

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Gangguan jiwa adalah suatu kondisi yang ditandai oleh terganggunya fungsi psikologis, emosional, dan perilaku seseorang yang secara signifikan memengaruhi kemampuan individu dalam berinteraksi sosial, menjalankan peran dalam keluarga dan masyarakat, serta berpartisipasi dalam aktivitas produktif sehari-hari. Dalam konteks perkembangan zaman dan arus globalisasi yang begitu pesat, gangguan jiwa telah menjadi salah satu fenomena sosial yang kompleks dan perlu mendapatkan perhatian serius. Meskipun tidak secara langsung menyebabkan kematian, gangguan jiwa memberikan dampak besar terhadap kualitas hidup penderitanya, berupa ketidakmampuan, ketergantungan, dan hilangnya produktivitas. Hal ini pada akhirnya akan menambah beban ekonomi, sosial, dan emosional tidak hanya bagi individu yang mengalaminya, tetapi juga bagi keluarga dan masyarakat luas. Oleh karena itu, gangguan jiwa termasuk ke dalam empat masalah kesehatan utama yang menjadi prioritas di negara-negara maju dan berkembang, sejajar dengan penyakit degeneratif, kanker, dan kecelakaan (Hawari, 2018).

Skizofrenia merupakan suatu gangguan otak yang bersifat kronis, serius, dan melemahkan, yang ditandai dengan adanya gangguan dalam pola pikir, waham, delusi, gangguan persepsi kenyataan (RPK), serta perilaku yang tidak lazim atau katatonik, yang dapat berdampak pada menurunnya fungsi individu dalam menjalani kehidupan sehari-hari (Pardede & Laia, 2020). Gangguan jiwa ini, apabila tidak ditangani dengan tepat dan berkelanjutan, dapat menyebabkan penderita mengalami kesulitan dalam berinteraksi dengan lingkungan sosialnya, kehilangan kemampuan untuk merawat diri, serta dalam beberapa kasus dapat berujung pada risiko kehilangan nyawa akibat komplikasi yang ditimbulkan, baik secara langsung maupun tidak langsung (Pitayanti & Hartono, 2020).

Menurut WHO (2022), skizofrenia memengaruhi sekitar 24 juta orang di seluruh dunia, atau sekitar 1 dari 300 orang (0,32%), dan 1 dari 222 orang (0,45%) di antara orang dewasa. Kondisi ini lebih jarang dibanding gangguan mental lainnya. Gejala skizofrenia umumnya muncul pada akhir masa remaja hingga usia dua puluhan, dan cenderung terjadi lebih awal pada pria dibandingkan wanita. Gangguan ini sering menimbulkan tekanan dan gangguan signifikan dalam aspek pribadi, keluarga, sosial, pendidikan, dan pekerjaan. Menurut *National Institute of Mental Health* (NIMH), skizofrenia merupakan salah satu dari 15 penyebab utama kecacatan di dunia. Individu dengan skizofrenia memiliki risiko kematian dini dua hingga tiga kali lebih tinggi dibandingkan populasi umum, yang umumnya disebabkan oleh penyakit fisik seperti gangguan kardiovaskular, gangguan metabolik, dan infeksi. Selain itu, penderita skizofrenia juga cenderung mengalami gangguan fungsi sosial, kecemasan berat, serta peningkatan kecenderungan untuk melakukan bunuh diri, sehingga kondisi ini memerlukan perhatian dan penanganan yang komprehensif dan berkelanjutan (*National Institute of Mental Health*, 2019).

Pada tahun 2024, Kota Yogyakarta mencatat sebanyak 3.239 kasus gangguan jiwa dengan prevalensi sebesar 0,78%, di mana 1.285 kasus di antaranya tergolong sebagai Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ Berat) (Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 2024). Tingginya angka ini mencerminkan bahwa gangguan jiwa, khususnya ODGJ, masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius. Keberadaan ODGJ tidak hanya berdampak pada kualitas hidup individu, tetapi juga menimbulkan beban sosial dan ekonomi bagi keluarga serta lingkungan sekitarnya. Gangguan jiwa berat dapat menyebabkan ketergantungan jangka panjang, stigma sosial, penurunan produktivitas, dan meningkatnya kebutuhan layanan kesehatan. Oleh karena itu, meskipun angka prevalensi terlihat di bawah 1%, dampaknya sangat luas dan memerlukan perhatian lintas sektor untuk penanganan yang lebih efektif dan berkelanjutan. (Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 2024).

Bedasarkan data yang diperoleh dari Rumah Sakit Jiwa Grhasia tahun 2024 jumlah pasien schizopherenia (F20) dengan risiko perilaku kekerasan terdapat 3 pasien rawat jalan, paranoid schizopherenia (F20.0) dengan risiko perilaku kekerasan terdapat 3.574 pasien rawat jalan dan 213 pasien rawat inap. Hebepherenic schizopherenia (F20.1) dengan risiko perilaku kekerasan terdapat 18 pasien rawat jalan dan 3 pasien rawat inap. Undifferentiated schizopherenia (F20.3) dengan risiko perilaku kekerasan terdapat 5.201 pasien rawat jalan dan 487 pasien rawat inap. Residual schizopherenia (F20.5) dengan risiko perilaku kekerasan terdapat 749 pasien rawat jalan dan 3 pasien rawat inap. Other schizopherenia (F20.8) dengan risiko perilaku kekerasan terdapat 2 pasien rawat jalan dan yang terakhir schizopherenia, unspecified (F20.8) dengan risiko perilaku kekerasan terdapat 1 pasien rawat jalan.

Informasi yang didapatkan dari RSJ Grhasia pada tahun 2025 sampai dengan 31 januari 2025 data yang diperoleh pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan diantaranya adalah paranoid schizopherenia (F20.0) dengan risiko perilaku kekerasan terdapat 255 pasien rawat jalan dan 16 pasien rawat inap. Hebepherenic schizopherenia (F20.1) dengan risiko perilaku kekerasan terdapat 2 pasien rawat jalan. Undifferentiated schizopherenia (F20.3) dengan risiko perilaku kekerasan terdapat 4 pasien rawat jalan. Residual schizopherenia (F20.5) dengan risiko perilaku kekerasan terdapat 393 pasien rawat jalan dan 44 pasien rawat inap.

Risiko perilaku kekerasan merupakan suatu spektrum emosi dan ekspresi kemarahan yang dapat muncul dalam bentuk verbal maupun fisik. Jika tidak ditangani dengan baik, hal ini dapat berujung pada konsekuensi yang serius, termasuk melukai diri sendiri dengan tindakan bunuh diri, mencederai orang lain, serta merusak lingkungan sekitar (Pardede dan Hulu, 2019). Ada beberapa faktor predisposisi yang dapat menyebabkan perilaku kekerasan, antara lain aspek psikologis, perilaku, sosial budaya, dan bioneurologis. Sementara itu, faktor presipitasi dapat berasal dari klien itu sendiri, lingkungan, serta interaksi dengan orang lain. Beberapa penyebab perilaku kekerasan meliputi kelemahan fisik (seperti penyakit), keputusan, ketidakberdayaan, dan kurangnya rasa percaya

diri (Afnuhazi, 2015). Dikutip dari penelitian sebelumnya persentase pasien skizofrenia dengan tanda gejala Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali, sebuah studi tahun 2022 menemukan bahwa 93,8% dari 32 pasien skizofrenia berada dalam kategori risiko perilaku kekerasan intensif II (Rikayanti, 2022). Namun, penelitian lain di rumah sakit yang sama pada tahun 2023 dengan 35 pasien skizofrenia menunjukkan bahwa 60% berada dalam kategori risiko perilaku kekerasan intensif I, 37,1% dalam kategori intensif II, dan 2,9% dalam kategori intensif III (Shintiawati, 2023).

Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan antara lain ekspresi wajah marah dan tegang, tatapan tajam, tangan yang mengepal, rahang yang mengatup, dan perilaku mondar-mandir. Dampak yang dapat ditimbulkan oleh individu yang mengalami risiko ini mencakup kerugian bagi diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar. Oleh karena itu, penanganan yang tepat terhadap risiko perilaku kekerasan sangatlah penting untuk meminimalkan dampak tersebut (Pardede dan Hulu, 2019). Proses penyembuhan bagi penderita perilaku kekerasan biasanya memerlukan waktu yang cukup lama, serta memerlukan komitmen pasien untuk menjalani program pengobatan dalam rutinitas sehari-hari. Ketidapatuhan dalam menjalani pengobatan dapat menyebabkan pasien mengalami kekambuhan.

Penatalaksanaan keperawatan bagi pasien dengan gangguan jiwa yang menunjukkan perilaku kekerasan melibatkan beberapa pendekatan, antara lain terapi psikofarmaka, terapi aktivitas kelompok, dan manajemen perilaku kekerasan. Manajemen ini mencakup aspek fisik, verbal, spiritual, dan penggunaan obat-obatan. Pengelolaan perilaku kekerasan verbal pada individu dengan gangguan jiwa dilakukan melalui penerapan tindakan asertif yang terbukti mampu meningkatkan efektivitas intervensi (Nurhalimah, 2016). Penanganan skizofrenia memerlukan pendekatan yang komprehensif, meliputi terapi farmakologis dengan pemberian antipsikotik, terapi psikososial melalui berbagai metode rehabilitasi, serta konseling untuk meningkatkan kesadaran dan penerimaan terhadap kondisi yang dialami. Pendekatan ini bertujuan membantu individu dalam pemulihan fungsi serta adaptasi yang lebih baik dalam kehidupan sehari-hari. Salah satu aspek penting dalam penanganan skizofrenia adalah keterlibatan keluarga dan masyarakat.

Dukungan dari lingkungan sekitar, terutama keluarga, berperan krusial dalam menjaga stabilitas kondisi penderita, mencegah kekambuhan, dan meningkatkan kualitas hidup mereka secara menyeluruh (Pitayanti & Hartono, 2020).

Meskipun terdapat berbagai intervensi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk menangani perilaku kekerasan, seperti manajemen kemarahan, terapi realitas, atau pembatasan fisik, pemilihan tindakan asertif dalam penelitian ini didasarkan pada pendekatan Evidence Based Nursing (EBN) yang menekankan pentingnya penggunaan intervensi berbasis bukti ilmiah yang relevan dan efektif. Tindakan asertif merupakan salah satu strategi terapi yang terbukti efektif dalam melatih kemampuan komunikasi interpersonal dan regulasi emosi dalam berbagai situasi. Strategi ini tidak hanya meningkatkan kemampuan perawat dalam menghadapi klien yang berpotensi melakukan kekerasan, tetapi juga memberdayakan klien untuk mengekspresikan kemarahan secara sehat dan adaptif (Wahyuningsih, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Nabilah dkk. (2022) menunjukkan bahwa implementasi tindakan asertif pada pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan mampu memberikan hasil yang positif dalam mengelola ekspresi kemarahan. Meskipun demikian, hasil yang diperoleh menunjukkan variasi pada masing-masing klien, yang mengindikasikan bahwa keberhasilan terapi sangat bergantung pada karakteristik individu. Oleh karena itu, tindakan asertif dinilai sebagai salah satu intervensi potensial yang dapat disesuaikan secara fleksibel dengan kebutuhan klien. Penggunaan pendekatan EBN dalam pemilihan intervensi ini memberikan dasar ilmiah yang kuat, serta meningkatkan efektivitas terapi melalui penerapan praktik keperawatan yang teruji dan berbasis bukti.

Alasan peneliti menggunakan terapi asertif dipilih untuk pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan karena dapat membantu mereka mengelola emosi dan mengekspresikan perasaan dengan cara yang lebih adaptif. Pasien skizofrenia sering mengalami kesulitan dalam mengontrol impuls dan mengekspresikan kemarahan, yang dapat meningkatkan risiko perilaku agresif. Melalui terapi asertif, mereka diajarkan keterampilan komunikasi yang lebih efektif, sehingga dapat menyampaikan kebutuhan dan ketidaknyamanan tanpa menggunakan kekerasan.

Penelitian sebelumnya mengenai efektifitas terapi asertif pada pasien skizofrenia dengan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) sebuah studi kuasi-eksperimental dengan desain pre-post test dan kelompok kontrol melibatkan 32 responden. Hasilnya, 93,8% dari kelompok intervensi menunjukkan penurunan perilaku kekerasan yang signifikan setelah menerima pelatihan asertivitas, dengan nilai  $p = 0,008$  ( $p < 0,05$ ) (Lelono dkk., 2023).

Hasil dari studi pendahuluan melalui data primer pada tanggal 16 Desember 2024. Prevalensi jumlah kasus yang mengalami risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dari sekitar 15 pasien terdapat 10 pasien dengan risiko perilaku kekerasan berat dan 5 risiko perilaku kekerasan ringan. Risiko perilaku kekerasan ringan ditandai dengan ekspresi kemarahan yang masih dapat dikendalikan, seperti ancaman verbal atau tindakan agresif ringan tanpa niat mencederai, serta masih dapat diajak berkomunikasi untuk menenangkan diri. Sementara itu, risiko perilaku kekerasan berat melibatkan hilangnya kontrol diri, ancaman serius, atau tindakan fisik yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain, serta sulitnya intervensi verbal untuk meredakan situasi. Dalam melakukan komunikasi asertif selama studi pendahuluan hanya kendala waktu karena waktu yang didapatkan terbatas, dimana pasien harus berkegiatan, makan, dan tidur semua sudah dijadwalkan, dan apabila pasien yang merasa bosan dengan pertanyaan yang diberikan. Peneliti melakukan pendekatan dan dengan cara membuat janji temu dan menjelaskan tujuan yang akan dilakukan, menjalin hubungan sebelum melakukan implementasi. Inovasi yang peneliti lakukan adalah Inovasi yang dilakukan peneliti adalah mengajak pasien untuk mendeskripsikan pengalaman sehari-harinya dimana saat pasien sedang berkegiatan diluar seperti berkebun, peneliti melakukan pendekatan dan bercerita dengan pasien sebelum melakukan implementasi lanjutan.

Dapat disimpulkan dari uraian diatas terkait peran penting keperawatan dalam penatalaksanaan pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK), peniliti mengamati dari konteks tinjauan yang telah dilakukan, penelii merasa tertarik untuk mengeksplorasi topik dengan judul ‘‘Penerapan Latihan Komunikasi Asertif

Dalam Mengurangi Intensitas Marah Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan’.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana penerapan latihan komunikasi asertif dalam mengurangi intensitas marah pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Grhasia.

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui penerapan latihan komunikasi asertif dalam menangani ekspresi marah pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Grhasia.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mendeskripsikan pengkajian pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
- b. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
- c. Mendeskripsikan perencanaan tindakan keperawatan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
- e. Mendeskripsikan evaluasi tindakan asuhan keperawatan pada dengan risiko perilaku kekerasan.

## **D. Manfaat**

### **1. Teoritis**

Intervensi ini diharapkan dapat menambah informasi tentang asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan dengan mengimplimentasikan komunikasi asertif.

### **2. Praktis**

#### **a. Bagi Rumah Sakit Jiwa**

Hasil penelitian dapat memberikan kontribusi bagi rumah sakit jiwa khususnya di bidang keperawatan jiwa dalam menerapkan tindakan komunikasi asertif pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

#### **b. Bagi Pasien Risiko Perilaku Kekerasan**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan gambaran bagi pasien untuk mengontrol marahnya melalui komunikasi asertif.

**c. Bagi Keluarga Pasien**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi keluarga pasien dalam mendukung kesembuhan pasien.

**E. Teknik pengumpulan data**

**1. Data Primer**

Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui observasi langsung dan wawancara mendalam dengan pasien dan keluarganya. Observasi meliputi pengamatan kondisi pasien, pemantauan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, serta evaluasi lingkungan sekitar pasien. Wawancara dengan pasien bertujuan untuk mengkaji keperawatan dan memahami pengalaman serta perasaan pasien. Selain itu, wawancara dengan keluarga pasien juga dilakukan untuk memperoleh informasi yang lebih lengkap dan akurat tentang kondisi pasien, sehingga data yang dikumpulkan lebih komprehensif dan faktual. Wawancara dengan keluarga pasien dilakukan bersamaan dengan meminta tanda tangan persetujuan penelitian, peneliti mendatangi kediaman keluarga pasien yang bertanggung jawab.

**2. Data Sekunder**

Data sekunder berupa rekam medis dalam bentuk elektronik dan rekam medis dalam bentuk buku. Rekam medis bertujuan untuk melihat status kesehatan pasien dari sebelumnya hingga penyakit terkini, selain itu penulis mengambil data terkait obat yang dikonsumsi beserta pemeriksaan penunjang.