

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Menurut Undang-Undang No 3 tahun 1966, kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu selaras dengan keadaan orang lain. Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat yang harmonis dan memperhatikan segi kehidupan manusia dan cara berhubungan dengan orang lain. *World Health Organization* (WHO) tahun 2005, menjelaskan lebih lanjut bahwa sehat merupakan suatu keadaan atau kondisi yang tidak hanya fisik tetapi juga psikis, serta terhindar dari penyakit dan ketidakmampuan dengan meliputi sikap positif terhadap diri sendiri, tumbuh kembang dan beraktualisasi diri, integrasi, persepsi sesuai dengan kenyataan dan otonomi.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (2007), prevalensi gangguan jiwa berat secara umum di Indonesia (4,6 %) dan di Yogyakarta (3,8 %). Interpretasi selisih prosentase antara di Indonesia dan Yogyakarta adalah (1,2%). Yogyakarta adalah urutan ke – 8 di Indonesia yang mengalami gangguan jiwa berat. Gangguan emosional merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang berkembang menjadi keadaan patologis apabila terus menerus, salah satunya seperti gangguan jiwa dengan risiko perilaku kekerasan. Gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan pertumbuhan usia dan disebabkan banyak

faktor. Prevalensi gangguan mental emosional di Indonesia (11,6 %) dan di Yogyakarta (9,6 %). Berdasarkan umur yang tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas (33,7 %), kelompok yang rentang mengalami gangguan mental jiwa berat adalah kelompok dengan jenis kelamin perempuan (14,01 %), kelompok yang memiliki pendidikan rendah (21,6 %), kelompok yang tidak bekerja (19,6 %) dan kelompok yang tinggal di pedesaan (12,3 %).

Menurut Riyadi (2009) gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir, kemauan, tindakan dan emosional baik yang berhubungan dengan fisik maupun mental. Maramis (2006) menjelaskan lebih lanjut bahwa gangguan jiwa dibagi menjadi dua kelainan mental yaitu penyakit mental dan cacat mental. Cacat mental suatu keadaan mencakup defisit intelektual dan telah ada sejak lahir atau pada usia dini, sedangkan penyakit mental secara tidak langsung menyatakan kesehatan sebelumnya, kelainan berkembang atau kelainan yang bermanifestasi kemudian dalam kehidupan. Gangguan jiwa sangat luas dan banyak macamnya, seperti skizofrenia dengan tanda gejala positif (waham, halusinasi, gangguan pikiran, bicara kacau, perilaku aneh) dan gejala negatif (afek datar, anhedonia, difisit perhatian), depresi dengan tanda dan gejala sering mengalami gangguan tidur, nafsu makan menurun, hilangnya kegembiraan, sedih berkelanjutan, cemas, dan salah satu diantaranya ada gangguan jiwa dengan tanda dan gejala perilaku kekerasan. Pada klien perilaku kekerasan memiliki tanda dan gejala yaitu perasaan malu, rasa bersalah terhadap diri sendiri (mengkritik dan menyalahkan diri sendiri), gangguan hubungan sosial (menarik diri), percaya diri kurang (sukar

mengambil keputusan), mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan (NANDA, 2011).

Menurut Stuart dan Sundeen (1995) perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Sulandra (2011) menjelaskan lebih lanjut bahwa perilaku kekerasan adalah suatu respon emosional yang tidak dapat dikendalikan oleh seseorang sehingga dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Hal tersebut menunjukkan dengan karakteristik yang dimiliki klien risiko perilaku kekerasan bahwa sangat dibutuhkan dukungan dari keluarga untuk memberikan motivasi dalam proses kesembuhan sehingga klien bisa mandiri dalam memenuhi kebutuhan aktifitas hariannya.

Menurut Eko (2009) keluarga merupakan pendukung sosial paling dekat dan dukungan yang diberikan kepada individu khususnya sewaktu dibutuhkan oleh orang-orang yang memiliki hubungan emosional yang dekat dengan orang lain. Bomar (2004) menjelaskan lebih lanjut bahwa dukungan keluarga pada umumnya menggambarkan mengenai peranan atau pengaruh yang dapat ditimbulkan oleh orang lain yang berarti seperti anggota keluarga, saudara, teman dan rekan kerja. Friedman (1998) menjelaskan lebih lanjut lagi bahwa keluarga merupakan suatu kelompok yang mempunyai peranan yang amat penting dalam mengembangkan, mencegah, mengadaptasi dan memperbaiki masalah kesehatan yang ditemukan dalam keluarga

Berdasarkan studi pendahuluan, menurut perawat di poli klinik Rumah Sakit Grhasia Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, klien yang memiliki risiko perilaku kekerasan dibawa dan diperiksa oleh keluarga yang merawat klien (*care giver*) ke Rumah Sakit kebanyakan hanya disaat klien kambuh. Klien dengan risiko perilaku kekerasan ketika kambuh sering melakukan kekerasan terhadap orang lain seperti memukul anggota keluarganya dan orang-orang yang berada disekitarnya, merusak alat rumah tangga dan marah-marah disertai amuk merupakan alasan utama yang paling banyak dikemukakan oleh keluarga.

Hasil wawancara pada saat studi pendahuluan, ada 6 keluarga dengan kondisi ekonomi dan pendidikan yang rendah, apabila ditinjau tidak semua keluarga kooperatif dalam merawat klien bahkan ada juga keluarga yang tidak mau pro aktif dalam proses penyembuhan klien, salah satunya dalam kemandirian pelaksanaan aktifitas harian sehingga tidak bisa mengurus dirinya seperti tidak pernah mandi, tidak pernah ganti baju, terkadang klien telanjang dijalan karena tidak dihiraukan keluarga. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh faktor dukungan sosial keluarga meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental, sehingga dukungan sosial keluarga dan rasa aman nyaman tidak dirasakan oleh klien.

Penanganan yang dilakukan oleh keluarga belum memadai sehingga perawatan selama dirumah kurang dan salah satu faktornya tidak ada dukungan sosial terhadap klien dan juga dapat mempengaruhi kemandirian pelaksanaan aktifitas harian klien. Selain dukungan sosial yang kurang, rata-rata keluarga

(*care giver*) klien risiko perilaku kekerasan di poli klinik RS. Grhasia Propinsi DIY hanya bekerja sebagai petani dan finansial yang mereka dapatkan hanya cukup untuk kebutuhan sehari-hari. Hal tersebut yang mempengaruhi keluarga (*care giver*) tidak melakukan kontrol ke Rumah Sakit secara rutin dan kurangnya waktu senggang yang dimiliki keluarga, klien tidak mendapatkan perhatian dalam hal kemandirian pelaksanaan aktifitas harian.

Kemandirian klien gangguan jiwa adalah suatu kemampuan klien gangguan jiwa dalam memenuhi kebutuhan dasar atau tugas pokok sehari-hari tanpa bantuan orang lain (Muwarni, 2007). Klien gangguan jiwa harus mendapatkan pelatihan dan dukungan dari keluarga (*care giver*) secara khusus, karena klien dengan gangguan jiwa memiliki masalah dalam memenuhi kebutuhan pokok sehari-harinya terutama pada klien risiko perilaku kekerasan dengan karakteristiknya yang khas yaitu menarik diri, sulit mengambil keputusan dan seringnya mengancam orang lain, sehingga dalam kemandirian pelaksanaan aktifitas hariannya harus di latih. Ada beberapa kebutuhan pokok yang harus dilatih agar klien gangguan jiwa memiliki kemandirian dan dapat melakukan kebutuhan pokok sehari-hari secara normal meliputi *personal hygiene* (makan, minum, buang air besar, buang air kecil dan mandi), bersosialisasi (interaksi dengan lingkungan) dan *living skill* (keterampilan).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di poli klinik RS. Grhasia Propinsi DIY bulan Juni - September 2011 terakhir, jumlah kunjungan penderita gangguan jiwa meningkat sebanyak (4,82 %) terutama pada klien risiko perilaku kekerasan rata - rata meningkat 4 orang perbulan dengan

melakukan rutin kontrol ke poli klinik RS. Grhasia Propinsi DIY. Total klien pada bulan September 2011 berjumlah 691 orang, peningkatan kesejahteraan jumlah klien 352 orang, klien ketidakpatuhan terhadap program pengobatan 52 orang, klien gangguan sensori persepsi 165 orang, klien gangguan proses pikir 97 orang, klien harga diri rendah 3 orang, klien cemas 6 orang, dan klien risiko perilaku kekerasan 106 orang diantaranya 26 klien risiko perilaku kekerasan rutin melakukan kontrol dan 80 klien risiko perilaku kekerasan tidak melakukan kontrol secara rutin.

Hasil analisa lebih lanjut menjelaskan bahwa hal tersebut dipengaruhi berbagai faktor salah satunya peran keluarga yang merawat (*care giver*) klien sangat kecil dalam memberi dukungan sosial pada akhirnya bisa menyebabkan selain kekambuhan perilaku kekerasan di rumah, klien juga kurang bahkan tidak bisa mandiri dalam pelaksanaan aktifitas hariannya. Peneliti akhirnya ingin mengangkat masalah mengenai dukungan sosial keluarga (*care giver*) terhadap kemandirian pelaksanaan aktifitas harian pada klien yang mempunyai risiko perilaku kekerasan di poli klinik RS. Grhasia Propinsi DIY.

B. Rumusan Masalah

Keluarga merupakan orang yang sangat dekat dengan klien dan dianggap paling banyak tahu kondisi klien serta dianggap paling banyak memberi pengaruh pada klien. Keluarga sangat berperan penting dalam memberikan dukungan keluarga karena hubungan seseorang dengan orang lain dimulai dari keluarga. Apabila ditinjau tidak semua keluarga kooperatif dalam merawat klien, sehingga klien tidak dapat belajar mandiri dalam memenuhi

kebutuhan pokok sehari-hari. Hal tersebut dipengaruhi oleh faktor dukungan sosial keluarga (*care giver*).

Berdasarkan latar belakang masalah diatas peneliti merumuskan masalah sebagai berikut : Adakah hubungan antara dukungan sosial keluarga (*care giver*) terhadap kemandirian pelaksanaan aktifitas harian pada klien risiko perilaku kekerasan di poli klinik RS. Grhasia Propinsi DIY ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum :

Mengetahui adakah hubungan antara dukungan sosial keluarga (*care giver*) terhadap kemandirian pelaksanaan aktifitas harian pada klien risiko perilaku kekerasan di poli klinik RS. Grhasia Propinsi DIY.

2. Tujuan khusus :

a. Mengetahui dukungan sosial keluarga (*care giver*) terhadap klien risiko perilaku kekerasan di poli klinik RS. Grhasia Propinsi DIY meliputi dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi dan dukungan penghargaan yang dipengaruhi oleh karakteristik keluarga yaitu umur, jenis kelamin, ekonomi, pendidikan dan hubungan dengan klien.

b. Mengetahui kemandirian pelaksanaan aktifitas harian pada klien risiko perilaku kekerasan di poli klinik RS. Grhasia Propinsi DIY meliputi *personal hygiene* (makan, minum, BAK, BAB dan mandi), sosialisasi (interaksi dengan lingkungan) dan *living skill* (keterampilan).

D. Manfaat Penelitian

1. Keluarga pasien

Diharapkan keluarga khususnya yang merawat klien (*care giver*) dapat memperoleh pengetahuan mengenai pentingnya dukungan keluarga dalam memberi bantuan berupa dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan penghargaan dan dukungan instrumental untuk kemandirian klien risiko perilaku kekerasan, dan saran informasi manajemen perawatan terhadap klien risiko perilaku kekerasan selama dirumah dan penilaian positif yang sering disebut dukungan keluarga.

2. Institusi pendidikan

Memberi bekal kompetensi bagi mahasiswa sehingga mampu menerapkan ilmu keperawatan jiwa khususnya mengenai masalah pada klien risiko perilaku kekerasan yang berkaitan dengan *activity of daily living* (ADL).

3. Bagi peneliti

Mengembangkan ilmu keperawatan jiwa dan mengetahui berapa besar hubungan antara dukungan sosial keluarga (*care giver*) terhadap kemandirian pelaksanaan aktifitas harian pada klien risiko perilaku kekerasan di poli klinik RS. Grhasia Propinsi DIY.

4. Insitusi pelayanan kesehatan

Memberi sarana intervensi lebih lanjut untuk mengoptimalkan dukungan keluarga demi mewujudkan kesehatan jiwa yang berkesinambungan dengan membuat kebijakan salah satunya melakukan home visit untuk melihat seberapa besar pengaruh dukungan keluarga terhadap proses kesembuhan

klien dan pelaksanaan aktifitas harian yang memiliki risiko perilaku kekerasan.

E. Penelitian Terkait

Berdasarkan studi literatur yang ada bahwa tidak ditemukan hasil penelitian yang sama tentang hubungan antara dukungan sosial keluarga (*care giver*) terhadap kemandirian pelaksanaan aktifitas harian pada klien risiko perilaku kekerasan di poli klinik RS. Grhasia Propinsi DIY. Penelitian yang terkait dengan penelitian ini adalah :

1. Suanti (2003), yang meneliti hubungan dukungan keluarga (pasangan) dan tingkat stress pada klien gagal ginjal kronik di unit hemodialisis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Pada penelitian ini menggunakan metode penelitian *deskriptive kuantitatif corelation* dengan pendekatan *crosssectional* dengan variabel terikatnya tingkat stress dan variabel bebasnya klien gagal ginjal kronik. Peneliti menggunakan instrumen yaitu cara pengukuran dengan kuesioner dan menggunakan responden 36 orang. Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan, variabel terikat adalah kemandirian pelaksanaan aktifitas harian pada klien risiko perilaku kekerasan dan variabel bebas adalah dukungan sosial keluarga (*care giver*) terhadap klien risiko perilaku kekerasan. Pelaksanaan penelitian dilakukan di RS. Grhasia Propinsi DIY pada bulan Januari-Februari 2012.
2. Azmy (2009), yang meneliti hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian pasien untuk mengontrol halusinasi di poli rawat jalan RSJ Profesor Dr. Soeroyo Magelang. Pada penelitian ini menggunakan desain

deskriptive analitik dengan pendekatan *crosssectional* dengan melakukan pengukuran atau pengamatan secara bersamaan (sekali waktu) dengan sampel 30 orang variabel bebasnya dukungan keluarga dan dukungan terikatnya adalah kemandirian pasien untuk mengontrol halusinasi. Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan variabel terikat adalah kemandirian pelaksanaan aktifitas harian pada klien risiko perilaku kekerasan dan variabel bebas adalah dukungan sosial keluarga (*care giver*) terhadap klien risiko perilaku kekerasan. Pelaksanaan penelitian dilakukan di RS Grhasia Propinsi DIY pada bulan Januari-Februari 2012