

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Individu yang jiwanya sehat meliputi bahwa dirinya sadar mempunyai kemampuan, mampu menghadapi stres kehidupan yang wajar, mampu bekerja produktif dan bisa memenuhi kebutuhan hidupnya, dapat berperan serta dalam lingkungan hidup, menerima dengan baik apa yang ada pada dirinya dan merasa nyaman bersama dengan orang lain (Arisandy, 2022).

Kesehatan jiwa merupakan elemen utama dalam mencapai kesehatan yang sebenarnya. *“There is no health without mental health”*, pernyataan tersebut di kemukakan oleh *World Health Organization* (WHO). Sehat fisik saja tidak cukup dijadikan sebagai tolak ukur seseorang untuk dikatakan sehat secara menyeluruh. Ada dua dimensi kesehatan yang harus terpenuhi untuk mewujudkan kesehatan tersebut yaitu individu harus sehat secara fisik juga sehat secara mental. Pada tahun 2019, sebanyak 970 juta orang di dunia mengalami gangguan jiwa termasuk 301 juta dengan gangguan kecemasan, 280 juta dengan depresi, 40 juta orang dengan gangguan bipolar, 24 juta menderita skizofrenia dan 40 juta orang antisosial. Jumlah orang dengan gangguan kecemasan dan depresi mengalami peningkatan di tahun 2020 akibat pandemi COVID-19. Maka dari itu, adanya gangguan kejiwaan tidak boleh diabaikan, karena jumlah kasusnya masih mengkhawatirkan (Wuryaningsih, dkk, 2018).

Gangguan jiwa bukan hanya sebuah keluhan yang didapatkan dari garis keturunan atau genetik, melainkan masalah hidup juga akan berdampak pada stress berlebih sehingga mengganggu kesehatan mental individu tersebut. Gangguan jiwa ditandai dengan suasana hati, afek, perilaku, dan pemikiran serta kognisi mengalami perubahan. Gangguan jiwa menyebabkan penurunan pada fungsi tubuh dan fungsi peran dalam masyarakat

sehingga individu akan merasa tidak nyaman atau tertekan. Gangguan jiwa tidak menyebabkan kematian secara langsung, tetapi bisa menimbulkan persepsi negatif terhadap diri sendiri, ada penolakan dari lingkungan sekitar, kurang aktivitas dan bersosialisasi sehingga memandang dirinya sendiri negatif. Masalah terbesar gangguan jiwa adalah skizofrenia (Suyasa, 2021).

Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan KEMENKES 2019 di urutan pertama yakni Bali 11,1%, DI Yogyakarta 10,4%, NTB 9,6%, Sumatera Barat 9,1%, Sulawesi Selatan 8,8%, Banda Aceh 8,7%, Jawa Tengah 8,7%, Sulawesi Tengah 8,2%, Sumatera Selatan 8%, Kalimantan Barat 7,9%. sedangkan Kalimantan Selatan 5,06% (Kemenkes RI, 2019).

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019). Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang di tandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh atau katatonik (Pardede, & Laia. 2020). Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dapat berakhir dengan hilangnya dengan nyawa seseorang. Dalam penanganan penyakit ini karena jiwa yang terganggu maka di butuhkan adalah terapi, rehabilitasi serta dengan konseling. Upaya terbesar untuk penangan penyakit gangguan jiwa terletak pada keluarga dan masyarakat, dalam hal ini terapi terbaik adalah bentuk dukungan keluarga dalam mencegah kambuhnya penyakit skizofrenia (Pitayanti, & Hartono, 2020).

Menurut Riskesdas 2018 yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyimpulkan bahwa prevelensi gangguan jiwa bervariasi dimana prevelensi rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis menurut provinsi yang memiliki angka gangguan jiwa tertinggi adalah provinsi Bali (11,1%) dan terendah provinsi Kepulauan

Riau (3%). Untuk proporsi rumah tangga yang memiliki ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis yang pernah dipasung dalam rumah tangga sebanyak (14%) dan yang tidak sebanyak (86%), sedangkan yang pernah melakukan pasung tiga bulan terakhir sebanyak (31,5%) dan yang tidak sebanyak (68,5%).

Proporsi rumah tangga yang memiliki ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis yang dipasung menurut tempat tinggal 2013-2018 pernah dipasung pada tahun 2013 di Indonesia sebanyak (14,3%) dimana perkotaan (10,7%) dan perdesaan (18,2%). Pada tahun 2018 di Indonesia (14%) dimana perkotaan (10,7%) dan perdesaan (17,7%). Sedangkan dalam kurun waktu tiga bulan terakhir pada tahun 2018 di Indonesia (31,5%) dimana perdesaan (31,1%) dan perkotaan (31,1%). Serta berdasarkan cakupan pengobatan gangguan jiwa skizofrenia/psikosis yang berobat (84,9%), tidak berobat (15,1), minum obat rutin (48,9%) dan tidak rutin (51,1%). Menurut Riskedas 2018 alasan tidak minum obat 1 bulan terakhir yang merasa sudah sehat (36,1%), tidak rutin berobat (33,7%) tidak mampu membeli obat rutin (23,6%), tidak tahan ESO (7%), sering lupa. (6.1%), merasa dosis tidak sesuai (6,1%), obat tidak tersedia (2,4%), dan lainnya (32%). (Riskedas,2018)

Di Kalimantan Selatan prevalensi gangguan jiwa skizofrenia/psikosis menurut Kabupaten/Kota berdasarkan data Riskedas (2018) dapat dilihat berdasarkan peringkat teratas yakni HSS 13,58%, Tapin 9,3%, HSU 8,89%, Tabalong 7%, Kotabaru 6,35%, Kabupaten Banjar 6,17%, HSS 5,2%, Provinsi Kalsel 5,06%, Tanah Laut 4,56%, Kota Banjarbaru 4,08%, Barito Kuala 2,18%, Balangan 2,07%, Kota Banjarmasin 1,53%, Tanah Bumbu 1,14%. Berdasarkan data Dinkes Kabupaten Banjar (2023) ditemukan bahwa jumlah penderita gangguan kejiwaan skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Martapura 1 Kabupaten Banjar sebanyak 326 orang. (Dinkes Kab. Banjar 2023).

Di Kalimantan Selatan, prevalensi skizofrenia mencapai 5,1 permil, dalam dua tahun terakhir ini skizofrenia mengalami peningkatan yang signifikan yang dipicu oleh kesulitan ekonomi, gaya hidup, dan pandemi Covid 19. Berdasarkan data jumlah orang dengan gangguan jiwa yang mendapatkan pelayanan sesuai standart 5.001 kasus, 81% pada tahun 2020. Sedangkan yang dilaporkan oleh masing- masing Kabupaten/kota lebih banyak lagi, yaitu 6.193 kasus skizofrenia dan gangguan psikosis di 13 kabupaten/kota dengan jumlah penduduk 4.303.979 dimana sebagian kasus bisa ditindak lanjuti di Puskesmas, sehingga tidak dirujuk ke Rumah Sakit. (Diauddin, 2022)

Skizofrenia menyerang manusia usia muda antara 15 hingga 30 tahun, tetapi serangan kebanyakan terjadi pada usia 40 tahun ke atas. Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa mengenal jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi. Skizofrenia mempengaruhi sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang (0,32%) di seluruh dunia (WHO, 2022).

Gangguan jiwa yang sering kali ditemukan salah satunya adalah risiko perilaku kekerasan (RPK). Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal (Sutejo, 2019). Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Risiko perilaku kekerasan merupakan keadaan dimana individu pernah atau mengalami riwayat mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan baik secara fisik, emosional, seksual maupun verbal karena individu tidak mampu mengendalikan atau mengontrol amarah secara konstruktif (Kartika et.,al, 2018).

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) tanda dan gejala pada pasien perilaku kekerasan meliputi tanda mayor subyektif yaitu mengungkapkan kata-kata ancaman dan kasar kepada orang lain dengan nada yang tinggi. Tanda mayor obyektifnya adalah melukai diri sendiri maupun pihak lain, mengamuk atau berperilaku agresif yang biasanya akan berdampak buruk pada lingkungan sekitar. Sedangkan minor obyektifnya ditandai dengan mata tampak melotot, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, dan raut tubuh kaku. Dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang berisiko melakukan perilaku kekerasan tidak hanya merugikan diri sendiri tetapi pihak lain juga akan dirugikan, karena perilaku pasien yang agresif akan mencederai diri sendiri, menyerang orang lain dan merusak lingkungan (Pardede & Hulu, 2019). Berdasarkan data tahun 2017 dengan risiko perilaku kekerasan sekitar 0,8% atau dari 10.000 orang menunjukkan risiko perilaku kekerasan sangatlah tinggi (Pardede, 2020).

Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Pada seseorang yang mengalami risiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020). Atau seseorang yang mengalami risiko perilaku kekerasan ditandai dengan mengungkapkan sebuah ancaman, mengungkapkan kata-kata kasar, mengungkapkan keinginan ingin memukul atau melukai, wajah memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar dan suara meninggi atau berteriak (Musleha dkk, 2022).

Pada pasien dengan gangguan jiwa skizofrenia terutama dengan masalah perilaku kekerasan gejala yang sering muncul adalah tindakan marah.

Dalam mengurangi risiko perilaku kekerasan tindakan yang dilakukan perawat salah satunya dengan melakukan asuhan keperawatan dengan menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP) (Sujarwo, 2019), sehingga pasien maupun orang lain aman dari perilaku kekerasan dalam bentuk fisik maupun kata-kata sehingga dapat meningkatkan kesehatan mental dengan cara melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan (Afriyanti et al., 2021).

Risiko perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku seseorang yang dapat membahayakan fisik, emosi, dan seksual pada diri sendiri dan pada orang lain. Risiko perilaku kekerasan yang tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar. Demikian pula penelitian yang dilakukan oleh Pardede, (2020) membuktikan bahwa tindakan keperawatan generalis mampu menurunkan tanda dan gejala pada pasien perilaku kekerasan dengan 4 (empat) jenis tindakan yaitu mengidentifikasi tanda gejala, penyebab dan akibat perilaku kekerasan, latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal, latihan minum obat dengan prinsip 5 benar obat, manfaat minum obat dan dampak buruk jika tidak minum obat, melatih cara berbicara baik- baik dan melatih cara spiritual. (Sujarwo & PH, 2018).

Penanganan pasien dengan risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan cara farmakologi dan strategi pelaksanaan. Salah satu penanganan pada pasien risiko perilaku kekerasan yaitu dengan terapi spiritual. Terapi spiritual adalah suatu terapi yang dilakukan dengan cara mendekati diri terhadap kepercayaan yang dianutnya. Wudhu dapat bermanfaat untuk menjernihkan pikiran, menyejukkan hati, mengurangi stress, rasa khawatir, marah dan dapat merangsang sistem kerja. Terapi spiritual wudhu dapat memberikan ketenangan jiwa dan mengurangi rasa marah. Hadist yang diriwayatkan oleh Abu Daud, Rasulullah SAW bersabda “Sesungguhnya rasa amarah itu dari syaitan yang terbuat dari api. Air mampu memadamkan api. Bila ada salah seorang dari kalian marah, maka hendaknya berwudhu”.

Berdasarkan ilmu akupuntur, ketika anggota tubuh terkena basuhan saat berwudhu, maka anggota tubuh mendapatkan ratusan titik akupuntur yang sifatnya terapi. Ini terjadi karena sistem saraf dan hormon bekerja dalam menyeimbangkan emosi agar stabil (Oktaryanto, 2019).

Hasil riset yang dilakukan oleh Musleha, dkk, (2022) didapatkan bahwa terapi spiritual wudhu mampu menurunkan tanda-gejala pada pasien yang berisiko melakukan kekerasan. Selain itu, penelitian lain yang dilakukan oleh (Wardani, Prabowo, & Brilianti, 2020) juga mendapatkan hasil bahwa terapi wudhu dapat memberikan ketenangan jiwa dan membantu pasien dalam mengontrol emosi perilaku kekerasan.

Berdasarkan hal tersebut diatas maka penulis tertarik untuk memaparkan pembahasan tentang permasalahan “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Penerapan Intervensi Terapi Wudhu di wilayah kerja Puskesmas Martapura 1 Kabupaten Banjar”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang dijelaskan, maka rumusan masalahnya adalah “Bagaimanakah hasil analisis asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan penerapan intervensi terapi wudhu di Puskesmas Martapura 1”?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan penerapan intervensi terapi wudhu di wilayah kerja Puskesmas Martapura 1 Kabupaten Banjar.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Menggambarkan pengkajian keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

- 1.3.2.2 Menggambarkan diagnosis yang muncul pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan
- 1.3.2.3 Menggambarkan intervensi (perencanaan) keperawatan dengan intervensi terapi wudhu pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan
- 1.3.2.4 Menggambarkan implementasi (tindakan) keperawatan dengan intervensi terapi wudhu
- 1.3.2.5 Menggambarkan evaluasi keperawatan dengan intervensi terapi wudhu
- 1.3.2.6 Menganalisis hasil asuhan keperawatan dengan penerapan intervensi terapi wudhu pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Secara Aplikatif

- 1.4.1.1 Bagi Pasien dan Masyarakat
Dapat memberikan informasi dan gambaran kepada masyarakat mengenai asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan penerapan intervensi terapi wudhu
- 1.4.1.2 Bagi Institusi Pendidikan
Penulisan ini dapat dijadikan sebagai kajian ilmu bagi mahasiswa dan dapat memperluas wawasan atau informasi terkait asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan penerapan intervensi terapi wudhu
- 1.4.1.3 Bagi Lahan Penelitian
Dapat menambah informasi dan pengetahuan bagi lahan penelitian guna nantinya sebagai masukan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan penerapan intervensi terapi

wudhu sehingga asuhan keperawatan yang diberikan menjadi komperhensif

1.4.1.4 Bagi Penulis

Penulis ini dapat menambah kemampuan dalam menganalisa, memproses dan menyimpulkan serta menambah wawasan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan masalah utama risiko perilaku kekerasan melalui terapi spiritual wudhu.

1.4.2 Secara Teoritis

1.4.2.1 Dapat dijadikan sebagai pemahaman secara rutin dan kesinambungan terhadap organisasi keperawatan bagi profesi pada asuhan keperawatan dengan harapan perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatandan kode etik pada pasien dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan.

1.4.2.2 Penelitian ini dapat dikembangkan untuk penelitian selanjutnya terkait tentang asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan penerapan intervensi terapi wudhu.

1.5 Penelitian Terkait

Penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya yang berhubungan dengan penelitian ini:

1.5.1 Riska Rahmawati (2022) dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Melalui Terapi Spiritual Wudhu Di Wilayah Puskesmas Sempor I". Metode: Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus terhadap 3 pasien resiko perilaku kekerasan yang telah memenuhi kriteria inklusi. Terapi ini dilakukan selama 6 kali

kunjungan rutin ke rumah pasien dengan waktu kurang lebih 30 menit menggunakan instrumen format asuhan keperawatan jiwa, SOP tindakan, jadwal kegiatan, lembar tanda gejala, lembar kemampuan sebelum dan sesudah dilakukan tindakan. Hasil: Berdasarkan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada 3 pasien RPK melalui terapi generalis yang berfokus pada SP 4 yaitu terapi spiritual wudhu selama 6 kali pertemuan didapatkan hasil pasien 2 menunjukkan penurunan tanda gejala paling banyak dengan skor awal 8 menjadi 0 presentase 100% dan peningkatan kemampuan tertinggi dengan presentase 100%. Dan penurunan tanda gejala paling sedikit dialami oleh pasien 1 dengan skor awal 14 menjadi 9 presentase 36% dan peningkatan kemampuan terendah dengan presentase 30%.

- 1.5.2 Nitta Dwi Aprillia (2017) dengan judul "Asuhan Keperawatn Jiwa Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Pada Ny.A dan Ny.AS di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah". Dimana hasil yang diperoleh yakni setelah dilakukan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan strategi pelaksanaan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, hasil yang didapatkan kedua pasien mampu mengungkapkan rasa marah tanpa menyakiti, menyalahkan orang lain dan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (tarik nafas dalam dan pukul bantal), minum obat teratur serta berbicara dengan baik. Pada kasus ini ditemukan 2 diagnosa yaitu resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan dan resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah. Fasilitas rumah sakit yang memadai dan peran perawat yang optimal sangat diperlukan dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga pasien dapat menerapkan cara yang sudah diajarkan oleh perawat.
- 1.5.3 Made Musleha, Nury Lutfiyatil Fitri, Uswatun Hasanah (2022) dengan judul "Penerapan Terapi Spritual Wudhu Pada Pasien

Resiko Perilaku Kekerasan”. Penelitian ini menggunakan desain studi kasus, subyek yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak dua pasien dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan. Hasil persentase tanda gejala pada subyek sebelum diberikan terapi yaitu 35,7% dan pada subyek II 7,1%. Hasil persentase tanda gejala pada subyek I setelah diberikan terapi yaitu 42,8% dan pada subyek II 14,2%. Hasil penerapan ini menunjukkan bahwa setelah diberikan penerapan terapi spiritual: wudhu terjadi penurunan tanda gejala pada ke dua subyek.

- 1.5.4 Nabilla Nur Rahmawati, Aria Nurahman, Tri Wahyudiyanto (2023) dengan judul” Penerapan Terapi Spiritual Wudhu Dalam Mengontrol Perilaku Kekerasan Pada Pasien Risiko Perilaku kekerasan Di Ruang Arjuna RSJD Dr. Arif Zainuddin Surakarta”. Penelitian ini mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan jiwa dengan risiko perilaku kekerasan. Subyek yang digunakan pada studi kasus ini terdiri dari 2 subyek yang terbagi menjadi kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Instrument dalam penelitian ini menggunakan lembar observasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan berjumlah 24 item yang dinilai. Didapatkan hasil sebelum diberikan intervensi terapi wudhu muncul 9 (37,5%) tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dan setelah diberikan intervensi mengalami penurunan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan menjadi 4 (16,6%).
- 1.5.5 Salfiana, Aiyub, Martina (2022) dengan judul”Penerapan Relaksasi Otot Progresif Dan Terapi Wudhu Pada Pasien Perilaku Kekerasan: Suatu Studi Kasus”. Penelitian ini bertujuan untuk melihat apakah terdapat perubahan setelah diberikan latihan relaksasi otot progresif dan terapi wudhu pada pasien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Aceh. Intervensi keperawatan yang diberikan yaitu strategi pelaksanaan (SP) 1 hingga 4 serta intervensi tambahan sesuai *evidence based practice*

yaitu terapi relaksasi otot progresif dan terapi wudhu. Hasil evaluasi yang didapatkan ialah terdapat penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan. selain itu, pasien mengatakan setelah melakukan terapi wudhu dan relaksasi otot progresif tidak lagi merasa marah dan mudah untuk mengungkapkan rasa marahnya secara baik. Berdasarkan temuan tersebut direkomendasikan kepada pihak Rumah Sakit Jiwa Aceh agar dapat memberikan terapi strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan secara rutin. Disamping itu, perawat juga dapat memberikan terapi wudhu, kegiatan beribadah dan relaksasi otot progresif sehingga pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan yang dialami.

- 1.5.6 Anisa Fitri R, Uswatun Hasanah, Nury Luthfiatil Fitri (2024) dengan judul "Penerapan Relaksasi Otot Progresif Dan Terapi Wudhu Terhadap Tanda Dan Gejala Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung". Desain penelitian ini menggunakan desain studi kasus. Subyek yang digunakan adalah 2 (dua) subyek. Analisis data dilakukan dengan melihat perubahan tanda gejala sebelum dan sesudah dilakukan penerapan relaksasi otot progresif dan terapi wudhu. Hasil penerapan menunjukkan bahwa setelah dilakukan penerapan relaksasi otot progresif dan terapi wudhu terjadi penurunan pada tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan.