



Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. N dengan Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Paranoid di Ruang Arimbi RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah

Rindi Dwi Aryani¹; Titi Sri Suyanti²; Slamet Wijaya³

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

Abstract Schizophrenia is a chronic mental disorder known for unclear thoughts, strange behavior and unreal sensory experiences that affect a person's thinking, feeling and acting and can make it difficult to distinguish between what is real and what is not. Patients with schizophrenia who experience delusions often feel angry and may be violent towards people they believe have hurt them. Uncontrolled anger in patients with schizophrenia will cause the risk of violent behavior (Auliati & Lubis, 2023; Wulandari et al., 2024).

Keywords: Mental Health Nursing Care, Risk of Violent Behavior, Paranoid Schizophrenia

Abstrak Skizofrenia adalah gangguan mental kronis yang dikenal dengan pikiran yang tidak jelas, perilaku yang aneh dan pengalaman sensori yang tidak nyata yang mempengaruhi seseorang berfikir, merasakan dan bertindak dan dapat membuat sulit untuk membedakan antara apa yang nyata dan tidak nyata. Pasien dengan skizofrenia yang mengalami delusi seringkali merasa marah dan mungkin dapat melakukan kekerasan terhadap orang-orang yang mereka yakini menyakiti mereka. Kemarahan yang tidak terkontrol pada pasien skizofrenia akan menyebabkan timbulnya risiko perilaku kekerasan (Auliati & Lubis, 2023; Wulandari et al., 2024).

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Jiwa , Risiko Perilaku Kekerasan , Skizofrenia Paranoid

1. PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa adalah keadaan dimana seseorang menyadari kemampuannya dalam mengatasi stress, mampu berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial, dapat bekerja dan berkontribusi pada masyarakat. Maka dari itu, individu mampu menyadari kemampuannya sendiri, diantaranya yaitu dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain serta mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kondisi tersebut yang tidak sesuai pada individu disebut gangguan jiwa (Rahmawati, 2024).

Resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Pasien resiko perilaku kekerasan akan memperlihatkan beberapa tanda, secara subjektif seperti ungkapan berupa mengancam, ungkapan kata-kata kasar dan ungkapan ingin memukul/melukai, secara objektif wajah terlihat memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar dan suara tinggi, menjerit atau berteriak. Pada seseorang yang mengalami risiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Wulandari et al., 2024).

Prevalensi gangguan jiwa menurut WHO tahun 2019 terdapat 970 juta penduduk diseluruh dunia mengalami gangguan mental seperti gangguan kecemasan, depresi, skizofrenia dan gangguan bipolar. Gangguan kecemasan sendiri terdapat 301 juta penduduk yang mengalami gangguan tersebut, 280 juta penduduk hidup dengan depresi, gangguan bipolar sebesar 40 juta orang, dan yang terakhir yaitu skizofrenia sebesar 24 juta orang diseluruh dunia mengalami gangguan skizofrenia (WHO, 2019).

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi pasien gangguan kejiwaan adalah dengan terapi psikofarmaka, terapi aktifitas kelompok dan strategi pelaksanaan sesuai masalah pasien, maka dari itu salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu dengan cara strategi pelaksanaan. Strategi pelaksanaan merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saing percaya kepada perawat antar klien dan akan berdampak apabila strategi pelaksanaan tidak diberikan akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungan. Beberapa pilihan pengobatan yang akan dilakukan dokter dalam menangani gangguan mental salah satunya adalah psikoterapi. Psikoterapi merupakan terapi bicara yang memberikan media yang aman untuk pengidap dalam mengungkapkan perasaan dan meminta saran (Afriansa et al., 2022).

2. TINJAUAN TEORI

Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan mental yang berat, dimana seseorang tidak mampu mengenali atau tidak memiliki kontak dengan realitas atau memiliki tilikan yang buruk (Muhammad, 2021).

Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku keekerasan adalah salah satu respons terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan risiko perilaku kekerasan, baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan secara verbal atau non-verbal. bentuk risiko perilaku kekerasan yang dilakukan seperti mengamuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, atau merusak baik fisik maupun kata-kata Pratama & Amalia (2022 : 55). disimpulkan bahwa item pertanyaan pada pengukuran tersebut dapat diandalkan atau reliabel.

3. HASIL PENELITIAN

Analisa Data

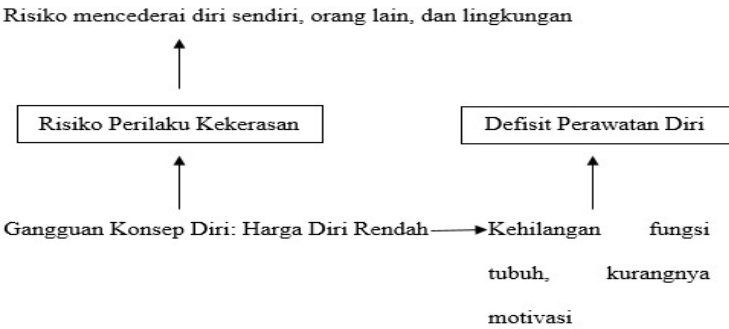
Tabel 1 Analisa Data

No	Hari/Tanggal	Data	Masalah Keperawatan
1	Senin, 8 Januari 2024	DS : Klien mengatakan “Saya dibawa kesini karena saya marah-marah habis bertengkar sama suami dan anak saya mba” “Saya gamau minum obat mba” DO : Marah-marah Pandangan mata tajam Bicara terus Nada suara tinggi Mata melotot Tangan mengepal Klien tampak menunjukkan ekspresi marah ketika bercerita	Risiko Perilaku Kekerasan
No	Hari/Tanggal	Data	Masalah Keperawatan
2	Senin, 8 Januari 2024	DS : Klien mengatakan “Saya selalu merasa gagal menjadi seorang ibu mba” “Saya merasa kalau saya belum bisa mendidik anak-anak saya dengan benar mba” DO : Klien tampak sedih saat wawancara Kontak mata kurang Berbicara pelan saat bercerita tentang anaknya	Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah
3	Senin, 8 Januari 2024	DS : Klien mengatakan “Saya di rumah ngga pernah dandan mba, wong saya udah punya anak ga perlu dandan. Paling bedakan tok mba itu juga jarang	Defisit Perawatan Diri
No	Hari/Tanggal	Data	Masalah Keperawatan

		DO : Klien tampak pucat tanpa riasan Bibir klien tampak pucat Rambut klien tampak tidak dikuncir dan berantakan	
--	--	--	--

1. Pohon masalah

Skema 2 Pohon Masalah



Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 2 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Data	Implementasi	Evaluasi
1	Selasa, 9 Januari 2024 08.00 WIB	Risiko Perilaku Kekerasan	DS : Klien mengatakan “Saya marah habis bertengkar sama suami saya mba terus dibawa kesini” DO : Marah-marah Pandangan mata tajam Bicara terus Nada suara tinggi Mata melotot	SP Klien SP 1: mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik: tarik napas dalam dan pukul bantal	S : Klien mengatakan “Saya marah-marah karena habis berantem sama suami saya mba” “Iya saya tau mba. Bicaranya keras terus matanya melotot” “Saya kalau marah ngga mukul mba, paling saya ya nadanya tinggi aja”
No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Data	Implementasi	Evaluasi
			Tangan mengepal Klien tampak menunjukkan		“Ya akibatnya saya jadi ini mba diomongin sama yang lain karena saya marah-marah terus” “Iya paham mba”

			ekspresi marah ketika bercerita		“Caranya itu tarik nafas lewat hidung tahan selama 3 hitungan lalu hembuskan lewat mulut bersamaan dengan pukul bantal” “Prakteknya begini mba” “Ditulis sama mba aja” O : Klien dapat menyebutkan penyebab RPK Klien dapat menyebutkan tanda dan gejala RPK Klien dapat menyebutkan jenis RPK Klien dapat menyebutkan akibat RPK Klien tampak paham ketika dijelaskan oleh perawat Klien bisa menjelaskan tarik nafas dalam dan pukul bantal Klien dapat mempraktekkan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal Klien dibantu menulis jadwal kegiatan harian A : RPK masih terjadi SP 1 optimal P : Perawat : Lanjutkan SP 2 hari selasa, 9 Januari 2024 pukul 16.30 WIB Pasien : Anjurkan pasien untuk mempraktekkan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal ketika merasa kesal/marah
2	Selasa, 9 Januari 2024 16.30 WIB	Risiko Perilaku Kekerasan	DS : Klien mengatakan “Saya sudah ngga marah mba, tapi kalo inget sama	SP Klien: SP 2: mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur	S : Klien mengatakan “Saya sudah ngga marah mba, tapi kalo inget sama suami saya jadi pengen marah terus bawaannya”

			suami saya jadi pengen marah terus bawaannya” DO : Nada suara tinggi Bicara terus Pandangan mata tajam Klien tampak menunjukkan ekspresi marah ketika bercerita		“Kemarin belajar tarik nafas dalam dan pukul bantal” “Obatnya ada 4 ya mba, tapi gatau warna apa aja” “Gatau mba saya kalo minum obat ya tinggal minum aja” “waktunya itu pagi sama sore mba” “Ngobrolnya besok lagi aja ya mba, saya mau makan dulu” O : Klien bisa memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya Klien tidak dapat menyebutkan warna obat Klien tidak dapat menyebutkan dosis obat Klien dapat menyebutkan waktu minum obat Klien menolak interaksi pada pertemuan ke tiga karena sudah waktunya klien makan sore A : RPK masih terjadi SP 2 belum optimal P : Perawat: Ulangi SP 2 pada hari rabu, 10 Januari 2024 pukul 16.30 WIB Pasien : Anjurkan klien untuk minum obat secara teratur dan mempraktekkan tarik nafas dalam dan pukul bantal ketika merasa kesal/marah
3	Rabu, 10 Januari 2024 08.00 WIB	Defisit Perawatan Diri	DS : Klien mengatakan “Saya di rumah ngga pernah	SP Klien: SP 2: klien mampu melakukan perawatan diri:	S : Klien mengatakan “Alhamdulillah udah mendingan mba udah ngga merasa marah”

			dandan mba, wong saya udah punya anak ga perlu dandan. Paling bedakan tok mba itu juga jarang” DO : Klien tampak pucat tanpa riasan Bibir klien tampak pucat Rambut klien tampak tidak dikuncir dan berantakan	cara berdandan yang baik	“Kemarin belajar minum obat teratur. obatnya ada 4 diminumnya 2 kali pagi sama sore. dosis sama nama obatnya saya gatau mba lupa” “Itu mba saya kalau dandan pake bedak viva ditaruh di tangan terus tak oles-oles ke muka sampe rata, kalo pake lipstick kadang mba” Iya paham mba” “Baik mba saya bagian bawahnya, bedaknya jangan terlalu tipis dan jangan terlalu tebal. Lipstiknya juga sama tipis tipis saja. Gini ya mba” Saya mau nulis sendiri aja mba” O : Klien bisa memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya Klien tampak bisa menjelaskan cara melakukan perawatan diri berdandan Klien tampak paham ketika perawat sedang mempraktekkan cara berdandan Klien tampak bisaa melakukan perawatan diri berdandan Klien menulis sendiri jadwal kegiatan harian A : DPD sudah tidak terjadi SP 2 optimal P : Perawat: Kolaborasi dengan perawat ruangan untuk
--	--	--	---	---------------------------------	--

					melakukan SP 1, SP 3 dan SP 4 jika masalah muncul. Pasien: Anjurkan pasien untuk melakukan perawatan diri berdandan sehabis mandi
4	Rabu, 10 Januari 2024 16.30 WIB	Risiko Perilaku Kekerasan	DS : Klien mengatakan “Saya kadang masih merasa marah mba kalo inget sama suami saya” DO : Pandangan tajam Klien tampak menunjukkan ekspresi marah ketika bercerita	SP Klien: SP 2: mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur	S : Klien mengatakan “Saya kadang masih merasa marah mba kalau inget sama suami saya” “Tadi belajar cara berdandan mba” Obatnya ada 4. Warna putih kecil satu, putih sedeng satu, oren satu, sama oren mentah satu” Ini yang putih kecil dosisnya 5 mg” Minumnya dua kali mba, waktu pagi sama sore” “Benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara dan benar dokumentasi” “efeknya jadi ngantuk mba” “Akibatnya kalo saya ngga minum obat bisa dibawa kesini lagi” “Caranya obatnya dulu terus kita dorong pake air minum” “Dibantu aja mba” O : Klien bisa memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya Klien bisa menyebutkan warna obat Klien bisa menjelaskan dosis obat yang diminum Klien bisa menyebutkan waktu minum obat Klien bisa menyebutkan 6 prinsip benar obat

					Klien bisa menyebutkan efek samping obat Klien bisa menyebutkan akibat jika tidak minum obat Klien bisa menjelaskan cara minum obat dengan benar Klien dibantu menulis dalam jadwal kegiatan harian A : RPK masih terjadi SP 2 optimal P : Perawat : Lanjutkan SP 3 pada hari Kamis, 11 Januari 2024 pukul 09.00 WIB Pasien : Anjurkan pasien untuk minum obat secara teratur
5	Kamis, 11 Januari 2024 pukul 09.00 WIB	Risiko Perilaku Kekerasan	DS : Klien mengatakan “Sudah nggak marah mba alhamdulillah. Tapi kadang saya suka kesel kalo temen sekamar saya jorok nggak bisa jaga kebersihan” DO : Nada suara tinggi Tangan mengepal	SP Klien: SP 3: mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara verbal: meminta, menolak dan mengungkapkan marah dengan baik	S : “Sudah nggak marah mba Alhamdulillah. Tapi kadang saya suka kesel kalo temen sekamar saya jorok nggak bisa jaga kebersihan” “Kemarin sudah belajar minum obat mba” “Baik paham mba” Mengerti mba” “Iya paham mba” “Begini ya mba : Mba saya boleh minta permennya nggak satu aja” “Kaya gini : Mba saya kan punya permen satu, saya juga mau, maaf ya mba saya nggak bisa kasih” “Begini mba : Mba rindi saya mau ngomong sama mba. Saya marah sama mba rindi gara-gara tadi mba rindi bilang kalo saya itu judes, tolong jangan ajak saya ngobrol dulu ya, nanti

					kalau saya sudah ngga marah kita boleh ngobrol” “Dibantu mba rindi aja” O : Klien bisa menyebutkan masalah dan latihan sebelumnya Klien bisa menjelaskan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal : meminta dengan baik Klien bisa menjelaskan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal : menolak dengan baik Klien bisa menjelaskan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal : mengungkapkan marah dengan baik Klien bisa mempraktekkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal : meminta dengan baik Klien bisa mempraktekkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal : menolak dengan baik Klien bisa mempraktekkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal : mengungkapkan marah dengan baik Klien dibantu menulis jadwal kegiatan harian A : RPK masih terjadi SP 3 optimal P :
--	--	--	--	--	---

					Perawat : Lanjutkan SP 4 pada hari jum'at. 12 Januari 2024 pukul 08.30 WIB Pasien : Anjurkan pasien untuk mempraktekkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal yang sudah diajarkan saat klien merasa kesal atau marah
7	Jum'at, 12 Januari 2024 08.30 WIB	Risiko Perilaku Kekerasan	DS : Klien mengatakan “Sudah tenang mba saya sudah ngga marah lagi tapi kadang masih suka kesal sedikit” DO : Nada suara tinggi Pandangan tajam	SP Klien: SP 4: mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual	S : “Sudah tenang mba saya sudah ngga marah lagi” “Kemarin sudah belajar cara mengontrol marah dengan verbal, ada tiga ya mba meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik” “Baik saya paham mba” “Nanti kalo saya marah atau kesal saya bisa mengontrolnya dengan berdzikir. seperti ini Astaghfirullahal'adzim” “Dibantu mba rindi aja” O : Klien bisa memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya Klien tampak mengerti ketika sedang dijelaskan dan di praktekkan oleh perawat Klien bisa mempraktekkan cara mengontrol marah dengan berdzikir Klien dibantu dalam memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian A : RPK masih terjadi SP 4 optimal P :

					Perawat: Kolaborasi dengan perawat ruangan untuk melanjutkan SP 1 HDR Pasien: Anjurkan klien untuk mempraktekkan cara mengontrol marah yang sudah diajarkan oleh perawat di rumah sakit ataupun nanti di rumah ketika sudah pulang
--	--	--	--	--	--

Pembahasan

Pada bab ini penulis membahas tentang asuhan keperawatan jiwa pada Ny. N dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan akibat skizofrenia paranoid di ruang Arimbi di RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. Penulis melakukan asuhan keperawatan selama 5 hari dari tanggal 8 Januari 2024 sampai dengan 12 Januari 2024. Asuhan keperawatan yang sistematis pada pasien adalah dengan melakukan pengkajian, menentukan masalah keperawatan, menentukan rencana keperawatan yang akan dilakukan, melakukan tindakan keperawatan, melakukan evaluasi keperawatan dan melakukan dokumentasi keperawatan yang sudah diberikan kepada Ny. N.

Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnose keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Rizal, 2023).

Menurut teori Pratama & Amalia (2022 : 55) yang menjelaskan bahwa klien dengan risiko perilaku kekerasan adalah salah satu respons terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan risiko perilaku kekerasan, baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan secara verbal atau non-verbal. Bentuk risiko perilaku kekerasan yang dilakukan seperti mengamuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, atau merusak baik fisik maupun kata-kata.

Hari senin, tanggal 8 Januari 2024 penulis melakukan pengkajian dan didapatkan hasil: identitas pasien, keluhan utama/alasan masuk, faktor predisposisi, faktor presipitasi, aspek fisik/pemeriksaan fisik, aspek psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikologis dan lingkungan, pengetahuan, aspek medis. Pengkajian

yang terdapat didalam teori dengan pengkajian yang didapatkan dalam pengkajian secara langsung yang dilakukan penulis kepada klien terdapat kesamaan.

Penulis mendapat kendala saat melakukan pengkajian yaitu pandangan klien mudah beralih dan klien menjawab pertanyaan dengan sirkumstansial yaitu berbicara secara berbelit-belit namun sampai pada tujuan pembicaraan sehingga membutuhkan waktu yang lama bagi penulis untuk memahaminya. Untuk solusi yang penulis lakukan yaitu melengkapi data yang kurang dengan melihat rekam medis klien dan berkolaborasi dengan perawat ruangan untuk memvalidasi data klien.

Masalah Keperawatan

Penulis menggabungkan dua pohon masalah yaitu menurut Pratama & Amalia (2022 : 68) dan Sutejo (2023 : 120) masalah keperawatan yang muncul pada klien dengan risiko perilaku kekerasan, antara lain:

1. Risiko Perilaku Kekerasan
2. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah
3. Defisit Perawatan Diri
4. Perilaku Kekerasan

Penulis mendapatkan tiga masalah keperawatan pada pohon masalah Ny. N, yaitu risiko mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan, risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan defisit perawatan diri.

Masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan ditegakan penulis karena adanya data yang mendukung yaitu marah-marah, pandangan mata tajam, bicara terus, nada suara tinggi, mata melotot, tangan mengepal dan klien tampak menunjukkan ekspresi marah ketika bercerita

Masalah keperawatan dengan harga diri rendah ditegakan penulis karena adanya data yang mendukung yaitu Ny. N mengatakan gagal menjadi seorang ibu dan merasa belum bisa mendidik anak-anaknya dengan benar. Pada saat wawancara klien tampak sedih, kontak mata klien kurang, berbicara pelan saat bercerita tentang anaknya.

Penulis menambahkan masalah keperawatan defisit perawatan diri, sesuai dengan pengamatan dan data status bahwa klien jarang bahkan tidak pernah berdandan, rambut klien tampak tidak dikuncir dan berantakan, bibir klien pucat dan klien tampak pucat tanpa riasan.

Masalah keperawatan perilaku kekerasan tidak ditegakan oleh penulis. Karena pada saat dilakukan pengkajian tidak ada data yang muncul atau data yang mendukung untuk penulis menegaskan masalah keperawatan perilaku kekerasan. Dalam merumuskan masalah keperawatan penulis tidak memiliki hambatan karena masalah keperawatan yang muncul pada klien sama dengan teori.

Intervensi Keperawatan

Menurut PPNI (2018 : 2) intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Perencanaan asuhan keperawatan jiwa menurut teori Keliat et al., (2019 : 116) bahwa rencana keperawatan ada dua yaitu rencana keperawatan untuk keluarga dan rencana keperawatan untuk klien.

Intervensi keperawatan pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan antara lain: SP 1 mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik: tarik napas dalam dan pukul bantal, SP 2 mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur, SP 3 mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara verbal: meminta, menolak dan mengungkapkan marah dengan baik, SP 4 mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

Masalah risiko perilaku kekerasan penulis menyusun rencana keperawatan keluarga yaitu: kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien, menjelaskan pengertian, penyebab tanda dan gejala serta proses terjadinya risiko perilaku kekerasan yang dialami klien, mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien, melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan klien, melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman: mengurangi stres didalam keluarga dan memberi motivasi kepada klien, menjelaskan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

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

Masalah keperawatan harga diri rendah penulis menyusun rencana keperawatan keluarga yaitu: kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien, menjelaskan proses terjadinya harga diri rendah yang dialami klien, mendiskusikan cara merawat harga diri rendah dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien, melatih keluarga merawat harga diri rendah klien: mendiskusikan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien, membimbing klien melakukan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien: memilih, melatih, memberi motivasi, memberi pujian atas keberhasilan klien, melatih seluruh anggota keluarga menciptakan suasana lingkungan yang nyaman: mengurangi kritik,

memfasilitasi keberhasilan, dan memberi pujian, menjelaskan tanda dan gejala harga diri rendah kronik yang memerlukan rujukan, serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

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

Masalah keperawatan defisit perawatan diri penulis menyusun rencana keperawatan keluarga yaitu: kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien, menjelaskan proses terjadinya defisit perawatan diri yang dialami klien, mendiskusikan cara merawat defisit perawatan diri dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien, melatih keluarga untuk merawat defisit perawatan diri seperti yang telah dilatih perawat pada klien: menyediakan alat-alat yang diperlukan dalam menjaga kebersihan diri. Membimbing klien melakukan perawatan diri: kebersihan diri, makan dan minum, BAB dan BAK, kebersihan dan kerapian rumah dan lingkungan, membuat jadwal, memberi pujian atas keberhasilan klien, melibatkan seluruh anggota keluarga menciptakan suasana keluarga yang mendukung. Mengingatkan klien, melakukan kegiatan bersama-sama, memberi motivasi dan pujian, dan menjelaskan tanda dan gejala defisit perawatan diri yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

Penulis tidak menemukan kendala ataupun hambatan pada saat menyusun intervensi keperawatan karena sudah sesuai dengan referensi yang ada dan cukup tersedia sehingga penulis mudah dalam melakukan penyusunan intervensi keperawatan.

Implementasi Keperawatan

Menurut Risnawati et al., (2023 : 134) implementasi keperawatan adalah tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi tindakan keperawatan yang telah direncanakan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang optimal.

Implementasi masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan dilaksanakan pada tanggal 9 Januari 2024, penulis melakukan SP 1 mengontrol risiko perilaku kekerasan secara fisik: tarik napas dalam dan pukul bantal. Untuk hasilnya klien kompeten, klien memahami secara kognitif dan mampu mempraktekkan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara SP 1. Ditanggal yang sama, penulis melakukan SP 2 mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur. Untuk hasilnya klien tidak kompeten, karena klien sulit

memahami penjelasan yang terlalu panjang dan menghapuskan nama obat dan juga dosis obat yang klien minum. Penulis mengulang SP 2 tanggal 10 Januari 2024 pada waktu sore hari dan hasilnya kompeten, klien mampu menyebutkan macam-macam obat dan klien mampu memahami bahwa dirinya harus minum obat secara teratur

Implementasi hari ketiga yaitu Tanggal 11 Januari 2024, penulis melakukan SP 3 mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara verbal: meminta, menolak dan mengungkapkan marah dengan baik. Untuk hasilnya klien kompeten, klien memahami secara kognitif dan bisa mempraktekkan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara verbal: meminta, menolak dan mengungkapkan marah dengan baik.

Implementasi hari keempat Tanggal 12 Januari 2024, penulis melakukan SP 4 mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual. Untuk hasilnya klien kompeten. Klien memahami secara kognitif dan mampu mempraktekkan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

Masalah keperawatan defisit perawatan diri, pada tanggal 10 Januari 2024 penulis hanya melakukan implementasi SP 2: cara berdandan yang baik. Klien kompeten, klien mampu memahami secara kognitif, dibuktikan dengan pengamatan penulis ketika klien berdandan dengan baik, memakai bedak secara merata, memakai lipstik dengan rapi dan menguncir rambutnya menggunakan ikat rambut. Untuk SP 1, SP 3 dan SP 4 penulis tidak melakukan karena pada saat dilakukan pengkajian keperawatan data yang terkait SP 1, SP 3 dan SP 4 tidak muncul, tetapi penulis berkolaborasi dengan perawat ruangan jika data tersebut muncul untuk dilakukan SP oleh perawat ruangan.

Penulis hanya menangani 2 masalah keperawatan dikarenakan keterbatasan waktu praktek penulis. Solusinya penulis melakukan kolaborasi dengan perawat ruangan untuk melanjutkan SP yang belum dilakukan. Penulis juga tidak melakukan implementasi keluarga karena saat dilakukan asuhan keperawatan sampai selesai penulis tidak bertemu dengan keluarga klien. Solusinya penulis melakukan kolaborasi dengan perawat ruangan untuk melakukan implementasi keluarga. Saat dilakukan implementasi keperawatan penulis tidak mendapat kendala karena klien yang kooperatif dan mematuhi sesuai janji yang telah dibuat bersama.

Evaluasi Keperawatan

Tahap berikutnya yaitu evaluasi, menurut Risnawati et al., (2023 : 144) evaluasi keperawatan adalah untuk melihat indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawat dan mengkomunikasikan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang

memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi. Evaluasi Keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP (Untari & Irna, 2020).

Masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, penulis melakukan SP 1 sampai dengan SP 4, SP 1 dilakukan sebanyak 1 kali dan klien kompeten, klien memahami secara kognitif dan mampu mempraktekkan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal, SP 2 dilakukan sebanyak 2 kali karena ada kendala klien sulit menghafal nama obat dan dosis obat yang klien minum. Pada saat mengulang SP 2 klien kompeten, klien mampu menyebutkan macam-macam obat dan klien mampu memahami bahwa dirinya harus minum obat secara teratur, SP 3 dilakukan sebanyak 1 kali dan klien kompeten. Klien memahami secara kognitif dan bisa mempraktekkan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara verbal: meminta, menolak dan mengungkapkan marah dengan baik, dan SP 4 dilakukan sebanyak 1 kali dan klien kompeten, klien memahami secara kognitif dan mampu mempraktekkan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

Masalah keperawatan defisit perawatan diri penulis melakukan SP 2: cara berdandan yang baik dilakukan sebanyak 1 kali dan klien kompeten, klien memahami secara kognitif, dan mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu dokumen yang berisi tentang keadaan klien dari bio-psiko-sosial-spiritual dan seluruh kegiatan atau tindakan yang dilakukan oleh perawat terhadap klien sejak klien datang ke rumah sakit sampai klien pulang (Nellisa et al., 2022).

Penulis tidak mendapat kendala saat melaksanakan pendokumentasian karena penulis diperbolehkan untuk melihat status atau rekam medik klien dan berkolaborasi dengan perawat ruangan mengenai data klien yang belum lengkap, penulis juga tidak mendapatkan kendala dalam mencari sumber informasi mengenai data risiko perilaku kekerasan.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Asuhan keperawatan yang penulis berikan kepada Ny. N dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan akibat Skizofrenia Paranoid di ruang Arimbi RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah yang dilaksanakan pada tanggal 8 – 12 Januari 2024, dari hasil pelaksanaan tersebut akhirnya penulis mendapatkan beberapa kesimpulan :

1. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 8 Januari 2024 dan didapatkan hasil: identitas pasien, keluhan utama/alasan masuk, faktor predisposisi, faktor presipitasi, aspek fisik/pemeriksaan fisik, aspek psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikologis dan lingkungan, pengetahuan dan aspek medis. Pengkajian yang terdapat didalam teori dengan pengkajian yang didapatkan dalam pengkajian secara langsung yang dilakukan penulis kepada klien terdapat kesamaan.

2. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul pada klien Ny. N yaitu risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan defisit perawatan diri. Dalam perumusan masalah keperawatan penulis tidak mengalami hambatan karena masalah keperawatan yang muncul pada klien sama dengan teori.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi pada Ny. N dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan ada dua, yaitu intervensi untuk klien dan intervensi untuk keluarga. Penulis menyusun tiga intervensi yaitu risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan defisit perawatan diri.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan dilaksanakan pada tanggal 9 Januari 2024, penulis melakukan SP 1 mengontrol risiko perilaku kekerasan secara fisik: tarik napas dalam dan pukul bantal. Untuk hasilnya klien kompeten, klien memahami secara kognitif dan mampu mempraktekkan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara SP 1. Ditanggal yang sama, penulis melakukan SP 2 mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur. Untuk hasilnya klien tidak kompeten, karena klien sulit memahami penjelasan yang terlalu panjang dan menghapuskan nama obat dan juga dosis obat yang klien minum. Penulis mengulang SP 2 tanggal 10 Januari 2024 pada waktu sore hari dan hasilnya kompeten, klien mampu menyebutkan macam-macam obat dan klien mampu memahami bahwa dirinya harus minum obat secara teratur. Implementasi hari ketiga yaitu Tanggal 11 Januari 2024, penulis melakukan SP 3 mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara verbal: meminta, menolak dan mengungkapkan marah dengan baik. Untuk hasilnya klien kompeten, klien memahami secara kognitif dan bisa mempraktekkan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara verbal: meminta, menolak dan mengungkapkan marah dengan baik.

Implementasi hari keempat Tanggal 12 Januari 2024, penulis melakukan SP 4 cara mengontrol marah secara spiritual : berdzikir. Untuk hasilnya klien kompeten. Klien

memahami secara kognitif dan mampu mempraktekkan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

Masalah keperawatan defisit perawatan diri, pada tanggal 10 Januari 2024 penulis hanya melakukan implementasi SP 2: cara berdandan yang baik. Klien kompeten, klien mampu memahami secara kognitif, dibuktikan dengan pengamatan penulis ketika klien berdandan dengan baik, memakai bedak secara merata, memakai lipstik dengan rapi dan menguncir rambutnya menggunakan ikat rambut. Untuk SP 1, SP 3 dan SP 4 penulis tidak melakukan karena pada saat dilakukan pengkajian keperawatan data yang terkait SP 1, SP 3 dan SP 4 tidak muncul, tetapi penulis berkolaborasi dengan perawat ruangan jika data tersebut muncul untuk dilakukan SP oleh perawat ruangan.

5. Evaluasi Keperawatan

Masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, penulis melakukan SP 1 sampai dengan SP 4, SP 1 dilakukan sebanyak 1 kali dan klien kompeten, klien memahami secara kognitif dan mampu mempraktekkan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal, SP 2 dilakukan sebanyak 2 kali karena ada kendala klien sulit menghafal nama obat dan dosis obat yang klien minum. Pada saat mengulang SP 2 klien kompeten, klien mampu menyebutkan macam-macam obat dan klien mampu memahami bahwa dirinya harus minum obat secara teratur, SP 3 dilakukan sebanyak 1 kali dan klien kompeten. Klien memahami secara kognitif dan bisa mempraktekkan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara verbal: meminta, menolak dan mengungkapkan marah dengan baik, dan SP 4 dilakukan sebanyak 1 kali dan klien kompeten, klien memahami secara kognitif dan mampu mempraktekkan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

Masalah keperawatan defisit perawatan diri penulis melakukan SP 2: cara berdandan yang baik dilakukan sebanyak 1 kali dan klien kompeten, klien memahami secara kognitif, dan mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

6. Dokumentasi Keperawatan

Penulis tidak mendapat kendala saat melaksanakan pendokumentasian karena penulis diperbolehkan untuk melihat status atau rekam medik klien dan berkolaborasi dengan perawat ruangan mengenai data klien yang belum lengkap, penulis juga tidak mendapatkan kendala dalam mencari sumber informasi mengenai data risiko perilaku kekerasan.

Saran

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan Jiwa secara langsung pada klien Ny. N dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan di ruang Arimbi RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah penulis memberikan saran-saran sebagai berikut :

1. Bagi Akademik

Diharapkan pada pihak akademik lebih ditingkatkan dalam memberikan jam perkuliahan di laboratorium khususnya untuk mata kuliah keperawatan jiwa dan memfasilitasi bahan literatur yang terbaru.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan kepada pihak rumah sakit agar memberikan penjelasan kepada keluarga saat membawa klien ke rumah sakit jiwa untuk menjenguk klien secara rutin dan juga keluarga bisa belajar bersama dengan perawat ruangan mengenai penanganan klien di rumah agar klien tidak sering keluar masuk rumah sakit jiwa.

3. Bagi Pembaca

Diharapkan bagi pembaca agar membaca dan memahami teori gangguan jiwa terlebih dahulu sebelum praktik di rumah sakit jiwa.

4. Bagi Penulis

Diharapkan kepada penulis agar dapat lebih meningkatkan dan memperkaya ilmu pengetahuan dengan cara mencari sumber-sumber terbaru mengenai gangguan jiwa sehingga mampu melaksanakan atau mengaplikasikan ilmu pada saat praktek di lapangan.

5. DAFTAR REFERENSI

- Afriansa, E. B., Pardosi, S., Septiyanti, S., & Nugroho, N. (2022). Asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan risiko perilaku kekerasan dalam pemenuhan kebutuhan spiritual di ruang rawat inap Murai B RSKJ Soeprapto Bengkulu tahun 2022.
- Auliati, O., & Lubis, D. M. (2023). Pengaruh perbedaan jenis kelamin terhadap indeks massa tubuh pada pasien skizofrenia di RSUD Madani Medan tahun 2021. *Jurnal Ilmiah Kohesi*, 7(2), 136–140.
- Keliat, B. A., S, A. Y., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa*.
- Nellisa, D., Rachmah, R., & Mahdarsari, M. (2022). Pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 1(4), 8–15.
- PPNI, T. pokja S. D. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat.
- Pratama, A. A., & Amalia, S. (2022). *Keperawatan jiwa* (Tarmizi, Ed.; cetakan ke-). Bumi Medika.

- Rahmawati, T. (2024). Peningkatan pengetahuan kesehatan jiwa dalam upaya mengurangi stres pada remaja. *Jurnal Abdimas Kartika Wijayakusuma*, 5(1), 82–92. <https://doi.org/10.26874/jakw.v5i1.353>
- Risnawati, Andi, H., Fajar, K., Shafwan, H., Aidil, N., Nggiku, J., Armayani, A., Ardianto, E., Andyka, I., F., Halimah, & Satria, P. (2023). *Dokumentasi keperawatan* (S. Sri, Haryati, & Fitriani, Eds.; cetakan ke-). Eureka Media Aksara.
- Rizal, L. K. (2023). Tujuan dan tahapan pengkajian dalam proses keperawatan. *Ilmu Keperawatan*, 4.
- Sutejo. (2023). *Keperawatan jiwa* (Tarmizi, Ed.; cetakan ke-). Bumi Medika.
- World Health Organization (WHO). (2019). *Skizofrenia*. World Health Organization. <https://bit.ly/WHOSkizofrenia>
- Wulandari, I., Sulisetyawati, S. D., & Purnomo. (2024). Penerapan terapi spiritual wudhu terhadap tanda dan gejala pada pasien risiko perilaku kekerasan di ruang Geranium RSJD dr. RM Soedjarwadi Klaten. *Jurnal Keperawatan*, 10, 1–7.