

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gambaran keadaan masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Indonesia. Hal ini telah dirumuskan dalam Indonesia Sehat 2010 yaitu tentang perilaku masyarakat Indonesia yang diharapkan bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat.

Visi Indonesia Sehat 2010 menetapkan empat misi pembangunan kesehatan yaitu: pertama, menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan; kedua, mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat; ketiga, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau; dan keempat, memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya. Pada misi yang keempat mengandung makna bahwa tugas utama sektor kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan segenap warga negaranya, yakni setiap individu, keluarga dan masyarakat Indonesia, tanpa meninggalkan

upaya menyembuhkan penyakit dan atau pemulihan kesehatan. Untuk terselenggaranya tugas ini, upaya kesehatan yang harus diutamakan yaitu bersifat promotif dan preventif yang didukung oleh upaya kuratif dan atau rehabilitatif. Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat diperlukan pula terciptanya lingkungan yang sehat, dan oleh karena itu tugas-tugas penyehatan lingkungan harus pula lebih diprioritaskan (Depkes, 2004).

Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan dengan fungsi mental yang optimal, dapat menghasilkan aktivitas yang produktif, mampu membina hubungan interpersonal dengan baik, serta dapat beradaptasi untuk mengubah dan mengatasi beragam masalah. Menurut Clausen dalam Notosoedirdjo (1980) Scot (1961) orang yang sehat mentalnya adalah orang yang dapat menahan diri untuk tidak jatuh sakit akibat *stressor*. Seseorang yang tidak sakit meskipun mengalami tekanan-tekanan adalah orang yang sehat.

Pengertian kesehatan mental secara lebih komprehensif dan melihat sisi kesehatan mental secara "pasif", dikemukakan oleh Frank, LK dalam Notosoedirdjo (1980) Scot (1961) bahwa kesehatan mental merupakan orang yang terus-menerus tumbuh, berkembang dan matang dalam hidupnya, menerima tanggung jawab, menemukan penyesuaian dalam berpartisipasi memelihara aturan sosial dan tindakan dalam budayanya. Jadi, kesehatan mental merupakan suatu keadaan dimana seseorang mempunyai sikap positif terhadap dirinya sendiri; mampu tumbuh, berkembang dan mengaktualisasikan diri; mempunyai ketanggapan dan integrasi emosional;

skizofrenia diperkirakan sepenuhnya akan mengalami serangan ulang, yaitu 95% pasien menjadi kronik dengan gejala-gejala sepanjang hidupnya (Stuart dan Sundeen, 1998).

Pasien dengan diagnosis skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua (Sullinger, 1988 dalam Keliat, 1996) dan 100 % pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit (Carson dan Ross, 1987 dalam Keliat, 1996). Menurut Sullinger (1988) dalam Keliat (1996) faktor penyebab pasien kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit yaitu pasien, dokter atau pemberi resep, penanggung jawab pasien atau *case manager*, dan keluarga. Keluarga merupakan salah satu faktor lingkungan yang mempengaruhi perjalanan penyakit, kekambuhan dan prognosinya. Sehingga keluarga mempunyai peranan yang penting di dalam pemeliharaan atau rehabilitasi anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa.

Keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan pasien, dan merupakan perawat utama bagi pasien. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan pasien di rumah. Keberhasilan perawatan di rumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan di rumah, yang kemudian mengakibatkan pasien harus dirawat kembali atau mengalami kekambuhan. Kesiapan keluarga sejak awal asuhan di rumah sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat pasien di rumah sehingga kemungkinan kambuh dapat dicegah. Kesiapan keluarga meliputi kesiapan sosial ekonomi, adaptasi sosial, pengetahuan keluarga, spiritual dan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien gangguan jiwa.

Hasil penelitian diperoleh bahwa keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik) diperkirakan akan kambuh dalam waktu 9 bulan dan 57 % kambuh dengan ekspresi emosi yang tinggi dan 17 % kambuh dengan ekspresi emosi yang rendah (Vaugh dan Snyder dalam Keliat,1996).

Pentingnya kesiapan keluarga pada pemulangan pasien gangguan jiwa akan meningkatkan fungsi dan peran keluarga dalam merawat pasien di rumah. Peran keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa dapat dipandang dari berbagai segi. Pertama, keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya. Kedua, jika keluarga dipandang sebagai suatu sistem, maka gangguan yang terjadi pada salah satu anggota dapat mempengaruhi seluruh sistem. Ketiga, berbagai pelayanan kesehatan jiwa bukan tempat pasien seumur hidup tetapi hanya fasilitas yang membantu pasien dan keluarga mengembangkan kemampuan dalam mencegah terjadinya masalah, menanggulangi berbagai masalah dan mempertahankan keadaan adaptif. Keempat, salah satu penyebab kekambuhan pasien gangguan jiwa adalah keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku pasien di rumah (Sullinger, 1988 dalam Keliat, 1996). Dari keempat hal tersebut menunjukkan bahwa keluarga berperan penting dalam peristiwa terjadinya gangguan jiwa dan proses penyesuaian kembali setiap pasien.

Pada kenyataannya banyak pasien di rumah sakit jiwa jarang dikunjungi keluarga. Hal ini disebabkan karena keluarga kurang perhatian terhadap pasien, stigma keluarga (merasa bahwa hal tersebut merupakan suatu aib), sibuk atau tidak ada waktu untuk mengunjungi pasien. Akibatnya

keluarga tidak mengikuti proses perawatan pasien, dan kesan yang ada pada keluarga hanyalah perilaku pasien sewaktu dibawa ke rumah sakit. Setelah kambuh, pihak rumah sakit memulangkan pasien ke lingkungan keluarga dan umumnya beberapa hari, minggu atau bulan di rumah pasien kembali dirawat dengan alasan perilaku pasien yang tidak dapat diterima keluarga dan lingkungan. Alasan keluarga tidak menerima perilaku tersebut adalah karena keluarga tidak siap melihat perilaku pasien dan ketakutan untuk kambuh kembali anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Kesiapan keluarga dapat dilihat dari berbagai aspek yaitu sosial ekonomi, adaptasi sosial, dan tingkat pengetahuan keluarga. Masalah kemampuan finansial keluarga pasien dengan skizofrenia umumnya tidak memungkinkan untuk membiayai penyembuhan penyakit yang cenderung berjalan kronis, sumber-sumber ekonomi keluarga yang kurang serta biaya terapi jangka lama.

Adaptasi sosial keluarga dengan pasien gangguan jiwa sangat berhubungan dengan stigma budaya di masyarakat. Stigma dalam kaitannya dengan skizofrenia merupakan sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa apabila seorang anggota keluarganya menderita skizofrenia, hal ini merupakan aib bagi keluarga. Oleh karenanya seringkali penderita skizofrenia disembunyikan bahkan dikucilkan, tidak dibawa berobat ke dokter karena rasa malu. Di beberapa tempat sebagian dari penderita bahkan sampai dipasung. Sedangkan dalam aspek tingkat pengetahuan keluarga, keluarga yang kurang memahami tentang proses perawatan pasien di rumah sakit serta jarang mengunjungi pasien, bahkan ada keluarga yang

datang ke rumah sakit hanya untuk urusan administrasi. Akibatnya, keluarga tidak mempunyai pengetahuan tentang masalah pasien dan cara penanganannya.

Dirawat kembali di rumah sakit sering tidak diperlukan, karena alasan umum untuk dirawat ulang adalah ketidakmampuan keluarga menangani masalah di rumah. Keluarga perlu mempunyai pengetahuan untuk mengantisipasi masalah yang mungkin terjadi di rumah. Pengetahuan ini sangat diperlukan karena keluarga tidak mengetahui bagaimana cara menangani perilaku pasien, seperti : menarik diri, tidak aktif, penampilan yang tidak serasi dan komunikasi yang terhambat. Keluarga juga tidak mengetahui potensi yang masih dapat diharapkan dari pasien. Sehingga tugas dan pengetahuan yang harus dimiliki keluarga dengan pasien gangguan jiwa adalah keluarga harus dapat merawat anggota keluarga yang sakit serta menciptakan lingkungan yang sehat. Cara untuk menciptakan lingkungan keluarga yang sehat adalah dengan berkomunikasi secara efektif terhadap pasien gangguan jiwa.

Hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Grhasia di dapatkan bahwa jumlah kunjungan pada tahun 2003 di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta di instalasi rawat jalan rumah sakit sebesar 6.984 kasus, dan untuk instalasi rawat inap di rumah sakit sebesar 800 kasus (RS Grhasia Propinsi DIY, 2004). Berdasarkan data tersebut diatas didapatkan bahwa jumlah pasien rawat inap jauh lebih sedikit disebabkan karena jangka waktu perawatan pasien di rumah sakit yang rata-rata cukup panjang, sehingga banyak pasien yang

dirawat di rumah dan perlu adanya kesiapan keluarga dalam menerima dan merawat pasien gangguan jiwa yang pulang ke rumah. Sedangkan dari hasil wawancara dengan kepala ruang rawat inap Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY menyatakan bahwa tingkat kekambuhan pasien dengan skizofrenia sekitar 70% dan kunjungan keluarga rendah. Hal ini berarti bahwa keluarga kurang kooperatif dalam perawatan pasien di rumah sakit.

Menurut kepala ruang rawat inap dalam studi pendahuluan menjelaskan bahwa pemulangan pasien yang dilakukan oleh RS Grhasia dengan cara pemulangan biasa dan *drooping*. Pemulangan secara biasa dilakukan dengan cara sebelum pasien dipulangkan, keluarga yang berkunjung diberi pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien di rumah, keteraturan minum obat dan pemberian aktifitas kerja. Pada pemulangan biasa ini tingkat kekambuhan pasien dapat ditekan karena keluarga kooperatif dengan rumah sakit. Pemulangan secara *drooping* dilakukan apabila keluarga sudah tidak kooperatif, tunggakan biaya yang tinggi dan pasien tidak pernah dijenguk oleh keluarga. Akibatnya tingkat kekambuhan pasien yang dipulangkan secara *drooping* sangat tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga mempunyai tanggung jawab yang penting dalam perawatan di rumah sakit, kesiapan dalam pemulangan pasien, perawatan di rumah agar adaptasi pasien berjalan dengan baik dan pencegahan kambuh kembali pasien dengan gangguan jiwa.

Berdasarkan tingginya angka kekambuhan dan pentingnya kesiapan keluarga dalam menerima pasien pulang ke rumah, maka peneliti bermaksud

mengadakan penelitian tentang kesiapan keluarga dalam menerima pasien pulang ke rumah dengan gangguan jiwa di RS Grhasia Propinsi DIY.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan masalah diatas, peneliti merumuskan masalah yaitu: “Bagaimana kesiapan keluarga pada pemulangan pasien dengan gangguan jiwa di RS Grhasia Propinsi DIY?”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana kesiapan keluarga dalam pemulangan pasien dengan gangguan jiwa di RS Grhasia Propinsi DIY.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui bagaimana kesiapan keluarga dalam tingkat pengetahuan pada pemulangan pasien di RS Grhasia Propinsi DIY.
- b. Untuk mengetahui bagaimana kesiapan keluarga dalam sosial ekonomi pada pemulangan pasien di RS Grhasia Propinsi DIY.
- c. Untuk mengetahui bagaimana kesiapan keluarga dalam adaptasi sosial pada pemulangan pasien di RS Grhasia Propinsi DIY.

D. Manfaat Penelitian

1. Untuk Profesi Keperawatan

Sebagai masukan untuk profesi keperawatan agar dapat meningkatkan asuhan keperawatan jiwa kepada pasien bersama dengan keluarga.

2. Untuk RS Grhasia Propinsi DIY

Memberikan gambaran tentang kesiapan keluarga di rumah sakit serta memudahkan instansi untuk memantau keikutsertaan keluarga pasien dalam program rumah sakit.

3. Untuk Pasien

Mampu beradaptasi secara optimal di lingkungan keluarga sehingga mencegah kekambuhan.

4. Untuk Peneliti lain

Sebagai bahan atau dasar penelitian selanjutnya terutama mengenai tahapan pada pemulangan pasien gangguan jiwa.

E. Ruang Lingkup

1. Variabel penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah kesiapan keluarga dalam menerima pasien pulang ke rumah dengan gangguan jiwa.

2. Responden penelitian

Responden dalam penelitian ini adalah keluarga pasien gangguan jiwa yang di rawat di instalasi rawat inap yang melakukan kunjungan di RS Grhasia Propinsi DIY.

3. Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan April sampai Juni 2005.

4. Tempat penelitian

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Grhâsia Propinsi DIY.

F. Keaslian Penelitian

Menurut pengetahuan peneliti, belum pernah mendapatkan hasil penelitian yang sama tentang kesiapan keluarga dalam menerima pasien pulang ke rumah dengan gangguan jiwa, hanya ada beberapa hasil penelitian terdahulu mengenai hubungan tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan klien pasca perawatan di rumah sakit dengan tingkat kekambuhan klien skizofrenia. Hasil penelitian Ratih Pramudyaningrum (2003) tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan klien pasca perawatan di rumah sakit dengan tingkat kekambuhan klien skizofrenia.

Nur Hidayat (2004) tentang hubungan dukungan sosial keluarga dengan frekuensi kekambuhan klien skizofrenia, hasilnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan frekuensi kekambuhan klien skizofrenia.