

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DAN LATIHAN MENGONTROL MARAH
DENGAN CARA FISIK KE-2 (MEMUKUL BANTAL ATAU KASUR)
PADA Sdr. I DAN Sdr. S DI RUANG GATOTKACA
RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH**

Indar Widowati¹; Suryo Pratikwo²; Rosmiati Saleh³
^{1,2,3}Program Studi Keperawatan Pekalongan Poltekkes Kemenkes Semarang, Indonesia

*e-mail korespondensi : indarwidowati@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Risiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk tindakan yang berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. Tujuan: Artikel ini untuk menggambarkan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan dan mengontrol marah dengan cara memukul bantal atau kasur. Pengkajian, perumusan masalah, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan, evaluasi dan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Metode: Dalam artikel ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan menjadikan 2 subjek penelitian yang memenuhi syarat inklusi dan eksklusi. Teknik pengambilan sampel yang dilakukan penulis yaitu dengan cara Convenience Sampling yaitu cara pengambilan dan penetapan sampel dengan mencari subjek atas dasar keinginan penulis yang dianggap mudah dan menyenangkan penulis.

Hasil: Setelah dilakukan latihan mengontrol marah dengan cara memukul bantal atau kasur didapatkan respon yang sama di antara dua pasien. Strategi pelaksanaan hanya dapat dilakukan sampai strategi pelaksanaan ke-3 pasien, hal ini disebabkan karena keterbatasan waktu penulis dalam pengelolaan kasus.

Simpulan: Untuk dapat mencapai bina hubungan saling percaya pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dibutuhkan kondisi pasien yang kooperatif.

Kata kunci: Risiko perilaku kekerasan, latihan mengontrol marah.

***NURSING CARE RISK OF VIOLENT BEHAVIOR AND ANGRY CONTROL EXERCISE
BY PHYSICAL WAY (HITTING A PILLOW OR MATTRESS) AT Mr. I AND
Mr. S IN THE GATOTKACA ROOM RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO
CENTRAL JAVA PROVINCE***

Indar Widowati¹; Suryo Pratikwo²; Rosmiati Saleh³
^{1,2,3}Pekalongan Nursing Study Program Polytechnic Health Ministry of Semarang, Indonesia

*Corresponding author: indarwidowati@gmail.com

ABSTRACT

Background: The risk of violent behavior is a form of action that risks physical, emotional and/or sexual harm to oneself or others.

Purpose: This article is to describe mental nursing care for patients at risk of violent behavior and control anger by hitting a pillow or mattress. Assessment, problem formulation, nursing diagnosis, planning, action, evaluation and documentation.

Methods: This article, the writer uses descriptive method by making 2 research subjects that meet the inclusion and exclusion requirements. The sampling technique carried out by the author is by Convenience Sampling, namely the way of taking and determining the sample by looking for the subject on the basis of the author's wishes which is considered easy and pleasing to the author.

Results: After the exercise to control anger by hitting a pillow or mattress, the two patients received the same response. Implementation strategy can only be carried out until the third implementation strategy patients, this is due to the author's limited time in case management.

Conclusion: To achieve a trusting relationship, the implementation of mental nursing care for patients requires a cooperative patient condition.

Keywords: Risk of violent behavior, controlling anger exercise.

PENDAHULUAN

Menurut Dermawan (2013) menyatakan bahwa bentuk cemas, stress, harga diri yang rendah dan memiliki perasaan bersalah dapat menimbulkan kemarahan yang berujung pada perilaku kekerasan. Jika perilaku kekerasan terlambat atau bahkan tidak ditangani dengan segera maka akan mengakibatkan dampak buruk bagi kehidupan. Dampak buruk yang ditimbulkan seperti melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain baik secara fisik maupun psikologis dan lingkungan.

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2017 menyatakan bahwa kurang lebih terdapat 200 juta orang di seluruh dunia menderita kecemasan. Sementara itu jumlah penderita depresi sebanyak 322 juta orang di seluruh dunia. Sedangkan pada tahun 2018, depresi dialami oleh penduduk dunia sebanyak lebih dari 300 juta, bipolar dialami oleh 60 juta orang di dunia, Skizofrenia dialami oleh penduduk di dunia sebanyak 23 juta. Pada tahun 2019, penduduk di dunia mengalami depresi dengan 264 juta jiwa, bipolar 45 juta jiwa, demensia 50 juta jiwa, dan Skizofrenia sebanyak 20 juta jiwa.

Hasil data Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) di Indonesia pada tahun 2013, jumlah penderita gangguan jiwa berat di Indonesia sebanyak 1,7 per mil, dan jumlah gangguan mental emosional sebanyak 6%. Provinsi dengan nilai gangguan jiwa berat tertinggi, antara lain: Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Sedangkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) di Indonesia tahun 2018 menunjukkan peningkatan, jumlah penderita gangguan jiwa berat sebanyak 7 per mil, dan jumlah gangguan emosional sebanyak 9,8%. Dalam kurunwaktu 5 tahun terjadi peningkatan penderita gangguan jiwa

yang cukup tinggi yaitu sebanyak 5,3 per mil. Sedangkan penderita gangguan emosional mengalami peningkatan sebanyak 3,8%.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Jawa Tengah pada tahun 2018 terdapat 26.842 orang mengalami gangguan Skizofrenia, 67.057 orang yang mengalami depresi dan 67.057 orang mengalami gangguan mental emosional. Pada tahun 2019 terdapat Orang Dalam Gangguan Jiwa Berat (ODGJ) sebanyak 81.983 orang dan yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar sebanyak 68.090 orang (83.1%). Sedangkan pada tahun 2020 satu dari empat orang atau sekitar 25% warga Jawa Tengah mengalami gangguan jiwa ringan, sedangkan kategori gangguan jiwa berat rata-rata 1,7 per mil atau kurang lebih

12.000 orang. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa prevalensi gangguan jiwa di Provinsi Jawa Tengah setiap tahun mengalami peningkatan dan pada tahun 2020 juga mengalami peningkatan yaitu mencapai 11.025 orang.

Menurut data rekam medik RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah pada 1 Januari-31 Desember 2018, jumlah pasien dengan gangguan jiwa untuk urutan empat kasus besar dari sepuluh kasus terbanyak, antara lain Skizofrenia Tak Terinci (F20.3) dengan jumlah 1.483 kasus, Skizofrenia Paranoid (F20.0) dengan jumlah 1.107 kasus, Skizofrenia Hebefrenik (F20.1) dengan jumlah 200 kasus dan Skizofrenia Akut (F20.2) dengan jumlah 200 kasus. Pada 1 Januari-31 Desember tahun 2019 jumlah empat kasus besar dari sepuluh kasus terbanyak, antara lain Skizofrenia Tak Terinci (F20.3) sebanyak 1.404 kasus, Skizofrenia Paranoid (F20.0) sebanyak 1.082 kasus, Episode Depresi Berat dengan Gejala Psikotik (F32.2) sebanyak

221 kasus dan Skizofrenia Katatonik (F20.2) sebanyak 193 kasus. Pada Pada 1 Januari-31 Desember tahun 2020 jumlah empat kasus besar dari sepuluh kasus terbanyak, antara lain Skizofrenia Tak Terinci (F20.3) sebanyak 1.292 kasus, Skizofrenia Paranoid (F20.0) sebanyak 910 kasus, Episode Depresi Berat dengan Gejala Psikotik (F32.2) sebanyak 184 kasus dan Skizoafektif Tipe Manic (F25.0) sebanyak 157 kasus. Pada 1 Januari-31 Desember tahun 2021 jumlah empat kasus besar dari sepuluh kasus terbanyak, antara lain Skizofrenia Tak Terinci (F20.3) sebanyak 1.518 kasus, Skizofrenia Paranoid (F20.0) sebanyak 870 kasus, Skizofrenia Akut (F20.2) sebanyak 159 kasus dan Episode Depresi Berat dengan Gejala Psikotik (F32.2) sebanyak 154 kasus. Dari prevalensi data diagnosis medis RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa tengah, Skizofrenia Tak Terinci (F20.3) merupakan diagnosis medis dengan jumlah pasien terbanyak dari tahun ke tahun terhitung dari tahun 2018-2021. Menurut Mashudi (2020, p. 11) dalam buku Asuhan Keperawatan Skizofrenia menyatakan bahwa Skizofrenia Tak Terinci (F20.3) merupakan diagnosis medis yang ditandai dengan beberapa gejala psikologis, seperti waham, halusinasi dan risiko perilaku kekerasan.

Menurut Eko Prabowo (2018) menjelaskan bahwa pasien perilaku kekerasan cenderung mudah untuk marah, pandangan mata tajam, nada suara yang tinggi dan otot tegang. Pasien dengan perilaku kekerasan akan berakibat pada risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Untuk menangani pasien perilaku kekerasan dapat menggunakan dua teknik pendekatan, yaitu pendekatan secara farmakologis dan non farmakologi. Pendekatan farmakologi yang dapat

dilakukan, yaitu: pengobatan medis, terapi kejang listrik/*Electro Convulsive Therapy* (ECT), restrain, dan rehabilitasi. Selain menggunakan pendekatan farmakologi, pendekatan keperawatan juga dapat dilakukan untuk menangani perilaku kekerasan. Pendekatan keperawatan tersebut, meliputi membina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat dengan komunikasi terapeutik, mengontrol marah dengan nafas dalam, melatih pasien mengontrol marah secara fisik (memukul bantal dan kasur), melatih pasien mengontrol marah secara verbal (mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik), dan melatih pasien mengontrol marah secara spiritual (ibadah).

Menurut Susilowati dan Ningsih (2015) dalam jurnalnya yang berjudul Penatalaksanaan Pasien Gangguan Jiwa Dengan Perilaku Kekerasan Di Ruang Citra Anggodo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang menjelaskan bahwa pasien dapat mendemonstrasikan memukul bantal dengan baik, pasien mengatakan lega setelah melakukannya dan ingin memasukkan latihan tersebut ke jadwal kegiatan harian setiap tiga hari sekali. Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa dengan latihan mengontrol marah dengan cara fisik ke-2 yaitu memukul bantal atau kasur, pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan dapat menyalurkan energi marahnya menjadi hal yang konstruktif.

Dari data yang ada bahwa masalah gangguan jiwa di Indonesia saat ini sedang marak terjadi dan perlu adanya penanganan yang baik dan sangat diperhatikan. Maka, penulis tertarik dalam mengambil laporan kasus berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Risiko Perilaku Kekerasan dan Latihan Mengontrol Marah dengan Cara Fisik Ke-2 (Memukul Bantal Atau Kasur) di RSJD

Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah”.

METODE PENELITIAN

Deskriptif

Metode deskriptif adalah metode penelitian yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran keadaan langsung dan secara objektif sesuai kondisi yang terjadi pada masyarakat (Nur, 2021, p. 23). Jenis penelitian yang digunakan adalah studi kasus yang merupakan sebuah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan jiwa pada pasien risiko perilaku kekerasan dan latihan mengontrol marah dengan cara fisik ke-2 (memukul bantal atau kasur).

Waktu dan Tempat Pengambilan Kasus

Waktu yang digunakan penulis untuk pengelolaan kasus pada pasien adalah selama tiga hari terhitung dari 21 Desember 2021 sampai 23 Desember 2021. Di RSJD Dr. Amino Gundohutomo Provinsi JawaTengah.

HASIL

Berdasarkan hasil wawancara pada Sdr. I (pasien 1) mengatakan saat marah pasien menyiramkan air dalam gelas, membuang jajanan, dan mengacak-acak tempat sampah. Konsisi saat ini pasien risiko perilaku kekerasan, data subjektif, pasien mengatakan saat marah ia tidak memecahkan piring atau gelas namun menyiramkan air yang ada di gelas. Pasien marah ketika ibu dan bosnya mengatakan ia tidak becus kerja hanya menjaga toko. Objektif, pasien berbicara dengan nada tinggi, pandangan mata tajam dengan penuh emosi. Sedangkan hasil wawancara pada Sdr. S (Pasien 2), Subjektif, mengatakan marah ke tetangga saat dikatakain dan pasien merasa tidak terima dengan hal itu. Objektif, tangan pasien

mengepal.

Status mental Sdr. I (Pasien 1) :
Penampilan : pasien menggunakan pakaian yang sesuai, pakaian tampak bersih.
Pembicaraan : pasien berbicara dengan ritme cepat yang cepat dan tidak melenceng dari pembicaraan. Aktivitas motorik : pandangan mata tajam dan mengepal seketika. Alam perasaan : pasien masih bisa berfikir saat marah. Afek : keadaan emosi labil. Interaksi selama wawancara : pasien kooperatif, selalu mengungkapkan ingin pulang. Persepsi sensori : pasien tidak berhalusinasi. Proses berfikir : pasien dapat menjawab pertanyaan dengan baik. Isi pikir : pasien berbicara sesuai pertanyaan. Tingkat kesadaran : pasien menyadari sekarang ada dimana. Memori : pasien tidak ada gangguan ingatan. Tingkat konsentrasi : pasien berkonsentrasi dengan baik. Kemampuan penilaian : pasien masih bisa menilai yang baik dan buruk. Daya tilik diri : pasien menyadari sering mengamuk.

Status mental Sdr. S (Pasien 2) :
Penampilan : pakaian sesuai dan tampak rapih. Pembicaraan : ritme bicara lambat, berbicara tidak melenceng. Aktivitas motoric : tubuh kaku, terkadang tangan mengepal. Alam perasaan : pasien tidak emosional saat membaha masa lalu. Afek : emosi pasien stabil. Interaksi selama wawancara : pasien kurang memperhatikan. Persepsi sensori : pasien tidak pernah mengalami halusinasi. Proses berfikir : pasien hanya berbicara singkat. Isi pikir : pasien selalu teringat lingkungan rumah yang membuat pasien marah. Tingkat keasadaran : pasien kooperatif. Memori : pasien tidak memiliki gangguan ingatan. Tingkat konsentrasi : pasien konsentrasi dan menjawab dengan benar. Kemampuan penilaian : pasien mampu menilai bahwa minum obat penting. Daya tilik diri : pasien merasa sehat namun suka

mengamuk ke tetangganya.

Rencana pengelolaan keperawatan untuk diagnosis keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Sdr. I dan Sdr. S menggunakan strategi pelaksanaan dengan cara yang ketiga pada pasien risiko perilaku kekerasan yaitu memukul bantal dan Kasur.

Implementasi keperawatan setelah membuat strategi pelaksanaan, selanjutnya membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi tanda dan gejala marah. Kemudian mengontrol marah cara fisik ke-1 : relaksasi nafas dalam, lalu cara fisik ke-2 : memukul bantal atau Kasur. Kemudian pasien diajarkan cara mengontrol marah secara verbal dengan menolak, meminta, dan mengungkapkan perasaan dengan baik. Kemudian Latihan secara spiritual yaitu berdoa dan beribadah. Selanjutnya dengan melanjutkan meminum obat secara rutin.

Evaluasi didapatkan pada Sdr. I (pasien 1) yaitu pasien mengatakan sudah melakukan latihan cara mengontrol marah dengan baik, pasien sudah tidak ditemukan tanda dan gejala marah. Evaluasi yang didapatkan pada Sdr. S (pasien 2) pasien mengatakan sudah Latihan cara mengontrol marah dengan baik, pasien kooperatif, dan sudah tidak ditemukan tanda dan gejala marah.

PEMBAHASAN

Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian Sdr. I dan Sdr. S didapatkan hasil bahwa Sdr. I dibawa ke IGD RSJD Dr. Amino Gondohutomo dengan alasan marah-marah pada kakak iparnya, membanting makanan dan minuman dan membentak orang di sekitar. Sedangkan berdasarkan hasil pengkajian pada Sdr. S didapatkan hasil bahwa Sdr. S dibawa ke IGD RSJD Dr.

Amino Gondohutomo dengan alasan masuk karena pasien marah-marah, membentak tetangga dan suka mondar-mandir di depan rumah. Alasan kedua pasien berperilaku maladaptif adalah karena kedua pasien tersebut mengalami PHK.

Menurut Amimi dkk (2020, p. 69) menjelaskan bahwa tanda gejala yang terdapat pada pasien dengan risikoperilaku kekerasan, antara lain muka merah dan tegang, mata melotot, bicara kasar, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, suara tinggi/menjerit dan berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar dan memukul benda/orang lain, merusak barang atau benda dan tidak memiliki kemampuan untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Berdasarkan hasil pengkajian yang penulis lakukan, terdapat kesenjangan antara tanda dan gejala pasien risiko perilaku kekerasan yang penulis kelola dengan teori. Bentuk kesenjangan tersebut adalah Sdr. I dan Sdr. S tidak memunculkan tanda dan gejala seperti muka merah dan tegang, bicara kasar, melempar dan memukul benda/orang lain, merusak barang atau benda dan tidak memiliki kemampuan untuk mengontrol perilaku kekerasan. Hal ini dapat terjadi karena selama dirawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Sdr. I dan Sdr. S telah mendapatkan penatalaksanaan medis seperti psikofarmaka dan terapi ECT dan juga penatalaksanaan keperawatan berupa komunikasi terapeutik.

Psikofarmaka merupakan aspek penting dalam upaya penyembuhan pasien, hal ini dibuktikan dengan penelitian oleh Eddy (2017) yang menyatakan bahwa ketika pasien Skizofrenia dilakukan tes *positive and negative syndrome scale* (PANSS) mendapatkan hasil bahwa

terdapat perubahan signifikan yang terjadi pada seseorang dalam penggunaan obat psikofarmaka yaitu gejala Skizofreniapasien akan menurun.

Menurut Nabila dkk (2015) menjelaskan bahwa terdapat perbedaan signifikan antara pasien sebelum dilakukan ECT dan setelahnya yang nampak pada tanda dan gejala pasien Skizofrenia, pasien akan nampak gelisah dan lebih agresif ketika sebelum dilakukan ECT, namun jika sudah dilakukan maka pasien cenderung akan lebih tenang dan dapat mengontrol emosinya, hal itu dapat terjadi karena efek samping utama ECT yaitu pasien akan mengalami gangguan daya ingat, daya ingat yang dimaksud adalah *immadiate memory* dan *recent memory* sedangkan *remote memory* tetap utuh. *Immadiate memory* akan pulih sebelum 48 jam pasca ECT, tetapi *recent memory* akan pulih setelah 48 jam setelah ECT. Skizofrenia merupakan sindrom yang ditandai dengan penyimpangan fundamental dari pikiran serta afek yang tidak wajar atau tumpul. Sehingga, ketika pasien Skizofrenia dilakukan penatalaksanaan medis berupa ECT maka tanda gejala maladaptif pasien akan berangsur dapat menurun.

Menurut Witojo dan Widodo (2018) menjelaskan bahwa bentuk komunikasi terapeutik pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan dapat menurunkan tingkat perilaku kekerasan pada pasien. Tujuan dari komunikasi terapeutik, antara lain dapat tercapainya komunikasi yang adekuat antara perawat dan pasien sehingga memungkinkan bagi pasien untuk dapat merasa nyaman dalam berkomunikasi dan dengan leluasa dapat mengungkapkan perasaan dan pikirannya. Sehingga dari beberapa manfaat komunikasi tersebut maka tanda dan gejala pasien risiko perilaku kekerasan dapat berkurang.

Diagnosis Keperawatan

Pada pengelolaan asuhan keperawatan Sdr. I dan Sdr. S, kedua pasien kelolaan memiliki tanda dan gejala seperti tangan nampak mengempal, tidak dapat mempertahankan kontak mata, pandangan mata tajam dan postur tubuh kaku.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) terdapat tanda gejala mayor dan minor yang perlu dikaji pada pasien yang memiliki masalah perilaku kekerasan, antara lain gejala dan tanda mayor subjektif seperti mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus. Gejala dan tanda mayor objektif seperti menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan dan perilaku agresif/amuk. Untuk tanda gejala minor subjektif tidak tersedia namun untuk tanda dan gejala minor objektif seperti mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengempal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku.

Dalam hal ini penulis tidak menemukan kesenjangan dalam merumuskan diagnosis keperawatan karena tanda dan gejala pasien sesuai dengan teori. Sehingga, dari tanda dan gejala yang pasien miliki memudahkan penulis merumuskan diagnosis keperawatan pada Sdr. I dan Sdr. S yaitu risiko perilaku kekerasan.

Perencanaan Tindakan Keperawatan

Dalam memberikan rencana asuhan keperawatan pada Sdr. I dan Sdr. S dengan risiko perilaku kekerasan di ruang Gatotkaca RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah selama tiga hari terhitung dari tanggal 21 Desember 2021-23 Desember 2021. Dalam merumuskan intervensi keperawatan penulis mengacu

pada buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu kontrol diri dengan kode L.09076 dan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu pencegahan perilaku kekerasan dengan kode I.14544. Penulis juga menyusun intervensi sesuai dengan tujuan umum

(TUM) dan tujuan khusus (TUK).

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) intervensi yang dilakukan untuk mendukung tercapainya kriteria hasil yaitu pencegahan perilaku kekerasan yaitu dengan menggunakan prinsip observasi, terapeutik, dan edukasi.

Keliat (2011) mengemukakan bahwa tujuan umum (TUM) adalah agar klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Adapun tujuan khusus (TUK) pada diagnosis ini terdiri dari 11 tujuan khusus. Namun, penulis belum dapat melakukan kesebelas tujuan umum (TUM) karena penulis mengalami kesenjangan yaitu penulis tidak dapat melibatkan keluarga pasien 1 (Sdr. I) dan pasien 2 (Sdr. S) karena saat melakukan penelitian selama tiga hari, kedua keluarga pasien tidak berkunjung untuk menjenguk pasien.

Upaya yang penulis lakukan untuk mengatasi bentuk kesenjangan pada intervensi adalah penulis melakukan pendelegasian dengan perawat ruangan untuk merencanakan tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada klien. Perencanaan yang dibuat oleh penulis untuk kedua klien adalah sama, hal ini dikarenakan penulis mengelola dua klien yang berbeda namun dengan diagnosis keperawatan yang sama yaitu risiko perilaku kekerasan

Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan keperawatan adalah pelaksanaan dari perencanaan keperawatan langsung pada

pasien. Dalam hal ini penulis menggunakan strategi pelaksanaan (SP) tindakan keperawatan pasien dan strategi pelaksanaan keluarga (SP) tindakan keperawatan keluarga. Namun, dikarenakan kedua keluarga pasien tidak berkunjung pada hari kelolaan maka penulis hanya dapat melakukan strategi pelaksanaan (SP) pada pasien. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada sdr. I dan sdr. S menggunakan strategi pelaksanaan yang telah direncanakan sebelumnya. Implementasi yang telah dilakukan pada sdr. I dan sdr. S adalah SP 1 pasien, SP 2 pasien dan SP 3 pasien. Sedangkan yang belum dapat dilakukan adalah SP 4 pasien SP 5 pasien, SP keluarga.

Menurut Jesika dkk (2019) menjelaskan bahwa kepatuhan pengobatan menjadi poin penting yang harus diwaspadai penderita, keluarga dan petugas kesehatan. Menurut Keltner dan Steele (2015) masalah yang sering muncul mengenai kepatuhan minum obat adalah relaps atau kekambuhan. Potensi relaps akan meningkat jika pasien tidak memiliki pengetahuan tentang Skizofrenia atau tidak patuh dalam minum obat dan tidak mendapat dukungan keluarga. Oleh karena itu, usaha penyembuhan dalam pemberian farmakoterapi pada pasien harus dilakukan secara konsisten sehingga relaps atau kekambuhan Skizofrenia yang lebih parah dapat dicegah dan pasien dapat mencapai tingkat penyembuhan yang lebih optimal.

Berdasarkan *literature review* oleh Ardinata dkk (2019) asuhan keperawatan pada pasien harus bersifat *holistic nursing* atau keperawatan secara menyeluruh baik dari segi bio-psiko, sosio-kultural dan spiritual. Aspek spiritual menjadi bagian dari salah satu keperawatan holistik yang memiliki tujuan untuk membantu proses

penyembuhan pasien. Beberapa aspek spiritual yang dapat diterapkan adalah shalat, berdzikir, terapi wudhludan *islamic mindfulness spiritual*. Mindfulness spiritual islam berfungsi untuk meningkatkan rasa kebaikan, penerimaan dan kesabaran dalam diri pasien. Dengan diterapkannya aspek spiritual dalam strategi pelaksanaan keperawatan pasien dapat lebih tenang dan tanda gejala Skizofrenia dapat berkurang hingga mencapai tingkat kesembuhan pasien.

Dalam penelitian Putra dkk (2018) yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan Gangguan Jiwa” didapatkan hasil bahwa kualitas hidup pasien akan lebih tinggi jika terdapat peran keluarga atau dukungan keluarga yang besar, maupun sebaliknya. Hal tersebut membuktikan bahwa betapa pentingnya peran keluarga yang tidak lepas dari fungsi keperawatan dan pemeliharaan kesehatan. Dalam fungsi keluarga, keluarga berfungsi dalam konsep sehat dan sakit ketika salah satu anggota keluarga mengalami masalah pada kesehatannya sehingga kebutuhan kesehatan keluarga dapat terpenuhi. Menurut Risnasari (2017) dalam buku Bahan Ajar Keperawatan menyatakan bahwa keluarga merupakan orang terdekat yang sangat memengaruhi kehidupan pasien sehingga peran keluarga merupakan hal penting dalam proses penyembuhan pasien karena pasien akan bersama keluarga di rumah ketika setelah menjalani perawatan di rumah sakit. Keluarga pun harus memiliki kesiapan yang lebih dalam hal pengasan obat dan perawatan pasien agar kondisi pasien dapat membaik.

Dari teori tersebut menunjukkan bahwa betapa pentingnya SP 4 pasien, SP5 pasien dan SP keluarga untuk dilakukan. Namun, terdapat kesenjangan bahwa penulis

belum dapat melakukan strategi pelaksanaan (SP) tindakan keperawatan SP 4 pasien, SP 5 pasien dan SP keluarga dikarenakan keterbatasan waktu dalam pengelolaan kasus. Selain itu SP keluarga belum dapat penulis lakukan karena kedua keluarga pasien yang tidak dapat berkunjung untuk menjenguk

pasien. Dengan demikian penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan perawat ruangan untuk melanjutkan tindakan keperawatan yang belum tercapai oleh penulis.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan hari pertama untuk SP 1 pasien yang telah didapatkan pada Sdr. I adalah pasien menjawab salam, pasien mau berjabat tangan, pasien nampak memahami pembicaraan, pasien nampak berbicara dengan nada tinggi, pandangan mata tajam, kurang memperhatikan kontak mata, pasien nampak kooperatif, pasien terkadang nampak masih mengepalkan tangannya sesekali. Evaluasi keperawatan hari pertama untuk SP 1 pasien yang telah didapatkan pada Sdr. S adalah pasien menjawab salam, pasien mau berjabat tangan, pasien nampak kooperatif, pasien terkadang nampak masih mengepalkan tangannya sesekali, pasien nampak kaku.

Evaluasi keperawatan hari kedua untuk SP 2 pasien yang telah didapatkan pada Sdr. I adalah pasien mau menjawab salam, pasien nampak berbicara dengan nada yang tinggi. Evaluasi keperawatan hari kedua untuk SP 2 pasien yang telah didapatkan pada Sdr. S adalah pasien nampak kooperatif, pasien nampak mau menjawab salam, pasien nampak masih selalu menggerakkan kakinya.

Evaluasi keperawatan hari ketiga untuk SP 3 pasien yang telah didapatkan pada Sdr. I adalah pasien nampak tidak

berbicara dengan nada yang tinggi lagi, pasien sudah tidak mengepalkantangannya lagi, pasien nampak tidak kaku dan lebih *relax*, pasien nampak tidak agresif, Evaluasi keperawatan hari ketiga untuk SP 3 pasien yang telah didapatkan pada Sdr. S adalah pasien nampak kooperatif, pasien nampak sudah tidak kaku, pasien nampak sudah tidak selalu menggerakkan kakinya, pasien tidak agresif, pasien nampak tidak menunjukkan tanda menyerang dan melukai.

Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018) dalam buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) terdapat tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan, antara lain verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun, verbalisasi umpatan menurun, perilaku menyerang menurun, perilaku melukai menurun, perilaku melukai diri sendiri dan orang lain menurun, perilaku agresif/amuk menurun, suara keras menurun dan bicara ketus menurun.

Dalam hal ini, penulis tidak menemukan kesenjangan karena kriteria hasil yang nampak atau diharapkan dari pasien sesuai dengan luaran kriteria hasil yang berdasarkan dari Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

KESIMPULAN

Penulis dapat membina hubungan saling percaya pada pasien dan dapat mendapatkan data langsung dari pasien. Penulis dapat menegakkan diagnose keperawatan sehingga mempermudah penulis untuk merumuskan intervensi/rencana keperawatan. Implementasi terdapat penguluran waktu yang tidak sesuai kontrak yang ditetapkan. Evaluasi dilakukan penulis setiap setelah melakukan interaksi.

Faktor pendukung yang dialami penulis yaitu adanya informasi tambahan yang didapatkan dari perawat ruangan dan

mendapatkan pasien kelolaan yang kooperatif. Faktor penghambat yang dialami penulis adalah terbatasnya waktu penelitian sehingga terdapat beberapa strategi pelaksanaan yang belum penulis lakukan dan penulis tidak mendapatkan data langsung dari keluarga pasien dikarenakan keluarga pasien tidak datang untuk menjenguk pasien.

SARAN

Sebaiknya pihak RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah memfasilitasi tempat beribadah di dalam ruang pasien agar kebutuhan spiritualnya dapat terpenuhi dan fasilitasi media hiburan pasien untuk menyalurkan bentuk energi positif atau perilaku konstruktif pasien. Untuk perawat dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa perawat diharapkan dapat membimbing pasien untuk meningkatkan kualitas spiritual pasien. keluarga pasien menjenguk pasien karena menjenguk pasien adalah sebagaimana peran keluarga sebagai *support system* bagi pasien. Dengan keluarga menjenguk pasien, maka pasien akan merasa lebih diperhatikan dan kebutuhan akan kasih sayangnya akan tercukupi, selain itu keluarga dapat mengetahui perkembangan pasien selama dirawat di Rumah Sakit Jiwa.

REFERENSI

- Ah. Yusuf, Rizky Fitriyasari PK, H. E. N. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa* (Ganiajri & Faqihani (Ed.)). Salemba Medika.
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). *Laporan Provinsi Jawa Tengah Riskesdas 2018*. Kementerian Kesehatan RI.
Budi Anna Keliat, A. P. (2017). *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok* (A.& Bhetsy (Ed.); 2nd ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
Deden Dermawan & Rusdi. (2013). *Konsep dan Kerangka Kerja*

- Asuhan Keperawatan Jiwa*
(Rahayuningsih & Tutik (Ed.); 1st ed.). GosyenPublishing.
- Direja, A. H. S. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa* (aBay (Ed.)). Nuha Medika.
- Dwidiyanti, M., & Sari, S. P. (2019). *Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia Melalui Terapi Drug Compliance With Skizofrenia Patients Through Islamic Spiritual Mindfulness Therapy*. 2(1), 79–82.
- Ilmiah, K. T., Kusumaningtyas, K. P., Keperawatan, P. D., Keperawatan, J., Kesehatan, P., & Kesehatan, K. (2018). *Maintenance Rsj Grhasia*.
- Ilyas, F. (2021). Analisis Swot Kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (Psbb) Dan Pemberlakuan Pembatasan Kebijakan Masyarakat (Ppk) Terhadap Dampak Ekonomi Di Tengah Upaya Menekan Laju Pandemi COVID-19. *Jurnal Akrab Juara Volume 6 Nomor 3 Edisi Agustus 2021 (190-198)*, 6, 190–198.
<http://akrabjuara.com/index.php/akrabjuara/article/view/1559>
- Kandar, & Iswanti, D. I. (2019). Predisposition and Prestipitation Factors of Risk of Violent Behaviour. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149–156.
[file:///C:/Users/lenovo/Downloads/226-Article Text-1292-1-10-20191202.pdf](file:///C:/Users/lenovo/Downloads/226-Article%20Text-1292-1-10-20191202.pdf)
- KBBI Online/daring*. (n.d.). Retrieved October 9, 2021, from <https://kbbi.web.id/keras>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (n.d.). *No Title*. Retrieved August 11, 2021, from <https://www.kemkes.go.id/>
- Khaska, M. (2021). *Pemenuhan Spiritual Care Oleh Perawat Di Rumah Sakit*. 4, 165–174.
- Mashudi, S. (n.d.). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Skizofrenia* (N. Kholis (Ed.); 1sted.). Global Aksara Pres.
- Nandinanti, I. N. (n.d.). *Artikel Penelitian Efek Electro Convulsive Therapy (ECT) terhadap Daya Ingat Pasien Skizofrenia di RSJ Prof. HB . Sa ' anin Padang*. 4(3), 883–888.
- Nasruddin, R., & Haq, I. (2020). Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan Masyarakat Berpenghasilan Rendah. *SALAM: Jurnal Sosial Dan Budaya Syar-I*, 7(7). <https://doi.org/10.15408/sjsbs.v7i7.15569>
- Pasaribu, J., Hasibuan, R., Tinggi, S., Kesehatan, I., Carolus, S., Sakit, R., Daerah, K., & Sawit, D. (2019). *Medication Adherence Induced Relapse In Schizophrenic Patient*. 39–46.
- Pendidikan, K., Spesialis, D., Studi, P., Sekolah, B., & Hasanuddin, U. (2017). *Efektivitas Kombinasi Terapi Risperidon Dan Psikoterapi Kelompok Terhadap Perbaikan Gejala Klinis Skizofrenia*.
- Perawat, P., Indonesia, N., Tengah, J., Amimi, R., Malfasari, E., Febtrina, R., & Maulinda, D. (2020). *Analisis Tanda Dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan Pada Sign And Symptom Analysis Of Violence Behaviour For Schizopernia Patients*. 3(1), 65–74.
- Prabowo, E. (2018). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- Pradila, M. R. (2021). *Banyak Buruh Kena PHK di Masa PPKM Darurat, KSPI: Buruh Kontrak dan Permanen Semua Kena PHK*.
<https://www.pikiran-rakyat.com/nasional/pr-012292448/banyak-buruh->

kena-phk-di-masa-ppkm-
darurat-kspi-buruh-kontrak-dan-
permanen-semua-kena-phk

- Radhitya, T. V., Nurwati, N., & Irfan, M. (2020). Dampak Pandemi Covid 19. *Jurnal Kolaborasi Resolusi Konflik*, 2(2), 111–119. <http://jurnal.unpad.ac.id/jkrk/article/view/29119/13926>
- Risnasari, N. (2019). Keperawatan Jiwa: Modul Bahan Ajar Keperawatan. In *Fakultas Ilmu Kesehatan dan Sains Universitas Nusantara PGRI Kediri*. http://repository.unpkediri.ac.id/2251/1/BAHAN_AJAR_KEPERAWATAN_JIWA.pdf
- Sanchaya, K. P., Made, N., Sulistiowati, D., Putu, N., Darma, E., Studi, P., Keperawatan, I., Kedokteran, F., Udayana, U., Jiwa, D. K., Studi, P., Keperawatan, I., Kedokteran, F., & Udayana, U. (2018). *The Relationship Between Family Support And The Quality Of Life Of People With Mental Disorders*. 1(2), 87–92.
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. PUSTAKA BARU PRESS.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan: Definisi dan Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI
- TRIBUN-VIDEO.com. (2021). *Pandemi, Penyakit Menular yang Menyebar secara Cepat dan Global Meliputi Area Geografi yang Luas*. <https://video.tribunnews.com/view/212009/pandemi-penyakit-menular-yang-menyebar-secara-cepat-dan-global-meliputi-area-geografi-yang-luas>
- Triyani, F. A. (2019). *Gambaran Terapi Spiritual Pada Pasien Skizofrenia : Literatur Description Of Spiritual Therapy In Skizofrenia Patients : Literatur Review*. 2(1).
- Witojo, D., & Widodo, A. (2005). *Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Penurunan Tingkat Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. 1–6.
- Y. Susilowati dkk. (2015). *Penatalaksanaan Pasien Gangguan Jiwa Dengan Perilaku Kekerasan Di Ruang Citra Anggodo Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Penatalaksanaan Pasien Gangguan Jiwa Dengan Perilaku Kekerasan*, 2(2), 37–42.
- Zilfilah Dwi Nur Anisa. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Perilaku Kekerasan Dan Latihan Cara Mengontrol Marah Secara Fisik Kedua (Memukul Bantal) Pada Tn. M Dan Tn. C Di Ruang Gatotkaca Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Semarang Provinsi Jawa Tengah*. xiv + 197. http://repository.poltekkes-smg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=25633&keywords=Zilfilah