

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan kondisi individu yang sehat, baik sehat emosional, psikologi dan sosialnya (Keliat, et al 2013). Selain itu Stuart & Laraia, 2009) menambahkan individu sehat jiwa jika dapat menerima kekurangan serta kelemahan diri sendiri dalam menghadapi suatu masalah. Hal ini sependapat dengan pandangan Michael dan Kirk Patrick dalam (Notosudirjo & Latipun, 2005) bahwa individu sehat jiwa apabila fungsi sosial yang dimilikinya dapat berfungsi secara optimal.

Stuart & Sundeen (2008) menjelaskan gangguan jiwa adalah suatu penyakit yang terjadi pada individu dan berkaitan langsung dengan adanya gangguan fungsi, baik psikologis, sosial, emosional serta kognitifnya sehingga dapat ditarik kesimpulan apabila individu memiliki masalah dengan emosional, psikologis dan sosialnya individu tersebut dapat dikatakan mengalami gangguan jiwa.

World Health Organisation (2013) menyebutkan prevalensi klien gangguan kesehatan jiwa berat sekitar 450 juta jiwa. Indonesia tercatat sekitar 4,6 % dari 220 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa berat dan DIY merupakan salah satu wilayah yang menempati peringkat pertama karena jumlah klien yang mencapai 2,7 % per 1000 penduduk (Risksedas, 2013).

Stuart dan Laraia (2005) skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang mempengaruhi fungsi otak dan menyebabkan munculnya gangguan pikiran, persepsi, emosi gerakan dan perilaku dimana salah satu tandanya individu tersebut mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari atau *activity daily living* (ADL). Aktifitas kehidupan sehari-hari adalah aktifitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari (Keliat, et all, 2012). Hardywinanto dan Setiabudi (2005) menambahkan yang merupakan aktivitas ADL meliputi mandi, berpakaian, makan dan minum serta ke toilet.

Jonshon (2007) mengungkapkan bahwa sulit bagi klien melaksanakan ADL secara mandiri akibat gangguan fungsi kognitif yang dialami sehingga klien sangat membutuhkan bantuan untuk memenuhinya. Keluarga yang bertempat tinggal dan bertanggung jawab merawat klien adalah yang berkewajiban membantu klien (Stuart, 2009).

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial bagi tiap anggota keluarga (Duvall & Logan, 1986). Freud (2010) menjelaskan keluarga merupakan dua atau lebih individu yang tinggal satu rumah karena ada hubungan darah dan saling berinteraksi.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009) menambahkan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari

kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal dalam satu atap serta saling ketergantungan.

Perlu adanya pengetahuan dan keterampilan bagi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia. Pengetahuan dan keterampilan tersebut dapat didapatkan dengan mengikuti program pengobatan. Di banyak negara, program pengobatan seperti *family psycho education program*, *cognitive behavior therapy*, dan *multifamily group therapy* sudah digunakan.

Sementara di Indonesia program ini belum mendapatkan perhatian yang lebih. Hal ini sebaiknya dilakukan karena hampir semua klien berada ditengah keluarga serta penanganan oleh keluarga jauh lebih murah. Program yang dilakukan meliputi pengetahuan dasar tentang skizofrenia, penanganan emosi dalam keluarga, keterampilan menghadapi gejala skizofrenia serta keterampilan menjadi perawat yang baik bagi klien.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada November 2014 di Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta didapatkan jumlah klien skizofrenia pada tahun 2012 tercatat sebanyak 988 klien gangguan jiwa 455 diantara mengalami gangguan jiwa berat yang dapat dikategorikan skizofrenia dan pada tahun 2013 tercatat sebanyak 1293 klien gangguan jiwa. Jumlah yang semakin banyak itu telah memperlihatkan bahwa jumlah klien gangguan jiwa yang melakukan pengobatan di Puskesmas Kasihan II Bantul mengalami peningkatan. Peneliti saat melakukan studi pendahuluan ingin mengetahui apakah pengetahuan keluarga yang

merawat klien ada hubungannya dengan kemampuan klien melakukan ADL secara mandiri, tetapi selama studi pendahuluan peneliti tidak menemukan data yang menunjukkan tingkat pengetahuan dari masing-masing keluarga klien khususnya yang merawat klien.

B. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan pengetahuan keluarga dalam merawat klien skizofrenia dengan tingkat kemandirian klien memenuhi aktivitas kehidupan sehari-hari atau *activity daily living* (ADL).

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan pengetahuan keluarga dengan tingkat kemandirian klien skizofrenia dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari atau *activity daily living* (ADL) di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik keluarga dan karakteristik klien skizofrenia yang meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul.
- b. Mengetahui pengetahuan keluarga tentang skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul.
- c. Mengetahui kemandirian klien skizofrenia dalam melakukan ADL di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Mengetahui cara merawat dan membantu klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul dalam melakukan ADL sehingga setelah penelitian ini hasilnya dapat digunakan oleh keluarga klien sebagai tambahan pengetahuan dalam membantu klien melakukan ADL serta meningkatkan kemandirian klien.

2. Praktis

a. Tenaga kesehatan jiwa Puskesmas Kasihan II

Bermanfaat sebagai tolok ukur berapa banyak informasi yang sudah keluarga klien miliki setelah mendapatkan penyuluhan-penyuluhan yang dilakukan, selain itu sebagai referensi tambahan bagi tenaga kesehatan Puskesmas Kasihan II Bantul sehingga diharapkan semakin lebih luas informasi yang dapat diberikan kepada keluarga klien .

b. Program Studi Ilmu Keperawatan UMY

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan teori keperawatan dan dapat memberikan masukan kepada profesi keperawatan jiwa akan pentingnya peran serta keluarga dalam suatu tindakan keperawatan terutama bagi klien gangguan jiwa.

c. Keluarga klien

Sebagai tambahan informasi bahwa pengetahuan keluarga berhubungan dengan tingkat kemandirian klien skizofrenia serta ikut dalam proses kesembuhan klien.

d. Klien skizofrenia

Diharapkan dengan penelitian ini kesehatan jiwa klien membaik dan kemandirian klien dalam melakukan ADL mengalami peningkatan.

E. Keaslian Penelitian

1. Lilis, Basirun & Sawiji (2009) Tingkat Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari Pasien Skizofrenia di Lingkup Kerja Puskesmas Gombang. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *deskriptif* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian adalah klien skizofrenia dan keluarga yang merawat di lingkup wilayah kerja Puskesmas Gombang II, Kecamatan Gombang, Kabupaten Kebumen. Pengambilan sampel menggunakan tehnik *purposive sampling* dan besar sampel ditentukan dengan *tabel Krejcie*.

Variabel penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu tingkat pemenuhan ADL klien skizofrenia di lingkup wilayah kerja Puskesmas Gombang II dengan sub sistem variabel perawatan hygiene/mandi, berpakaian/berdandan, makan dan minum serta eliminasi/BAB dan BAK. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner berbentuk check list dengan skala fungsional ADL NANDA.

Uji validitas menggunakan rumus *Pearson Product Moment* sedangkan uji reliabilitas dengan rumus *Alpha Cronbach*. Hasil disajikan dalam distribusi frekwensi berbentuk prosentase dan menunjukkan 28% aktivitas hygiene klien masuk kategori ketergantungan ringan dan 6 % ketergantungan berat. Aktivitas berpakaian/berdandan 34 % klien ketergantungan sedang, 47 % aktivitas makan dan minum klien ketergantuan ringan sedangkan aktivitas eliminasi BAB dan BAK 47 % melakukannya secara mandiri.

Persamaan yang ada antara penelitian ini dengan yang peneliti lakukan adalah pada metode penelitian, pendekatan penelitian dan instrumen yang digunakan. Perbedaan juga ada yaitu pada lokasi penelitian dan variabel penelitian juga berbeda, peneliti menggunakan dua variabel yaitu pengetahuan keluarga dan tingkat kemandirian klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul.

Selain itu skala pengukuran variabel juga berbeda, peneliti menggunakan *Likert* dan *Guttman*.

2. Kartika. P (2010) Hubungan antara Dukungan Keluarga Dengan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Pasca Perawatan Di Rumah Sakit. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *deskriptif* dengan pendekatan *cross sectional* dengan dua variable yaitu keberfungsian sosial dan dukungan keluarga klien dengan skizofrenia. Pengumpulan data menggunakan skala psikologis yang bertujuan untuk mengetahui kemampuan klien dalam memenuhi aktivitas

kehidupan sehari-hari dan menjalankan peran sesuai dengan status sosialnya.

Selain itu juga untuk mengetahui bantuan berupa perhatian, penghargaan, informasi dan nasehat dari keluarga. Analisa data yang penelitian ini gunakan adalah dengan *Statistical Package For Social Science* (SPSS) versi 15.00. Hasil uji normalitas keberfungsian sosial dan dukungan keluarga didapatkan nilai *Kolmogorov Smirnov* memiliki kontribusi normal disertai hasil uji linearitas dua variabel adalah linear.

Hasil uji korelasi antara dua variabel adalah ada hubungan. Semakin tinggi dukungan yang diberikan oleh keluarga semakin tinggi pula keberfungsian sosial pada klien skizofrenia. Persamaan yang peneliti lakukan adalah metode serta pendekatan penelitian, selain itu jumlah variabel dan tujuan penelitian yang sama yaitu mencari sebuah hubungan.

Perbedaannya terletak pada analisa data peneliti menggunakan analisa data *Rank Spearman*. Hasil dalam penelitian Prinda (2010) bahwa ke dua variabel memiliki hubungan (*korelasi*).