

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kasihan 2, Kabupaten Bantul, Yogyakarta. Puskesmas Kasihan 2 merupakan salah satu dari 26 Puskesmas yang berada di Kabupaten Bantul. Luas wilayah kerja Puskesmas Kasihan 2 berkisar 1.023 ha, yang terdiri dari 2 desa yaitu desa Ngestiharjo dan Tirtonirmolo, yang meliputi 24 dusun. Batas wilayah kerja Puskesmas Kasihan 2 yaitu di sebelah utara: Gamping Sleman, sebelah timur: Sewon Bantul, sebelah selatan: Sewon Bantul, dan sebelah barat Tamantirto Kasihan (Kasihan 2, 2018).

Puskesmas Kasihan 2 mempunyai 1 unit gedung puskesmas induk dan 1 unit puskesmas pembantu. Puskesmas Kasihan 2 membuka pelayanan kesehatan yang terdiri dari beberapa poli, yaitu Poli Umum, Poli Gizi, Poli KIA, serta Poli MTBS dan membuka pelayanan konseling, yaitu PHBS, Jiwa, Gizi, dan Calon Pengantin. Jam pelayanan Puskesmas Kasihan 2 yaitu setiap hari Senin – Kamis jam 07.30 – 14.30 Wib, hari Jumat Jam 07.30 – 11.30 dan hari Sabtu 07.30 – 13.00. Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Kasihan 2, pada tahun 2018 bulan Agustus jumlah penderita gangguan jiwa berat/skizofrenia yang berada di wilayah kerjanya mencapai 73 pasien (Kasihan 2, 2018).

Upaya Kesehatan Jiwa di Puskesmas Kasihan 2 terdiri dari kegiatan di dalam gedung maupun di luar gedung. Pelayanan kesehatan jiwa

di dalam gedung dilakukan setiap hari, sedangkan diluar gedung memiliki berbagai kegiatan, meliputi promosi kesehatan, deteksi dini gangguan psikotik dan non psikotik, pembinaan kelompok Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), *caregiver*, dan kader kesehatan jiwa serta pertemuan kader. Puskesmas Kasihan 2 memiliki program kesehatan jiwa yang disebut dengan Gelimas Jiwo (Gerakan Peduli Masyarakat sehat Jiwa) yang sudah berjalan sejak tahun 2011 (Kasihan 2, 2018).

B. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Karakteristik Responden

Penelitian ini dilakukan mulai bulan 21 Desember 2018 – 06 Januari 2019 dengan jumlah sampel 55 pasien rawat jalan yang terdiagnosa gangguan jiwa berat/skizofrenia di Puskesmas Kasihan 2 Bantul.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden

No	Variabel	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	29	52.7
	Perempuan	26	47.3
	Total	55	100
2	Usia		
	17 - 25 tahun	6	10.9
	26 - 35 tahun	10	18.2
	36 - 45 tahun	20	36.4
	46 - 55 tahun	10	18.2
	56 - 65 tahun	9	16.4
	>65 tahun		
	Total	55	100

No	Variabel	Frekuensi (F)	Persentase (%)
3	Gaji		
	>UMRRp 1. 527.000	1	1.8
	<UMRRp 1.527.000	54	98.2
	Total	55	100
4	Pendidikan		
	Tidak Sekolah	2	3.6
	SD	12	21.8
	SMP	13	23.6
	SMA	26	47.3
	Perguruan Tinggi	2	3.6
	Total	55	100
5	Status Pernikahan		
	Lajang	35	63.6
	Menikah	15	27.3
	Janda atau Duda	5	9.1
	Total	55	100
6	Usia Pernikahan		
	0 tahun	41	74.5
	Awal 1 – 10 tahun	2	3.6
	Pertengahan 11 – 20 tahun	2	3.6
	Akhir 21– >30 tahun	10	18.2
	Total	55	100
7	Care Giver		
	Istri	3	5.5
	Suami	10	18.2
	Bapak	7	12.7
	Ibu	25	45.5
	Anak	2	3.6
	Saudara	8	14.5
	Total	55	100

Sumber : Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan karakteristik responden yang pertama adalah berdasarkan dari jenis kelamin, responden pada

penelitian ini di dominasi berjenis kelamin laki-laki sebanyak 29 orang (52.7%) dan usia mayoritas responden adalah 36– 45 tahun sebanyak 20 orang (36.4%). Berdasarkan dari gaji (penghasilan) responden rata-rata berpenghasilan <UMR Rp 1. 527.000 yaitu sebanyak 54 orang (98.2%). Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan, mayoritas responden berpendidikan SMA sebanyak 26 orang (47.3%). Karakteristik responden selanjutnya yaitu berdasarkan status pernikahan, responden rata-rata status pernikahan responden berstatus lajang sebanyak 35 orang (83.6%). Karakteristik responden berdasarkan usia pernikahan adalah akhir 0 tahun sebanyak 41 orang (74.5%). Karakteristik responden selanjutnya berdasarkan *caregiver* rata-rata responden tinggal bersama ibu sebanyak 25 orang (45.5%).

2. Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia

Kategori kualitas hidup pasien skizofrenia didapatkan dari hasil hitung jumlah skor yang diperoleh dari masing-masing responden. Hasil perhitungan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4. Kualitas Hidup Responden

No	Kualitas Hidup	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Tinggi	14	25.5
2	Sedang	38	69.2
3	Rendah	3	5.5
Total		55	100

Sumber : Data Primer 2019

Tabel diatas menunjukkan kualitas hidup pasien skizofrenia yg di dominasi oleh kualitas hidup sedang sebanyak 38 orang (69.2%),

kualitas hidup tinggi sebanyak 14 orang (25.5%) dan diikuti kualitas hidup rendah sebanyak 3 orang (5.5%).

3. Hubungan Status Pernikahan dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia

Hasil analisis dari hubungan status pernikahan dengan kualitas hidup pasien skizofrenia.

Tabel 5.
Hubungan Status Pernikahan dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia

Variabel	Status Pernikahan	Kualitas Hidup
Status Pernikahan	Koefisien korelasi	-0,112
	Sig. (2-tailed)	0,415
Kualitas Hidup	Koefisien korelasi	-0,112
	Sig. (2-tailed)	0,415

Sumber : Data Primer 2019

Berdasarkan hasil dari analisis korelasi antara status pernikahan dengan kualitas hidup pasien skizofrenia yang menggunakan uji korelasi non parametrik *Spearman Rho* diperoleh nilai signifikan sebesar 0,415 ($p>0,05$). Nilai $r = -0,112$ yang menunjukkan arah korelasi negatif dengan kekuatan hubungan sangat lemah yang artinya tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan kualitas hidup pasien skizofrenia.

C. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Jenis Kelamin

Pada penelitian ini jenis kelamin responden di dominasi oleh jenis kelamin laki laki. Hal ini sesuai dengan penelitian Siegrist, *et al.*, (2015) dalam penelitiannya melibatkan responden sebanyak 1208 pasien skizofrenia yang menemukan bahwa penderita skizofrenia di dominasi oleh laki-laki (61,8%). Penelitian lain yang dilakukan oleh Park, *et al.*, (2013) menyebutkan bahwa 71,4% pasien skizofrenia di Amerika adalah laki-laki. Laki-laki beresiko mengalami gangguan jiwa berat/skizofrenia dibandingkan dengan perempuan karena laki-laki sebagai tumpuan dalam rumah tangga, berbeda dengan perempuan yang lebih menerima kondisi kehidupan (Wijayanti & Puspitosari, 2014). Rusdi, *et al.*, (2015) mengatakan bahwa penderita skizofrenia pada perempuan lebih sedikit daripada laki-laki karena adanya pengaruh dari antidopaminergik estrogen yang dimiliki oleh perempuan. Estrogen tersebut memiliki efek pada aktivitas dopamin nucleus akumben yaitu dengan cara menghambat pelepasan dopamin, peningkatan jumlah preseptor dopamine di *nucleus caudatus*, *accumbens*, dan *putamen* merupakan penyebab terjadinya skizofrenia, prognosis penyakit skizofrenia pada laki-laki lebih buruk dibandingkan pada perempuan (Rusdi, *et al.*, 2015). Berdasarkan dari uraian diatas dapat dijelaskan bahwa mayoritas

responden adalah laki-laki karena perbedaan hormon antara laki laki dan perempuan. Produksi hormon esterogen pada perempuan dapat menghambat pelepasan dopamin yang berakibat pada timbulnya gejala skizofrenia.

b. Usia

Berdasarkan usia, mayoritas responden berada pada usia 36 – 45 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian Sadock, *et al.*, (2015) yang menyebutkan bahwa mayoritas pasien skizofrenia berada pada usia antara 15-25 tahun laki-laki dan 25-35 tahun dan diatas 40 tahun untuk perempuan. Seiring dengan itu, bertambahnya usia menyebabkan otak mengalami penuaan dan penurunan atau pengurangan dopamin di dalam otak, tingkat dopamin dalam otak dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia atau buruknya perjalanan penyakit (Wiramihardja, 2015). Dapat disimpulkan bahwa responden didominasi rentang usia 36-45 tahun, sehingga dapat mempengaruhi seseorang mengalami skizofrenia karena semakin bertambahnya usia akan mengalami penurunan fungsi fisiologis maupun psikologisnya.

c. Gaji

Karakteristik responden berdasarkan gaji (penghasilan) sebagian besar responden memiliki penghasilan <UMR. Menurut Noviria, Triyoso & Yanti (2014) menyatakan bahwa banyak faktor yang dapat mempengaruhi kunjungan pasien ke pelayanan

kesehatan untuk melakukan kontrol atau menebus obat salah satunya adalah status ekonomi, dengan minimnya penghasilan atau status ekonomi yang rendah banyak pasien jiwa yang tidak melakukan kontrol dan menebus obat. Individu yang tidak bekerja sehingga tidak memiliki penghasilan (Yati, 2017). Dapat disimpulkan bahwa responden sebagian besar mempunyai penghasilan <UMR. Sebagian responden pada penelitian ini bekerja sebagai juru parkir, petani, buruh bahkan beberapa diantaranya tidak bekerja. Responden yang memiliki gaji (penghasilan) <UMR akan berpengaruh terhadap tingkat konsumsi obat yang berdampak pada kekambuhan dan juga kualitas hidup pasien skizofrenia.

d. Pendidikan

Tingkat pendidikan responden dalam penelitian ini mayoritas adalah SMA. Hal ini selaras dengan penelitian Jelastopulu, *et al.*, (2014) yang menyatakan bahwa mayoritas pasien menempuh pendidikan SMP selama 6-9 tahun (28.63%), SMA selama 9-12 tahun(35.26%), dan SD selama <6 tahun (11.01%). Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi daya tahan seseorang dalam menghadapi kondisi stress (Chandrawinata, 2015). Pendidikan akan menuntut seseorang untuk menghadapi stressor yang lebih baik. Orang yang memiliki pendidikan yang tinggi, akan berpengaruh dalam pembentukan mekanisme coping terhadap stressor yang datang dan berpikir lebih baik serta rasional dalam menghadapi atau

mengatasi masalah (Ilahi, Hendarsih & Sutejo, 2015). Dalam hal ini pendidikan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien. Sejalan dengan itu, dalam penelitian ini mayoritas pasien menempuh pendidikan sampai tingkat SMA. Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden menempuh pendidikan sampai jenjang SMA. Tingkat pendidikan responden yang semakin tinggi maka semakin baik juga coping mereka dalam menghadapi stressor yang akan berdampak pada kualitas hidup mereka.

e. Status Pernikahan

Karakteristik responden berdasarkan status pernikahan yaitu mayoritas responden berstatus lajang. Hal ini sejalan dengan penelitian Siegrist, *et al.*, (2015) dimana mayoritas pasien skizofrenia yaitu berstatus lajang (61,6%), yang selanjutnya diikuti dengan status bercerai (16,2%), menjanda (1,2%), menikah (15%) dan hidup sebagai pasangan (tanpa adanya ikatan pernikahan) (61.1%). Wahyudi & Fibriani (2016) menyebutkan bahwa seseorang yang tidak menikah lebih berisiko tinggi mengalami penyakit skizofrenia daripada individu yang menikah. Status pernikahan berkaitan dengan timbulnya gangguan mood pada individu, karena individu yang hidup didalam sebuah pernikahan memiliki resiko yang lebih rendah mengalami skizofrenia dibandingkan dengan individu yang hidup tanpa adanya suatu ikatan pernikahan (Mida, 2017). Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian

besar pasien berstatus lajang. Responden yang berstatus lajang mempunyai resiko yang lebih tinggi mengalami gangguan jiwa berat/skizofrenia.

f. Usia Pernikahan

Pada tabel 3 menunjukkan bahwa mayoritas usia pernikahan responden yaitu 0 tahun. Pada penelitian ini terdapat 41 responden yang belum menikah, sehingga tidak mempengaruhi kualitas hidup. Menurut Wang, *et al.*, (2015) kualitas pernikahan berdasarkan usia atau lama menikah dapat menurunkan tingkat depresi dan mengurangi kecemasan pada pasien epilepsi. Akan tetapi responden yang saya teliti yaitu pasien skizofrenia yang mempunyai gejala negatif seperti gelisah, kehilangan semangat hidup, pembicaraan inkoheren. Individu yang berstatus belum menikah atau lama usia pernikahan 0 tahun bisa beradaptasi baik dengan keluarga, mempunyai dukungan emosional dan dukungan keluarga yang tinggi, memiliki koping yang baik maka kehidupannya akan lebih baik dan dapat meningkatkan kualitas hidupnya serta dapat mengurangi depresi dan kecemasan (Wang, *et al.*, 2015). Dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden berdasarkan usia pernikahan dalam penelitian ini adalah usia 0 tahun. Usia pernikahan berhubungan erat dengan kualitas pernikahan, kesejahteraan hidup, dapat menurunkan depresi dan cemas, serta dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang. Akan tetapi individu yang usia

pernikahan 0 tahun atau belum menikah yang mendapatkan dukungan keluarga, emosional dengan baik, mempunyai mekanisme koping yang bagus akan meningkatkan kualitas hidupnya

g. Caregiver

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa pasien skizofrenia sebagian besar dirawat oleh ibunya. Hal ini selaras dengan penelitian dari Urizar, *et al.*, (2016) menyebutkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia dirawat oleh ibunya (45.5%). Penelitian lain yang dilakukan oleh Metkono, Pasaribu & Susilo (2014) menyebutkan bahwa mayoritas pasien skizofrenia dirawat oleh ibu (37.8%). Hal ini dikarenakan seorang ibu yang telah mengandung selama 9 bulan akan memiliki kedekatan emosional yang lebih dibandingkan dengan keluarga lain sehingga lebih bersedia dan lebih bersabar dalam merawat anaknya (Metkono, Pasaribu & Susilo, 2014). Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden pada penelitian ini dirawat oleh ibunya. Seorang ibu lebih memahami kondisi anaknya yang dapat membantu meningkatkan hubungan emosional antara responden dan ibunya.

Ibu merupakan perempuan yang mempunyai sifat penyayang, sabar, perhatian, lebih peka terhadap perasaan (Ray, 2009). Menurut Friedman (2010) seorang perempuan mempunyai peranan penting sebagai *caregiver* primer. Ibu memiliki peran sebagai pengasuh utama dalam keluarga sehingga ia akan

mempunyai tanggung jawab perawatan pasien dalam keluarga (Gunawan, 2018). Seorang ibu mungkin mempengaruhi kualitas hidup karena sebagian besar ibu tidak bekerja atau bekerja di rumah sehingga mempunyai banyak waktu untuk merawat pasien (Gunawan, 2018). Dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini mayoritas responden dirawat oleh ibunya karena seorang ibu memiliki rasa kasih sayang yang tinggi, sabar, sebagai seorang pengasuh utama dalam keluarga. lebih peka terhadap perasaan, dan mempunyai banyak waktu untuk merawat pasien skizofrenia yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien itu sendiri.

2. Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia

Pada penelitian ini tentang kualitas hidup pasien skizofrenia. Mayoritas responden berada pada kualitas hidup yang sedang. Hal ini selaras dengan penelitian Sopiatus & Azizah (2018) dimana sebagian besar kualitas hidup pasien memiliki kualitas hidup yang sedang (72,4%). Kualitas hidup yaitu perasaan sejahtera, kepuasan dalam hidup dan adanya kemungkinan untuk meraih kesempatan yang ada sehingga dapat dijadikan prioritas utama dalam tujuan pengobatan pasien skizofrenia (Hayhurst, *et al.*, 2014). Prioritas utama dalam pengobatan pasien skizofrenia adalah untuk meningkatkan kualitas hidupnya yang mencakup situasi aman, keuangan, pekerjaan dan sekolah, kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, kemampuan berhubungan dengan keluarga maupun lingkungan sosial (Gomes, *et al.*, 2014).

Mayoritas kualitas hidup pasien dalam penelitian ini dalam kategori sedang karena responden mampu berhubungan sosial dengan adanya komunikasi dengan lingkungan sekitar, komunikasi dengan keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup responden.

Lingkungan sosial, daya tilik, gejala depresif, lama putus obat, cemas, sosiodemografi, dan stigma diri pasien skizofrenia merupakan beberapa faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien skizofrenia. (Margariti, *et al.*, 2015). Selain faktor tersebut ada beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup yaitu faktor negatif, faktor positif, dan faktor klinis (Alshowkan, Curtis, & White, 2015). Berdasarkan penjelasan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa, mayoritas kualitas hidup responden berkategori sedang sehingga tidak begitu berpengaruh terhadap kualitas hidupnya. Responden mendapatkan dukungan sosial dan keluarga yang baik dan tidak pernah putus obat. akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik

3. Hubungan Status Pernikahan dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan kualitas hidup pasien skizofrenia dengan kekuatan korelasi sangat lemah dan korelasi kearah negatif. Hal ini menunjukkan bahwa status pernikahan tidak mempengaruhi kualitas hidup pasien skizofrenia. Berdasarkan data karakteristik responden sudah dijelaskan bahwa responden kualitas hidupnya berada pada

kategori sedang karena mendapatkan dukungan keluarga dan dukungan emosional yang baik. *Caregiver* (ibu) yang tidak bekerja dan mempunyai banyak waktu untuk merawat pasien dengan baik dan sabar akan meningkatkan kualitas hidupnya (Data Primer, 2019). Tingkat pendidikan responden yang cukup tinggi sehingga dapat menerima informasi kesehatan dengan baik, mempunyai mekanisme koping yang baik, berpikir lebih baik dan rasional untuk mengatasi masalah akan meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia (Ilahi, Hendarsih & Sutejo, 2015). Usia pernikahan responden 0 tahun atau belum menikah tetapi mendapatkan dukungan emosional dan dukungan keluarga yang baik akan meningkatkan kualitas hidup responden.

Ada beberapa faktor pendukung yang menyebabkan tidak ada hubungan antara lain karena kualitas hidup penderita dalam kategori sedang, *support system* yang sudah baik dari lingkungan sekitar maupun keluarga, adanya kelompok *supporting grup* gelimas jiwa yang dijadikan sebagai *care giver* bagi penderita skizofrenia. Gelimas jiwa mempunyai salah satu kegiatannya yaitu terapi kelompok, dimana anggota Gelimas Jiwo yang mengalami gangguan kejiwaan dikumpulkan di satu tempat dengan didampingi oleh anggota keluarganya dan fasilitator. Mereka diberikan terapi kerja, dimulai dengan keterampilan sederhana. Sedangkan bagi keluarga yang tinggal bersama dengan mereka, juga dibuatkan forum tersendiri. Dalam forum keluarga ini, antara fasilitator dengan keluarga akan saling berbagi cerita

tentang bagaimana cara perawatannya, bagaimana perkembangannya, dan berbagi tips dalam menghadapi permasalahan merawat pasien skizofrenia. Kegiatan gelimas jiwo berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien skizofrenia dan untuk mendukung kualitas hidup tidak hanya dari status pernikahan.

Status pernikahan tidak selalu menjadi faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian Daradekh & Habeeb (2005) menjelaskan bahwa tidak adanya hubungan antara status pernikahan dengan kualitas hidup karena faktor yang dapat meningkatkan kualitas hidup bukan hanya status pernikahan, tetapi ada beberapa faktor lain seperti hubungan sosial yang baik dan melakukan aktivitas yang bermanfaat (bekerja). Menurut penelitian Huang *et al.*, (2011) menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada kualitas hidup antara pasien lajang dan menikah. Subjek yang menikah menerima dukungan dari pasangan, tetapi pasien lajang juga mendapatkan dukungan dan perawatan dari keluarga mereka untuk meningkatkan kualitas hidup mereka (Huang, *et al.*, 2011). Kualitas hidup pasien skizofrenia dipengaruhi oleh berbagai hal seperti interaksi sosial yang baik, melakukan aktivitas sehari-hari (bekerja), lingkungan yang dapat menerima kehadiran ODGJ dan tidak berstigma negative serta tidak putus obat.

Penelitian Prasetyo (2016) menjelaskan terkait hubungan faktor demografi dengan kualitas hidup pasien skizofrenia dengan hasil

penelitian terdapat hubungan yang signifikan antara faktor demografi berupa status pernikahan dengan kualitas hidup pasien skizofrenia. Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien skizofrenia yaitu faktor sosio-demografi yang didalamnya terdapat faktor status pernikahan (Alshowkan, Curtis, & White, 2015). Setiap pernikahan dan keluarga untuk memenuhi kebutuhan terdalam manusia berupa persahabatan, kasih sayang, dan ekspresi seksual yang melibatkan hubungan emosional yang paling intim untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan diantara pasangan suami dan istri, serta apabila hubungan pernikahan yang terganggu akan berdampak buruk pada kesehatan fisik, kesehatan mental, kualitas hidup, dan bahkan berdampak buruk pada status ekonominya (Muke, et al., 2014).

D. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian

1. Kekuatan Penelitian

Menurut pengetahuan peneliti belum pernah dilakukan penelitian hubungan status pernikahan dengan kualitas hidup pasien skizofrenia.

2. Kelemahan Penelitian

- a. Peneliti awalnya meneliti sampel sebanyak 61 responden. Akan tetapi jumlah sampel tidak mencukupi dikarenakan ada beberapa hambatan seperti ada responden yang sudah meninggal, pindah rumah, tidak *maintenance*. Sehingga jumlah populasi yang termasuk

kriteria berkurang yang menyebabkan jumlah sampel juga berkurang. Jumlah sampel yang diteliti sebanyak 55 responden.