

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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. Secara umum gangguan fungsi jiwa yang dialami seorang individu dapat terlihat dari penampilan, komunikasi, proses pikir, interaksi dan aktifitasnya sehari-hari (Keliat, 2011).

Kehidupan yang penuh tekanan seperti kesulitan ekonomi, pengangguran, putusnya hubungan sosial, kehilangan orang yang dicintai dan deskriminasi meningkat risiko penderita gangguan jiwa. WHO (2009) diperkirakan 450 juta orang diseluruh dunia mengalami gangguan mental, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030.

Menurut data Departemen Kesehatan tahun 2009, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini mencapai lebih dari 28 juta orang, dengan kategori gangguan jiwa ringan 11,6 % dan 0,46 % menderita gangguan jiwa berat. Hasil penelitian WHO di Jawa Tengah menyebutkan 1.000 warga Jawa Tengah terdapat 3 orang yang mengalami gangguan

jiwa. Sementara 19 orang dari 1.000 warga Jawa Tengah mengalami stress. Pada penderita gangguan jiwa hanya 30 sampai 40 % pasien gangguan jiwa bisa sembuh total, 30 % harus tetap berobat jalan dan 30 % lainnya harus menjalani perawatan. Dibanding ratio dunia yang hanya satu permil, masyarakat Indonesia yang telah mengalami gangguan kejiwaan ringan sampai berat telah mencapai 18,5 % (Depkes RI, 2009).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskendes) tahun 2007 yang dilakukan oleh badan penelitian dan pengembangan kesehatan Kemenkes RI memperlihatkan bahwa angka rata-rata nasional gangguan mental emosional (cemas dan depresi) pada penduduk usia kurang lebih 15 tahun adalah 11,6% atau sekitar 19 juta penduduk, sedangkan gangguan jiwa berat rata-rata sebesar 0,46% atau sekitar 1 juta penduduk. Provinsi Jawa Tengah sebesar 3,3%. Prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Sragen (7,4%), Wonogiri dan Purworejo masing-masing (6,1%) dan (6%), Klaten (4,5%).

Menurut pengelompokkannya gangguan jiwa terbagi menjadi dua yaitu gangguan jiwa berat (psikosis) dan gangguan jiwa ringan (neurosis). Gangguan jiwa berat disebut juga sebagai skizofrenia yaitu dimana penderita gangguan jiwa mengalami kemunduran dalam fungsi sebagai manusia. Kemunduran yang nampak meliputi : fungsi peran (belajar atau pekerjaan), fungsi hubungan sosial, penggunaan waktu senggang, dan perawatan diri. Secara umum gangguan jiwa yang sering muncul adalah skizofrenia.

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2011).

Skizofrenia dapat terjadi karena faktor genetik atau keturunan, faktor lingkungan, dan ketidakseimbangan neurotransmitter (Dopamine dan glutamat). Salah satu gejala positif dari skizofrenia adalah resiko perilaku kekerasan. Risiko perilaku kekerasan yaitu adanya kemungkinan seseorang melakukan tindakan yang mencederai orang lain dan lingkungan akibat ketidakmampuan mengendalikan marah secara konstruktif (CMHN, 2006).

Risiko perilaku kekerasan adalah perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak dalam bentuk destruktif dan masih terkontrol (Yosep, 2007). 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 lingkungannya. Kondisi ini biasanya akibat ketidakmampuan mengendalikan marah secara konstruktif.

Tindakan yang dilakukan perawat untuk hal ini adalah dengan menjalin hubungan terapeutik kepada pasien agar lebih terjalin hubungan saling percaya antara klien dengan perawat. Sehingga memudahkan perawat untuk mendapatkan data tentang apa yang dirasakan pasien sehingga membuat pasien marah. Sebagaimana yang telah kita ketahui bahwa

marah merupakan salah satu respon yang memicu terjadinya resiko perilaku kekerasan. Kemudian dilakukan juga dengan proses terapi modalitas seperti, terapi lingkungan, terapi kelompok, dan terapi individual.

Berdasarkan data yang diperoleh penulis selama 3 bulan terakhir dari bulan Oktober sampai dengan bulan Desember 2014 yang penulis dapatkan di RSJD dr. RM Soedjarwadi Klaten didapatkan data dari 169 pasien dengan masalah Halusinasi 100 (59,2%), Perilaku Kekerasan 25 (14,8%), Menarik Diri 20 (11,8%), Risiko Peilaku Kekerasan 8 (4,8%), Defisit Perawatan Diri 11 (6,5%), Waham 5 (2,95%) dan Harga Diri Rendah 9 (5,51%).

Penulis mengambil diagnosa risiko perilaku kekerasan karena pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan ini sangat banyak kemungkinan akan terjadi perilaku kekerasan jika tidak segera ditangani dan penulis merasa tertarik untuk melaksanakan studi kasus dengan mengambil judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Sdr. S Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Flamboyan RSJD dr. RM Soedjarwadi Klaten”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien dengan risiko perilaku kekerasan.

2. Tujuan Khusus

a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan.

- b. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan.
- c. Penulis mampu membuat rencana keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan.
- e. Penulis mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan.

C. Manfaat

1. Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan masukan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

2. Klien

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

3. Keluarga

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

4. Penulis

- a. Mendapatkan pengalaman yang nyata dalam mengaplikasikan langsung teori asuhan keperawatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan di bangsal Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM Soedjarwadi Klaten.
- b. Dapat melakukan pengelolaan asuhan keperawatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan sesuai dengan pedoman keperawatan jiwa yang ada.

D. Metodologi

Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif dengan studi kasus yaitu dengan melihat kondisi saat ini dan menyelesaikan masalah yang timbul dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

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 wajah tenang, mata tajam, tangan menggepal, memukul orang lain, marah-marah, bicara dengan mata keras.

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 resiko perilaku kekerasan yang dialami klien. Wawancara dilakukan dengan pasien untuk mendapatkan data subyektif misalnya untuk mengetahui penyebab resiko perilaku kekerasan yang dilakukan klien.

3. Dokumentasi

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

4. Studi Pustaka atau Literatur

Studi pustaka atau literatur yaitu mempelajari buku-buku yang berkaitan dengan masalah resiko perilaku kekerasan.