

/BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara - negara maju. Meskipun masalah kesehatan jiwa tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun gangguan tersebut dapat menimbulkan ketidakmampuan individu dalam berkarya serta ketidaktepatan individu dalam berperilaku yang dapat mengganggu kelompok dan masyarakat serta dapat menghambat pembangunan karena tidak berkarakteristik (Hawari, 2001). Kondisi kritis ini membawa dampak terhadap peningkatan kualitas maupun kuantitas penyakit mental-emosional manusia (Hidayat, 2007).

Kondisi diatas dapat menyebabkan timbulnya gangguan jiwa dalam tingkat ringan ataupun berat yang memerlukan penanganan dirumah sakit baik dirumah sakit jiwa atau di unit perawatan jiwa di rumah sakit umum. Beberapa pendapat tentang penyebab gangguan jiwa seperti dikemukakan di atas dapat disimpulkan bahwa gangguan jiwa disebabkan karena ketidakmampuan manusia dalam mengatasi masalah – masalah dalam diri, tidak terpenuhi kebutuhan dirinya, perasaan kurang diperhatikan (kurang dicintai) dan perasaan rendah diri yang sangat sulit untuk mengontrolnya. Gangguan jiwa atau gangguan mental oleh faktor- faktor sosial dan kultural yang eksternal itu sifatnya dapat dihindari, baik itu dengan jalan

psikoterapi yang diberikan kepada individu yang mengalami gangguan kepribadian atau penyakit jiwa dan boleh juga melalui terapi psikologis.

Skizofrenia memiliki gejala primer antara lain gangguan proses pikiran (bentuk, langkah dan isi pikir), gangguan afek dan emosi, gangguan kemauan, gangguan psikomotor dan gejala sekunder berupa waham dan halusinasi (Maramis, 2004). Secara umum gangguan tersebut dapat mengakibatkan kekacauan yang dapat berupa pembicaraan dan perilaku kacau, afek datar, aktivitas motorik berlebihan, gerak –gerak tidak terkendali, terdapat juga kemarahan, menjaga jarak dan kecemasan (Setiadi, 2006). Riset kesehatan dasar pada tahun 2007 menunjukkan prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 4,6% dan gangguan mental emosional sebesar 11,6%. Prevalensi gangguan jiwa berat di DIY 3,8% dan gangguan emosional mencapai 9,6%. Menurut *World Health Organization (WHO)* memperkirakan bahwa pada tahun 2013 jumlah gangguan jiwa akan meningkat mencapai 450.000 penduduk di seluruh dunia.

Salah satu tanda dan gejala gangguan jiwa yang sering terjadi dan menimbulkan kendala yang besar adalah halusinasi. Halusinasi merupakan tanggapan indera terhadap rangsangan yang datang dari luar, dimana rangsangan tersebut dapat berupa rangsangan penglihatan, penciuman, pendengaran, pengecapan dan perabaan. Interpretasi (tafsir) terhadap rangsangan yang datang dari luar itu dapat mengalami gangguan sehingga terjadilah salah tafsir (*Missinterpretation*).

Menurut Keliat dan Akemat (2009) Pada proses penanganan halusinasi ada beberapa hal yang harus diketahui, antara lain membina hubungan saling percaya dengan pasien, dapat dilakukan dengan cara berkenalan dengan pasien dan menunjukkan sikap empati kepada pasien. Kemudian dengan mengetahui jenis halusinasi, dilihat dari data objektif dan data subjektif yang didapat dari pasien halusinasi. Selain dengan mengetahui jenis halusinasinya kita harus mengetahui waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi. Keluarga membantu klien mengontrol halusinasi dengan empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi, yaitu : menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal dan minum obat secara teratur.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan adalah hasil tahu manusia terhadap suatu atau bilamana ada gangguan dalam dinamika keluarga dimasa perkembangan kepribadian yang paling awal, maka perkembangan kepribadian menjadi terganggu pula dan menjadi rentan mengalami halusinasi. Keluarga harus memiliki pengetahuan yang cukup untuk mengetahui keadaan anggota keluarganya, Keluarga harus mengetahui dan memahaminya. Keluarga diharapkan mengerti, yang pada akhirnya dapat berperan secara aktif sebagai pendukung utama bagi penderita. Meningkatkan kemampuan penyesuaian dirinya serta tidak rentan lagi terhadap pengaruh stresor psikososial.

Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan eksternal (Notoadmojo,2003). Faktor internal meliputi pendidikan, persepsi, motivasi, pengalaman. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan, sosial ekonomi, kebudayaan, dan informasi. Tingkat pengetahuan keluarga dapat dilihat dari cara keluarga merawat pasien halusinasi. Menurut Sasanto (2005), salah satu titik penting untuk memulai pengobatan adalah keberanian keluarga untuk menerima kenyataan, karena terapi bagi pasien halusinasi bukan hanya obat akan tetapi kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarganya.

Peran serta keluarga dalam merawat pasien halusinasi bisa berupa bantuan mengenali halusinasi dengan membina hubungan saling percaya dan berdiskusi kapan muncul, situasi yang menyebabkan halusinasi. Bisa juga dengan meningkatkan kontak dengan realitas seperti berbicara tentang topik yang nyata tanpa mengikuti isi halusinasinya, berbicara dengan pasien secara sering dan singkat, membuat jadwal kegiatan seharian untuk menghindari kekosongannya atau kesendiriannya, ajak bicara jika tampak pasien sedang berhalusinasi. Keluarga juga bisa menurunkan kecemasan pasien dengan cara menerima halusinasinya tanpa mendukung dan menyalahkan, misalnya “ saya percaya anda mendengarnya tetapi saya tidak mendengarnya”. Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya dan keluarga tetap empati (Ashari,2009).

Keluarga juga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya dan keluarga memandang bahwa orang yang bersikap mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika di butuhkan. Sifat dan jenis dukungan keluarga berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan, dalam semua tahap kehidupan, dukungan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998).

Umumnya keluarga meminta bantuan tenaga kesehatan jika tidak sanggup lagi merawatnya. Oleh karena itu asuhan keperawatan juga harus berfokus pada keluarga bukan hanya memulihkan keadaan klien. Hal ini bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga termasuk penanganan halusinasi (Keliat, 1996).

Keluarga merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun demikian jika keluarga tidak mampu merawat pasien, maka pasien akan kambuh bahkan untuk memulihkannya lagi akan sangat sulit. Halusinasi dapat dikontrol dengan baik. Hal ini tentunya tidak lepas dari tingkat pengetahuan dan kemampuan keluarga merawat anggota keluarganya. Memberikan kepercayaan dan motivasi bagi penderita gangguan jiwa

dalam menjalani kehidupannya. Selain itu, dorongan yang kuat dari dalam dirinya tentu dapat memotivasi pasien kembali menempatkan dirinya dalam masyarakat.

Penelitian ini akan dilakukan di RSJ Grhasia Provinsi DIY, karena RS Grhasia merupakan satu-satunya RSJ yang ada di Yogyakarta. Setelah dilakukan studi pendahuluan pada tanggal 13 februari 2012 didapatkan jumlah kunjungan pasien rawat jalan di bulan November, Desember, Januari sebanyak 315 klien. Fakta awal yang diperoleh dari hasil wawancara dengan 7 anggota keluarga yang mengantar klien untuk kontrol di klinik keperawatn RS Grhasia Provinsi DIY menunjukkan 4 dari 7 klien halusianasi sudah beberapa tahun menjalani rawat jalan dan hasilnya klien berhasil mengontrol halusinasinya, sedangkan 3 pasien lainnya belum ada perubahan.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk mengambil judul tentang **“Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Halusinasi Dengan Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Klien Halusinasi di Klinik Keperawatan RSJ Ghrasia Provinsi DIY”**.

B. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang halusinasi dengan kemampuan keluarga dalam merawat klien halusinasi di klinik keperawatan RSJ Grhasia Provinsi DIY?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Diketuainya hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang halusinasi dengan kemampuan keluarga dalam merawat klien halusinasi di klinik keperawatan RSJ Grhasia Provinsi DIY.

2. Tujuan khusus

- a. Diketuainya karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan terakhir, dan hubungan dengan klien.
- b. Diketuainya tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan klien halusinasi di klinik keperawatan RSJ Grhasia Provinsi DIY
- c. Diketuainya kemampuan keluarga terhadap cara merawat klien halusinasi di klinik keperawatan RSJ Grasia Provinsi DIY.

D. Manfaat Penelitian

1. Untuk profesi keperawatan

Sebagai masukan bagi profesi keperawatan dalam melakukan pendidikan kesehatan di klinik keperawatan agar lebih meningkatkan kemampuan keluarga terhadap cara merawat klien halusinasi.

2. Untuk RSJ Grhasia Yogyakarta

Memberikan gambaran penting bagi RSJ Grhasia Yogyakarta tentang pentingnya dukungan keluarga terhadap klien halusinasi khususnya. Dan sebagai bahan masukan bagi RSJ Grhasia Yogyakarta dalam mengevaluasi yang terkait dengan pemberian pendidikan kesehatan pada keluarga pasien gangguan jiwa.

3. Untuk peneliti lain

Sebagai bahan atau dasar penelitian selanjutnya terutama mengenai tingkat pengetahuan keluarga terhadap kemampuan keluarga merawat klien halusinasi.

E. Penelitian Terkait

1. Wulansih, dan Widodo, (2008) Hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap keluarga dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia di RSJD Surakarta. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan desain penelitian cross sectional. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 1.440 orang dan respondennya berjumlah 50. Dari hasil penelitian ini didapatkan hasilnya berdasarkan tingkat pengetahuan keluarga didapat bahwa mayoritas berpengetahuan sedang yaitu 30 responden atau 60,0%. Berdasarkan sikap keluarga mayoritas bersikap baik yaitu 44 responden atau 88,0%. Perbedaannya adalah di variabel terikat dan tempat penelitiannya. Variabel terikat peneliti adalah kemampuan keluarga dalam merawat klien halusinasi dan tempat penelitiannya di RSJ Grhasia Provinsi DIY, sedangkan variabel penelitian terkaitnya kekambuhan pada pasien skizofrenia dan tempat penelitiannya di RSJD Surakarta.
2. Ratih (2001) tentang hubungan tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan klien paska perawatan di rumah sakit dengan tingkat kekambuhan klien skizofrenia di RSJ Grhasia Yogyakarta. Dengan metodologi penelitian *observational* atau *non eksperimental* dengan

pendekatan *retrospektif* dan sampel 30 orang. Hasil penelitian tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan klien paska perawatan dirumah sakit dengan tingkat kekambuhan klien skizofrenia di RSJ Grhasia Yogyakarta. Penelitian ini berbeda dengan penelitian diatas. Dimana, pada penelitian ini, menggunakan variabel tingkat pengetahuan keluarga tentang halusinasi dengan kemampuan keluarga dalam merawat klien halusinasi di klinik keperawatan Rumah Sakit Ghrasia Provinsi DIY dan menggunakan metodologi penelitian pendekatan *cross-sectional* yang merupakan jenis penelitian deskriptif.

3. Azmy (2009), Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian pasien untuk mengontrol halusinasi di polirawat jalan RSJ Profesor Dr. Soeroyo Magelang. Jenis penelitian yang digunakan deskriptif analitik non eksperimen dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar pasien halusinasi mendapatkan dukungan keluarga dengan kategori baik sebanyak 25 orang dan kategori cukup 5 orang. Perbedaannya adalah di variabel bebas dan tempat penelitian, variabel bebas peneliti adalah tingkat pengetahuan keluarga dan tempat penelitiannya di klinik keperawatan RS Grhasia Provinsi DIY.