

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Gangguan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama, baik di negara maju maupun negara berkembang. Gangguan jiwa tidak hanya dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun juga menimbulkan ketidakmampuan individu untuk berperilaku tidak produktif (Hawari, 2009).

Kesehatan jiwa saat ini telah menjadi masalah kesehatan global bagi setiap negara di dunia. Proses globalisasi dan pesatnya kemajuan teknologi informasi memberikan dampak terhadap nilai-nilai sosial dan budaya pada masyarakat. Di sisi lain, tidak semua orang mempunyai kemampuan yang sama untuk menyesuaikan dengan berbagai perubahan, serta mengelola konflik dan stres tersebut (Kemenkes RI, 2012).

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional (Videbeek, 2008).

Berdasarkan Undang-Undang No.3 tahun 1966 tentang kesehatan jiwa yaitu sebagai suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain.

*World Health Organization* (WHO, 2007 dalam Yosep, 2009), telah memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa, sekitar 1 juta orang diantaranya meninggal karena bunuh diri setiap tahunnya dan hampir satu per tiga dari penduduk di wilayah Asia

Tenggara pernah mengalami gangguan neoropsikiatri. Hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) tahun 2013 Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Proporsi RT yang pernah memasung ART gangguan jiwa berat 14,3 persen, terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Sedangkan di Kalimantan Selatan prevalensi ganggua jiwa berat adalah 1,4 per mil (RISKESDAS, 2013).

Permasalahan yang sering terjadi pada kesehatan jiwa banyak dipengaruhi oleh berbagai faktor dalam kehidupan diantaranya adalah stres, pengangguran, tindakan kekerasan, konflik yang ada di masyarakat, bencana alam, ketidakmampuan dalam mengatasi sumber stres dapat mengakibatkan seseorang gangguan mental emosional (Keliat dkk, 2003). Menurut *National Safety Council* (2004), stres adalah ketidakmampuan mengatasi ancaman yang dihadapi oleh mental, fisik, emosional dan spiritual manusia, yang pada suatu saat dapat mempengaruhi kesehatan fisik manusia tersebut. Sumber stres adalah kesulitan mendapatkan pekerjaan, kemiskinan, perilaku kekerasan, adanya konflik baik dari dalam maupun dari luar, bencana alam.

Sarfino (1990) di kutip oleh Smet (1994) mendefinisikan kepatuhan (ketaatan) sebagai tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau yang lain. Kambuh merupakan keadaan klien dimana muncul gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan klien harus dirawat kembali (Andri, 2008).

Perilaku ketat sering diartikan sebagai usaha penderita untuk mengendalikan perilakunya bahkan jika hal tersebut bisa menimbulkan resiko mengenal kesehatannya (Taylor, 1991). Kekambuhan gangguan jiwa psikotik adalah munculnya kembali gejala-gejala pisikotik yang nyata. Angka kekambuhan

secara positif hubungan dengan beberapa kali masuk Rumah Sakit (RS), lamanya dan perjalanan penyakit. Penderita-penderita yang kambuh biasanya sebelum keluar dari RS mempunyai karakteristik hiperaktif, tidak mau minum obat dan memiliki sedikit keterampilan sosial (Porkony dkk, dalam Akbar, 2008).

Pemberdayaan adalah sebuah proses dengan mana orang menjadi cukup kuat untuk berpartisipasi dalam, berbagi pengontrolan atas dan mempengaruhi terhadap, kejadian-kejadian serta lembaga-lembaga yang mempengaruhi kehidupannya. Pemberdayaan menekankan bahwa orang memperoleh keterampilan, pengetahuan, dan kekuasaan yang cukup untuk mempengaruhi kehidupannya dan kehidupan orang lain yang menjadi perhatiannya (Parsons, et al., 1994).

Pemberdayaan menunjuk pada kemampuan orang, khususnya kelompok rentan dan lemah, untuk (a) memiliki akses terhadap sumber-sumber produktif yang memungkinkan mereka dapat meningkatkan pendapatannya dan memperoleh barang-barang dan jasa-jasa yang mereka perlukan; dan (b) berpartisipasi dalam proses pembangunan dan keputusan-keputusan yang mempengaruhi mereka.

Menurut Departemen Kesehatan dalam Effendy (1998), mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat, terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan .

Menurut Friedman dalam Suprajitno (2004), mendefinisikan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing - masing yang merupakan bagian dari keluarga

Keluarga adalah lingkungan dimana beberapa orang yang masih memiliki hubungan darah dan bersatu. Keluarga didefinisikan sebagai sekumpulan orang yang tinggal dalam satu rumah yang masih mempunyai hubungan kekerabatan/hubungan darah karena perkawinan, kelahiran, adopsi dan lain sebagainya. Keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak yang belum menikah disebut keluarga batih. Sebagai unit pergaulan terkecil yang hidup dalam masyarakat, keluarga batin mempunyai peranan-peranan tertentu (Soerjono, 2004).

Definisi operasional dari pemberdayaan keluarga merupakan upaya untuk menjalankan peran sesuai dengan fungsinya dalam keluarga, dan mengembangkan potensi-potensi yang dimiliki anggota keluarga secara maksimal, sehingga terbentuk ketahanan keluarga. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau perawatan yang diperlukan penderita di rumah. Keberhasilan perawatan di rumah sakit akan sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian mengakibatkan penderita harus dirawat kembali (kambuh). Peran dan sikap keluarga sejak awal perawatan di rumah sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat penderita di rumah sehingga kemungkinan kambuh dapat dicegah.

Sikap dan peran keluarga terhadap proses penyembuhan pasien gangguan jiwa, diantaranya: memberikan bantuan utama terhadap penderita gangguan jiwa, pengertian dan pemahaman tentang berbagai manifestasi gejala-gejala sakit jiwa yang terjadi pada penderita, membantu dalam aspek administrasi dan finansial yang harus dikeluarkan selama proses pengobatan penderita untuk itu yang harus dilakukan keluarga adalah nilai dukungan dan kesediaan menerima apa yang sedang dialami oleh penderita serta bagaimana kondisi kesehatan penderita dapat dipertahankan setelah diklaim sehat oleh tenaga psikolog, psikiater, neurolog, dokter, ahli gizi dan terapis dan kembali menjalani hidup bersama keluarga dan masyarakat sekitar (Salahuddin, 2009).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di dapatkan data jumlah penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum yang menjalani rawat jalan pada tahun 2013 sebanyak 12.673 dan tahun 2014 sebanyak 13.559, sedangkan tahun 2015 sebanyak 16.642, jadi dari studi pendahuluan di dapat data pasien skizofrenia yang menjalani pengobatan rawat jalan pada tiap tahunnya mengalami peningkatan.

Studi pendahuluan yang telah peneliti lakukan pada tanggal 23 Maret 2016 di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin terhadap 10 anggota keluarga pasien skizofrenia di unit rawat jalan, dengan metode wawancara langsung kepada keluarga pasien, diperoleh keterangan bahwa 6 orang (60%) mengatakan bahwa pasien mengalami kekambuhan >2 kali sudah mengalami kekambuhan dan sebanyak 4 orang (40%) lainnya mengatakan bahwa pasien mengalami kekambuhan sebanyak 1 kali dalam setahun terakhir ini. Dari 6 orang pasien yang >2 kali kambuh sebanyak 4 orang keluarga mengatakan bahwa selama ini tidak pernah mengajarkan atau mengajak pasien keluar rumah untuk bergaul dengan tetangga dan 2 orang lainnya mengatakan bahwa selama ini mereka selalu mengajarkan atau mengajak pasien keluar rumah untuk bergaul dengan tetangga sedangkan dari 6 orang yang hanya baru 1 kali mengalami kekambuhan seluruhnya mengatakan bahwa selama ini anggota keluarga sering mengajak dan mengajarkan bagaimana cara bergaul dengan orang lain khususnya tetangga.

Berdasarkan uraian latar belakang dan penjelasan diatas, maka menarik dilakukan penelitian tentang “Hubungan Pemberdayaan Keluarga dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut; “Apakah ada hubungan pemberdayaan keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan?.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Mengetahui hubungan pemberdayaan keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

1.3.2.1 Mengidentifikasi pemberdayaan keluarga pada pasien skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan.

1.3.2.2 Mengidentifikasi tingkat kekambuhan pasien skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan.

1.3.2.3 Menganalisis hubungan pemberdayaan keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi keluarga**

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber informasi dan wawasan agar keluarga mengetahui hubungan pemberdayaan keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia.

### **1.4.2 Bagi Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber informasi bagi acuan pelayanan kesehatan pada pasien skizofrenia.

#### 1.4.3 Bagi pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan untuk pembuatan karya tulis ilmiah lebih lanjut, terutama yang berkaitan dengan keperawatan keluarga dan keperawatan jiwa.

#### 1.4.4 Bagi Peneliti

Untuk menambah wawasan dan meningkatkan pengetahuan dalam mengaplikasikan ilmu yang telah didapat, khususnya pemberdayaan keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia.

### 1.5 Penelitian Terkait

Penelitian ini mengenai hubungan pemberdayaan keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia belum pernah dilakukan penelitian sebelumnya. Terdapat penelitian yang hampir menyerupai, yaitu:

- 1.5.1 Muhammad Noferry Anggeriawan mengenai “hubungan antara faktor lingkungan keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia di BLUD Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan”. Ini merupakan penelitian analitik, dengan desain penelitian cross sectional menggunakan purposive sampling. Hasil penelitian terdapat hubungan antara faktor lingkungan keluarga dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia. Persamaan penelitian ini terletak pada skizofrenia. Perbedaannya terletak pada faktor lingkungan keluarga.
- 1.5.2 Yuwono Adi Iswanto (2010) : hubungan tingkat pengetahuan keluarga tentang skizofrenia dengan peran keluarga klien skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Sampel berjumlah 40 orang keluarga klien skizofrenia yang sedang berobat jalan dengan jalan teknik pengambilan sampel yaitu *accidental sampling*. Analisa menggunakan Spearman Rank. Berdasarkan hasil penelitian ini terletak pada hubungan tingkat pengetahuan keluarga. Sedangkan perbedaannya terletak pada peran keluarga klien skizofrenia dan pada tahun penelitiannya.

- 1.5.3 Pramujiwati (2013) yang berjudul Pemberdayaan Keluarga dan Kader Kesehatan Jiwa dalam Penanganan Pasien Harga Diri Rendah Kronik dengan Pendekatan Model Precede L. Green di RW 06, 07 dan 10 Tanah Baru Bogor Utara. Metode yang digunakan adalah serial studi kasus yang mengambil total pasien harga diri rendah kronik sebanyak 16. Responden dalam penulisan karya ilmiah ini adalah pasien dengan schizophrenia, retardasi mental dan epilepsy yang mengalami harga diri rendah kronik dan tinggal dengan keluarganya sebagai caregiver. Karya ilmiah ini melibatkan keluarga dan kader dalam satu paket tindakan keperawatan, berdasarkan jumlah pasien. Keluarga yang mengikuti selama tindakan keperawatan berjumlah 8 dan jumlah kader yang berpartisipasi aktif dalam pelaksanaan tindakan keperawatan berjumlah 22 kader. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian tersebut terletak pada desain penelitian, variabel, sampel dan tempat penelitian.