

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penderita gangguan jiwa yang ada diseluruh dunia ini sudah menjadi masalah serius dari dulu. Sebab di AS angka pasien gangguan jiwa cukup tinggi hingga mencapai 1/100 penduduk atau kurang lebih 300.000 pasien setiap tahunnya (Yosep, 2013). Dari data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Di Provinsi Jawa Barat pasien gangguan jiwa ringan hingga berat hingga mencapai angka 465.975 orang, naik 63% dari tahun 2012 dengan angka penderita 296.943 orang.

Dikutip dari Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI 6 Oktober 2016, berdasarkan data dari *World Health Organisation* (WHO) 2016 terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena biopolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Dari data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan prevalensi skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7% per penduduk. Berdasarkan Laporan Tahunan Pelayanan Kesehatan Jiwa periode Maret 2017 yang didapat dari Dinas Kesehatan Kota Sukabumi, skizofrenia di Kota Sukabumi dengan 564 kasus atau 40,7%. Berdasarkan data dari Rekam Medik RSUD R.Syamsudin, SH. di Ruang Kemuning Kota Sukabumi tahun 2016

terdapat 122 pasien dengan skizofrenia hibefrenik dari 159 kasus gangguan jiwa lainnya.

Marah tidak memiliki tujuan khusus tapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Dermawan dan Rusdi, 2013). Tercatat pada bulan Januari-April tahun 2011 di RSJ Prov Jabar di Cisarua terdapat 1.799 pasien yang dirawat (Fitria, 2012). Akibat perilaku kekerasan, frustrasi tujuan tidak tercapai atau terhambat sehingga individu merasa cemas dan terancam, individu berusaha mengatasi tanpa memperhatikan hak-hak orang lain, kebutuhan aktualisasi diri yang tidak tercapai sehingga menimbulkan ketegangan dan membuat individu mudah tersinggung. Dampak atau perubahan yang terjadi dapat berupa perasaan tidak sabar, cepat marah, dari segi sosial kasar, menarik diri, dan agresif (Dalami, 2009).

Berikut data pasien gangguan jiwa periode Januari-Maret 2017 di Ruang Kemuning RSUD R.Syamsudin, SH. adalah sebagai berikut :

Tabel 1.1
Jumlah diagnosa keperawatan jiwa di RSUD R.Syamsudin, SH. di Ruang Kemuning pada periode Januari-Maret 2017

Bulan	Jumlah Pasien	Diagnosa Keperawatan	Jumlah (%)	Total (%)
Januari	30	Halusinasi	87,8%	100%
		Resiko Perilaku Kekerasan	9,03%	
		Isolasi Sosial	3,03%	
Februari	31	Halusinasi	80,6%	100%
		Resiko Perilaku Kekerasan	19,3%	
Maret	38	Halusinasi	81,5%	100%
		Resiko Perilaku Kekerasan	13,1%	
		Isolasi Sosial	2,63%	
		Defisit Perawatan Diri	2,63%	

Sumber : Rekam medik RSUD R.Syamsudin, SH di Ruang Kemuning Kota Sukabumi

Berdasarkan tabel 1.1, klien dengan resiko perilaku kekerasan pada bulan Januari terdapat 9,03% dari 100% klien gangguan jiwa, Februari 19,3% dari 100% klien gangguan jiwa dan terjadi penurunan pada bulan Maret yaitu 13,15 dari 100% klien gangguan jiwa yang ada.

Melihat dampak dan kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga kesehatan yang professional. Untuk menangani penyakit tersebut pemerintah Provinsi Jawa Barat memiliki dua rumah sakit jiwa yaitu RSJ Prov Jabar di Cisarua, Cimahi, Bandung dan RSJ Marzuki Mahdi di Bogor. Selain itu, 27 RSUD Kota/Kabupaten di Jabar yang sudah bisa menangani pasien yang mengalami gangguan emosional sampai jiwa. Salah satunya adalah RSUD R.Syamsudin, SH. Kota Sukabumi.

Pada umumnya penderita gangguan jiwa khususnya perilaku kekerasan disebabkan karena banyak hal salah satunya yang banyak terjadi di Indonesia karena pengalaman kehidupan yang dialami penderita sehingga mengganggu pikiran serta jiwa mereka. Penderita perilaku kekerasan masih dianggap sebagai sebuah aib bagi keluarga atau kerabat yang salah satu anggota keluarga mengalami gangguan kejiwaan (Damaiyanti, 2012). Disamping itu penderita perilaku kekerasan dianggap sangat membahayakan orang-orang disekitarnya dan lingkungannya. Masyarakat Indonesia beranggapan bahwa gangguan kejiwaan khususnya penderita perilaku kekerasan tidak dapat disembuhkan sehingga bagi penderitanya layak untuk dikucilkan. Minimnya pengetahuan tentang gangguan kesehatan kejiwaan, membuat masyarakat Indonesia memberikan penilaian bahwa penderita gangguan jiwa berbeda

dengan para penderita sakit fisik yang dapat disembuhkan maupun sulit disembuhkan (Dermawan & Rusdi, 2013).

Tidak bisa dipungkiri ada berbagai penyebab seperti faktor biologis, psikologis, ekonomi, dan sosial dengan keanekaragaman penduduk maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Sekarang ini penderita gangguan jiwa tidak lagi didominasi kalangan bawah, tetapi kalangan mahasiswa, pegawai negeri sipil, dan pegawai swasta. Sebagian besar disebabkan akibat tidak mampu mengelola stress. Dilihat dari sejarahnya dahulu, penanganan pasien gangguan jiwa dengan cara di pasung, dirantai, atau diikat kuat kuat lalu ditempatkan sendiri di tempat yang jauh atau bahkan di hutan apabila gangguan jiwanya berat, terlalu sering mengamuk dan membahayakan orang disekitarnya. Sering juga apabila pasien itu tidak berbahaya dibiarkan oleh keluarganya berkeliaran di jalan mencari makan sendiri dan menjadi tontonan serta gumping masyarakat umum (Herman, 2011).

Berdasarkan paparan yang telah dijelaskan di atas maka penulis tertarik membahas kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Ny.L Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Hebefrenik di Ruang Kemuning RSUD R.Syamsudin, SH. Kota Sukabumi”.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu mendapatkan pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan resiko perilaku kekerasan akibat

skizofrenia hibefrenik yang komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu :

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.
- b. Mampu mendeskripsikan diagnosa pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi hasil tindakan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.
- f. Mampu membandingkan antara konsep dengan kenyataan yang didapat pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.

C. Metode Telaahan

Metode telaahan pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu pendekatan yang digunakan dalam menghimpun data/informasi dan sebagai cara memperoleh data/informasi (wawancara, observasi, dll).

1. Metode

Metode deskriptif, tipe studi kasus yang dilaksanakan dengan menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilaksanakan terhadap salah seorang klien dengan resiko perilaku kekerasan.

2. Teknik pengumpulan data

Adapun teknik pengumpulan data tersebut dilakukan dengan cara antara lain :

a. Wawancara

Penulis melakukan tanya jawab dengan klien, keluarga klien, perawat ruangan, dan tenaga kesehatan lain yang terkait dengan kasus ini.

b. Observasi

Penulis mengadakan pengamatan langsung pada klien dengan memberikan asuhan keperawatan.

c. Studi Dokumentasi

Melakukan studi dokumentasi untuk memvalidasi data-data yang diperoleh dengan melihat status klien.

d. Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan dan pengkajian fisik secara keseluruhan pada klien dengan menggunakan pendekatan persistem dengan teknik IAPP (Inspeksi, Auskultasi, Palpasi, Perkusi).

e. Studi Kepustakaan

Penulis melakukan studi kepustakaan dengan cara mengumpulkan berbagai buku, artikel, dan makalah sebagai referensi yang berhubungan dengan studi kasus.

3. Sumber dan jenis data

- a. Sumber data Primer dan Sekunder.
- b. Jenis data : Objektif dan Subjektif.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini dimaksudkan untuk memudahkan penulis memahami karya tulis ilmiah ini, penulis memberikan gambaran umum mengenai intisari setiap BAB mulai dari BAB I sampai dengan BAB IV yaitu sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan terdiri dari uraian yang melatarbelakangi dan mendorong penulis dalam pengambilan kasus, tujuan penulisan, metode penulisan, dan teknik pengumpulan data, sistematika yang digunakan dalam studi kasus.

Bab II Tinjauan Teoritis pada bab ini memberikan gambaran konsep secara enteritis meliputi definisi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, dan manajemen medik pada klien dengan perilaku kekerasan secara umum, serta tinjauan teori mengenai proses asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Bab III Tinjauan Kasus Dan Pembahasan memberikan gambaran tentang hal-hal yang terdapat saat melaksanakan asuhan keperawatan pada klien perilaku kekerasan.

Meliputi pengkajian, diagnosa , perencanaan, implementasi, evaluasi, dan catatan perkembangan. Serta membahas tentang hasil tinjauan kasus dan menjelaskan kesenjangan antara toritis dengan tinjauan kasus di lapangan.

Bab IV Kesimpulan dan Rekomendasi berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk rumah sakit, perawat, institusi pendidikan keperawatan, dan mahasiswa keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan dengan tujuan meningkatkan proses asuhan keperawatan.