

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

UU No. 23, 1992 tentang kesehatan menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Soejoeti, 2005). Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur-unsur fisik, mental, dan sosial yang didalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan.

Hawari (2004) menyatakan bahwa gangguan jiwa (*mental disorder*) merupakan salah satu dari empat masalah utama di negara-negara maju, modern dan industri. Keempat masalah kesehatan utama tersebut adalah penyakit degeneratif, kanker, kecelakaan dan gangguan jiwa. Masyarakat beranggapan bahwa, penyakit gangguan jiwa tidak dianggap sebagai gangguan yang dapat menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidakmampuan baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan karena mereka tidak produktif dan efektif.

Jumlah klien gangguan jiwa semakin meningkat, hal ini terlihat dengan makin meningkatnya prevalensi gangguan jiwa. Prevalensi dari gangguan psikotik ini di dunia adalah sekitar 3-5% (Jibson, 2007) dan prevalensi

gangguan jiwa menurut Studi Demografi Gangguan Jiwa di Masyarakat yang

dilakukan oleh Departemen Kesehatan pada tahun 1996-2000 adalah sebesar 22% (Depkes, 2000). Menurut penelitian World Health Organization (WHO), diatas 100 jiwa per 1000 penduduk mengalami gangguan jiwa, dan dari data hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, di Indonesia mencapai 264 per 1000 penduduk (Yulianti, 2003).

Salah satu bentuk gangguan jiwa yang banyak terjadi di Rumah Sakit Jiwa di Indonesia adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah jenis gangguan jiwa berat yang memenuhi 90% dari pasien RSJ-RSJ di Indonesia, (Wicaksana, 2007). Maramis, (2005) menyatakan bahwa skizofrenia adalah suatu psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses berpikir serta disharmoni (keretakan atau perpecahan) antara proses berpikir, afek, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan terutama karena halusinasi dan waham. Isaac (2005), menambahkan skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk berpikir dan berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, dan perilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial.

Gejala yang paling utama pada klien dengan skizofrenia adalah halusinasi, dan sekitar 75% pasien dengan diagnosa skizofrenia dilaporkan mengalami gejala halusinasi (American Psychological Association, 2002). Halusinasi adalah persepsi terhadap stimulus eksternal tanpa adanya sumber dari luar.

Klien sering bertindak sesuai dengan persepsi dalam dirinya atau lebih

memaksakan apa yang ada didalam dirinya dari pada kenyataan di dunia luar (Schultz and Videbeck, 1998). Gangguan halusinasi khususnya jenis halusinasi pendengaran (*auditory*) umumnya mengarah pada perilaku yang membahayakan orang lain, klien sendiri dan lingkungan seperti melakukan bunuh diri untuk mengikuti suara perintah halusinasi tersebut (Nasution, 2003).

Gangguan skizofrenia dengan halusinasi ini bersifat kronis, progresif dan eksaserbasif (kambuh-kambuhan). Kambuh atau relaps adalah terulangnya kembali gejala-gejala yang cukup berat yang mempengaruhi aktifitas sehari-hari, yaitu antara lain munculnya halusinasi, gelisah, kekacauan alam pikir, daya nilai menurun, timbul waham, menarik diri, dan sebagainya. (Stuart & Sundeen, 1998). Berdasarkan hasil penelitian di RS Dr Sardjito Yogyakarta tahun 2003, diperkirakan angka kekambuhan klien skizofrenia adalah 25 % pada tahun pertama dan 70 % pada tahun kedua, bahkan 100 % pada tahun ketiga. Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan ini antara lain: ekspresi emosi keluarga, pengetahuan keluarga, ketersediaan pelayanan kesehatan, serta kepatuhan minum obat (Wicaksana, 2007).

Salah satu penyebab terjadinya kekambuhan adalah karena ketidakpatuhan klien dalam mengikuti program pengobatannya. Farmakoterapi dalam psikiatri tidak boleh diremehkan dalam arti obat harus digunakan dalam dosis efektif untuk periode waktu yang cukup. Terapi obat ini pada klien gangguan jiwa tidak ditujukan untuk menyembuhkan atau menghilangkan penyakitnya.

Terapi ini hanya menghilangkan gejala fisik atau perilaku saja dan tidak dapat

menyembuhkan keadaan yang menyebabkan penyakit mental atau masalah emosi, sehingga minum obat yang teratur dapat mengurangi gejala-gejala kekambuhan (Townsen, 2000) .

Prinsip pengobatan pada klien gangguan jiwa adalah terus-menerus dan dapat berlangsung selamanya terutama pada pasien gangguan jiwa kronik seperti skizofrenia dimana hal tersebut dapat menimbulkan efek samping seperti penurunan fungsi organ-organ tubuh misalnya hepar dan ginjal. Mengingat begitu pentingnya farmakoterapi pada klien gangguan jiwa, maka diperlukan dosis *maintenance* yaitu dosis yang ditujukan untuk mendapatkan efektifitas terapi dan meminimalkan efek samping obat. Apabila dosis *maintenance* ini tidak bisa dipertahankan, maka klien akan mendapatkan dosis terapi dari awal lagi, dimana hal ini akan dapat menimbulkan resistensi terhadap efek obat yang diberikan. Sehingga dosis terapi harus ditambah dan dikombinasikan dengan obat lain, hal ini berarti efek samping obat akan bertambah dan semakin berpengaruh buruk pada fungsi tubuh (Katzung, 1998).

Peran dan dukungan dari keluarga dan orang-orang yang ada di lingkungan sangat diperlukan untuk mempertahankan dosis *maintenance* ini sehingga diharapkan gejala kekambuhan tidak muncul (Keliat, 2006). Keluarga mempunyai peran yang besar dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan klien. Program pengendalian klien (*case healing*) berupa pengobatan secara teratur sampai mencapai kesembuhan, salah satu upayanya

adalah menentukan seorang pengawas bagi tiap klien, dipilih dari anggota

keluarganya atau seseorang yang tinggal dekat rumah yang bertugas untuk memantau dan memotivasi klien. Keuntungan keluarga sebagai pengawas minum obat (PMO) adalah tempat tinggalnya yang serumah dengan klien sehingga pemantauannya lebih optimal dan langung serta tidak perlu biaya transportasi (Becher, 1997).

Friedman (2003) menambahkan keluarga memainkan suatu peran bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan klien. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan (rehabilitasi) sangat berkurang. Keluarga juga memiliki peran vital seperti menjadi pengawas minum obat bagi klien dalam upaya peningkatan kesehatan dan pengurangan resiko kekambuhan khususnya pada pasien yang memiliki penyakit kronik dan progressif seperti skizofrenia.

Hasil dari studi pendahuluan yang dilaksanakan oleh peneliti di RS Grhasia Yogyakarta pada bulan Maret 2008, didapatkan keterangan bahwa pasien gangguan jiwa di Unit Rawat Jalan meningkat setiap tahunnya. Rekam Medik di RS Grhasia Yogyakarta tahun 2007 mencatat jumlah pasien rawat jalan sebanyak 6.599 pasien dan rekam medik pada tahun 2008 sejak Januari-Maret terdapat 79 pasien baru sehingga total pasien di Unit Rawat Jalan RS Grhasia menjadi 6.678 pasien dimana 85% pasien yang di rawat adalah skizofrenia dan 70% diantaranya mengalami gejala halusinasi. Hasil wawancara dengan perawat di Unit Rawat Jalan RS Grhasia mengungkapkan bahwa banyak klien yang tidak patuh mengikuti program pengobatannya yaitu sekitar 40%. Hal ini ditegaskan oleh beberapa keluarga yang pada saat itu

mengantar klien berobat menyatakan bahwa faktor ekonomi, lamanya pengobatan dan tidak adanya pengawasan minum obat di rumah menyebabkan klien kambuh kembali dan harus menjalani perawatan di rumah sakit. Dari permasalahan tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti mengenai peran keluarga sebagai pengawas minum obat dengan frekuensi kekambuhan halusinasi klien skizofrenia di Unit Rawat Jalan RS Grhasia.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas dapat dikemukakan rumusan masalah yaitu:” sejauhmana hubungan antara peran keluarga sebagai pengawas minum obat terhadap frekuensi kekambuhan halusinasi klien skizofrenia di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara peran keluarga sebagai pengawas minum obat terhadap frekuensi kekambuhan halusinasi klien skizofrenia di Unit Rawat Jalan RS Grhasia Propinsi DIY.

2. Tujuan Khusus

a. Menganalisa peran keluarga sebagai pengawas minum obat pada klien skizofrenia dengan halusinasi.

b. Menganalisa frekuensi terjadinya halusinasi pada klien skizofrenia.

c. Mengetahui jenis halusinasi pada klien skizofrenia

D. Manfaat penelitian

1. Bagi Ilmu keperawatan

Sebagai masukan bagi ilmu keperawatan terutama keperawatan jiwa untuk lebih memperhatikan dan mengoptimalkan peran keluarga dalam pengawasan minum obat sehingga klien gangguan jiwa dapat kembali menjalankan fungsinya secara optimal dalam kehidupan sehari-hari dan dapat diterima kembali oleh masyarakat dengan baik.

2. Bagi Rumah Sakit Grhasia

Sebagai masukan bagi Rumah Sakit Grhasia terutama bagi tenaga keperawatan diharapkan dapat lebih meningkatkan peran keluarga dan membantu dalam usaha penanganan kasus halusinasi pada khususnya dan gangguan jiwa pada umumnya.

3. Bagi Keluarga Pasien

Mempersiapkan keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa terutama dalam pengawasan minum obat sebelum klien kembali dipulangkan kerumah.

4. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan menambah wawasan peneliti dan sebagai bahan atau dasar penelitian selanjutnya agar dapat meneliti faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kekambuhan halusinasi pada klien skizofrenia.

E. Penelitian Terkait

Menurut pengetahuan peneliti, belum pernah mendapatkan hasil penelitian yang sama tentang "Hubungan peran keluarga sebagai

pengawas minum obat terhadap frekuensi kekambuhan halusinasi klien skizofrenia di Unit Rawat Jalan RS Grhasia". Adapun penelitian terdahulu yang terkait dengan topik penelitian ini adalah:

1. Penelitian "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Pada Klien Skizofrenia di Unit Rawat Jalan RS Grhasia" oleh Subekti (2003). Penelitian ini menekankan pada faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi kepatuhan minum obat klien skizofrenia dengan metodologi *deskriptif kuantitatif eksploratif*. Sedangkan dalam penelitian ini peneliti menggunakan dua variabel dengan metodologi *deskriptif kualitatif* dengan rancangan *crosssectional*.
2. Penelitian " Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia" oleh Hidayat tahun 2004. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Hidayat (2004) menggunakan pendekatan *retrospektif* dan variabel bebas yang digunakan adalah tentang dukungan sosial keluarga, dan variabel terikat yang digunakan adalah frekuensi kekambuhan klien skizofrenia. Sedangkan peneliti menggunakan pendekatan *crosssectional* dan variabel bebas yang digunakan adalah tentang peran keluarga sebagai pengawas minum obat dan variabel terikatnya lebih spesifik yaitu kekambuhan halusinasi klien skizofrenia.
3. Penelitian " Hubungan Peran Serta Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan I Bantul. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Suwami (2007)

variabel bebas yang digunakan adalah tentang peran serta keluarga, dan variabel terikat yang digunakan adalah frekuensi kekambuhan klien skizofrenia dan lokasi penelitian berada di komunitas. Sedangkan peneliti menggunakan variabel bebas yaitu peran keluarga sebagai pengawas minum obat dan variabel terikatnya lebih spesifik yaitu kekambuhan halusinasi klien skizofrenia dan mengambil lokasi