

# BAB I

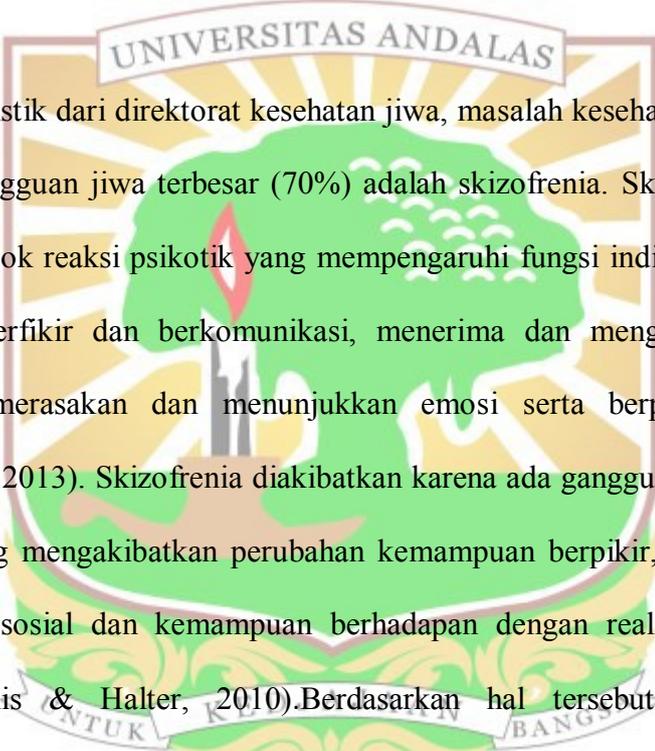
## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Orang Dengan Gangguan Jiwa yang disingkat dengan ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna,serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (Undang Undang Kesehatan Jiwa No.36, 2014). Hambatan yang dialami oleh klien gangguan jiwa akan mempengaruhi kualitas hidupnya, sehingga menjadi perhatian khusus karena dampak yang diakibatkan tidak hanya pada klientetapi juga berdampak pada keluarga dan masyarakat. Hal tersebut di atas menunjukan masalah gangguan jiwa di dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius dan menjadi masalah kesehatan global.

Prevalensi gangguan jiwa menurut WHO tahun 2013 mencapai 450 juta jiwa diseluruh dunia, dalam satu tahun sesuai jenis kelamin sebanyak 1,1 wanita, pada pria sebanyak 0,9 sementara jumlah yang mengalami gangguan jiwa seumur hidup sebanyak 1,7 wanita dan 1,2 pria. Menurut *National Institute of Mental Health (NIMH)* berdasarkan hasil sensus penduduk Amerika Serikat tahun 2004, diperkirakan 26,2% penduduk yang berusia 18 tahun atau lebih mengalami gangguan jiwa NIMH, (2011) dalam Trigoboff, (2013).Prevalensi gangguan jiwa cukup tinggi dan terjadi pada usia produktif.

Data Riskesdas tahun 2007 menunjukkan Prevalensi Nasional Gangguan Jiwa Berat yaitu Skizofrenia sebesar 0,46%, atau sekitar 1,1 juta orang atau 5,2% dari jumlah penderita Skizofrenia di seluruh dunia sedangkan data Riskesdas Tahun 2013 Prevalensi gangguan jiwa berat (psikosis/ skizofrenia) pada penduduk Indonesia 1,7 per mil atau 1-2 orang dari 1.000 warga di Indonesia yang mengalami gangguan jiwa berat yang berjumlah 1.728 orang.



Data statistik dari direktorat kesehatan jiwa, masalah kesehatan jiwa dengan klien gangguan jiwa terbesar (70%) adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi fungsi individu antara lain fungsi berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realita, merasakan dan menunjukkan emosi serta berperilaku (Stuart & Laraia, 2013). Skizofrenia diakibatkan karena ada gangguan pada struktur otak yang mengakibatkan perubahan kemampuan berpikir, bahasa, emosi, perilaku sosial dan kemampuan berhadapan dengan realita secara tepat (Varcarolis & Halter, 2010). Berdasarkan hal tersebut klien dengan skizofrenia akan mengalami kemunduran dalam kehidupan sehari-hari, hal ini ditandai dengan hilangnya motivasi dan tanggung jawab. Selain itu pasien cenderung apatis, menghindari kegiatan dan mengalami gangguan dalam penampilan.

Menurut Videbeck (2008) klien dengan skizofrenia memiliki karakteristik gejala positif yaitu meliputi adanya waham, halusinasi, disorganisasi

pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur yaitu berupa perilaku kekerasan. Berdasarkan gejala positif tersebut yang menyita perhatian cukup besar pada masalah keperawatan jiwa adalah masalah perilaku kekerasan. Prevalensi klien perilaku kekerasan diseluruh dunia di derita kira-kira 24 juta orang. Lebih dari 50 % klien perilaku kekerasan tidak mendapatkan penanganan. Di Amerika Serikat terdapat 300 ribu pasien skizofrenia akibat perilaku kekerasan yang mengalami episode akut setiap tahun. Menurut penelitian di Finlandia di University of Helsinki dan University Helsinki Central Hospital Psychiatry Centre, dari 32% penderita Skizofrenia melakukan tindakan kekerasan, dan 16% dari perilaku kekerasan pada klien mengakibatkan kematian, dari 1.210 klien (Virkkunen, 2009). Dan menurut data Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2010, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta yang terdiri dari pasien perilaku kekerasan. Diperkirakan sekitar 60% menderita perilaku kekerasan di Indonesia (Wirnata, 2012).

Penelitian yang lain menunjukkan bahwa data klien perilaku kekerasan pada berbagai setting, menunjukkan adanya perbedaan dari tiap-tiap negara, Australia 36,85%, Kanada 32,61%, Jerman 16,06%, Italia 20,28%, Belanda 24,99%, Norwegia 22,37%, Kanada 32,61%, Swedia 42,90%, Amerika Serikat 31,92% dan Inggris 41,73%. Studi dilakukan di berbagai setting mulai dari unit akut, unit forensik dan pada bangsal dengan tipe yang berbeda beda. Penelitian dilakukan dengan jumlah total 69.249 klien dengan rata rata sampel 581,9 klien (Bowers, et al, 2011). Angka tersebut tergolong

cukup tinggi di berbagai negara di dunia.

Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri atau orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non verbal (Stuart & Laraia, 2009). Menurut Varcarolis (2006) perilaku kekerasan adalah sikap atau perilaku kekerasan yang menggambarkan perilaku amuk, bermusuhan berpotensi untuk merusak secara fisik atau dengan kata-kata. Jadi kesimpulannya perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku amuk yang melukai fisik baik diri sendiri, orang lain dan lingkungan maupun secara verbal atau non verbal.

Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan dalam melakukan koping terhadap stres, ketidakpahaman terhadap situasi sosial, tidak mampu untuk mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan (Volavka & Citrome, 2011). Perilaku kekerasan yang muncul pada klien Skizofrenia dikarenakan ketidakmampuan dalam menghadapi stresor, dan melakukan tindakan perilaku kekerasan sebagai koping dalam menghadapi stresor.

Respons perilaku kekerasan berupa respons kognitif, respons afektif, respons fisiologis, respons perilaku, respons sosial. Respons kognitif merupakan respons yang pertama kali muncul yang mendasari perilaku kekerasan (status mental tiba-tiba berubah/ labil), respons afektif merupakan respons yang muncul didasari oleh keyakinan emosi yang tidak rasional

(marah, bermusuhan), respons pada fisiologis merupakan respons yang dapat dilakukan observasi terkait dengan perubahan (pernafasan meningkat di  $>20$  x/i, nadi meningkat  $>80$  x/i, produksi keringat meningkat, pandangan mata tajam, pandangan tertuju pada satu objek, muka merah) (Stuart, 2013).

Respons perilaku merupakan respons yang dapat diamati melalui observasi secara verbal maupun non verbal (klien adalah mondar mandir, tidak mampu duduk dengan tenang, mengepalkan tangan atau posisi meninju, rahang mengatup, tiba-tiba berhenti dari aktifitas motorik), respons sosial merupakan respon yang dialami oleh klien perilaku kekerasan karena kurangnya dukungan sosial sehingga tidak memiliki sumber coping yang adekuat (verbal mengancam pada objek nyata, berbicara keras dengan penekanan, didasari dengan waham atau isi pikiran paranoid) (Stuart, 2013).

Akibat perilaku kekerasan bisa melukai atau menciderai diri sendiri atau orang lain, bahkan akan menimbulkan kematian yang dilakukan oleh perilakunya dan sebagai suatu kondisi yang dapat terjadi karena perasaan marah, cemas, tegang, bersalah, frustrasi dan permusuhan (Videbeck, 2006).

Berdasarkan respon tersebut bahwa pasien perilaku kekerasan memiliki respons yang sangat spesifik apabila perilaku kekerasannya kambuh.

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi perilaku kekerasan adalah dengan pemberian psikofarmaka, psikoterapi dan modifikasi lingkungan. Psikofarmaka yang diberikan pada klien perilaku kekerasan berupa pemberian obat antipsikotik baik typical, atypical, maupun kombinasi

typical dan atypikal. Antipsikotik atipikal bekerja memblokir efek dopamin dan serotonin pada post sinap reseptor. Antipsikotik atypikal mengatasi gejala positif maupun gejala negatif Skizofrenia. Antipsikotik atypikal juga dapat mengatasi gejala mood, perilaku kekerasan, perilaku bunuh diri, kesulitan dalam sosialisasi, dan gangguan kognitif pada Skizofrenia. Obat antipsikotik tipikal adalah antagonis dopamin yang berfungsi untuk menurunkan gejala positif Skizofrenia Rieve dan Welton (2008) dalam Volavka (2012). Pemberian psikofarmaka antipsikotik tersebut berfungsi menurunkan gejala perilaku kekerasan pada klien Skizofrenia.

Tindakan keperawatan yang dilakukan dalam bentuk asuhan keperawatan kesehatan jiwa yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat pada keadaan sehat, resiko dan gangguan jiwa dengan melakukan strategi preventif, strategi antisipasi dan strategi pengekangan. Strategi tersebut dilakukan sebagai upaya untuk pencegahan perilaku kekerasan, untuk mencegah terulangnya perilaku kekerasan dan dilakukan pada fase akut gangguan jiwa (Stuart, 2013). Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada klien berupa tindakan keperawatan generalis (Keliat dan Akemat, 2010) dan tindakan keperawatan lanjut atau tindakan keperawatan spesialis kepada keluarga yaitu dilatih cara merawat dan memotivasi klien dalam mengendalikan perilaku kekerasannya. Tindakan keluarga yang sangat penting adalah setelah klien pulang ke rumah, keluarga menemani klien melakukan perawatan lanjutan pada puskesmas atau rumah sakit terdekat, misalnya pada bulan pertama: 2 kali per bulan, bulan kedua: 2 kali

perbulan, bulan ketiga: 2 kali per bulan dan selanjutnya 1 kali perbulan (Keliat, 1996).

Tindakan keperawatan generalis pada klien perilaku kekerasan dilakukan dalam 4 macam jenis tindakan yaitu: mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu: menceritakan perilaku kekerasan, bicara baik (meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan), mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spritual, pada setiap pertemuan klien memasukkan kegiatan yang telah dilatih untuk mengatasi masalah kedalam jadwal kegiatan harian (Keliat & Akemat, 2010). Dan tindakan keperawatan spesialis yang dapat dilakukan adalah: terapi individu, keluarga dan kelompok, bentuk terapinya seperti *Assertive Training*, *Cognitive Behavior Therapy*, *Psychoterapi Individu*, *Family Psychoeducation*, *Supportive Therapy* dan *Self-Help Groups* Townsend (2008). Semua upaya tersebut dapat dilakukan untuk mengatasi perilaku kekerasan termasuk ke dalam upaya preventif dan antisipasi mencegah terulangnya perilaku kekerasan.

Dari beberapa penelitian yang dilakukan pada klien perilaku kekerasan salah satunya adalah terapi psikoedukasi. Terapi psikoedukasi membahas masalah pribadi dan masalah dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan, cara perawatan, manajemen stres keluarga, manajemen beban keluarga serta pemberdayaan komunitas dalam membantu keluarga.

Berdasarkan *evidence based practice* psikoedukasi keluarga adalah terapi yang digunakan untuk memberikan informasi pada keluarga untuk meningkatkan keterampilan mereka dalam merawat anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa, sehingga diharapkan keluarga akan mempunyai coping yang positif terhadap stress dan beban yang dialaminya (Goldenberg & Goldengerg, 2004). Dengan melakukan psikoedukasi maka seorang perawat akan dapat langsung memberikan pelayanan yang efektif dan efisien untuk menyelesaikan masalah kepada keluarga dengan anggota keluarga perilaku kekerasan.

Psikoedukasi ini akan mudah terlaksana apabila keluarga mendukung penyembuhan dan pemulihan anggota keluarga yang mengalami gangguan psikologis (Wiyati, 2010). Manfaat dari terapi psikoedukasi bagi klien dan keluarga adalah yang pertama bagi keluarga yaitu dapat memiliki kemampuan untuk merawat klien dan mengatasi masalah yang timbul karena merawat klien dan yang kedua bagi klien yaitu mendapatkan perawatan yang optimal yang diberikan oleh keluarga.

Penelitian psikoedukasi keluarga yang dilakukan oleh Wiyati, dkk (2010) terhadap klien isolasi sosial yang menunjukkan ada peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotorik keluarga secara bermakna ( $p < 0,05$ ). Hasil penelitian (Keliat, dkk, 2009) menunjukkan bahwa klien dan keluarga yang diberdayakan mempunyai rata-rata lama rawat di rumah sakit lebih pendek secara bermakna dibandingkan dengan klien yang tidak mendapatkannya.

Demikian pula lama tinggal di rumah (lama kambuh dan dirawat kembali) lebih panjang secara bermakna pada klien dan keluarga yang mendapat pemberdayaan dibandingkan dengan yang tidak mendapatkannya.

Terapi ini terbukti efektif karena dapat memberikan informasi terhadap kemampuan keluarga yang mengalami distress, memberikan pendidikan kepada mereka untuk meningkatkan kemampuan agar dapat memahami dan mempunyai coping yang kuat agar tidak terjadi masalah pada hubungan keluarga. Nurbani (2009), juga menyampaikan bahwa psikoedukasi yang diberikan pada keluarga dapat menurunkan ansietas secara bermakna dimana psikoedukasi dapat digunakan sebagai terapi yang dilakukan untuk mengatasi masalah psikososial di rumah sakit umumnya dalam menurunkan ansietas dan beban. Hasil akhir yang diharapkan yaitu keluarga mampu merawat klien dengan perilaku kekerasan yang ditandai dengan: mengenal masalah perilaku kekerasan, kemampuan merawat klien, kemampuan merawat diri sendiri, kemampuan manajemen beban, kemampuan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Keefektifan pelaksanaan asuhan keperawatan yang didapatkan oleh klien dan keluarga itu belum maksimal, baik itu di rumah sakit maupun di puskesmas pada saat klien pulang. Penatalaksanaan yang tidak efektif akan berakibat munculnya gejala-gejala perilaku kekerasan dan timbul kekambuhan. Kekambuhan adalah timbulnya gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan (Stuard & Laraia, 2006). Tanda dan gejala kekambuhan yang sebaiknya diketahui oleh keluarga dalam menjalankan

perannya sebagai perawatan kesehatan yang meliputi tanda kognitif, psikologis dan gejala perilaku klien dengan perilaku kekerasan. Kekambuhan yang sering terjadi dapat memperburuk kondisi klien dengan perilaku kekerasan.

Faktor penyebab klien kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit jiwa yaitu klien, dokter, penanggung jawab dan keluarga (Keliat, 2011), sedangkan menurut (Humris dan Pleyte, 2004) yaitu penderita tidak minum obat dan tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan sendiri tanpa persetujuan dokter, kurangnya dukungan perawatan dari keluarga dan masyarakat, serta adanya masalah kehidupan yang berat yang membuat cemas dan stress sehingga penderita kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit, dikucilkan oleh lingkungan dan perekonomian keluarga yang tidak memadai untuk pengobatan. Kekambuhan tersebut selain berdampak pada klien juga akan berdampak pada keluarga (Fantaine, 2009). Hal ini disebabkan karena keluarga adalah pendukung dan tempat rehabilitasi bagi pasien perilaku kekerasan. Kekambuhan klien gangguan jiwa berdampak pada beban caregiver yang berpengaruh pada individu yang mengalami, keluarga dan masyarakat karena masih terdapat penolakan sosial dari masyarakat akibat ketidaktahuan masyarakat terhadap jenis gangguan jiwa.

Dampak kekambuhan klien gangguan jiwa khususnya perilaku kekerasan jika tidak dicegah dapat mengakibatkan perawatan berulang, resisten terhadap obat, kerusakan struktur otak secara progresif, distress personal, kesulitan dalam proses rehabilitasi klien, cemas, ketidakpatuhan terhadap

pengobatan karena kurangnya pengetahuan dan efek samping dari pengobatan (Kazadi et al, 2008). Sedangkan dampak yang dilakukan pada keluarga dan masyarakat yaitu klien dapat merusak benda-benda di rumah, mencederai diri sendiri, mengancam dan bahkan sampai membunuh orang disekitarnya, termasuk tetangga, keluarga dan orang tua. Kondisi tersebut disebabkan rangkaian proses maladaptif, seperti gangguan isi pikir, gangguan proses pikir, dan gangguan persepsi. Penanganan intensif berbagai tenaga kesehatan diperlukan untuk menangani klien gangguan jiwa, khususnya yang berada dalam keluarga.

Dalam sebuah penelitian yang ditulis dalam *The Hongkong Medical Diary* bahwa studi naturalistik telah menemukan tingkat kekambuhan pada klien skizofrenia khususnya perilaku kekerasan adalah 70%-82% hingga lima tahun setelah klien masuk rumah sakit pertama kali dan masing-masing memiliki potensi kekambuhan 21%, 33%, dan 40% pada tahun pertama, kedua, dan ketiga yang kembali dirawat inap. Secara global angka kekambuhan pada pasien gangguan jiwa ini mencapai 50% hingga 92% yang disebabkan karena ketidakpatuhan dalam berobat maupun karena kurangnya dukungan dan kondisi kehidupan yang rentan dengan meningkatnya stress (Sheewangisaw, 2012). Dari pernyataan tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa angka kekambuhan pada klien skizofrenia secara global memiliki persentase tertinggi.

Menurut penelitian Keliat (2006) ditemukan bahwa angka kekambuhan

pada klien tanpa terapi keluarga sebesar 25-50% sedangkan angka kekambuhan pada klien yang diberikan terapi keluarga 5-10%. Seperti yang disampaikan oleh Iyus (2007) dalam seminar tentang kesehatan jiwa masyarakat bahwa klien dengan diagnosa skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua dan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit karena mendapatkan perlakuan yang salah selama di rumah atau di masyarakat. Jadi peran keluarga sangat penting dalam proses kesembuhan klien dirumah setelah pulang dari rumah sakit jiwa, berdasarkan penelitian tersebut tindakan yang dilakukan kepada keluarga mengurangi angka kekambuhan pada klien untuk dirawat kembali.

Berdasarkan data rekam medik angka kunjungan ke instalasi rawat jalan terus meningkat, pada tahun 2012 adalah 24.575, 2013 adalah 25.570 dan pada tahun 2014 adalah 26.970. Sedangkan untuk skizofrenia menempati urutan pertama untuk diagnosa medis baik untuk rawat jalan maupun rawat inap pada tahun 2015 sebanyak 20188 orang dengan angka klien lama yang berkunjung kembali (kambuh) sebanyak 18.313 orang. Ditemukan sebanyak 52.5% pasien gangguan perilaku kekerasan merupakan pasien kambuh yang dirawat kembali diruang rawat inap RSJ. Prof. HB. Saanin Padang.

Menurut data kunjungan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan kota padang pada tahun 2014 jumlah kunjungan rawat jalan pada pasien skizofrenia dan gangguan psikotik kronik lainnya (L:403, P: 183 = 585 orang) dan data kunjungan pada tahun 2015 sebanyak : 666 orang pasien (L

dan P), data ini merupakan data kunjungan terbanyak pada puskesmas Nanggalo kota padang pada tahun 2015.

Berdasarkan hasil wawancara kepada tenaga perawat yang ada di rumah sakit jiwa Prof. HB. Saanin Padang, bahwa pada saat klien perilaku kekerasan dirawat di rumah sakit asuhan yang didapatkan adalah asuhan keperawatan generalis (intervensi) yaitu fisik, obat, sosial dan spiritual sedangkan untuk asuhan keperawatan kepada keluarga itu belum dijalankan secara maksimal dikarenakan keluarga berkunjung ke rumah sakit hanya sesekali, dan perawat hanya mempertemukan keluarga dengan klien, setelah pasien pulang perawatan klien di rumah dilakukan dipelayanan kesehatan yang terdekat.

Hasil wawancara yang dilakukan dengan perawat jiwa di beberapa puskesmas didapatkan yaitu pelaksanaan asuhan keperawatan untuk klien dan keluarga itu tidak dilaksanakan dikarenakan beban kerja perawat jiwa tidak hanya pada bagian jiwa saja, melainkan perawat ditugaskan di poliklinik yang lain seperti: BP umum, pelayanan lansia dan IGD, untuk pelayanan keperawatan jiwa kepada klien dan keluarga hanya untuk kontrol berobat dan pemberian obat rutin apabila obat yang dikonsumsi sudah habis, setelah itu perawat tidak ada melakukan kunjungan kepada keluarga dan anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang berada di wilayah kerja puskesmas dan juga di beberapa puskesmas untuk poliklinik jiwa itu sendiri tidak ada (gabung dengan poliklinik umum).

Penelitian akan dilakukan kepada klien yang pulang dari RS Jiwa HB. Saanin Padang yaitu di puskesmas Nanggalo. Puskesmas Nanggalomerupakan salah satu puskesmas yang ada dikota Padang dibawah naungan dinas kesehatan kota yang bertujuan untuk pertolongan pertama pada klien gangguan jiwa, yang dibuktikan dengan sudah ada tenaga keperawatan yang dilatih dalam program *Community Mental Health Nursing* (CMHN), yaitu kesehatan jiwa dimasyarakat dan pelayanan pada klien gangguan jiwa di puskesmas.

Hasil wawancara yang dilakukan dengan perawat jiwa di puskesmas Nanggalo Padang yaitu untuk pelaksanaan asuhan keperawatan kepada klien dan keluarga tidak dilaksanakan dikarenakan beban kerja perawat jiwa tidak hanya pada bagian poliklinik jiwa saja, melainkan perawat ditugaskan di BP umum dan IGD, untuk pelayanan keperawatan jiwa kepada klien dan keluarga hanya untuk kontrol berobat dan pemberian obat rutin apabila obat yang dikonsumsi sudah habis, setelah itu perawat tidak ada melakukan kunjungan kepada keluarga dan anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang berada diwilayah kerja puskesmas. Oleh sebab itu angka kekambuhan tinggi di puskesmas Nanggalo dikarenakan belum adanya rujukan dari rumah sakit jiwa ke puskesmas untuk menindaklanjuti kemampuan klien yang telah didapatkan selama dirawat dirumah sakit.

Survey awal yang peneliti lakukan pada tanggal 16 April 2016 di wilayah kerja puskesmas Nanggalo Padang yang dilakukan wawancara terhadap 10

klien dan keluarga dengan respon klien dan kemampuan keluarga pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yaitu 6 orang keluarga mengatakan masih terdapat respon klien dengan perilaku kekerasan yaitu kognitif (rusuh, pemarah, bawel, gangguan bicara, mengancam, berkata kotor), afektif (mudah tersinggung, wajah tegang, dendam dan suka menyalahkan), fisiologis (kalau marah rahang dikatu, tangan dikepal, tubuh kaku), perilaku (menyerang orang lain, merusak lingkungan, nada suara keras), sosial (menarik diri, bicara kasar, keras dan mengasingkan diri) dan keluarga mengatakan belum bisa merawat klien saat dirumah karena belum adanya kemampuan yang dilakukan kepada anggota keluarganya yaitu: klien hanya dibiarkan saja, minum obat tergantung klien, banyak biaya untuk berobat sedangkan uang tidak ada untuk pergi ke pelayanan kesehatan. Sedangkan 4 orang keluarga hanya merawat klien dirumah yaitu disuruh beraktivitas sesuai kemauan, diperhatikan dalam minum obat dan habis obat.

Sedangkan 6 orang klien dan keluarga mengatakan pada saat klien dirawat hanya mendapatkan tindakan keperawatan generalis oleh perawat dan mahasiswa dan keluarga tidak ada mendapatkan pendidikan dan asuhan keperawatan oleh perawat dirumah sakit untuk persiapan pasien pulang dirumah, begitu juga dipuskesmas klien dan keluarga hanya kontrol berobat tidak ada mendapatkan asuhan keperawatan jiwa baik klien maupun keluarga.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti memfokuskan penelitian pada pemberian psikoedukasi keluarga terhadap klien dan kemampuan klien perilaku kekerasan dan kemampuan keluarga dalam merawat di rumah, dengan demikian diharapkan dengan memberikan tindakan keperawatan generalis kepada klien perilaku kekerasan dan kemampuan klien perilaku kekerasan dan terapi psikoedukasi kepada keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat di rumah. Dan tidak menganggap bahwa kehadiran klien dengan perilaku kekerasan dalam keluarga dapat memicu masalah bagi keluarga sehingga menyebabkan pemberian perawatan pada klien tidak maksimal, mengingat bahwa keluarga merupakan pemberi perawatan utama yang dekat dan sering berinteraksi dengan klien.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka peneliti menyusun serangkaian rumusan masalah dalam penelitian ini, yaitu:

- 1.2.1 Asuhan keperawatan pada klien perilaku kekerasan di rumah sakit telah diberikan dan belum dilanjutkan ke puskesmas
- 1.2.2 Edukasi keluarga di rumah sakit dan di puskesmas belum dilaksanakan secara maksimal
- 1.2.3 Masih tingginya angka kekambuhan pada klien gangguan jiwa

Penelitian ini dilakukan pada klien yang pulang dari RS jiwa yaitu: mengecek kondisi perilaku kekerasan klien, melakukan tindakan keperawatan generalis untuk klien perilaku kekerasan, dan akan melakukan psikoedukasi kepada keluarga dengan anggota keluarga perilaku kekerasan

dengan mengingat kurang adanya pendidikan kesehatan jangka panjang pada klien perilaku kekerasan dan keluarga. Adapun pertanyaan dalam penelitian ini adalah:

- 1.2.1 Apakah ada pengaruh tindakan keperawatan generalis pada klien perilaku kekerasan di wilayah kerja puskesmas nanggalo padang
- 1.2.2 Apakah ada pengaruh tindakan keperawatan terhadap kemampuan klien perilaku kekerasan di wilayah kerja puskesmas nanggalo padang
- 1.2.3 Apakah ada pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat dirumah dengan anggota keluarga perilaku kekerasan di wilayah kerja puskesmas nanggalo padang
- 1.2.4 Apakah ada hubungan psikoedukasi keluarga terhadap klien dan kemampuan klien perilaku kekerasan dan kemampuan keluarga dalam merawat dirumah di wilayah kerja puskesmas nanggalo padang

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguraikan “Bagaimana Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap Klien dan Kemampuan Klien Perilaku Kekerasan dan Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Dirumah”.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1.3.2.1 Diketuahuinya karakteristik (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama klien pulang dari rumah sakit, frekuensi kekambuhan) pada klien dengan perilaku kekerasan di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo dan Kuranji Padang.
- 1.3.2.2 Diketuahuinya karakteristik (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan) pada keluarga dengan perilaku kekerasan di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo dan Kuranji Padang.
- 1.3.2.3 Diketuahuinya perilaku kekerasan pada klien di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo dan Kuranji Padang.
- 1.3.2.4 Diketuahuinya kemampuan pada klien perilaku kekerasan di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo dan Kuranji Padang.
- 1.3.2.5 Diketuahuinya kemampuan pada keluarga dengan anggota keluarga perilaku kekerasan di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo dan Kuranji Padang.
- 1.3.2.6 Diketuahuinya pengaruh psikoedukasi keluarga pada klien perilaku kekerasan, kemampuan klien perilaku kekerasandan kemampuan keluarga dalam merawat dirumah di rumah pada kelompok intervensi dan kontrol.
- 1.3.2.7 Diketuahuinya pengaruh psikoedukasi keluarga pada klien perilaku kekerasan, kemampuan klien perilaku kekerasan dan kemampuan keluargadalam merawat dirumah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Aplikatif**

- 1.4.3.1 Menambah wawasan dan pengetahuan perawat khususnya perawat spesialis jiwa dalam menerapkan psikoedukasi keluarga yang harus dilakukan oleh seorang spesialis jiwa.
- 1.4.3.2 Meningkatkan kemampuan klien terhadap respon perilaku kekerasan dan kemampuan keluarga dalam merawat.
- 1.4.3.3 Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa kepada klien dengan terapi generalis melihat respon dan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan.

#### 1.4.2 Manfaat Keilmuan

- 1.4.3.1 Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu kompetensi perawat spesialis jiwa dalam melakukan asuhan keperawatan
- 1.4.3.2 Hasil penelitian ini dapat menjadi *evidence based* untuk mengembangkan teori tentang psikoedukasi keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan perilaku kekerasan.

#### 1.4.3 Manfaat Metodologi

- 1.4.3.1 Secara metodologi penelitian ini dapat memberikan manfaat untuk mengaplikasikan teori dan terapi yang terbaik dalam meningkatkan kesehatan jiwa khususnya pada klien dan keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan dengan perilaku kekerasan.
- 1.4.3.2 Hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa lainnya.

