

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1.Latar Belakang

Masalah kesehatan jiwa di Indonesia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang sangat penting dan harus mendapat perhatian sungguh-sungguh dari seluruh jajaran lintas sektor Pemerintah baik di tingkat Pusat maupun Daerah, serta perhatian dari seluruh masyarakat. Beban penyakit atau *burden of disease* penyakit jiwa di tanah air masih cukup besar.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan adalah sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas atau sekitar 14 juta orang. Sedangkan, prevalensi gangguan jiwa berat, seperti schizophrenia adalah 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang. Berdasarkan jumlah tersebut, ternyata 14,3% di antaranya atau sekira 57.000 orang pernah atau sedang dipasung. Angka pemasungan di pedesaan adalah sebesar 18,2%. Angka ini lebih tinggi jika dibandingkan dengan angka di perkotaan, yaitu sebesar 10,7%.

Di Indonesia gambaran besarnya masalah kesehatan jiwa, baik anak-anak maupun dewasa, dapat dilihat dari Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT ) tahun 1995 yang dilakukan oleh Badan Litbangkes Depkes RI dengan menggunakan sampel susenas – BPS ( Badan Pusat Statistik ) terhadap 65.664 rumah tangga. Temuannya menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa per 1000 anggota rumah tangga adalah 140 orang menderita gangguan mental

emosional. Prevalensi diatas 100 per 1000 anggota rumah tangga dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat yang penting (*priority public health problem*) (Depkes, 2007).

ODGJ (Orang Dengan Gngguan Jiwa) adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (UU No.18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa).

Skizofrenia adalah gangguan mental yang sangat berat. Gangguan ini ditandai dengan gejala-gejala positif seperti pembicaraan yang kacau, delusi, halusinasi, gangguan persepsi. Gejala-gejala negatif seperti *avolition* (menurunnya minat dan dorongan), berkurangnya keinginan bicara dan miskinnya isi pembicaraan, afek yang datar serta terganggunya relasi personal (Strauss et all, dalam Gabbard, 1994 dalam Arif, 2006:3).

Prognosis untuk skizofrenia pada umumnya kurang begitu menggembirakan. Sekitar 25% pasien dapat pulih dari episode awal dan fungsinya dapat kembali pada tingkat premorbid (Sebelum munculnya gangguan tersebut). Sekitar 25% tidak akan pernah pulih dan perjalanan penyakit cenderung memburuk. Sekitar 50% berada diantaranya, ditandai dengan kekambuhan periodik dan ketidakmampuan berfungsi dengan efektif kecuali untuk waktu yang singkat (Haris dalam Craighead, Craighead, Kezdin & Mahoney, 1994 dalam Arif, 2006:4).

Menurut data WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena

dimensia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk, maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang.

Menurut Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) tahun 2007, didapatkan data nasional tentang angka kejadian gangguan jiwa berat (skizofrenia) di Jawa Timur sebesar 1,4% dan Surabaya tercatat sebanyak 0,2%. Sedangkan gangguan mental emosional (seperti kecemasan, depresi, dll) sebesar 35% dan di Surabaya tercatat 18,8%. Di Indonesia ada sebanyak 80% penderita skizofrenia yang tidak diobati (Afifah, 2013).

Skizofrenia tidak hanya menimbulkan kerugian bagi individu penderitanya, tapi juga bagi orang-orang yang terdekat kepadanya. Biasanya, keluarga yang paling terkena dampak dari hadirnya skizofrenia di keluarga mereka. dr. Darmadi dari klinik jiwa Dharma mulia surabaya, mengungkapkan bahwa pasien membutuhkan perhatian masyarakat, terutama dari keluarganya. Selain biaya perawatan tinggi, hampir 70% penderita adalah pasien di RSJ secara menahun. Akibatnya, kehadiran penderita cenderung dirasakan sebagai beban keluarganya (Kompas, 30 Agustus 2000 dalam Arif, 2006:4).

Kemunculan Skizofrenia pada individu tersebut akan memicu munculnya konflik dalam keluarganya. Skizofrenia merupakan suatu stressor yang sangat besar bagi keluarga. Sebuah keluarga yang salah satu keluarga mengalami penyakit skizofrenia, maka keluarga tersebut secara drastis dapat menjadi terasing dari lingkungannya, diremehkan dan menjadi bahan pergunjungan dimasyarakat yang pada akhirnya sikap masyarakat terhadap keluarga tersebut akan berdampak

pada status sosial ekonomi keluarga tersebut, sehingga terkadang penderita skizofrenia dikucilkan oleh keluarganya sendiri karena dianggap sebagai pembawa malapetaka sehingga membuat keluarga harus mengerahkan segala sumber daya yang dimiliki untuk mengatasinya (Saseno, 2003). “Suhu Emosi” dalam keluarga akan meningkat, dan penanganan pasien dalam jangka waktu yang lama tidak jarang mengurus kesehatan keluarga itu sendiri. Konflik dalam keluarga semakin besar berakibat pada gangguan (penyempitan) *holding environment* dalam keluarga. Para anggota keluarga semakin berkurang kapasitasnya untuk saling memberikan *holding* dan membina *centered relating* satu ama lain, termasuk pada pasien. Kondisi ini kurang kondusif bagi perjalanan penyakit pasien dan mengakibatkan pasien rentan untuk mengalami kekambuhan (Arif, 2006:61).

Menurut Firdaus, dkk (2005:1-2), Skizofrenia merupakan sebuah kelompok dari penyakit-penyakit yang saling berhubungan, beberapa diantaranya disebabkan oleh satu faktor sementara yang lainnya disebabkan oleh faktor lain yang berbeda. Gejala yang berkembang secara bertahap ini dapat atau pula tidak menyebabkan episod krisis schizophrenia yang akut. Tahapan akut berlangsung singkat dan intens serta menyebabkan halusinasi, delusi, gangguan berfikir dan perasaan hadirnya alter-ego (diri yang lan) pada diri si penderita.

Keluarga merupakan unit paling dekat dengan penderita, dan merupakan perawat utama bagi penderita. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau perawatan yang diperlukan penderita di rumah. Keberhasilan perawat di rumah sakit akan sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian mengakibatkan penderita harus dirawat kembali (kambuh). Peran serta keluarga sejak awal

perawatan di rumah sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat penderita di rumah sehingga kemungkinan kambuh dapat dicegah. Berdasarkan beberapa penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab terjadinya kekambuhan penderita skizofrenia adalah kurangnya peran serta keluarga dalam perawatan terhadap anggota keluarga yang menderita penyakit tersebut. Salah satu penyebabnya adalah karena keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku penderita di rumah. Keluarga jarang mengikuti proses keperawatan penderita karena jarang mengunjungi penderita di rumah sakit, dan tim kesehatan di rumah sakit juga jarang melibatkan keluarga (Nurdiana, 2007).

Berdasarkan penelusuran kepustakaan untuk penelitian hasil yang sejenis banyak ditemukan judul dukungan keluarga namun dalam kemandirian keluarga ada beberapa tetapi isi dari jurnal tersebut belum secara meluas. Uraian diatas, menunjukkan bahwa tidak sedikit keluarga yang belum mandiri atau belum mampu dalam merawat klien skizofrenia dirumah, maka penting sekali untuk penelitian tentang tingkat kemandirian keluarga dalam merawat klien dengan skizofrenia di rumah.

Setelah peneliti melakukan studi pendahuluan pada tanggal 18-19 Mei 2017 di Puskesmas Dinoyo di dapatkan data keluarga yang memiliki penderita skizofren dengan jumlah 31 kepala keluarga. Penderita skizofrenia tersebut menjalani rawat jalan di Puskesmas Dinoyo. Setelah itu peneliti melakukan pengkajian pada 6 keluarga yang memiliki anggota keluarga gangguan jiwa skizofrenia dan hasil dari pengkajian peneliti didapatkan 2 keluarga termasuk keluarga mandiri tingkat I, 3 keluarga termasuk keluarga mandiri tingkat II, dan 1 keluarga termasuk dalam keluarga mandiri tingkat III.

Banyaknya penderita skizofrenia di daerah tersebut yang di rawat di rumah dan kurangnya kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dirumah, peneliti ingin melihat tingkat kemandirian keluarga dalam merawat klien skizofrenia dirumah.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana gambaran tingkat kemandirian keluarga dalam merawat klien dengan skizofrenia di rumah di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo?

## **1.3 Tujuan Studi Kasus**

Mengidentifikasi tingkat kemandirian keluarga dalam merawat klien dengan skizofrenia di rumah di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo.

## **1.4 Manfaat Studi Kasus**

### **1.4.1 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan (PUSKESMAS)**

Penelitian ini dapat memberikan informasi dalam program penyuluhan ke dalam masyarakat khususnya di PUSKESMAS mengenai skizofrenia, sehingga keluarga dapat berperan serta dalam perawatan penderita skizofrenia dirumah.

### **1.4.2 Bagi Tenaga Keperawatan**

Memberikan informasi tentang perawatan klien skizofrenia dirumah, sehingga tenaga keperawatan khususnya tenaga medis di RSJ dapat memberikan masukan pada keluarga penderita skizofrenia tentang peran dukungan keluarga seperti apa yang harus keluarga berikan untuk membantu kesembuhan penderita skizofrenia.

#### 1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat di jadikan dasar informasi dalam penelitian selanjutnya khususnya gambaran tingkat kemandirian keluar dalam merawat klien skizofrenia di rumah.

#### 1.4.4 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Penerapan asuhan keperawatan pada keluarga dengan skizofrenia dalam rangka meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat klien dengan skizofrenia.