

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan hal yang terpenting atau impian setiap manusia untuk terhindar dari berbagai penyakit yang bertujuan agar dapat menjalankan aktifitas dengan baik dan lancar. Setiap manusia menginginkan kehidupan yang lebih layak salah satunya di era sekarang, manusia yang mempunyai kebutuhan dan fasilitas yang cukup justru pikiran dan tindakannya kacau dan dapat berdampak pada masalah kejiwaanya (Mugiarto & Nugroho 2018). Setiap tahunnya terjadi peningkatan orang yang terkena gangguan jiwa yang disebabkan oleh berbagai faktor, baik dalam diri individu maupun dari luar individu dan dari lingkungan. Namun ketidaksiapan seorang individu menerima kehidupan di era sekarang dapat berdampak pada gangguan jiwa yang secara terus menerus mendapatkan desakan berlebih akibat dari konflik dan rangkaian ekonomi yang berkepanjangan dapat memunculkan stress yang berdampak pada kesehatan mental. Kesehatan mental merupakan suatu hal memang yang harus diperhatikan dalam masalah kesehatan, Kesehatan mental merupakan keadaan individu yang mampu mengembangkan kemampuan secara fisik, mental, spiritual dan sosial serta dapat mengatasi masalah secara baik dan berperan serta didalam masyarakat (Hothasian, Suryawati, Fatmasari 2019).

Angka prevalensi gangguan jiwa di dunia menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2017 pada umumnya yang sering terjadi pada gangguan mental adalah gangguan kecemasan dan gangguan depresi. Depresi merupakan penyebab terbesar kecacatan di seluruh dunia. Diperkirakan 4,4 % dari populasi secara menyeluruh menderita gangguan depresi, dan 3,6% dari gangguan kecemasan. Jumlah penderita depresi semakin meningkat lebih dari 18% antara tahun 2005 dan 2015. Bahkan lebih dari 80% orang-orang yang berpenghasilan rendah dan menengah lebih rentan terkena penyakit gangguan jiwa (WHO, 2017 diambil dari Hartani 2018). Pada laki-laki ada 12 juta jiwa orang mengalami gangguan jiwa sedangkan pada perempuan terdapat 9 juta jiwa, dapat disimpulkan

bahwa laki-laki lebih rentan terkena penyakit gangguan jiwa. Hal ini dapat diperkuat oleh Westly 2010 bahwa laki-laki cenderung lebih mudah marah dibandingkan wanita karena sejak masih didalam kandungan ada pengaruh hormon testosteron terhadap perkembangan otak pada bayi (Wesly 2010 diambil dari Saputri 2016).

Angka prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia menurut Riskesdas tahun 2018 adalah 1,7 per mil atau 7%. Gangguan jiwa berat terbanyak yaitu di DIYogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali dan termasuk Jawa Tengah juga banyak yang mengalami gangguan jiwa berat. Dari seluruh penduduk Indonesia di Jawa Tengah adalah 9,8% mengalami gangguan jiwa emosional. (Hothasian et.,al 2018). Jumlah penderita gangguan jiwa menurut Data Dinas Kesehatan Jawa Tengah dari tahun ke tahun terus meningkat dan menyebutkan jumlah penderita gangguan jiwa pada tahun 2013 adalah 121.962 jiwa. Sedangkan pada tahun 2014 jumlahnya bertambah menjadi 260.247 orang dan pada tahun 2015 bertambah menjadi 317.504 (Wibowo 2016 diambil dari Hartanti 2018). Meningkatnya gangguan kesehatan di masyarakat menjadikan tantangan bagi kesehatan khususnya keperawatan (Keliat et., al 2011 diambil dari Triyani 2019). Dan kurangnya pemenuhan fasilitas dan pelayanan kesehatan yang cukup menjadi salah satu faktor munculnya gangguan jiwa berat di Indonesia khususnya di Jawa Tengah (Pinilih, Astuti, Amin 2015).

Rekapitulasi data tahun 2019 dirumah sakit jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang, terhitung jumlah pasien dengan gangguan jiwa total mencapai 749 jiwa dalam 22 wisma. Sedangkan untuk tujuh diagnosa tertinggi di rekam medik rumah sakit jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang, meliputi pasien halusinasi 386 ,pasien resiko perilaku kekerasan 84 jiwa, pasien defisit perawatan diri 63 jiwa, pasien perilaku kekerasan 60 jiwa, pasien harga diri rendah 51 orang, pasien waham 43 jiwa dan pasien isolasi sosial mencapai 28 jiwa. Diagnosa pasien resiko perilaku kekerasan menempati urutan pertama dalam rekam medik rumah sakit jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

Salah satu gangguan jiwa yang umum terjadi adalah perilaku kekerasan. Tingginya angka pasien perilaku kekerasan disebabkan oleh berbagai faktor, dimana terdapat dua faktor penyebab resiko perilaku kekerasan yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi, didalam faktor presipitasi terdapat stressor yang dapat menjadi pencetus terjadinya resiko perilaku kekerasan (Direja 2017). Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Dermawan & Rusdi 2013). Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang bersifat kasar dengan disertai marah serta adanya upaya dorongan untuk melakukan tindakan dalam bentuk kasar tetapi masih dapat terkontrol (Yosep 2009 diambil dari Saputri 2015).

Gangguan kesehatan jiwa termasuk pada pasien resiko perilaku kekerasan disebabkan oleh banyak hal termasuk lingkungan sosial yang semakin keras dan menjadi penyebab meningkatnya jumlah masyarakat yang mengalami gangguan kejiwaan salah satunya kondisi lingkungan, kondisi fisik, gaya hidup dan tidak adanya dukungan sosial dapat dipengaruhi oleh stressor dan mekanisme koping yang tidak baik yang dapat menyebabkan reaksi emosional yang berdampak menjadi kecemasan. Gangguan kecemasan terjadi sekitar 2-4% dari seluruh penderita kecemasan, yaitu pada wanita lebih sering terjadi dibandingkan pada pria. (Katona, Cooper, Robertson 2012). Kecemasan merupakan perasaan kekhawatiran yang serius dan berkepanjangan, tetapi tidak mengalami gangguan dalam menilai kebenaran, masih tetap baik, kepribadiannya masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas yang wajar. Adapun dampak negatif dari kecemasan ialah rasa kekhawatiran yang berlebihan tentang suatu masalah yang muncul secara jelas ataupun secara terpendam. (Manarung 2016). Maka diperlukan adanya upaya untuk mengontrol kecemasan agar tidak dapat berdampak negatif pada penderita, selain diberikan tindakan asuhan keperawatan secara komprehensif maka diperlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistik, yaitu mencakup fisik, psikologik, psikososial dan psikoreligius (Hawari dalam yosep 2014 diambil Alifudin 2016). Menggunakan strategi

pelaksanaan dapat menjadi salah satu cara wadah dalam melaksanakan komunikasi terapeutik pada pasien. Terdapat lima strategi pelaksanaan pada pasien resiko perilaku kekerasan salah satunya pada strategi pelaksanaan yang keempat yaitu latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual (Dermawan & Rusdi 2013).

Pendekatan spiritual berupaya untuk mempertahankan kepatutan pada dunia luar serta mempertahankan kekuatan ketika sedang menghadapi stress emosional, sakit fisik atau kematian (Hamid 2008 diambil dari Alifudin 2016). Salah satu penanganan kecemasan secara non farmakologis adalah Terapi Murrotal, Terapi murottal merupakan terapi bacaan Al-Qur'an yang merupakan terapi kepercayaan dimana seseorang dibacakan ayat-ayat Al-Qur'an selama kurang lebih dalam hitungan menit sehingga dapat memberikan dampak positif anggota tubuh seseorang (Hidayah, Maliya, Budinugroho 2013). Dalam bidang kedokteran dewasa ini telah dilakukan berbagai penelitian. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Ahmad al-Qadhani pengaruh ayat-ayat al-Qur'an terhadap kondisi fisiologis manusia juga membuktikan bahwa al-qur'an dapat menurunkan ketegangan urat saraf (Badri 1995 diambil dari Mar'ati 2016). Al- Qur'an dapat mengubah pikiran dan tingkah laku manusia menjadi lebih serta dapat memberikan petunjuk dan menjadikan manusia menjadi lebih baik. Dengan bacaan ayat-ayat al-Qur'an seorang muslim, Al-Qur'an dapat dijadikan sebagai terapi relaksasi karena dapat memunculkan gelombang delta di sebesar 63.11 % dari terapi musik. Pengaruh umum yang dirasakan orang-orang pada penelitiannya adalah penurunan depresi , kesedihan, memperoleh ketenangan jiwa, dan menangkal berbagai macam penyakit (Purwanto, 2008; Anwar; 2010; Al-Kaheel, 2011 diambil dari Hidayah:2013).

Terapi murottal dapat dijadikan sebagai salah satu strategi pelaksanaan pada pasien resiko perilaku kekerasan selanjutnya, dimana sudah dilaksanakan strategi pelaksanaan sebelumnya. Masalah gangguan jiwa resiko perilaku kekerasan tidak bisa dianggap remeh, perlu adanya tindakan dan kerja sama untuk mengatasi pasien resiko perilaku kekerasan. Dengan menggunakan strategi pelaksanaan yang

keempat diharapkan pasien resiko perilaku kekerasan dapat mengontrol kecemasannya. Berdasarkan latar belakang diatas serta tingginya angka prevalensi pada pasien resiko perilaku kekerasan pada rumah sakit jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang, maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah studi kasus dengan judul “ Penerapan Prosedur Terapi Murottal Asmaul Husna Dalam Mengontrol Tingkat Kecemasan Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah respon dua pasien resiko perilaku kekerasan setelah dilakukan Terapi Murottal Asmaul Husna ?

1.3 Tujuan Studi Kasus

Menggambarkan penerapan Terapi Murottal Asmaul Husna pada respon dua pasien resiko perilaku kekerasan yang diberikan Terapi Murottal Asmaul Husna?

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1. Bagi Pasien

Meningkatkan kemampuan pasien untuk bisa mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan Terapi Murottal Asmaul Husna.

1.4.2. Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Keperawatan

Manfaat perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan adalah menambah pengetahuan tentang metode Penerapan Terapi Murottal Asmaul Husna yang dapat digunakan perawat dalam menangani pasien dengan gangguan jiwa resiko perilaku kekerasan.

1.4.3. Penulis Berikutnya

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam menerapkan studi kasus pada gangguan jiwa resiko perilaku kekerasan dengan Terapi Murottal Asmaul Husna dan memperoleh pengalaman dalam melaksanakan Penerapan Terapi Murottal Asmaul Husna dalam asuhan keperawatan tersebut.