

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. DESKRIPSI WILAYAH PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan di 10 puskesmas yang terdapat di Provinsi D.I.Y. yaitu Puskesmas Gondomanan, Puskesmas Bambang Lipuro, Puskesmas Wates, Puskesmas Godean I, Puskesmas Gedang Sari, Puskesmas Kraton, Puskesmas Srandakan, Puskesmas Temon I, Puskesmas Tempel I dan Puskesmas Pleyen II pada bulan Mei 2016.

#### **B. HASIL PENELITIAN**

##### **1. Karakteristik Responden Penelitian**

Peneliti dan tim melakukan penelitian dengan mendatangi secara langsung 106 orang pasien yang terdapat dalam 10 puskesmas yang terpilih di Provinsi D.I.Y. Berdasarkan hasil kunjungan, dari 106 orang responden terdapat 8 orang responden yang masuk kedalam kriteria eksklusi peneliti oleh karena ketidaklengkapan dalam pengisian kuisioner. 92 orang pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan dimasukkan didalam penelitian ini. Responden dalam penelitian ini merupakan pasien Skizofrenia yang tinggal di wilayah cakupan 10 puskesmas di DI Yogyakarta dengan karakteristik responden yang dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1. Karakteristik Responden Pasien Skizofrenia

No	Karakteristik berdasarkan	Jumlah	Persentase
1.	Jenis Kelamin		
	- Laki-laki	58	63%
	- Perempuan	34	37%
2.	Status Pekerjaan		
	- Bekerja	30	33%
	- Tidak Bekerja	62	67%
3.	Pernikahan		
	- Menikah	29	32%
	- Belum Menikah	55	60%
	- Cerai	9	10%
4.	Umur		
	- Anak-anak (<14 tahun)	0	0%
	- Remaja (14-18 Tahun)	2	2%
	- Dewasa (>18 Tahun)	90	98%
5.	Riwayat Pendidikan		
	- Tidak Sekolah	1	1%
	- Tidak Tamat SD	8	9%
	- Tamat SD	13	14%
	- Tamat SMP	28	30%
	- Tamat SMA	39	42%
	- Diploma	1	1%
	- Sarjana	2	2%
5	Onset		
	- 0-15	8	9%
	- 16-25	29	32%
	- 26-35	25	27%
	- 36-45	16	17%
	- 46-55	2	2%
	- >55	0	0%
6	Kepatuhan		
	- Tinggi	1	1%
	- Sedang	42	46%
	- Rendah	49	53%

## 2. Distribusi Fungsi Sosial Pasien Skizofrenia

Tabel 2. Fungsi Sosial Responden

No.	Fungsi Sosial	Frekuensi	Presentase
1	Kesulitan ringan/tidak ada kesulitan	58	63%
2	Kesulitan dalam berbagai Tingkatan	33	35,9%
3	Fungsi Sosial Buruk	1	1,1%

## 3. Distribusi Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia

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

Tabel 3. Kualitas Hidup Responden

No	Kualitas Hidup	Frekuensi	Presentase
1.	Tinggi	13	14,1%
2.	Sedang	74	80,4%
3.	Rendah	5	5,4%

## 4. Analisis Uji Statistik Korelasi

Penelitian ini menggunakan Uji Korelasi Gamma untuk mengetahui apakah terdapat hubungan yang bermakna atau tidak antara fungsi sosial dengan kualitas hidup pada pasien skizofrenia.

Tabel 4. Hasil Analisis Korelasi Gamma

		Kualitas Hidup			Koefisien Korelasi (r)	Nilai p
		Tinggi	Sedang	Rendah		
Fungsi Sosial	Kesulitan Ringan/Tidak Ada Kesulitan (71-100)	12 (20,7)	45 (77,6)	1 (1,7)	0.759	0.001
	Kesulitan dalam Berbagai Tingkatan (31-70)	1 (3,0)	28 (84,8)	4 (12,1)		
	Fungsi Sosial Buruk ( $\leq 30$ )	0 (0)	1 (100)	0 (0)		
Total		13 (14,1)	74 (80,4)	5 (5,4)		

Dari tabel diatas, ditemukan bahwa mayoritas pasien skizofrenia dengan kesulitan fungsi sosial yang ringan/tidak ada kesulitan (Skor 71-100) memiliki kualitas hidup yang tinggi (20,7%) dan sedang (77,6%), hanya sedikit yang memiliki kualitas hidup yang rendah (1,7%). Sedangkan pasien dengan kesulitan fungsi sosial berbagai tingkatan (Skor 31-70) mengalami pergeseran kualitas hidup menjadi mayoritas berada pada kualitas hidup sedang (84,8%) dan kualitas hidup rendah (12,1%), hanya sedikit yang memiliki kualitas hidup yang tinggi (3,0%). Kemudian yang terakhir, pasien skizofrenia dengan fungsi sosial yang buruk seluruhnya yang berjumlah 1 responden memiliki kualitas hidup yang sedang (100%).

Berdasarkan hasil di atas, diperoleh nilai  $p=0.001$  yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara fungsi sosial dengan kualitas hidup pasien skizofrenia dan Nilai Korelasi sebesar 0.759 menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang kuat.

## A. PEMBAHASAN

Berbagai faktor-faktor selain fungsi sosial termasuk faktor sosio-demografis dan klinis dibahas dalam pembahasan ini. Seperti yang dapat dilihat pada tabel 1., berdasarkan jenis kelamin, jumlah responden laki-laki lebih banyak yaitu sebesar (63%) dibandingkan jumlah responden perempuan (37%). Hal ini konsisten dengan penelitian (Siegrist, *et al.*, 2015) yang melibatkan 1208 pasien skizofrenia yang menemukan bahwa mayoritas pasien skizofrenia (61,8%) adalah laki-laki. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Cardoso, *et al.*, 2005) menemukan bahwa laki-laki lebih berisiko 2,48% menderita skizofrenia dibandingkan wanita, hal ini karena wanita lebih mampu menerima situasi kehidupan ketimbang laki-laki. Kesimpulan diatas juga diperkuat oleh sebuah *systematic review* yang menunjukkan bahwa insidensi pada pria memang lebih besar dibandingkan wanita dengan rata-rata rasio pria dibandingkan wanita 1.4:1 (McGrath, *et al.*, 2008). Jenis kelamin laki-laki berhubungan dengan gejala negatif yang lebih tinggi (Patel, *et al.*, 2015), sehingga kemungkinan berdampak pada fungsi sosial dan kualitas hidup pasien.

Berdasarkan status pekerjaan, mayoritas responden tidak bekerja (67%) dan hanya sebagian lainnya yang bekerja (32%). Hal ini sejalan dengan penelitian (Amalina, *et al.*, 2014) yang menemukan bahwa mayoritas orang dengan skizofrenia tidak bekerja (61,7%). Beberapa penyebab rendahnya status pekerjaan orang dengan skizofrenia antara lain adanya stigma-stigma dimasyarakat, frekuensi pasien harus masuk rumah sakit, serta efek samping obat neuroleptik yang menurunkan kemampuan mereka mencari pekerjaan (Wyatt, 1997;Chino, *et al.*, 2001). Penelitian yang dilakukan (Hadzi-Angelkovska, *et al.*, 2010) menemukan bahwa orang dengan skizofrenia yang bekerja memiliki fungsi sosial dan kualitas hidup yang lebih baik.

Berdasarkan status pernikahan, mayoritas responden belum menikah (60%), diikuti dengan yang sudah menikah (32%), dan yang berstatus cerai (10%). Hal yang serupa juga ditemukan oleh (Siegrist, *et al.*, 2015), dimana mayoritas pasien belum menikah (61,6%), diikuti dengan yang cerai/pisah (16,2%), menikah (15%), menjanda (1,2%) dan hidup sebagai pasangan (tanpa ikatan pernikahan) (6,1%). Hubungan antara status pernikahan dengan fungsi sosial telah dilakukan oleh (Li, *et al.*, 2015) yang menyatakan bahwa orang dengan status pernikahan yang buruk memiliki gangguan atau kesulitan fungsi sosial yang lebih dan sebaliknya. (Nyer, *et al.*, 2010) dalam penelitiannya juga menemukan bahwa orang dengan skizofrenia yang telah menikah atau telah hidup bersama memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dan umur onset episode psikotik pertama yang lebih tua ketimbang mereka

yang hidup sendiri/tidak menikah serta dan memiliki ide untuk bunuh diri lebih rendah dari mereka yang cerai, janda atau pisah.

Berdasarkan umur, mayoritas pasien berada pada umur dewasa yaitu lebih dari 18 tahun (96%), diikuti umur dewasa atau antara 14 sampai 18 tahun (2%) dan tidak ada yang anak-anak atau kurang dari 14 tahun. Hal ini sesuai dengan (Sadock, *et al.*, 2015) yang menyebutkan bahwa pasien yang mengalami pengobatan skizofrenia hampir 90% berusia diantara 15-55 tahun. Umur yang lebih tua dikaitkan dengan fungsi sosial yang lebih rendah (Brissos, *et al.*, 2011).

Berdasarkan riwayat pendidikan, mayoritas pasien tamat SMA (42%), Tamat SMP (30%) serta Tamat SD(14%), sebagian kecil pasien yang tidak tamat SD (1%), tidak sekolah (1%) dan mencapai diploma (1%) serta sarjana (2%). Hal ini konsisten dengan penelitian (Jelastopulu, *et al.*, 2014) yang menemukan bahwa mayoritas pasien telah menempuh pendidikan selama 6-9 tahun (28,63%) atau SMP, 9-12 tahun (35,26%) atau SMA dan <6 tahun (11,01%) atau tamat SD ataupun tidak. Penelitian yang dilakukan oleh (Erol, *et al.*, 2009) menemukan hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan fungsi sosial, dimana pasien skizofrenia yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki fungsi kognitif yang lebih baik dan kesempatan mendapatkan pekerjaan lebih tinggi (Brissos, *et al.*, 2011).

Berdasarkan onset, mayoritas pasien memiliki onset di umur 16-25 tahun (32%), 26-35 tahun (27%) dan 36-45 tahun (17%) hal ini sesuai dengan

(Sadock, *et al.*, 2015) yang menyatakan bahwa mayoritas pasien skizofrenia memiliki onset antara 15-25 tahun untuk pria dan 25-35 tahun dan diatas 40 tahun untuk wanita. Onset sakit yang lebih awal berkaitan hilangnya grey matter pada lobus frontalis yang progresif dan dini (Vidal, *et al.*, 2006), kesehingga cenderung memiliki gejala negatif (Patel, *et al.*, 2015) dan gejala kognitif (Rajji, *et al.*, 2009) yang lebih besar dan kemungkinan dapat berdampak pada fungsi sosial serta kualitas hidup pasien

Berdasarkan kepatuhan, mayoritas pasien memiliki kepatuhan yang rendah (53%) dan sedang (46%), hanya sebagian kecil yang tinggi (1%). Rendahnya kepatuhan pengobatan berhubungan dengan meningkatnya gejala dan resiko relaps yang lebih tinggi dan kualitas hidup yang lebih rendah (Adelufosi, *et al.*, 2012).

Berbagai faktor perancu diatas dapat mempengaruhi fungsi sosial maupun kualitas hidup, namun berdasarkan literatur-literatur yang ada karakteristik sosio-demografi maupun karakteristik klinis pasien dalam penelitian ini tidak jauh berbeda dari penelitian-penelitian yang sudah ada.

Berdasarkan tabel 2 tentang fungsi sosial pasien skizofrenia dalam penelitian ini. Semua pasien skizofrenia mengalami gangguan fungsi sosial mulai dari ringan sampai berat dan hal ini sesuai dengan (Hunter, *et al.*, 2010) yang menyatakan mayoritas pasien skizofrenia (>80%) akan mengalami masalah fungsi sosial. (Jaracz, *et al.*, 2007) menjelaskan bahwa orang skizofrenia memang biasanya tidak mampu menjaga hubungan dekat, fungsi



dalam pekerjaannya, aktivitas dimasyarakat dan rawat diri sehingga fungsi sosialnya terganggu.

Berdasarkan tabel 3 tentang kualitas hidup pasien skizofrenia dalam penelitian ini. Mayoritas responden memiliki kualitas hidup yang sedang (80%) dan sebagian sisanya Tinggi (15%) serta rendah (5%). (Akvardar, *et al.*, 2006) menemukan pasien skizofrenia memang memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dari orang sehat di semua domain yang dinilai, dan hubungan sosial merupakan domain yang memiliki nilai terendah.

Berdasarkan tabel 4 tentang analisis uji statistik korelasi dalam penelitian ini, terdapat hubungan yang signifikan antara fungsi sosial dengan kualitas hidup ( $p=0.001$ ) dan kekuatan korelasi kuat (0.759). Hasil ini konsisten dengan penelitian yang dilakukan oleh (Mubarak, 2005), yang menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara fungsi sosial dan kualitas hidup, dimana defisit atau rendahnya fungsi sosial berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup yang rendah dan hasil ini juga konsisten dengan penelitian (Chino, *et al.*, 2009) bahwa terdapat hubungan yang signifikan ( $p<0.01$ ) antara fungsi sosial dan kualitas hidup pasien skizofrenia dengan instrumen SFS serta WHO-QOL 26 yang menghasilkan nilai  $r=0.52$  atau korelasi sedang, sedangkan dengan instrumen GAF dan WHO-QOL 26 dihasilkan nilai  $r=0.53$  atau korelasinya sedang juga.

Tabel 4 juga menunjukkan bahwa penurunan fungsi sosial akan diikuti dengan penurunan dan pergeseran kualitas hidup yang lebih rendah. Pasien

dengan skor fungsi sosial 71-100 (kesulitan fungsi sosial yang ringan/tidak ada kesulitan) memiliki kualitas hidup yang tinggi sebanyak 20,7%, dan memiliki proporsi kualitas hidup yang terbanyak pada kualitas hidup tinggi (20,7%) dan sedang (77,6%), sedangkan pada pasien dengan skor fungsi sosial yang lebih rendah yaitu 31-70 (kesulitan fungsi sosial dalam berbagai tingkatan) memiliki kualitas hidup tinggi dalam proporsi yang lebih rendah (20,7% ke 3%) serta mengalami pergeseran proporsi terbesar ke kualitas hidup ke yang lebih rendah yaitu kualitas hidup sedang dan rendah (77,6% ke 84,8%, dan 1,7% ke 12,1%) dibandingkan dengan pasien dengan skor 71-100. Pasien dengan fungsi sosial yang buruk sejumlah 1 sampel atau 1% dari keseluruhan sampel memiliki kualitas hidup yang sedang atau tidak sampai buruk, hal ini dimungkinkan saja mengingat kualitas hidup tidak ditentukan oleh satu faktor saja tapi berbagai faktor. Meskipun demikian tidak sejalan dengan penjelasan diatas namun hal ini tidak merubah hasil akhir penelitian bahwa fungsi sosial merupakan faktor yang berperan secara signifikan dan kuat dalam mempengaruhi kualitas hidup.

Beberapa hal yang dapat menyebabkan gangguan sosial pada orang dengan skizofrenia diidentifikasi oleh (Castle & Buckley, 2015), meliputi, gejala positif, gejala negatif, gejala disorganisasi, gangguan kognitif, depresi, kecemasan dan kurangnya kesempatan untuk bersosialisasi.

(Haro, *et al.*, 2015) menemukan bahwa gejala positif persisten pada 21,1% pasien skizofrenia. Gejala positif yang terjadi dapat meliputi delusi, halusinasi, gejala disorganisasi seperti ketidakteraturan bicara dan perilaku

dan gejala ini mampu menurunkan fungsi sosial lebih berat ketimbang gejala negatif pada saat serangan (Stahl, 2013).

Orang dengan gejala negatif menunjukkan gangguan pada komunikasi (alogia), afek (afek tumpul), sosialisasi (asosialisasi), kapasitas untuk merasakan kepuasan (anhedonia) serta pada motivasi (avolisi) (Stahl, 2013) sehingga muncul manifestasi gejala negatif yang sering muncul antara lain penarikan sosial (45,8%), penarikan emosi (39,1%), hubungan yang buruk (35,8%) dan afek tumpul (33,1%) (Bobes, *et al.*, 2010). (Patel, *et al.*, 2015) menemukan cukup banyak pasien skizofrenia yang mengalami gejala negatif, yaitu sekitar 41% pasien dari 7678 pasien yang masuk dalam penelitiannya serta berkaitan dengan kecenderungan umur yang muda, jenis kelamin laki-laki serta belum menikah. Berdasarkan (Videbeck, 2014) biasanya gejala negatif tetap menetap setelah gejala positif hilang dengan obat antipsikotik dan persistennya gejala ini menyebabkan hambatan untuk mengembalikan kemampuan fungsional kehidupan sehari-hari pasien (Videbeck, 2014). Hal ini pulalah yang mungkin menyebabkan (Haro, *et al.*, 2015) menemukan sekitar 40,5% tetap persisten.

Gejala negatif sendiri berhubungan dengan penurunan fungsi, periode rawat rumah sakit yang lebih panjang dan fungsi sosial yang lebih buruk. Meskipun penurunan dalam fungsi normal tidak sedramatis gejala positif, hal yang menarik adalah fungsi negatif akan sangat menentukan apakah pasien akhirnya berfungsi dengan baik atau memiliki hasil keluaran yang buruk. Pasien akan mengalami gangguan dalam berinteraksi dengan yang lain ketika

gejala positifnya muncul diluar kendali, akan tetapi gejala negatif sangat menentukan apakah seorang pasien skizofrenia mampu hidup mandiri, menjaga hubungan sosialnya serta masuk kembali ke tempat kerja (Stahl, 2013).

Depresi pada orang skizofrenia sangat umum terjadi, dimana diperkirakan lebih dari 70% orang dengan skizofrenia mengalami depresi pada satu waktu dalam hidupnya (Castle & Buckley, 2015). Tingkatan pada depresi dapat ringan, sedang atau berat bergantung salah satunya pada dampak pada aktivitas sosial, dimana pada depresi ringan pasien mengalami sedikit kesulitan untuk aktivitas sosial, pada depresi sedang pasien mendapatkan kesulitan yang nyata untuk meneruskan kegiatan sosial dan pada depresi berat pasien tidak mampu meneruskan kegiatan sosialnya sehingga depresi berkaitan dengan kemampuan dalam menjalankan kehidupan sosial (Maslim, 2001) Pengenalan dan tatalaksana sangat penting mengingat depresi dapat ditangani, dan jika tidak sempat ditangani justru dapat memberikan dampak buruk yang lebih berat seperti bunuh diri, dimana hal tersebut cukup sering terjadi pada orang skizofrenia (1:20). (Castle & Buckley, 2015)

Kurangnya kesempatan untuk bersosialisasi telah diteliti oleh (Siegrist, *et al.*, 2015) yang meneliti 1208 pasien skizofrenia, dan dimana ditemukan hubungan yang signifikan frekuensi kontak sosial, gejala negatif dan fungsi psikososial yang signifikan. (Castle & Buckley, 2015) juga menyebutkan minimnya kesempatan untuk bersosialisasi menjadi barier utama pada pasien skizofrenia untuk bersosialisasi, sehingga melibatkan skizofrenia dalam acara

atau kegiatan kelompok bisa sangat membantu. Hal ini seperti yang ditemukan dalam meta-analysis (Silva, *et al.*, 2013) dimana pasien skizofrenia yang diberikan intervensi psikososial akan memiliki fungsi sosial yang jauh lebih baik.

Gangguan kecemasan diperkirakan dialami sekitar 50% pasien skizofrenia dan dapat mengakibatkan distress serta disabilitas pada pasien. Namun beruntungnya tatalaksana psikologis dan farmakologis saat memiliki efikasi yang baik untuk gangguan cemas (Castle & Buckley, 2015).

Gangguan kognitif pada orang dengan skizofrenia meliputi gangguan atensi dan gangguan memproses informasi yang bermanifestasi sebagai gangguan bicara, belajar, memfokuskan perhatian, berkonsentrasi, memprioritaskan dan memulai perilaku berdasarkan isyarat-isyarat sosial (responsivitas dalam berperilaku dan berbicara). Gangguan kognitif sendiri sangat penting untuk dikenali dan dipantau karena gangguan ini merupakan gangguan tunggal yang sangat berhubungan kuat dengan kapasitas fungsional pasien di dunia nyata bahkan lebih kuat dari gejala negatif (Stahl, 2013).

Terapi pada pasien skizofrenia yang hanya berfokus pada menurunkan gejala psikopatologikal meninggalkan berbagai masalah kehidupan sehari-hari termasuk diantaranya: gangguan fungsi sosial, pekerjaan, ataupun ketidakmampuan untuk mengatasi tugas-tugas keseharian, sehingga saat ini tujuan utama terapi kejiwaan tidak hanya menurunkan gejala dan meningkatkan fungsional namun juga meningkatkan kualitas hidup (Makara-

Studzińska, et al., 2011; Savilla, et al., 2008). Mengingat kembali bahwa (Akvardar, et al., 2006) menemukan pasien skizofrenia memang memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dari orang sehat di semua domain yang dinilai, dan hubungan sosial merupakan domain yang memiliki nilai terendah. Hal mendorong kita untuk lebih mendalami dan mengaplikasikan tatalaksana yang tepat untuk meningkatkan fungsi sosial pasien skizofrenia.