

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Gangguan jiwa dapat mengenai setiap orang, tanpa mengenal umur, ras, agama, maupun status sosial – ekonomi. Gangguan jiwa bukan disebabkan oleh kelemahan pribadi. Di masyarakat banyak beredar kepercayaan atau mitos yang salah mengenai gangguan jiwa, ada yang percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh gangguan roh jahat, ada yang menuduh bahwa itu akibat guna – guna, karena kutukan atau hukuman atas dosanya. Kepercayaan yang salah ini hanya akan merugikan penderita dan keluarganya karena pengidap gangguan jiwa tidak mendapat pengobatan secara cepat dan tepat. Gangguan jiwa adalah penyakit non fisik. Meskipun gangguan jiwa tersebut tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung. Menurut paham kesehatan jiwa seseorang dikatakan sakit apabila ia tidak lagi mampu berfungsi secara wajar dalam kehidupannya sehari – hari, dirumah, disekolah/kampus, ditempat kerja dan lingkungan sosialnya. Seseorang yang mengalami gangguan jiwa akan mengalami ketidakmampuan berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari – hari.(Hawari, 2009)

Gangguan jiwa sendiri menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu psikologis, perilaku, biologis, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat.(Yusuf, 2015 : 8)

Salah satu faktor yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa adalah adanya stress. Stress psikososial dan stress perkembangan yang terjadi secara terus menerus dengan coping yang tidak efektif akan mendukung timbulnya gejala perkembangan kepribadian yang abnormal. (Herman, 2011 : 13)

Di Indonesia menurut Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, prevalansi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia sebanyak 1.7 permil. Dengan gangguan jiwa berat tertinggi berada di DI

Yogyakarta dan Aceh dengan masing-masing sebanyak 2,7 permil. Sedangkan terendah di Kalimantan 0,7 permil.

Secara umum, klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 dibagi menjadi dua bagian, yaitu gangguan jiwa berat/kelompok psikosa dan gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan, dan sebagainya. Untuk skizofrenia masuk dalam kelompok gangguan jiwa berat. (Yusuf, 2015 : 10)

Skizofrenia sendiri berasal dari dua kata "Skizo" yang artinya retak atau pecah (split), dan "frenia" yang artinya jiwa. Dengan demikian seseorang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (Stuart and Sundeen, 2005). Skizofrenia cukup banyak ditemukan di Indonesia, sekitar 99% pasien rumah sakit jiwa di Indonesia adalah orang dengan skizofrenia. Prevalensi orang dengan skizofrenia di Indonesia adalah 0,3-1% dan biasanya dialami pada usia sekitar 18-45 tahun, bahkan ada juga yang baru berusia 11-12 tahun sudah mengalami skizofrenia. Umumnya skizofrenia mulai dialami pada rentang usia 16-30 tahun dan jarang mulai terjadi di atas 35 tahun. (Mueser & Gingerich, 2006)

Skizofrenia dibagi menjadi 2 fase yaitu fase akut dan fase kronik. Pada fase akut dan fase kronik. Pada fase akut tanda dan gejala skizofrenia akan muncul dalam 6 bulan yang ditandai dengan gejala positif (waham, halusinasi, perubahan arus fikir) dan gejala negative (gangguan afek, menarik diri dan apatis). Sedangkan pada fase kronik gejala sudah berlangsung 6 bulan atau lebih, disertai dengan tidak memperhatikan kebersihan diri, gangguan motorik dan pergerakan (Keliat, 2011). Menurut gejala pada fase kronik diatas terdapat gejala kurangnya memperhatikan kebersihan diri, itu menjadi salah satu penyebab klien mengalami defisit perawatan diri yang ditandai dengan klien tidak mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri seperti mandi dan berhias, makan, serta BAB/BAK. (Herman, 2011 : 152)

Defisit perawatan diri adalah kondisi seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktifitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (hygiene), berpakaian/berhias, makan dan BAB atau BAK (toileting) (Fitria, 2009). Penyebab kurang

perawatan diri yaitu perkembangan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu, penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri, klien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri, kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. (Tarwoto dan Wartonah, 2003)

Apabila defisit perawatan diri tidak teratasi dengan baik maka akan mengakibatkan dampak pada fisik yaitu dampak yang terjadi karena tidak terpeliharannya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku. Kemudian akan mengakibatkan dampak pada psikososial, dampak yang terjadi yaitu gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial (Tarwoto dan Wartonah, 2003). Tindakan keperawatan untuk pasien dengan gangguan defisit perawatan diri yakni dengan melatih pasien cara-cara dalam menjaga kebersihan diri, melatih pasien berdandan, melatih pasien makan secara mandiri, dan melatih pasien untuk BAB dan BAK secara mandiri.

Dari hasil karya tulis ilmiah sebelumnya menurut Indah Kurniawati (2013) yang melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah defisit perawatan : mandi dan berhias, tindakan yang diberikan berupa pendekatan pasien yaitu meliputi mengidentifikasi masalah defisit perawatan diri, menjelaskan pentingnya perawatan diri, menjelaskan cara dan alat kebersihan diri, melatih cara perawatan diri dan memberikan kegiatan positif dengan tingkat keberhasilan 70%.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Jiwa.dr.RM Soedjarwadi Klaten selama periode 1 Oktober 2015 – 31 Desember 2015, menurut data dari 418 pasien yang dirawat di ruang inap terdapat pasien dengan halusinasi 57%, Perilaku Kekerasan 28%, Menarik Diri : Isolasi sosial sebanyak 8%, Defisit Perawatan Diri sebanyak 4%, dan Harga Diri Rendah 0%. Data di bangsal Flamboyan terdapat 64 pasien yang dirawat. Pasien dengan Halusinasi 74%, Perilaku Kekerasan 11%, Menarik diri : Isolasi Sosial 9% Defisit Perawatan Diri 3%.

## **B. Rumusan Masalah**

1. Bagaimana persebaran jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia menurut data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)?
2. Berapa prevalensi masalah defisit perawatan diri di bangsal flamboyan?
3. Berapa presentasi tingkat keberhasilan asuhan keperawatan defisit perawatan diri?

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.R Dengan Defisit Perawatan Diri: Mandi dan Berhias di Bangsal Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Daerah dr.RM Soedjarwadi Klaten.”

## **C. Tujuan Penulisan**

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien dengan Defisit Perawatan Diri.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada klien dengan defisit perawatan diri.
- b. Menentukan diagnosa yang muncul pada klien dengan defisit perawatan diri.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai yang sudah direncanakan pada klien dengan defisit perawatan diri.
- e. Mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan pada klien dengan defisit perawatan diri.
- f. Melakukan pendokumentasian pada klien dengan defisit perawatan diri.
- g. Melakukan pembahasan pada klien dengan defisit perawatan diri.

## **D. Manfaat Penulisan**

1. Manfaat Teoritis

Hasil studi penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu literature dalam pendidikan kesehatan jiwa. Salah satu literature dalam menetapkan standar asuhan keperawatan jiwa. Mendapatkan pengetahuan tentang

defisit perawatan diri dan pengalaman memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah utama defisit perawatan diri.

## 2. Manfaat Praktis

### a. Bagi Rumah Sakit Jiwa

Dapat memperoleh standar asuhan keperawatan professional pada klien dengan gangguan defisit perawatan diri.

### b. Perawat

Dapat menambah wawasan dan mengetahui lebih dalam tentang asuhan keperawatan yang komprehensif dalam memberikan perawatan yang optimal pada klien dengan defisit perawatan diri.

### c. Klien

Setelah dilakukan tindakan keperawatan ini diharapkan kondisi klien akan semakin membaik dan klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

### d. Keluarga

Keluarga lebih mengetahui tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri dan dapat mengetahui bagaimana cara merawat klien dengan gangguan defisit perawatan diri.

### e. Penulis

- Menambah pengalaman dan wawasan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri dan bisa membandingkan antara teori dengan kenyataan.
- Dapat melakukan pengelolaan asuhan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri sesuai dengan pedoman keperawatan jiwa yang ada.

## E. Metode Penulisan

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 dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut :

### 1. Observasi

Observasi dilakukan dengan pengamatan secara langsung perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang kesehatan klien. Data yang diperoleh dari metode observasi adalah data yang bersifat obyektif, yaitu bagaimana penampilan klien, baju rapi atau tidak, rambut acak – acakan, bau badan, gigi kotor.

## 2. Wawancara

Wawancara yaitu suatu teknik pengumpulan data yang diperoleh dengan cara melakukan tanya jawab secara langsung dengan klien, keluarga dan perawat ruangan, dokter yang menangani dan tenaga kesehatan lainnya untuk mendapatkan informasi yang berhubungan dengan perilaku kekerasan yang dialami klien. Wawancara dilakukan dengan pasien untuk mendapatkan data subyektif misalnya untuk mengetahui penyebab klien malas mandi dan berdandan.

## 3. Dokumentasi

Dokumentasi yaitu dengan membaca status klien, catatan perkembangan dari hasil pemeriksaan pada status klien.

## 4. Studi Pustaka atau Literatur

Studi pustaka atau literatur yaitu mempelajari buku – buku yang berkaitan dengan masalah defisit perawatan diri.