

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Gangguan jiwa ialah gejala-gejala patologik dominan berasal dari unsur psike. Hal ini tidak berarti bahwa unsur-unsur yang lain tidak terganggu, karena yang sakit dan menderita ialah manusia seutuhnya dan bukan hanya badannya, jiwanya, atau lingkungannya. Hal-hal yang dapat mempengaruhi perilaku manusia ialah keturunan dan konstitusi, umur dan jenis kelamin, keadaan fisik, keadaan psikologis, keluarga, sosial budaya, kepercayaan dan sebagainya (Iyus Yosep, 2011). Gangguan jiwa berasal dari apa yang orang tersebut yakini sebagai faktor penyebabnya, walaupun gejala yang umum terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utama ada dibadan (somatogenik), dilingkungan sosial (sosiogenik), ataupun dipsike (psikogenik). Biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi lalu timbullah gangguan jiwa (Herman, 2011).

Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat (Binkesmas) Departemen Kesehatan dan *World Health Organization* (WHO) tahun 2010 memperkirakan tidak kurang dari 450 juta penderita gangguan jiwa ditemukan di dunia. Bahkan berdasarkan data studi World Bank di beberapa negara menunjukkan 8,1% dari kesehatan global masyarakat (*Global Burden Disease*) menderita gangguan jiwa (Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis Volume 4 Nomor 4 Tahun 2014).

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 RT yang pernah memasung ART gangguan jiwa berat 14,3 persen dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0 persen. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, DI Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur (Riskesdas, 2013).

Provinsi Jawa Tengah sendiri terdapat 3 orang perseribu penduduk yang mengalami gangguan jiwa dan 50% adalah akibat dari kehilangan pekerjaan. Sejalan dengan paradigma sehat yang dicanangkan departemen kesehatan yang lebih menekankan upaya proaktif melakukan pencegahan daripada menunggu di rumah sakit, kini orientasi upaya kesehatan jiwa lebih pada pencegahan (preventif) dan promotif (Wahyuni, 2013).

Gangguan jiwa dibagi menjadi dua bagian besar, yaitu gangguan jiwa ringan (neurosis) dan gangguan jiwa berat (psikosis). Salah satu bentuk dari gangguan jiwa berat adalah skizofrenia. Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu (Maramis, 2009).

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang sangat berat. Penyakit ini menyerang 4 sampai 7 dari 1000 orang (Saha et al, 2005). Skizofrenia biasanya menyerang pasien dewasa yang berusia 15 sampai 35 tahun. Diperkirakan terdapat 50 juta penderita di dunia, 50% dari penderita tidak

menerima pengobatan yang sesuai, dan 90% dari penderita yang tidak mendapat pengobatan tepat tersebut terjadi di negara berkembang (WHO, 2011). Di Indonesia, prevalensi gangguan jiwa berat (skizofrenia) sebesar 0,46%. Sulawesi Tengah menempati peringkat pertama dari provinsi lain yang berada di Sulawesi dengan penderita skizofrenia sebesar 0,53% (*Online Jurnal of Natural Science, Agustus 2014*).

Skizofrenia terdiri dari gejala positif dan negatif. Gejala positif mencapai 72,3% dari total gejala yang dialami penderita dan merupakan gambaran gangguan jiwa yang mencolok dan amat mengganggu lingkungan atau keluarga dan merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa penderita berobat. Gejala positif skizofrenia antara lain yaitu waham, halusinasi, inkoherensi (Hawaris, 2007 dalam *Online Jurnal of Natural Science, Agustus 2014*). Gejala skizofrenia yang paling sering muncul dan dapat berdampak membahayakan adalah halusinasi (Sneider dalam buku ajar psikiatri, 2011).

Halusinasi adalah terganggunya persepsi sensori seseorang dimana tidak terdapat stimulus (Vacrolis, 2006 dalam Asuhan keperawatan klien halusinasi). Perilaku individu yang mengekspresikan adanya halusinasi adalah disorientasi waktu dan tempat, disorientasi mengenai orang, perubahan kemampuan memecahkan masalah, perubahan perilaku atau pola komunikasi, kegelisahan, ketakutan, ansietas / cemas dan peka rangsang). Klien dengan halusinasi mengalami kecemasan dari kecemasan sedang sampai panik tergantung dari tahap halusinasi yang dialaminya. Klien dengan halusinasi jika tidak diatasi akan menyebabkan munculnya perilaku untuk menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang diakibatkan dari

persepsi sensori palsu tanpa adanya stimulus eksternal, dapat mengisolasi dirinya dari orang lain karena tidak peka terhadap sesuatu yang nyata dan tidak nyata, tidak memperlihatkan *self care* seperti *personal hygiene* (Maramis, 2005). Guna menimalisasi komplikasi atau dampak dari halusinasi membutuhkan peran perawat yang optimal dan cermat untuk melakukan pendekatan dan membantu klien untuk memecahkan masalah yang dihadapinya dengan memberikan penatalaksanaan untuk mengatasi Halusinasi.

Peran perawat pada klien meliputi aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Promotif adalah peran yang ditunjukkan dengan membentuk potensi, mengontrol hidup sendiri, menyusun strategi koping, mengubah lingkungan dan masyarakat untuk penanganan halusinasi di masyarakat. Preventif adalah peran yang dilakukan dengan mengidentifikasi perilaku khusus, menghindari kegagalan peran sehingga tidak muncul ansietas yang dapat menyebabkan individu menggunakan halusinasi. Kuratif yaitu peran yang dilakukan dengan menyediakan lingkungan yang terapeutik, memecahkan masalah merawat kesehatan fisik mencegah usaha bunuh diri dan terapi medik. Rehabilitatif peran yang ditunjukkan dengan mengikutsertakan klien dengan kelompok, mendorong tanggung jawab klien terhadap lingkungan, melatih ketrampilan klien khususnya dalam pengendalian halusinasi (Maramis, 2005).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis, bahwa di Rumah Sakit Jiwa dr. RM. Soedjarwadi Klaten pada bulan Oktober sampai Desember 2014 terdapat 385 pasien rawat inap. Di ruang flamboyan terdapat 150 pasien rawat inap dengan masalah keperawatan halusinasi 55 orang (37%),

isolasi sosial 39 orang (26%), defisit perawatan diri 38 orang (25%), resiko perilaku kekerasan 17 orang (11%), dan waham 1 orang (1%).

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan diatas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Tn.M dengan Gangguan Persepsi sensori halusinasi pendengaran di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Klaten”.

B. Tujuan

Adapun tujuannya adalah sebagai berikut:

1. Tujuan umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di ruang Flamboyan RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Klaten.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.
- c. Membuat rencana tindakan pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.
- d. Melakukan implementasi pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.
- e. Melakukan evaluasi pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

- f. Mendiskripsikan kesenjangan antara teori dengan kasus gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di Rumah Sakit dengan teori.

C. Manfaat

Beberapa manfaat yang dapat diambil dari asuhan keperawatan ini adalah:

1. Manfaat Akademik

Menjadi salah satu literatur ilmu keperawatan tentang Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi.

2. Manfaat bagi pelayanan masyarakat (rumah sakit)

Karya tulis ini dapat menjadi salah satu referensi rumah sakit dalam menyusun standar asuhan keperawatan (SAK) pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi.

3. Manfaat bagi klien

Klien mendapatkan pelayanan sesuai standar asuhan keperawatan profesional.

4. Manfaat bagi penulis

Penulis dapat menambah wawasan tentang konseptual gangguan persepsi sensori halusinasi, serta penulis mampu mengetahui proses dan tanda tanda terjadinya. Mahasiswa dapat mengaplikasikan ilmu yang telah di dapat diperkuliahan, serta mampu mempraktekan diklinik tetang penatalaksanaan dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi.

D. Metodologi

1. Ruang Lingkup Penulisan

Ruang lingkup penulisan ini membahas tentang Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Dr. RM. Soejarwadi Klaten yang dimulai dari tanggal 22 Desember 2014 – 27 Desember 2014.

2. 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 yaitu dengan:

a. Observasi

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

b. Wawancara

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

c. Studi dokumentasi klien

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