

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar belakang

Gangguan jiwa adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa yang menimbulkan penderitaan pada individu dan hambatan dalam melaksanakan peran sosial. Gangguan jiwa juga merupakan kesulitan yang harus dihadapi oleh seseorang karena hubungannya dengan oranglain, kesulitan karena persepsinya tentang kehidupan dan sikapnya terhadap dirinya sendiri. Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara pikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), emosi (*affective*), tindakan (*psikomotor*). (Depkes RI,2010, Yosep, 2007).

Gangguan jiwa merupakan suatu keadaan dengan adanya gejala klinis yang bermakna berupa sindrom pola perilaku dan pola psikologik, yang berkaitan dengan adanya distress ( tidak nyaman, tidak tenang dan rasa nyeri),disabilitas (tidak mampu mengerjakan pekerjaan sehari-hari),atau meningkatnya resiko kematian dan kesakitan. Gangguan jiwa terjadi akibat ketidakmampuan masalah ekonomi dan kemiskinan. Ketidakmampuan dalam masalah tersebut berdampak pada kebingungan, kecemasan, frustrasi, dan perilaku kekerasan, konflik batin dan gangguan emosional menjadi ladang subur bagi tumbuhnya penyakit mental. Gangguan jiwa dapat dibedakan menjadi 3 macam yaitu gangguan jiwa psikotik-non organik (skizofrenia, waham, gangguan mood), gangguan jiwa psikotik gangguan cemas, psikoseksual, dan gangguan kepribadian), dan psikotik-organik (demensia dan delirium).

Gangguan mental organik merupakan gangguan mental yang berkaitan dengan penyakit atau gangguan sistemik atau otak yang dapat didiagnosis tersendiri. Sulit untuk melakukan diagnosis yang tepat pada perilaku abnormal yang disebabkan oleh faktor organik. Kerusakan otak mengakibatkan symptom symptom yang bervariasi, tergantung pada faktor lokasi dan luas area kerusakan, dan adanya kemampuan penderita dalam mengatasinya, serta adanya dukungan sosial. Dampak dari Gangguan mental organik seperti gangguan kesadaran dan perhatian, gangguan fungsi kognitif, dan perubahan kepribadian. Gangguan kepribadian yang terjadi pada lobus frontal dan

temporal dimungkinkan menjadi penyebab perubahan keperibadian pasien. Pasien jadi lebih mudah marah dan emosinya meledak-ledak sehingga bisa menjadi resiko perilaku kekerasan (Dalami,2009)

Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun orang lain disertai marah dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol. Perilaku kekerasan mempunyai dampak yang serius mulai dari trauma fisik, trauma psikologis, bahkan sampai pada kematian. Ini menunjukkan bahwa perilaku kekerasan harus dikenali dan cepat ditangani. (Hartono,2010, Yosep,2010).

Perilaku kekerasan mempunyai dampak yang terjadi jika tidak diberikan penanganan atau Strategi pelaksanaan (SP) maka akan berdampak pada klien melakukan tindakan-tindakan berbahaya bagi dirinya, orang lain ataupun lingkungan, seperti menyerang orang lain, memecahkan prabot, membakar rumah. Klien yang diterima di Unit Psikiatri, biasanya dalam keadaan krisis karena koping mereka sudah tidak efektif. Selama masa-masa stress klien, sering terjadi perilaku agresif dan melukai (Stuart, 2008, Maramis,2008)

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Proporsi yang pernah memasung anggota keluarganya gangguan jiwa berat 14,3 persen, terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Dari data tersebut menunjukkan bahwa gangguan jiwa berat memiliki angka yang tinggi dan harus segera mendapatkan penanganan agar tidak berdampak buruk pada penderita maupun orang lain (Riset Kesehatan Dasar,2013).

Berdasarkan studi pendahuluan oleh penulis pada bulan januari 2017, data prevalensi permasalahan resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu permasalahan yang muncul di ruang Dewandaru RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Klaten. Dari 310 dari jumlah pasien, perilaku kekerasan menjadi prioritas masalah kedua setelah halusinasi pada tahun 2016. Terdapat pasien dengan perilaku halusinasi 58,7%,kekerasan 19%, isolasi sosial 8,3%, HDR 2,5%, waham 4,5% DPD 4,1% , RBD 2,25%. Berdasarkan keterangan diatas, penulis tertarik untuk mengambil studi kasus tentang resiko perilaku.

## **B. Tujuan**

### 1. Tujuan umum

Mampu memberikan Asuhan keperawatan pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

### 2. Tujuan khusus

Diharapkan penulis mampu:

- a. Mendeskripsikan pengkajian keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan.
- b. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.
- c. Mendeskripsikan perencanaan keperawatan secara menyeluruh pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan sesuai dengan analisa data yang timbul pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.
- e. Mendeskripsikan evaluasi dan mendokumentasikan sebagai tolak ukur guna menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.
- f. Mampu menganalisis antara teori dan kenyataan tentang Resiko Perilaku Kekerasan.

## **C. Manfaat**

Beberapa manfaat yang dapat diambil dari Asuhan Keperawatan ini adalah:

### 1. Manfaat penulis

Karya tulis ini diharapkan dapat memberikan informasi dan menambah pengetahuan Asuhan Keperawatan yang diberikan, khususnya pada Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

### 2. Bagi RSJD RM Soedjarwadi provinsi Jawa Tengah

- a. Hasil tugas akhir asuhan keperawatan ini dapat dipergunakan sebagai bahan masukan terhadap hasil penerapan asuhan keperawatan yang telah diberikan.
- b. Dari hasil study kasus yang dilakukan oleh penulis maka Rumah Sakit dapat memperoleh standar dalam memberikan Asuhan Keperawatan Profesional

### 3. Bagi institusi pendidikan

Dapat menambah sumber ilmu pengetahuan khususnya pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

4. Bagi pasien dan keluarga

Mampu memahami dan melakukan tindakan untuk mengatasi masalah pasien serta memberikan kepuasan pelayanan bagi keluarga atas asuhan keperawatan.

#### **D. Metodologi**

1. Tempat dan waktu pelaksanaan pengambilan kasus

Rungta lingkup penulisan ini membahas tentang Asuhan Keperawatan pada Tn.F dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Dewandaru Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah yang dimulai dari 3 Januari 2017 sampai dengan 7 Januari 2017.

2. Teknik pengumpulan data

Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan studi kasus yaitu dengan melihat kondisi saat ini dan menyelesaikan masalah yang timbul dengan menggunakan proses keperawatan (Hidayat, 2007): Teknik pengumpulan data (Hidayat, 2007) yang digunakan penulis yaitu dengan:

a. Observasi

Observasi dilakukan dengan pengamatan langsung pada perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang kesehatan pasien. Data yang diperoleh dari metode observasi adalah data yang bersifat obyektif yaitu tentang penampilan pasien, pembicaraan pasien, aktivitas motorik pasien, alam perasaan pasien, afek pasien, interaksi selama wawancara, persepsi pasien, isi pikir pasien, arus pikir pasien, tingkat kesadaran pasien, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian, daya tilik diri pasien.

b. Wawancara

Wawancara yaitu suatu teknik pengumpulan data yang diperoleh dengan cara melakukan tanya jawab secara langsung dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan, dokter yang menangani dan tenaga kesehatan lainnya untuk mendapatkan informasi.

c. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan dengan cara menilai kemampuan pasien dalam melakukan suatu kegiatan yang sudah diberikan menurut tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa dan masalah pasien.