

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADATn. N DENGAN  
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG BANGAU RSJ**

**dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**

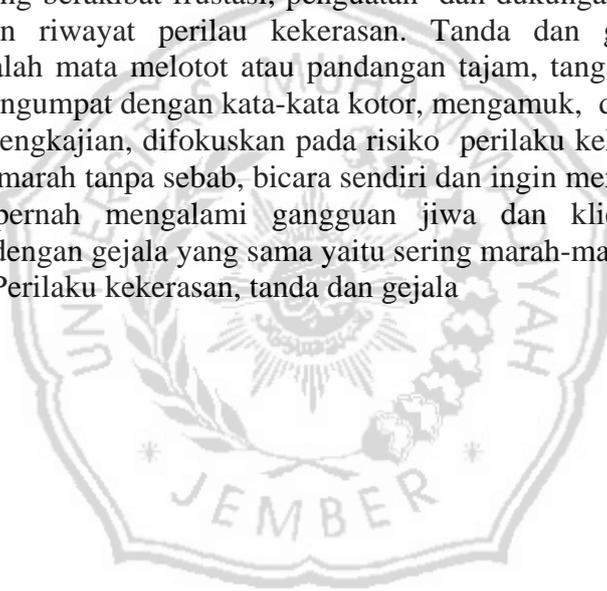
**(Muktiari Bachtiar, 2019, 83 halamana)**

**ABSTRAK**

**Latar belakang:** Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal. faktor psikologis yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan adalah kehilangan, kegagalan yang berakibat frustrasi, penguatan dan dukungan terhadap perilaku kekerasan dan riwayat perilaku kekerasan. Tanda dan gejala dari perilaku kekerasan adalah mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, mengumpat dengan kata-kata kotor, mengamuk, dan merasa diri benar

**Hasil:** Pada pengkajian, difokuskan pada risiko perilaku kekerasan, karena klien sering marah-marah tanpa sebab, bicara sendiri dan ingin membunuh tetangganya. Klien juga pernah mengalami gangguan jiwa dan klien juga mengalami kekambuhan dengan gejala yang sama yaitu sering marah-marah

**Kata kunci:** Perilaku kekerasan, tanda dan gejala



**PSYCHIATRIC  
NURSING AT MAN N WITH  
RISK OF VIOLENCE BEHAVIOR IN BANGAU RSJ ROOM  
dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG  
(Muktiari Bachtiar, 2019, 83 pages)**

**ABSTRACT**

**Background:** The risk of violent behavior is a person's behavior which shows that he can harm himself or others or the environment, both physically, emotionally, sexually, and verbally. Psychological factors that can influence the occurrence of violent behavior are loss, failure which results in frustration, strengthening and support for violent behavior and a history of violent behavior. Signs and symptoms of violent behavior are eyes bulging or sharp eyes, hands clenched, jaws closed, cursing dirty words, raging, and feeling right

**Results:** The assessment focused on the risk of violent behavior, because clients often get angry without cause, talk to themselves and want to kill their neighbors. Clients also have experienced mental disorders and clients also experience recurrence with the same symptoms, namely frequent anger

**Keywords:** Violent behavior, signs and symptoms

## PENDAHULUAN

Seluruh dunia hampir 450 juta orang mengalami gangguan mental dan sepertiganya berada dinegara berkembang. WHO (Organisasi Kesehatan Dunia) mengungkapkan banyak penderita yang mengalami gangguan mental tidak mendapat perawatan. Pada bulan Mei 2012, dalam suatu acara pertemuan para menteri kesehatan sedunia menghasilkan kesepakatan bahwa revolusi kesehatan mental sangat penting dan disepakati komitmen baru untuk meningkatkan pemahaman mengenai permasalahan kesehatan mental serta peningkatan standar pelayanan diseluruh dunia (WHO, 2012).

Kesehatan jiwa menurut WHO adalah berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya (Direja, 2011). Menurut Townsend (2009) kesehatan jiwa merupakan kemampuan beradaptasi terhadap stressor, baik dari diri sendiri maupun lingkungan, berdasarkan kondisi yang nyata dan logika, perasaan dan perilaku yang sesuai dengan norma dan budaya setempat. Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosi (Videbeck, S.L, 2008).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang

melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusumawati dan Hartono, 2010).

Sedangkan menurut Khamida, (2013) faktor psikologis yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan adalah kehilangan, kegagalan yang berakibat frustrasi, penguatan dan dukungan terhadap perilaku kekerasan dan riwayat perilaku kekerasan. Tanda dan gejala dari perilaku kekerasan adalah mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, mengumpat dengan kata-kata kotor, mengamuk, dan merasa diri benar (Direja, 2011).

Dampak dari perilaku kekerasan yang muncul pada skizofrenia dapat mencederai atau bahkan menimbulkan kematian, pada akhirnya dapat mempengaruhi stigma pada pasien skizofrenia (Volavka dalam Jurnal Keliat dkk 2015).

Strategi pelaksanaan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan diantaranya latihan fisik relaksasi nafas dalam/pukul bantal, latihan verbal, spiritual dan minum obat (Fitria, 2009). Salah satu teknik yang akan dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan adalah relaksasi nafas dalam. Alasannya adalah jika melakukan kegiatan dalam kondisi dan situasi yang relaks, maka hasil dan prosesnya akan optimal. Relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan

ketegangan jasmaniah, yang pada akhirnya mengendurkan ketegangan jiwa. Pelatihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas yang lebih. Keteraturan dalam bernapas, menyebabkan sikap mental dan badan yang relaks sehingga menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku (Wiramihardja, 2007).

Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Arif Zainudin Surakarta pada bulan Januari 2016 didapatkan jumlah pasien yang datang ke ruang IGD selama tiga bulan terakhir, yaitu pada bulan Oktober 2015 tercatat sebanyak 248 pasien, 239 pasien pada bulan November 2015 dan 227 pasien pada bulan Desember 2015 (Saputri, 2016). Prevalensi perilaku kekerasan yang dilakukan oleh orang dengan skizofrenia adalah 13,2 % (Keliat, 2015).

## **METODE PENELITIAN**

1. Pendekatan proses keperawatan/identifikasi variabel penelitian karya tulis ini menggunakan desain penelitian deskriptif frngan pendekatan proses keperawatan. Peneliti ingin menggambarkan perawatan pada pasien gangguan jiwa mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi di Ruang Bangau RS Jiwa DR. Radjiman Wediodiningrat Lawang, Malang. Pengambilan data dilakukan

dengan observasi,wawancara dan pemeriksaan fisik.

2. Tempat dan waktu pelaksanaan pengambilan kasus peneliti dilakukan di RSJ Dr. Radjiman Widyodiningrat Lawang, Malang pada tanggal 16 April 2019. Adapun kriterianya yakni dengan pasien yang telah di diagnosa sebagai penderita skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan; pasien yang melakukan rawat jalan dan mampu berkomunikasi serta bersedia menjadi subyek penelitian.

3. Teknik pengumpulan data Dalam penelitian ini, metode yang digunakan adalah menggunakan skala psikologi dan wawancara. Skala psikologi yang diajukan yakni skala keberdungsiian sosial yang bertujuan mengetahui kemampuan individu dalam melakukan kegiatan-kegiatan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya dan menjalankan tugas atau peran sesuai status sosialnya.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **A. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan, pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Data yang dikumpulkan berupa data biologis, data psikologis, sosial dan spiritual. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan oleh penulis kepada Tn. N dengan metode auto anamnesa dan allo anamnesa diperoleh data subjektif dan data objektif

yang sesuai dengan prioritas masalah yang dialami oleh Tn. N yaitu Risiko Perilaku Kekerasan didukung dengan data subjektif. bahwa Tn. N mengalami kecelakaan yang mengakibatkan kepalanya terbentur aspal dan mendapat perawatan di RSUD Probolinggo selama 8 hari yaitu pada tahun 2018. Setelah sepulang dari RSUD probolinggo Tn. N mengalami perubahan perilaku yaitu sering tidur di kuburan, tertawa sendiri, marah-marah, bahkan melukai orang terdekatnya, sehingga keluarga memutuskan untuk memasung Tn. N Menurut keluarga Tn. N di pasung kurang lebih selama 4 bulan dan mengalami perkembangan yang baik sehingga keluarga memutuskan membuka pasung Tn. N. Setelah mendapat  $\pm 2$  minggu pasung di lepas Tn. N kembali mengalami perubahan perilaku yaitu Tn. N kembali marah-marah tanpa sebab, tertawa sendiri dan membawa pisau ke rumah tetangga dan ingin melukai tetangganya.

#### B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan berbeda dengan diagnosis psikiatri medis dimana diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respons manusia keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial dari individu atau kelompok

tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan. Masalah keperawatan yang dapat disimpulkan dari hasil pengkajian adalah risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, menarik diri

#### C. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Intervensi keperawatan jiwa berdasarkan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan, Bina hubungan saling percaya, evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengontrol pk dengan cara fisik, anjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian, evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengontrol PK dengan cara verbal, anjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian, evaluasi jadwal kegiatan harian klien, jelaskan cara mengontrol pk dengan minum obat, anjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

#### D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru. Untuk membina hubungan saling percaya pada klien dengan risiko perilaku kekerasan kadang-kadang perlu waktu yang tidak singkat. Perawat harus konsisten bersikap terapeutik kepada klien selalu penuh janji adalah salah satu upaya yang bisa dilakukan, pendekatan yang konsisten akan membuahkan hasil bila klien sudah percaya maka apapun yang akan diprogramkan klien akan mengikutinya, tindakan yang bisa dilakukan dalam membina hubungan saling percaya yaitu mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan klien, berkenalan dengan klien, menanyakan perasaan dan keluhan klien saat ini, buat kontak asuhan, jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi, setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap klien, dan penuhi kebutuhan dasar klien saat berinteraksi.

Beberapa keterampilan yang dibutuhkan dalam hal ini yaitu yang pertama keterampilan kognitif mencakup pengetahuan keperawatan yang

menyeluruh. perawat harus mengetahui alasan untuk setiap intervensi terapeutik memahami respon fisiologis, psikologis normal, dan abnormal, mampu mengidentifikasi kebutuhan pembelajaran dan pemulangan klien, serta mengenali aspek-aspek promotif kesehatan klien dan kebutuhan penyakit. Kedua keterampilan interpersonal penting untuk tindakan keperawatan yang efektif. Perawat harus berkomunikasi dengan jelas kepada klien, keluarganya, dan anggota tim perawatan kesehatan lainnya. Perhatian dan rasa saling percaya ditunjukkan ketika perawat berkomunikasi secara terbuka dan jujur. Penyuluhan dan konseling harus dilakukan hingga tingkat pemahaman yang diinginkan dan sesuai dengan penghargaan klien. Perawat juga harus sensitif pada respons emosional klien terhadap penyakit dan pengobatan. Penggunaan keterampilan interpersonal yang sesuai memungkinkan perawat mempunyai perseptif terhadap komunikasi verbal dan non verbal klien. Ketiga keterampilan psikomotor mencakup kebutuhan langsung terhadap perawatan kepada klien, Tindakan yang perawat lakukan pada Tn N. pada saat diruang Bangau yaitu membina hubungan saling percaya, Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, Melatih klien mengontrol pk

dengan cara fisik, Mengajukan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian, Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, Melatih klien mengontrol PK dengan cara verbal, Mengajukan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian, Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, Melatih klien mengontrol pk dengan cara spiritual, Mengajukan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian, Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, Menjelaskan cara mengontrol pk dengan minum obat, Mengajukan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

#### E. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengakhiri intervensi keperawatan, memodifikasi intervensi keperawatan, dan meneruskan intervensi keperawatan.

Evaluasi pada sp 1 hari pertama sampai hari kedua dan ketiga yaitu klien menjawab salam dengan benar, klien menjawab identitasnya dengan lengkap, klien kooperatif, kontak mata ada, klien, klien mampu berkenalan dengan baik, klien mampu berinteraksi, Tindak lanjut klien membuat jadwal

kegiatan harian, Tidak lanjut perawat lanjut ke 2.

Evaluasi pada sp 2 hari pertama dan hari kedua yaitu klien mengatakan jika marah klien langsung melampiaskan marahnya dengan cara memukul bantal, klien kooperatif, klien tampak tenang, klien memukul bantal saat marah, klien mampu mempraktikan cara mengontrol marahnya, Tindak lanjut klien menjalankan jadwal harian, Tindak lanjut perawat lanjut SP 3.

Evaluasi pada sp 3 hari pertama yaitu klien mengatakan sudah bisa mengontrol marahnya dengan cara meminta dengan baik dan menolak dengan baik, klien kooperatif, klien terlihat tenang, klien mempraktikan cara mengontrol pk nya dengan verbal, klien dapat melakukan/mempraktikan cara mengontrol pk, tindak lanjut klien menjalankan jadwal harian, Tindak lanjut perawat lanjut SP 4.

Evaluasi pada sp 4 hari pertama yaitu klien mengatakan saat marah/jengkel dia menenangkannya dengan cara beribadah seperti sholat, klien lebih tenang, klien mengerti tentang penjelasan yang di jelaskan oleh perawat dan cara mengontrol pk dengan cara spiritual, tindak lanjut klien menjalankan jadwal harian, tindak lanjut perawat lanjut SP 5.

Evaluasi pada sp 5 hari pertama yaitu klien

mengatakan sudah tidak marah-marah lagi atau pun jengkel, klien mengatakan rutin minum obat, klien tampak aktif dalam kegiatan di ruangan, lebih sering mengobrol dengan teman lainnya dan klien kooperatif, klien mengerti tentang penjelasan penggunaan obat, intervensi dilanjutkan.

## **KESIMPULAN**

### **1. Pengkajian**

Padapengkajian, difokuskan pada risiko perilaku kekerasan, karenaklien sering marah-marah tanpa sebab, bicara sendiri dan ingin membunuh tetangganya. Klien juga pernah mengalami gangguan jiwa dan klien juga mengalami kekambuhan

Ke empat klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol risiko perilaku kekerasan, dan tujuan khusus kelima klien dapat memanfaatkan obat dengan benar.

### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi yang dilaksanakan oleh penulis pada Tn.N di ruang bangau Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodinigrat Lawang yaitu, membina hubungan saling percaya menggunakan pendekatan terapeutik, mengidentifikasi halusinasi, menjelaskan caramengontrol perilaku kekerasan dan melatih menghardik, menjelaskan dan melatih klien minum obat dengan prinsip 6 benar dan menjelaskan manfaat minum obat dan kerugian tidak

dengan gejala yang sama yaitu sering marah-marah.

### **2. Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang penulis angkat adalah Risiko Perilaku Kekerasan.

### **3. IntervensiKeperawatan**

Intervensi yang direncanakan pada diagnosis risiko perilaku kekerasan yaitu dengan tujuan umum klien dapat mengontrol perilaku kekerasan yang dialaminya. Intervensi juga dilakukan dengan lima tujuan khusus diantaranya tujuan khusus pertama klien dapat membina hubungan saling percaya, tujuan khusus ke dua klien mampu mengenal perilaku kekerasan, tujuan khusus ketiga klien dapat mengontrol perilaku kekerasan, tujuan khusus minum obat, menjelaskan dan melatih bercakap-cakap saat terjadi perilaku kekerasan, melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan kegiatan harian.

### **5. Evaluasikeperawatan**

Evaluasi yang telah dilaksanakan oleh penulis pada Tn.N di ruang bangau Rumah sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodinigrat Lawang yaitu, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal perilaku kekerasan dan dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara menghardik, klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat dan mengetahui manfaat minum obat serta kerugian tidak minum obat, klien dapat bercakap-cakap saat terjadi

risiko perilaku kekerasan, dan klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan kegiatan harian.

#### **SARAN**

1. Bagi Penulis  
Penulis mampu memahami karakter dan pembelajaran dari klien dengan risiko perilaku kekerasan sesuai dengan ketentuan.
2. Bagi Pelayanan Kesehatan  
Pelayanan Kesehatan dapat meningkatkan pelayanan serta pemberian asuhan keperawatan yang dapat meningkatkan proses penyembuhan klien.
3. Bagi Keperawatan  
Perawat harus lebih memahami tentang gangguan jiwa agar tidak salah dalam membantu proses penyembuhan dan pemulihan klien.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Ariyani. (2015). Pengaruh Terapi Psikoreligius Terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan Volume 4. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, 72-77.

Damaiyanti, M. &. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Revika Aditama.

Direja, A. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.

G.W, S. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta: EGC.

Hartono, K. &. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Ilham. (2008). *Terapi Psikoreligius Terhadap Perilaku Kekerasan*. Jakarta: Salemba Medika.

Prabowo, E. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha.

Sari. (2015). *Panduan Lengkap Praktik Klinik Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Trans Info Medika.

Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Studi Penelitian*. Bandung: Alfabeta.

Sutejo. (t.thn.). *Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS.

Yosep, I. &. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama.