

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Deskripsi Wilayah Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Wilayah kerja Puskesmas Kasihan II, kabupaten Bantul, Yogyakarta. Puskesmas Kasihan II merupakan salah satu dari 26 puskesmas di Kabupaten Bantul. Luas wilayah kerja Puskesmas Kasihan II berkisar 10,23 km², yang terdiri dari Desa Ngestiharjo dan Desa Tirtonimolo, yang meliputi 24 wilayah pedesaan dan 12 dusun. Desa Tirtonimolo meliputi 12 dusun, yaitu Beton, Mrisi, Glondong, Jogonalan Kidul, Jogonalan Lor, Padokan Kidul, Padokan Lor, Dongkelan, Plurugan, Jeblog, Kersan, dan Kalipakis.

Puskesmas Kasihan II memiliki 1 unit gedung induk dan 1 unit untuk Puskesmas Pembantu. Puskesmas Kasihan II membuka pelayanan kesehatan yang terdiri dari beberapa poli, yaitu Poli Umum, Poli Gigi, Poli KIA, serta Poli MTBS. Puskesmas Kasihan II juga mempunyai pelayanan konseling, yaitu PHBS, Jiwa, Gizi, dan Calon Pengantin. Jam kerja Puskesmas Kasihan II yaitu setiap Senin – Kamis jam 07.30-14.30 WIB, Jumat jam 07.30-11.30 WIB, dan Sabtu jam 07.30 WIB.

Upaya kesehatan Jiwa di Puskesmas Kasihan II memiliki berbagai kegiatan dalam gedung maupun di luar gedung. Pelayanan kesehatan

jiwa di dalam gedung memiliki pelayanan kesehatan jiwa setiap hari, sedangkan diluar gedung memiliki kegiatan dengan promosi kesehatan, deteksi dini gangguan psikotik dan non psikotik, pembinaan kelompok Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), Care Giver, dan kader, Jumat Kunjungan Rumah/JAMAH, pertemuan kader. Puskesmas Kasihan II memiliki program kesehatan jiwa yang disebut dengan Gelimas Jiwo (Gerakan Peduli Masyarakat Sehat Jiwa) yang sudah berjalan tahun 2011.

2. Karakteristik Responden

Penelitian ini menggunakan sampel yang berjumlah 16 pasien rawat jalan yang terdiagnosa gangguan jiwa di Puskesmas Kasihan II.

Karakteristik responden dalam penelitian ini antara lain:

Tabel 3. Gambaran Karakteristik Responden (Usia, Jenis kelamin, Pekerjaan, Penghasilan) (n=16) pada bulan Mei 2018

No	Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Usia		
	12-25 tahun	1	6.2
	26-45 tahun	10	62.5
	>45 tahun	5	31.2
2.	Jenis kelamin		
	Laki-laki	4	25.0
	Perempuan	12	75.0
3.	Pekerjaan		
	Bekerja	9	56.2
	Tidak Bekerja	7	43.8
4.	Penghasilan		
	>Rp. 1.500.000	1	6.2
	Rp.450.000 - Rp. 1.500.000 <Rp. 450.000	8	50.0
		7	43.8

Sumber: Data primer, 2018

Tabel di atas menunjukkan karakteristik responden yang pertama adalah berdasarkan usia. Berdasarkan penelitian ini, mayoritas usia responden adalah 26-45 tahun sebanyak 10 orang (62.5%) dan jenis

kelamin mayoritas perempuan yaitu sebanyak 12 orang (75.0%). Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan sebagian besar merupakan pekerja yaitu sebanyak 9 orang (56.2%). Karakteristik responden selanjutnya adalah berdasarkan penghasilan, responden rata-rata berpenghasilan sebesar Rp.450.000 - Rp. 1.500.000, yaitu sebanyak 8 orang (50.0%).

3. Uji Statistik Kepatuhan Minum Obat Responden

Hasil uji statistik responden adalah sebagai berikut:

Tabel 4. Uji Perbedaan antara *pretest* dan *posttest* terkait dengan kepatuhan minum obat pada pasien jiwa di Puskesmas Kasihan II (n=16)

	Pretest – Posttest
Z	-3.262 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.001

Sumber: Data primer

Berdasarkan tabel uji Wilcoxon di atas, maka nilai Z yang didapat sebesar -3.262 dengan p value (Asymp. Sig. 2 tailed) sebesar 0.001 dimana kurang dari batas penelitian 0.05 sehingga keputusan hipotesis adalah menerima H_1 atau yang berarti terdapat perbedaan bermakna antara kelompok *pretest* dan *posttest*

4. Uji Statistik Tanda dan Gejala Responden

Hasil uji statistik responden adalah sebagai berikut:

Tabel 5. Uji Perbedaan antara *pretest* dan *posttest* terkait dengan isolasi sosial pada pasien skizofrenia di Puskesmas Kasihan II (n=16)

Pretest – Posttest	
Z	-3.304 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.001

Sumber: data primer, 2018

Berdasarkan tabel uji Wilcoxon diatas, maka nilai Z yang didapat sebesar -3.304 dengan p value (Asymp. Sig. 2 tailed) sebesar 0.001 dimana kurang dari batas penelitian 0.05 sehingga keputusan hipotesis adalah menerima H_1 atau yang berarti terdapat perbedaan bermakna antara kelompok *pretest* dan *posttest*.

Tabel 6. Uji Perbedaan antara *pretest* dan *posttest* terkait dengan resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di Puskesmas Kasihan II (n=16)

Pretest – Posttest	
Z	-2.677 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.007

Sumber: data primer, 2018

Berdasarkan tabel uji Wilcoxon diatas, maka nilai Z yang didapat sebesar -2.577 dengan p value (Asymp. Sig. 2 tailed) sebesar 0.007 dimana kurang dari batas penelitian 0.05 sehingga keputusan hipotesis adalah menerima H_1 atau yang berarti terdapat perbedaan bermakna antara kelompok *pretest* dan *posttest*.

Tabel 7. Uji Perbedaan antara *pretest* dan *posttest* terkait dengan harga diri rendah pada pasien skizofrenia di Puskesmas Kasihan II (n=16)

Pretest – Posttest	
Z	-3.310 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.001

Sumber: data primer, 2018

Berdasarkan tabel uji Wilcoxon diatas, maka nilai Z yang didapat sebesar -3.310 dengan p value (Asymp. Sig. 2 tailed) sebesar 0.001 dimana kurang dari batas penelitian 0.05 sehingga keputusan hipotesis adalah menerima H_1 atau yang berarti terdapat perbedaan bermakna antara kelompok *pretest* dan *posttest*.

Tabel 8. Uji Perbedaan antara *pretest* dan *posttest* terkait dengan halusinasi pada pasien skizofrenia di Puskesmas Kasihan II (n=16)

Pretest – Posttest	
Z	-2.670 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.008

Sumber: data primer, 2018

Berdasarkan tabel uji Wilcoxon diatas, maka nilai Z yang didapat sebesar -2.670 dengan p value (Asymp. Sig. 2 tailed) sebesar 0.008 dimana kurang dari batas penelitian 0.05 sehingga keputusan hipotesis adalah menerima H_1 atau yang berarti terdapat perbedaan bermakna antara kelompok *pretest* dan *posttest*.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Karakteristik responden pada penelitian ini memiliki usia dominan 26-46 tahun yaitu dengan kategori dewasa. Usia dewasa berisiko tinggi terkena gangguan jiwa karena pada tahap ini termasuk usia perkembangan yang banyak mengalami stressor kehidupan. Hal ini dinyatakan dalam penelitian Novitayani (2016) bahwa gangguan jiwa lebih banyak terjadi pada tahap usia dewasa dari pada usia remaja dan lansia. Hal yang sama diutarakan dalam penelitian Rinawati dan Alimansur (2016) yang menyatakan bahwa usia dewasa adalah usia produktif dimana seseorang telah mempunyai keluarga, dimana yang harus memikirkan masalah keluarganya bukan hanya memikirkan masalahnya sendiri, sehingga masalah yang dihadapi semakin banyak.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin yang dominan pada penelitian ini adalah perempuan, dengan jumlah 12 orang dari 16 responden. Gangguan jiwa ringan banyak diderita oleh kaum perempuan dibandingkan dengan laki-laki, karena wanita rentan terkena masalah psikososial dalam hal kehidupannya. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Yuliantika, Jumaini, dan Sabrina (2012) yang menyatakan bahwa mayoritas responden pada gangguan

jiwa berjenis kelamin laki-laki yaitu berjumlah 27 orang, karena laki-laki cenderung sering mengalami perubahan peran dan penurunan interaksi sosial serta kehilangan pekerjaan.

c. Pekerjaan

Berdasarkan penelitian ini didapatkan bahwa mayoritas pekerjaan responden adalah pekerja, yaitu sebanyak 9 responden. Orang yang melakukan suatu kegiatan dapat mendapatkan kesempatan untuk menunjukkan aktualisasi dirinya. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Rini (2016) yang menyatakan dengan bekerja dapat membantu pasien jiwa untuk mengembangkan perilaku yang adaptif dan meningkatkan keterampilan atau kemampuan merawat dirinya. Diperjelas oleh penelitian Rinawati dan Alimansyur (2016) mengatakan bahwa tidak bekerja dapat membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk menunjukkan aktualisasi dirinya, hal ini dapat membuat seseorang tidak melakukan suatu kegiatan, sehingga akan sangat beresiko terkena harga diri rendah yang akan berdampak pada gangguan jiwa.

d. Penghasilan

Penghasilan responden pada tabel 2 mayoritas memiliki penghasilan Rp.450.000 - Rp. 1.500.000. Pada penelitian Noviria, Triyoso, & Yanti (2014) menyatakan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi kunjungan pasien ke pelayanan kesehatan untuk kontrol atau menebus obat salah satunya yaitu status ekonomi,

Sehingga dengan minimnya status ekonomi banyak pasien jiwa yang tidak kontrol dan menebus obat. Pada penelitian ini mayoritas memiliki penghasilan Rp.450.000 - Rp. 1.500.000 bahwa rata-rata klien dapat menebus obat yang sudah diresepkan oleh dokter, tetapi karena pasien kurang memahami dan mengerti manfaat minum obat sehingga pasien sering meremehkan untuk meminum obat sesuai dengan jadwal dan dosis yang telah ditentukan.

2. Kepatuhan Minum Obat Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan

Hasil penelitian pada tabel.3 menunjukkan bahwa terhadap pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan minum obat, dimana terdapat p value sebesar 0.001 ($p < 0.05$) sehingga dapat dikatakan penelitian ini terdapat perbedaan secara bermakna antara kelompok *pretest* dan *posttest* setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Penelitian ini mendapatkan hasil sebelum dilakukan pendidikan kesehatan terkait dengan manfaat minum obat, beberapa pasien rawat jalan di Puskesmas Kasihan II tidak patuh dalam minum obat, sehingga dengan ketidakpatuhan tersebut dapat menimbulkan tanda dan gejala terkait dengan gangguan kejiwaan pada pasien tersebut. Menurut Naafi, Perwitasari, & Darmawan (2016) mengatakan bahwa 50% pasien jiwa yang melakukan rawat jalan tidak patuh dalam minum obat, banyak penderita tidak mematuhi pengobatan dengan cara menolak untuk

melakukan pengobatan, mengonsumsi obat-obatan yang tidak sesuai waktu maupun dosis yang ditentukan, dan menghentikan pengobatan sebelum waktu yang ditentukan. Menurut Purnamasari (2013) mengatakan bahwa penderita gangguan jiwa gagal dalam mematuhi program pengobatan, hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain pasien sulit dalam mengingat jadwal minum obat, memahami obat, efek samping obat, sikap dari pasien itu sendiri dan kurangnya dukungan keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Pardede dan Siregar (2015) menyatakan bahwa salah satu cara yang dapat meningkatkan patuh terhadap obat yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga agar mengetahui dan mengerti akan manfaat dan pentingnya dari minum obat. Didukung oleh penelitian Purnamasari (2013) bahwa dengan diberikan motivasi yang positif dan meyakinkan kepada pasien untuk patuh minum obat, sehingga pasien akan cepat sembuh dan terhindar dari kekambuhan. Menurut peneliti bahwa sangat penting diberikannya pendidikan kesehatan jiwa baik pasien maupun keluarga karena peran keluarga sangat penting bagi kesembuhan pasien, hal ini dikarenakan keluarga dapat memberikan dukungan pada pasien dalam keteraturan minum obat dan kesembuhan bagi penyakit pasien.

3. Tanda dan Gejala Isolasi Sosial Sebelum dan Sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan

Penelitian ini mendapatkan hasil pada tabel 4 yang menunjukkan pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tanda dan gejala isolasi sosial,

dimana terdapat p value sebesar 0.001 ($p < 0.05$) sehingga terdapat perbedaan secara bermakna antara kelompok *pretest* dan *posttes* setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan masih ada beberapa pasien yang mengalami tanda dan gejala isolasi sosial. Adapun perilaku isolasi sosial yang terlihat pada pasien adalah menyendiri atau duduknya tidak berdampingan dengan responden yang lain, dan sulit untuk membuka komunikasi. Pasien juga terlihat tidak mampu mengungkapkan perasaannya pada saat komunikasi dengan peneliti dan beberapa pasien terlihat sulit berkonsentrasi serta fokus. Hal ini sependapat dengan teori Carpenito (2010) mengatakan bahwa tanda dan gejala dari perilaku isolasi sosial adalah afek tumpul dan perasaan sedih, merasa tidak berguna untuk mengungkapkan perasaan kesepian dan penolakan, serta dalam mengungkapkan rasa ketidakamanan dalam situasi sosialnya. Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) menambahkan bahwa ketika gejala penyakit pasien muncul, pasien mencegah dari orang lain untuk bersosialisasi dalam norma-norma sosial budaya atau ketika motivasi pasien yang buruk, sehingga terjadi penarikan sosial atau menghindari dari kegiatan hidup. Stigma juga penyebab utama dari isolasi sosial, dikarenakan dengan adanya stigma sering menyebar ke orang lain sehingga pasien merasa malu terhadap penyakitnya tersebut.

Pada klien isolasi sosial terdapat gangguan pada fungsi transmisi sinyal penghantar saraf (Neurotransmitter) sel-sel susunan saraf pusat

(otak) yaitu menurunnya pelepasan zat dopamine dan serotonin yang mengakibatkan gangguan pada alam pikir, alam perasaan, dan perilaku (Stuart *et al*, 2016). Tindakan keperawatan yang bisa dilakukan adalah dengan meningkatkan upaya bersosialisasi klien dengan orang lain sehingga pasien bisa aman dengan orang lain, serta klien bisa diberikan pendidikan kesehatan akan pentingnya minum obat agar tanda dan gejala yang muncul berkurang (Ambarwati & Widodo, 2016).

4. Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan Sebelum dan Sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan

Penelitian ini mendapatkan hasil terhadap pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tanda dan gejala harga resiko perilaku kekerasan, dimana terdapat p value sebesar 0.007 ($p < 0.05$) sehingga terdapat perbedaan secara bermakna antara kelompok *pretest* dan *posttes* setelah dilakukan pendidikan kesehatan

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan masih ada beberapa pasien yang mengalami tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan. Adapun perilaku resiko perilaku kekerasan yang terlihat pada pasien adalah nada bicara yang keras, dan tatapan mata tajam. Resiko perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang mempunyai riwayat melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal (Keliat, 2011).

Pendidikan kesehatan jiwa adalah suatu upaya agar individu, keluarga, dan komunitas dapat mengontrol kesehatan jiwa dan faktor yang mempengaruhi yaitu kebiasaan, lingkungan dan pola hidup (Suryana, 2012). Pendidikan kesehatan adalah suatu proses memberikan suatu masukan berupa informasi agar seseorang merubah perilaku kesehatan sesuai yang diharapkannya. pada penelitian Sari & Istichomah (2015) menyatakan bahwa setelah diberikan pendidikan kesehatan jiwa status pengetahuan pasien meningkat dari 64.83% menjadi 82.80%. Serta didukung oleh penelitian Purnamasari (2013) bahwa dengan diberikan motivasi yang positif dan meyakinkan kepada pasien untuk patuh minum obat, sehingga pasien akan cepat sembuh dan terhindar dari kekambuhan.

5. Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah Sebelum dan Sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan

Penelitian ini mendapatkan hasil terhadap pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tanda dan gejala harga diri sosial, dimana terdapat *p value* 0.001 ($p < 0.05$) sehingga perbedaan secara bermakna antara kelompok *pretest* dan *posttes* setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan masih ada beberapa pasien yang mengalami tanda dan gejala harga diri rendah. Adapun perilaku harga diri rendah yang terlihat pada pasien adalah kurangnya konsentrasi, merasa tidak mempunyai kemampuan positif, dan tidak mampu merasakan apapun. Hal ini sependapat dengan teori Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) mengatakan

bahwa tanda dan gejala dari perilaku harga diri rendah adalah mengejek dan mengkritik dirinya sendiri, merasa bersalah dan khawatir, sulit bergaul, dan pandangan hidup yang pesimis.

Harga diri rendah adalah kondisi seseorang yang menilai keberadaan dirinya lebih rendah dari orang lain, dan menilai dirinya negatif sebagai individu yang gagal atau tidak mampu (Keliat, 2011). Peningkatan kemampuan klien harga diri rendah dengan melakukan terapi kognitif atau pengetahuan sangat penting karena dapat meningkatkan terbentuknya tindakan yang mengarah pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil keputusan dan mengembangkan pemikiran agar lebih terbuka (Suerni dkk, 2013). Didukung oleh penelitian Purnamasari (2013) bahwa dengan diberikan motivasi yang positif dan meyakinkan kepada pasien untuk patuh minum obat, sehingga pasien akan cepat sembuh dan terhindar dari kekambuhan.

6. Tanda dan Gejala Halusinasi Sebelum dan Sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan

Penelitian ini mendapatkan hasil terhadap pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tanda dan gejala halusinasi, dimana terdapat p value 0.008 ($P < 0.05$) sehingga terdapat perbedaan secara bermakna antara kelompok *pretest* dan *posttes* setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan masih ada beberapa pasien yang mengalami tanda dan gejala halusinasi. Adapun perilaku halusinasi yang terlihat pada pasien

adalah mulutnya seperti bercakap-cakap sendiri, dan tidak ada kontak mata. Hal ini sependapat dengan teori Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016) mengatakan bahwa tanda dan gejala dari perilaku halusinasi adalah berbicara sendiri, senyum atau tertawa sendiri, tidak dapat memusatkan perhatian dan konsentrasi.

Halusinasi merupakan kesalahan persepsi atau persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis yang maladaptif atau tidak ada rangsangan. Dalam proses terjadinya halusinasi memiliki waktu yang sangat lama yang berkaitan dengan perilaku penderita yang mengalami masalah dalam psikologisnya (Keliat, 2011). Dari beberapa klien kebanyakan klien tidak mematuhi pengobatan dan kontrol sehingga pasien mengalami kekambuhan ulang. Dari hasil penelitian Siahaan dan Wardani (2012) menyatakan banyak faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan minum obat klien halusinasi yang mengalami gejala ulang yaitu faktor penyakit yang mempengaruhi ketidakpatuhan minum obat, faktor regimen terapi, dan faktor interaksi klien dengan tenaga kesehatan.

Oleh sebab itu salah satu cara agar klien patuh minum obat adalah dengan diberikan pendidikan kesehatan terutama kepada pasien agar dapat mengerti pentingnya minum obat (Pardede & Siregar, 2015). Dari hasil penelitian yang didapat sesudah diberikan pendidikan kesehatan terkait obat terdapat pengaruh terhadap tanda dan gejala pasien. Didukung oleh penelitian Erawati (2016) bahwa perilaku yang didasari dengan

pengetahuan akan lebih sesuai dibanding dengan tidak didasari oleh pengetahuan.

C. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian

1. Kekuatan Penelitian

- a. Penelitian ini mencakup 2 variabel yang meneliti terkait pengaruh variabel satu dengan yang lainnya.
- b. Penelitian ini menggunakan kuesioner yang telah valid dan reliabel.

2. Kelemahan Penelitian

- a. Sulit untuk mengumpulkan dan meyakinkan pasien jiwa rawat jalan untuk datang ke acara pendidikan kesehatan jiwa di Aula Puskesmas Kasihan II.
- b. Waktu yang sangat singkat sehingga peneliti kurang maksimal dalam pengambilan data penelitian.