

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Wilayah Penelitian

Kecamatan Kasihan merupakan satu dari 17 kecamatan yang berada di Kabupaten Bantul. Kecamatan Kasihan terdiri atas 4 desa yaitu Desa Bangunjiwo, Tamantirto, Tirtonirmolo dan Ngestiharjo. Wilayah kerja Puskesmas Kasihan II terdiri dari 2 desa yaitu Desa Tirtonirmolo dan Desa Ngestiharjo. Batas wilayah kerja Puskesmas Kasihan II sebelah Utara: Kecamatan Gamping (Kabupaten Sleman), sebelah Selatan: Kecamatan Sewon (Kabupaten Bantul), dan sebelah Barat: Kecamatan Kasihan (Kabupaten Bantul). Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Kasihan II Bantul, pada tahun 2010 jumlah penderita gangguan jiwa berat/skizofrenia yang berada di wilayah kerjanya mencapai 159 pasien.

Puskesmas Kasihan II sebagai pusat kesehatan masyarakat melaksanakan 6 upaya pokok puskesmas, dan 10 program pengembangan. Kesehatan jiwa merupakan salah satu dari 10 program pengembangan di Puskesmas Kasihan II. Latar belakang dilaksanakan program kesehatan jiwa adalah karena adanya rujukan dari masyarakat mengenai masalah kesehatan jiwa di masyarakat, khususnya di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II. Peneliti melakukan penelitian di dua desa yaitu Desa Tirtonirmolo dan Ngestiharjo. Responden yang bertempat tinggal di Desa Tirtonirmolo dijadikan sebagai kelompok perlakuan sedangkan yang bertempat tinggal di Desa Ngestiharjo dijadikan sebagai kelompok kontrol.

Penelitian di Desa Tirtonirmolo dilakukan di lima dusun yaitu Dusun Senggotan

Kersan, Jogonalan Kidul, Padokan Kidul dan Mrisi. Sedangkan penelitian yang dilakukan di Desa Ngestiharjo dilakukan di enam dusun yaitu Dusun Cungkuk, Sonopakis Kidul, Soboman, Janten, Jomegatan dan Kadipiro. Setiap dusun tersebut mempunyai kader-kader kesehatan jiwa yang dilatih dalam pembentukan Dusun Siaga Sehat Jiwa, yang membantu dalam pelaksanaan program kesehatan jiwa komunitas di wilayah puskesmas serta kegiatan intervensi dalam penelitian ini.

B. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Karakteristik Responden

Penelitian ini dilakukan mulai bulan Mei-November 2011 dengan jumlah responden 30 pasien. Responden dalam penelitian ini adalah pasien Skizofrenia yang tinggal di Desa Tirtonirmolo dan Ngestiharjo, terdiri dari 15 pasien pada kelompok perlakuan dan 15 pasien pada kelompok kontrol.

Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1. Karakteristik Responden Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Tahun 2011.

Karakteristik Responden	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	N	%	N	%
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	7	46.67	10	66.67
Perempuan	8	53.33	5	33.33
Usia				
16-25 tahun	3	20.00	2	13.33
26-35 tahun	5	33.33	6	40.00
36-45 tahun	4	26.67	5	33.33
> 46 tahun	3	20.00	2	13.33
Tempat Tinggal				
Ngestiharjo	-	-	15	50.00
Tirtonirmolo	15	50.00	-	0.00
Pendidikan				
Sarjana	1	6.67	2	13.33
SMA	1	6.67	7	46.67
SMP	8	53.33	2	13.33
SD	5	33.33	4	26.67
Pekerjaan				
Bekerja	4	26.67	5	33.33
Tidak Bekerja	11	73.33	10	66.67

Sumber: data primer

Berdasarkan tabel, jumlah jenis kelamin laki-laki pada penelitian ini lebih banyak daripada perempuan yaitu 17 orang. Kelompok perlakuan lebih

banyak jenis kelamin perempuan yaitu 8 orang sedangkan kelompok kontrol lebih banyak jenis kelamin laki-laki yaitu 10 orang. Usia subyek penelitian bervariasi dari 17 tahun sampai 56 tahun. Sampel penelitian untuk kelompok perlakuan memiliki rata-rata usia 35,27 tahun sementara untuk kelompok kontrol memiliki rata-rata usia 35,87 tahun. Berdasarkan tingkat pendidikan, penderita skizofrenia mayoritas berpendidikan SMP yaitu sebanyak 10 orang. Berdasarkan pekerjaan, mayoritas penderita skizofrenia tidak bekerja yaitu sebanyak 21 orang.

2. Kemandirian Pasien Skizofrenia

Pengkategorian kemandirian pasien sebelum dan sesudah pemberian terapi aktivitas kelompok dilakukan dengan menghitung jumlah skor yang diperoleh masing-masing responden. Hasil tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 2. Kategori Kemandirian Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Sebelum dan Sesudah Terapi Aktivitas Kelompok

Kemandirian pasien	Perlakuan				Kontrol			
	Sebelum		Sesudah		Sebelum		Sesudah	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Total care	-	-	-	-	-	-	-	-
Partial care	15	100.00	15	100.00	14	93.33	14	93.33
Self care	-	-	-	-	1	6.67	1	6.67

Sumber: data primer, diolah 2011

Proporsi nilai kemandirian pasien kelompok perlakuan setelah terapi aktivitas kelompok tidak mengalami peningkatan level kemandirian sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan tetapi mengalami peningkatan skor yang

signifikan. Sedangkan pasien yang menjadi kelompok kontrol, yang tidak diberikan terapi aktivitas kelompok tidak mengalami peningkatan level kemandirian dan skor yang signifikan.

3. Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok terhadap Kemandirian

Pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap kemandirian pasien Skizofrenia dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3. Hasil analisis uji *Paired t Test* pasien saat *pretest* dan *posttest* di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Mei-November 2011

Variabel	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	Mean	P	Mean	P
Pretest	52.27		55.67	
Posttest	57.13	0.000	57.00	0.372

Sumber: *Paired t Test*

Hasil analisis dengan uji *Paired t Test* terhadap kemandirian pasien pada kelompok perlakuan saat pretest dan posttest menunjukkan perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan terapi aktivitas kelompok dengan nilai $p=0,000$ ($p<0,05$), sedangkan pada kelompok kontrol pada saat pretest dan posttest menunjukkan tidak adanya perbedaan sebelum dan setelah terapi aktivitas kelompok dengan nilai $p=0,372$ ($p>0,05$). Hasil analisis dari data yang diperoleh dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi aktivitas kelompok berpengaruh signifikan untuk meningkatkan kemandirian pasien Skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul. Sementara dari hasil kelompok kontrol menunjukkan tidak adanya perubahan kemandirian karena tidak diberikan terapi aktivitas kelompok.

C. PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Proporsi jenis kelamin laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan proporsi jenis kelamin perempuan. Jenis kelamin laki-laki berjumlah 17 sedangkan perempuan berjumlah 13. Setelah dilakukan uji homogenitas pada kelompok TAK dan kontrol, pada penelitian ini didapatkan hasil $p > 0,05$ sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan nilai kemandirian antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan. Hasil uji homogenitas menyatakan bahwa jenis kelamin tidak perlu diperhatikan dalam penelitian ini. Hal ini sesuai dengan pernyataan Sadock and Sadock (2003), bahwa prevalensi antara laki-laki dan perempuan adalah sama.

Usia paling banyak pada penelitian ini adalah usia 26-35 tahun. Hal ini sesuai dengan literatur bahwa penyakit skizofrenia biasanya baru muncul pada usia muda yaitu 15-30 tahun (Bertolote, 1992). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kaplan, dkk (1997) bahwa usia puncak onset skizofrenia berkisar antara 20-35 tahun sedangkan onset skizofrenia sebelum usia 10 tahun atau setelah usia 55 tahun jarang terjadi. Usia ini dapat dimasukkan kedalam golongan usia produktif dimana usia produktif adalah saat-saat kebanyakan orang mengejar pendidikan dan memiliki pekerjaan. Jika kejadian skizofrenia ini banyak terjadi pada usia produktif lama-lama akan membebani Negara.

Tempat tinggal semua subyek penelitian berada di wilayah Kasihan Bantul. Menurut Nurjanah (2001) faktor sosial budaya berperan dalam

hubungan interpersonal seseorang yang akan berpengaruh pada pola komunikasi dalam kelompok. Seluruh subyek penelitian ini mempunyai kebudayaan yang homogen yaitu kebudayaan Jawa sehingga tidak memberikan dampak yang berarti dalam pelaksanaan penelitian.

Tingkat pendidikan subjek penelitian bervariasi yaitu dari sekolah dasar sampai dengan tingkat sarjana. Penderita skizofrenia pada penelitian ini sebagian besar berpendidikan SMP. Hal ini disebabkan karena pasien merupakan prodromal dari kecil atau putus sekolah karena menderita skizofrenia. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi tingkat pengetahuan yang akhirnya akan mempengaruhi pelaksanaan terapi aktivitas kelompok dan perilaku kesehatan seseorang. Pendidikan yang telah ditempuh seseorang merupakan salah satu faktor yang akan mendukung kemampuan untuk menerima informasi, seperti yang diungkapkan Handayani (2001) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin luas cara pandang dan cara berpikirnya dalam menghadapi suatu keadaan yang terjadi di sekitarnya. Hal ini sejalan dengan pendapat Notoatmodjo (2007) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang.

Penderita skizofrenia pada penelitian ini sebagian besar tidak bekerja. Hal ini dikarenakan adanya stigma masyarakat bahwa penderita skizofrenia mempunyai kesan menakutkan dan tidak dapat sembuh secara sempurna. Dengan kondisi penyakitnya, penderita skizofrenia mengalami berbagai kemunduran dari berbagai aspek psikisnya yang menyebabkan mereka tidak

mampu lagi melakukan dengan baik aktivitas kehidupannya sehari-hari, melakukan hubungan sosial dengan orang lain, dan melakukan tingkah laku yang berkaitan dengan pekerjaan (okupasional) (Kuntjoro, 1989). Dengan kondisi seperti ini mereka sulit untuk mendapatkan pasangan hidup maupun pekerjaan, sehingga mereka lebih banyak yang tidak menikah dan tidak bekerja dibandingkan yang menikah dan bekerja.

Pengambilan sampel penelitian menggunakan metode *non probability sampling*, dengan cara memilih sampel diantara populasi yang dikehendaki, sehingga sampel dapat mewakili karakteristik dari polpulasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2003). Besar sampel dalam penelitian ini adalah 30 subyek, dibagi menjadi 2 kelompok 15 subyek kelompok kontrol dan 15 subyek kelompok perlakuan. Kelompok perlakuan pada awalnya menggunakan 17 subjek untuk menghindari adanya subjek yang berhenti ditengah-tengah berjalannya terapi aktivitas kelompok. Namun pada akhirnya terdapat 2 subjek yang *drop out* sehingga hanya ada 15 subjek yang mengikuti terapi aktivitas kelompok hingga selesai.

2. Tingkat Kemandirian

Tingkat kemandirian pasien didapatkan hasil pada kelompok perlakuan dan kontrol paling banyak mempunyai tingkat partial care. Kemandirian adalah kemampuan seseorang untuk melakukan segala sesuatu sendiri, tidak bergantung pada orang lain, mampu mengambil keputusan sendiri dan mempertanggungjawabkannya, dan bertingkah laku sesuai dengan prinsip-prinsip hidup yang diyakini serta dapat membedakan mana yang benar dan

mana yang salah. Kemampuan untuk merawat diri sendiri dan kemampuan fungsi umum berhubungan dengan kemandirian pasien. Tidak ditemukan hubungan antara keparahan gejala atau kepuasan hidup dengan tingkat kemandiriannya (Arns, 1995).

Seseorang akan menjadi mandiri apabila sering mengalami keberhasilan dalam melaksanakan tugas sehari-harinya secara mandiri seperti yang ada di barthel index ADL (*activity daily living*) antara lain makan dan minum, mandi, berdandan, buang air kecil, buang air besar, penggunaan toilet, naik dan turun tangga, memakai pakaian, transfer (kursi - tempat tidur dan sebaliknya), dan mobilitas. Selain itu, pasien akan menjadi mandiri apabila dapat menyelesaikan masalah yang dihadapinya, baik masalah yang ada di rumah ataupun yang ada di lingkungan sekitarnya.

Seseorang tidak bisa mandiri apabila sering mengalami kegagalan, tidak dicintai dan tidak diterima di lingkungan. Pasien gangguan jiwa yang merasa dirinya tidak diterima di lingkungan atau merasa disingkirkan dari masyarakat cenderung tidak bisa mandiri karena mereka merasa bahwa dirinya tidak berguna di lingkungan tempat tinggalnya. Stigma dari masyarakat tentang pasien gangguan jiwa juga akan menyebabkan pasien tersebut tidak bisa mandiri.

Hasil dari penelitian ini adalah kemandirian pasien meningkat seiring dengan diberikannya terapi aktivitas kelompok. Pada saat pelaksanaan terapi aktivitas kelompok pasien diingatkan kembali serta diajarkan tentang

pentingnya perawatan kebersihan diri dan kemandirian. Kemandirian berkembang sesuai dengan kualitas interaksi individu dengan lingkungannya.

3. Analisis Bivariat

Pada penelitian ini didapatkan hasil kemandirian pasien pada kelompok perlakuan meningkat sedangkan pada kelompok kontrol tetap. Proses pemberian terapi aktivitas kelompok pada kelompok perlakuan sangat dipengaruhi oleh peranan setiap anggota kelompok. Setiap anggota kelompok dapat memberikan pendapat ataupun bertukar pengalaman terkait dengan perawatan kebersihan diri dan kemandiriannya. Partisipasi aktif setiap pasien dapat meningkatkan kepercayaan diri pasien sehingga pasien akan merasa bahwa dirinya mampu yang akhirnya akan meningkatkan kemandirian pasien. Penghargaan positif kepada pasien pada saat pelaksanaan TAK dapat meningkatkan perasaan makna diri pasien dan mendorong pengulangan perilaku yang diharapkan.

TAK kebersihan diri dan kemandirian merupakan terapi aktivitas kelompok yang dalam proses pelaksanaannya mengajarkan tentang cara-cara merawat kebersihan diri dan kemandirian kepada pasien gangguan jiwa. Pada proses pelaksanaan TAK kebersihan diri dan kemandirian setiap anggota kelompok akan merasa bahwa dirinya tergolong dalam suatu kelompok dan merasa dirinya diterima dan dihargai oleh anggota kelompok lainnya, sehingga setiap anggota dapat menilai dirinya secara positif yang akan meningkatkan kemandirian pasien.

Kemandirian pasien pada kelompok perlakuan setelah mendapatkan terapi aktivitas kelompok mengalami peningkatan yang signifikan karena pasien merasa mampu secara mandiri dalam melakukan aktivitas perawatan kebersihan diri dan kemandiriannya. Seseorang yang menjaga kebersihan dirinya dengan baik akan merasa percaya diri. Kepercayaan diri seseorang akan meningkatkan kemandirian, karena orang tersebut percaya akan kemampuan yang dimilikinya. Seseorang akan menilai dirinya secara positif apabila dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri. Keberhasilan dalam menampilkan kemandirian dalam melakukan suatu aktivitas akan meningkatkan kemandiriannya. Pasien yang mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya secara mandiri akan meningkatkan kemandiriannya pula.

Rasa keberartian diri juga menjadi faktor pembentukan kemandirian, pada kelompok intervensi/perlakuan pasien merasa bahwa diri pribadinya itu mempunyai arti dan berguna untuk orang lain. Seseorang akan merasa dirinya mempunyai arti apabila dapat membantu orang lain (Erickson, 1998). Dalam pelaksanaan terapi aktivitas kelompok pasien akan memberikan pendapatnya dan mendapatkan umpan balik kepada masing-masing anggota kelompok. Pasien merasa dapat membantu anggota kelompok lain dalam berbagi pengalamannya tentang perawatan diri yang dilakukan, sehingga anggota kelompok yang mempunyai masalah tentang kebersihan diri dan kemandirian dapat menangani masalahnya.

Pelatihan dengan menggunakan pendekatan kelompok akan diperoleh beberapa keuntungan diantaranya yaitu memberikan kesempatan bagi

anggota untuk saling memberi dan menerima umpan balik, anggota akan mendapat kesempatan belajar dan berlatih perilaku baru, memberikan kesempatan belajar, mengekspresikan perasaan, menunjukkan perhatian kepada orang lain, dan berbagi pengalaman serta memberi kesempatan untuk mempelajari ketrampilan sosial (Townsend, 1998). Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Craig Lockwood, *et. al.*, di Australia didapatkan hasil bahwa terapi kelompok atau *group therapy* lebih efektif untuk menangani gejala pada pasien Skizofrenia dibandingkan dengan *individual therapy*/terapi individu.

Hasil penelitian yang didapatkan sesuai dengan hasil penelitian Wulansari (2010), dimana pada penelitian yang dilakukan Wulansari didapatkan hasil harga diri pasien gangguan jiwa meningkat setelah diberikan terapi aktivitas kelompok kebutuhan dasar berdandan dan berhias dengan nilai signifikansi $P=0,003$. Selain itu terdapat hasil penelitian yang lain yaitu penelitian yang dilakukan oleh Suryaningsih (2007) ada pengaruh yang bermakna dari pelaksanaan TAK stimulasi persepsi halusinasi terhadap frekuensi terjadinya halusinasi pada pasien rawat inap di RS Ghrasia Propinsi DIY. Pengaruh yang bermakna tersebut adalah adanya penurunan frekuensi halusinasi setelah dilakukan TAK stimulasi persepsi halusinasi