

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sehat adalah suatu keadaan seseorang yang sempurna baik fisik maupun mental yang tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi juga terbebas dari kondisi fisik maupun jiwa dengan ciri-ciri seseorang menyadari sepenuhnya pada dirinya, mampu menghadapi stres yang terjadi dalam kehidupan dengan pikiran, perilaku, perasaan dan mampu memenuhi kebutuhan hidupnya (Prabowo, 2014).

Adapun yang terpenting selain sehat secara fisik yaitu sehat jiwa. Sehat jiwa menurut (UU no 18 tahun 2014) adalah kondisi dirinya sendiri dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga dirinya sendiri tersebut menyadari kemampuannya dapat mengatasi tekanan dan dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Menurut World Health Organization (WHO, 2015) skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan gangguan pikiran. Selain itu adapun gejala skizofrenia meliputi gejala positif dan negatif. Dari gejala positif pada penderita skizofrenia yaitu pada fungsi normal waham, bicara tidak teratur, dan kekacauan yang menyeluruh (Muhith, 2015). Gejala negatif dari skizofrenia yaitu berkurangnya motivasi, berkurangnya merasakan kesenangan, berkurangnya rentang emosi, berkurangnya interaksi sosial hingga berkurangnya jumlah dan kualitas pembicaraan (Yudhantara, 2018).

Data di Indonesia kondisi pasien skizofrenia sudah mencapai 1,7 per mil yang berarti terdapat satu sampai dua penduduk yang menderita skizofrenia dari 1000 penduduk Indonesia (Riset Kesehatan Dasar, (Risikesdas),2013). Data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, tahun 2013) Provinsi Bali berada di peringkat ketiga kasus skizofrenia terbanyak pada tahun 2014 diperkirakan sebanyak 3% dari 4 juta jumlah penduduk atau sekitar 120.000 orang. Angka ini mengalami peningkatan pada tahun 2018, dimana Bali telah menduduki peringkat pertama di Indonesia sebagai provinsi dengan pasien skizofrenia terbanyak yaitu mencapai 11 per mil (Kemenkes, 2018).

Data Dinas Kesehatan Kota Jawa Tengah (2017) jumlah kunjungan gangguan jiwa ditahun 2017 berkisar 413.612 orang. Presentase kunjungan jiwa terbesar adalah di rumah sakit yaitu 68,33% sedangkan dipuskesmas yaitu 30,8% dan sarana kesehatan lain 0,9%. Dilihat dari angka penderita gangguan jiwa diatas penyebab dari timbulnya gangguan jiwa dipengaruhi oleh emosional turbulent families, stress life event, diskriminasi dan kemiskinan. Hal ini tampak mengalami fluktuasi tetapi jumlah pasien yang mengalami perilaku maupun risiko perilaku kekerasan ada kecenderungan terjadi peningkatan.

Perilaku kekerasan adalah sebagai rentang emosi yang berupa ungkapan kemarahan seseorang, dan ditunjukkan secara verbal maupun fisik terhadap lingkungannya sekitar (Direja,2011). Perilaku kekerasan dalam bentuk verbal sebagai suatu aksi yang agresif dari seseorang yang

diungkapkan dalam bentuk kata-kata umpatan, serta ejekan dan berbicara dengan nada keras, serta ancaman melalui kata-kata yang menyakiti perasaan lawan bicara (Keliat dkk, 2011).

Perilaku kekerasan cara penangganya melalui strategi pelaksanaan (SP) yang dilakukan oleh pasien 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 perilaku kekerasan secara verbal yaitu dengan cara menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik. Mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara sholat dan berdoa. Serta mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) (Medical Record, 2009).

Menurut Beck, Rawlins & William (1986) dalam Keliat dkk (2011) menyebutkan bahwa respon penyebab marah yang dapat ditekan dan dikontrol dengan tiga cara yaitu dengan mengungkapkan secara verbal, menekan, pasien dan menantang pasien. Dari ketiga cara tersebut cara pertama merupakan cara konstruktif dan cara kedua dan ketiga adalah cara destruktif. Agar dapat dibutuhkan keahlian perawat dalam melakukan komunikasi yang bersifat terapeutik dalam perawatan pasien dengan berisiko perilaku kekerasan.

Komunikasi terapeutik dikenal sebagai hubungan interpersonal yang terjadi antara 2 pihak, yaitu perawat sebagai pemberi asuhan dengan kliennya.

Perawat dengan kliennya dikatakan memperoleh pengalaman belajar bersama untuk meningkatkan dan memperbaiki pengalaman emosional dari klien. Kemampuan perawat sebagai tenaga kesehatan dalam melakukan terapeutik yang baik dan benar dapat mencegah tindakan agresif atau perilaku kekerasan pasien dan menunda untuk dilakukan tindakan isolasi pasien. Penerapan komunikasi yang baik oleh tenaga kesehatan terhadap pasien menjadi kemampuan yang penting dimiliki oleh tenaga kesehatan (Purwaningsih dan Dewi, 2019).

Berdasarkan komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat, komunikasi pada tahap orientasi yang masih sering dilupakan untuk dilakukan sehingga pasien masih merasa asing dengan perawat, akan tetapi perawat sudah memberikan tindakan terhadap responden yang sekaligus sebagai pasien dalam penelitian ini. Keterampilan dari perawat untuk untuk mengolah kata-kata dalam menghadapi pasien dengan perilaku kekerasan berbeda-beda. Perawat dalam penelitian ini dinilai cukup mampu menerapkan komunikasi terapeutik sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Roselina, 2019) mengenai lima sikap untuk dapat menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi terwujudnya komunikasi terapeutik, antara lain: mempertahankan kontak mata, memperlihatkan sikap terbuka, berhadapan, membungkuk kearah pasien dan tetap rileks.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan Bidan Yuli menyatakan bahwa angka kejadian Resiko Perilaku Kekerasan ada 40% dan sekitar 30% kebanyakan pada mengalami gangguan halusinasi penglihatan.

Jika ada gangguan jiwa pertama kali baik gangguan jiwa Perilaku Kekerasan maupun gangguan halusinasi penglihatan harus segera di larikan kerumah sakit jiwa, biar dapet penangannya lebih cepat. Tapi rata-rata di Desa Langgen Harjo sudah kebanyakan keluar masuk rumah sakit jiwa di karenakan gagal dalam pemberian obat.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas penulis tertarik untuk mendalami lebih lanjut tentang asuhan keperawatan pasien dengan risiko perilaku kekerasan di Desa LanggenHarjo Kecamatan Juwana Kabupaten Pati.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas dapat merumuskan masalah yaitu “Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Skizofrenia” di Desa LanggenHarjo Kecamatan Juwana Kabupaten Pati.

C. Tujuan penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan Umum dari pembuat karya ilmiah ini adalah agar penulis mampu mendiskripsikan tentang Pengelolaan Risiko Kekerasan Dengan Skizofrenia di Desa LanggenHarjo Kecamatan Juwana Kabupaten Pati.

2. Tujuan khusus

Tujuan Khusus dari pembuat karya tulis ilmiah ini adalah agar penulis mampu :

- a. Mendiskripsikan pengkajian pengelolaan risiko perilaku kekerasan dengan skizofrenia di Desa LanggenHarjo Kecamatan Juwana Kabupaten Pati.
- b. Mendiskripsikan hasil dari analisa data untuk ditegakkan diagnosa sesuai dengan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan dengan skizofrenia di Desa LanggenHarjo Kecamatan Juwana Kabupaten Pati.
- c. Mendiskripsikan rencana tindakan keperawatan risiko perilaku kekerasan dengan skizofrenia di Desa LanggenHarjo Kecamatan Juwana Kabupaten Pati.
- d. Mendiskripsikan tindakan keperawatan risiko perilaku kekerasan dengan skizofrenia di Desa LanggenHarjo Kecamatan Juwana Kabupaten Pati.
- e. Mendiskripsikan evaluasi keperawatan risiko perilaku kekerasan dengan skizofrenia di Desa LanggenHarjo Kecamatan Juwana Kabupaten Pati.

D. Manfaat penulisan

1. Penulis

Memberikan pengalaman nyata dalam melaksanakan pengelolaan secara komprehensif pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan dalam rangka mengembangkan diri dan melaksanakan fungsi perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan.

2. Institusi pendudukan

Hasil pengelolaan ini dapat dijadikan literature atau informasi proses belajar mengajar tahap pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan.

3. Masyarakat dan keluarga

Untuk menambah informasi kepada masyarakat dan keluarga dalam pengelolaan resiko perilaku kekerasan agar masyarakat maupun keluarga bisa merawat berama sama.