

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Senam (2016) mendefinisikan bahwa Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat bersifat kronik dimana terdapat gangguan dalam bentuk, proses dan alur pikir dengan manifestasi halusinasi, waham/delusi penurunan motivasi, kognitif dan perilaku yang tidak terkontrol (Juwita, Pradnyawati, & Setyawati, 2022).

Skizofrenia dapat menyerang pada setiap orang pada berbagai usia baik pada laki-laki maupun perempuan. Prevalensi Skizofrenia di seluruh dunia diderita oleh sekitar dua puluh juta orang. Riset Kesehatan Dasar/ Riskesdas tahun 2018, prevalensi rumah tangga dengan skizofrenia di Indonesia meningkat dari 1,7 permil menjadi 7 permil. Yogyakarta menjadi wilayah kedua setelah Provinsi Bali dengan prevalensi 10,4 per seribu rumah tangga (Häfner, 2019).

Riskesdas tahun 2018 menyebutkan bahwa 84,9% pasien skizofrenia telah berobat di Rumah Sakit maupun Puskesmas namun angka kekambuhannya masih tinggi antara 40-75%. Bahkan 18,8% penderita akan kembali di rawat kembali hanya dalam kurun waktu setahun setelah rawat inap di Rumah Sakit Jiwa (Bratha, et al., 2020). Wahyuningsih, Keliat dan Hastono (2009) menyebutkan penyebab utama *rehospitalisasi* disebabkan oleh kekambuhan dengan gejala perilaku kekerasan mencapai 100% (Livana & Suerni, 2019). Kekambuhan dipengaruhi oleh ketidak patuhan pengobatan sebanyak 48,9 %, pasien merasa sudah sehat 33,7 % dan kurangnya pengetahuan keluarga sehingga pasien tidak mendapatkan dukungan (Bratha, et al., 2020).

Pada tahun 2023 jumlah Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat atau penderita Skizofrenia di wilayah Puskesmas Kasihan II tergolong cukup tinggi yaitu 218 orang. Dampak skizofrenia adalah menurunnya kualitas hidup baik bagi pasien maupun keluarganya. Penurunan produktifitas dapat berlangsung lama sehingga penanganan efektif dan tepat dibutuhkan oleh pasien dan keluarga. Sistem pelayanan untuk penderita Skizofrenia secara khusus masih terpusat di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) . Penanganan di RSJ diberikan secara komprehensif meliputi psikofarmaka, terapi modalitas, terapi psikologis, dukungan sosial dan rehabilitasi. Penanganan ini seharusnya bisa berkesinambungan dengan dukungan dari keluarga paska pasien menjalani rawat inap. Dukungan keluarga mutlak diperlukan karena dibutuhkan kepatuhan minum obat untuk pasien. Dari berbagai penelitian telah disebutkan bahwa salah satu factor yang sering terjadi karena pasien tidak patuh minum obat, pun keluarga tidak memahami pentingnya minum obat dan cara memberikan dukungan ketika sudah mulai menolak minum obat.

Skizofrenia memerlukan dukungan dari keluarga dan lingkungan agar tidak sering kambuh. Salah satu terapi untuk mencegah kekambuhan, mencapai kesembuhan atau pemulihan, meningkatkan kualitas hidup pasien, dan mengurangi gejala adalah Terapi Keluarga (Aini & Budiyo, n.d.). Terapi keluarga berwujud psikoedukasi dan manajemen keluarga (Burbach, 2018). Manajemen keluarga adalah proses merencanakan , mengorganisasikan, memimpin dan mengendalikan anggota keluarga untuk mencapai sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan. Keluarga adalah sebuah organisasi sehingga program keluarga harus dikerjakan bersama sama oleh seluruh anggota keluarga. Untuk keselarasan dalam peran maka

perlu pengorganisasian dan pendistribusian tanggung jawab. Dengan manajemen keluarga perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengorganisasian dalam keuangan kesehatan dan kegiatan akan tercapai atau tidak tercapai (adminpublik, 2022). Terapi keluarga adalah salah satu bentuk terapi dengan focus untuk peningkatan hubungan antar anggota keluarga. Membantu keluarga menyelesaikan masalah seperti konflik peran hubungan antara pasangan, orang tua dengan anak begitu juga antar saudara kandung. Selain itu juga membantu keluarga dalam menyesuaikan diri dengan perubahan atas kondisis medis seperti adanya skizofrenia. Salah satu jenis terapi keluarga adalah terapi keluarga sistemik dimana tujuannya adalah perkembangan psikologis dan kesejahteraan emosional dengan meningkatkan peran orang tua (ayah dan ibu), saudara, dan penderita skizofrenia itu sendiri.

Terapi keluarga menggunakan implementasi perawatan berbasis bukti, menggunakan dasar teori sebagai bahan dialog dengan ketrampilan berkomunikasi. Informasi teoritis disampaikan secara terbuka pada keluarga dengan ceramah, dialog, sharing, diskusi interaktif, curah pendapat tanpa pernah menghakimi , memberikan dukungan dan keluarga merasa aman. Dengan bimbingan terapi ini dapat membantu meningkatkan pemahaman sehingga seluruh anggota keluarga dapat merawat pasien skizofrenia.

Terapi keluarga sendiri sudah berhasil dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan pada keluarga pasien seperti yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Jenangan Ponorogo dan Mamajang Kota Makasar (Mashudi et al., 2022; Tombakan et al., 2022). Namun menurut Anini dan Budiyo dalam Tombakan

dkk (2022) terapi keluarga tidak berdampak langsung terhadap gejala klinis pasien. Melihat hal ini penulis tertarik menerapkan terapi keluarga melalui asuhan keperawatan keluarga dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga melalui Penerapan Terapi Keluarga Terhadap Pencegahan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia di Puskesmas Kasihan II Bantul”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu memahami asuhan keperawatan keluarga dengan masalah kekambuhan pada Keluarga Sdr. W yang mengalami Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus karya ilmiah akhir ners adalah:

- a. Mampu melaksanakan pengkajian individu dan keluarga pada keluarga dengan masalah kekambuhan pada Keluarga Sdr. W yang mengalami Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II.
- b. Mampu menegakkan diagnose keperawatan individu dan keluarga pada keluarga dengan Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II.
- c. Mampu menegakkan rencana keperawatan individu dan keluarga pada keluarga dengan Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II.
- d. Mampu melaksanakan implementasi pada individu dan keluarga pada keluarga dengan Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II.

- e. Mampu melakukan evaluasi pada individu dan keluarga pada keluarga dengan Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II.
- f. Mampu melakukan dokumentasi individu dan keluarga pada keluarga dengan Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II.
- g. Mampu melakukan upaya pencegahan?? kekambuhan skizofrenia melalui asuhan keperawatan individu dan keluarga melalui terapi keluarga berbasis Evidence Base-Nursing di wilayah Puskesmas Kasihan II.

C. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Mendapatkan pengetahuan yang dapat disumbangkan kepada masyarakat dan dunia pendidikan khususnya terapi keluarga untuk pencegahan kekambuhan skizofrenia.

2. Manfaat Praktis

a. Manfaat bagi Pelayanan Kesehatan/ Puskesmas

Hasil asuhan keperawatan keluarga dapat digunakan sebagai tambahan upaya dalam meningkatkan pelayanan masyarakat khususnya program kesehatan jiwa melalui program PHN dengan pemberian Terapi Keluarga.

b. Manfaat Bagi Pasien

Pasien Skizofrenia mendapatkan layanan asuhan keperawatan keluarga untuk mendukung penderita sehingga tidak sering kambuh

Keluarga mendapatkan asuhan untuk keluarga dengan implemenasi terapi keluarga guna meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku untuk pencegahan kekambuhan

c. Manfaat Bagi Peneliti Lain

Dapat dijadikan bahan referensi serta sumber informasi untuk peneliti selanjutnya, agar dapat mengembangkan dan memberikan intervensi dengan terapi yang sama bagi penderita skizofrenia maupun keluarganya.

d. Manfaat bagi mahasiswa

Mendapatkan pengalaman mengimplementasikan tindakan keperawatan berdasarkan bukti ilmiah terkini khususnya terapi keluarga untuk pencegahan kekambuhan skizofrenia.

Mendapat pengalaman dalam menerapkan Evidence Based-Nursing dan ketrampilan dalam asuhan keperawatan secara langsung khususnya intervensi Terapi Keluarga pada Keluarga dengan Skizofrenia yang sering mengalami kekambuhan.

3. Bagi Instansi Pendidikan

Memberikan informasi hasil implementasi asuhan keperawatan berdasar teori dan penelitian untuk menjadi referensi dan wawasan pembacanya.

D. Tehnik Pengumpulan Data

Data dalam Asuhan Keperawatan Keluarga ini menggunakan data primer dan sekunder. Tehnik pengumpulan data primer dilakukan dengan cara mengambil langsung dari sumbernya oleh penulis (University, 2022). Data

diambil dengan tehnik wawancara, observasi, pemeriksaan pemeriksaan psikiatri serta pemeriksaan fisik secara head to toe meliputi: inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Sedangkan data sekunder menggunakan catatan maupun keterangan dari pihak ke dua. Data sekunder didapatkan dari dokumen rekam medis puskesmas, dokumen rujukan pasien maupun data kunjungan rumah dari Puskesmas Kasihan II.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA