

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Organisasi kesehatan dunia (WHO) menyebutkan kesehatan sebagai keadaan fisik, mental dan sosial bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan. Seseorang dikatakan sehat apabila seluruh aspek dalam dirinya dalam keadaan tidak terganggu baik tubuh, psikis maupun sosial. Fisik sehat, maka mental (jiwa) dan sosialnya pun sehat. Pasien yang mentalnya terganggu atau sakit, maka fisik dan sosial pun akan sakit. Kesehatan harus dilihat secara menyeluruh sehingga kesehatan jiwa merupakan bagian dari kesehatan yang tidak akan dapat dipisahkan. (Kemenkes, 2013).

Data WHO tahun 2016 menunjukan terdapat 60 juta orang terkena bipolar, 47,5 juta orang terkena demensia serta 35 juta orang terkena depresi, dan 21 juta orang terkena skizofrenia. Data yang terkait kekambuhan skizofrenia sangat bervariasi dari 50% sampai 92% baik dinegara maju maupun berkembang, dari data tersebut menunjukan bahwa penyakit skizofrenia sangat mudah untuk kambuh kembali dan perlu perhatian besar dari berbagai negara. Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan untuk berkomunikasi, gangguan relitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari.(Keliat,2011).

Kesehatan jiwa menurut Undang-Undang Jiwa No 18 tahun 2014 adalah kondisi dimana seseorang dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanandapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Lingkup masalah kesehatan jiwa yang dihadapi individu sangat kompleks sehingga perlu penanganan oleh suatu program kesehatan jiwa yang bersifat kompleks pula. Masalah-masalah kesehatan jiwa dapat meliputi: perubahan fungsi jiwa sehingga menimbulkan penderitaan pada individu atau hambatan dalam melaksanakan fungsi sosialnya, masalah psikososial yang diartikan sebagai setiap perubahan dalam kehidupan individu baik yang bersifat individu maupun sosial yang memberi pengaruh timbal balik dan dianggap mempunyai pengaruh cukup besar sebagai factor penyebab timbulnya berbagai gangguan jiwa. (Jurnal Praktik Keperawatan Jiwa; 2014)

Gangguan jiwa merupakan sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berkaitan langsung dengan distress (penderitaan) dan menimbulkan disabilitas pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia. Fungsi jiwa yang terganggu meliputi fungsi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Keliat, 2011).

Dari angka kejadian diatas penyebab paling sering timbulnya gangguan jiwa dikarenakan himpitan masalah ekonomi, kemiskinan. Kemampuan dalam beradaptasi tersebut berdampak pada kebingungan, kecemasan, frustrasi, dan perilaku kekerasan, konflik batin dan gangguan emosional menjadi ladang subur bagi tumbuhnya penyakit mental.(Hawari,2008)

Prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah 0,3-1% dan timbul pada usia sekitar 18-45 tahun, namun ada juga yang baru usia 11-12 tahun sudah menderita skizofrenia. Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa maka diperkirakan sekitar 2 juta skizofrenia, dimana sekitar 99% pasien di Rumah Sakit Jiwa skizofrenia. Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), efek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat,2011).

Penyakit skizofrenia dapat dibagi menjadi 3 fase yaitu fase prodromal, fase aktif dan fase residual. Pada fase prodromal biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa minggu, bulan ataupun lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Gejala tersebut meliputi : hendaya fungsi pekerjaan, fungsi sosial, fungsi penggunaan waktu luang dan fungsi perawatan diri. Perubahan-perubahan ini akan mengganggu individu serta membuat resah keluarga dan teman, mereka akan mengatakan "orang ini tidak seperti yang dulu". Semakin lama fase prodromal semakin buruk prognosinya. Pada fase aktif gejala positif/psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Hampir semua individu datang berobat pada fase ini, bila tidak mendapat pengobatan gejala-gejala tersebut dapat hilang spontan suatu saat mengalami eksaserbasi atau terus bertahan. Fase aktif akan diikuti oleh fase residual di mana gejala-gejalanya sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif/psikotiknya sudah berkurang. Di samping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase di atas, penderita skizofrenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa,

kewaspadaan dan eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial), (Stuart & Laraia,2007).

Penyebab skizofrenia sampai saat ini belum diketahui. Dari berbagai penelitian, penderita skizofrenia diketahui memiliki kelainan pada struktur otak– misalnya pembesaran rongga otak yang berisi cairan (ventrikel) dan penyusutan bagian otak tertentu– atau kelainan fungsi otak– misalnya penurunan aktivitas metabolik di daerah otak tertentu. Faktor keturunan sangat berkontribusi terhadap risiko seseorang terkena skizofrenia. Risiko meningkat jika ada kerabat Anda yang memilikinya. Semakin dekat kerabat Anda, semakin besar risikonya. Jika kakek Anda memiliki penyakit ini, risiko Anda sekitar tiga persen. Jika salah satu orangtua Anda memilikinya, risiko Anda sekitar 10 persen. Jika kedua orangtua Anda atau kembar identik Anda memilikinya, risiko Anda sekitar 40 sampai 50 persen. (Keliat, 2009)

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologi. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan(Dermawan Deden & Rusdi,2013).

Dampak dari resiko perilaku kekerasan ini adalah adanya kemungkinan mencederai diri, orang lain, dan merusak lingkungan yaitu keadaan dimana seseorang individu mengalami perilaku yang dapat membahayakan secara fisik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Kondisi ini biasanya akibat ketidakmampuan mengendalikan marah secara konstruktif, dimana seseorang dapat mengemukakan pendapat atau mengekspresikan rasa tidak senang atau tidak setuju tanpa menyakiti.(Yosep,2011).

Tindakan yang diberikan pada pasien resiko perilaku kekerasan antara lain bina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenali resiko perilaku kekerasan, melatih pasien resiko perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam: pukul bantal, melatih pasien menggunakan obat dengan tepat, melatih bercakap-cakap dengan orang lain, melatih pasien beraktivitas secara jadwal. Perawat yang berhubungan dengan pasien harus melaksanakan peranya secara profesional serta dapat mempertanggungjawabkan asuhan keperawatan yang di berikan secara ilmiah. (Ermawati, 2009)

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa diantaranya preventif, kuratif, dan rehabilitative. Promotif adalah memberikan penjelasan tentang resiko perilaku kekerasan pada masyarakat umum, mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala sampai dengan komplikasi jika tidak segera dtangani. Preventif adalah memberi penjelasan cara pencegahan resiko perilaku kekerasan. Kuratif adalah peran perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan secara mandiri serta memberikan obat-obtan sebagai tindakan kolaborasi dengan dokter. Rehabilitatif adalah perawat memperkenalkan pada anggota keluarga cara merawat pasien resiko perilaku kekerasan. (Keliat, 2011)

Berdasarkan studi pendahuluan penulis pada bulan oktober 2016 sampai januari 2017, data prevalensi permasalahan resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu permasalahan yang muncul di Ruang Geranium RSJD Dr.RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah, terhitung 4 bulan terakhir mulai dari bulan Oktober 2016 sampai Januari 2017 terdapat 191 pasien yang menderita gangguan jiwa. Dari 191 pasien tersebut diantaranya, Halusinasi 80,6 %, Perilaku Kekerasan 15,7%, Isolasi Sosial 2,6%, Defisit Perawatan Diri 1,04%.

Berdasarkan hasil studi diatas penulis tertarik untuk melaksanakan studi kasus dengan mengambil judul “ Asuhan Keperawatan Pada Tn.H Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu mendiskripsikan Asuhan Keperawatan pada Tn.H dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Geranium RSJD Dr.RM Soedjarwadi provinsi jawa tengah.

2. Tujuan khusus

- a. Mahasiswa mampu mendiskripsikan pengkajian keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan
- b. Mahasiswa mampu mendiskripsikan data pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.
- c. Mahasiswa mampu mendiskripsikan rencana keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

- d. Mahasiswa mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.
- e. Mahasiswa mampu mendeskripsikan evaluasi dan penilaian tingkat keberhasilan selama merawat pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.
- f. Mahasiswa mampu menganalisa antara yang terjadi di lapangan dengan teori yang didapatkan berdasarkan studi literatur.

C. Manfaat

1. Akademik

Dapat digunakan sebagai sumber informal dan bahan bacaan pada perpustakaan institusi dalam meningkatkan mutu pendidikan pada masa yang akan datang.

2. Bagi rumah sakit

a. Perawat

Sebagai masukan bagi perawat di unit pelayanan keperawatan jiwa dalam menyusun standar keperawatan (SAK) pada masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan.

b. Pasien

Pasien mendapatkan pelayanan sesuai standar asuhan keperawatan profesional.

3. Bagi keluarga

Keluarga mampu mengenal masalah keperawatan yang dialami salah satu anggota keluarga yang sakit.

4. Bagi penulis

Sebagai tambahan pengalaman dan pengetahuan bagi penulis dalam menerapkan ilmu yang telah didapatkan selama pendidikan.

D. Metodologi

1. Tempat dan waktu pelaksanaan pengambilan kasus

Tempat pengambilan Karya Tulis Ilmiah ini di Ruang Geranium RSJD Dr. RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah yang dimulai dari tanggal 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 muncul dengan menggunakan proses keperawatan (Hawari,2008). Teknik pengumpulan data (Hawari,2008) yang digunakan 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 kata yang bersifat obyektif yaitu tentang penampilan pasien, pembicaraan pasien, aktivitas motoric pasien, alam perasaan pasien, isi pikir pasien, arus pikir pasien, tingkat kesadaran pasien, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian.

b. Wawancara

Wawancara yaitu suatu teknik pengumpulan data yang diperoleh dengan cara melakukan tanya jawab secara langsung dengan pasien dan perawat ruangan.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan memeriksa keadaan fisik pasien untuk memperoleh data tentang pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien yaitu pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki (head to toe)

d. Studi dokumentasi pasien

Dokumentasi dilakukan dengan meminta bantuan perawat membacakan data rekam medis pasien.