

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Kesehatan jiwa menurut Undang-undang No. 3 tahun 1966, adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu selaras dengan keadaan orang lain. Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat yang harmonis dan memperhatikan segi kehidupan manusia dan cara berhubungan dengan orang lain (Purwanto, 2015).

Kesehatan mental merupakan hal yang masih sering diabaikan dan dianggap kurang penting dalam kehidupan sehari-hari. Kebanyakan masyarakat hanya memperhatikan kesehatan fisik, meskipun pada kenyataannya kesehatan fisik dan mental merupakan dua hal yang tidak bisa dipisahkan. Masyarakat di Indonesia khususnya, cenderung memberi stigma yang buruk terhadap isu-isu yang berkaitan dengan kesehatan mental (Noviekayati dan Ulin, 2019).

Menurut Maslim (2013) dalam Noviekayati IGAA dan Nuri Mauludiyah, Ulin (2019) gangguan mental organik adalah gangguan mental yang berhubungan dengan penyakit atau gangguan sistemik atau otak yang dapat didiagnosis tersendiri.

Gangguan mental organik meliputi berbagai gangguan jiwa yang dikelompokkan atas dasar penyebab yang lama dan dapat dibuktikan adanya penyakit, cedera atau ruda paksa otak, yang berakibat disfungsi otak, disfungsi ini dapat primer seperti pada penyakit, cedera, dan ruda paksa yang langsung atau diduga mengenai otak, atau sekunder, seperti pada gangguan dan penyakit sistemik

yang menyerang otak sebagai salah satu dari beberapa organ atau sistem tubuh. Dua dari berbagai macam gangguan mental organik salah satunya yang sering dijumpai adalah gangguan kepribadian. Gangguan mental organik yang terkait dengan berbagai kondisi medis lain yaitu, epilepsi, depresi pada kondisi medis umum (pascastroke, pascapersalinan, akibat zat), dan depresi pada tumor otak (Novita Sari, Melisa, dkk. 2016).

Epilepsi adalah kelainan otak yang ditandai dengan kecenderungan untuk menimbulkan bangkitan epilepsi yang terus menerus, dengan konsekuensi neurobiologi, kognitif, psikologi dan sosial. Definisi ini mengisyaratkan terjadinya minimal 1 kali bangkitan epileptik. Bangkitan epileptik adalah terjadinya tanda atau gejala yang bersifat sesaat akibat aktivitas neuronal yang abnormal dan berlebihan di otak (Mahadewi, Marita dan Ariani, 2018).

Menurut data WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis 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. Data Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 6.1% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk. Menurut National Alliance of Mental Illness (NAMI) berdasarkan hasil sensus penduduk Amerika Serikat tahun 2013, di perkirakan 61.5 juta penduduk yang berusia lebih

dari 18 tahun mengalami gangguan jiwa, 13,6 juta diantaranya mengalami gangguan jiwa berat seperti skizofrenia, gangguan bipolar. Jumlah penderita gangguan jiwa dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Kondisi ini tidak jauh berbeda dengan permasalahan kesehatan jiwa yang ada di negara-negara berkembang (Maulana, Suryani dan Sriati, dkk, 2019).

Badan Pencatatan Sipil (BPS) 2015, prevalensi orang dengan gangguan jiwa di Indonesia mencapai 15,3% dari 259,9 juta jiwa penduduk Indonesia. Berdasarkan Depkes RI 2015 prevalensi gangguan jiwa tertinggi di Indonesia terdapat di provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta (24,3%), di ikuti Nanggro Aceh Darussalam (18,5%), kemudian disusul oleh Sumatera Barat (17,7%), NTB (10,9%), Sumatera Selatan (9,2%). Sumatera Barat sendiri prevalensi gangguan jiwa berat lebih dari 1,7% dari 5.617.977 jiwa penduduk Sumatera Barat. Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2016 yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan untuk gangguan mental dan emosional, Sumatra Barat berada pada peringkat 21 dari 34 Provinsi (Sari, Sapitrin dan Yaslina, 2018).

Adapun kategori gangguan jiwa yang dinilai dalam data Riset Kesehatan Dasar (Riskedas) 2013 diketahui terdiri dari gangguan mental emosional (depresi dan kecemasan), dan gangguan jiwa berat (psikosis). Bentuk gangguan jiwa lainnya yaitu postpartum depression dan bunuh diri (suicide). Gangguan mental emosional atau distress psikologik merupakan keadaan yang mengindikasikan seseorang sedang mengalami perubahan psikologis. Gangguan ini berisiko menjadi lebih serius apabila tidak berhasil ditanggulangi (Ayuningtyas Dumilah, dkk, 2018).

Dalam Riskesdas tahun 2013 prevalensi gangguan jiwa berat di Jawa Tengah mencapai angka 2,3 per mil. Angka tersebut menempatkan provinsi Jawa Tengah

dalam urutan ke 3 provinsi dengan jumlah gangguan jiwa terbesar setelah provinsi Aceh pada tahun 2013 (Wahyudi, Fibriana, dkk, 2016).

Menurut data rekam medik Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang pada tahun 2016 terdapat 3709 jiwa, pada tahun 2017 terdapat 3308 jiwa, dan pada tahun 2018 terhitung dari bulan Januari hingga Oktober terjadi penurunan yaitu 2841 jiwa. Sedangkan pasien gangguan jiwa yang dirawat di Unit Perawatan Intensif Psikiatri (UPIP) pada tahun 2016 terdapat 3568 jiwa, pada tahun 2017 terdapat 3202, sedangkan pada tahun 2018 terhitung sampai bulan Oktober terdapat 2694 jiwa.

Pasien gangguan jiwa beresiko tinggi untuk berperilaku amuk yang merupakan bentuk dari perilaku agresif. Perilaku agresif adalah bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis. Pasien amuk perlu penanganan lebih khusus dibanding dengan pasien gangguan jiwa yang keadaannya tenang. Penatalaksanaan pasien gangguan jiwa di Unit Perawatan Intensif Psikiatri (UPIP) adalah salah satunya dengan pemberian tindakan restraint (Dewi, Sawab dan Sugijana, 2019).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan yang mengeskpresikan perasaan marah, takut atau ketidakberdayaan terhadap situasi. Gejala kognitif perilaku kekerasan seperti ditemui adanya bingung, supresi pikiran, tidak mampu memecahkan masalah dan gangguan penilaian. Gejala perilaku (behavior) seperti suara keras, mengepalkan tangan, kekerasan fisik terhadap orang lain dan lingkungan. Gejala afektif seperti ketidaknyamanan, suasana hati marah, mudah tersinggung dan bermusuhan sedangkan gejala fisiologis seperti respon fisik dari rasa marah yang ditunjukkan dengan adanya ketegangan tubuh, wajah merah,

pandangan tajam, berkeringat dan meningkatnya tekanan darah. Dampak perilaku kekerasan seperti mencelakakan diri sendiri ataupun orang lain akibat emosi yang tidak terkontrol (Stuart.G.W, 2013) dalam (Saswati, Safitri dan Sutinah, 2019).

Masalah yang sering muncul pada klien gangguan jiwa khususnya dengan kasus perilaku kekerasan salah satunya adalah tindakan marah. Tindakan yang dilakukan perawat dalam mengurangi resiko perilaku kekerasan salah satunya adalah dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). SP merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan perawat, dan dampak apabila tidak diberikan SP akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungannya. Strategi pelaksanaan (SP) yang dilakukan oleh klien dengan perilaku kekerasan adalah diskusi mengenai cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, obat, verbal, dan spiritual. Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dapat dilakukan dengan cara nafas dalam, dan pukul bantal atau kasur. Mengontrol secara verbal yaitu dengan cara menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik. Mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara shalat dan berdoa. Serta mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar klien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) (Sujarwo, Livana, 2018).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa kesehatan jiwa sangat penting. Karena gangguan jiwa sangat tinggi, salah satunya adalah perilaku kekerasan. Sehingga penulis tertarik untuk mengambil pengelolaan kasus tentang Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. D Dengan Gangguan Mental Organik dan Epilepsi di Wisma Puntadewa Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu menggambarkan pengelolaan keperawatan dengan Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. D Dengan Gangguan Mental Organik dan Epilepsi di Wisma Puntadewa Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis dapat menggambarkan pengkajian pengelolaan keperawatan dengan Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. D Dengan Gangguan Mental Organik dan Epilepsi di Wisma Puntadewa Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
- b. Penulis dapat menggambarkan diagnosa keperawatan dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. D Dengan Gangguan Mental Organik dan Epilepsi di Wisma Puntadewa Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
- c. Penulis dapat menggambarkan rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dalam pengelolaan keperawatan dengan Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. D Dengan Gangguan Mental Organik dan Epilepsi di Wisma Puntadewa Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
- d. Penulis dapat menggambarkan implementasi rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan diagnosa pengelolaan keperawatan dengan Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. D Dengan Gangguan Mental Organik dan Epilepsi di Wisma Puntadewa Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
- e. Penulis dapat menggambarkan evaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pengelolaan keperawatan dengan Resiko Perilaku Kekerasan pada

Tn. D Dengan Gangguan Mental Organik dan Epilepsi di Wisma Puntadewa
Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

C. Manfaat Penulis

1. Penulis

Dapat memberikan pengalaman dan pengetahuan dalam melakukan pengelolaan pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan dalam rangka melaksanakan fungsi perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (care giver).

2. Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sebagai bahan masukan pembelajaran dan tambahan informasi data penelitian selanjutnya tentang pengelolaan keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan.

3. Rumah Sakit

Dapat memberikan informasi mengenai cara pengelolaan dan tindakan lebih lanjut dengan pasien Resiko Perilaku Kekerasan.

4. Perawat

Hasil pengelolaan ini dapat dijadikan pertimbangan untuk menambah pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekeraan.

5. Masyarakat dan Keluarga pasien

Dapat memberikan informasi dan dapat menerapkannya dalam penanganan pengelolaan keperawatan pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan khususnya gangguan mental organik dan epilepsi agar tidak terjadi kekambuhan saat dirumah.

