

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi mental sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dari kualitas hidup seseorang, dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia (Keliat, 2011). Kesehatan Jiwa merupakan kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (UU No. 18 tahun 2014).

Kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi sejahtera dimana individu menyadari kemampuan yang dimilikinya, dapat mengatasi stress dalam kehidupannya, dapat bekerja secara produktif dan mempunyai kontribusi dalam kehidupan bermasyarakat. Apabila seseorang dapat berespon positif terhadap suatu stressor maka akan tercapai sehat jiwa yang ditandai dengan kondisi sejahtera baik secara emosional, psikologis, maupun perilaku sosial, mampu menyadari tentang diri dan apabila berespon negatif maka akan terjadi kondisi gangguan jiwa. (Jurnal Keperawatan Jiwa PPNI)

Gangguan jiwa yaitu suatu perubahan pada fungsi Jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial. Orang dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (UU No 18 tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa).

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. Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0%. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat,

DI Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas Tahun 2009)

Gangguan jiwa bisa berupa gangguan jiwa ringan seperti depresi sampai gangguan jiwa berat seperti skizofrenia (Kompas, 2011: Jurnal Pendidikan dan Praktik Keperawatan Indonesia INJEC, 2014).

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan relitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2011). Mengacu pada data WHO, prevalensi penderita Skizofrenia sekitar 0,2 - 2 % sedangkan insidensi kasus baru yang muncul tiap tahun sekitar 0,01%. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat (Skizofrenia) di Provinsi Jawa Tengah sebesar 3,3 per mil (Balitbang Depkes RI, 2008: Jurnal Keperawatan Jiwa PPNI, 2013). Tanda dan gejala dari skizofrenia diantaranya : Waham, Halusinasi, Perubahan arus pikir, Perubahan perilaku (Hiperaktif, Agitasi, Iritabilitas), Sikap masa bodoh (apatis), Pembicaraan terhenti tiba-tiba (bloking), menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial), menurunnya kinerja atau aktivitas sehari-hari.

Masalah yang sering muncul pada pasien gangguan jiwa berat (skizofrenia) adalah perilaku kekerasan (Choe, Teplin, & Abram, 2008). Sebesar 68% pasien gangguan jiwa berat rehospitalisasi dikarenakan perilaku kekerasan (Wiyati, Wahyuningsih, & Widayanti, 2010: Jurnal Keperawatan Jiwa PPNI; 2009).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. 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 saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Dermawan Deden & Kusdi, 2013). Tanda dan gejala perilaku kekerasan menurut Keliat, (2009) diantaranya : muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, jajan mondar-mandir, bicara kasar, suara tinggi atau menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, melempar atau memukui benda/ orang lain, merusak barang atau benda, tidak memiliki kemampuan

mencegah/ mengendalkan perilaku kekerasan. Akibat dari perilaku kekerasan yang tidak segera diatasi yaitu dapat memunculkan diagnosa yang lebih besar, seperti mencederai diri sendiri, mencederai orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Untuk mengatasi supaya akibat dari resiko perilaku kekerasan tidak terjadi maka perlu adanya cara pengontrolan, baik untuk pasien sendiri atau untuk keluarga pasien.

RSJD Dr. RM. Soedjarwadi merupakan rumah sakit milik pemerintah Provinsi Jawa Tengah yang berkedudukan di Kabupaten Klaten, memiliki beberapa pelayanan kesehatan jiwa diantaranya : pelayanan gawat darurat, rawat jalan, rawat intensive, rawat inap, perawatan psikopediatri, dan pelayanan kesehatan non jiwa.

Bangsas Geranium merupakan salah satu bangsal rawat inap. Bangsal Geranium merupakan bangsal tenang putra khususnya pada pasien BPJS dan kelas III. Kapasitas Bangsal Geranium: 32 tempat tidur. Laporan kinerja bangsal Geranium pada semester II tahun 2015 (Juli – Desember 2015) sebagai berikut : jumlah pasien 266 orang , PK 102 (38%) , Halusinasi 125 (47%) , Isolasi Sosial 21 (8%) , Defisit Perawatan Diri 6 (2%) , Harga Diri Rendah 2 (1%).

Berdasarkan latar belakang permasalahan diatas, maka penulis tertarik mengambil kasus perilaku kekerasan: dengan menetapkan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa dengan resiko perilaku kekerasan”

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn.D dengan perilaku kekerasan.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn.D dengan perilaku kekerasan.
- c. Penulis mampu membuat rencana keperawatan pada Tn.D dengan perilaku kekerasan.

- d. Penulis mampu melakukan implementasi pada Tn.D dengan perilaku kekerasan.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Tn.D dengan perilaku kekerasan.
- f. Penulis mampu melakukan pendokumentasian pada Tn.D dengan perilaku kekerasan.
- g. Penulis mampu melaksanakan penilaian terhadap kesenjangan antara teori dan kasus nyata perilaku kekerasan yang dialami pada Tn.D.

### **C. Manfaat Penulisan**

#### 1. Akademik

Dapat dijadikan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan tentang asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan di masa yang akan datang. Untuk menambah referensi di Stikes Muhammadiyah Klaten.

#### 2. Bagi Rumah Sakit

##### a. Perawat

Dapat menambah wawasan dan mengetahui lebih dalam tentang asuhan keperawatan yang komprehensif dalam memberikan perawatan yang optimal pada pasien dengan perilaku kekerasan.

##### b. Pasien

Setelah dilakukan tindakan keperawatan ini diharapkan kondisi pasien akan semakin membaik.

#### 3. Keluarga

Keluarga lebih mengetahui tanda dan gejala pasien dengan perilaku kekerasan dan dapat mengetahui bagaimana cara merawat pasien dengan gangguan perilaku kekerasan.

#### 4. Penulis

- a. Mendapatkan pengalaman yang nyata dalam mengaplikasikan langsung teori asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan dibangsal Geranium Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.RM Soedjarwadi Propinsi Jawa Tengah.

- b. Dapat melakukan pengelolaan asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan sesuai dengan pedoman keperawatan jiwa yang ada.

#### **D. Metode**

1. Tempat dan waktu pelaksanaan pengambilan kasus

Tempat pengambilan Karya Tulis Ilmiah ini di Ruang Geranium RSJD Dr.RM Soedjarwadi Klaten yang dimulai dari tanggal 22 Desember 2015 - 27 Desember 2015.

2. Teknik Pengumpulan Data

Penulisan laporan kasus ini dengan metode studi kasus yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data yang didapat. Cara pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

- a. Wawancara

Dimana wawancara dilakukan pada klien dan keluarga serta tenaga kesehatan lainnya untuk mendapatkan data pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.

- b. Observasi

Dengan melakukan pengamatan dan pemeriksaan baik fisik dan kejiwaan secara langsung pada klien selama dilakukan asuhan keperawatan.

- c. Studi Kepustakaan

Penulis mempelajari buku dan sumber lainnya untuk mendapatkan dasar ilmiah yang berhubungan dengan permasalahan dalam laporan kasus.