

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan jiwa adalah berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya (WHO, 2011). Keadaan seseorang mencakup sehat mental yang berarti kemampuan individu untuk menyesuaikan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Keadaan sehat atau sakit mental dapat dilihat dari keefektifan fungsi perilaku yaitu bagaimana individu menggunakan waktu senggangnya, individu yang sehat jiwa dapat menggunakan waktunya untuk hal-hal yang produktif bagi dirinya dan lingkungannya (Rasmun, 2009). Kesehatan jiwa dapat mengalami gangguan, berupa sedih, cemas, stres, marah,

Klasifikasi gangguan jiwa dapat dideteksi dari gejala-gejala yang tampak, ciri-ciri pada gangguan jiwa kategori ringan ditandai dengan susah tidur dengan bukan karena kelelahan fisik atau gelisah, marah-marah, narsis berlebihan. Sedangkan kategori sedang, berciri-ciri agak frontal, sangat emosional, ketakutan berlebihan tak bersebab, mulai tidak peduli dengan diri (kecuali untuk makan). Acuh terhadap orang lain dan lingkungannya, masih memiliki rasa malu, masih berkemampuan mengingat siapa dirinya. Sedangkan kategori berat adalah gila. Tidak ingat

akan siapa dirinya, berlaku frontal-abnormal, kehilangan rasa malu (RSUP Dr.Kariadi, 2012).

Penyebab gangguan jiwa menurut Kartono (2002) ada beberapa faktor yaitu: faktor keturunan (organis), faktor fisiologis (psikis), dan faktor psikososial-budaya, dalam hal ini semua menjalankan perannya sebagai penyebab timbulnya penyakit jiwa. Menurut para ahli gangguan jiwa dibedakan menjadi beberapa macam seperti, gangguan mental organik dan simtomatik, skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham, gangguan perasaan, gangguan neorotik, gangguan somatoform, sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis (Hawari, 2007).

Gangguan Kesehatan Jiwa menurut WHO (2008) diperkirakan dialami oleh sekitar 450 juta orang di dunia. Di tambah lagi dari WHO yang menyatakan bahwa 41 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa. Diantaranya penyalahgunaan obat (44,0%), keterbelakangan mental (34,9%), disfungsi mental (16,2%), dan distegrasi mental (5,8%). The Indonesian Psychiatric Epidemiologi Network menyatakan bahwa di 11 kota di Indonesia ditemukan 18,5% dari penduduk menderita gangguan jiwa (The Indonesian Psychiatric Epidemiologi Network dalam Videbeck, 2008).

Di dalam menggambarkan kondisi kesehatan jiwa di Indonesia ini dilakukan analisis diskripsi sederhana dari hasil Riskesdes 2013 dikombinasikan dengan Data Rutin dan Pustdatin bahwa secara Nasional terdapat 0,17% penduduk Indonesia yang mengalami Gangguan Mental Berat (Skozofrenia) atau secara absolute terdapat 400 ribu jiwa lebih penduduk Indonesia. Jumlah kunjungan gangguan jiwa tahun 2012 di Provinsi Jawa Tengah sebanyak 224.617, mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2011 yang mencapai 198.387 kunjungan. Kunjungan terbanyak di rumah sakit yaitu 138.399 kunjungan (61,62%) (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2014).

Dalam penggolongan gangguan jiwa menurut pedoman Penggolongan Gangguan Jiwa (PPDGJ) merupakan suatu kesatuan yang tegas dengan batas-batas yang jelas antara gangguan jiwa tertentu dengan gangguan jiwa lainnya, sama halnya adanya gangguan jiwa dan tidak ada gangguan jiwa (Kusumawati dan Hartono, 2011). Salah satu bentuk dari gangguan jiwa adalah perilaku kekerasan.

Peilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tak terkontrol (Kusumawati dan Hartono, 2011). Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrem dari marah atau ketakutan/ panik. Perilaku Agresif dan perilaku kekerasan sering dipandang sebagai rentang dimana agresif verbal di satu sisi dan perilaku

kekerasan (violence) di sisi yang lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustrasi, benci atau marah. Hal ini akan mempengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut terkadang perilaku menjadi agresif atau melukai karena penggunaan koping yang kurang bagus (Kusumawati dan Hartono, 2011).

Berdasarkan studi kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas didapatkan bahwa penderita gangguan jiwa (Skizofrenia) menepati peringkat pertama di bandingkan dengan gangguan jiwa lainnya. Data 3 bulan pada bulan April - Juni tahun 2015 tercatat 212 pasien, dengan jumlah laki-laki sebanyak 139 pasien dan perempuan 73 pasien. Dari jumlah laki-laki yang termasuk dengan risiko perilaku kekerasan sebanyak 95 pasien, sedangkan dari perempuan sebanyak 46 pasien, pada Ruang Rawat Inap RSUD Banyumas dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

Berdasarkan data dan permasalahan di atas dengan melihat akibat yang lebih dari peningkatan angka kejadian penderita yang antara lain berpengaruh terhadap gangguan Risiko Perilaku Kekerasan. Maka peran perawat sangat diutamakan dalam mengatasi masalah tersebut, sehingga penulis tertarik untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Risiko Perilaku Kekerasan.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan dari penulisan laporan ini adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Melaporkan Asuhan Keperawatan pada Sdr. N dengan Risiko Perilaku Kekerasan selama 3 hari yaitu 23-25 Juni 2015 di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulisan ini adalah untuk memaparkan dan melakukan pembahasan yang mengenai :

- a. Pengkajian pada Sdr. N dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- b. Analisa data hasil pengkajian dan menetapkan diagnosa keperawatan pada Sdr. N dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- c. Rencana tindakan keperawatan pada Sdr. N dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- d. Implementasi keperawatan pada Sdr. N dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- e. Evaluasi terhadap implementasi yang telah dilakukan pada Sdr. N dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

C. Pengumpulan Data

1. Observasi partisipatif

Cara pengumpulan data dengan melakukan observasi klien, data dapat ditemukan dengan melakukan intraksi secara intens antara perawat dan klien. Tindakan yang dilakukan pengukuran tanda-tanda vital seperti: tekanan darah, nadi, suhu, respirasi.

2. Wawancara

Melalui kegiatan tanya jawab (wawancara) penulis akan memperoleh data yang diperlukan. Saat wawancara diperlukan keahlian untuk menayakan hal-hal yang spesifik dari keadaan yang dihadapi klien saat ini, agar informasi yang diperoleh merupakan informasi yang benar-benar diperlukan. Wawancara yang dilakukan klien, keluarga klien atau tenaga kesehatan lain.

3. Studi literatur

Pengumpulan data yang dilakukan pencarian sumber-sumber yang baik berupa buku atau jurnal, mengakses (browsing internet) atau sumber yang diperbolehkan terkait dengan asuhan keperawatan kepada klien.

4. Studi dokumentasi

Pengumpulan data dilakukan melalui sumber-sumber informasi seperti catatan rekam medik klien atau yang lainnya.

D. Manfaat Penulisaan

1. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menambah wawasan bagi penulis, dan hasil penulisan ini dapat menjadi pengalaman untuk melakukan penulisan yang lain dapat mengaplikasikan teori-teori yang sudah didapat serta meningkatkan ilmu keperawatan khususnya keperawatan jiwa.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Dapat memberikan masukan dan informasi tentang pengelolaan asuhan keperawatan dengan Risiko Perilaku Kekerasan yang terjadi pada klien dengan gangguan mental, serta perilaku mencegah penyakit gangguan mental.

3. Bagi Ilmu Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi bahan referensi ilmiah, dan masukan bagi mahasiswa yang akan melakukan penulisan selanjutnya terkait Risiko Perilaku Kekerasan pada gangguan mental organik maupun non organik.

E. Tempat dan Waktu

Asuhan keperawatan ini dilakukan di Ruang Nakula RSUD Banyumas pada tanggal 23-25 Juni 2015.

F. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan untuk penyusunan tugas akhir ini adalah :

BAB 1 : PENDAHULUAN

Membahas tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, pengumpulan data, tempat dan waktu, manfaat penulisan, serta sistematika penulisan.

BAB II: TINJAUAN PUSTAKA DAN METODOLOGI PENULISAN

Membahas tentang metodologi penulisan, pengertian, etiologi, tanda dan gejala, rentang respon, psikopatologi, pohon masalah, diagnosa keperawatan, dan rencana tindakan keperawatan.

BAB III: LAPORAN KASUS

Membahas tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

BAB IV : PEMBAHASAN

Menguraikan tentang pembahasan kasus. Pembahasan yang menelaah kesenjangan antara teori dengan masalah laporan.

BAB V : PENUTUP

Membahas tentang kesimpulan dan saran yang diberikan terkait tentang kesimpulan dari pembahasan kasus secara teori dan langsung yang terjadi di lapangan serta saran yang penulis berikan kepada berbagai pihak. Karya tulis ilmiah ini diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.