

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Deskripsi Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 4 wilayah puskesmas di 4 kabupaten di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang meliputi: Puskesmas Srandakan, Bantul; Puskesmas Tempel I, Sleman; Puskesmas Temon I, Kulon Progo; dan Puskesmas Playen II, Gunung Kidul. Alasan pemilihan keempat puskesmas tersebut adalah karena puskesmas yang memiliki kegiatan RBM (Rehabilitasi Berbasis Masyarakat) hanya ada 10 puskesmas, dan di 5 puskesmas selain yang telah disebutkan diatas sudah dilakukan penelitian oleh peneliti lain, sedangkan 1 puskesmas tidak dilakukan intervensi karena ada kesulitan dalam pelaksanaannya.

2. Karakteristik Subjek Penelitian

Subjek penelitian pada penelitian ini adalah orang dengan skizofrenia (ODS) yang tidak dalam kondisi akut atau orang dengan skizofrenia yang sudah stabil di wilayah kerja Puskesmas Srandakan, Bantul; Puskesmas Tempel I, Sleman; Puskesmas Temon I, Kulon Progo; dan Puskesmas Playen II, Gunung Kidul yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel bisa mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal

sebelumnya. Berdasarkan perhitungan didapatkan jumlah subjek sebanyak 27 orang tetapi karena subjek penelitian melebihi jumlah yang telah ditentukan maka semua subjek yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi diikutsertakan dalam penelitian ini, yaitu sebanyak 28 orang. Karakteristik subjek penelitian terdapat dalam Tabel 2. dibawah ini.

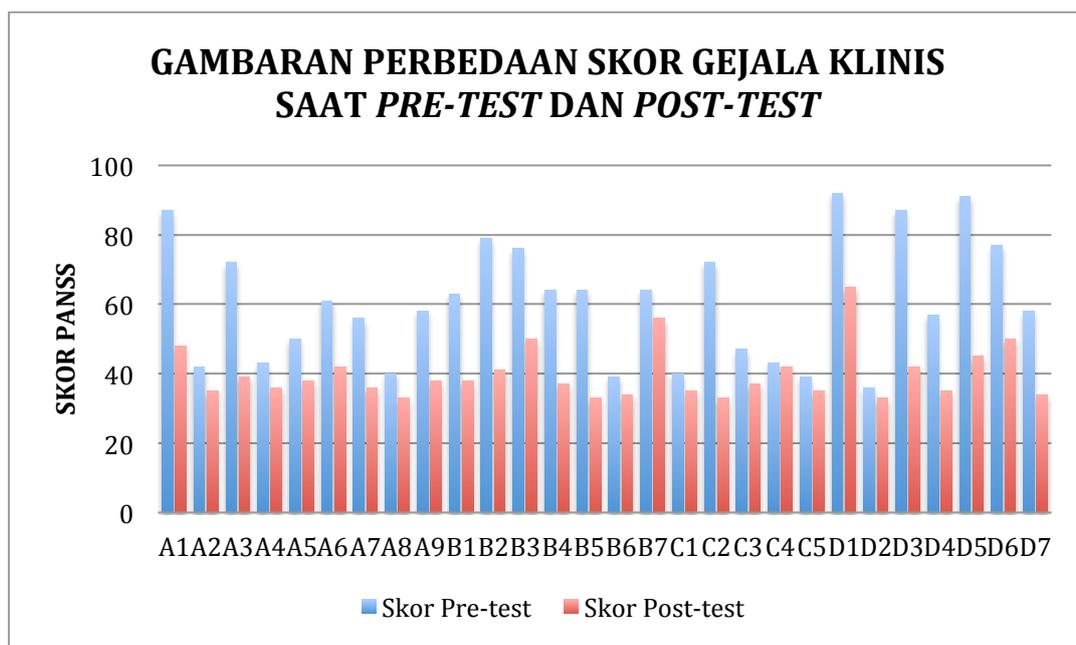
Tabel 2. Distribusi Data Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase
1. Jenis Kelamin		
Laki-laki	17	61%
Perempuan	11	39%
2. Usia		
18-25 tahun	1	4%
26-45 tahun	19	68%
46-60 tahun	8	29%
3. Pekerjaan		
Ibu Rumah Tangga	1	4%
Sektor Informal	8	29%
Wiraswasta	1	4%
Pengangguran	18	64%
4. Pendidikan		
Tidak tamat SD	3	11%
SD	6	21%
SMP	7	25%
SMA/STM/SMK	11	39%
Sarjana (S1)	1	4%
5. Status Pernikahan		
Belum menikah	13	46%
Menikah	12	43%
Cerai	3	11%
6. Lama Sakit		
< 1 tahun	1	4%
2-5 tahun	1	4%
5-10 tahun	8	29%
> 10 tahun	18	64%

Berdasarkan Tabel 2. diatas diketahui bahwa subjek penelitian berjenis kelamin pria lebih banyak dibanding subjek penelitian berjenis kelamin wanita. Usia subjek penelitian rata-rata berada pada rentang usia

dewasa atau paruh baya yaitu antara 26 sampai 45 tahun. Subjek penelitian mayoritas memiliki tingkat pendidikan akhir SMA atau sederajat. Sebagian besar subjek penelitian tidak memiliki pekerjaan atau pengangguran. Subjek penelitian yang masih lajang atau belum menikah dan yang sudah menikah memiliki presentase yang tidak jauh berbeda. Mayoritas subjek telah menderita skizofrenia selama lebih dari 10 tahun. Subjek penelitian adalah orang dengan skizofrenia yang tidak dalam kondisi akut yang meminum obat secara rutin.

3. Gejala Klinis Subjek Penelitian



Gambar 3. Grafik gambaran skor PANSS kelompok intervensi

Skor gejala klinis subjek penelitian diukur dengan menggunakan kuesioner yang sudah teruji validitasnya. Skor dihitung dengan *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) versi Bahasa Indonesia. Grafik diatas menunjukkan gambaran interpretasi hasil skoring gejala klinis

subjek penelitian yang diberi intervensi pelatihan keterampilan sosial berdasarkan klasifikasi skor PANSS versi Bahasa Indonesia. Klasifikasi skor gejala klinis tersebut dirangkum pada tabel dibawah ini.

Tabel 3. Gambaran perbedaan skor PANSS saat *pre-test* dan *post-test*

Klasifikasi	Jumlah Subjek Penelitian	
	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>
Sakit ringan (± 61)	19	28
Sakit sedang (± 78)	5	0
Terlihat nyata sakit (± 96)	4	0
Sakit berat (± 118)	0	0
Sakit sangat berat (± 147)	0	0

Tabel diatas menunjukkan semakin besar skor, maka semakin berat pula gejala klinis subjek penelitian tersebut. Perubahan skor menjadi semakin kecil menunjukkan gejala klinis subjek penelitian semakin berkurang. Sebelum dilakukan intervensi pada subjek penelitian, terdapat 19 subjek berada pada rentang skor sakit ringan (68%), 5 subjek berada pada rentang skor sakit sedang (18%), dan 4 subjek berada pada rentang skor terlihat nyata sakit (14%). Setelah dilakukan intervensi, kemudian gejala klinis subjek penelitian kembali dinilai dengan menggunakan PANSS (*post-test*) untuk melihat apakah ada perbaikan gejala klinis atau tidak. Hasil yang didapat menunjukkan terjadi penurunan hasil skor gejala klinis yang artinya terdapat perbaikan gejala klinis pada subjek penelitian. Seluruh subjek penelitian berada pada rentang skor sakit ringan, yang artinya terdapat perubahan bermakna pada gejala klinis subjek penelitian sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

4. Analisis Uji Statistik Komparatif

Analisa data menggunakan program SPSS diawali dengan melakukan uji normalitas yang fungsinya untuk mengetahui apakah data yang dimiliki terdistribusi normal atau tidak, sehingga setelah mengetahui distribusi datanya akan dapat ditentukan jenis uji hipotesis mana yang akan digunakan. Uji normalitas pada penelitian ini menggunakan metode analitik dengan parameter *Shapiro Wilk* karena jumlah sampel termasuk sampel kecil yaitu ≤ 50 sampel. Hasil yang diperoleh dari uji normalitas adalah sebagai berikut:

Tabel 4. Hasil uji normalitas menggunakan uji *Shapiro Wilk*

Uji <i>Shapiro Wilk</i>	Nilai Sig
<i>Pre-test</i>	0.085
<i>Post-test</i>	0.000

Berdasarkan teori, suatu data dikatakan terdistribusi normal jika nilai *Sig* $> 0,05$ (*P value* $> 0,05$), karena data yang didapatkan terdapat perbedaan pada hasil uji normalitas antara *pre test* dan *post test* yaitu data *pre test* terdistribusi normal sedangkan data *post test* tidak terdistribusi normal maka kesimpulan yang dapat ditetapkan pada uji normalitas ini adalah persebaran atau distribusi data dinyatakan tidak normal. Oleh karena data tidak terdistribusi normal, maka jenis uji hipotesis yang digunakan adalah uji hipotesis non parametrik yaitu *Wilcoxon Test*.

Tabel dibawah ini adalah hasil analisis data menggunakan uji *Wilcoxon Test* dari hasil *pre test* dan *post test* sebelum dan sesudah dilakukan intervensi:

Tabel 5. Hasil analisis uji *Wilcoxon Signed Rank Test*

Gejala Klinis	Nilai <i>Mean</i> (rerata)		Selisih	N	Sig
	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>			
Kelompok Intervensi	60.61±3.28	40.00±1,46	+20,61	28	0.000

Hasil uji analisis menggunakan *Wilcoxon Test* menunjukkan nilai *Sig* sebesar 0,000 (P value < 0,05) sehingga dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya terdapat perbedaan bermakna pada skor gejala klinis subjek penelitian setelah diberi intervensi berupa pelatihan keterampilan sosial atau dengan kata lain terdapat pengaruh pelatihan keterampilan sosial terhadap gejala klinis orang dengan skizofrenia.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Subjek Penelitian

Berdasarkan data karakteristik subjek penelitian diketahui bahwa subjek pria lebih banyak dibanding subjek wanita dengan presentase sebesar 61%, tetapi hal ini tidak berpengaruh terhadap angka kejadian skizofrenia karena prevalensi skizofrenia pada pria dan wanita adalah sama, namun lebih banyak ditemukan pada laki-laki (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Kao juga menyebutkan bahwa pasien perempuan mempunyai tingkat keparahan yang lebih rendah bila dibandingkan dengan laki-laki karena pengaruh dari efek protektif hormon estrogen (Kao & Liu, 2010). Usia subjek rata-rata berada pada rentang usia dewasa atau paruh baya yaitu antara 26 sampai 45 tahun yang

memiliki kemampuan fisik untuk mengikuti intervensi yang diberikan. Puncak awitan skizofrenia adalah antara usia 25 sampai 35 tahun, sedangkan onset sebelum usia 10 tahun atau lebih dari 60 tahun adalah sangat jarang (Sadock & Sadock, 2010).

Tingkat pendidikan subjek penelitian bervariasi yaitu dari tidak tamat SD sampai dengan tingkat sarjana. Mereka mayoritas memiliki tingkat pendidikan akhir SMA atau sederajat dengan presentase sebesar 39%. Faktor pendidikan akan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya (Wakhid, *et al.*, 2013). Tingkat pendidikan akan mempengaruhi tingkat pengetahuan dan perilaku kesehatan seseorang. Pendidikan yang telah ditempuh seseorang merupakan salah satu faktor yang akan mendukung kemampuan untuk menerima informasi, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin luas cara pandang dan cara berpikirnya dalam menghadapi suatu keadaan yang terjadi di sekitarnya (Handayani, 2001 dalam Ardianto, 2011). Hal ini sejalan dengan pendapat Notoatmodjo (2003) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Tingkat pengetahuan dan perilaku kesehatan dapat mempengaruhi pelaksanaan pelatihan keterampilan sosial serta kepatuhan pasien dalam minum obat yang hasil akhirnya diharapkan dapat menurunkan atau memperbaiki gejala klinis pasien baik gejala positif maupun gejala negatif.

Sebagian besar subjek penelitian tidak memiliki pekerjaan atau pengangguran dengan presentase sebesar 64%. Pekerjaan menjadi faktor predisposisi dari proses terjadinya gangguan jiwa. Status sosio ekonomi yang rendah akan lebih rentan dalam mengalami gangguan jiwa bila dibandingkan dengan status sosio ekonomi tinggi. Hal ini sama dengan penelitian Townsend yang menyatakan bahwa tingginya angka gangguan jiwa termasuk juga skizofrenia disebabkan oleh faktor sosio ekonomi yang rendah (Townsend, 2009). Sosial ekonomi rendah menjadi keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan pokok seperti nutrisi, kesehatan, kurangnya perhatian dalam pemecahan masalah sehingga dapat menimbulkan stress yang menimbulkan ketidakberdayaan (Mallet, 2002). Hal ini juga dikarenakan adanya stigma masyarakat bahwa orang dengan skizofrenia mempunyai kesan menakutkan dan tidak dapat sembuh secara sempurna. Dengan kondisi penyakitnya, orang dengan skizofrenia mengalami berbagai kemunduran dari berbagai aspek psikis yang menyebabkan mereka tidak mampu lagi melakukan dengan baik aktivitas kehidupan sehari-harinya, melakukan hubungan sosial dengan orang lain, dan melakukan tingkah laku yang berkaitan dengan pekerjaan (Kuntjoro, 1989). Dengan kondisi seperti ini mereka sulit untuk mendapatkan pekerjaan, sehingga banyak orang dengan skizofrenia yang tidak bekerja atau pengangguran.

Subjek penelitian yang lajang atau belum menikah dan yang sudah menikah memiliki presentase yang tidak jauh berbeda, masing-masing

sebesar 46% dan 43%. Adanya pasangan hidup akan memberikan motivasi dan dukungan kepada ODS untuk dapat sembuh dari sakitnya dengan meningkatkan kepatuhan minum obat dan juga dapat membantu mereka untuk membina dan mempertahankan hubungan sosial dengan orang lain yang nantinya diharapkan dapat memperbaiki gejala klinis ODS. Namun tidak sedikit orang dengan skizofrenia yang memilih untuk tidak menikah, hal ini berhubungan dengan kondisi penyakitnya, orang dengan skizofrenia tidak mampu melakukan hubungan sosial dengan baik karena kemunduran berbagai aspek psikis yang dialaminya sehingga mereka sulit untuk mendapatkan pasangan hidup (Kuntjoro, 1989).

Mayoritas subjek penelitian telah menderita skizofrenia selama lebih dari 10 tahun dengan presentase sebesar 64%, hal ini sesuai dengan sejumlah studi yang menunjukkan orang dengan skizofrenia yang selama periode 5 sampai 10 tahun setelah rawat inap psikiatrik yang pertama hanya sekitar 10-20% yang memiliki hasil akhir yang baik dan lebih dari 50% pasien memiliki hasil akhir yang buruk (Sadock & Sadock, 2010).

2. Gejala Klinis Orang Dengan Skizofrenia

Gejala klinis orang dengan skizofrenia pada penelitian ini adalah terdapat perbedaan yang signifikan antara gejala klinis sebelum dan sesudah dilakukan intervensi, yang hasil akhirnya setelah dilakukan *post test* didapatkan hasil yaitu seluruh subjek penelitian mengalami penurunan terhadap gejala klinisnya menjadi berada pada rentang skor sakit ringan. Gambaran gejala klinis orang dengan skizofrenia dikategorikan menjadi 5,

yaitu sakit ringan dengan skor ± 61 , sakit sedang dengan skor ± 78 , terlihat nyata sakit dengan skor ± 96 , sakit berat dengan skor ± 118 , dan sakit sangat berat dengan skor ± 147 .

Gejala klinis skizofrenia merupakan suatu keadaan dimana terdapat tanda-tanda timbulnya skizofrenia berdasarkan pengamatan dan penilaian klinik. Gejala klinis skizofrenia secara umum dibedakan menjadi gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif berhubungan dengan perilaku psikotik yang tidak terlihat pada waktu sehat. Menurut Hawari (2007) gejala positif dapat didefinisikan sebagai manifestasi dari perilaku abnormal atau adanya distorsi dari perilaku normal. Gejala positif skizofrenia meliputi delusi, waham, halusinasi, dan kekacauan berpikir. Gejala negatif berhubungan dengan gangguan emosional dan tingkah laku. Seperti yang diungkapkan oleh Hawari (2007) gejala negatif melibatkan adanya defisit dalam perilaku abnormal, misalnya dalam hal pembicaraan dan motivasi. Gejala negatif skizofrenia meliputi afek tumpul atau datar, pola pikir stereotipi, menarik diri dari lingkungan, sulit dalam berpikir abstrak, dan kebersihan diri yang kurang.

Gejala positif skizofrenia secara efektif dapat diturunkan dengan konsumsi obat-obatan psikofarmaka secara rutin. Namun, obat-obat psikofarmaka tersebut hanya efektif untuk memperbaiki gejala positif saja, tidak dapat mengatasi defisit fungsional pada gejala negatif skizofrenia. Untuk itu diperlukan suatu terapi berupa rehabilitasi sosial untuk memperbaiki gejala negatif skizofrenia (Dundu, 2010).

3. Pengaruh Pelatihan Keterampilan Sosial Terhadap Gejala Klinis Orang Dengan Skizofrenia di Komunitas

Berdasarkan uji hipotesis data menggunakan Uji Wilcoxon didapatkan nilai uji beda (signifikansi) dari gejala klinis penderita skizofrenia sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pelatihan keterampilan sosial yaitu 0,000 ($p < 0,05$) yang artinya pelatihan keterampilan sosial berpengaruh terhadap gejala klinis orang dengan skizofrenia.

Pelatihan keterampilan sosial merupakan metode penting dalam rehabilitasi penderita skizofrenia, yang bertujuan untuk meningkatkan kinerja sosial dan mengurangi tekanan dan kesulitan dalam fungsi sosial (Kopelowicz, *et al.*, 2003). Upaya perbaikan tingkah laku pasien skizofrenia yang hanya dilakukan dengan pengobatan medik tanpa ditindaklanjuti dengan rehabilitasi akan membuat pasien mengalami kekambuhan (Sumitra, *et al.*, 2014).

Pelatihan keterampilan sosial memberikan dukungan dan tuntunan dalam keterampilan, dukungan emosional, dorongan untuk beradaptasi pada kehidupan sehari-hari serta berkesadaran sosial yang bertujuan mempersiapkan diri penderita skizofrenia untuk kembali ke masyarakat (Dundu, 2010). Hal ini harus dilakukan secara terstruktur yang bertujuan untuk meningkatkan *insight* terstruktur bagi mereka yang mengalami defisit fungsi interpersonal dengan *insight* yang kurang terhadap situasi sosial (Heinssen, *et al.*, 2010). Defisit dalam keterampilan sosial misalnya

kurangnya spontanitas atau kejelasan dalam percakapan, gaya interaksi sosial, dan hubungan yang kurang baik dengan orang lain. Individu dengan defisit dalam keterampilan sosial merasa sulit untuk membangun dan memelihara hubungan sosial dan memenuhi peran sosial. Mereka mungkin juga merasa sulit memenuhi kebutuhan mereka, menyesuaikan, dan menjalani kehidupan sosial yang stabil di masyarakat (Bellack, *et al.*, 2004).

Pelatihan keterampilan sosial secara signifikan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sosial penderita skizofrenia, memperbaiki penyesuaian sosial mereka, dan mengurangi gejala negatif yang berkaitan dengan disfungsi sosial. Selain itu pelatihan keterampilan sosial juga bermanfaat dalam hal peningkatan kemampuan percakapan, interaksi dan ketegasan, pengurangan kecemasan sosial, serta peningkatan harga diri penderita skizofrenia (Yadav, 2015). Generalisasi keterampilan untuk digunakan dalam kehidupan sehari-hari terjadi ketika pasien diberi kesempatan, dorongan, dan penguatan untuk mempraktikkan keterampilan dalam situasi yang relevan (Kopelowicz, *et al.*, 2006).

Menurut Koujalgi *et al.* (2014) pelatihan keterampilan sosial lebih efektif untuk mengurangi gejala negatif yang terkait dengan disfungsi sosial pada pasien skizofrenia terutama alogia, apati, dan anhedonia. Gejala negatif pada ODS berhubungan dengan sifat kronis penyakitnya, depresi, ataupun isolasi sosial. Gejala tersebut dapat mengurangi motivasi dan energi pasien untuk bekerja sama dalam aktivitas sosial serta interaksi

dengan orang lain. Gejala negatif dapat diperbaiki dengan memberikan intervensi yang komprehensif seperti pelatihan keterampilan sosial. Pelatihan keterampilan sosial diperlukan untuk memfasilitasi dukungan sosial dan komitmen terhadap pengobatan untuk mencegah kekambuhan penyakit (Barzegar, *et al.*, 2016).

Berdasarkan analisa pengaruh pelatihan keterampilan sosial terhadap gejala klinis orang dengan skizofrenia didapatkan hasil bahwa pelatihan keterampilan sosial berpengaruh terhadap gejala klinis orang dengan skizofrenia karena hasil $p < 0,005$. Hal ini sesuai dengan penelitian Yadav (2015) yang menyatakan bahwa pelatihan keterampilan sosial secara signifikan dapat mengurangi gejala psikopatologi umum, gejala positif dan negatif, serta kecemasan dalam berinteraksi pada penderita skizofrenia. Selain itu, pelatihan keterampilan sosial juga dapat mengurangi kesulitan dalam situasi sosial yang selanjutnya dapat meningkatkan kinerja sosial dan harga diri penderita skizofrenia.

Penelitian yang serupa juga dilakukan oleh Woolfe (2010) yang menyatakan bahwa pelatihan keterampilan sosial dapat meningkatkan fungsi aktifitas sosial orang dengan skizofrenia diiringi dengan terapi medis yang efektif. Dengan meningkatnya fungsi sosial pada orang dengan skizofrenia maka mereka tidak akan menutup diri dan mudah bergaul dengan lingkungan sekitar serta dapat menjaga hubungan sosial dengan orang lain, sehingga mereka menjadi termotivasi untuk sembuh dan

meningkatkan kepatuhan minum obat yang hasil akhirnya dapat mengurangi gejala positif skizofrenia.

Sebelum Yadav (2015) dan Woolfe (2010), penelitian yang sama telah dilakukan terlebih dahulu oleh Dobson *et al.*, (1995) yang menyatakan bahwa pelatihan keterampilan sosial secara efektif dapat mengurangi gejala klinis pasien skizofrenia baik gejala positif maupun gejala negatif, tetapi pelatihan keterampilan sosial tampak lebih efektif dalam mengurangi gejala negatif skizofrenia.

Dalam penatalaksanaan skizofrenia dibutuhkan psikofarmaka untuk mengobati gejala-gejala yang ada (gejala positif), serta terapi psikososial dan rehabilitasi, disamping memberikan dukungan pada pasien dalam mengatasi penyakit, ketakutan, terisolasi, serta stigma yang sering muncul, juga membantu pasien dalam meningkatkan keterampilan dan kualitas hidup. Terapi psikososial dan rehabilitasi dapat dikategorikan sebagai target pengganti utama pada defisit fungsional melalui latihan-latihan intervensi, antara lain melalui pelatihan keterampilan sosial. Pelatihan keterampilan sosial merupakan salah satu bagian dari rehabilitasi sosial yang bermanfaat untuk memperbaiki hubungan dan fungsi sosial penderita skizofrenia. Kombinasi psikofarmaka dan pelatihan keterampilan sosial ini diharapkan dapat memperbaiki gejala klinis penderita skizofrenia secara menyeluruh baik gejala positif maupun gejala negatif yang nantinya dapat bermanfaat untuk meningkatkan kualitas hidup penderita skizofrenia dan mempersiapkan penderita skizofrenia untuk dapat berfungsi kembali

pada masyarakat (Dundu, 2010). Intervensi pelatihan keterampilan sosial harus diimplementasikan dalam perawatan rutin yang dikombinasikan dengan unsur perawatan komprehensif lainnya yaitu pengobatan psikofarmaka dan terapi psikososial lainnya.

C. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa masih terdapat beberapa hal yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini yaitu:

1. Keterbatasan jumlah sampel dikarenakan sulit untuk mencari responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi di komunitas.
2. Intervensi dilakukan dalam waktu singkat dengan pertimbangan kemampulaksanaan kegiatan oleh ODS dan TKSK di komunitas.
3. Hanya menggunakan kelompok perlakuan tanpa kelompok kontrol.