

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan orang sekitar (Keliat, 2010). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan suatu tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai oleh amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusumawati & Hartono, 2010). Perilaku kekerasan adalah menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman melukai disertai melukai pada tingkat ringan, dan yang paling berat adalah melukai atau merusak secara sosial. (Keliat, 2010). Perilaku kekerasan adalah perilaku seseorang yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain secara fisik yang disertai amuk dan gaduh yang dapat merugikan diri sendiri ataupun orang lain. Adapun risiko yang mungkin terjadi yaitu dapat mencederai orang lain dan lingkungan yang diakibatkan karna ketidakmampuan mengendalikan amarah secara konstruktif.

Tanda dan gejala yang muncul dalam perilaku kekerasan dapat dilihat dari beberapa aspek antara lain : aspek motorik (mondar-mandir, ketidakmampuan untuk diam, tangan mengepal dan meninju, rahang mengatup, pernafasan meningkat, tiba-tiba menghentikan aktifitas motorik,

merusak benda dan melukai orang lain), aspek verbalisasi (mengancam ke arah obyek nyata meminta perhatian yang mengganggu, suara keras dan tertekan, ada isi pikir delusi dan paranoid), afek (marah, permusuhan, sangat cemas, mudah tersinggung, senang berlebihan atau tidak sesuai dengan emosi labil), tingkat kesadaran (sadar, tiba-tiba perubahan status mental, disorientasi, gangguan daya ingat, ketidakmampuan mengikuti petunjuk) (Stuart & Laraia, 2006). Tanda dan gejala yang muncul dalam perilaku kekerasan berupa amarah dan tindakan yang mengancam orang lain.

Faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan diantaranya adalah teori biologik (neurobiologik, biokimia, genetik, gangguan terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi, kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga, ketidak siapan ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya, sebagai orang dewasa, adanya riwayat perilaku anti sosial), teori psikologik (teori psikoanalitik, teori pembelajaran, teori sosiokultural) (Riyadi & Purwanto, 2009).

Adapun faktor -faktor yang dapat mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan yaitu ekspresi diri ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas, tidak meliputi penyalahgunaan obat dan alkohol pada saat frustrasi, kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan (Yosep, 2009). Faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan dapat berupa gangguan pemikiran, perilaku dan mental seseorang.

Perilaku yang ditunjukkan oleh klien yang menderita perilaku kekerasan diantaranya mondar-mandir, ketidakmampuan untuk diam, tangan

mengepal dan meninju, rahang mengatup, pernafasan meningkat, tiba-tiba menghentikan aktifitas motorik, merusak benda dan melukai orang lain, mengancam ke arah obyek nyata meminta perhatian yang mengganggu, suara keras dan tertekan, ada isi pikir delusi dan paranoid, marah, permusuhan, sangat cemas, mudah tersinggung, senang berlebihan atau tidak sesuai dengan emosi labil, sadar, tiba-tiba perubahan status mental, disorientasi, gangguan daya ingat, ketidakmampuan mengikuti petunjuk (Stuart & Laraia, 2006). Ada beberapa dampak yang ditimbulkan dari perilaku kekerasan klien yaitu merusak lingkungan, merusak orang lain dengan memukul ataupun melukai orang lain, yang lebih berpengaruh yaitu dapat merusak diri sendiri karena akan banyak orang yang menjauhi klien.

*World Health Organization* (WHO, 2012) menyatakan, bahwa jumlah penderita gangguan jiwa didunia adalah 450 juta jiwa. Satu dari empat keluarga sedikitnya mempunyai seorang dari anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan jiwa. Setiap empat orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan, seorang diantaranya mengalami gangguan jiwa dan tidak terdiagnosa secara tepat sehingga kurang mendapat pengobatan dan merawat secara tepat.

Prevalensi gangguan jiwa tertinggi di Indonesia terdapat di provinsi Daerah Khusus Ibu Kota Jakarta (24,3%), Nanggroe Aceh Darussalam (18,5%), Sumatra Barat (17,7%), NTB (10,9%), Sumatra Selatan (9,2%), dan Jawa Tengah (6,8%) (Depkes RI 2008). Data Riset Kesehatan Dasar (2013) menunjukkan prevalensi gangguan jiwa nasional mencapai 5,6% dari jumlah

penduduk. Berdasar data tersebut bisa disimpulkan bahwa penderita gangguan jiwa di Indonesia setiap tahunnya selalu meningkat (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Jawa Tengah tahun 2012, angka kejadian penderita gangguan jiwa di Jawa Tengah berkisar antara 3.300 orang sampai 9.300 orang. Angka ini merupakan penderita gangguan jiwa yang sudah terdiagnosa. Dilihat dari angka kejadian diatas penyebab yang paling sering timbulnya gangguan jiwa adalah dikarenakan himpitan masalah ekonomi, kemiskinan. Kemampuan dalam beradaptasi tersebut berdampak pada kebingungan, kecemasan, frustasi, perilaku kekerasan, konflik batin dan gangguan emosional menjadi faktor penyebab tumbuhnya penyakit mental (Dinkes Jateng, 2012).

Berdasarkan data yang telah terkumpul oleh Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Kabupaten Cilacap (2014), penderita sakit jiwa atau gangguan jiwa di Kabupaten Cilacap Jawa Tengah mencapai 1.485 orang. Mereka tersebar di 21 Kecamatan dari 24 kecamatan yang ada. Upaya pengobatan terkendala biaya, sebagian besar penderita berasal dari keluarga miskin. Di Desa Karangsari sendiri terdapat 20 orang yang mengalami gagguan jiwa.

Keluarga merupakan sekumpulan orang (rumah tangga) yang memiliki hubungan darah atau perkawinan atau menyediakan terselenggaranya fungsi-fungsi instrumental mendasar dan fungsi-fungsi ekspresif keluarga bagi para anggotanya yang berada dalam suatu jaringan.

Keluarga adalah hubungan Antara laki – laki dan perempuan yang di ikat oleh suatu pernikahan yang sah dan memiliki tujuan yang sama.

Peran keluarga terhadap proses penyembuhan pasien gangguan jiwa diantaranya memberikan bantuan utama terhadap pasien gangguan jiwa, pengertian dan pemahaman tentang berbagai manifestasi gejala – gejala sakit jiwa yang terjadi pada penderita, membantu dalam aspek administrasi dan finansial yang harus dikeluarkan selama proses pengobatan penderita, untuk itu yang harus dilakukan keluarga adalah nilai dukungan dan kesediaan menerima apa yang sedang dia alami oleh penderita dapat dipertahankan setelah di klaim sehat oleh tenaga psikolog, psikiater, neurology, dokter, ahli gizi, terapis dan kembali menjalani hidup bersama keluarga dan masyarakat sekitar (Salahudin, 2009). Peran keluarga dalam gangguan jiwa merupakan medan kontrol yang memberikan dan berkontribusi terhadap derajat sehat terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Pentingnya peran keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa, tetapi dalam jalanya proses perawatan gangguan jiwa ada beberapa masalah yang seringkali dihadapi keluarga dalam merawat klien, diantaranya : hubungan interpersonal dengan lingkungan, perubahan status kesehatan salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi keluarga secara keseluruhan, pelayanan kesehatan hanya berfungsi membantu klien dan keluarga mengembangkan kemampuan dalam mencegah dan menyelesaikan masalah secara adaptif, keluarga yang tidak tahu cara menangani klien (Keliat, 2010).

Keluarga dengan gangguan jiwa seringkali dipengaruhi oleh stigma yang terlontar dari masyarakat tentang gangguan jiwa sehingga keluarga dengan didukung masyarakat kerap melakukan tindakan yang tidak masuk akal dalam menangani pasien gangguan jiwa, seperti tindakan pemasungan atau pengurungan terhadap klien gangguan jiwa dan pengabaian terhadap hak – hak dan martabat mereka sebagai manusia. Tindakan ini tidak serta merta mengurangi angka kekambuhan klien tetapi menimbulkan stressor baru bagiklien sehingga dapat memperparah kondisi mereka. Pengetahuan keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa juga sangat dibutuhkan untuk memaksimalkan peran keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa. Berdasarkan hasil uraian di atas, peneliti bermaksud meneliti kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas dapat disampaikan rumusan masalah yaitu “Bagaimanakah kemampuan keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa yang mengalami risiko perilaku kekerasan di wilayah Desa Karang Sari Kecamatan Adipala.”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa yang mengalami risiko perilaku kekerasan di wilayah Desa Karang Sari, Kecamatan Adipala tahun 2017.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik keluarga berdasarkan (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien) keluarga klien gangguan jiwa yang mengalami risiko perilaku kekerasan di wilayah Desa Karangsari, Kecamatan Adipala tahun 2017.
- b. Mengetahui karakteristik (usia, jenis kelamin, lama menderita gangguan jiwa, rutinitas berobat, jumlah kekambuhan) klien gangguan jiwa yang mengalami risiko perilaku kekerasan di wilayah Desa Karangsari, Kecamatan Adipala tahun 2017.
- c. Mengetahui kemampuan keluarga secara kognitif dan psikomotor dalam merawat klien gangguan jiwa yang mengalami risiko perilaku kekerasan di wilayah Desa Karangsari, Kecamatan Adipala tahun 2017.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Bagi Pembaca

Penelitian ini dapat memberikan gambaran serta pengetahuan tentang bagaimana kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan risiko perilaku kekerasan

### 2. Bagi Peneliti

Dapat meningkatkan pengetahuan dan penulis mampu untuk mengaplikasikan teori yang diperoleh selama perkuliahan di lahan secara langsung khususnya tentang kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan risiko perilaku kekerasan.

### 3. Bagi Masyarakat

Masyarakat mendapatkan tambahan pengetahuan serta wawasan tentang kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan risiko perilaku kekerasan

### 4. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai bahan masukan dalam kebijakan untuk kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan risiko perilaku kekerasan.

## E. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Nuraenah (2012), dengan judul penelitian “Hubungan Dukungan Keluarga Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan Di RSJ Islam Klender Jakarta Timur 2012”, dan menggunakan desain kuantitatif berupa *descriptif corelatif*, dengan rancangan *cross sectional* dan jumlah sampel sebanyak 50 orang.. Persamaan dengan penelitian yang akan dilakukan yaitu sama-sama meneliti tentang perilaku kekerasan dan metode yang digunakan menggunakan desain kuantitatif berupa *descriptif corelatif*, dengan rancangan *cross sectional*. Sedangkan perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan yaitu pada penelitian Nuraenah (2012) membahas bukan hanya tentang perilaku kekerasan tetapi juga membahas tentang beban keluarga.



2. Penelitian yang di lakukan oleh Arifin Puguh Waskito (2015) dengan judul “Peran Keluarga Terhadap Proses Penyembuhan Pasien Perilaku Kekerasan Di Panti Rehabilitas Mental Wisma Budi Makarti Boyolali” , penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif *femonology*, dengan partisipan berjumlah 3 keluarga. Sedangkan perbedaan dengan penelitian yang di lakukan Arifin Puguh Waskito yaitu penelitian menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif *femonology*, sedangkan penelitian yang akan dilakukan menggunakan metode desain kuantitatif berupa *descriptif corelatif*, dengan rancangan *cross sectional*.. Persamaan dari penelitian ini adalah sama sama meneliti tentang perilaku kekerasan.
3. Penelitian yang di lakukan oleh Rizka fawzi, Ns.Arief Nugroho s.kep, Supriyadi MN (2012), dengan judul “ Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Sosial Pasien Dengan Perilaku Sosial, penelitian ini menggunakan metode desain kuantitatif berupa *descriptif corelatif*, dengan rancangan *cross sectional* dengan sampel sebanyak 72 diambil secara *random sampling*. Persamaan dari penelitian ini yaitu sama-sama menggunakan metode desain kuantitatif berupa *descriptif corelatif*, dengan rancangan *cross sectional*, sedangkan perbedaan penelitian dengan penelitian yang akan di lakukan adalah penelitian Rizka fawzi, Ns.Arief Nugroho s.kep, Supriyadi MN meneliti tentang dukungan keluarga sedangkan penelitian yang akan dilakukan adalah kemampuan keluarga.

4. Penelitian dilakukan oleh Sateesh R Koujalgi dan Shobhadevi R Patil (2013) dengan judul “*Family Burden in Patient with Schizophrenia and Depressive Disorder:A Comparative Study*” dengan menggunakan desain kuantitatif berupa *descriptif corelatif* dengan rancangan *cross sectional* dengan sampel sebanyak 200 diambil secara purposive sampling. Persamaan dari penelitian ini adalah sama sama menggunakan metode *descriptif corelatif* dengan rancangan *cross sectional*, sedangkan perbedaan penelitian dengan yang akan dilakukan adalah penelitian ini bertujuan untuk mengetahui beban keluarga pada keluarga penderita skizofrenia dan membandingkannya dengan pasien yan memiliki gangguan depresi.