

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kejadian kasus gangguan jiwa menurut WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang mengalami gangguan jiwa. Gangguan ini biasanya terjadi pada usia dewasa muda. Menurut National Institute of Mental Health, gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan diperkirakan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030. Gangguan jiwa di Indonesia saat ini meningkat secara signifikan yang mungkin disebabkan oleh tekanan hidup dan kondisi ekonomi yang semakin hari semakin sulit.

Kesehatan jiwa dimanifestasikan oleh individu dengan kemampuannya beradaptasi secara konstruktif terhadap stressor yang menimpa dirinya. Individu yang tidak mampu mengatasi masalah dan beradaptasi akan mengalami cemas sampai panik dan pada tahap selanjutnya individu akan memperlihatkan respon emosional seperti takut, bingung, menarik diri, merasa tidak berdaya, putus asa dan lepas kendali (Sari, dkk. 2013).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013), satu sampai dua orang dari seribu warga Indonesia mengalami gangguan kejiwaan berat. Jumlah itu termasuk di dalamnya penderita skizofrenia. Prevalensi gangguan jiwa berat sebesar 1,7 per mil.

Gangguan jiwa menurut Depkes RI adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa. Gangguan ini akan menyebabkan perubahan dan hambatan dalam peran sosial.

Gangguan jiwa berat adalah gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (*insight*) yang buruk. Gejala yang menyertai gangguan ini antara lain gangguan persepsi berupa halusinasi, ilusi, gangguan isi pikiran berupa waham dan gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta adanya tingkah laku yang menyimpang, baik agresivitas atau katatonik lebih dari 1 bulan yaitu skizofrenia. (Riskesdas, 2013).

Skizofrenia didominasi oleh satu atau lebih hal berikut, yaitu waham kejar, waham kebesaran, waham cemburu, halusinasi yang berisi kekerasan. Kadang disertai dengan kecemasan yang tak berfokus, suka bertengkar atau berdebat dan perilaku kekerasan. (Ibrahim, 2011).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan klien mengalami perilaku yang dapat membahayakan klien sendiri, lingkungan termasuk orang lain dan mengalami perilaku yang dapat melukai secara fisik baik terhadap diri sendiri atau orang lain.

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dilihat dari segi fisik seperti pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan postur tubuh kaku. Tampak dari segi verbal, klien tampak mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, berbicara dengan nada kasar dan keras.

Tampak dari segi perilaku, klien menyerang orang lain, melukai diri sendiri dan orang lain, merusak lingkungan dan agresif. Dilihat dari segi emosi, klien tampak jengkel, dendam, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan banyak menuntut. Sedangkan dari segi intelektual, klien banyak mendominasi, cerewet, merendahkan atau meremehkan. Dalam segi spiritual, klien merasa diri berkuasa, merasa diri benar, tidak bermoral dan kreativitas terhambat dan dalam lingkungan sosial, klien biasanya menarik diri, penolakan pada orang lain dan sering mengejek.

Jika ada stressor seperti kegagalan dalam hidup, akan timbul perilaku kekerasan sebagai sebuah respon untuk mengatasi sehingga bisa menerima keadaan. Apabila individu gagal dalam menggunakan coping secara konstruktif maka akan menyebabkan individu mengalami kecemasan. Kecemasan yang tidak terkontrol dan berkelanjutan akan menyebabkan individu masuk dalam kategori gangguan jiwa.

Masalah perilaku kekerasan oleh pasien hampir selalu terjadi di ruang perawatan jiwa. Beberapa riset menunjukkan bahwa perawat jiwa sering mengalami kekerasan dari klien (Nijman, dkk. 2007). Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat paling sering menjadi target dalam peristiwa perilaku agresif yaitu sebanyak 57,1%. Ancaman lisan merupakan pengalaman yang paling banyak dialami dari 80-90% perawat. Pengalaman ancaman atau godaan seksual juga sering terjadi sebesar 60% terutama oleh perawat wanita dan anggota staf muda. Sedangkan 16% lainnya mengalami cedera akibat kekerasan fisik yang dilakukan pasien pada perawat.

Penelitian yang dilakukan Elita, dkk (2011), diketahui bahwa perilaku kekerasan yang terbanyak dilakukan klien dalam satu tahun terakhir adalah kekerasan fisik pada diri sendiri yang menyebabkan cedera ringan (84%), kemudian diikuti oleh ancaman fisik (79%), penghinaan (77%), dan kekerasan verbal (77%). Sejumlah kecil perawat mengalami kekerasan fisik yang menyebabkan cedera serius (20%). Penelitian yang dilakukan oleh Malau (2013) yang meneliti tentang pengalaman perawat jiwa dalam memberikan asuhan keperawatan klien perilaku kekerasan menghasilkan 5 tema utama yaitu, jenis tindakan perilaku kekerasan yang dilakukan klien, perasaan perawat saat memberikan asuhan keperawatan, penyebab timbulnya perilaku kekerasan, kendala yang dihadapi saat memberikan asuhan keperawatan serta penanganan terhadap pasien perilaku kekerasan. Kombinasi pengobatan dan intervensi komunitas dan komunikasi yang terapeutik asertif

dianggap sebagai bentuk perawatan yang terbaik pada penderita skizofrenia khususnya pada klien dengan perilaku kekerasan.

Komunikasi terapeutik asertif merupakan salah satu unsur dalam sistem pelayanan keperawatan jiwa yang mendorong dan menganjurkan kerja sama melalui hubungan antara perawat dengan pasien. Kualitas hubungan ini dapat memberikan dampak terapeutik yang mempercepat kesembuhan pasien (Yosep, 2007).

Komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan pribadi klien ke arah yang lebih positif atau adaptif (Suryani, 2006). Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar dan bertujuan dan kegiatannya difokuskan untuk kesembuhan pasien, dan merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan untuk penyembuhan pasien. (Mundakir, 2006).

Penelitian Irvanto, dkk (2013) yang berjudul pengaruh terapi aktivitas kelompok asertif terhadap perubahan perubahan perilaku pada pasien perilaku kekerasan menghasilkan perilaku pasien yang mendapat terapi kelompok asertif dapat mengontrol kemarahannya dibandingkan yang tidak mendapat terapi aktivitas kelompok asertif yang terlihat dari p Value sebesar 0,000 ($p < 0,05$). Hal serupa dikemukakan oleh Sari, dkk (2013) dalam penelitian berjudul pengaruh komunikasi terapeutik terhadap kemampuan mengendalikan marah pada pasien dengan perilaku kekerasan di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang bahwa ada pengaruh kemampuan mengendalikan marah sebelum dan sesudah diberikan komunikasi terapeutik dengan nilai $p=0,000$.

Perawat sebagai pemberi layanan keperawatan kepada klien merupakan pelayanan secara utuh pada pasien di rumah sakit (Kusumawati & Hartono, 2010). Perawat yang bertugas khusus di institusi kesehatan jiwa juga diharuskan untuk

memberi pelayanan yang utuh pada pasien. Tugas perawat yang harus merawat pasien dengan gangguan kejiwaan dapat menimbulkan masalah atau risiko bagi perawat seperti membahayakan diri pasien, orang lain dan petugas lain (Yosep, 2010).

Kesiapan baik fisik maupun psikologis mutlak diperlukan perawat dalam menjalankan tugasnya. Perawat menghadapi situasi yang tidak menyenangkan di tempat kerja dengan perilaku kekerasan yang mampu membuat perawat kehilangan konsentrasi. Perilaku kekerasan yang dilakukan pasien akan berakibat fatal baik bagi perawat maupun pasien. Apabila tidak ditangani, tidak menutup kemungkinan akan memunculkan stress dan konflik diri pada perawat (Elita, 2011). Pengalaman kekerasan yang dirasakan perawat dengan kualitas pelayanan keperawatan yang dirasakan pasien yang menurun ternyata memiliki hubungan (Arnetz dan Arnetz, 2001).

Perawat yang selama 24 jam kontak langsung dengan berisiko mengalami pengalaman perilaku kekerasan yang dapat menimbulkan dampak baik secara fisik maupun psikologis. Di sisi lain, perawat harus tetap memberikan asuhan keperawatan dalam bentuk strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik agar perilaku agresif klien tidak berkembang kearah yang lebih membahayakan (Duxbury, 2015). Di dalam komunikasi terapeutik ini, perawat dan klien belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien dan mengubah perilaku klien mencapai tingkat kesehatan optimal.

B. Rumusan Masalah

Perawat dalam tatanan jiwa memiliki peran dalam mendidik dan memberi dukungan pada klien agar dapat berubah kearah yang lebih baik. Perawat diharuskan memakai dirinya secara terapeutik dengan menggunakan teknik komunikasi agar perilaku klien berubah kearah yang positif seoptimal mungkin. Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana pengalaman perawat dalam menerapkan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan di RS Jiwa Dr Soeharto Heerdjan?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menggali pengalaman perawat dalam menerapkan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien risiko perilaku kekerasan di RS Soeharto Heerdjan Jakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Digali pengalaman perawat dalam menerapkan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik fase prainteraksi
- b. Digali pengalaman perawat dalam menerapkan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik fase interaksi
- c. Digali pengalaman perawat dalam menerapkan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik fase kerja
- d. Digali pengalaman perawat dalam menerapkan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik fase terminasi

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi institusi Rumah Sakit

Sebagai sumber informasi dan data bagi rumah sakit dalam meningkatkan kualitas komunikasi terapeutik bagi pegawai khususnya perawat.

2. Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi, data dan sebagai bahan penelitian lanjutan terkait dengan keperawatan Jiwa.

3. Bagi Peneliti

Sebagai pengalaman dan menambah wawasan dalam melakukan penelitian ilmiah untuk diaplikasikan dalam tatanan kesehatan Jiwa.

E. Ruang Lingkup

Penelitian ini akan meneliti pengalaman perawat dalam penerapan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik oleh perawat pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan di RS Soeharto Heerdjan Jakarta. Lokasi penelitian dilakukan di RS Soeharto Heerdjan pada bulan Desember-Januari 2016. Subyek penelitian dilakukan pada perawat jiwa yang merawat pasien risiko perilaku kekerasan. Penelitian dilakukan untuk mengetahui bagaimana pengalaman perawat dalam menerapkan strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien risiko perilaku kekerasan di RS Soeharto Heerdjan. Penelitian menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan pendekatan fenomenologi.