



Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. S dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Tak Terinci Diruang Gatotkaca RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah

Naely Nur Ilahi ¹, Slamet Wijaya ², Esti Nur Janah ³, Titi Sri Suyanti ⁴

^{1,2,3,4} Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes, Indonesia

Abstract. Health is an optimal body condition in terms of physical, mental and well-being aspects of life, where individuals are able to live a productive life both individually, socially and economically (Oktavilantika et al., 2023). Mental health according to WHO does not only indicate the absence of mental disorders in the form of changes in thoughts, feelings and behavior that cause inability to carry out activities, but also the presence of positive character that shows the normality of a person's soul so that he is able to carry out his daily life productively. Schizophrenia itself is a serious mental disorder that causes decline or even inability to communicate, cognitive impairment, and difficulty in carrying out daily activities. (Risal et al., 2022 & Afeanpah et al., 2022).

Keywords: Nursing Care, Risk of Violent Behavior, Schizophrenia

Abstrak. Kesehatan merupakan kondisi tubuh optimal baik dalam aspek fisik, mental, dan kesejahteraan kehidupan, dimana individu mampu menjalani kehidupan yang produktif baik secara individual, sosial, maupun ekonomi (Oktavilantika et al., 2023). Kesehatan jiwa menurut WHO tidak hanya menunjukkan ketiadaan gangguan jiwa berupa perubahan pada pikiran perasaan dan perilaku yang menyebabkan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas, melainkan adanya karakter positif yang menunjukkan kenormalan jiwa seseorang sehingga dirinya mampu melakukan keseharian secara produktif. Skizofrenia sendiri merupakan gangguan jiwa berat yang menyebabkan penurunan bahkan ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan kognitif, serta kesukaran dalam melakukan kegiatan sehari-hari. (Risal et al., 2022 & Afeanpah et al., 2022).

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Resiko Perilaku Kekerasan, Skizofrenia

1. LATAR BELAKANG

Resiko perilaku kekerasan merupakan masalah keperawatan yang muncul akibat skizofrenia, hal ini menyebabkan perilaku yang susah untuk dikontrol sebagai respon marah ekstrim yang timbul karena merasakan ancaman atau ketakutan yang jika tidak segera diberi penanganan maka akan berlanjut kepada perilaku menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Khuzamah, 2023 & Erita et al., 2019). Presentase kasus Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Gatotkaca RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang selama 6 bulan terakhir berdasarkan data rekam medis ruangan menduduki peringkat kedua setelah halusinasi dengan Presentase 66%, Resiko Perilaku kekerasan sebanyak 32%, disusul oleh isolasi sosial yang hanya 2%.

Perawat perlu melakukan tindakan asuhan keperawatan terapeutik yang melibatkan hubungan antara perawat dengan klien atau keluarga klien sendiri, tindakan keperawatan tersebut dapat berupa tindakan keperawatan terapi aktivitas kelompok serta strategi pelaksanaan sesuai masalah pasien, yang bertujuan untuk membina hubungan sosial klien serta membantu proses penyembuhan klien. Perawat juga berperan sebagai

Received: Agustus 13 2024; Revised: Agustus 28, 2024; Accepted: September 19, 2024; Online Available: September 21, 2024;

Attitude Therapy, yaitu melihat dan mengawasi perubahan kecil yang sering dilakukan (Permani et al., 2023 & Risal et al., 2022)

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat di Ruang Gatotkaca Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Amino Gondohutomo mengenai penanganan pasien jiwa yaitu dengan melakukan terapi psikofarma, terapi aktifitas kelompok, rehabilitasi dan melakukan strategi pelaksanaan sesuai dengan masalah pasien dan melakukan *Electro Convulsif Therapi (ECT)*. Terapi kejang listrik atau *Electro Convulsif Therapi (ECT)* adalah bentuk terapi kepada pasien katatonia, depresi berat, skizofrenia dan *bipolar affective disorder (BPAD)*. Kombinasi antipsikotik dan ECT dianggap dapat meningkatkan efektivitas terapi. (Fitrikasari & Kartikasari, 2022)

2. KAJIAN TEORITIS

Konsep Dasar Skizofrenia

Skizofrenia yaitu sindroma klinik yang ditandai adanya psikopatologi berat yang beragam, mencakup aspek kognisi, emosi, persepsi serta perilaku. (Fitrikasari & Kartikasari, 2022)

Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan adalah tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, emosional, atau seksual baik bagi orang lain maupun diri sendiri. Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain mencakup tindakan yang bertujuan untuk menyakiti, seperti memukul, merusak barang-barang di rumah, atau bahkan membunuh. (Pongdatu et al., 2020)

Resiko perilaku kekerasan adalah respons emosional yang muncul sebagai akibat dari kecemasan atau ketakutan yang dirasakan sebagai ancaman, yang ditunjukkan melalui kemarahan ekstrem dan perilaku agresif seperti merusak barang atau melukai orang lain. (Erita et al., 2019)

Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Tak Terinci

Pengkajian yakni tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang meliputi pengumpulan data dan perumusan masalah. Data yang dikumpulkan yaitu data biologis, data psikologis, data sosial serta data spiritual. Ketika pengkajian data yang muncul pada pasien dengan perilaku kekerasan secara subjektif yaitu pasien mengatakan kesal, marah ataupun jengkel kepada orang lain. Sedangkan pengkajian

secara objektif terlihat dari emosi yang labil, pandangan mata yang tajam, tangan mengepal, mata melotot, suara keras dan juga kasar, atau bahkan sampai mengancam. (Ruswadi, 2021).

3. METODE PENELITIAN

Pengkajian

Ruang Rawat : Gatokaca

Tanggal Dirawat : 23-12-2023

1. Identitas Klien

Inisial Klien : Tn. S

Umur : 40 th

Informan : Pasien dan Ibu Pasien

Tanggal pengkajian : 08-01-2024

No. RM : 0018XXXX

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. P

Umur : 64 Th

Alamat : Sawahbesar V 07/03, Sawahbesar, Semarang

Pekerjaan : Pedagang

Hubungan dengan Klien : Ibu

3. Alasan Masuk

Klien masuk RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah pada tanggal 23 Desember 2023 dibawa oleh kepala desa, dengan keluhan marah-marrah, mengancam akan membunuh sambil membawa linggis, tidak mengenali anaknya sendiri, teriak-teriak sudah 1 minggu. Keluarga menanganinya dengan menghindari klien dan menyuruh klien tenang akan tetapi tidak ada hasilnya, kemudian kepala desa membawa klien ke RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. Dibuktikan dengan pernyataan klien:

“Dirumah saya marah-marrah , teriak-teriak”

“Saya cuma teriak-teriak, ngga memukul”

4. Faktor Predisposisi

a. Apakah pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

Data dari status klien Tn. S didapatkan klien pernah mengalami gangguan jiwa yang sama, dengan keluhan mengamuk dirumah memukul orang dan membanting barang

– barang. Riwayat rawat inap 8 kali dalam 10 tahun terakhir, terakhir dirawat 2 tahun yang lalu pada bulan September 2022. Dibuktikan dengan pernyataan klien :

“Saya sering dirawat disini ”

“Terakhir dirawat 2 tahun yang lalu karena mengamuk banting barang barang mba”

Dibuktikan dengan pernyataan ibu klien :

“Tn. S Sudah sering dirawat disini ”

“Dibawa kesini ya karena marah-marahnya itu, dulu pernah sampai mukul orang”

b. Bagaimana hasil pengobatan sebelumnya?

Klien mengatakan dirinya dulu kuliah kemudian dikeluarkan dari kampusnya karena menghamili perempuan, kemudian menikah dengan perempuan tersebut dan memiliki anak disabilitas, lalu tahun 2011 klien bercerai dengan istrinya.

Klien mengatakan selama dirumah jarang mengkonsumsi obat yang diberikan rumah sakit karena setelah meminum obat klien merasa mengantuk, sehingga klien sering marah-marah dan merasa gelisah. Dibuktikan dengan pernyataan klien :

“Saya jarang minum obat sejak 6 bulan lalu”

“Kalo minum obat jadi ngantuk , saya jadi ngga bisa kerja”

Dibuktikan dengan pernyataan ibu klien :

“Jarang minum obat makanya sering marah marah”

“Kalau disuruh minum obat susah ”

c. Perilaku Klien

1) Aniaya Fisik

Klien mengatakan pernah melakukan aniaya fisik kepada istrinya yaitu dengan menampar dan mendorong istrinya hingga jatuh. dibuktikan dengan pernyataan ibu klien :

“Anak saya kalo marah suka mukul istrinya ”

2) Aniaya Seksual

Klien mengatakan pernah menjadi pelaku aniaya seksual pada istrinya. Dibuktikan dengan pernyataan klien :

“dulu saya kuliah terus berhenti kuliah karena menghamili perempuan”

3) Penolakan

Klien mengatakan mendapat penolakan dari keluarga karena klien tidak mampu menafkahi keluarganya, klien juga mendapat penolakan dari lingkungannya

karena klien marah-marah dan mengancam, sehingga klien dihindari oleh keluarga dan lingkungannya. Dibuktikan dengan pernyataan klien :

“Saya tidak dihargai keluarga saya ”

“Saya seperti dihindari oleh tetangga saya ”

“Kalau saya ngajak ngobrol sering ditinggal pergi ”

4) Kekerasan dalam keluarga

Ibu klien mengatakan bahwa klien sering melakukan kekerasan pada istrinya ketika sedang marah yaitu dengan menampar istrinya. Dibuktikan dengan pernyataan ibu klien:

“Anak saya sering mukul istrinya kalo marah”

5) Tindakan kriminal

Klien mengatakan tidak pernah menjadi korban kejahatan, saksi maupun pelaku kriminal.

d. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

Berdasarkan wawancara yang dilakukan penulis kepada klien dan ibu klien, salah satu keluarga klien yaitu ayah klien pernah mengalami gangguan jiwa. Sebelum sakit ayah klien bekerja sebagai pedagang, dikarenakan ketidakmampuan ayah klien dalam mencukupi ekonomi keluarga, ayah klien sering melamun, berbicara sendiri dan ketawa-ketawa sendiri, tetapi ayah klien tidak pernah dirawat di pelayanan kesehatan. Klien dan ibu klien tidak mengetahui keadaan lebih lanjut karena ayah klien dan ibu klien sudah bercerai. Dibuktikan dengan pernyataan klien :

“Ayahnya juga suka ngomong-ngomong sendiri sama ketawa-ketawa sendiri ”

“sudah cerai dari anak saya masih kecil mba”

“ngga pernah dirawat dirumah sakit jiwa”

5. Faktor Presipitasi

Klien dirawat ke sembilan kalinya di RSJD dr. Amino Gondohutomo, klien masuk ke RSJD karena meminta uang kepada ibunya tetapi tidak diberikan, klien memiliki riwayat mengkonsumsi alkohol 1 tahun yang lalu .Dibuktikan dengan pernyataan klien :

“Saya minta uang ke ibu ngga dikasih”

6. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-tanda vital

TD : 131/78 mmHg

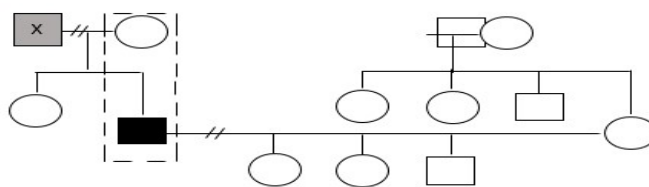
- N : 91x/menit
 RR : 20x/menit
 S : 37° C
- b. Ukur BB : 58 Kg
 TB : 160 cm

c. Keluhan Fisik

Pasien mengatakan tidak mengalami keluhan fisik.










7. Psikososial

Genogram



Skema 1 Genogram

Keterangan :

- | | | | |
|---|-------------------------|---|-------------------------|
|  | : Laki-laki |  | : Garis Perkawinan |
|  | : Perempuan |  | : Garis Keturunan |
|  | : Pasien |  | : Garis Perceraian |
|  | : Riwayat Gangguan Jiwa |  | : Garis Tinggal serumah |
| | |  | : Meninggal |

Klien adalah anak ke-2 dari 2 bersaudara, klien merupakan ayah bagi anak-anaknya, dirumah klien sebagai anak dari ibunya dan bekerja serabutan, komunikasi klien dengan keluarga kurang harmonis. Klien tinggal dengan ibunya, orang terdekat klien klien saat ini adalah ibunya. Ayah klien memiliki riwayat gangguan jiwa halusinasi.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian

Menurut Dedi (2019), pengkajian adalah tahap awal dalam pemberian asuhan keperawatan. Pada tahap ini, perawat pertama kali mengumpulkan data mengenai perilaku pasien sebagai sistem yang adaptif, kemudian mengaitkannya dengan model adaptasi yang mencakup adaptasi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Selanjutnya, perawat menganalisis perubahan dalam pola perilaku

pasien, baik respons adaptif maupun maladaptif, yang mungkin memerlukan dukungan dari perawat.

Menurut Fandro (2021), dalam proses pengkajian keperawatan jiwa, penting untuk menciptakan lingkungan yang nyaman agar pasien merasa aman saat berkomunikasi dengan perawat. Hal ini memudahkan perawat dalam mengumpulkan informasi dan membangun hubungan saling percaya. Ketika berinteraksi dengan pasien gangguan jiwa, perawat sebaiknya berbicara dengan cara yang wajar, menggunakan bahasa yang menghargai dan sopan, serta menggunakan pertanyaan terbuka agar pasien dapat mengungkapkan masalahnya dengan kata-katanya sendiri.

Penulis melakukan pengkajian pada hari Senin 9 Januari 2024 didapatkan data meliputi identitas pasien, keluhan utama/ alasan masuk, faktor predisposisi, faktor presipitasi, aspek fisik/ pemeriksaan fisik, aspek psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan, serta pengetahuan dan aspek medis. Pengkajian yang dilakukan penulis selaras dengan teori pengkajian asuhan keperawatan jiwa, dimana penulis mendapatkan informasi mengenai pasien melalui komunikasi yang baik serta penggunaan pertanyaan terbuka, sehingga pasien merasa dirinya didengarkan.

Pengkajian yang didapatkan penulis yaitu klien masuk RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah pada tanggal 23 Desember 2023 dibawa oleh kepala desa, dengan keluhan marah-marah, mengancam akan membunuh sambil membawa linggis, tidak mengenali anaknya sendiri, teriak-teriak sudah 1 minggu. Keluarga menanganinya dengan menghindari klien dan menyuruh klien tenang akan tetapi tidak ada hasilnya. Setelah dikaji lebih dalam, penyebab marah klien yaitu karena tidak diberikan uang oleh ibunya sehingga klien marah dan melampiaskannya dengan marah-marah dan mengancam untuk membunuh. Hal yang dilakukan klien berupa mengancam, agresif dan marah yang berlebih merupakan salah satu respon maladaptif yang terjadi ketika seseorang dihadapkan dengan stressor yang mengakibatkan dirinya ingin merusak, melukai, ataupun menghilangkan stressor tersebut. (Sulaiman, 2024)

Pada awal berkomunikasi dengan klien, tampak bahwa klien menunjukkan kegelisahan, sering memainkan jari-jarinya, serta mondar-mandir dan sulit untuk tenang. Gejala-gejala ini merupakan indikasi dari pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK), sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Linda (2023), yang menunjukkan bahwa pasien RPK sering mengalami kegelisahan, ekspresi wajah tegang, dan perilaku

mandar-mandir sebagai akibat dari ketidakmampuan tubuh untuk mengendalikan gerakannya akibat kemarahan.

Pengkajian yang di dapatkan dari ibu klien sama dengan klien, yaitu klien marah-marah karena tidak diberikan uang, mengancam ingin membunuh sambil membawa linggis, klien sampai tidak mengenali anaknya sendiri. Ibu klien juga mengatakan klien sudah jarang mengkonsumsi obat kurang lebih 6 bulan yang lalu, klien diingatkan untuk meminum obat tetapi tidak mau meminumnya. Klien juga memiliki riwayat dirawat di ruang Hudowo pada bulan september 2022 dengan keluhan yang sama.

Kondisi yang dialami oleh klien ini dikenal sebagai Relapse atau kekambuhan, situasi di mana klien mengalami gejala yang sama seperti sebelumnya sehingga memerlukan perawatan kembali. Kekambuhan ini sering terjadi pada pasien skizofrenia, dengan tanda yang paling jelas adalah peningkatan gejala positif. Salah satu faktor yang mempengaruhi kekambuhan adalah ketidakpatuhan dalam mengonsumsi obat. Ketidakpatuhan ini bisa berupa penolakan untuk minum obat, ketidakaturan dalam meminum obat, lupa meminum obat, atau minum obat tidak sesuai dengan aturan yang ditetapkan. (Kardiatun & Damayanti, 2023)

Selama pengkajian, penulis menghadapi beberapa kendala, antara lain pandangan pasien yang sering berpindah, kegelisahan yang sering muncul pada pasien, dan kebutuhan untuk mengulang pertanyaan karena pasien tiba-tiba diam. Meskipun pasien terbuka dalam komunikasi, percakapan sering kali menjadi berbelit-belit dan sirkumtansial, sehingga penulis membutuhkan waktu ekstra untuk memahami maksud pembicaraan pasien. Selain berbicara langsung dengan pasien, penulis juga mengkaji informasi dari ibu pasien dan perawat ruangan untuk memperoleh pemahaman lebih dalam tentang kondisi pasien sebelum dan selama dirawat di RSJ. Selain itu, penulis mengumpulkan data dari rekam medis pasien untuk mengetahui riwayat terapi yang telah diberikan serta riwayat kejiwaan pasien.

Masalah Keperawatan

Pengkajian yang dilakukan penulis memunculkan 4 masalah keperawatan yakni perilaku kekerasan, resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, serta ditemukan masalah keperawatan lainnya yaitu defisit perawatan diri : berhias. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Khuzaemah (2023).

Masalah utama yang dibahas penulis adalah risiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri. Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) dipilih sebagai fokus utama karena

tanda gejala yang muncul pada klien lebih jelas terkait dengan RPK dibandingkan masalah keperawatan lainnya. Selama wawancara, gejala yang teridentifikasi meliputi pandangan klien yang sering berpindah, kegelisahan, kemarahan, serta perilaku mondar-mandir. Klien juga sering mengganti posisinya selama wawancara dan mengaku sering teriak serta mengancam orang di sekitarnya saat marah. Penemuan ini konsisten dengan penelitian Linda (2023), yang menyatakan bahwa pasien RPK dengan riwayat mengancam orang lain sering kali disebabkan oleh ketidakmampuan mereka dalam mengendalikan amarah dengan baik.

Masalah keperawatan defisit perawatan diri diidentifikasi oleh penulis karena klien tampak kurang merawat dirinya, terlihat dari rambutnya yang acak-acakan dan panjang. Defisit perawatan diri ini muncul sebagai akibat dari skizofrenia yang dialami pasien, di mana pasien mengabaikan perawatan diri akibat stres berat yang tidak mampu ditangani sehingga pasien enggan merawat diri sendiri. Penelitian Baskara (2019) mendukung hal ini dengan menunjukkan bahwa 81,7% pasien skizofrenia memerlukan bantuan perawat untuk berdandan.

Penulis tidak menghadapi kendala signifikan dalam perumusan masalah karena masalah yang muncul pada pasien sesuai dengan teori yang ada. Sedangkan defisit perawatan diri ditegakkan karena pasien menunjukkan ketidakmampuan merawat diri, terutama dalam hal berhias. Tanda yang terlihat yaitu rambut pasien panjang dan acak-acakan, serta ketidakmampuan pasien untuk menggunakan alas kaki.

Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian langkah yang dilaksanakan dalam proses asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan tertentu dengan cara yang rasional. Rasional itu sendiri merujuk pada alasan ilmiah yang mendasari perlunya tindakan tersebut diambil. (Yusuf et al., 2023) Penelitian yang dilakukan oleh Keliat et al. (2019) mengidentifikasi tiga jenis tindakan keperawatan yang dapat diterapkan oleh perawat, yaitu: tindakan yang dilakukan langsung pada pasien, tindakan yang ditujukan untuk keluarga pasien, dan tindakan yang ditujukan kepada kelompok pasien.

Intervensi keperawatan untuk keluarga yang menghadapi risiko perilaku kekerasan utama melibatkan beberapa langkah penting. Pertama, menilai masalah pasien yang diketahui oleh keluarga selama proses perawatan. Kedua, menjelaskan definisi, penyebab, tanda dan gejala, serta bagaimana risiko perilaku kekerasan berkembang pada

pasien. Ketiga, mendiskusikan metode perawatan untuk risiko perilaku kekerasan dan memilih pendekatan yang sesuai dengan kondisi pasien. Keempat, melatih keluarga dalam merawat risiko tersebut, serta melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dalam mengurangi stres, sembari memberikan motivasi kepada pasien.

Selain itu, penting untuk menjelaskan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera, serta melakukan pemeriksaan rutin di fasilitas kesehatan. (Keliat et al., 2019)

Intervensi pasien dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan antara lain : SP 1 pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda-tanda, akibat marahnya dan mampu mengontrol marah dengan cara fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur, SP 2 pasien mampu mengontrol marah dengan cara minum obat, SP 3 pasien mampu mengontrol marah dengan cara verbal (meminta, menolak, mengungkapkan marah secara baik-baik), SP 4 pasien mampu mengontrol marah dengan cara spiritual.

Intervensi pada pasien dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri antara lain : SP 1 pasien mampu melakukan perawatan diri : mandi, SP 2 pasien mampu melakukan perawatan diri : berdandan, SP 3 pasien mampu melakukan perawatan diri : makan/minum yang baik, SP 4 pasien mampu melakukan perawatan diri : toileting dengan benar.

Intervensi pada pasien dengan masalah keperawatan harga diri rendah antara lain : SP 1 pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimilikinya dan mampu melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuannya, SP 2 pasien mampu melakukan kegiatan yang dipilih pasien sesuai kondisi dan kemampuannya.

Sedangkan intervensi pada kelompok pasien dilakukan terapi aktivitas kelompok : Stimulasi persepsi berupa 5 sesi sebagai berikut : sesi pertama yaitu mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, sesi 2 mencegah perilaku kekerasan secara fisik, sesi 3 mencegah perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara baik dan benar, sesi 4 mencegah perilaku kekerasan secara verbal, dan sesi terakhir yaitu mencegah perilaku kekerasan secara spiritual.

Penulis tidak mengalami hambatan dalam penyusunan rencana intervensi keperawatan karena susunan intervensi sesuai dengan format yang ditetapkan.

Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yakni serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan rencana yang telah dibuat. Rencana tersebut dibuat sesuai dengan kebutuhan pasien yang kemudian dilakukan sesuai dengan kondisi pasien pada saat itu. Tindakan keperawatan ini tidak hanya sebatas melibatkan perawat dengan pasien, tetapi melibatkan keluarga pasien serta tim kesehatan yang lain. (Pratama & Senja, 2022).

Tetapi sebelum tindakan keperawatan dilakukan, perawat harus memastikan kembali bagaimana keadaan pasien pada saat itu serta memvalidasi masalah pasien apakah sesuai dengan apa yang akan diimplementasikan oleh perawat atau tidak. Selain keadaan pasien, perawat juga perlu mengevaluasi dirinya sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, teknis, serta pengetahuan yang sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan. (Yusuf, 2015)

Pada implementasi keluarga, penulis mengkaji masalah pasien yang diketahui oleh keluarga selama merawat pasien, menjelaskan penyebab tanda gejala serta proses terjadinya resiko perilaku kekerasan yang dialami pasien, penulis tidak dapat melakukan implementasi selanjutnya karena penulis tidak memiliki waktu yang cukup untuk mengimplementasikan kepada keluarga pasien pada saat itu, sehingga penulis berkoordinasi kepada perawat jaga, Penulis melaksanakan 2 masalah keperawatan yaitu diagnosa pertama : risiko perilaku kekerasan, dan diagnosa kedua : defisit perawatan diri.

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan SP1 sampai dengan SP 3, yaitu teknik relaksasi napas dalam sambil memukul bantal, minum obat, dan juga mengungkapkan rasa marah secara baik. Pasien memahami cara mengontrol risiko perilaku kekerasan sehingga saat pertemuan berikutnya pasien mampu mempraktekannya apabila pasien sedang marah, pada SP 4 penulis tidak melakukannya karena keterbatasan waktu praktek dan penulis menyerahkan kepada perawat untuk melanjutkan SP sesuai yang telah direncanakan.

Teknik relaksasi nafas dalam sendiri yaitu teknik yang digunakan untuk melonggarkan ketegangan jasmani yang pada akhirnya juga melonggarkan ketegangan jiwa. Penelitian yang dilakukan oleh Aji et al., (2024) menunjukkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam terbukti dapat menurunkan marah pada pasien resiko perilaku kekerasan. Hal ini terjadi karena opioid endogen ataupun endorphen dan enkefalin terangsang pada saat melakukan tarik nafas dalam, sehingga hal ini dapat berpengaruh pada peningkatan konsentrasi serta penurunan emosi seseorang.

Pada diagnosa kedua, penulis melakukan SP 2, SP ini dilakukan selama 1 kali karena pasien mampu memahami secara kognitif, dibuktikan dengan pengamatan penulis ketika pasien mengetahui bagaimana cara mencukur rambut serta pasien juga mengetahui waktu yang tepat untuk mencukur rambut. Pada diagnosa kedua penulis tidak melakukan SP 1, SP 3 dan SP 4 karena pada pengkajian tidak terdapat adanya data defisit perawatan diri SP 1, SP 3 dan SP 4 pada pasien.

Sedangkan untuk implementasi pada kelompok pasien, penulis tidak melakukannya karena sesi yang ada pada implementasi kelompok sama dengan implementasi pada pasien, serta waktu penulis yang terbatas sehingga tidak cukup efisien untuk melaksanakan implementasi kelompok.

Implementasi keperawatan penulis pada pasien hanya menangani 2 masalah keperawatan, dikarenakan keterbatasan waktu dalam praktek penulis. Penulis mendapat kendala pada saat proses interaksi dengan pasien karena pembicaraan pasien yang sulit dipahami oleh penulis, sehingga penulis mencoba sesering mungkin berinteraksi dengan pasien agar mengetahui maksud dari pembicaraan pasien.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap dimana perawat menilai efek pasien setelah dilakukan tindakan, evaluasi sendiri terdiri dari evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif yaitu evaluasi proses yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi sumatif yaitu evaluasi hasil berupa membandingkan respons pasien dengan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. (Risal et al., 2022)

Diagnosa pertama yaitu risiko perilaku kekerasan, penulis melakukan SP1 sampai SP3, SP 1 yang diberikan tercapai (pasien kompeten) pasien memahami secara kognitif dan mampu mempraktekan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur, SP 2 pasien memahami secara kognitif dan mampu mengingat cara minum obat dengan baik dan benar serta mengetahui manfaat dari obat yang diminum, SP 3 pasien memahami secara kognitif, psikomotor dan afektif yaitu mampu mempraktekan cara mengontrol marah secara verbal.

Pada diagnosa kedua yaitu defisit perawatan diri penulis melakukan SP 2 sesuai intervensi yang sudah dibuat dan dapat tercapai (pasien kompeten) pasien memahami secara kognitif, dan mampu melakukan perawatan diri secara mandiri berupa mencukur rambut kemudian rencana tindakan yang belum dilakukan, penulis menyerahkan kepada perawat ruangan untuk dilanjutkan sesuai perencanaan tindakan keperawatan.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Asuhan keperawatan yang penulis berikan kepada Tn. S dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan akibat Skizofrenia Tak Terinci di ruang Gatotkaca RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah yang dilaksanakan pada tanggal 8-11 Januari 2024, dari hasil pelaksanaan tersebut penulis mendapatkan kesimpulan :

1. Pengkajian

Pengkajian yang didapatkan penulis yaitu klien masuk RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah pada tanggal 23 Desember 2023 dibawa oleh kepala desa, dengan keluhan marah-marah, mengancam akan membunuh sambil membawa linggis, tidak mengenali anaknya sendiri, teriak-teriak sudah 1 minggu. Keluarga menanganinya dengan menghindari klien dan menyuruh klien tenang akan tetapi tidak ada hasilnya. Selain dari pasien, penulis juga mengkaji ibu pasien serta perawat ruangan untuk mengetahui lebih jauh mengenai kondisi pasien sebelum dan selama dirawat di RSJ, Penulis juga mengumpulkan informasi dari data rekam medis pasien untuk mengetahui riwayat terapi yang pernah diberikan kepada pasien serta riwayat kejiwaan pasien. Pengkajian lebih dalam yang penulis lakukan, di dapatkan klien mengalami *relapse* atau kekambuhan akibat ketidakpatuhan dalam meminum obat sehingga klien kembali menjalani rawat inap ke sembilan setelah terakhir di rawat inap 2 tahun yang lalu yaitu pada bulan September 2022.

2. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan utama yang diangkat penulis yaitu resiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri. Penulis mengangkat RPK menjadi masalah utama karena tanda dan gejala yang muncul pada klien lebih menonjol tentang RPK, tanda gejala tersebut yaitu pandangan klien mudah beralih, klien terlihat gelisah, klien terlihat kesal, klien sering terlihat mondar-mandir, beberapa kali klien merubah posisi ketika diwawancarai, klien juga mengatakan jika marah teriak-teriak dan mengancam orang disekitarnya. Sedangkan masalah keperawatan defisit perawatan diri ditegakkan oleh penulis karena klien terlihat kurang mengurus dirinya sendiri, dilihat dari rambutnya yang acak-acakan dan sudah mulai panjang. Masalah DPD ini muncul sebagai akibat dari skizofrenia yang dialami klien. Penulis tidak menjumpai kendala yang berarti dalam perumusan masalah dikarenakan masalah yang muncul pada pasien sesuai teori.

3. Intervensi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang bisa dilakukan perawat yaitu tindakan pada pasien, tindakan pada keluarga pasien, serta tindakan pada kelompok pasien. Tindakan keperawatan pada keluarga pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu mengkaji masalah pasien yang diketahui oleh keluarga selama merawat pasien, menjelaskan pengertian, penyebab tanda dan gejala serta proses terjadinya risiko perilaku kekerasan yang dialami pasien, mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi pasien dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan antara lain : SP 1 pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda-tanda, akibat marahnya dan mampu mengontrol marah dengan cara fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur, SP 2 pasien mampu mengontrol marah dengan cara minum obat, SP 3 pasien mampu mengontrol marah dengan cara verbal (meminta, menolak, mengungkapkan marah secara baik-baik), SP 4 pasien mampu mengontrol marah dengan cara spiritual. Intervensi pada pasien dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri antara lain : SP 1 pasien mampu melakukan perawatan diri : mandi, SP 2 pasien mampu melakukan perawatan diri : berdandan, SP 3 pasien mampu melakukan perawatan diri : makan/minum yang baik, SP 4 pasien mampu melakukan perawatan diri : teoleting dengan benar. Penulis tidak mengalami hambatan dalam penyusunan rencana intervensi keperawatan karena susunan intervensi sesuai dengan format yang ditetapkan.

4. Implementasi Keperawatan

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan SP 1 sampai dengan SP 3, yaitu teknik relaksasi napas dalam sambil memukul bantal, minum obat, dan juga mengungkapkan rasa marah secara baik. Pasien memahami cara mengontrol risiko perilaku kekerasan sehingga saat pertemuan berikutnya pasien mampu mempraktekannya apabila pasien sedang marah, pada SP 4 penulis tidak melakukannya karena keterbatasan waktu praktek dan penulis menyerahkan kepada perawat untuk melanjutkan SP sesuai yang telah direncanakan. Pada diagnosa kedua, penulis melakukan SP 2, SP ini dilakukan selama 1 kali karena pasien mampu memahami secara kognitif, dibuktikan dengan pengamatan penulis ketika pasien mengetahui bagaimana cara mencukur rambut serta pasien juga mengetahui waktu yang tepat untuk mencukur rambut. Pada diagnosa kedua penulis tidak melakukan

SP 1, SP 3 dan SP 4 karena pada pengkajian tidak terdapat adanya data defisit perawatan diri SP 1, SP 3 dan SP 4 pada pasien. Sedangkan implementasi keperawatan keluarga yang penulis lakukan yaitu mengkaji masalah pasien yang diketahui oleh keluarga selama merawat pasien, menjelaskan penyebab tanda gejala serta proses terjadinya resiko perilaku kekerasan yang dialami pasien, penulis tidak dapat melakukan implementasi selanjutnya karena penulis tidak memiliki waktu yang cukup untuk mengimplementasikan kepada keluarga pasien pada saat itu, sehingga penulis berkoordinasi kepada perawat jaga.

5. Evaluasi Keperawatan

Diagnosa pertama yaitu risiko perilaku kekerasan , penulis melakukan SP1 sampai SP3, SP 1 yang diberikan tercapai (pasien kompeten) pasien memahami secara kognitif dan mampu mempraktekan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur, SP 2 pasien memahami secara kognitif dan mampu mengingat cara minum obat dengan baik dan benar serta mengetahui manfaat dari obat yang diminum, SP 3 pasien memahami secara kognitif, psikomotor dan afektif yaitu mampu mempraktekan cara mengontrol marah secara verbal. Pada diagnosa kedua yaitu defisit perawatan diri penulis melakukan SP 2 sesuai intervensi yang sudah dibuat dan dapat tercapai (pasien kompeten) pasien memahami secara kognitif, dan mampu melakukan perawatan diri secara mandiri berupa mencukur rambut kemudian rencana tindakan yang belum dilakukan, penulis menyerahkan kepada perawat ruangan untuk dilanjutkan sesuai perencanaan tindakan keperawatan.

Saran

1. Bagi Akademik

Sebagai tempat pendidikan hendaknya akademik lebih baik lagi dalam meningkatkan pendidikan dan fasilitas yang ada sebagai proses belajar dalam rangka menambah wawasan baru sehingga dapat mencetak mahasiswa yang berkualitas, khususnya mengenai asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan akibat Schizofrenia Tak Terinci.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan pihak rumah sakit dapat meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan jiwa, khususnya asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan akibat Schizofrenia Tak Terinci, serta ikut serta dalam penyuluhan kesehatan kepada masyarakat mengenai penanganan pasien gangguan jiwa.

3. Bagi Pembaca

Diharapkan karya tulis ini dapat memberikan informasi pada pembaca mengenai asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan akibat Schizofrenia Tak Terinci.

4. Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan serta ketrampilannya dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa, khususnya pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan akibat Schizofrenia Tak Terinci.

6. DAFTAR REFERENSI

- Abdulah, A. Z., Suerni, T., & Nurochmah, E. (2023). Masalah kesehatan mental generasi Z di rumah sakit jiwa, *11*(2), 267–272.
- Amalia, S. R. (2023). Asuhan keperawatan jiwa pada Tn. D dengan risiko perilaku kekerasan di ruang Srikandi RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.
- Aprilla, S., Furqon, M. T., & Fauzi, M. A. (2018). Klasifikasi penyakit skizofrenia dan episode depresi pada gangguan kejiwaan dengan menggunakan metode support vector machine (SVM). *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*, *2*(11), 5611–5618.
- Erita, H., Hununwidiastuti, S., & Leniwita, H. (2019). *Buku materi keperawatan jiwa*. Universitas Kristen Indonesia. <http://repository.uki.ac.id/2703/1/BMPKEPERAWATANJIWA.pdf>
- Fitrikasari, A., & Kartikasari, L. (2022). *Buku ajar skizofrenia* (A. Fitrikasari & N. Kuntardjo, Eds.; Vol. 1). UNDIP Press Semarang.
- Hati, Y., & Harahap, Y. A. (2023). Peran perawat dalam mengelola stres pada pasien dengan gangguan jiwa. *All Fields of Science Journal Liaison Academia and Society*, *3*(4), 1–5. <https://doi.org/10.58939/afosj-las.v3i4.679>
- Keliat, B. A., & Hamid, A. Y. S. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa*. EGC.
- Kemkes RI. (2020). Rencana aksi kegiatan 2020 - 2024 direktorat P2 masalah kesehatan jiwa dan napza. Ditjen P2P Kemenkes. <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-401733-4tahunan-440.pdf>
- Khuzaemah, M., Suyanti, T. S., & Karyawati, T. (2023). Asuhan keperawatan jiwa pada Ny. P dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan akibat skizofrenia paranoid di ruang Madrim RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, *1*(4), 148–160.

- Mashudi, S. (2021). Asuhan keperawatan skizofrenia. In *Asuhan keperawatan skizofrenia* (Issue Juni).
- Nur'Aini, Ernawaty, M. R. N. (2023). Kebijakan penanggulangan pasung pada orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). *Jurnal Keperawatan*, 15(September), 331–338. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- Oktavilantika, D. M., Suzana, D., Damhuri, T. A., Kesehatan, I., & Gunadarma, U. (2023). Literature review: Promosi kesehatan dan model teori perubahan perilaku kesehatan, 7(2018), 1480–1494.
- Permani, N., Apriliani, I., & Dewi, F. K. (2023). Asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia pada pasien gangguan jiwa. *Journal of Management Nursing*, 2(2), 191–195. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i2.81>
- Pongdatu, M., Suzanna, Yati, M., Armayani, Antari, I., Novia, K., Florensa, M., Mulyanti, Dekawaty, A., & Fauziah, S. (2020). Asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. In Suzanna, E. H. Mujahid, & L. Rangki (Eds.), *Asuhan keperawatan jiwa* (Vol. 21, Issue 5, pp. 71–83). Eureka Media Aksara.
- Risal, M., Hamu, A. H., Litaqia, W., Dewi, A. U., Shintania, D., Zahra, Z., Fatah, V. F., & Dkk. (2022). *Ilmu keperawatan jiwa* (A. Munandar, Ed.; p. 239). Media Sains Indonesia.
- Ruswadi, Indra. (2021). *Keperawatan jiwa: Panduan praktis untuk mahasiswa keperawatan*. Indramayu: Penerbit Adab.
- Slametiningsih, Y., Ninik, N., Nuraenah, & Hendra. (2019). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Yunike, Kusumawaty, I., Ramadhanti, N. (2022). *Buku ajar metodologi keperawatan*. Malang: CV. Literasi Nusantara Abadi.
- Yusuf, A. H., P.K, F. R., & Nihayati, H. E. (2015). *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.