maka kekambuhan penderita Skizofrenia semakin rendah karena kuat lemahnya dukungan sosial terhadap penderita berpengaruh terhadap tingkat kesembuhan Skizofrenia. Semakin kuat dukungan sosial terhadap penderita memungkinkan semakin cepat tingkat kesembuhan Skizofrenia. Sebaliknya semakin lemah dukungan sosial terhadap penderita memungkinkan semakin lama tingkat kesembuhan Skizofrenia. Demikian juga halnya dengan kekambuhan

Skizofrenia, terkait dengan kuat lemahnya dukungan sosial (Kaplan dan Sadock, 1997).

Besar koefisien korelasi antara dua variabel adalah 0,353, yang berarti bahwa kekuatan hubungan adalah lemah. Hal ini dapat terjadi karena penyebab kekambuhan dan akan rawat inap kembali pada penderita Skizofrenia adalah sangat multifaktorial sehingga ada kemungkinan lain penyebab rawat inap kembali di rumah sakit selain dukungan sosial misalnya karena ketidakseimbangan hubungan antara perilaku dan stimulus lingkungan eksternal, konsep diri yang rendah, kurang percaya diri, hilang motivasi, perilaku agresif, ketidakteraturan minum obat, sulit melakukan hubungan interpersonal, isolasi sosial, tekanan pekerjaan, adanya stigma dan pengangguran (Sullinger dalam Keliat, 1995; Stuart dan Sundeen, 1995).