

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Imogiri II, Bantul, Yogyakarta. Puskesmas Imogiri II Kabupaten Bantul terletak di Desa Mojohuro Sriharjo dengan luas wilayah kerja 33,82 km<sup>2</sup>. Adapun luas wilayah kerja Puskesmas Imogiri II untuk setiap desa yaitu Desa Kebon Agung dengan luas wilayah 1,87 km<sup>2</sup>, Desa Karang Tengah dengan luas wilayah 2,88 km<sup>2</sup>, Desa Sriharjo dengan luas wilayah 6,32 km<sup>2</sup> dan Desa Selopamioro dengan luas wilayah 22,75 km<sup>2</sup>. Dari 4 desa tersebut masih terbagi atas 42 dusun yang terdiri dari 5 dusun di wilayah Desa Kebon Agung, 6 dusun di wilayah Desa Karang Tengah, 13 dusun di wilayah Desa Sriharjo, dan 18 dusun di wilayah Desa Selopamioro. Jenis Pelayanan Kesehatan yang diberikan di Puskesmas Imogiri II adalah: kesehatan umum, gigi, kesehatan ibu dan anak, laboratorium, klinik PHBS, dan penyuluhan kesehatan.

Puskesmas Imogiri II dipilih karena desa di sekitarnya sudah memiliki program Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) dan perawat yang bekerja di Puskesmas Imogiri II sudah mempunyai pengalaman pelatihan *Community Mental Health Nursing (CMHN)*. Kriteria DSSJ tersebut antara lain mempunyai perawat yang sudah pernah dilatih untuk pelayanan kesehatan jiwa, banyak kasus kesehatan jiwa, serta desa mempunyai

komitmen terhadap desa siaga sehat jiwa. Puskesmas ini juga memiliki program unggulan yaitu Program Kesehatan Jiwa yang dikenal dengan Gerakan Masyarakat Peduli Sehat Jiwa Sehat Raga (GEMA PUSWARA).

- Desa siaga sehat jiwa (DSSJ) adalah program yang mengajak masyarakat untuk ikut berperan dalam mendeteksi serta siaga terhadap munculnya masalah kesehatan jiwa di komunitas (Apsari, 2010).

Beberapa tahapan yang akan dilaksanakan di desa siaga sehat jiwa diantaranya, meliputi persiapan, sosialisasi, pelatihan kader, pendampingan, monitoring, dan pelaporan. dengan dibentuknya desa siaga sehat jiwa, diharapkan dapat mengurangi dampak dan kerugian akibat dari adanya penderita gangguan jiwa yang tidak dirawat (Apsari, 2010).

Desa Siaga Sehat Jiwa merupakan pengembangan kesehatan mental berbasis komunitas bertujuan agar masyarakat di desa binaan tanggap terhadap masalah kesehatan jiwa masyarakat, dapat mencegah timbulnya masalah kesehatan jiwa serta dapat menanggulangi masalah kesehatan jiwa di komunitas (Yuni, 2010).

Desa Siaga Sehat jiwa merupakan salah satu program CMHN (Community Mental Health Nursing) yang bertujuan untuk: pendidikan kesehatan jiwa untuk masyarakat sehat, pendidikan kesehatan jiwa untuk resiko masalah psikososial, resiko jiwa untuk mengalami gangguan jiwa, Terapi aktivitas bagi pasien gangguan jiwa mandiri, rehabilitasi bagi pasien gangguan jiwa mandiri, asuhan keperawatan bagi keluarga pasien gangguan jiwa (Meru, 2011).

Mekanisme pelaksanaan pengorganisasian desa siaga sehat jiwa (DSSJ) (Keliat, dkk, 2006) adalah:

- a. Wilayah kerja puskesmas dibagi dua untuk 2 orang perawat (*Community Mental Health Nursing*) CMHN.
- b. Perawat CMHN bersama tokoh masyarakat menetapkan suatu desa untuk dikembangkan menjadi desa siaga sehat jiwa.
- c. Perawat CMHN bersama tokoh masyarakat pada tingkat desa menetapkan calon kader kesehatan jiwa pada tingkat dusun. Tiap dusun minimal 2 kader kesehatan jiwa.

Kader kesehatan jiwa adalah kader yang dapat membantu masyarakat mencapai kesehatan jiwa yang optimal melalui penggerakan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan jiwa serta memantau kondisi kesehatan jiwa masyarakat di wilayahnya (Keliat, 2007). Kader kesehatan jiwa berperan serta dalam meningkatkan, memelihara dan mempertahankan kesehatan jiwa masyarakat.

Penggerakan dan pemberdayaan masyarakat bagi kader dan tokoh masyarakat adalah bagian yang tidak terpisahkan dari pengembangan desa siaga. Kader serta tokoh masyarakat yang merupakan pelaku utama dalam program pengembangan dan pemberdayaan masyarakat di desa binaan, perlu dibekali dengan prinsip penggerakan dan pemberdayaan masyarakat (Atmaja, 2009).

## 2. Gambaran Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian mengenai efektivitas media lembar balik psikoedukasi keluarga terhadap kepatuhan minum obat adalah anggota keluarga yang merupakan perawat utama penderita skizofrenia di komunitas yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi. Pada awal penelitian dilakukan didapatkan 33 responden tetapi seiring dengan berjalannya penelitian sampai minggu keempat, sebanyak 8 responden mengalami *drop out* karena tidak mengikuti rangkaian kegiatan secara penuh dan juga tidak membawa kartu kontrol minum obat yang disediakan peneliti sampai hari terakhir kegiatan. Sehingga pada penelitian ini didapatkan total 25 responden yang merupakan anggota keluarga sebagai perawat utama penderita skizofrenia di komunitas Puskesmas Imogiri II.

Gambaran karakteristik responden penelitian berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, status tinggal, lama merawat, dan hubungan ODS dapat dilihat dalam tabel 4.1 sebagai berikut.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Desa Mojohuro Sriharjo (n=25) Imogiri, Bantul, Yogyakarta (Desember, 2014)

| Karakteristik Responden    | Jumlah | Persentase |
|----------------------------|--------|------------|
| <b>Jenis Kelamin</b>       |        |            |
| Pria                       | 6      | 24         |
| Wanita                     | 19     | 76         |
| <b>Usia</b>                |        |            |
| Dewasa awal 26-35          | 6      | 24         |
| Dewasa akhir 36-45         | 10     | 40         |
| Lansia awal 46-55          | 4      | 16         |
| Lansia akhir 56-65         | 4      | 16         |
| Manula >65                 | 1      | 4          |
| <b>Pendidikan</b>          |        |            |
| Tidak sekolah              | 1      | 4          |
| SD                         | 10     | 40         |
| SMP                        | 7      | 28         |
| SMA                        | 7      | 28         |
| <b>Pekerjaan</b>           |        |            |
| Ibu Rumah Tangga           | 5      | 20         |
| Buruh                      | 9      | 36         |
| Petani                     | 6      | 25         |
| Pedagang                   | 3      | 12         |
| Wiraswasta                 | 2      | 8          |
| <b>Status Perkawinan</b>   |        |            |
| Lajang                     | 1      | 4          |
| Menikah                    | 22     | 88         |
| Cerai meninggal            | 2      | 8          |
| <b>Status Tinggal</b>      |        |            |
| Dengan keluarga            | 24     | 96         |
| Sendiri                    | 1      | 4          |
| <b>Lama Merawat</b>        |        |            |
| <1 tahun                   | 2      | 8          |
| 1-5 tahun                  | 9      | 36         |
| 6-10 tahun                 | 6      | 24         |
| >10 tahun                  | 8      | 32         |
| <b>Hubungan dengan ODS</b> |        |            |
| Ibu                        | 8      | 32         |
| Ayah                       | 2      | 8          |
| Suami                      | 2      | 8          |
| Istri                      | 4      | 16         |
| Anak                       | 1      | 4          |
| Lain-lain                  | 8      | 32         |

Sumber: Data primer

### 3. Kepatuhan Minum Obat Penderita Skizofrenia

Tingkat kepatuhan minum obat penderita skizofrenia diukur dengan menggunakan kuisioner *MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale-8)* yang sudah teruji validitasnya dan didapatkan hasil yang tertera pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Perbedaan tingkat kepatuhan minum obat penderita skizofrenia sebelum dan sesudah pemberian intervensi

| Tingkat Kepatuhan Minum Obat | Jumlah Penderita Skizofrenia |    |              |    |
|------------------------------|------------------------------|----|--------------|----|
|                              | Pre-edukasi                  |    | Post-edukasi |    |
|                              | N                            | %  | N            | %  |
| Kepatuhan rendah             | 13                           | 52 | 1            | 4  |
| Kepatuhan sedang             | 12                           | 48 | 5            | 20 |
| Kepatuhan tinggi             | 0                            | 0  | 19           | 76 |

Tabel di atas dapat disimpulkan bahwa tingkat kepatuhan minum obat penderita skizofrenia pre-edukasi dengan frekuensi terbanyak adalah tingkat kepatuhan rendah (52%) sedangkan tingkat kepatuhan minum obat penderita skizofrenia post-edukasi dengan frekuensi terbanyak adalah tingkat kepatuhan tinggi (76%).

### 4. Uji Beda Kepatuhan Minum Obat Penderita Skizofrenia *Pre-edukasi* dan *Post-edukasi*

Uji beda yang digunakan untuk mengetahui efektivitas media lembar balik psikoedukasi keluarga terhadap tingkat kepatuhan minum obat penderita skizofrenia di komunitas adalah Uji *Wilcoxon* dan didapatkan hasil yang tertera pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Hasil analisis uji *Wilcoxon Signed Rank Test*

| Tingkat Kepatuhan Minum Obat<br><i>Post-edukasi dan Pre-edukasi</i> | N         | Sig   |
|---|-----------|-------|
| <i>Post-edukasi &lt; Pre-edukasi</i>                                | 0         |       |
| <i>Post-edukasi &gt; Pre-edukasi</i>                                | 20        | 0,000 |
| <i>Post-edukasi = Pre-edukasi</i>                                   | 5         |       |
| <b>Total</b>  | <b>25</b> |       |

Berdasarkan tabel di atas, hasil uji analisis menggunakan *Wilcoxon Test* menunjukkan nilai Sig. (*2-tailed*) yaitu 0,000 ( $p < 0,05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesis awal (H1) diterima sedangkan H0 ditolak yang artinya media lembar balik psikoedukasi keluarga efektif meningkatkan kepatuhan minum obat penderita skizofrenia di komunitas.

## B. Pembahasan

### 1. Karakteristik Responden

Jenis kelamin responden pada penelitian ini, yaitu keluarga yang merupakan perawat penderita skizofrenia, sebagian besar berjenis kelamin perempuan (76%) (Tabel 4.1). Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Mandal (2014) yang pada penelitiannya menemukan bahwa distribusi jenis kelamin pada perawat penderita skizofrenia didominasi oleh perempuan (60%). *The National Alliance for Caregiving and AARP* juga menyatakan banyak penelitian telah melihat peran perempuan dan perannya dalam pengasuhan keluarga. Wanita menyediakan sebagian besar perawatan informal untuk pasangan, orang tua, orang tua mertua, teman dan tetangga, dan mereka memainkan banyak peran pengasuhan seperti sebagai tenaga kesehatan, manajer perawatan, teman, sahabat, pengganti pembuat keputusan dan advokasi (Waliser, dkk., 2002).

Sebagian besar responden penelitian berada dalam kelompok usia dewasa akhir yaitu 36-45 tahun sebanyak 40% (Tabel 4.1). Usia berpengaruh terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Usia bertambah maka daya tangkap dan pola pikir juga berkembang sehingga pengetahuan yang diperolehnya juga semakin membaik (Notoadmojo, 2003). Pengetahuan yang diperoleh akan membantu para subyek memahami beban yang dirasakan sehingga beban akan berkurang. Penelitian oleh Juvang, dkk (2007) meneliti hubungan antara karakteristik demografi beban pengasuh saat memberikan perawatan kepada anggota dengan skizofrenia di Tiongkok. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa usia pengasuh berhubungan dengan beban pengasuh. Ketika pengasuh bertambah tua, mereka khawatir tidak ada yang merawat anggota keluarga yang sakit dikemudian hari. Pengasuh yang sudah lanjut usia juga tidak bisa memberikan pengasuhan yang terbaik (Fujino & Okamura, 2009).

Tingkat pendidikan responden penelitian terbanyak adalah SD sebesar 40% (Tabel 4.1). Pendidikan responden berpengaruh dalam proses intervensi dalam penelitian ini. Neisser melalui Suyadi (2006) menyatakan bahwa pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah menangkap masukan yang diberikan sehingga dapat meningkatkan pemahaman sehingga diharapkan ada pengurangan beban. Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya tingkat pendidikan (Rao dkk, 2008). Pengetahuan yang bervariasi dapat disebabkan oleh kemampuan belajar setiap orang yang berbeda-beda (Notoadmodjo, 2010). Menurut teori yang



dikemukakan oleh Notoadmojo (2010), tingkat pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan. Seseorang yang tingkat pendidikannya lebih tinggi akan semakin mudah untuk menerima informasi sehingga memiliki pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

Pengetahuan adalah sarana yang bisa menurunkan skor beban dalam perawatan pasien. Sesuai dengan penelitian oleh Marchira (2012). Keluarga memiliki keterbatasan dalam pengetahuan untuk perawatan penderita. Pengetahuan yang rendah ini membutuhkan intervensi psikoedukasi, sehingga jika pengetahuan meningkat diharapkan manajemen beban keluarga karena gangguan psikotik akan lebih baik (Marchira, 2012).

#### Perbedaan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Penderita Skizofrenia *Pre-edukasi dan Post-edukasi*

Hasil analisis uji *Wilcoxon* pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat peningkatan tingkat kepatuhan minum obat pada penderita skizofrenia setelah dilakukan intervensi psikoedukasi terhadap keluarga. Terdapat 1 responden (4%) dengan tingkat kepatuhan minum obat rendah, 5 responden (20%) dengan tingkat kepatuhan minum obat sedang, dan 19 responden (76%) dengan tingkat kepatuhan minum obat tinggi.

Menurut WHO (2003), kepatuhan dibagi menjadi *adherence* dan *compliance*. *Adherence* adalah sejauh mana perilaku penderita – minum obat, mengikuti diet, dan/atau melakukan perubahan pola hidup, sesuai

dengan saran dari tenaga medis. Sementara *compliance* lebih bersifat satu arah, yaitu dari dokter ke penderita padahal komunikasi penting untuk mengefektifkan pengobatan. Definisi *compliance* saat ini telah jarang untuk digunakan lagi.

Tingkat kepatuhan minum obat pada kasus skizofrenia sendiri masih sangat rendah. Seperti dalam penelitian oleh Prida Kartika Mayang Ambari, 2010, Marchira, 2009 Hanya sekitar setengah dari jumlah penderita skizofrenia yang patuh minum obat. Sementara kita tahu ketidakpatuhan pada minum obat dapat berdampak serius seperti *relapse*, remisi, penurunan interaksi dalam masyarakat, *insight* yang buruk, penurunan efek pengobatan, penurunan fungsi neurokognisi, dan psikopatologi (Quach *et al*, 2009).

Dukungan sosial dapat meningkatkan kemampuan menghadapi stress akibat konflik. Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional yang berasal dari anggota keluarga, teman, kesediaan waktu dan sosial ekonomi. Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi permasalahan pada penderita karena dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan minum obat (Fakhruddin, 2012). Penderita skizofrenia yang merasa mendapatkan sedikit dukungan emosional memiliki resiko 2,95 kali lebih besar untuk tidak patuh minum obat dibandingkan dengan penderita skizofrenia yang merasa mendapatkan banyak dukungan emosional.

Friedman (1998) menyebutkan bahwa keluarga memiliki fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain; fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah, dan fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

Pengaruh dukungan keluarga dalam keberhasilan pengobatan banyak diteliti para peneliti, antara lain Syahrina (2005) yang menemukan hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat penderita depresi di Keutapang Dua Banda Aceh. Sementara Naber (2007) pada penelitiannya terhadap pasien psikiatri menemukan adanya dukungan keluarga yang menjalin hubungan yang harmonis dengan pasien psikiatri, menyatakan pasien diuntungkan lebih dari sekedar obat saja, dukungan keluarga juga membantu pasien tetap baik dan patuh meminum obatnya.

## **2. Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Skizofrenia di Desa Mojohuro Sriharjo, Kabupaten Bantul, Yogyakarta**

Berdasarkan uji analisa data menggunakan Uji *Wilcoxon* didapatkan nilai uji beda (signifikansi) dari tingkat kepatuhan pre-edukasi dan post-edukasi yaitu 0,000 ( $p < 0,05$ ) yang berarti bahwa media lembar balik

psikoedukasi keluarga efektif meningkatkan kepatuhan minum obat penderita skizofrenia di komunitas.

Untuk mengurangi perawatan ulang atau frekuensi kekambuhan, perlu adanya pendidikan kesehatan jiwa yang ditujukan kepada pasien, keluarga yang merawatnya, atau orang lain yang bertanggung jawab merawatnya (Purnamasari, 2013).

Purnamasari (2013) dalam penelitiannya mengenai hubungan pengetahuan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia mendapatkan hubungan yang bermakna antara pengetahuan keluarga dengan kepatuhan minum obat.

Menurut Butar Butar (2012) dalam Purnamasari (2013) yang juga meneliti hubungan antara tingkat kepatuhan dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia mengatakan bahwa pasien yang berpengetahuan baik tentang obatnya menunjukkan ketaatan yang meningkat sehingga menghasilkan hasil terapi yang meningkat. Kepatuhan terjadi bila aturan pakai obat yang diresepkan serta pemberiannya diikuti dengan benar. Oleh karena itu diperlukan peran keluarga untuk selalu memonitor pasien dalam mengonsumsi obat secara teratur dan rutin setiap hari sehingga pasien patuh dalam mengonsumsi obatnya.

Kepatuhan minum obat dari pasien skizofrenia tidak lepas dari peranan penting dari keluarga. Walaupun skizofrenia adalah suatu penyakit yang tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikontrol dengan terapi farmakologi dan psikoterapi. Hal ini berarti dengan pengobatan yang

teratur dan dukungan dari keluarga, masyarakat, dan orang disekitar penderita besar kemungkinan penderita dapat bersosialisasi dan memiliki aktivitas seperti orang normal. Kepatuhan minum obat pasien skizofrenia perlu mendapatkan dukungan penuh dari keluarga, karena keluarga merupakan orang terdekat dengan penderita skizofrenia. Keluarga yang mendorong penderita untuk patuh pada pengobatan, keluarga yang mendampingi penderita saat minum obat, dengan dukungan dari keluarga penderita skizofrenia akan patuh pada pengobatan (Kaunang, 2015).

Psikoedukasi adalah sebuah modalitas *treatment* yang disampaikan oleh professional yang mengintegrasikan dan mensinergikan antara psikoterapi dan intervensi edukasi. Selain itu psikoedukasi keluarga merupakan salah satu bentuk dari intervensi keluarga yang merupakan bagian dari terapi psikososial (Cartwright, 2007). Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatic (Stuart dan Laria, 2005).

Terapi psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan kemampuan kognitif karena dalam terapi mengandung unsur untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan teknik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku, serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri. Tujuan program edukasi ini adalah meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga bagaimana teknik pengajaran untuk keluarga dalam upaya membantu mereka melindungi

keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku dan mendukung kekuatan keluarga (Stuart & Laraia, 2005).

Lawrence dan Veronika (2002) mengungkapkan terjadi peningkatan 33% pada kelompok klien skizofrenia setelah diberikan terapi psikoedukasi keluarga, karena dalam psikoedukasi keluarga berisi tentang peningkatan hubungan yang positif antara anggota keluarga, meningkatkan stabilitas keluarga, dan manajemen stress keluarga.

Pengaruh intervensi psikoedukasi tentang skizofrenia pada *caregiver* dapat meningkatkan pengetahuan *caregiver* tentang gangguan skizofrenia (Prasetiawati, 2011). Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga terhadap peran serta keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita skizofrenia. Semakin tinggi tingkat pengetahuan maka semakin tinggi peran serta keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan skizofrenia (Augustiany, 2009).

Penelitian Li dan Arthur (2005) menyimpulkan bahwa edukasi keluarga tentang skizofrenia terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan meningkatkan promotif pada gejala penderita.