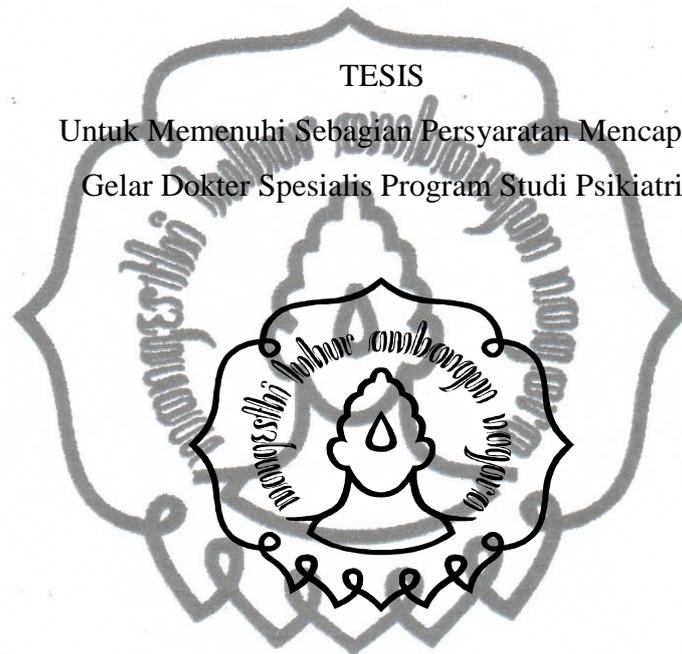


**KEEFEKTIFAN KONSELING EKLEKTIK UNTUK MENINGKATKAN
KAPASITAS FUNGSI SOSIAL DAN KUALITAS HIDUP
PASIEN SKIZOFRENIA DALAM REMISI
DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA**

**UJI VALIDITAS *THE SOCIAL AND OCCUPATIONAL FUNCTIONING
ASSESSMENT SCALE (SOFAS)***



TESIS

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai
Gelar Dokter Spesialis Program Studi Psikiatri

Oleh :

Henny Rosita

S5708004

Pembimbing :

Prof. Dr. H. Ibrahim Nuhriawangsa, SpKJ (K), SpS (K)

Prof. DR. Dr. H. Aris Sudiyanto, SpKJ (K)

PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SEBELAS MARET

SURAKARTA
commit to user
2011

TESIS

**KEEFEKTIFAN KONSELING EKLEKTIK UNTUK MENINGKATKAN
KAPASITAS FUNGSI SOSIAL DAN KUALITAS HIDUP
PASIEN SKIZOFRENIA DALAM REMISI
DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA**

**UJI VALIDITAS *THE SOCIAL AND OCCUPATIONAL FUNCTIONING
ASSESSMENT SCALE (SOFAS)***

Disusun oleh :

HENNY ROSITA

S5708004

Telah disetujui oleh tim pembimbing :

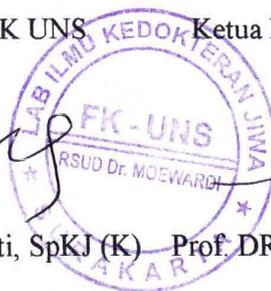
Pembimbing:	Tanda tangan	Tanggal
1. Prof. Dr. H. Ibrahim Nuhriawangsa, SpKJ (K), SpS (K)		16 Juli 2011
2. Prof. DR. Dr. H. Aris Sudiyanto, SpKJ (K)		16 Juli 2011

Telah diperiksa dan disetujui

Surakarta, 16 Juli 2011

Kepala Bagian Psikiatri FK UNS Ketua PPDS Psikiatri FK UNS

 
Dr. Hj. Mardiatmi Susilohati, SpKJ (K) Prof. DR. Dr. Aris Sudiyanto, SpKJ (K)



TESIS

**KEEFEKTIFAN KONSELING EKLEKTIK UNTUK MENINGKATKAN
KAPASITAS FUNGSI SOSIAL DAN KUALITAS HIDUP
PASIEN SKIZOFRENIA DALAM REMISI
DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA**

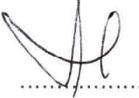
**UJI VALIDITAS *THE SOCIAL AND OCCUPATIONAL FUNCTIONING
ASSESSMENT SCALE (SOFAS)***

Disusun oleh :

Henny Rosita

S5708004

Telah disetujui oleh Tim Penguji

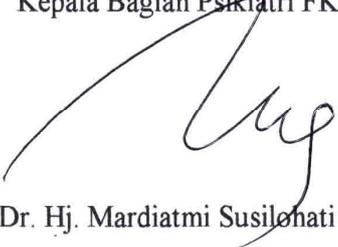
Penguji	TandaTangan	Tanggal
Prof. Dr. Fatimah Haniman, SpKJ(K)		30 Juli 2011
Dr. Teddy Hidayat, SpKJ(K)		30 Juli 2011
Prof. Ibrahim Nuhriawangsa dr.,SpS(K),SpKJ(K)		30 Juli 2011

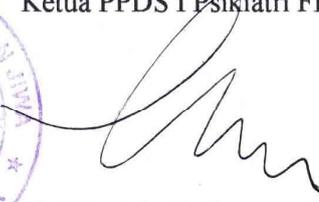
Mengetahui

Surakarta, 30 Juli 2011

Kepala Bagian Psikiatri FK UNS

Ketua PPDS I Psikiatri FK UNS


Dr. Hj. Mardiatmi Susilohati SpKJ(K)


Prof. DR. Aris Sudiyanto, dr., SpKJ(K)



DAFTAR ISI

	halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
DAFTAR ISI.....	iv
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR SINGKATAN KATA	x
DAFTAR SKEMA DAN TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
SURAT PERNYATAAN	xiii
ABSTRAK.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Landasan Teori.....	8
1. Skizofrenia	8
a. Definisi	8
b. Epidemiologi	8
c. Etiologi	10
d. Gambaran dan Perjalanan Klinis	12
e. Diagnosis	15
f. Penatalaksanaan.....	16
2. Kapasitas Fungsi Sosial	17
3. Kualitas Hidup	19
4. Konseling	20
a. Pengertian	20
b. Tujuan.....	21

	c. Teknik Konseling	23
	5. Konseling Eklektik	23
	a. Pengertian	23
	b. Tahapan Konseling.....	27
	6. Peran Konseling dalam Memperbaiki kapasitas Fungsi Sosial dan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia	29
	7. Instrumen Penelitian.....	30
	B. Kerangka Berpikir	36
	C. Hipotesis.....	37
BAB III	METODE PENELITIAN.....	38
	A. Jenis Penelitian	38
	B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	38
	C. Subjek Penelitian.....	38
	D. Teknik Pengambilan Sampel.....	39
	E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	39
	F. Besar sampel	40
	G. Uji Validitas dan Reliabilitas Skala SOFAS	41
	H. Identifikasi Variabel.....	44
	I. Definisi Operasional Variabel.....	44
	J. Instrumen Penelitian.....	46
	K. Kerangka Kerja Penelitian.	47
	L. Alur Prosedur Penelitian.	48
	M. Analisis Statistik.....	49
BAB IV	HASIL PENELITIAN.....	50
	A. Demografi Responden.....	50
	B. Uji Homogenitas skor Pre Test SOFAS, CGI-QL Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan.....	51
	C. Uji Hipotesis Penelitian.....	52
BAB V	PEMBAHASAN	58
	A. Pembahasan.....	58
	B. Keterbatasan Penelitian.....	61

BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN.....	62
	A. Kesimpulan	62
	B. Saran.....	62
DAFTAR PUSTAKA		67
LAMPIRAN		72



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan hasil penelitian ini dapat terlaksana.

Penelitian dengan judul **KEEFEKTIFAN KONSELING EKLEKTIK UNTUK MENINGKATKAN KAPASITAS FUNGSIONAL DAN KUALITAS HIDUP PASIEN SKIZOFRENIA DALAM REMISI DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA**, dilakukan karena pada pasien skizofrenia sering mengalami kegagalan dalam menjalankan fungsi sosial, menghadapi masalah yang berhubungan dengan ketrampilan interpersonal, kemampuan ketrampilan sosial yang buruk sehingga mereka mengalami isolasi sosial dan menyebabkan kualitas hidup mereka menjadi buruk. Oleh karena itu diperlukan suatu manajemen yang komperhensif pada pasien skizofrenia berdasarkan teori biopsikososial di mana selain terapi biologi dengan pendekatan khusus pada farmakoterapi diperlukan pula intervensi psikososial melalui pendekatan eklektik-holistik. Konseling eklektik sebagai salah satu bentuk terapi psikososial yang tidak berorientasi pada satu teori secara eksklusif, diharapkan dapat membantu pasien skizofrenia dalam memecahkan permasalahannya dan memperbaiki perilakunya sehingga dapat meningkatkan kapasitas fungsi sosial dan kualitas hidup pasien skizofrenia.

Penelitian ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat dalam kurikulum Program Pendidikan Dokter Spesialis Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.

commit to user

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. DR. Dr. H.M Fanani, SpKJ (K), Selaku Guru Besar dan PD III FK UNS, yang telah memberikan arahan dan bimbingan sehingga penyusunan tugas penelitian ini dapat terwujud.
2. Prof. Dr. Ibrahim Nuhriawangsa, SpS, SpKJ (K), selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, dan kritik membangun dalam perencanaan, pelaksanaan, dan penyusunan penelitian ini.
3. Prof. DR. Dr. Aris Sudyanto, SpKJ (K), selaku pembimbing dan Ketua Program Studi Bagian Psikiatri FK UNS yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, dan kritik membangun dalam perencanaan, pelaksanaan, dan penyusunan penelitian ini.
4. Prof. DR. Dr. M. Syamsulhadi, SpKJ (K), selaku Guru Besar di FK UNS Program Studi Psikiatri dan staf pengajar di bagian Psikiatri RSDM/FK UNS, yang telah memberi dorongan, arahan dan bimbingan sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.
5. Dr. Mardiatmi Susilohati, SpKJ (K), selaku Kepala Bagian Psikiatri RSDM/FK UNS yang telah memberikan ijin dan saran sehingga penelitian ini terwujud.
6. Seluruh staf pengajar psikiatri FK UNS/RSUD Dr Moewardi : Dr. Yusvick M. Hadin, SpKJ, Dr. A. Joko Suwito, SpKJ, Dra.. Makmuroh, MS, Dr. Gusti Ayu Maharatih, SpKJ, Dr. Indro Nugroho, SpKJ dan Dr. Debree Septiawan, SpKJ yang telah memberikan dorongan, bimbingan, fasilitas,

commit to user

dan bantuan dalam segala bentuk, sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.

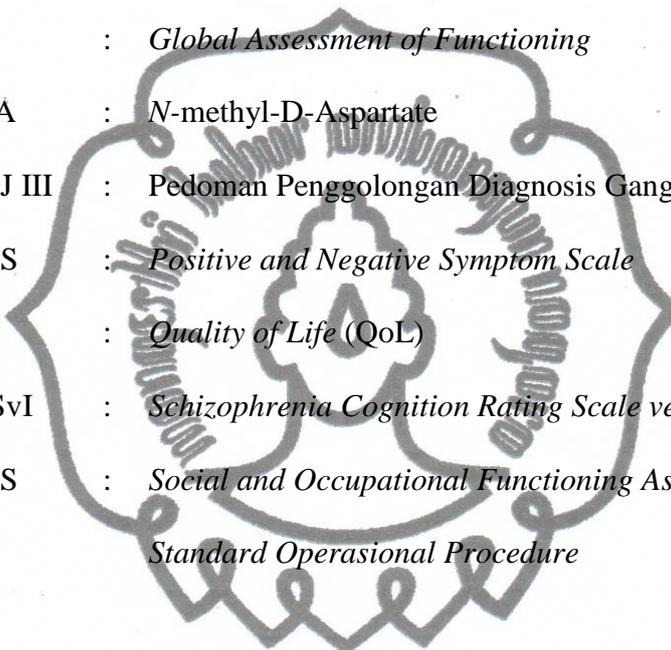
7. Direktur dan segenap staf Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, yang telah memberi kesempatan dan membantu selama penulis melakukan penelitian.
8. Kepada yang tercinta Ibunda Almarhumah Nasriyah dan ayahanda Masruri MK, suamiku, Aprianto Edy Winarto, SH dan putera-puteriku terkasih: Oryza Sativa Meiapta dan Raihan Daffa Al Ghiffary yang memberikan semangat, dorongan, pengertian serta doa pada penulis baik dalam menjalani pendidikan maupun dalam penelitian ini.
9. Rekan-rekan residen psikiatri FK UNS yang telah banyak membantu memberikan sumbang saran dalam penyusunan tesis ini, dan membantu penulis selama penulis menjalani pendidikan spesialisasi.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, yang telah membantu penulis selama menjalani pendidikan maupun dalam penelitian ini.

Penulis menyadari, bahwa masih banyak kekurangan dalam penelitian ini, Karenanya penulis sangat mengharapkan kritik dan saran membangun. Semoga apa yang penulis sampaikan dalam penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi banyak pihak, khususnya yang berkecimpung dalam bidang psikiatri.

Surakarta, 09 Juni 2011

Penulis

commit to user

DAFTAR SINGKATAN KATA

APA	:	<i>American Psychiatric Association</i>
BPRS	:	<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>
CGI-QL	:	<i>Clinical Global Impression for Quality of Life</i>
ECA	:	<i>Epidemiological Catchment Area</i>
GAF	:	<i>Global Assessment of Functioning</i>
NMDA	:	<i>N-methyl-D-Aspartate</i>
PPDGJ III	:	<i>Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III</i>
PANSS	:	<i>Positive and Negative Symptom Scale</i>
QoL	:	<i>Quality of Life (QoL)</i>
ScoRSvI	:	<i>Schizophrenia Cognition Rating Scale versi Indonesia</i>
SOFAS	:	<i>Social and Occupational Functioning Assessment Scale</i>
SOP	:	<i>Standard Operasional Procedure</i>

DAFTAR SKEMA DAN TABEL

		Halaman
Skema 1	Kerangka Pikir Penelitian	38
Skema 2	Kerangka Kerja Penelitian	49
Skema 3	Alur Prosedur Penelitian	50
Tabel 1	Karakteristik demografis kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	50
Tabel 2	Uji Homogenitas skor <i>Pre Test</i> SOFAS, CGI-QL Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan.....	54
Tabel 3	Korelasi instrumen SOFAS dengan GAF.....	55
Tabel 4	Uji Reliabilitas SOFAS	56
Tabel 5	Skor <i>Pre-post Test</i> SOFAS, CGI-QL pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan	57
Tabel 6	Skor <i>Post Test</i> SOFAS, CGI-QL pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan.....	58
Tabel 7	Nilai Delta SOFAS dan CGI-QL	58
Grafik 1	Nilai Delta SOFAS.....	59
Grafik 2	Nilai Delta CGI-QL.....	59

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Persetujuan Penelitian
- Lampiran 2. Data peserta penelitian
- Lampiran 3. Kusioner SOFAS
- Lampiran 4. Kuesioner CGI-QL
- Lampiran 5. Kuesioner ScoRSvI
- Lampiran 6. Kuesioner Dukungan Keluarga
- Lampiran 7. Berita Acara Validasi SOFAS
- Lampiran 8. Pedoman Konseling Eklektik
- Lampiran 9. Data Penelitian dan Hasil Analisis Statistik



SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah in :

Nama : Henny Rosita

NIM : S5708004

Status : Peserta Pendidikan Dokter Spesialis I Psikiatri FK UNS

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis berjudul “KEEFEKTIFAN KONSELING EKLEKTIK UNTUK MENINGKATKAN KAPASITAS FUNGSI SOSIAL DAN KUALITAS HIDUP PASIEN SKIZOFRENIA DALAM REMISI DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA” adalah benar-benar karya saya sendiri. Hal-hal yang bukan karya saya dalam tesis ini diberi tanda citasi dan ditunjukkan dalam kepustakaan.

Apabila di kemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan tesis dan gelar saya yang saya peroleh dari tesis saya tersebut.

Surakarta, Juni 2011

Yang membuat pernyataan,

Henny Rosita

ABSTRAK

Henny Rosita, S5708004. 2011. *Keefektifan Konseling Eklektik untuk Meningkatkan Kapasitas Fungsi Sosial dan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia dalam Remisi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta - Uji Validitas the Social and Occupational functioning Assessment Scale (SOFAS)*. Tesis : Program Pendidikan Dokter Spesialis Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keefektifan konseling eklektik dalam meningkatkan kapasitas fungsi sosial dan kualitas hidup pasien skizofrenia dan untuk mengetahui validitas dan Reliabilitas instrumen SOFAS dalam mengukur kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia.

Penelitian Keefektifan Konseling Eklektik untuk Meningkatkan Kapasitas Fungsi Sosial dan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia di rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta adalah penelitian eksperimental dengan rancangan *double blind randomized controlled trial* yang mengambil lokasi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. Sampel pada penelitian ini adalah pasien skizofrenia di poliklinik rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, pengambilan sampel secara *purposive sampling*, analisis datanya menggunakan uji t tidak berpasangan. Sedangkan uji validitas *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)* menggunakan rancangan *cross sectional* dan pengambilan sampelnya secara *quota sampling*, analisis datanya menggunakan *uji korelasi Pearson product moment*.

Setelah dilakukan analisis diperoleh kesimpulan bahwa konseling eklektik efektif meningkatkan kapasitas fungsi sosial dan kualitas hidup pasien skizofrenia, instrumen SOFAS valid dan reliabel untuk mengukur kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia

ABSTRACT

Henny Rosita, S5708004. 2011. Effectiveness of Eclectic Counseling to Improve Social Capacity Functioning and Quality of Life in Schizophrenia Patients in Remission in the Regional Mental Health Hospital Surakarta - Validity Test of the Social Functioning and Occupational Assessment Scale (SOFAS). Thesis: Participant of Psychiatry Specialistic Doctor Education Program, Faculty of Medicine Sebelas Maret University/Muwardi Hospital.

This study aims to determine the effectiveness of eclectic counseling in enhancing the capacity of social functioning and quality of life of patients with schizophrenia and to determine the validity and reliability SOFAS instrument for measuring the capacity of social functioning of patients with schizophrenia. The Research of Effectiveness of Eclectic Counseling to Improve the Capacity of Social Functioning and Quality of Life in Schizophrenia Patients in Remission in the Regional Mental Health Hospital Surakarta is an experimental research design with a double-blind randomized controlled trial which took place in Regional Mental Health Hospital Surakarta. The sample in this study were patients with schizophrenia in the outpatient clinic of the Regional Mental Health Hospital Surakarta, sampling by purposive sampling, data analysis using unpaired t test. While testing the validity of the Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) using cross sectional design and sample making in quota sampling, data analysis is using Pearson product moment correlation test. After analysis we concluded that eclectic counseling is effective to increase the capacity of social functioning and quality of life of patients with schizophrenia, SOFAS valid and reliable instrument to measure the capacity of social functioning of schizophrenia patients

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat dengan tanda dan gejala yang beraneka ragam, baik dalam derajat maupun jenisnya dan seringkali ditandai suatu perjalanan kronik dan berulang. Prevalensi pasien skizofrenia pada populasi umum hampir sama di berbagai negara yaitu berkisar 1% dan dapat ditemukan pada semua lapisan sosial, pendidikan, ekonomi dan ras di seluruh dunia (Canavan, 2000; Kaplan dan Sadock, 2007).

Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa yang sering dijumpai adanya hendaya nyata pada taraf kemampuan fungsional sebelumnya, yang dapat terlihat dalam bidang pekerjaan, hubungan sosial dan kemampuan merawat dirinya sendiri dan bidang lainnya (Bentsen, 2001; Lefley, 2001; Kaplan dan Sadock, 2007). Pada sebuah penelitian khusus yang dilakukan di enam negara-negara di Eropa, didapatkan lebih dari 80 % pasien skizofrenia dewasa mengalami masalah yang menetap dengan fungsi sosial (Hunter dan Barry, 2010.) Gangguan fungsi sosial merupakan karakteristik penting dan mendasar yang menyebabkan pasien skizofrenia tidak mampu menyesuaikan diri dengan kehidupan sehari-hari. Banyak pasien skizofrenia yang sangat sedikit terlibat dalam perilaku sosial, cenderung terisolasi, dan lebih terlibat dengan fantasi dan impian-impian (Ambarini, 2007).

Selain mengalami kegagalan dalam menjalankan fungsi sosial, pasien skizofrenia juga menghadapi masalah yang berhubungan dengan ketrampilan interpersonal, kemampuan ketrampilan sosial yang buruk dan mengalami defisit fungsi kognitif sehingga akhirnya mereka mengalami isolasi sosial dan menyebabkan kualitas hidup mereka menjadi buruk (Bustillo *et al.*, 2000).

Dalam hubungan interpersonal, pasien skizofrenia sering menemukan masalah penarikan diri dan tidak berminat berhubungan dengan orang lain. Pasien skizofrenia juga memiliki harga diri yang rendah dan menganggap dirinya tidak mampu mencapai harapan keluarga dan masyarakat. Ketidakmampuan mempertahankan pekerjaan, hidup mandiri, perkawinan dan merawat diri akan berkontribusi pada harga diri yang semakin rendah. Pengalaman kegagalan yang berulang dan ketidakmampuan memenuhi harapan teman dan keluarga membuat pasien skizofrenia takut mencoba kesempatan yang ada dan tidak mau berinisiatif untuk melakukan sesuatu yang baru (Bentsen, 2001; Irawati, 2002). Kondisi tersebut dapat menimbulkan isolasi sosial, kegagalan dalam menjalankan peran sosial, kecemasan dan maladaptif dalam menghadapi masalah (Surilena, 2005).

Berbagai penelitian yang dilakukan terhadap masalah skizofrenia menunjukkan bahwa gejala-gejala gangguannya dan hendaya pada fungsi sosialnya berdampak pada kualitas hidup mereka serta menyebabkan beban bagi kehidupan sebagian besar anggota keluarga yang merawat pasien skizofrenia (Harvey dan Fielding, 2003 ; Reine, 2003). Ditemukan bukti adanya penurunan tingkat kualitas hidup pasien skizofrenia dibandingkan dengan populasi umum (Bobes dan Carcia-Portilla, 2006; Evans *et al.*, 2007)

Penurunan pada fungsi sosial, perawatan diri dan fungsi pekerjaan menjadi kriteria untuk mendiagnosis skizofrenia pada berbagai sistem diagnostik. Sebagai konsekuensinya, perbaikan perilaku sosial pasien skizofrenia menjadi target kunci dari tehnik-tehnik rehabilitasi psikiatri (Tores *et al*, 2002). Dan perbaikan tingkat kualitas hidup pasien skizofrenia ditekankan dalam pedoman praktek klinis di seluruh dunia (APA, 2004).

Oleh karena itu diperlukan suatu manajemen yang bersifat komperhensif pada pasien skizofrenia berdasarkan teori biopsikososial. Dengan kata lain, selain terapi biologi dengan pendekatan khusus pada farmakoterapi maka diperlukan juga intervensi psikososial melalui pendekatan eklektik-holistik (Irawati, 2002; Kaplan dan Sadock, 2007). Meskipun antipsikotik merupakan inti pengobatan pasien skizofrenia, namun beberapa penelitian menunjukkan bahwa intervensi psikososial dapat memperkuat perbaikan klinis pasien skizofrenia. Kombinasi obat antipsikotik dengan terapi psikososial lebih menguntungkan bagi pasien skizofrenia daripada terapi tunggal (Andreasen, 2001; Kaplan dan Sadock, 2007). Terapi psikososial bertujuan memulihkan kembali kemampuan adaptasi sehingga yang bersangkutan dapat kembali berfungsi secara wajar dalam kehidupan sehari-hari di lingkungan pergaulan sosialnya. Terapi psikososial berbeda-beda bagi masing-masing individu, tergantung dari jenis gangguan dan jenis stresor sosialnya (Hawari, 2002).

Hasil penelitian yang dilakukan di Hunan, Cina pada pasien skizofrenia yang mendapat psikofarmaka dikombinasikan dengan terapi psikososial terjadi perbaikan pada tilikan, fungsi sosial dan peningkatan kualitas hidup yang lebih

baik daripada pasien skizofrenia yang hanya mendapat terapi psikofarmaka saja (Guo *et al.*, 2010).

Konseling eklektik sebagai salah satu bentuk terapi psikososial yang tidak berorientasi pada satu teori secara eksklusif, tetapi justru mempelajari berbagai teori dan menerapkannya sesuai dengan keadaan dan perkembangan masalah pasien, merupakan pendekatan konseling integratif yang menerapkan strategi penanganan secara cermat dan tepat terhadap permasalahan yang berbeda pada setiap pasien dalam mencapai dan memelihara kemungkinan tertinggi dari level integrasinya yang ditandai oleh adanya aktualisasi diri dan integritas yang memuaskan. Untuk mencapai tujuan yang ideal itu maka pasien perlu dibantu untuk menyadari sepenuhnya situasi masalahnya, mengajari pasien secara sadar dan intensif memiliki latihan pengendalian di atas masalah tingkah laku (Latipun, 2008; Mappiare, 2010; Hayat, 2010).

Dengan konsep pendekatan konseling eklektik tersebut diharapkan dapat membantu pasien skizofrenia dalam memecahkan permasalahannya, memperbaiki perilakunya serta membantu memulihkan kembali kemampuan adaptasi sehingga dapat meningkatkan kapasitas fungsi sosial dan kualitas hidup pasien skizofrenia. Selain itu menurut pengetahuan penulis, belum ada publikasi di Indonesia tentang penelitian konseling eklektik untuk meningkatkan kapasitas fungsi sosial dan kualitas hidup pasien skizofrenia.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis melakukan penelitian tentang Keefektifan Konseling Eklektik untuk Meningkatkan Kapasitas Fungsi

Sosial dan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah surakarta.

Dan untuk menilai kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia dibutuhkan suatu instrumen yang dapat digunakan selain untuk menilai tingkat fungsi sosial pasien, juga untuk menilai perubahan hasil terapi dan prognosis penyakitnya. *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) adalah salah satu skala penilaian yang dikembangkan *American Psychiatric Association* (APA) yang berfokus secara khusus pada kapasitas fungsi sosial dan pekerjaan pasien. Dibandingkan *Global Assessment of Functioning* (GAF) Scale, kelebihan SOFAS adalah menilai tingkat fungsi sosial dan pekerjaan tidak terpisah dari gejala psikologis yang diakibatkan oleh gangguan medis umum. Jadi untuk menilai SOFAS, penurunan nilai harus merupakan konsekuensi langsung dari masalah kesehatan fisik dan mental (Lindenmayer, 2008). Menurut pengetahuan penulis SOFAS versi Indonesia sampai saat ini belum pernah dipublikasikan sehingga penulis merasa perlu untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas untuk mengetahui apakah instrumen tersebut valid dan reliabel digunakan di Indonesia?

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka masalah dari penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Apakah *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) versi Indonesia valid dan reliabel digunakan untuk menilai kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia di Indonesia?

commit to user

2. Apakah konseling eklektik efektif meningkatkan kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia?
3. Apakah konseling eklektik efektif meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui apakah SOFAS versi Indonesia valid dan reliabel menilai kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia di Indonesia.
2. Untuk mengetahui keefektifan konseling eklektik dalam meningkatkan kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
3. Untuk mengetahui keefektifan konseling eklektik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis :
 - a. Dapat menambah khasanah pengetahuan tentang instrumen untuk menilai kapasitas fungsi sosial pada pasien skizofrenia
 - b. Memperluas dan memperdalam bidang kajian psikiatri khususnya tentang pengaruh konseling eklektik dalam meningkatkan kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia.

- c. Memperluas dan memperdalam bidang kajian psikiatri khususnya tentang pengaruh konseling eklektik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia.
- d. Dapat menjadi landasan penelitian selanjutnya tentang konseling pada pasien yang mengalami gangguan jiwa pada umumnya dan pasien skizofrenia pada khususnya.

2. Manfaat praktis

- a. Bila terbukti valid dan reliabel, SOFAS dapat digunakan sebagai alat ukur untuk menilai kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia.
- b. Penelitian ini dapat digunakan untuk mengetahui seberapa besar keefektifan konseling terhadap peningkatan kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia.
- c. Dapat digunakan untuk mengetahui seberapa besar keefektifan konseling terhadap peningkatan kualitas hidup pasien skizofrenia.
- d. Memberikan keuntungan dalam hal penatalaksanaan multidimensional pada pasien skizofrenia di masa mendatang.
- e. Apabila konseling eklektik terbukti efektif dalam meningkatkan kapasitas fungsi sosial dan kualitas hidup pasien skizofrenia, diharapkan dapat digunakan dalam penyusunan *Standard Operasional Procedure* (SOP) untuk penatalaksanaan pasien skizofrenia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizein* yang berarti terpisah atau pecah dan *phren* yang artinya jiwa. Menurut Eugen Bleuler, skizofrenia adalah suatu gambaran jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau ketidak harmonisan antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan (Maramis, 2009).

Dalam PPDGJ III skizofrenia diartikan sebagai suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab yang banyak belum diketahui dan perjalanan penyakit yang luas namun tidak selalu bersifat kronik, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya (Direktorat Jendral Pelayanan Medik, 1993).

b. Epidemiologi

Skizofrenia adalah masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia yang paling banyak menimbulkan beban personal dan ekonomi. Skizofrenia diderita oleh kurang lebih 1% populasi dunia. Jika spektrum skizofrenia dimasukkan dalam perkiraan prevalensi, maka jumlah individu penderita menjadi sekitar 5% (Buchanan dan Carpenter, 2005).

commit to user

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang multidimensional, mencakup banyak akibat yang mengakibatkan hendaya pada tingkah laku, persepsi, proses berpikir, emosi, neurokognisi serta hendaya psikososial. Menurut penelitian *Epidemiological Catchment Area (ECA)* prevalensi seumur hidup skizofrenia sekitar 1,3% dan biasanya mulai menyerang usia 20 tahunan yang memberi dampak tidak dapat pulih kembali seperti awal kehidupan remaja, hambatan di sekolah, kehilangan kesempatan untuk mendapat pekerjaan serta kemampuan berkeluarga ataupun mempunyai keturunan (O'Leary dkk *cit.*, Meyer dan Nasrallah, 2003; Syamsulhadi, 2004).

Beberapa penelitian yang melibatkan survey berulang terhadap populasi yang sama selama 10 tahun lebih, mayoritas memperkirakan prevalensi berada di kisaran 2,4 hingga 6,7 tiap 1000 populasi berisiko di negara maju dan di kisaran 1,4 hingga 6,8 tiap 1000 populasi berisiko di negara berkembang (Taminga, 2009)

Insidensi skizofrenia pada pria sedikit lebih besar dibandingkan pada wanita. Terdapat insidensi skizofrenia yang lebih besar di daerah urban dibandingkan rural. Derajat keparahan skizofrenia lebih besar di negara maju, dibandingkan negara sedang berkembang (Buchanan dan Carpenter, 2005).

Di Indonesia laporan Departemen Kesehatan tahun 2001 diperkirakan satu di antara empat-lima penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa atau berarti 200-250 per 1000 penduduk indonesia menderita

gangguan jiwa, mulai dari gangguan jiwa ringan hingga berat. Prevalensi ini jauh lebih tinggi dari yang ditetapkan WHO yang hanya 1-3 per 1000 penduduk (Hasanat dkk, 2004).

c. Etiologi

Hingga saat ini belum diketahui etiologi pasti skizofrenia. Masalah konseptual penting dalam etiologi skizofrenia adalah, apakah skizofrenia merupakan gangguan *neurodevelopmental* atau neurodegeneratif (Murray dan Bramon, 2005).

Beberapa faktor yang diduga berperan dalam etiologi skizofrenia dijelaskan oleh Kaplan dan Sadock (2007) sebagai berikut:

1) Model *diatesis-stress*

Suatu model untuk integrasi faktor biologis dan faktor psikososial dan lingkungan adalah model *diatesis-stress*. Model ini merumuskan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (*diatesis*) yang jika dikenai oleh suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stres akan memungkinkan perkembangan gejala skizofrenia.

2) Faktor biologis

Semakin banyak penelitian telah melibatkan peranan patofisiologis untuk daerah tertentu di otak termasuk sistem limbik, korteks frontalis dan ganglia basalis. Ketiga daerah tersebut saling berhubungan sehingga disfungsi pada salah satu daerah tersebut mungkin

melibatkan patologi primer di daerah lainnya sehingga menjadi suatu tempat potensial untuk patologi primer pasien skizofrenia.

3) Genetika

Penelitian klasik awal tentang genetika dari skizofrenia dilakukan di tahun 1930-an yang menemukan bahwa seseorang kemungkinan menderita skizofrenia jika anggota keluarga lainnya juga menderita skizofrenia adalah berhubungan dengan dekatnya hubungan persaudaraan tersebut.

4) Faktor psikososial

Klinisi harus mempertimbangkan faktor psikologis yang dapat mempengaruhi skizofrenia karena para ahli telah membuktikan bahwa terapi obat saja tidak cukup untuk mendapatkan perbaikan klinis yang maksimal. Secara historis telah diperdebatkan bahwa suatu faktor psikososial secara langsung dan secara kausatif berhubungan dengan perkembangan skizofrenia.

5) Faktor biokimia (Taminga, 2009; Maramis, 2009)

Aktivitas dopamin yang berlebihan dianggap berkaitan dengan gejala positif pada skizofrenia. Hal ini didukung oleh temuan bahwa amfetamin yang kerjanya meningkatkan pelepasan dopamin dapat menginduksi psikosis yang mirip skizofrenia. Ini digunakan sebagai dasar dalam observasi farmakologi bahwa dengan blokade reseptor dopamin subtipe 2 (D2) dapat menurunkan gejala gejala psikotik. Meskipun dopamin adalah neurotransmitter yang mendapat sebagian

besar perhatian dalam penelitian skizofrenia, ada beberapa bukti yang melibatkan neurotransmitter lain seperti serotonin, norepinefrin, dan asam amino dalam patofisiologi skizofrenia. Aktivitas serotonin yang berlebihan dianggap mendasari munculnya gejala-gejala positif dan negatif. Sedangkan pemakaian antagonis reseptor *N*-methyl-D-Aspartate (NMDA) seperti phencyclidine dan ketamin menimbulkan sindrom yang tidak berbeda dengan skizofrenia.

d. Gambaran dan Perjalanan Klinis

Skizofrenia adalah penyakit kronis dengan gejala yang heterogen. Menurut penelitian psikopatologi pada skizofrenia dapat digolongkan menjadi tiga, yaitu gejala positif, gejala negatif, dan disorganisasi. Gejala positif meliputi halusinasi, waham, gaduh gelisah, dan perilaku aneh atau bermusuhan. Gejala negatif meliputi afek tumpul/datar, menarik diri, motivasi turun, kontak sosial miskin (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis dan sulit berpikir abstrak. Gejala disorganisasi meliputi disorganisasi pembicaraan, disorganisasi tingkah laku, gangguan pemusatan perhatian, dan gangguan pengolahan informasi (Kirkpatrick dan Tek, 2005). Untuk membedakan skizofrenia gejala positif menonjol atau skizofrenia gejala negatif menonjol dapat digunakan *Positive and Negative Symptom Scale* (PANSS).

Perjalanan klinis gangguan skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan, meliputi beberapa fase, dimulai dari keadaan premorbid

(sebelum sakit), prodromal (awal sakit), fase aktif, dan keadaan residual (sisa) (Kaplan dan Sadock, 2007) :

1) Fase premorbid

Riwayat premorbid khas pada skizofrenia adalah mereka sebelum sakit memiliki ciri atau gangguan kepribadian tertentu, yakni skizoid, skizotipal, paranoid, dan ambang (Kirkpatrick dan Tek, 2005).

2) Fase prodromal

Awitan biasanya dimulai dengan fase prodromal dengan ciri adanya penarikan diri pada lingkungan sosial, perubahan tingkah laku serta emosi, perburukan pada perawatan diri, serta ide yang tidak lazim. Fase ini berlangsung berbulan-bulan bahkan kadangkala menahun oleh karena kadang kala fase tidak terdeteksi disebabkan berbagai hal, seperti tidak adanya gejala yang khas untuk skizofrenia, dan tanda serta gejala ini bisa berubah-ubah dari waktu ke waktu (Andreasen dan Black, 2001; Sudyanto, 2004).

Yang dimaksud dengan prodromal adalah tanda dan gejala awal suatu penyakit. Untuk kepentingan deteksi dini, pemahaman terhadap fase prodromal menjadi sangat penting karena dapat memberi kesempatan atau peluang yang lebih besar untuk mencegah berlarutnya gangguan, disabilitas, dan memberi kemungkinan kesembuhan yang lebih besar jika diberi terapi yang tepat. Tanda dan gejala prodromal skizofrenia berupa anxietas, depresi, keluhan somatik, perubahan perilaku, dan timbulnya minat baru yang tidak lazim. Gejala prodromal

tersebut dapat berlangsung beberapa bulan atau beberapa tahun sebelum diagnosis pasti skizofrenia ditegakkan. Keluhan kecemasan dapat berupa perasaan khawatir, was-was, tidak berani sendiri, takut keluar rumah, dan merasa diteror. Keluhan somatik dapat berupa nyeri kepala, nyeri punggung, kelemahan, atau gangguan pencernaan. Perubahan minat, kebiasaan, dan perilaku dapat berupa pasien mengembangkan gagasan abstrak, filsafat, dan keagamaan. Munculnya gejala prodromal ini dapat terjadi dengan atau tanpa pencetus, misalnya trauma emosi, frustrasi karena permintaannya tidak terpenuhi, penyalahgunaan zat, atau separasi dengan orang yang dicintai (Kirkpatrick dan Tek, 2005).

3) Fase aktif

Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinik, yakni kekacauan alam pikir, perasaan, dan perilaku. Penilaian pasien terhadap realita mulai terganggu dan pemahaman dirinya buruk atau bahkan tidak ada (Sudiyanto, 2004). Pada fase ini diagnosis skizofrenia dapat ditegakkan. Gejala skizofrenia secara garis besar dibagi menjadi dua : yaitu gejala positif yang berupa waham, halusinasi, kekacauan pikiran, gaduh gelisah dan perilaku aneh atau permusuhan; dan gejala negatif berupa penumpulan afek atau mendatar, menarik diri, kontak emosional yang berkurang, pasif, apatis atau acuh tak acuh serta kehilangan kehendak (Andreasen dan Black, 2001; Sudiyanto, 2004).

4) Fase residual

Fase stabil atau residual muncul setelah fase akut atau setelah terapi dimulai. Gambaran fase ini sering menyerupai gejala prodromal, dan sering disertai beberapa gejala psikotik yang lemah atau residual. Sering dijumpai pula penumpulan atau pendataran emosi dan hendaya fungsi sosial (Jones dan Buckley, 2005).

Fase residual ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia dan hanya tersisa beberapa gejala, misalnya penarikan diri, hendaya fungsi peran, hendaya perawatan diri, afek tumpul atau mendatar (Andreasen dan Black, 2001; Herz dan Marder *cit.*, Sudiyanto, 2004).

e. Diagnosis

Pedoman diagnosis skizofrenia menurut PPDGJ III adalah sebagai berikut (Direktorat Jendral Pelayanan Medik, 1993) :

- i. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala kurang tajam/jelas)
 - *Thought of echo, thought insertion or withdrawal, thought broadcasting, Delusion of being control, Delusion of influence, Delusion of passivity, Delusion of perception*
 - Halusinasi auditorik yang berkomentar terus menerus terhadap perilaku pasien, mendiskusikan perihal pasien di antara mereka

sendiri, dan jenis halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh

- Waham menetap jenis lain yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar atau sesuatu yang mustahil

ii. Atau paling sedikit dua gejala di bawah ini yang harus ada secara jelas

iii. Adanya gejala-gejala khas tersebut telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih

iv. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari berberapa aspek perilaku pribadi (*personal behaviour*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.

f. Penatalaksanaan

Pemulihan pasien skizofrenia memerlukan pengobatan jangka panjang, berkelanjutan dan menyeluruh, meliputi aspek biopsikosial secara bersama. Konsep tiga roda ini mutlak diperhatikan dalam seluruh tahapan perjalanan skizofrenia, terutama dalam proses pemulihan (Irmansyah, 2004).

Pendekatan biopsikosial bertujuan memberikan penatalaksanaan secara komprehensif kepada pasien skizofrenia. Terapi biologik meliputi pengobatan dengan obat-obat psikofarmaka, terapi kejang listrik, dan terapi biologik yang lainnya. Terapi biologik dapat didefinisikan sebagai suatu usaha memodifikasi atau mengoreksi perilaku, pikiran, atau mood yang

patologis dengan zat kimia atau cara fisik yang lain. Meskipun pengetahuan tentang otak dan manifestasinya terhadap gangguan mental belum dimengerti secara menyeluruh, tetapi bukti-bukti empiris menunjukkan keefektifan terapi biologis terhadap kondisi psikopatologis tertentu (Kaplan dan Sadock, 2007).

Terapi psikologik (psikoterapi dan konseling) telah mulai dikembangkan sejak Sigmund Freud menggunakan teknik asosiasi bebas sebagai teknik dalam psikoanalisis untuk pasien gangguan jiwa (Kaplan dan Sadock, 2007). Beberapa ahli menganggap ada perbedaan mendasar antara psikoterapi dan konseling, akan tetapi sebagian menyatakan bahwa psikoterapi sama dengan konseling hanya terdapat sedikit perbedaan dalam pelaksanaannya (Corey, 2007).

Terapi psikososial bertujuan memulihkan kembali kemampuan adaptasi sehingga yang bersangkutan dapat kembali berfungsi secara wajar dalam kehidupan sehari-hari di lingkungan pergaulan sosialnya. Terapi psikososial berbeda-beda bagi masing-masing individu, tergantung dari jenis gangguan dan jenis stresor sosialnya (Hawari, 2002).

Intervensi psikososial dapat memperbaiki fungsi pasien dalam mengatur kehidupannya dan dalam mengadakan relasi sosial dan bekerja. Intervensi psikososial untuk pasien skizofrenia meliputi berbagai metode yaitu terapi individual, (suportif, okupasi terapi, *social skill training*, terapi kognitif perilaku/CBT), terapi kelompok, terapi keluarga, manajemen kasus dan *Assertive Community Treatment (ACT)* (Bustillo, 2000).

2. Kapasitas Fungsi sosial

Kapasitas fungsi sosial yaitu kemampuan menjalankan peran sosial seperti mempertahankan pekerjaan, perkawinan, mengurus anak serta adaptif menghadapi masalah dan tidak terisolasi dari lingkungan sosialnya (Surilena, 2005).

Berikut ini ada beberapa hal yang berhubungan dengan fungsi sosial seseorang yang perlu diidentifikasi yaitu (Amir, 2005) :

1. Fungsi tanggungjawab yaitu menilai kemampuan memikul tanggungjawab dan perhatian terhadap peristiwa-peristiwa sosial.
2. Kedekatan sosial (*social closeness*) yaitu kemampuan bersosialisasi dan menjalin hubungan interpersonal yang akrab. Hal ini dapat dinilai berdasarkan banyaknya teman yang dimiliki.
3. Otonomi individu yaitu kemampuan otonomi pribadi, maturitas, perilaku yang diarahkan oleh diri sendiri (kemampuan berfungsi dan mengambil keputusan secara mandiri).
4. Kemampuan yang berkaitan dengan pengorganisasian yaitu kepatuhan terhadap waktu yang ditetapkan (*time table*) dan penguasaan diri (*self mastery*).
5. Aktivitas fisik dapat dilihat dari keterlibatan dalam ekstrakurikuler, perhatian terhadap aktivitas fisik yang berkaitan dengan kesehatan (misalnya berminat dalam olahraga).

6. Perawatan diri yaitu kemampuan mematuhi jadwal dan tanggungjawab terhadap kebersihan dan kerapihan (*tidiness responsibility*)

Pasien skizofrenia seringkali menarik diri dari hubungan sosial, gangguan pikiran dan kemampuan bicara, serta perilaku tak bertujuan. Gangguan fungsi sosial merupakan karakteristik penting dan mendasar yang menyebabkan pasien tidak mampu menyesuaikan diri dengan kehidupan sehari-hari. Banyak pasien skizofrenia yang sangat sedikit terlibat dalam perilaku sosial, cenderung terisolasi, dan lebih terlibat dengan fantasi dan impian-impian (Ambarini, 2007).

3. Kualitas Hidup

Menurut WHO (1991) definisi kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan sesuai dengan sistem budaya dan nilai-nilai tempat mereka hidup dalam kaitannya dalam kepentingannya, tujuan hidupnya, harapannya dan standar yang ingin dicapainya. Konsep dasar kualitas hidup atau *Quality of Life* (QoL) merupakan subjektivitas pasien dalam hal penghargaan diri terhadap kepuasan pribadinya (Tempier dan Pawliuk, 2001). Ini menunjukkan bahwa nilai yang subjektif tersebut berfungsi untuk membandingkan harapan pribadi yang didefinisikan dari pengalaman subjektif, keadaan dan persepsi pasien (Burckhardt dan Anderson, 2003).

Kualitas hidup pada dasarnya bersifat istimewa pada masing-masing individu. Kualitas hidup ini dapat mencerminkan perspektif biopsikosial pasien terhadap penyakit mereka dan juga berhubungan secara paralel terhadap

intervensi multidisiplin yang dilakukan dalam sebuah pengobatan (Burckhardt dan Anderson, 2003; Gee *et al.*, 2003).

Sejumlah penelitian membuktikan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, yaitu umur, jenis kelamin, beratnya psikopatologi, efek samping obat, respon subjektif pasien terhadap obat dan penyesuaian psikososial pasien (Tempier dan Pawliuk, 2001).

Pengukuran kualitas hidup penting dalam menentukan dampak penyakit pada fungsi keseharian pasien dan untuk penanganan selanjutnya (Gee *et al.*, 2003). Pengukuran kualitas hidup telah digunakan dalam penelitian kesehatan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien, memfasilitasi perencanaan suatu program, serta memonitoring kemajuan klinis dan hasil pengobatan (Tempier dan Pawliuk, 2001).

4. Konseling

a. Pengertian

Kata konseling (*counseling*) berasal dari kata *counsel* yang diambil dari bahasa Latin yaitu *counselium* yang artinya bersama atau bicara bersama dalam hal ini adalah pembicaraan Terapis/Konselor dengan seseorang atau beberapa pasien (Latipun, 2008).

Konseling menunjukkan hubungan profesional antara Terapis/Konselor terlatih dengan pasien. Hubungan ini biasanya dilakukan secara perseorangan meskipun kadang-kadang melibatkan lebih dari dua orang dan dirancang untuk membantu pasien dalam memahami dan memperjelas pandangannya tentang ruang lingkup kehidupan dan untuk

belajar mencapai tujuan yang ditentukan sendiri melalui sesuatu yang bermakna, penilaian yang jelas dan melalui perumusan persoalan tentang emosi dan hubungan interpersonal sebenarnya (Burks dan Steffle *cit.*, Gunarsa 2010). Definisi ini menunjukkan bahwa konseling adalah proses, sebuah hubungan, yang dirancang untuk membantu orang membuat pilihan, yang berdasarkan pilihan yang lebih baik dengan belajar, pengembangan kepribadian dan pengetahuan diri sendiri yang dapat diterjemahkan ke dalam persepsi peran yang lebih baik dan perilaku peran yang lebih efektif (Gibson dan Mitchell *cit.*, Latipun 2008).

b. Tujuan

Pada hakekatnya konseling bertujuan untuk menemukan jalan keluar dari masalah yang dihadapi pasien atau pasien agar bisa berfungsi untuk menyesuaikan diri dengan peran yang tepat (Steffle dan Grant *cit.*, Gunarsa, 2010). Ada beberapa tujuan utama dari konseling (George dan Cristiani *cit.*, Gunarsa, 2010) yaitu :

- 1) Menyediakan fasilitas untuk perubahan perilaku.

Hampir semua ahli dalam bidang konseling menyetujui bahwa tujuan suatu konseling adalah membawa pasien agar terjadi perubahan yang memungkinkan pasien hidup lebih produktif dan menikmati kepuasan hidup sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. Tujuan konseling harus jelas, perubahan perilaku yang diinginkan seperti apa dan selanjutnya bagaimana melakukan perubahan tersebut dengan bantuan Terapis/Konselor.

2) Meningkatkan ketrampilan untuk menghadapi sesuatu

Hampir semua orang mengalami kesulitan menghadapi proses pertumbuhan dan perkembangan dalam kehidupannya. Untuk itu dibutuhkan kemampuan, ketrampilan dan juga kemauan serta kesanggupan untuk menghadapi segala sesuatu dalam hidupnya.

3) Meningkatkan kemampuan dalam menentukan keputusan

Konseling bertujuan membantu pasien memperoleh informasi dan kejelasan di luar pengaruh emosi dan ciri kepribadiannya yang bisa mengganggu pengambilan keputusan. Dengan konseling pasien dibantu memperoleh pemahaman, bukan saja mengenai kemampuan, minat dan kesempatan yang ada, melainkan juga mengenai emosi dan sikap yang bisa mempengaruhi dalam menentukan pilihan dan pengambilan keputusan sehingga akhirnya pasien bisa melakukannya sendiri

4) Meningkatkan dalam hubungan antar perorangan.

Sebagai makhluk sosial seseorang diharapkan mampu membina hubungan yang harmonis dengan lingkungan sosialnya. Kegagalan dalam hubungan sosial adalah kegagalan dalam penyesuaian diri yang antara lain disebabkan kurang tepatnya dalam memandang dan menilai diri sendiri atau kurangnya ketrampilan untuk menyesuaikan diri. Konseling bertujuan untuk meningkatkan ketrampilan dalam penyesuaian diri sehingga kualitas hidup seseorang dapat ditingkatkan.

5) Menyediakan fasilitas untuk pengembangan kemampuan pasien.

Pada hakekatnya setiap orang memiliki kemampuan namun seringkali kemampuan tersebut kurang berfungsi dengan baik. Tujuan konseling adalah untuk mengoptimalkan kemampuan yang dimiliki seseorang dengan membantu mengembangkan penguasaannya terhadap lingkungan dan respon-respon di dalam dirinya.

c. Teknik konseling

Pemilihan dan penggunaan teknik konseling tertentu dipengaruhi oleh banyak faktor. Dari pihak Terapis/Konselor atau Terapisnya sendiri dipengaruhi oleh dasar teori yang dikuasai atau disenangi. Dari pihak pasiennya sendiri ada faktor mengenai masalah yang dihadapi, berat ringannya dan seberapa jauh berpengaruh terhadap kehidupan atau pekerjaan sehari-hari. Macam-macam teknik konseling bermunculan seiring dengan perkembangan dalam Ilmu Pengetahuan dan teknologi yang selalu berubah untuk mencari dan memperoleh sesuatu yang baru. Dari sejumlah teknik konseling secara umum dikenal dengan tiga pendekatan tradisional dalam konseling (*the three traditional approaches*) yaitu : pendekatan langsung (*directive approach*), tidak langsung (*non directive approach*) dan eklektik (*eclectic*) (Gunarsa, 2010).

5. Konseling eklektik

a. Pengertian

Eklektisisme (*eclecticism*) adalah pandangan yang berusaha menyelidiki berbagai sistem metoda, teori atau doktrin yang dimaksudkan untuk memahami dan bagaimana menerapkannya dalam situasi yang tepat. Konseling eklektik berarti konseling yang didasarkan pada berbagai konsep dan tidak berorientasi pada satu teori secara eksklusif. Konseling eklektik dapat pula disebut dengan pendekatan konseling integratif (Latipun, 2008).

Perumusan mengenai pendekatan eklektik ini antara lain dikemukakan oleh Dryden dan Norcross (1990) : Perumusan mengenai eklektik tidak berbeda dengan arti yang terdapat dalam kamus yaitu memilih apa yang baik dari macam-macam sumber, gaya dan sistem, menggunakan macam-macam teknik dan dasar, lebih dari satu orientasi untuk memenuhi kebutuhan dari suatu kasus, penggunaan secara sistematis dari macam-macam intervensi yang lebih luas untuk menghadapi masalah-masalah khusus (Latipun, 2008).

Istilah pendekatan Eklektik (*Eclectic Counseling*) menunjuk pada suatu sistematisasi dalam konseling yang berpegang pada pandangan teoretis dan pendekatan (*approach*), yang merupakan perpaduan dari berbagai unsur yang diambil atau dipilih dari beberapa konseps serta pendekatan. Terapis/Konselor yang berpegang pada pola eklektik berpendapat bahwa mengikuti satu orientasi teoretis serta menerapkan satu pendekatan saja terlalu membatasi ruang gerak Terapis/Konselor. Oleh karenanya dalam *commit to user*

pendekatan ini Terapis/Konselor menggunakan variasi dari sudut pandangan, prosedur, dan teknik sehingga dapat melayani masing-masing pasien sesuai dengan kebutuhannya dan sesuai dengan ciri khas masalah yang dihadapinya. Dengan demikian, Terapis/Konselor bermaksud mengembangkan suatu fleksibilitas besar yang memungkinkan Terapis/Konselor untuk bisa melayani banyak orang dengan cara yang cocok untuk setiap orang agar dapat memperoleh hasil yang maksimal atau optimal (Norcross dan Beutler, 2003; Latipun, 2008; Gunarsa, 2010; Mapiare, 2010)

Pendekatan pada konseling eklektik tidak hanya meliputi dua pendekatan yang sering dipakai dalam konseling yakni pendekatan langsung dan tidak langsung, namun lebih luas yaitu pendekatan-pendekatan lain dalam bidang konseling/psikoterapi seperti psikoanalisis dengan behavioristik atau terapi kognitif dengan pendekatan terpusat pada pribadi (Gunarsa, 2010).

Penggagas utama dari pola eklektik adalah Frederick Thorne yang menyebarkan pandangan-pandangannya dalam beberapa buku, antara lain *Principles of Personality Counseling* yang mencoba mengintegrasikan unsur-unsur positif dari masing-masing aliran dalam suatu sistematika baru dan terpadu. Adapun penerapan sistematika terpadu ini dalam segi-seginya yang teoretis dan praktis, bermaksud mengembangkan dan memanfaatkan kemampuan pasien untuk berpikir benar dan tepat, sehingga pasien menjadi mahir dalam memecahkan persoalan-persoalan yang dihadapinya (*problem-commit to user*)

solving). Tujuan layanan konseling adalah menggantikan tingkah laku yang terlalu kompulsif dan emosional dengan tingkah laku yang bercorak lebih rasional dan lebih konstruktif. Dalam hal ini, pasien sebagai manusia dianggap memiliki dorongan, yang timbul dari dirinya sendiri, untuk mempertahankan (*maintenance*) dan mengembangkan dirinya sendiri seoptimal mungkin (*actualization*), namun realisasi dari dorongan dasar ini dapat terhambat karena pasien belum mempergunakan kemampuannya untuk berpikir secara efisien dan efektif. Selama proses konseling berlangsung, Terapis/Konselor berpegang pada suatu rangkaian langkah kerja yang seiring dengan urutan fase-fase dalam proses konseling, yaitu fase pembukaan, fase inti, dan fase penutup. Thorne menganjurkan supaya pasien diberi kesempatan untuk menemukan sendiri penyelesaian atas masalahnya tanpa pengarahan dari Terapis/Konselor. Bila ternyata pasien belum dapat menemukan penyelesaian atas prakarsa sendiri, barulah Terapis/Konselor mulai memberikan pengarahan yang jelas. Pada awal proses konseling, bila pasien baru mengutarakan masalahnya serta mengungkapkan semua pikiran dan perasaannya tentang masalah itu, digunakan banyak teknik verbal yang tidak mengandung pengarahan tegas oleh Terapis/Konselor, seperti ajakan untuk mulai, refleksi pikiran dan perasaan, klarifikasi pikiran dan perasaan, permintaan untuk melanjutkan, pengulangan satu-dua kata, dan ringkasan sementara. Namun, dalam keseluruhannya proses konseling tidak dibiarkan berjalan ala kadarnya,

tetapi diatur menurut urutan fase-fase penutup (Latipun, 2008; Gunarsa, 2010; Mapiare, 2010)

Kecocokan antara masalah dengan pendekatan yang digunakan merupakan pertimbangan utama Terapis/Konselor dalam menetapkan jenis pendekatan apa yang hendak digunakan. Oleh karena itu Terapis/Konselor eklektik semestinya memahami berbagai pendekatan dan memiliki kemampuan untuk menerapkannya dalam situasi yang diharapkan (Prochaska *cit* Latipun, 2008). Misalnya untuk kasus klien dengan pendekatan neurosis organik oleh Prochaska disarankan menggunakan psikoanalisis, sementara klien dengan masalah yang berhubungan dengan modifikasi perilaku sebaiknya menggunakan konseling behavior (Latipun, 2008).

b. Tahapan Konseling eklektik

Tahapan konseling eklektik tidak menganut tahapan yang spesifik. Carkhuff sebagai seorang ahli pada pendekatan eklektik ini mengemukakan model konseling sistematis yaitu tahapan konseling disusun menjadi enam tahap yaitu (Gilliland, *cit.*, Latipun 2008) :

1) Tahap eksplorasi masalah

Pada tahap ini yang terpenting adalah Terapis/Konselor menciptakan hubungan baik dengan pasien, membangun saling kepercayaan, menggali pengalaman pasien pada perilaku yang lebih dalam, mendengarkan apa yang menjadi perhatian pasien, menggali

pengalaman-pengalaman pasien dan merespon isi, perasaan dan arti dari apa yang dibicarakan pasien.

2) Tahap perumusan masalah

Masalah-masalah pasien baik afeksi, kognisi maupun tingkah laku diperhatikan oleh Terapis/Konselor. Setelah itu keduanya, Terapis/Konselor dan pasien, merumuskan dan membuat kesepakatan masalah apa yang sedang dihadapi. Masalah sebaiknya dirumuskan dalam terminologi yang jelas. Jika rumusan masalahnya tidak disepakati perlu kembali ke tahap pertama.

3) Tahap identifikasi alternatif

Terapis/Konselor bersama pasien mengidentifikasi alternatif-alternatif pemecahan dari rumusan masalah yang telah disepakati. Alternatif yang diidentifikasi adalah yang sangat mungkin dilakukan, yaitu yang tepat dan realistis. Terapis/Konselor dapat membantu pasien menyusun daftar alternatif-alternatif, dan pasien memiliki kebebasan untuk memilih alternatif yang ada. Dalam hal ini Terapis/Konselor tidak boleh menentukan alternatif yang harus dilakukan pasien.

4) Tahap perencanaan

Jika pasien telah menetapkan pilihan dari sejumlah alternatif, selanjutnya menyusun rencana tindakan. Rencana tindakan itu menyangkut apa saja yang akan dilakukan, bagaimana melakukannya, kapan mulai dilakukan dan sebagainya. Rencana yang baik jika realistis, bertahap, tujuan setiap tahap juga jelas dan dapat dipahami oleh pasien.

commit to user

5) Tahap tindakan atau komitmen

Tindakan berarti operasionalisasi rencana yang disusun. Terapis/Konselor perlu mendorong pasien untuk berkemauan melaksanakan rencana-rencana itu. Usaha pasien untuk melaksanakan rencana sangat penting bagi keberhasilan konseling, karena tanpa ada tindakan nyata proses konseling tidak ada artinya.

6) Tahap penilaian dan umpan balik

Terapis/Konselor dan pasien perlu mendapatkan umpan balik dan penilaian tentang keberhasilannya. Jika ternyata ada kegagalan maka perlu dicari apa yang menyebabkan dan pasien harus bekerja mulai dari tahap yang mana lagi. Mungkin diperlukan rencana-rencana baru yang lebih sesuai dengan keadaan pasien dan perubahan-perubahan yang dihadapi pasien. Jika ini yang diperlukan maka Terapis/Konselor dan pasien secara fleksibel menyusun alternatif atau rencana yang lebih tepat.

6. Peran Konseling eklektik dalam Memperbaiki Kapasitas fungsi Sosial dan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia

Pasien skizofrenia sering mengalami kegagalan dalam menjalankan fungsi sosial, menghadapi masalah yang berhubungan dengan ketrampilan interpersonal, kemampuan ketrampilan sosial yang buruk dan mengalami defisit fungsi kognitif sehingga akhirnya mereka mengalami isolasi sosial dan menyebabkan kualitas hidup mereka menjadi buruk (Bustillo *et al.*, 2000).

Dalam hubungan interpersonal, pasien skizofrenia sering menemukan masalah penarikan diri dan tidak berminat berhubungan dengan orang lain.

Pasien skizofrenia juga memiliki harga diri yang rendah dan menganggap dirinya tidak mampu mencapai harapan keluarga dan masyarakat. Ketidakmampuan mempertahankan pekerjaan, hidup mandiri, perkawinan dan merawat diri akan berkontribusi pada harga diri yang semakin rendah. Pengalaman kegagalan yang berulang dan ketidakmampuan memenuhi harapan teman dan keluarga membuat pasien skizofrenia takut mencoba kesempatan yang ada dan tidak mau berinisiatif untuk melakukan sesuatu yang baru (Bentsen, 2001). Kondisi tersebut dapat menimbulkan isolasi sosial, kegagalan dalam menjalankan peran sosial, kecemasan dan maladaptif dalam menghadapi masalah (Surilena, 2005).

Dengan konseling eklektik yang menerapkan sistematika terpadu, bermaksud mengembangkan dan memanfaatkan kemampuan pasien skizofrenia agar dapat berpikir benar dan tepat, sehingga pasien menjadi mahir dalam memecahkan persoalan-persoalan yang dihadapinya (*problem-solving*). Dengan konseling eklektik pasien skizofrenia diharapkan dapat mengganti tingkah laku yang terlalu kompulsif dan emosional dengan tingkah laku yang bercorak lebih konstruktif serta mampu mengembangkan nilai-nilai dan sikap-sikap yang lebih selaras, lebih mampu mandiri dan bertindak secara lebih dewasa sehingga pasien dapat beradaptasi secara sosial di masyarakat. Dengan demikian pasien skizofrenia mampu menjalankan peran sosialnya dengan lebih baik sehingga terjadi peningkatan dalam kualitas hidupnya.

7. Instrumen Penelitian

a. *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)*

Instrumen The Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) adalah salah satu skala penilaian yang dikembangkan *American Psychiatric Association (APA)* yang berfokus secara khusus pada kapasitas fungsi sosial dan pekerjaan pasien. Dibandingkan *Global Assessment of Functioning (GAF) Scale*, kelebihan SOFAS adalah menilai tingkat fungsi sosial dan pekerjaan tidak terpisah dari gejala psikologis yang diakibatkan oleh gangguan medis umum. Jadi untuk menilai SOFAS, penurunan nilai harus merupakan konsekuensi langsung dari masalah kesehatan fisik dan mental (Lindenmayer, 2008). Selain itu SOFAS memiliki *predictive validity dan concurrence validity* yang lebih baik daripada GAF (Hay *et al*, 2003).

Untuk menilai kapasitas fungsi sosial pada penelitian ini digunakan SOFAS versi Indonesia yang mempunyai rentang nilai 0 – 100 di mana SOFAS versi Indonesia akan dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu oleh penulis.

Menurut Riduwan (2004) validitas instrumen berdasarkan indeks korelasinya adalah 0,800 – 1,000 : sangat tinggi; 0,600 – 0,799 : tinggi; 0,400 – 0,599 : cukup tinggi; 0,200 – 0,399 : rendah; dan 0,000 – 0,199 : sangat rendah (tidak valid).

Uji reliabilitas merupakan kriteria tingkat kemantapan atau konsistensi suatu alat ukur. Suatu kuesioner/instrumen dikatakan reliabel
commit to user

bila dalam mengukur sesuatu secara berulang-ulang memberikan hasil yang sama dengan catatan bahwa kondisi saat pengukuran tidak berubah. Dalam uji reliabilitas peneliti menggunakan metode konsistensi internal dengan teknik *Cronbach's Alpha* karena merupakan teknik pengujian konsistensi antar item yang paling populer dan menunjukkan indeks konsistensi cukup kuat. Menurut Triton (2006), reliabilitas instrumen berdasarkan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,00 – 0,20 : kurang reliabel ; > 0,20 – 0,40 : agak reliabel ; > 0,40 – 0,60 : cukup reliabel ; > 0,60 – 0,80 : reliabel ; > 0,80 – 1,00 : sangat reliabel.

b. *Clinical Global Impression for Quality of Life (CGI-QL)*.

Pada penelitian ini digunakan pengukuran tingkat kualitas hidup berdasarkan skor CGI-QL yang mempunyai rentang nilai 0 – 22 dan telah diuji validitas dan reliabilitasnya oleh Sudyanto. Hasil dari perhitungan validitas terpakai yang dilakukan oleh Rosita dan Sudyanto (2011) dengan nilai concurrence validity antara CGI-QL dengan WHO-QOL Breef diperoleh nilai *Pearson product moment* didapat koefisien korelasi sebesar 0,751 dan nilai reliabilitas dengan *Cronbach's Alpha* adalah 0,820. Hasil uji kesesuaian makna nilai $F_{hitung} = 6,9032$ dan nilai signifikansi = 0,01048 yang lebih dari nilai $\alpha = 0,05$.

Data skala numerik, mencakup penilaian terhadap:

- 1) Derajat berat kualitas hidup, yang dinilai atas pertimbangan total pengalaman klinik peneliti (0 = tidak dinilai, 1 = normal, tidak terganggu, 2 = perbatasan antara sehat-terganggu, 3 = terganggu ringan, 4 = terganggu derajat sedang, 5 = terganggu berat, 6 = sangat berat, 7 = ekstrem berat).
- 2) Perbaikan global, dinilai seberapa perbaikan klinik yang terjadi (secara menyeluruh) dibandingkan saat awal diperiksa dengan skor: (0 = tidak dinilai, 1 = sangat membaik, 2 = banyak perbaikan, 3 = sedikit membaik, 4 = tak ada perbaikan, 5 = sedikit memburuk, 6 = memburuk, 7 = sangat memburuk)
- 3) Efek terapeutik (0 = tidak dinilai, 1 = sangat nyata, terjadi perbaikan yang cepat nyaris semua gangguan kualitas hidup menghilang, 2 = sedang, terjadi perbaikan, sebagian gangguan hilang, 3 = minimal, sedikit perbaikan, 4 = tidak ada perbaikan atau memburuk, dan penilaian
- 4) Efek samping (0 = tidak dinilai, 1 = tidak ada, 2 = ada tetapi tidak mengganggu kualitas hidup pasien, 3 = ada dan mengganggu kualitas hidup pasien secara nyata, 4 = berat, melampaui manfaat efek terapeutik).

c. *Schizophrenia Cognition Rating Scale versi Indonesia (SCoRSvI)*

Adalah suatu skala pengukuran yang berbasis pada wawancara dan berfokus pada fungsi sehari-hari. SCoRS terdiri dari 20 item pertanyaan yang harus ditanyakan oleh pewawancara kepada pasien dan informan pada suatu wawancara yang terpisah. Informan adalah orang yang mempunyai

hubungan dan atau mempunyai sejumlah kontak atau interaksi sehari hari dengan pasien. Informan bisa anggota keluarga, teman, petugas sosial, perawat, dan lain-lain. Setiap item pertanyaan dinilai dengan 4 poin skala pengukuran, yaitu : 1 : tidak ada ; 2 : ringan ; 3 : sedang ; 4 : parah. Ada juga kemungkinan memasukkan skala *N/A (non-applicable)* apabila karena sesuatu hal yang berhubungan dengan kondisi pasien, pertanyaan ini tidak bisa diterapkan (Keefe *et al.*, 2006).

Selain 20 item pertanyaan, ada juga penilaian skala fungsi global (1-10), yang harus dilengkapi oleh pewawancara pada akhir wawancara. Penilaian skala fungsi global inilah yang dipakai untuk menilai ada tidaknya disfungsi kognitif pada pasien skizofrenia, di mana 1 adalah tidak ada disfungsi kognitif, dan 10 adalah disfungsi kognitif yang paling parah (Keefe *et al.*, 2006).

SCoRS versi Indonesia (SCoRSvI) telah divalidasi oleh Herdaetha dan Raharjo (2008) dengan hasil sebagai berikut :

- 1) Dalam uji validitas tiap butir pertanyaan yang ditujukan kepada pasien, 6 butir pertanyaan (30 %) memiliki nilai validitas tinggi dan 14 butir pertanyaan (70 %) memiliki nilai validitas sangat tinggi. Nilai reliabilitas (*Cronbach's Alpha*) sebesar 0,976, menunjukkan bahwa instrumen SCoRSvI tersebut sangat reliabel.
- 2) Dalam uji validitas tiap butir pertanyaan yang ditujukan kepada informan, 7 butir pertanyaan (35 %) memiliki nilai validitas tinggi dan 13 butir pertanyaan (65 %) memiliki nilai validitas sangat tinggi. Nilai

reliabilitas (*Cronbach's Alpha*) sebesar 0,977, menunjukkan bahwa instrumen SCoRSvI tersebut sangat reliabel.

- 3) Dalam uji sensitivitas dan spesifisitas juga didapatkan nilai yang tinggi yaitu sensitivitas sebesar 92,8% dan spesifisitas sebesar 93,7%. Ini menunjukkan bahwa instrumen SCoRSvI dapat mengukur fungsi kognitif pasien skizofrenia dengan benar (Herdaetha dan Raharjo, 2008).

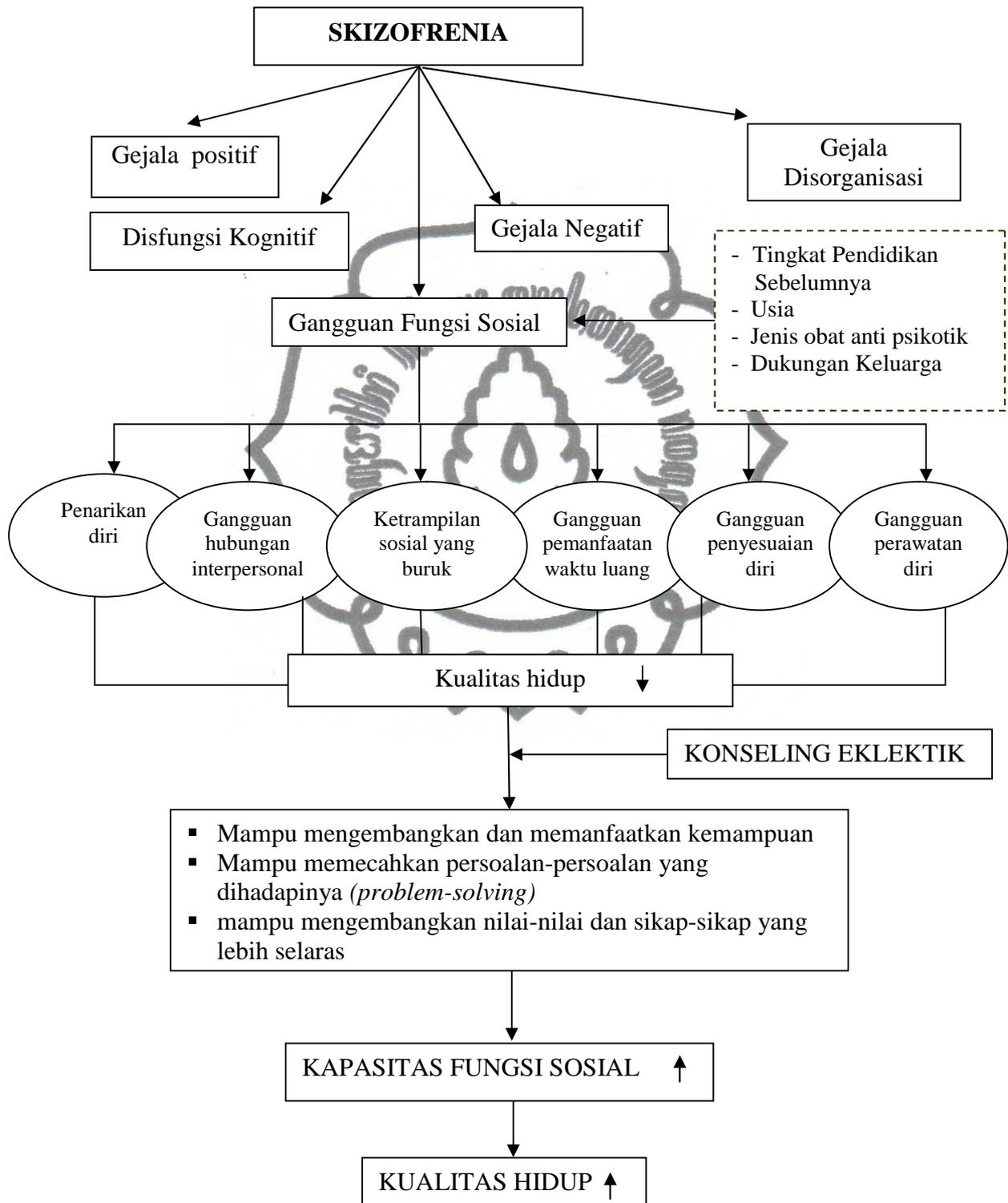
d. Instrumen Dukungan Keluarga.

Dievaluasi dengan kuesioner dukungan keluarga yang telah di validasi oleh Mujiono dan Sudyanto (2008) dengan nilai signifikansi 0,039 sehingga alat ukur ini dinyatakan valid. Alat ukur ini digunakan untuk mengukur dukungan keluarga, terdiri dari 30 item pertanyaan menggunakan Skala Likert dengan nilai (0 – 4), nilai (4) selalu, nilai (3) sering, nilai (2) kadang-kadang, nilai (1) jarang, dan nilai (0) tidak pernah. Untuk pernyataan *unfavorable* dengan nilai sebaliknya. jumlah nilai tertinggi 120, jumlah nilai terendah 0, dan nilai rata-rata 60. Hasilnya dinyatakan :

Dukungan keluarga tinggi : jumlah nilai di atas rata-rata.

Dukungan keluarga rendah : jumlah nilai di bawah rata-rata.

B. Kerangka Pikir



C. Hipotesis

Berdasarkan landasan teori di atas maka diajukan hipotesis penelitian yaitu :

1. *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) valid dan reliabel untuk mengukur tingkat kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia
2. Konseling ekletik efektif untuk meningkatkan kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia.
3. Konseling ekletik efektif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian Keefektifan Konseling eklektik untuk Meningkatkan Kapasitas Fungsi Sosial dan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta merupakan penelitian eksperimental dengan rancangan *double blind randomized controlled trial* yang ditujukan untuk mengetahui hasil uji akhir dengan mengendalikan hasil uji awal sebagai cara mengendalikan kovariabel (Pratiknya, 2003).

Sedangkan penelitian uji validitas *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) menggunakan rancangan *cross sectional*.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Poli rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dengan lama penelitian kurang lebih 14 minggu.

C. Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah pasien skizofrenia yang menjalani pengobatan di poli rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

D. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian Keefektifan Konseling Eklektik untuk Meningkatkan Kapasitas Fungsi Sosial dan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta adalah *purposive sampling*, artinya pengambilan sampel dilakukan dengan memilih subjek yang keterwakilannya sudah ditentukan berdasarkan kriteria inklusi penelitian (Budiarto, 2004).

Sedangkan teknik pengambilan sampel untuk uji validitas skala SOFAS dilakukan *Quota sampling*, yaitu teknik pencuplikan non random yang membagi populasi ke dalam kategori (strata), lalu memberikan jumlah tertentu yg dialokasikan kepada peserta untuk masing-masing stratum tersebut (Polgar dan Thomas *cit* Murti, 2010).

E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Pada penelitian Keefektifan Konseling eklektik untuk Meningkatkan Kapasitas Fungsi Sosial Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta mempunyai kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi :

- a. Pasien skizofrenia dalam remisi yang menderita skizofrenia < 5 tahun (ditegakkan berdasarkan kriteria PPDGJ III, oleh psikiater) dengan nilai BPRS ≤ 20
- b. Berusia 20-45 tahun.
- c. Mampu membaca, menulis dan berkomunikasi dengan baik serta kooperatif.
- d. Tidak mengalami disfungsi kognitif (nilai SCoRSvI ≤ 2)

- e. Bersedia mengikuti penelitian dan mendapat persetujuan dari anggota keluarga yang ditunjukkan dengan penandatanganan surat persetujuan sebagai peserta penelitian (*inform consent*)

2. Kriteria eksklusi :

- a. Pasien skizofrenia dengan kelainan organik (epilepsi, retardasi mental) dan penyakit fisik yang berat.
- b. Mengalami gangguan pendengaran
- c. Mengalami eksaserbasi akut selama pengambilan data.

F. Besar Sampel

Untuk pengambilan besar sampel dihitung berdasarkan rumus analitis kategorik numerik berpasangan (Sastroasmoro dan Ismael, 2006 ; Sopiudin, 2009) :

$$N_1 = N_2 = 2 \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta) S}{X_1 - X_2} \right]^2$$

Z_α = deviat baku alpha

Z_β = deviat baku beta

S = simpang baku gabungan

$X_1 - X_2$ = selisih rerata minimal yang dianggap bermakna

Kesalahan tipe I = 5%, hipotesis satu arah, $Z_\alpha = 1,96$

Kesalahan tipe II = 20%, maka $Z_\beta = 0,84$

$$N_1 = N_2 = 2 \left[\frac{(1,96 + 0,84) 6,7}{5} \right]^2 = 14,07$$

Didapatkan sampel yang dibutuhkan sebesar 14,07 X 2 kelompok sampel, dibulatkan menjadi 14 x 2 kelompok sampel. Untuk mengantisipasi *drop out* ditambah 10% sehingga menjadi: 16 x 2 kelompok sampel.

G. Uji Validitas dan Reliabilitas Skala SOFAS

Penelitian ini berupa uji validitas dan reliabilitas instrumen. Adapun untuk metode yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Uji Validitas Muka (*Face Validity*) *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) versi Indonesia

Untuk mengetahui agar kuesioner yang dibuat bisa untuk mengukur apa yang akan diukur, perlu diuji *face validity* yaitu mengkonsulkan tiap-tiap butir pernyataan (kategori) dalam instrumen SOFAS kepada pakar lalu dinilai kesesuaiannya oleh pakar tersebut yang dalam hal ini adalah pembimbing penelitian ini.

2. Uji Validitas Konkuren (*Concurrence Validity*) *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) versi Indonesia

Pengambilan sampel dengan cara *quota sampling* sebesar 30 subjek terdiri dari 15 subjek pasien skizofrenia dan 15 subjek orang normal yang masing-masing subjek akan dinilai menggunakan *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) versi Indonesia dan *Global assessment of Functioning* (GAF) versi Indonesia, yang merupakan standar baku skala untuk mengukur kapasitas fungsional yang banyak digunakan di bidang kesehatan jiwa. Adapun 15 subjek pemeriksaan adalah orang yang :

commit to user

- 1) Tidak menderita gangguan jiwa psikotik dan demensia
- 2) Tidak mengalami retardasi mental
- 3) Usia 18 – 60 tahun

Dan 15 subjek dengan syarat sebagai berikut :

- 1) Mendapatkan diagnosis skizofrenia.
- 2) Berobat di RS Jiwa Daerah Surakarta
- 3) Tidak dalam fase akut
- 4) Tidak mengalami retardasi mental
- 5) Usia 18 – 60 tahun

Dengan ketentuan pewawancara adalah tenaga di bidang kesehatan jiwa, yang terdiri dari :

- 1) Psikiater
- 2) Residen Psikiatri

3. Uji Reliabilitas *Inter Rater The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) versi Indonesia

Pengambilan sampel dilakukan dengan *quota sampling*, sebesar 15 subjek yang akan dinilai dengan SOFAS oleh dua orang pewawancara dengan ketentuan pewawancara adalah tenaga kesehatan di bidang kesehatan jiwa meliputi :

- 1) Psikiater
- 2) Residen Psikiatri.
- 3) Dokter umum

Sedangkan syarat subjek pemeriksaan adalah pasien yang :

- 1) Mendapatkan diagnosis skizofrenia.
- 2) Berobat di RS Jiwa Daerah Surakarta.
- 3) Tidak dalam keadaan fase akut.
- 4) Ada informan (orang yang mempunyai hubungan dan atau mempunyai sejumlah kontak / interaksi sehari-hari dengan pasien, misalnya : anggota keluarga, teman, petugas sosial, perawat, dll).
- 5) Tidak mengalami retardasi mental.
- 6) Usia 18 – 60 tahun.

Penilaian reliabilitas *inter rater* dilakukan pada 15 subjek oleh pewawancara pertama dan dilakukan penilaian ulang pada subjek yang sama oleh pewawancara kedua.

4. Uji Reliabilitas *Rater The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) versi Indonesia

Pengambilan sampel dilakukan dengan *quota sampling*, sebesar 15 subjek yang akan dinilai kapasitas fungsi sosialnya menggunakan SOFAS oleh seorang pewawancara, dengan ketentuan pewawancara adalah tenaga kesehatan di bidang kesehatan jiwa.

Sedangkan syarat subjek pemeriksaan adalah pasien yang :

- 1) Mendapatkan diagnosis skizofrenia.
- 2) Berobat di RS Jiwa Daerah Surakarta.
- 3) Tidak dalam keadaan fase akut.

- 4) Ada informan (orang yang mempunyai hubungan dan atau mempunyai sejumlah kontak / interaksi sehari-hari dengan pasien, misalnya : anggota keluarga, teman, petugas sosial, perawat, dll).
- 5) Tidak mengalami retardasi mental.
- 6) Usia 18 – 60 tahun.

Setiap pasien skizofrenia akan dinilai kapasitas fungsi sosialnya oleh pewawancara. Penilaian dilakukan sebanyak tiga kali yaitu pada minggu pertama, dan dilakukan penilaian ulang pada minggu kedua dan minggu ketiga oleh pewawancara yang sama.

H. Identifikasi Variabel

- Variabel bebas : Konseling eklektik
- Variabel tergantung : Kapasitas fungsi sosial dan kualitas hidup pasien skizofrenia
- Variabel kendali : Usia, tingkat pendidikan, jenis kelamin, dukungan keluarga dan jenis psikofarmaka.

I. Definisi Operasional Variabel

1. Konseling eklektik :
Konseling yang dilakukan secara individual. Diberikan sebanyak 8 sesi, satu kali dalam seminggu, setiap sesi antara 30-60 menit.
2. Kapasitas fungsi sosial yaitu kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia yang diukur dengan *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) versi Indonesia

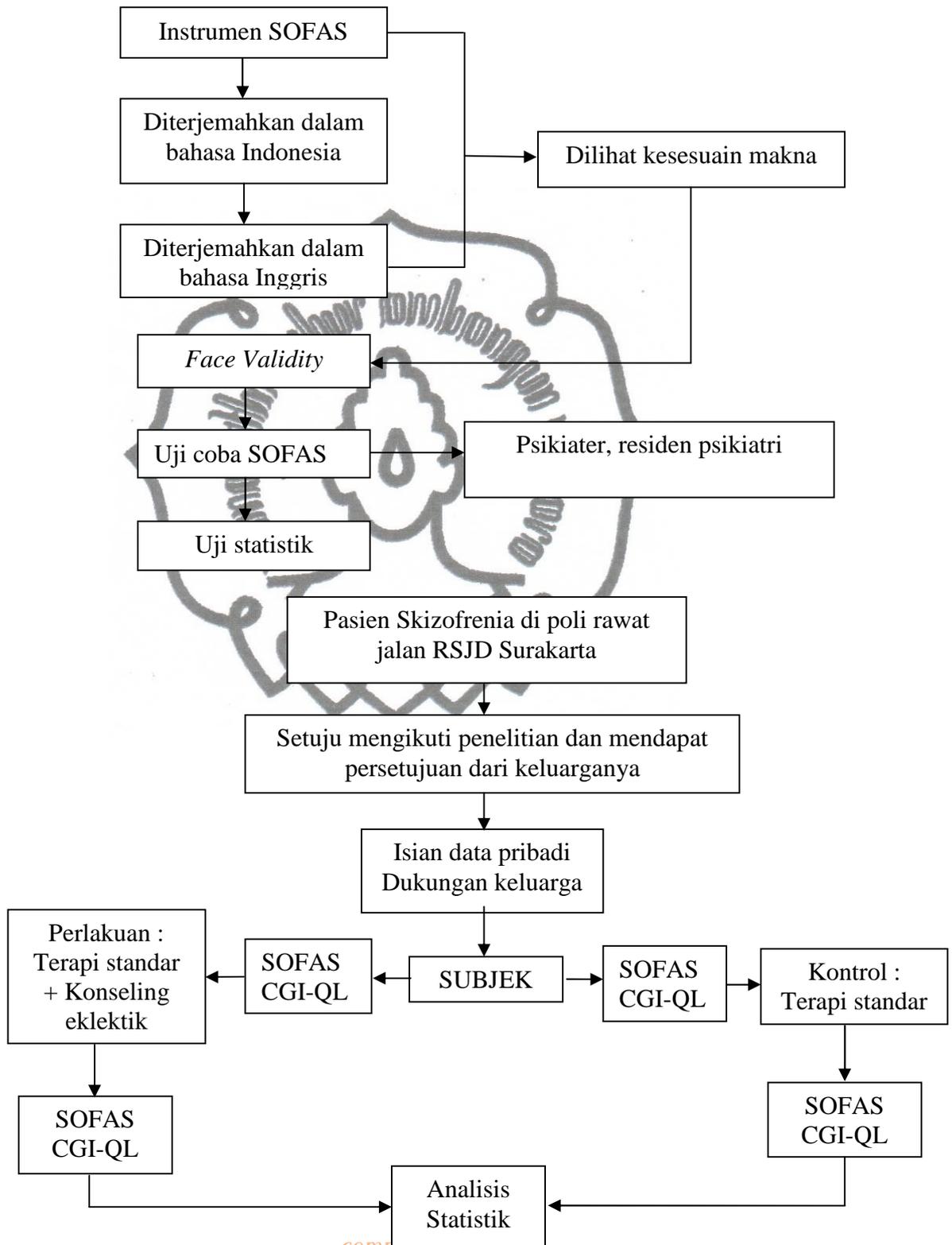
3. Kualitas hidup yaitu kualitas hidup pasien skizofrenia yang diukur dengan Clinical Global Impression for Quality of Life (CGI-QL).
4. Kefektifan terapi adalah perubahan skor SOFAS dan skor CGI-QL . Disebut efektif apabila terjadi peningkatan rata-rata skor SOFAS dan penurunan rata-rata skor CGI-QL. Disebut tidak efektif apabila terjadi penurunan rata-rata skor SOFAS dan peningkatan rata-rata skor CGI-QL.
5. Pasien skizofrenia adalah pasien yang menunjukkan gejala gangguan skizofrenia sesuai kriteria PPDGJ III yang diagnosis nya ditegakkan oleh psikiater Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
6. Remisi yaitu skor *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) ≤ 20 .
7. Disfungsi kognitif bila skor SCoRSvI ≥ 2 .
8. Terapi standar yaitu farmakoterapi pada pasien skizofrenia yang diberikan di Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
9. Konselor/Terapis adalah tenaga profesional di bidang kedokteran Jiwa (Psikiater).
10. Validitas yaitu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang akan diukur. Dikatakan valid bila indeks korelasinya lebih dari 0,600. Dikatakan tidak valid bila indeks korelasinya kurang dari 0,600.
11. Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Atau ukuran yang menunjukkan konsistensi dari alat ukur dalam mengukur gejala yang sama di lain kesempatan. Dikatakan reliabel bila indeks *Cronbach's Alpha* lebih dari 0,600 dan dikatakan tidak reliabel bila indeks *Cronbach's Alpha* kurang dari 0,600.

12. Dukungan Keluarga yaitu nilai yang ditunjukkan oleh skala dukungan keluarga. Dikatakan dukungan keluarga tinggi apabila jumlah nilai skala dukungan keluarga di atas rata-rata (lebih dari 60), dukungan keluarga rendah apabila jumlah nilai skala dukungan keluarga di bawah rata-rata (kurang dari 60).

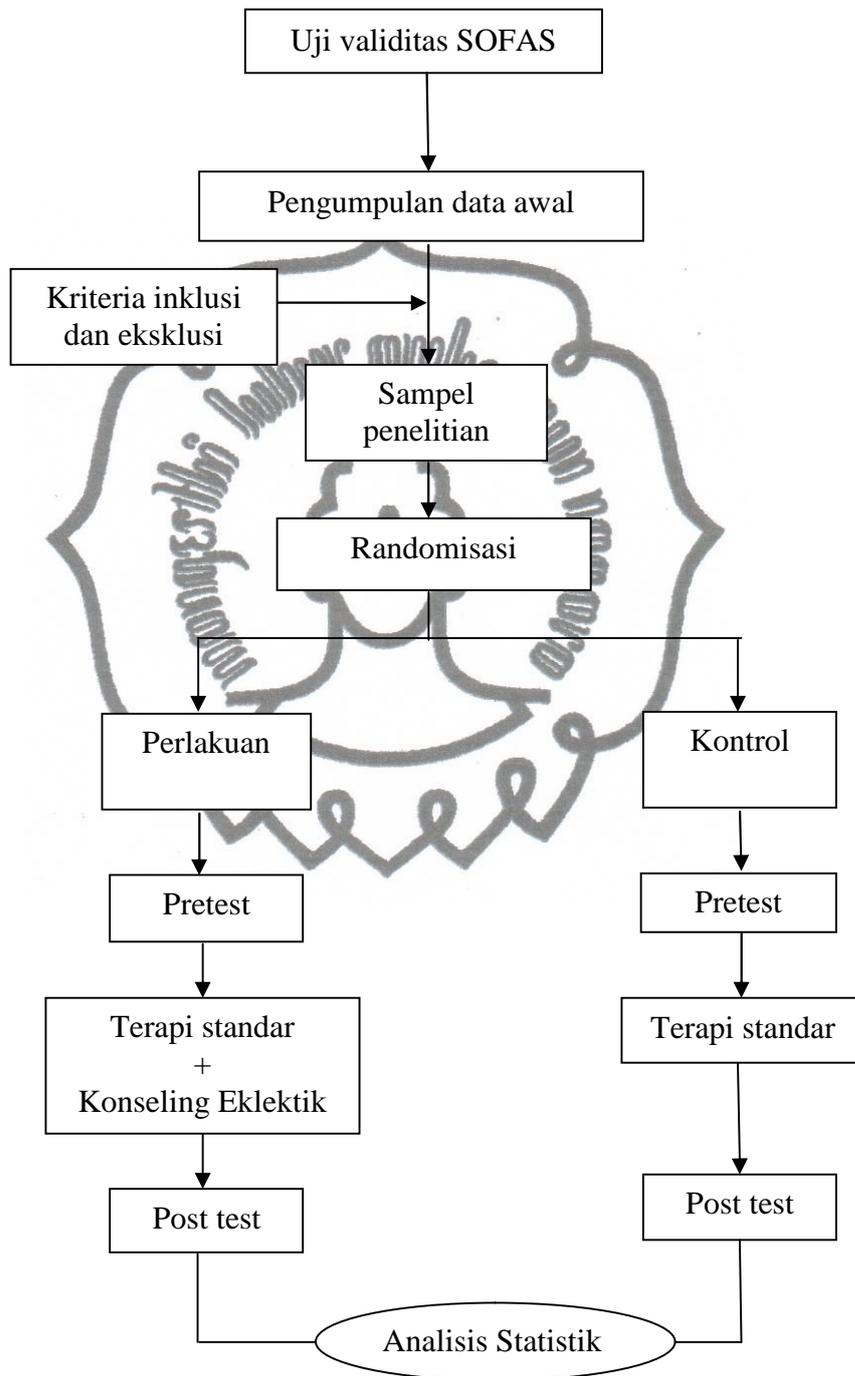
J. Instrumen Penelitian

1. *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)* versi Indonesia.
2. *Clinical Global Impression for Quality of Life (CGI-QL)*.
3. *Schizophrenia Cognition Rating Scale versi Indonesia (SCoRSvI)*
4. Instrumen Dukungan Keluarga.
5. *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*
6. *Informed Consent*
7. Isian data pribadi

K. Kerangka Kerja Penelitian



L. Alur Prosedur Penelitian



M. Analisis Statistik

Pada penelitian Keefektifan Konseling Eklektik untuk Meningkatkan Kapasitas Fungsi Sosial dan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia di rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, data yang terkumpul akan diolah dan dianalisis menggunakan program SPSS versi 17. Uji statistik uji t tidak berpasangan, akan dipakai untuk signifikansi perbedaan variabel dengan tingkat kemaknaan 5% (Sastroasmoro dan Ismael, 2006).

Analisis uji validitas *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) dengan menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*, sedangkan reliabilitasnya dinyatakan dalam *Cronbach's Alpha*

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Telah dilakukan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dari bulan Januari 2011 sampai dengan April 2011. Sampel diambil secara *purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel dengan memilih subjek yang keterwakilannya sudah ditentukan berdasarkan kriteria inklusi. Didapatkan 32 sampel yang memenuhi syarat, kemudian dilakukan pembagian kelompok kontrol dan kelompok perlakuan secara acak sederhana, didapatkan 16 pasien sebagai kelompok kontrol dan 16 pasien sebagai kelompok perlakuan. Tidak didapatkan pasien yang mengundurkan diri selama sesi terapi baik pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan.

A. Demografi Responden

Tabel 1. Karakteristik demografis kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

Karakteristik	Kontrol		Perlakuan		Analisis		
	N	%	N	%	χ^2	df	P
Jenis Kelamin							
Perempuan	4	12,5%	6	18,8%	0,58	1	0,45
Laki-laki	1	37,5%	10	31,3%			
Umur							
<=25	2	6,3%	3	9,4%	0,70	2	0,70
26 – 36	13	40,6%	11	34,4%			
>=37	1	3,1%	2	6,3%			
Jenis Obat							
Tipikal	10	31,3%	11	34,4%	0,140	1	0,71
Atipikal	6	18,8%	5	15,6%			

Dukungan Keluarga							
Rendah	4	12,5%	3	9,4%	0,18	1	0,67
Tinggi	12	37,5%	13	40,6%			
Status Pekerjaan							
Tidak Bekerja	6	18,8%	5	15,6%	0,14	1	0,71
Bekerja	10	31,3%	11	34,4%			
Status Pernikahan							
Tidak Menikah	8	25,0%	12	37,5%	2,13	1	0,14
Menikah	8	25,0%	4	12,5%			
Pendidikan							
SLTP	7	21,9%	5	15,6%	0,56	2	0,76
SLTA	8	25,0%	10	31,3%			
PT	1	3,1%	1	3,1%			

Pada tabel 1, ditampilkan deskripsi karakteristik data dari kelompok kontrol dan kelompok perlakuan berdasarkan jenis kelamin, umur, status pekerjaan, status pernikahan, pendidikan, dukungan keluarga dan jenis obat. Berdasarkan perhitungan statistik, tidak didapatkan perbedaan yang bermakna ($P > 0,05$) antara kelompok kontrol dibandingkan dengan kelompok perlakuan berdasarkan jenis kelamin, umur, status pekerjaan, status pernikahan, pendidikan, dukungan keluarga dan jenis obat. Hal ini menunjukkan bahwa secara deskripsi karakteristik data sampel adalah homogen atau setara dalam hal demografi.

B. Uji Homogenitas skor *Pre Test* SOFAS, CGI-QL Kelompok Kontrol dan Perlakuan

Hasil uji lanjut dari homogenitas dengan menggunakan statistik uji t tidak berpasangan terhadap skor *pre-test* SOFAS dan CGI-QL pada kelompok kontrol dan perlakuan dapat ditabelkan sebagai berikut:

Tabel 2. Homogenitas skor *pre-test* SOFAS, CGI-QL antara kelompok kontrol dan perlakuan

Variabel	Perlakuan		Kontrol		Analisis		
	Mean	SD	Mean	SD	Uji t	df	p
SOFAS <i>Pre-test</i>	71,00	5,27	70,50	6,43	-0,241	32	0,811
CGI-QL <i>Pre-test</i>	6,38	1,36	6,44	1,26	0,135	32	0,894

Pada tabel 2, ditampilkan gambaran data skor *pre-test* SOFAS dan CGI-QL sebelum pemberian konseling eklektik pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Berdasarkan uji analisis data di tabel 2, tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$) antara skor *pre test* SOFAS dengan skor *pre-test* CGI-QL antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan sehingga dapat disimpulkan bahwa data tersebut adalah setara atau homogen.

C. Uji Hipotesis Penelitian

a. Uji validitas *The Sosial and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS)

Instumen SOFAS yang sudah dilihat kesesuaiannya dengan naskah asli dilakukan *Face validity* oleh pakar, dalam hal ini adalah pembimbing penelitian untuk tiap-tiap butir pernyataan (kategori) dalam instrumen SOFAS. Dinyatakan oleh pakar bahwa semua butir pernyataan (kategori)

commit to user

dalam SOFAS dinilai baik. Ini berarti SOFAS memiliki *face validity* yang baik

Sedangkan uji validitas eksternal (*concurrence validity*) dilakukan dengan cara mencari nilai *Pearson Product Moment* antara skor SOFAS dengan skor GAF.

Tabel 3. Korelasi instrumen SOFAS dengan GAF

VARIABEL	Uji korelasi <i>Pearson product moment</i>	
	N	r_{xy}
SOFAS DAN GAF	30	0,902

Berdasarkan perhitungan SPSS 17 diperoleh nilai r_{xy} sebesar 0,902. Ini berarti tingkat validitas SOFAS versi Indonesia setara dengan validitas GAF yang menjadi *Gold Standard* untuk mengukur kapasitas fungsi sosial pasien Skizorenia. Berdasarkan hal tersebut maka instrumen SOFAS versi Indonesia valid untuk mengukur kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia pada penelitian ini.

b. Reliabilitas / Konsistensi

Dalam penelitian digunakan dua kategori uji *Cronbach's Alpha* yaitu data berdasarkan *rater* dan *inter rater*.

Tabel 4. Uji reliabilitas SOFAS

INSTRUMEN	<i>Cronbanch's alpha</i>	
	Reliabilitas <i>Inter Rater</i>	Reliabilitas <i>Rater</i>
SOFAS	0,818	0,887

Pada tabel 4 menunjukkan hasil uji reliabilitas *rater* dan *inter rater* dengan nilai *Cronbach's Alpha* untuk data *rater* sebesar 0,887 dan *inter rater* sebesar 0,818. Karena nilai hitung *Cronbach's Alpha* berada pada interval 0,8-1,0 maka dapat dikategorikan bahwa instrumen SOFAS memiliki tingkat reliabilitas yang baik.

- c. Uji perbedaan antara skor *pre-post test* SOFAS, CGI-QL pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

Tabel 5. Skor *pre-test* dan *post-test* SOFAS, CGI-QL pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

VARIABEL	PRE-TEST		POST-TEST		ANALISIS		
	Mean	SD	Mean	SD	Uji t	df	P
SOFAS							
Kontrol	70,5	6,43	71,25	6,77	-1,86	15	0,08
Perlakuan	71	5,27	78,38	6,89	-7,54	15	0,00
CGI-QL							
Kontrol	6,44	1,26	6,25	1,34	1,86	15	0,08
Perlakuan	6,38	1,36	5,06	1,24	4,39	15	0,01

Gambaran dari uji analisis pada tabel 5 menunjukkan bahwa skor *pre-post test* SOFAS dan CGI-QL pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$). Sedangkan skor *pre-post test* SOFAS dan CGI-QL pada kelompok perlakuan terdapat perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$).

- d. Uji Perbedaan Skor *Post test* SOFAS dan CGI-QL antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan.

Tabel 6. Skor *Post test* antara kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan

VARIABEL	KONTROL		PERLAKUAN		ANALISIS		
	Mean	SD	Mean	SD	Uji t	df	p
SOFAS Post tes	71,25	6,77	78,37	6,89	-2,95	30	0,00
CGI-QL Post test	6,25	1,34	5,06	1,24	-2,6	30	0,01

Gambaran hasil uji analisis tabel 6 menunjukkan perbedaan yang bermakna skor *post test* SOFAS, CGI-QL antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ($p < 0,05$).

- e. Uji Perbedaan Selisih Skor *Pre-Post test* SOFAS, CGI-QL antara Kelompok Kontrol dengan Kelompok Perlakuan.

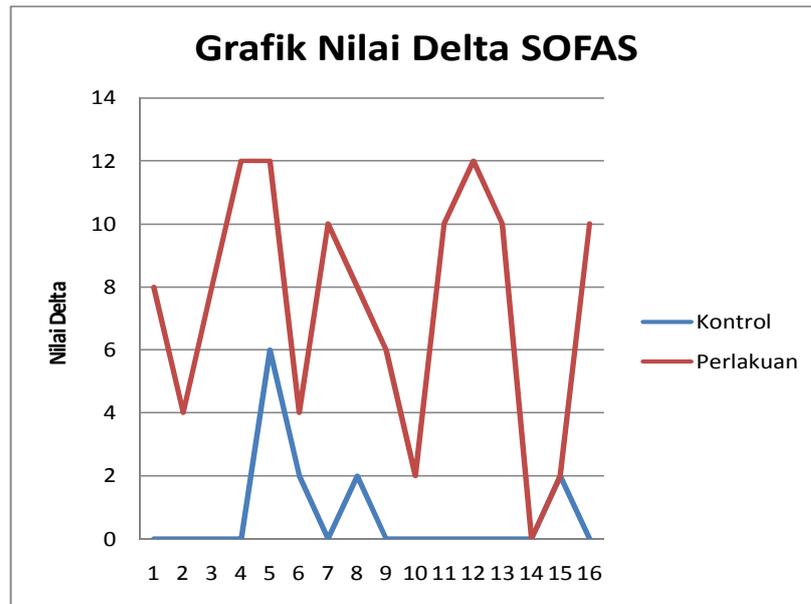
Tabel 7. Nilai Delta SOFAS dan CGI-QL

VARIABEL	N	Uji t	Df	p
DELTA SOFAS	32	-6,26	30	0,00
DELTA CGI-QL	32	3,57	30	0,01

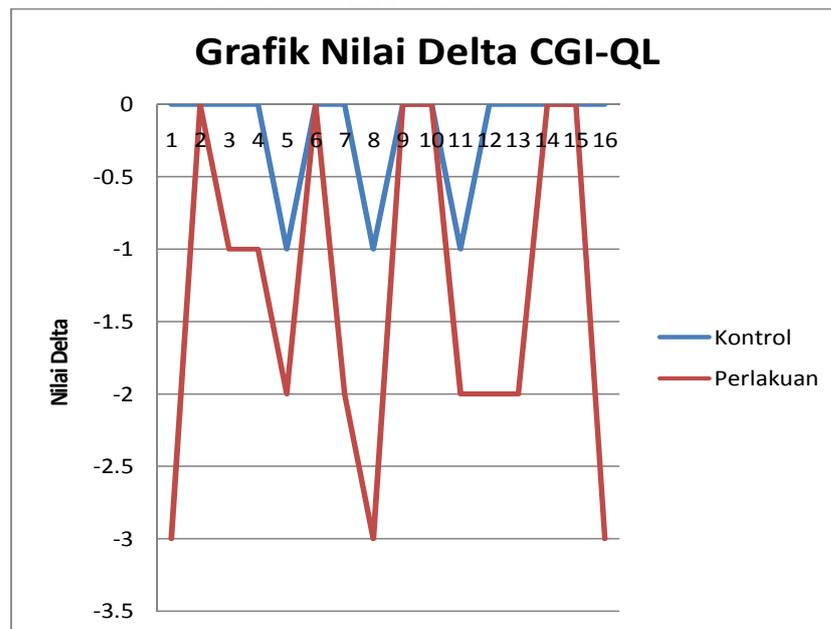
Hasil uji analisis pada selisih skor *pre-post test* SOFAS, CGI-QL antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan pada tabel 7 menunjukkan perbedaan bermakna ($p < 0,05$). Dengan demikian dapat

disimpulkan bahwa konseling eklektik efektif untuk meningkatkan kapasitas fungsi sosial dan kualitas hidup pasien skizofrenia. Tabel 7 dapat diperjelas dengan grafik sebagai berikut :

Grafik 1. Nilai Delta SOFAS



Grafik 2. Nilai Delta CGI-QL



BAB V

PEMBAHASAN

Pada penelitian ini instrumen SOFAS versi Indonesia sebelum digunakan untuk mengukur kapasitas fungsi sosial pada pasien skizofrenia terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Untuk uji validitas yang dinilai adalah *face validity* dan *concurrance validity*. Berdasarkan hasil uji validitas instrumen, SOFAS dinyatakan oleh pakar memiliki *face validity* baik. Untuk *concurrance validity*, dicari nilai korelasi antara SOFAS versi Indonesia dengan GAF versi Indonesia dan diperoleh nilai r_{xy} sebesar 0,902. Ini berarti tingkat validitas SOFAS versi Indonesia setara dengan validitas GAF yang menjadi *Gold Standard* untuk mengukur kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia.

Sedangkan tingkat reliabilitas SOFAS yang dinilai adalah reliabilitas *rater* dan *inter rater*. Didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* reliabilitas *rater* sebesar 0,887 dan nilai *Cronbach's Alpha* reliabilitas *inter rater* sebesar 0,818, dapat dikategorikan memiliki tingkat reliabilitas yang baik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa instrumen *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) versi Indonesia valid dan reliabel untuk mengukur kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hay *et al.*, 2003 yang menyatakan bahwa SOFAS memiliki *predictive validity* dan *concurrance validity* yang baik. Dengan demikian instrumen SOFAS telah memenuhi syarat untuk digunakan sebagai alat ukur yang baik dalam penelitian

ini dan selanjutnya dapat digunakan sebagai alat untuk mengumpulkan data skor SOFAS.

Saat pengambilan sampel, pasien skizofrenia residual dan skizofrenia hebefrenik tidak ada yang bisa mencapai nilai BPRS kurang dari sama dengan 20 atau tidak mencapai remisi dan tidak bisa mencapai nilai ScoRSvI kurang dari sama dengan dua (tidak mengalami disfungsi kognitif) sehingga kedua tipe skizofrenia tersebut tidak dapat ikut serta dalam penelitian ini. Disamping itu skizofrenia residual dan hebefrenik membutuhkan tehnik konseling yang lebih intensif dan lama, sehingga akan menyulitkan penyetaraan dalam proses konseling yang pada akhirnya dapat menimbulkan kerancuan pada hasil akhir penelitian ini.

Berdasarkan uji statistik *chi square* pada karakteristik demografi sampel, tidak didapatkan perbedaan yang bermakna ($P > 0,05$) antara kelompok kontrol dibandingkan dengan kelompok perlakuan berdasarkan jenis kelamin, umur, status pekerjaan, status pernikahan, pendidikan, dukungan keluarga dan jenis obat. Hal ini menunjukkan bahwa secara deskripsi karakteristik data sampel adalah homogen atau setara dalam hal demografi.

Berdasarkan hasil uji statistik *t* tidak berpasangan skor *pre-test* SOFAS, CGI-QL pada kelompok kontrol dan perlakuan, tidak terdapat perbedaan bermakna ($p > 0,05$). Sehingga dapat disimpulkan skor *pre-test* SOFAS dan CGI-QL pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan adalah setara atau homogen.

Kelompok kontrol pada penelitian ini adalah pasien yang diberikan terapi standar tanpa konseling eklektik sedangkan kelompok kontrol adalah pasien skizofrenia yang mendapat terapi standar ditambah dengan konseling eklektik.

Dengan mengamati hasil perhitungan statistik uji t tidak berpasangan, skor *pre-post test* kelompok kontrol dan kelompok perlakuan (tabel 5), tidak didapatkan perbedaan yang bermakna nilai skor *pre-post test* SOFAS dan CGI-QL pada kelompok kontrol ($p > 0,05$). Sedangkan skor *pre-post test* kelompok perlakuan terdapat perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$). Sedangkan untuk skor *post test* SOFAS dan CGI-QL antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, didapatkan perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$).

Hasil uji statistik terhadap selisih skor *pre-post test* SOFAS, CGI-QL antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan (tabel 7) menunjukkan kemaknaan $p < 0,05$ Sehingga dapat disimpulkan skor SOFAS dan CGI-QL pada kelompok perlakuan terjadi perubahan sebelum dan setelah diberikan konseling eklektik sehingga dapat disimpulkan konseling eklektik efektif untuk meningkatkan kapasitas fungsi sosial dan kualitas hidup pasien skizofrenia. Hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Zimmer *et al.*, 2007; Üçok *et al.*, 2002 yang menyimpulkan bahwa konseling eklektik dapat meningkatkan kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia yang meliputi aspek hubungan interpersonal, perbaikan emosi dan aktivitas personal, dan penelitian yang dilakukan oleh Briand *et al.*, 2006, juga sejalan dengan penelitian Rocca *et al.*, 2010 yang menyimpulkan bahwa peningkatan kapasitas fungsi sosial dapat meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan yang dilakukan di Hunan, Cina pada pasien skizofrenia yang mendapat psikofarmaka dikombinasikan dengan terapi psikososial terjadi perbaikan pada tilikan, fungsi sosial dan peningkatan

kualitas hidup yang lebih baik daripada pasien skizofrenia yang hanya mendapat terapi psikofarmaka saja (Guo *et al.*, 2010). Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien skizofrenia yang telah mengalami perbaikan gejala skizofrenia (dalam remisi) membutuhkan rehabilitasi untuk dapat berfungsi secara sosial di masyarakat. Konseling eklektik sebagai salah satu bentuk terapi psikososial merupakan pendekatan konseling integratif yang menerapkan strategi penanganan secara cermat dan tepat terhadap permasalahan yang berbeda pada setiap pasien menjembatani proses adaptasi pasien skizofrenia sehingga dapat berfungsi secara sosial di masyarakat.

Dalam pelaksanaan konseling eklektik pada pasien skizofrenia di penelitian ini, menggunakan berbagai macam metode pendekatan. Semua pendekatan digunakan namun yang paling dominan adalah metode pendekatan *behavioristik*. Hal ini sesuai dengan rekomendasi dari *Patient Outcomes Research Team* (PORT) bahwa terapi psikososial untuk pasien skizofrenia yaitu antara lain: *Cognitive Behavioral Therapy*, *Token Ekonomi* dan *Social Skill Training* (Tenhula *et al.*, 2009).

Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah pengambilan sampel hanya terbatas di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta sehingga hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan. Sedangkan untuk keterbatasan peneliti : tidak dilakukan pemantauan terhadap kelompok perlakuan setelah konseling eklektik selesai

diberikan sehingga tidak terpantau lamanya pengaruh konseling eklektik terhadap perbaikan kapasitas fungsi sosial dan fungsi pekerjaan pasien skizofrenia.



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

1. *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)* valid dan reliabel untuk mengukur kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia.
2. Konseling eklektik efektif meningkatkan kapasitas fungsi sosial pasien skizofrenia.
3. Konseling eklektik efektif meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia. Dengan demikian hipotesis satu diterima.

B. SARAN

1. *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)* dapat digunakan sebagai alternatif selain *Global Assessment of Functioning (GAF) Scale* untuk menilai kapasitas fungsi sosial pada pasien skizofrenia.
2. Selain itu, penelitian ini bisa dimanfaatkan dalam penyusunan *Standard Operasional Procedure (SOP)* untuk penatalaksanaan pasien skizofrenia khususnya di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
3. Dilakukan pemantauan terhadap efek konseling eklektik dalam meningkatkan kapasitas fungsi sosial dan kualitas hidup pasien skizofrenia

4. Sampel sebaiknya diambil tidak hanya di Rumah Sakit Jiwa daerah Surakarta tetapi juga di Rumah Sakit Jiwa lainnya dengan kultur dan budaya yang berbeda sehingga dapat digeneralisasikan.
5. Konseling eklektik dapat dijadikan landasan dalam penelitian lanjutan yang menyangkut aspek lain pada pasien skizofrenia misalnya untuk menurunkan tingkat kekambuhan dan kepatuhan minum obat serta memperpanjang masa remisi.
6. Menggunakan terapi behavior dalam konseling eklektik untuk penelitian selanjutnya pada pasien skizofrenia guna menurunkan tingkat kekambuhan, kepatuhan minum obat serta memperpanjang masa remisi karena metode pendekatan behavioristik merupakan pendekatan yang paling dominan.
7. Dilakukan penelitian tentang konseling yang sesuai untuk pasien skizofrenia residual dan hebefrenik.