

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Gangguan jiwa yang terjadi di Era Globalisasi dan persaingan bebas cenderung meningkat. Peristiwa kehidupan yang penuh tekanan seperti kehilangan orang yang dicintai, putusnya hubungan sosial, pengangguran, masalah dalam pernikahan, kesulitan ekonomi, tekanan di pekerjaan dan deskriminasi meningkatkan resiko penderita gangguan jiwa. Peningkatan angka penderita gangguan jiwa akan terus menjadi masalah dan tantangan bagi tenaga kesehatan. Sumber daya manusia yang berkualitas sangat diharapkan untuk mengatasi hal tersebut (Suliswati, *et. al.*, 2005).

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (DEPKES RI, 2008) gangguan jiwa saat ini telah menjadi masalah kesehatan global bagi setiap negara, tidak hanya di Indonesia saja. Gangguan jiwa yang dimaksud tidak hanya gangguan jiwa psikotik/skizofrenia saja, tetapi kecemasan, depresi dan penggunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat adiktif (NAPZA) juga menjadi masalah kesehatan jiwa. Jumlah masalah gangguan jiwa di Indonesia, prevalensi penderita Skizofrenia adalah 0,3%-1%, dan terbanyak pada usia sekitar 18-45 tahun, terdapat juga beberapa penderita yang mengalami pada umur 11-12 tahun. Apabila penduduk Indonesia 200 juta jiwa, maka sekitar 2 juta jiwa yang menderita Skizofrenia (Arif, 2006). Menurut Riskesdas (2007), di provinsi DIY jumlah penderita gangguan jiwa berat adalah 0,4%-0,5%

Skizofrenia menurut Pedoman Penggolongan diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III) merupakan suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat tergantung pada pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Skizofrenia merupakan kumpulan dari beberapa gejala klinis yang penderitanya akan mengalami gangguan dalam kognitif, emosional, persepsi serta gangguan dalam tingkah laku. Penderita gangguan jiwa akan mengalami menunjukkan gejala gangguan persepsi, seperti waham dan halusinasi (Kaplan & Sadock's, 2007).

Skizofrenia merupakan gangguan mental berat yang sering ditemukan di masyarakat seluruh dunia. Prevalensi skizofrenia seumur hidup dilaporkan secara bervariasi terentang dari 1-1,5% (Sadock and Sadock, 2003), sedangkan insiden tiap tahun di seluruh dunia sebesar 0,7 kasus per 1000 (Jablensky, *et. al.*, 1992 cit; Taylor, *et. al.*, 2005). Data yang ada menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia di seluruh dunia tidak terdistribusi dengan merata secara geografis dan terdapat peningkatan insiden skizofrenia didaerah urban dibandingkan di daerah rural (Leask, 2004). Prevalensi antara laki-laki dan perempuan adalah sama (Sadock and Sadock, 2003). Skizofrenia memerlukan pengobatan antipsikotik dalam jangka waktu yang panjang, tetapi medikasi antipsikotik saja tidaklah cukup tanpa disertai dengan jenis penatalaksanaan pendukung lain dan sosial demi meminimalisasi hendaya pada pasein skizofrenia. Sesuai dengan firman Allah SWT pada surat Ar Ra'd ayat 11 yang artinya “..Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum kecuali kaum itu sendiri yang mengubah apa-apa yang pada diri mereka.” Stigma yang besar di masyarakat terhadap skizofrenia

turut serta memperberat upaya pemeliharaan pasien (Bryson, 2002). Salah satu psikoterapi yang dapat dilakukan untuk menangani gejala yang ditimbulkan pasien gangguan jiwa adalah Terapi Aktivitas Kelompok. Menurut Keliat dan Akemat (2005), terapi aktivitas kelompok adalah metode pengobatan untuk penderita gangguan jiwa yang dilakukan dalam rancangan waktu tertentu dengan tenaga yang memenuhi persyaratan tertentu.

Beberapa penelitian tentang terapi aktivitas kelompok (TAK) sering dilakukan di rumah sakit jiwa, padahal penderita gangguan jiwa tidak hanya berada di rumah sakit jiwa saja, tetapi juga di dalam komunitas/masyarakat. Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Kasihan II Bantul, pada tahun 2010 jumlah penderita gangguan jiwa berat/skizofrenia yang berada di wilayah kerjanya mencapai 159 pasien. Berdasarkan wawancara yang peneliti lakukan dengan salah satu petugas puskesmas, ternyata tidak ada terapi khusus yang dilakukan oleh pihak puskesmas selain terapi obat-obatan/psikofarmakoterapi. Seratus lima puluh sembilan pasien gangguan jiwa tersebut, terdapat beberapa pasien yang mengalami defisit perawatan diri, sehingga pasien terlihat kotor, kebersihan diri kurang, berpakaian buruk, kualitas hidup yang rendah dan kurangnya kemandirian.

Beberapa dekade terakhir ini, perawatan pasien dengan skizofrenia sebagian besar bergeser dari rumah sakit ke rawat jalan. Namun, banyak dari pasien ini tidak dapat hidup sendiri dalam masyarakat dan memerlukan dukungan atau pengawasan dari lingkungan tempat tinggal mereka (Lamb, 1982). Meskipun berbagai layanan di lingkungan tempat tinggal mereka telah dikembangkan, hasil

survei pasien psikiatri menunjukkan preferensi yang konsisten dari pengaturan hidup yang semandiri mungkin (Owen, *et. al.*, 1996). Studi sebelumnya telah ditemukan beberapa variabel yang berhubungan dengan kemampuan pasien rawat jalan dengan skizofrenia untuk hidup mandiri. Usia muda (Arns, 1995), jenis kelamin perempuan (Andia, *et. al.*, 1995), dan durasi perawatan institusional yang lebih cepat telah dikaitkan dengan status masyarakat yang lebih mandiri. Kemampuan neurokognitif juga mempengaruhi derajat kemandirian pasien di lingkungan tempat tinggal. Kelompok pasien yang lama dirawat di rumah sakit dan telah kembali ke masyarakat, keterampilan pasien pada kegiatan kompleks reaksi dan waktu dapat memprediksi tingkat kemandirian dalam masyarakat (Wykes, 1992). Studi yang lain, penampilan visual motor dan kegiatan verbal berhubungan dengan status rawat jalan (Brekke, *et. al.*, 1997). Insight pasien tentang penyakit mereka telah dihubungkan dengan apakah mereka menerima pengawasan di lingkungan tempat tinggal atau tidak (Dickerson, Boronow, Ringel, *et. al.*, 1997). Salah satu cara untuk meningkatkan kemandirian pasien skizofrenia adalah dengan pemberian terapi aktivitas kelompok (TAK).

Melihat fenomena tersebut, peneliti ingin mengetahui pengaruh Terapi Aktifitas Kelompok terhadap Kemandirian penderita Skizofrenia di Komunitas.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas rumusan masalah penelitian ini adalah :  
Bagaimana pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) terhadap kemandirian penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul ?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

- Menganalisis pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap kemandirian penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui tingkat kemandirian penderita skizofrenia pada kelompok kontrol.
- b. Mengetahui tingkat kemandirian penderita skizofrenia pada kelompok intervensi.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### **1. Teoritis**

- Untuk mengetahui adanya pengaruh TAK terhadap kemandirian penderita skizofrenia.

#### **2. Praktis**

##### **a. Bagi Penderita**

- Meningkatkan kepercayaan diri pasien serta keyakinan terhadap kemampuan diri untuk meningkatkan kemandirian.

##### **b. Bagi Peneliti**

- Menambah pengetahuan peneliti mengenai pengaruh TAK terhadap kemandirian penderita skizofrenia.

c. Bagi Puskesmas

- Memberikan masukan dalam pemberian pelayanan kepada masyarakat, khususnya pasien gangguan jiwa sehingga meningkatkan peran puskesmas.

**E. Keaslian Penelitian**

Penelitian yang pernah dilakukan berkaitan dengan penelitian ini adalah :

1. Suryaningsih, V (2007)

Penelitian dengan judul Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Halusinasi terhadap Frekuensi Halusinasi di ruang P2A RS Grhasia Propinsi DIY. Penelitian ini merupakan penelitian quasi eksperimental dengan menggunakan rancangan *pretest-postest one group design* menggunakan uji non parametrik *Wilcoxon Signed Rank Test*. Hasilnya adalah terdapat pengaruh yang bermakna antara pelaksanaan TAK stimulasi persepsi halusinasi terhadap frekuensi halusinasi di RS Grhasia Propinsi DIY. Persamaan penelitian ini adalah adanya TAK yang diberikan kepada pasien gangguan jiwa. Perbedaannya adalah penelitian ini tentang TAK persepsi halusinasi dan lokasi penelitian di RS Grhasia sedangkan penelitian yang dilakukan peneliti merupakan TAK Kebersihan Diri dan lokasi penelitian berada di komunitas.

2. Wulansari (2010)

Penelitian dengan judul Pengaruh Terapi Aktifitas Kelompok Kebutuhan Dasar Bernakaian dan Berhias terhadap Harga Diri Pasien

Gangguan Jiwa di RS Grhasia Provinsi DIY, jenis penelitian ini adalah penelitian *Quasi eksperiment* yang menggunakan rancangan *pretest-posttest control group design* dengan metode sampling berupa *purposive sampling*. Hasilnya adalah pada kelompok intervensi tampak adanya pengaruh TAK Kebutuhan Dasar terhadap harga diri pasien gangguan jiwa. Persamaan penelitian adalah adanya TAK yang diberikan kepada pasien. Adapun perbedaannya, TAK yang diberikan pada penelitian tersebut adalah TAK kebutuhan dasar, sedangkan penelitian ini pengaruh TAK kebersihan diri dan kemandirian terhadap kemandirian pasien Skizofrenia. Selain itu, perbedaan yang lainnya adalah lokasi penelitian yang dilakukan pada penelitian tersebut adalah di RS Grhasia, sedangkan pada penelitian ini lokasinya berada di komunitas