

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah 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 Kesehatan Jiwa No. 18 pasal 1 Tahun 2014). Kesehatan jiwa bukan hanya tidak ada gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya (WHO, dalam Yosep, 2011). Kesehatan jiwa adalah kondisi seseorang yang terus tumbuh sendiri, serta terbebas dari stress yang serius (Yosep, 2011). Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, kondisi yang positif, serta kestabilan emosional (Direja, 2011).

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia, sehat adalah dalam keadaan bugar dan nyaman seluruh tubuh dan bagian-bagiannya. Bugar dan nyaman adalah bersifat relatif karena bersifat subjektif sesuai dengan orang yang merasakannya. Dalam hal ini kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal

yang memuaskan, perilaku coping yang efektif, kondisi dari yang positif, serta kestabilan emosional (Johnson 2007 dalam Direja 2011).

Kesehatan jiwa ini mulai berkembang pesat karena menggunakan metode pelayanan *public health service*, dalam hal ini peran perawat pembantu menjadi peran aktif dalam tim kesehatan untuk mengobati (Farida, 2010).

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi perasaan sejahtera secara subjektif, suatu penilaian diri tentang perasaan mencakup aspek konsep diri, kebugaran dan kemampuan mengendalikan diri (Riyadi, Suyono dan Purwanto Teguh, 2009).

Adanya gangguan kesehatan jiwa ini sebenarnya disebabkan banyak hal. Ada tiga golongan penyebab gangguan jiwa ini. Pertama, gangguan fisik, biologis atau organik. Penyebabnya berasal dari faktor keturunan, kelainan pada otak, penyakit infeksi (tifus, hepatitis, malaria, dan lain – lain), kecenderungan obat dan alkohol, dan lain – lain. Kedua, gangguan mental, emosional atau kejiwaan. Penyebabnya, karena salah dalam pola pengasuhan (*pattern of parenting*) hubungan yang patologis diantara anggota keluarga disebabkan frustrasi, konflik, dan tekanan krisis. Ketiga, gangguan sosial atau lingkungan. Penyebabnya dapat berupa stressor psikososial (perkawinan, problem orang tua, hubungan antar personal dalam pekerjaan atau sekolah, dilingkungan hidup, dalam masalah keuangan, hukum, perkembangan diri, faktor keluarga, penyakit fisik, dan lain – lain).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respons terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik

kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penangan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga profesional (keliat dan akemat, 2009).

Terjadinya peran, konflik, dan lilitan krisis ekonomi berkepanjangan merupakan salah satu pemicu yang memunculkan stress, depresi dan berbagai gangguan kesehatan jiwa pada manusia. Menurut data WHO (World Health Organization), masalah gangguan kesehatan jiwa didunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius. Berdasarkan data dari WHO ada sekitar 450 juta orang didunia yang mengalami gangguan jiwa. WHO menyatakan setidaknya ada satu dari empat orang didunia mengalami masalah mental, Berdasarkan hasil penelitian dari Rudi maslim dalam Mubarta (2011) prevalensi masalah kesehatan jiwa di Indonesia sebesar 6,55%. Angka tersebut tergolong sedang dibandingkan dengan negara lain.

Hal ini berarti terdapat lebih dari 1 juta jiwa di Indonesia yang menderita gangguan jiwa berat. Sedangkan pada tahun 2013 jumlah penderita gangguan jiwa mencapai 1,7 per mil yang artinya 1 – 2 orang dari 1000 (Riskesdas, 2013). Prevalensi gangguan jiwa berat atau dalam istilah medis disebut psikosis/skozefrenia di daerah pedesaan ternyata lebih tinggi dibanding daerah perkotaan. Di daerah pedesaan, proporsi rumah tangga mengalami gangguan jiwa berat dan pernah dipasung mencapai 18,2 %. Sementara didaerah perkotaan, proporsinya hanya mencapai 10,7 %. Nampaknya, hal ini

memberikan konfirmasi bahwa tekanan hidup yang dialami penduduk pedesaan lebih berat dibanding

penduduk perkotaan. Dan mudah diduga, salah satu bentuk tekanan hidup itu, meski tidak selalu adalah kesulitan ekonomi (Riskesdas, 2013).

Prevalensi gangguan jiwa di Jawa Tengah mencapai 2,3 % dari jumlah prevalensi gangguan jiwa berat nasional sebesar 1,7 per mil (Riskesdas,2013). Berdasarkan data yang diperoleh dari ruang nakula RSUD banyumas periode 1 januari – 31 desember 2016 diperoleh data 678 pasien. Dari data tersebut sekitar 306 orang menderita resiko perilaku kekerasan (sumber : Rekamedik Ruang Nakula RSUD Banyumas 2016).

Bedasarkan permasalahan yang muncul maka, penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Sdr. D dengan resiko perilaku kekerasan di Rumaah Sakit Umum Daerah Banyumas.

B. Tujuan Penulis

Adapun tujuan dari penulisan laporan ini adalah :

1. Tujuan Umum

Tujuan umum ini adalah untuk melaporkan kasus Asuhan Keperawatan Pada Sdr. D dengan Risiko Perilaku Kekerasan di ruang Nakula Instansi Jiwa Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus karya tulis ini penulis mampu melakukan dokumentasi proses keperawatan secara komprehensif, penulis mampu melakukan :

- a) Mengetahui informasi pengkajian biografi mencakup nama :
Alamat, Umur, Jenis Kelamin, pekerjaan, Tingkat Pendidikan,
Catatan masuk (Tanggal Masuk, rujukan, cara masuk, &
diagnosis), pada Sdr. D dengan Risiko Perilaku Kekerasan di
Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas.
- b) Mendeskripsikan pengkajian mencakup riwayat pasien
mencakup keluhan utama, riwayat kesehatan/keperawatan saat
ini, riwayat kesehatan/ riwayat kesehatan masa lalu dan
kesehatan saat ini termasuk kebiasaan riwayat keluarga, dan
riwayat perkawina, analisa data hasil pengkajian dan menetapkan
diagnose keperawatan pada Sdr. D dengan Risiko Perilaku
Kekerasan di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah
Banyumas.
- c) Mendeskripsikan rencana tindakan Keperawatan pada Sdr. D
dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nakula Rumah
Sakit Umum Daerah Banyumas.
- d) Mendeskripsikan Implementasi keperawatan pada Sdr. D dengan
Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum
Daerah Banyumas.
- e) Mendeskripsikan evaluasi implementasi Keperawatan di lakukan
pada Sdr. D dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nakula
Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas.

C. Pengumpulan Data

Pengumpulan data Tugas Akhir ini menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

1. Wawancara atau interview

Teknik pengumpulan data dilakukan langsung pada klien dan perawat ruangan dengan cara tanya jawab untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk merencanakan Asuhan keperawatan.

2. Pengamatan atau observasi

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara melakukan pengamatan atau observasi kepada klien secara langsung.

3. Studi pustaka

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara mempelajari buku-buku bacaan dan internet sebagai bahan referensi yang relevan yang berhubungan dengan tugas akhir.

4. Studi dokumentasi

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui sumber-sumber dan masukan dalam dokumen penulisan.

D. Tempat dan Waktu

Asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan ini dilakukan di ruang rawat instalasi jiwa Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas pada hari selasa – kamis 22 – 24 Mei 2017.

E. Manfaat Penulis

Hasil laporan kasus ini di harapkan dapat memberikan manfaat praktis dalam keperawatan yaitu sebagai panduan perawat dalam pengelolaan kasus Sdr. D dengan risiko perilaku kekerasan. Juga di harapkan menjadi informasi bagi tenaga kesehatan lain terutama dalam pengelolaan kasus yang bersangkutan.

F. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan karya tulis ilmiah, terdiri :

Bab I : Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, pengumpulan data, tempat dan waktu serta manfaat penulisan, serta sistematika penulisan.

Bab II : Tinjauan pustaka, pada bab ini membahas tentang pengertian, etiologi, tanda dan gejala, rentang respons, proses terjadinya masalah, pohon masalah, diagnosa keperawatan, dan rencana tindakan keperawatan.

Bab III : Tinjauan kasus, Laporan kasus yang terdiri dari pengkajian, Analisa Data, Implementasi dan

Evaluasi.

Bab IV : Pembahasan yang menguraikan tentang laporan kasus yang menguraikan teori dengan masalah laporan kasus dalam hal pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta solusi permasalahannya.

Bab V : Kesimpulan dan saran yang berisi tentang kesimpulan dari pembahasan laporan kasus secara teori dan keadaan secara langsung di lapangan serta saran yang penulis berikan kepada berbagai pihak.



