

Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia pada Pasien Gangguan Jiwa

Nara Permani¹, Ita Apriliani², Feti Kumala Dewi³

Department: Program Diploma Tiga, Fakultas Kesehatan, Universitas Harapan Bangsa^{1,2,3}

JL Raden Patah No. 100 Ledug Kabupaten Banyumas

Email correspondent: narabanyumas@gmail.com¹

Artikel Info	Abstrak
Ciptaan disebarluaskan di bawah Lisensi Creative Commons Atribusi Berbagi Serupa 4.0 Internasional .	Pendahuluan: Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Sehat jiwa merupakan suatu kondisi mental sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai dari bagian yang utuh dari kualitas hidup seseorang, dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia.
Kata kunci: emosional, mental, rpk	Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan dari tahap pengkajian hingga evaluasi keperawatan pada pasien gangguan jiwa Risiko Perilaku Kekerasan.
	Metode: Penelitian ini adalah deskriptif melalui studi kasus pada pasien Ny. F masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa medis Skizofrenia selama 3 hari di RSUD BANYUMAS. Peneliti dalam mengumpulkan data melalui tahapan proses anamnesis, pengamatan, <i>physical assessment</i> , dan dokumentasi.
	Hasil: Masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia teratasi pada hari ke-3 dengan tindakan keperawatan meliputi pemantauan mengontrol emosi pasien, melatih pasien tarik nafas dalam
	Kesimpulan: Penelitian ini menunjukkan adanya perkembangan kondisi pasien dari sebelum dan sesudah diberikan implementasi cara mengontrol emosi, tarik nafas dalam.

Pendahuluan

World Health Organisation (WHO) menyebutkan bahwa masalah utama gangguan jiwa di dunia adalah skizofrenia.¹ Skizofrenia adalah gangguan pada otak dan pola pikir, skizofrenia mempunyai karakteristik dengan gejala positif dan negatif.² Gejala positif antara lain (delusi, halusinasi, waham), disorganisasi pikiran dan gejala negatif seperti (sikap apatis, bicara jarang, afek tumpul, menarik diri dari masyarakat dan rasa tidak nyaman). Salah satu gejala skizofrenia adalah risiko perilaku kekerasan.^{3,4} Sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat.^{5,6} Sedangkan di Indonesia berdasarkan hasil Risesdas (2018) di dapatkan estimasi prevalensi orang yang pernah menderita skizofrenia di Indonesia sebesar 1,8 per 1000 penduduk.⁷

Resiko perilaku kekerasan timbul akibat rasa tidak nyaman dan panik yang terjadi akibat *stressor* dari dalam dan luar lingkungan. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga dari orang lain, takut dan juga takut ditolak oleh lingkungan sekitar sehingga individu akan menyingkir dari hubungan

interpersonal dengan orang lain.^{8,9,10}

Adapun dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan yaitu kehilangan kontrol akan dirinya, dimana pasien akan dikuasi oleh rasa amarahnya sehingga pasien dapat melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, bila tidak ditangani dengan baik maka perilaku kekerasan dapat mengakibatkan kehilangan kontrol, risiko kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain serta lingkungan, sehingga adapun upaya-upaya penanganan perilaku kekerasan yaitu mengatasi stress termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri, bersama pasien mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan dan terapi medik.^{11,12}

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan dari tahap pengkajian hingga evaluasi keperawatan pada pasien gangguan jiwa RPK.

Metode

Metode penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus. merupakan penelitian yang mencakup pengkajian bertujuan memberikan gambaran secara mendetail mengenai latar belakang, sifat maupun karakter yang ada dari suatu kasus, dengan kata lain bahwa studi kasus memusatkan perhatian pada suatu kasus secara intensif dan rinci. Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan rancangan studi kasus deskriptif yang menggambarkan asuhan keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Ny. F dengan diagnosa medis skizofrenia di RSUD Banyumas. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 20 Desember – 22 Desember 2021 selama tiga hari mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Pengumpulan data yang dilakukan yaitu dengan cara: 1) Observasi: Penulis melakukan pengamatan pada pasien untuk mendapat data objektif. 2) Wawancara: Penulis melakukan wawancara pada pasien dan keluarga untuk mendapatkan data subjektif. 3) Studi dokumentasi: Penulis melakukan studi dokumentasi pada catatan medis pasien, selain itu penulis melakukan telaah pustaka untuk membandingkan kondisi pasien dengan teori.¹³ Etika studi kasus dalam penelitian ini memperhatikan prinsip – prinsip etika dan masalah penelitian, yaitu prinsip manfaat (*Beneficience*) dan prinsip menghormati manusia (*Respect of human dignity*), sedangkan masalah etika penelitian meliputi *informed consent*, *anonymity* (tanpa nama), dan *confidentiality* (kerahasiaan).¹⁴

Hasil & Pembahasan

Pada kasus asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. F dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan dengan Skizofrenia di RSUD Banyumas, dilakukan pendekatan proses keperawatan yaitu tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan yang dilakukan selama tiga hari.

Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Desember 2021, diperoleh data pasien bernama Ny. F umur 53 tahun belum menikah, bekerja sebagai karyawan swasta bertempat tinggal di Donan 04/18 Cilacap Tengah. Pasien masuk ke IGD pada tanggal 16 Desember 2021 pukul 20.00 WIB dibawa oleh keluarganya karena pasien merusak barang – barang yang ada dirumah, mengamuk dan suka marah – marah, merasa berkuasa sudah 1 minggu.

faktor presipitasi yaitu pasien kurang rutin kontrol dan susah untuk minum obat, pasien sering merusak barang disekitar rumah selama 1 minggu yang lalu dan pasien tampak

menggeram saat diajak ngobrol. Faktor predisposisi yaitu pasien perihail mengalami gangguan jiwa dengan kambuhan selama 10 kali karna memiliki riwayat kesehatan psikologis karena dimasa lalu sering di bully dan kurang taat minum obat. Persepsi dan harapan Pasien menganggap dirinya sudah sembuh dari sakitnya, akan tetapi berdasarkan persepsi keluarga, keluarga menganggap pasien belum sembuh dan harus menjalani pengobatan. Hasil pemeriksaan fisik yang ditemukan tekanan darah 100/70 mmHg, Nadi 89 x/menit, suhu 36 OC, RR 24 x/menit. Berat badan 45 kg, TB 170 cm, IMT 15,5.

Hubungan sosial pasien tidak aktif dalam kegiatan kelompok atau masyarakat. Pada pengkajian alam perasaan ekspresi wajah pasien menunjukkan melamun serta menggeram, berhubungan dengan cita – cita yang belum terwujud menjadi guru. Spiritual Ny. F mengatakan bahwa keadaan saat ini adalah cobaan dari Allah SWT dan yakin bahwa dia pasti sembuh. Kegiatan ibadah Ny. F sebelum masuk rumah sakit jarang menjalankan sholat 5 waktu. Masalah dengan dukungan kelompok/keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah keluarga mendukung untuk kesembuhannya. Masalah dengan lingkungan sekitar didapatkan bahwa pasien mengatakan suka mengamuk dan marah – marah karena sering di bully. Masalah dengan pekerjaan ekonomi pasien ada masalah karena ada salah satu karyawan yang sering membuat pasien ingin marah dengan perkataan/omongannya. Interaksi selama wawancara mata pasien terlihat melotot, menggeram dan tangan selalu menggegam, pada awal dikaji dan menjawab pertanyaan dengan marah – marah. Tingkat konsentrasi dan berhitung pasien mampu berkonsentrasi dan mampu melakukan perhitungan sederhana selama berinteraksi. Kemampuan menilai pasien mampu melakukan penilaian secara ringan seperti menilai diri sendiri. Daya titik diri pasien mengatakan merasa kesal, dan pasien ingin sembuh. Mekanisme koping pasien mengatakan apabila ada masalah atau mengingat kejadian dimasa lalu lebih banyak marah – marah dan mengamuk.

Aspek medis

Pasien mendapatkan terapi medis yang diberikan yaitu:

Skizofrenia inj 25 MG : 1x sehari 1 amp

Risperidon 2 MG/ 1 TAB : 3 tab 3x1

Perumusan masalah

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan bahwa keluhan utama keluarga pasien mengatakan karena pasien merusak barang – barang yang ada dirumah, dan suka marah – marah, merasa berkuasa sudah 1 minggu. Saat dikaji pasien masih marah – marah. Data objektif yang di dapat pasien tampak curiga pada orang lain, tangan pasien menggenggam, tampak kesal dan marah, mata melotot, tampak menggeram. Berdasarkan data tersebut sehingga penulis mengangkat masalah keperawatan yaitu Resiko Perilaku Kekerasan.

Implementasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari pertama yaitu membina hubungan saling percaya, mengobservasi tanda – tanda perilaku kekerasan pada pasien, membantu pasien mengidentifikasi tanda – tanda perilaku kekerasan, menjelaskan kepada pasien rentang respon marah, mendukung dan memfasilitasi pasien untuk mencari bantuan saat muncul marah. Hari kedua strategi pelaksanaan dua yaitu membantu pasien mengidentifikasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan, mendiskusikan bersama pasien pengaruh negativ perilaku kekerasan terhadap dirinya atau orang lain, menjelaskan

cara mengeluarkan energi marah dan perilaku kekerasan secara adaptif dan konstruktif, menjelaskan manfaat minum obat untuk membantu mengendalikan marah, memberi reinforcement untuk ekspresi marah yang tepat. Dan hari ketiga melakukan strategi pelaksanaan tiga yaitu menjelaskan manfaat penyaluran energi marah, membantu memilih cara marah yang adaptif, membantu mengambil keputusan untuk mengeluarkan energi marah yang adaptif.

Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada tanggal 20 Desember 2021 jam 09.30 diperoleh data subjektif pasien mengatakan kesal dan marah, pasien mampu mengatakan istighfar. Data objektif pasien mau tarik nafas dalam, mata tampak melotot, pasien tampak marah jika dianjurkan pukul bantal. Masalah belum teratasi. Lanjutkan intervensi untuk evaluasi kembali SP 1 dan bantu mengungkapkan perasaan untuk lanjut SP 2. Evaluasi hari kedua pada tanggal 21 Desember 2021 jam 10.35 diperoleh data subjektif pasien mengatakan masih merasa kesal dan marah. Data objektif mata pasien tampak melotot, tangan pasien tampak menggenggam. Masalah belum teratasi. Lanjutkan intervensi untuk evaluasi SP 1 dan SP 2. Evaluasi hari ketiga pada tanggal 22 Desember 2021 jam 10.45 diperoleh data subjektif pasien mengatakan sudah bisa melakukan tarik nafas dalam, dan bisa melampiaskan marahnya dengan sholat/istighfar. Data objektif pasien tampak tenang, dan tidak marah – marah lagi. Masalah teratasi. Hentikan intervensi.

Pembahasan

Hasil pengkajian pada Ny. F keluhan utama karena pasien merusak barang – barang yang ada dirumah, mengamuk dan suka marah – marah, merasa berkuasa sudah 1 minggu. Data objektif yang di dapat pasien tampak curiga pada orang lain, tangan pasien menggenggam, tampak kesal dan marah, mata melotot, tampak menggeram. Berdasarkan data tersebut sehingga penulis mengangkat masalah keperawatan yaitu Resiko Perilaku Kekerasan.

Untuk intervensi Resiko perilaku kekerasan, SP 1 yaitu: 1) Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat perilaku kekerasan 2) Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, spiritual 3) Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: tarik nafas dalam 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik. SP 2: 1) Bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel atau marahnya 2) Latih cara fisik II (pukul bantal) dan melampiaskan marahnya untuk melakukan kegiatan spiritual (sholat) 3) Masukkan dalam jadwal harian pasien. SP 3: 1) Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, spiritual 2) Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: tarik nafas dalam 3) Latih cara fisik II (pukul bantal) dan melampiaskan marahnya untuk melakukan kegiatan spiritual (sholat) 4) Berikan *positive reinforcement* kepada pasien

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, lakukan tindakan/teknik kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi.^{15,16}

Evaluasi dilakukan pada tanggal 20 Desember – 22 Desember 2021, dimana evaluasi hari ketiga pasien sudah bisa melakukan tarik nafas dalam, dan bisa melampiaskan marahnya dengan sholat atau istighfar.

Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan, diperoleh kesimpulan yaitu membina hubungan saling percaya, melatih cara relaksasi nafas dalam dan melatih cara mengontrol emosi saat marah. Evaluasi selama tiga hari didapatkan pasien dapat melakukan bina hubungan saling percaya dengan penulis, mampu melakukan rileksasi nafas dalam dan mengontrol emosi namun masih ingin dibantu.

Konflik Kepentingan

Penelitian ini independen dari konflik kepentingan individu dan organisasi.

Ucapan Terima Kasih

Terimakasih banyak atas bantuannya kepada Universitas Harapan Bangsa dan pihak RS sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.

Pendanaan

Sumber pendanaan murni dari peneliti.

Reference

1. World health organization. 2021.
2. Yudhantara DS, Istiqomah R. Sinopsis Skizofrenia. Universitas Brawijaya Press; 2018.
3. Nurarif AH, Kusuma H. Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis & NANDA. 2015;
4. Harkomah I. Analisis Pengalaman Keluarga Merawat Pasien Skizofrenia dengan Masalah Halusinasi Pendengaran Pasca Hospitalisasi. *ejournal.ildikti10.id* [Internet]. [cited 2021 Oct 31]; Available from: <http://ejournal.ildikti10.id/index.php/endurance/article/view/3844>
5. Laia H. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. D Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. 2021;
6. Pardede JA. Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan. *J Keperawatan Jiwa*. 2020;
7. Riskesdas. Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. 1–100 p.
8. Winranto A. Studi Kasus Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia. 2021;
9. Anggit Madhani A. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. Universitas Kusuma Husada Surakarta; 2021.
10. Untari SN. Asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Perpustakaan Universitas Kusuma Husada Surakarta; 2021.
11. Winranto A. Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. B Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan. 2022;
12. Pangaribuan N, Manurung S, Amazihono V, Waruwu YD. Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skiozfrenia: Studi Kasus. 2022;
13. Nursalam. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Praktis. 4th ed. Jakarta: Salemba Medika; 2016.
14. Notoadmodjo. Notoatmodjo, S. Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta. 2018.
15. Hasannah SU. Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan. STIKes Kusuma Husada Surakarta; 2019.
16. Direja AH. Buku ajar asuhan keperawatan jiwa. 2011;