

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, dan perilaku aneh atau katatonik (Pardede, & Laia, 2020). Skizofrenia juga sering dikaitkan dengan gangguan dalam pribadi, keluarga, sosial, pendidikan, pekerjaan, dan bidang kehidupan penting lainnya. Skizofrenia dapat menyebabkan pikiran, persepsi dan emosi serta perilaku yang menyimpang pada individu, skizofrenia dapat dianggap sebagai sindrom atau proses penyakit dengan variasi dan gejala yang berbeda (Videbeck, 2020).

Menurut Data *World Health Organization* (WHO) (2022) seseorang yang mengalami skizofrenia mencapai 24 juta orang atau 1 dari 300 (0,32%) di seluruh dunia. Dari angka tersebut 1 dari 222 orang (0,45%) diantaranya adalah orang dewasa. Skizofrenia paling sering dialami saat memasuki masa remaja akhir dan dua puluhan serta cenderung terjadi lebih awal pada pria dari pada wanita. Berdasarkan data yang diperoleh dari Riskesdas (2018), di Indonesia urutan pertama yaitu Provinsi Bali 11,1%, nomor dua disusul oleh Provinsi DI Yogyakarta 10,4%, NTB 9,6%, Provinsi Sumatera Barat 9,1%, Provinsi Sulawesi Selatan 8,8%, Provinsi Jawa Tengah 8,7%,

Provinsi Aceh 8,7%, , Provinsi Sulawesi Tengah 8,2%, Provinsi Bengkulu sebesar 5,3 %, Provinsi Sumatera Selatan 8%, Provinsi Kalimantan Barat 7,9%, Provinsi Sumatera Utara 6,3% (Kemenkes, 2018). Di provinsi Jawa Tengah penderita skizofrenia menempati urutan tertinggi kelima di Indonesia. Prevalensi penderita skizofrenia di Jawa Tengah sebanyak 9 mil artinya per 1000 rumah tangga terdapat 9 rumah tangga dengan skizofrenia (Risksedas, 2018).

Pada bulan januari 2022 prevalensi skizofrenia menempati peringkat pertama dari sepuluh besar penyakit gangguan jiwa di RSJD Dr. RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah. Pada bulan Januari 2023 tercatat paling banyak 75 pasien rawat inap dengan skizofrenia dan 1,250 pasien rawat jalan dengan skizofrenia. Hasil menunjukkan karakteristik pasien skizofrenia di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Klaten berjenis kelamin laki-laki (52%), usia 18-44 tahun (84%), tidak bekerja (79,5%), belum menikah (64%), pendidikan SMA (40,5%), tidak memiliki riwayat keluarga skizofrenia (90,5%), lama menderita >1 tahun (81,5%), tidak memiliki riwayat NAPZA (98%), tipe skizofrenia paranoid (86%). Pola penggunaan antipsikotik tunggal (65,5%), jenis atipikal (42%). Tingkat kekambuhan pasien skizofrenia selama 1 tahun sebanyak 4-6 kali. Muhith, (2015) menyatakan bahwa Perilaku kekerasan dan halusinasi identik dengan skizofrenia, seluruh pasien skizofrenia diantaranya mengalami halusinasi dan resiko perilaku kekerasan. Pasien skizofrenia memiliki tanda gejala yang khas seperti halusinasi, delusi, kekacauan proses pikir dan kekacauan

perilaku hingga mengalami perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan salah satu dari gejala positif skizofrenia.

Salah satu tanda dan gejala utama yang dirasakan oleh penderita Skizofrenia adalah perilaku kekerasan. Tanda dan gejala pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu wajah memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak. (Sutejo, 2017). Perilaku kekerasan merupakan hal yang membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar. Akibat dari perilaku kekerasan antara lain, melukai diri sendiri, orang lain, bahkan bisa sampai menimbulkan kematian yang dilakukan oleh perilakunya dan terjadi karena perasaan marah, cemas, dan frustrasi (Stuart, 2013) Pada seseorang yang mengalami resiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020). Nurhalimah (2016) mengatakan penyebab klien melakukan perilaku kekerasan tidak lepas dari konsep stres adaptasi Stuart yang meliputi faktor predisposisi (faktor yang mendukung) seperti anggota keluarga yang sering memperlihatkan perilaku kekerasan, keinginan yang tidak tercapai dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah) seperti stressor berupa kehilangan orang yang dicintai, kekhawatiran terhadap penyakit.

Pada pasien perilaku kekerasan yang sudah ditangani atau dalam penanganan, gejalanya akan berkurang. Sehingga pada pasien yang sudah

mendapatkan penanganan di rumah sakit perilaku kekerasannya akan lebih terkontrol namun tidak menutup kemungkinan perilaku kekerasan yang dialaminya akan kambuh. Dengan begitu pasien yang awalnya mempunyai masalah perilaku kekerasan akan menjadi resiko perilaku kekerasan. Salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan adalah dengan cara strategi pelaksanaan. Strategi pelaksanaan merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saling percaya kepada perawat antar klien dan akan berdampak apabila strategi pelaksanaan tidak diberikan akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungan (Sujarwo & Livana, 2018). Maka dari itu peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi resiko perilaku kekerasan adalah dengan terapi psikofarmaka, terapi aktivitas kelompok dan manajemen perilaku kekerasan yaitu terdiri dari fisik, verbal, spiritual, dan obat (Nurhalimah, 2016).

Dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan perawat mengimplementasikan beberapa cara yaitu psikofarmaka, psikoterapi, dan modifikasi lingkungan. Selain itu, dilakukan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Implementasi pada Resiko Perilaku Kekerasan meliputi 4 strategi pelaksanaan (SP) yaitu rencana tindakan SP 1 adalah mengidentifikasi penyebab Perilaku Kekerasan, tanda dan gejala Perilaku Kekerasan, mengidentifikasi Perilaku Kekerasan yang dilakukan dan cara mengontrol Perilaku Kekerasan secara fisik. Rencana tindakan SP 2 adalah latihan

minum obat teratur. Rencana tindakan SP 3 adalah latihan bicara yang baik. Rencana tindakan SP 4 adalah latihan mengontrol PK dengan cara spiritual.

Berdasarkan data di atas, peran perawat sangatlah penting dalam merawat klien resiko perilaku kekerasan untuk mengontrol amarah. Mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara manajemen amarah seperti mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam, memukul bantal, meminum obat secara teratur, mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan verbal serta menerapkan pemenuhan spiritual kepada klien untuk mengontrol emosi dengan sholat, dan berdo'a. Maka penulis tertarik melakukan studi kasus mengenai asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan resiko perilaku kekerasan di ruang rawat inap Flamboyan RSJD Dr RM Soedjarwadi Klaten, Jawa Tengah.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada Pasien Tn.H dengan resiko perilaku kekerasan di ruang rawat inap Flamboyan RSJD Dr RM Soedjarwadi Klaten, Jawa Tengah.

2. Tujuan Khusus

- a) Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Tn.H dengan masalah utama perilaku kekerasan

- b) Mahasiswa mampu menetapkan diagnose keperawatan pada Tn.H dengan masalah utama perilaku kekereasan
- c) Mahasiswa mampu melakukan rencana tindakan keperawatan pada Tn.H " dengan masalah utama perilaku kekerasan
- d) Mahasiswa mampu memberikan tindakan keperawatan pada Tn.H dengan masalah utama perilaku kekerasan
- e) Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Tn.H dengan masalah utama perilaku kekerasan

C. BATASAN MASALAH

Sehubungan dengan banyaknya ditemukan kasus skizofrenia di RSJD Dr. Soejardwadi Klaten Jawa Tengah, maka dalam Karya Tulis Ilmiah ini penulis hanya membatasi pada : Asuhan Keperawatan Pada Tn. H Dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan pada kasus skizofrenia paranoid di ruang flamboyan RSJD Dr. RM Soejardwadi Klaten Jawa Tengah selama 6 hari dari tanggal 2 – 8 Mei 2024