

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa (*mental disorder*) merupakan salah satu masalah dari empat masalah kesehatan utama di negara maju, negara modern, dan negara industri. Keempat masalah kesehatan utama tersebut adalah penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa, dan kecelakaan. Gangguan jiwa tersebut tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidakmampuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan, karena mereka tidak produktif dan tidak efisien (Setyonegoro, 1980). Menurut Videbeck (2008), gangguan jiwa adalah suatu sindrom yang secara klinis terjadi pada seseorang dan dikaitkan dengan adanya distress atau disabilitas. Gejala yang menonjol pada gangguan jiwa adalah gejala - gejala patologik dari unsur psikologik. Hal ini tidak berarti bahwa unsur yang tidak terganggu, yang sakit dan menderita ialah manusia seutuhnya dan bukan hanya badanya, jiwanya, lingkungannya. Terdapat gejala negatif dan gejala positif, sedangkan gejala negatif atau samar seperti afek datar, tidak memiliki kemauan, rasa tidak nyaman, dan menarik diri dari masyarakat, dan gejala positif seperti waham, halusinasi, disorganisasi pikiran, bicara kacau, dan perilaku tidak teratur. Menurut Stuart & Laraia (2005), gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir, kemauan, tindakan dan emosional. Gangguan jiwa

akan menimbulkan manifestasi psikologi atau yang berkaitan dengan gangguan fungsi akibat gangguan biologi, sosial, psikologik, genetika, fisik atau kimia.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013) menyebutkan 14,1 % penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa dari ringan hingga berat. Data dari 33 rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia menyebutkan hingga kini jumlah penderita gangguan jiwa mencapai 2,5 juta orang, di Indonesia prevalensinya sekitar 11% dari total penduduk dewasa. Prevalensi gangguan jiwa berat paling tinggi terjadi di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Hasil Riskesdas tahun 2013 menyebutkan bahwa sekitar 3 dari 1000 orang penduduk DIY mengalami gangguan jiwa berat, dengan prevalensi masing-masing (2,7‰), sedangkan yang terendah terjadi di Kalimantan Barat (0,7‰), (www.labdata.litbang.depkes.go.id).

Menurut Isacs (2004), gangguan skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir dan berkomunikasi, menerima, dan mengintreprestasikan realistik, merasakan dan menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial. Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Yosep, 2011). Pada pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) skizofrenia adalah suatu diskripsi sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas serta sejumlah

akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya (Maslim, 2001).

Gejala psikotik adalah simtom-simtom psikotik yang diukur dengan BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) yaitu skala penilaian psikiatrik yang terdiri dari 18 item dengan skala likert (0=tidak ada gejala, 6 =gejala sangat berat), telah digunakan secara luas dan divalidasi (Sukarto, 2002). Skala ini adalah alat ukur yang dirancang untuk menilai perubahan dalam keparahan psikopatologi. *Brief Psychiatric Rating Scale* pada awalnya dirancang untuk mengukur perubahan gejala pada pasien dengan penyakit psikotik. Dengan demikian, item pada BPRS fokus pada gejala yang umum pada pasien dengan gangguan psikotik, termasuk skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya, serta yang ditemukan pada pasien dengan gangguan suasana hati yang parah, terutama mereka yang memiliki ciri-ciri psikotik (*American Psychiatric Association, 2000*).

Menurut Sudyanto (2009) menyebutkan bahwa keluarga adalah *primary caregiver* untuk penderita skizofrenia. *Caregiver* ini biasanya adalah: a) Keluarga inti pertama seperti orangtua, pasangan hidup, anak yang sudah dewasa, atau saudara kandung, b) Saudara yang paling sering berhubungan atau kontak dengan penderita, c) Saudara yang paling banyak memberikan dukungan keuangan, d) Saudara yang akan dihubungi oleh rumah sakit jika ada permasalahan gawat darurat pada penderita, atau e) Saudara yang paling banyak berhubungan dengan permasalahan pengobatan penderita. Dukungan keluarga memiliki berbagai macam jenis,

sebagai berikut dukungan informasional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan emosional (Friedman, 2013). Dukungan instrumental keluarga menyatakan bahwa dukungan instrumental suatu dukungan atau bantuan penuh keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu, melayani dan mendengarkan klien gangguan jiwa dalam menyampaikan perasaanya (Bomar, 2004).

Peneliti melakukan studi pendahuluan yang dilakukan di RSJ Grhasia DIY pada tanggal 13 November 2014 diperoleh data bahwa jumlah pasien penderita skizofrenia yang berada di rawat inap berjumlah 103 orang dengan rincian sebagai berikut bangsal Gatot kaca terdapat 12 orang, bangsal Arimbi 4 orang, bangsal Shinta 20 orang, bangsal Nakula 23 orang,, bangsal Drupadi 7 orang, bangsal sadewa 25 orang, dan bangsal Srikandi sebanyak 12 orang. Data 3 bulan terakhir menunjukkan bahwa terdapat kunjungan keluarga sebanyak 15 orang per bulan. Sementara berdasarkan wawancara di antara 5 orang keluarga yang berkunjung, 2 orang keluarga mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui banyak bagaimana memberi dukungan sosial keluarga kepada anggota keluarga yang mengalami skizofrenia, mereka juga mengatakan kurang mengetahui bahwa dukungan instrumental keluarga dapat mempengaruhi tingkat kesembuhan pasien skizofrenia.

Berdasar data di atas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian di RSJ Grhasia DIY yang belum pernah ada penelitian mengenai “Hubungan

Dukungan Instrumental Keluarga terhadap Skor *Brief Psychiatric Rating Scale* pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap RS Jiwa Grhasia DIY”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat dirumuskan masalah sebagai berikut : “Apakah ada hubungan dukungan instrumental keluarga dengan skor *Brief Psychiatric Rating Scale* pada pasien skizofrenia di Instalasi Rawat Inap RS Jiwa Grhasia DIY?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan instrumental dengan Skor BPRS pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY.

2. Tujuan khusus

- a) Untuk mengetahui karakteristik responden
- b) Untuk mengetahui dukungan instrumental keluarga dengan pasien skizofrenia.
- c) Untuk mengetahui Skor BPRS pada pasien skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY.

D. Manfaat Penelitian

1) Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai masukan dalam menunjang peningkatan dukungan instrumental keluarga pada tindakan asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia.

2) Bagi pasien

Memberikan informasi kepada pasien tentang dukungan instrumental keluarga yang diberikan oleh keluarga, sehingga dapat menurunkan Skor BPRS untuk mencapai kualitas hidup yang baik dalam membantu proses penyembuhannya.

3) Bagi Keluarga

Penelitian ini dapat digunakan keluarga sebagai masukan untuk meningkatkan keterlibatan keluarga dalam memberikan perawatan dan memberikan dukungan yang maksimal terhadap pasien skizofrenia.

4) Bagi Perawat

Penelitian ini dapat dijadikan evaluasi terhadap pelayanan asuhan keperawatan dalam pentingnya dukungan keluarga untuk pasien skizofrenia menjadi terutama dalam memberikan asuhan pada pasien skizofrenia.

5) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu dasar atau acuan dan tambahan masukan untuk peneliti selanjutnya.

E. Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan oleh penulis ini di antaranya adalah sebagai berikut :

1. Aisyah (2012), dengan judul, " Hubungan Dukungan Keluarga (*Care Giver*) Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Klien Skizofrenia Di Unit Rawat Jalan RS Ghrasia Yogyakarta, penelitian ini menggunakan disain deskriptif analitik non eksperimental dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*, dengan sampel 51 klien skizofrenia yang sedang terkontrol di Unit Rawat Jalan RS Ghrasia, tehnik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuisioner. Uji hipotesis dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Spearman Rank*. Perbedaan penelitian terdahulu dan sekarang adalah pada variabel terikat *score* BPRS dan variabel bebas adalah dukungan instrumental keluarga pada pasien skizofrenia Perbedaan penelitian adalah tujuannya untuk mengetahui bagaimana hubungan dukungan instrumental keluarga terhadap *score* BPRS. Persamaan penelitian ini adalah pada pasien keluarga pasien skizofrenia di Poli Klinik Grhasia DIY .
2. Erlinda (2012), dengan judul "Hubungan Dukungan Sosial Keluarga (*Care Giver*) Terhadap Kemandirian Pelaksanaan Aktivitas Harian Pada Klien Resiko Kekerasan Di Poli Klinik Rumah Sakit Ghrasia Propinsi DIY". Penelitian ini merupakan penelitian observasional, dengan pendekatan *cross sectional*. Subyek penelitian ini adalah 30

keluarga (*care giver*) dan 30 klien resiko perilaku kekerasan. Analisis data menggunakan uji korelasi Rank Spearman. Perbedaan penelitian adalah pada variabel terikat *score* BPRS dan variabel bebas dukungan instrumental keluarga , serta tujuannya untuk mengetahui bagaimana hubungan dukungan instrumental keluarga terhadap *score* BPRS. Persamaan penelitian ini adalah pada pasien keluarga pasien skizofrenia di Poli Klinik Grhasia DIY.