



Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb. Sa'anin Padang

Yusran Hanif¹, Ramaita², Vivi Yuderna³, Ridhyalla Afnuhazi⁴

Departemen Keperawatan, Fakultas Psikologi Dan Kesehatan, Universitas Negeri Padang^{1,2,3,4}

*Corresponding author : yusranhani26@gmail.com

Received: (July 2025)

Accepted: August 2025

Available online: December 2025

ABSTRAK

Risiko perilaku kekerasan adalah kecenderungan individu melakukan tindakan fisik yang membahayakan akibat faktor emosional, kejiwaan, lingkungan, dan tekanan hidup. WHO mencatat gangguan jiwa secara global mencakup 35 juta penderita depresi, 60 juta bipolar, 21 juta skizofrenia, dan 47,5 juta demensia. Penelitian ini bertujuan memberikan asuhan keperawatan jiwa kepada Tn. R untuk menurunkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan. Penelitian dilakukan di Wisma Cendrawasih RSJ Prof. HB Saanin Padang selama 5 hari, dari 24 hingga 28 Maret 2025. Tn. N dipilih menjadi pasien kelolaan karena menunjukkan perilaku gelisah saat awal masuk. Hasilnya, Tn. N mampu mengontrol perilaku kekerasan secara mandiri melalui Strategi Pelaksanaan (SP): SP 1 latihan fisik pukul bantal dan tarik napas dalam, SP 2 minum obat teratur, SP 3 komunikasi verbal yang sehat, dan SP 4 spiritual (berwudhu dan mengaji). Pada penelitian ini Tn. N mampu mengontrol PK, begitu juga dengan peneliti selanjutnya mampu melaksanakan pemberian asuhan keperawatan jiwa, RSJ Prof. HB Saanin Padang, dan Institusi diharapkan agar dapat menambah wawasan dan dukungan keluarga sebagai acuan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa secara optimal.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Jiwa, Resiko Perilaku Kekerasan

ABSTRACT

The risk of violent behavior is the tendency of individuals to carry out dangerous physical actions due to emotional, psychological, environmental, and life stress factors. WHO notes that mental disorders globally include 35 million people with depression, 60 million with bipolar, 21 million with schizophrenia, and 47.5 million with dementia. This study aims to provide psychiatric nursing care to Mr. R to reduce signs and symptoms of risk of violent behavior. The study was conducted at Wisma Cendrawasih, Prof. HB Saanin Mental Hospital, Padang for 5 days, from March 24 to 28, 2025. Mr. N was selected as a managed patient because he showed restless behavior when he first entered. As a result, Mr. N was able to control violent behavior independently through Implementation Strategies (SP): SP 1 physical exercise hit the pillow and take deep breaths, SP 2 taking medication regularly, SP 3 healthy verbal communication, and SP 4 spiritual (ablution and recite). In this study, it is study that Mr. N. N is able to control PK, as well as the next researcher is able to carry out the provision of psychiatric nursing care, Prof. HB Saanin Padang Mental Hospital, and the Institution is expected to be able to increase insight as a reference in providing optimal psychiatric nursing care.

Keywords: Mental Health Nursing Care, Risk of Violent Behavior

PENDAHULUAN

Menurut UU Kesehatan No. 17 tahun 2023, Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan dimana seseorang dapat tumbuh dan berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga dalam kondisi ini individu tersebut memiliki kesadaran akan kemampuan diri, dapat menghadapi berbagai tekanan, bekerja secara produktif, serta memberikan kontribusi positif bagi komunitasnya (Kemenkes RI, 2023). Menurut WHO (Dalam Kementerian Kesehatan RI, 2020) secara global terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, serta 47,5 juta orang terkena demensia. Penderita gangguan jiwa menurut WHO, banyak terdapat di negara berkembang. Di wilayah Asia Tenggara, hampir satu pertiga dari penduduk di wilayah ini pernah mengalami gangguan jiwa. Menurut World Health Organization (2021) mengatakan pada umumnya gangguan jiwa yang terjadi merupakan skizofrenia, diperkirakan 20 juta orang didunia menderita skizofrenia. Menurut World Health Organization (2022) terdapat 300 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan jiwa seperti depresi, bipolar, dan demensia.

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menunjukkan bahwa prevalensi anggota rumah tangga yang penderita gangguan jiwa di Indonesia di urutan pertama provinsi DI Yogyakarta 9,3%, Provinsi kedua Jawa Tengah 6,5%, provinsi ketiga Sulawesi Barat 5,9%, Provinsi keempat Nusa Tenggara Timur 5,5%, Provinsi kelima DKI Jakarta 4,9%, Provinsi keenam Sumatera Barat 4,8%. (SKI 2023).

Berdasarkan hasil skirining Provinsi Sumatra Barat tahun 2024, Kabupaten Solok menjadi urutan pertama dengan angka 96,71%, dan diurutan terakhir terdapat Kabupaten Mentawai dengan angka 1,14% sedangkan Kota Padang berada pada urutan ketujuh dengan angka 25,23% (Dinkes 2024). Pasien – pasien dengan gangguan jiwa ini mendapatkan pelayanan di puskesmas terdekat dan ada beberapa kasus tertentu di rujuk ke RSJ Prof HB Saanin Padang.

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh,

tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Pada seseorang yang mengalami Risiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisa (Pardede, Siregar & Halawa, 2020).

Adapun dampak lain 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 stres 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. Komunikasi terapeutik bagi pasien risiko perilaku kekerasan menggunakan teknik Strategi Pelaksanaan Terapeutik Komunikasi (SPTK) yaitu terdiri dari SP 1: Pengkajian dan latihan nafas dalam dan memukul kasur atau bantal, SP 2: Latihan patuh minum obat, SP 3: Latihan cara sosial atau verbal, SP 4: Latihan cara spiritual (Wahyudi, et al, 2021).

Upaya penanganan pada pasien dengan perilaku risiko perilaku kekerasan yaitu dapat dilakukan dengan farmakologi dan menerapkan asuhan keperawatan jiwa dengan melakukan intervensi keperawatan menggugurkan pelaksanaan (SP) serta Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi. Peran perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan (Amalia Rizqi 2023).

Peran perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa yaitu sebagai pelaksanaan asuhan keperawatan yang memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan individu, keluarga, dan komunitas (Yusuf, 2015). Perawat melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan jiwa yaitu pengkajian, membina hubungan saling percaya, mengkaji waktu, frekuensi, situasi munculnya perilaku kekerasan, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, dan pelaksanaan tindakan keperawatan dalam

mengontrol perilaku kekerasan dengan memberikan strategi pelaksanaan (Yusuf, 2015).

KASUS

Peneliti melakukan wawancara dan observasi secara langsung untuk mendapatkan data yang dibutuhkan, berdasarkan pengkajian yang dilakukan terhadap Tn. N pada tanggal 24-28 Maret pukul 08.00 WIB di wisma Cendrawasih RSJ Prof HB Saanin Padang, didapatkan pasien berjenis kelamin laki-laki yang berumur 28 Tahun.

Berdasarkan pengkajian yang didapatkan dari Tn. N keluhan pasien putus obat kejang sejak 1 minggu sebelum dibawa ke RSJ dengan gejala pasien kejang, marah – marah , agresif , gelisah, emosi labil, sering mengikuti kemauan sendiri, meninju ibunya jika tidak mendapat yang ia inginkan, berkata kasar dan kotor, berbicara dan tertawa sendiri, pasien mengatakan memecahkan gelas ke halaman jika keinginannya tidak terpenuhi, pasien mengatakan kadang-kadang mendengar suara-suara bisikan untuk menyuruh melukai orang lain, pasien mengatakan mendengar suara bisikan 1 x sehari pada sore hari ,dan merasa curiga dijahati dan dibicarakan orang lain.

PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Selama penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. N dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan di Wisma Cendrawasih RSJ Prof HB Saanin Padang pada tanggal 24–28 Maret 2025, terdapat beberapa hal penting yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus tersebut. Penulis telah berupaya menerapkan serta menyesuaikan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan dengan mengacu pada teori-teori yang relevan. Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai asuhan keperawatan yang telah dilakukan serta sejauh mana keberhasilannya, akan dijabarkan sesuai dengan tahapan prosedur keperawatan, mulai dari pengkajian, penegakan diagnosis, intervensi, implementasi, hingga evaluasi keperawatan.

Data ini didukung pada penelitian Fadila, (2023) mengenai asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, pasien yang diteliti tersebut memiliki keluhan antara lain yaitu pasien sering melempar gelas kehalaman, marah - marah tanpa sebab, sering berbicara kotor, mudah tersinggung, bicara

keras saat diajak mengobrol, tatapan mata yang tajam, wajah pasien terlihat tegang dan gelisah.

Hal ini sesuai dengan teori Pardede (2020), bahwa data diatas merupakan tanda dan gejala dengan masalah resiko perilaku kekerasan yang ditandai dengan antara lain, mengungkapkan perasaan kesal atau marah, keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, suka membentak dan menyerang orang lain, mata melotot atau pandangan tajam. tangan mengopai dan rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku, mengancam dan mengumpat dengan kata - kata kotor, suara keras. bicara kasar atau ketus, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, serta amuk atau agresif.

Asumsi penelitian, tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dengan teori dan kasus dengan penelitian Fadila (2023) dan Wardani, Sari (2018). Pada pengkajian tersebut dibuktikan bahwa Tn. N mengalami masalah dengan resiko perilaku kekerasan yang ditandai dengan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yaitu: pasien gelisah, emosi labil, marah tanpa sebab, melempar gelas kehalaman, suka berbicara kotor, pasien berbicara dengan suara keras dan lumayan tinggi, mendominasi pembicaraan, pasien saat emosi suka membanting gelas, pasien tampak mudah terpancing emosi, pasien tampak mondar - mandir, pasien tampak mengepalkan tangannya, pandangan mata pasien tajam, mengatup rahang dengan kuat, pasien tampak tegang, merasa curiga ada yang ingin jahat padanya, merasa kurang nyaman, merasa jengkel, mempunyai pikiran negatif terhadap orang, pasien tampak gelisah, dan pasien tampak bingung.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian pada Tn. N didapatkan 3 daftar masalah keperawatan yaitu Resiko Perilaku Kekerasan, Harga Diri Rendah, Defisit Perawatan Diri. Dari 3 daftar masalah keperawatan tersebut Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan merupakan Diagnosis prioritas yang tanda dan gejalanya paling banyak ditemui di Tn. N.

Menurut Mariyam (2020) mengatakan berdasarkan hasil data pengkajian terhadap pasien ada beberapa masalah yang muncul yaitu Resiko Perilaku Kekerasan, Harga Diri Rendah dan Defisit Perawatan Diri. Masalah keperawatan atau Diagnosis yang diambil pada keperawatan jiwa adalah Diagnosis tunggal, sesuai pada data prioritas dan data terbanvak yang ditemukan.

Menurut Keliat (2019) Diagnosa keperawatan yang menjadi penyebab RPK adalah. Waham, Halusinasi, Rosiko Bunuh Diri, Gangguan Konsep Diri (Harga Diri Rendah), dan Isolasi Sosial.

Asumsi peneliti, dapat dilihat tidak ada kesenjangan antara kasus dengan penelitian Mariyam (2020), tetapi terdapat perbedaan antara kasus dengan teori yaitu dimana tidak semua Diagnosis keperawatan pada teori tersebut dialami oleh Tn. N, adapun tahapan dalam menegakan diagnosa keperawatan, yaitu: Menganalisis dan menginterpretasikan data, mengidentifikasi masala klein, Merumuskan diagnosa keperawatan, mendokumentasikan diagnosa keperawatan. Berdasarkan data yang didapat dari hasil pengkajian terhadap Tn. N, diperoleh diagnosa keperawatan sebagai berikut: Resiko Perilaku Kekerasan di tandai dengan pasien gelisah. emosi labil, marah tapa sebab, memukul ibunya dan melempar gelas kehalaman berbicara dengan suara keras dan lumayan tinggi, mendominasi pembicaraan, pasien saat emosi suka membanting gelas, pasien tampak mudah terpancing emosi, pasien tampak mondar - mandir, pasien tampak mengepalkan tangannya, pandangan mata pasien tajam, mengatup rahang dengan kuat, pasien tampak tegang, merasa curiga ada yang ingin jahat padanya, merasa kurang nyaman, merasa jengkel, mempunyai pikiran negatif terhadap orang, pasien tampak gelisah, dan pasien tampak binggung., Harga Diri Rendah di dengan gejala kehilangan peran, pernah mengalami aniaya fisik dan kehilangan orang tersayang, Defisit Perawatan Diri, berpenampilan kurang rapi, bau badan, rambut acak - acakan serta mulut dan gigi kotor.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan merupakan suatu proses di dalam memecahkan masalah yang merupakan keputusan awal tentang suatu apa yang akan dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan perawat Darmawan, 2018). Perencanaan Asuhan Keperawatan pada Tn. N akan disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan Tn. N selama kurun waktu 5 hari berturut - turut yang telah diberikan oleh peneliti. Adapun intervensi yang direncanakan peneliti terdapat 3 Diagnosa Keperawatan yaitu Resiko Perilaku Kekerasan, Harga Diri Rendah, dan Defisit Perawatan Diri. Diagnosis prioritas yaitu Resiko Perilaku Kekerasan identifikasi penyebab PK, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK. latih cara

mengontrol PK dengan lakukan latihan fisik I dan 2 yaitu tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal, latih cara mengontrol PK dengan minum obat secara teratur, lath cara mengontrol PK dengan verbal dan latih mengontrol PK dengan spiritual seperti mengaji. Diagnosa kedua Harga Diri Rendah: membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif yang dimiliki pasien, latih kemampuan HDR dengan latih kegiatan positif yaitu merapikan tempat tidur, latih kegiatan positif membersihkan kamar mandi, latih kegiatan positif membersihkan kaca kamar, latih kegiatan positif menyapu kamar. Lanjut Diagnosis pendamping Defisit Perawatan Diri: identifikasi kebersihan diri. berhias atau berdandan, makan dan minum dan BAB atau BAK, latih alat dan cara menjaga kebersihan diri, latih alat dan cara berdandan atau berhias, latih alat dan cara makan dan minum, dan latih alat dan cara BAB atau BAK.

Adapun intervensi keperawatan pada keluarga meliputi SP 1 - 4 dengan 3 Diagnosa Keperawatan yang peratama Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan yaitu diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien PK, Jelaskan pengertian, tanda gejala dan penyebab PK, jelaskan cara merawat PK, latih salah satu cara merawat PK dengan latihan fisik 1 dan 2, jelaskan 8 benar cara pemberian obat, bersama keluarga latih Pasien dalam melakukan minum obat teratur, latih cara membimbing verbal/ vicara. latih cara membimbing kegiatan spiritual, dan jelaskan follow up ke puskesmas , tanda kambuh, rujukan.

Lanjutkan Diagnosis Keperawatan kedua Harga Diri Rendah yaitu pada Keluarga meliputi SP 1-4 yaitu diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien HDR, jelaskan pengertian, tanda gejala dan penyebab. dan proses terjadinya harga diri rendah, jelaskan merawat harga diri rendah (erutama dalam memberikan pujian semua hal yang positif pada pasien, latih Keluarga memberi tanggung jawab kegiatan yang dipilih pasien, Bersama Keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan kedua yang dipilih, Bersama Keluarga melatih dalam kegiatan ketiga yang dipilih, Bersama Keluarga melatih pasien melakukan kegiatan keempat yang dipilih, jelaskan follow up PKM, tanda kambuh rujukan.

Menurut Penelitian Anggit (2020) menyebutkan rencana keperawatan resiko perilaku kekerasan sebagai berikut, latih klien

untuk melakukan relaksasi : tarik nafas dalam, pukul bantal/ kasur, senam dan jalan - jalan, latih pasien untuk berbicara dengan baik : mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik, latih pasien deeskalasi yaitu mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis, latih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah lain, latih pasien minum obat dengan (benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluarsa dan benar dokumentasi). Namun pada penelitian ini hanya berfokus pada diagnosis prioritas yaitu Resiko Perilaku Kekerasan.

Dalam penyusunan intervensi keperawatan, peneliti menggunakan rencana keperawatan yang telah disusun dalam bentuk Strategi Pelaksaa (SP) sebagai standar. Dalam hal ini setiap rencana Keperawatan dikembangkan berdasarkan teori yang dapat diterima secara logis dan sesuai dengan kondisi pasien. Secara umum intervensi teoritis dan tinjauan kasus adalah sama. Dimana perencanaan asuhan keperawatan jiwa bertujuan agar pasien mampu mengontrol PKnya. Perencanaan tersebut telah discsuai dengan prioritas masalah untuk kebutuhan pasien (Muhith 2015).

Asumsi peneliti, mengenai intervensi keperawatan yang telah dilakukan oleh peneliti tidak ada kesenjangan antara kasus dengan peneliti Anggit (2020) karena dalam membuat intervensi keperawatan hanya menggunakan Diagnosis Keperawatan Prioritas yaitu Risiko Perilaku Kekerasan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. N ada 3 Diagnosa Keperawatan yang pertama Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan meliputi Strategi Pelaksanaan 1: Melatih cara mengontrol PK dengan melakukan latihan fisik I dan 2 yaitu tarik nafas dalam dan pukul kasur/ bantal. Strategi Pelaksana 2: Melatih Tn. N cara mengontrol PK dengan minum obat (prinsip 8 benar minum obat). Strategi Pelaksana 3: Melatih Tn. N cara mengontrol PK secara verbal, agar pasien dapat meminta sesuatu dengan baik, menolak sesuatu dengan baik serta mengungkapkan marahnya dengan baik. Strategi Pelaksana 4: Melatih Tn. N cara mengontrol PK secara spiritual seperti mengaji.

Diagnosa Keperawatan kedua Defisit Perawatan Diri meliputi Strategi Pelaksana 1: melatih alat dan cara menjaga kebersihan diri.

Strategi Pelaksana 2: melatih alat dan cara berhias/ berdandan. Strategi Pelaksana 3: melatih alat dan cara makan dan minum dengan benar. Startegi Pelaksana 4: melatih alat dan cara BAB/ BAK dengan benar.

Implementasi Keperawatan pada Tn. N yang telah dilakukan oleh peneliti yang mana memiliki kesesuaian dengan teori yang sudah ada sebelumnya. Tindakan yang dilakukan pada Tn. N bertujuan agar Tn. N mampu mengontrol PKnya dengan latihan dan melakukan cara – cara yang telah diberikan oleh peneliti. Sedangkan Implementasi Keperawatan pada keluarga tidak dilakukan karena pasien dirawat di RSJ Prof. HB Sa'anin Padang dan selama peneliti melakukan tindakan Asuhan Keperawatan tidak ada keluarga yang datang.

Menurut Anggit (2020) mengatakan bahwa implementasi keperawatan yang dilakukan hanya Diagnosi Keperawatan. Menurut Fadhilla (2018) mengatakan implementasi atau disebut tindakan keperawatan merupakan rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasi intervensi keperawatan. Tindakan yang dilakukan menggunakan Strategi Pelaksana (SP) pada pasien dengan masalah Risiko Perilaku Kekerasan.

Asumsi peneliti, mengenai implementasi keperawatan yang telah dilakukan oleh peneliti tidak ada kesenjangan antara kasus dengan Peneliti Anggita (2020) karena tindakan keperawatan tersebut bertujuan agar pasien mampu mengontrol PKnya. Sedangkan pada penelitian Fadhilla (2018) tidak terdapat kesenjangan karena sama dengan teori yang sebelumnya sudah ada. Selama peneliti melakukan penelitian di Wisma Cendrawasih RSJ Prof. HB Saanin Padang keluarga Tn. N tidak pernah datang untuk menjenguk Tn. N, maka dari itu peneliti tidak melakukan implementasi pada keluarga.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan untuk Diagnosis Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan didapatkan dari analisis selama 5 hari berturut - turut didapatkan bahwa terjadi peningkatan kondisi pasien kearah yang lebih baik. Untuk evaluasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan didapatkan hasil data subjektif yaitu Tn. N mengatakan sudah melakukan latihan fisik 1 tarik nafas dalam dan 2 pukul Kasur atau bantal, Tn. N sudah minum obat secara teratur dan mengetahui tentang obat secara mandiri, Tn. N

mengatakan sudah melakukan kegiatan verbal secara baik Aensan mandiri dimana. Tn. N dapat meminta dan menolak sesuatu dengan baik serta mengungkapkan marah dengan baik, Tn. N mengatakan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual pasien mengatakan hati menjadi lebih tenang dan damai, dan pasien mengatakan sudah memasukkan kegiatan latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian. Data objektif yaitu pasien tampak tenang, pasien tampak dapat berkonsentrasi, pasien mampu melakukan latihan fisik, pasien mampu melakukan minum obat secara teratur, pasien mampu melakukan kegiatan verbal seacara baik dan pasien mampu melakukan spiritual seperi mengaji, Assesment : Resiko Perilaku Kekerasan mandiri, Planing : Intervensi di hentikan karena peneliti telah selesai penelitian. Dilanjutkan Diagnosa kedua Harga Diri Rendah didapatkan hasil data subjektif Tn. N latih kegiatan positif yaitu merapikan tempat tidur, latih kegiatan positif membersihkan kamar mandi, latih kegiatan positif membersihkan kaca kamar, latih kegiatan positif menyapu kamar, data obiektnifnya mengetahui Kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien, kontak mata pasien ada, pasien sangat kooperatif, Assesmentnya : Harga Diri Rendah SP 1, 2, 3, 4. Lanjut Diagnosis pendamping Defisit Perawatan Diri didapatkan hasil data subjektif yaiu Tn. N mengatakan sudah melakukan kebersihan diri, berdandan/ berhias, makan/ minum, dn BAB/ BAK, serta Tn. N mengatakan sudah memasukan kebersian, berdandan/ berhias, makan/ minum, dan BAK/ BAB ke dalam jadwal kegiatan harian. Data obiektnif yaitu Tn. N tampak rapi, Tn. N sudah mengganti pakainnya setelah mandi pagi, gigi Tn. M tampak bersih, rambut Tn. N tampak rapi, kumis Tn. N tampak bersih, Tn. N mampu makan/minum dengan baik dan Tn. N mampu BAK/ BAB dengan baik, Assesment: Defisit Perawatan Diri SP 1, 2, 3, dan 4 mandiri, Planning: Intervensi dihentikan karena penelitian telah selesai.

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari Tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP Sebagai berikut, S Respon subjektif pasien terhadap Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, O Respon objektif pasien terhadap Tindakan keperawwatan yang telah dilaksanakan, A. Analisi terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah

masalah masalah ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada, dan P : Tindak lanjut Berdasarkan hasil analisis respon pasien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua Tindakan terapi hasil belum memuaskan) Anggit, 2021.

Pada peneliti Siti, (2022) hasil evaluasi selama 3 hari. Data subjektif yaitu pasien mengatakan sudah mengetahui cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal, pasien mengatakan mulai mempraktekan cara minum obat secara tepat, pasien mengatakan rasa ingin marah sudah berkurang, Data objektif: pasien terlihat mampu dalam mempraktikan latihan fisik (tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal), obat, verbal, dan spiritual. Assesment pasien yaitu masalah resiko perilaku kekerasan belum teratasi (+). Planning yaitu hentikan intervensi.

Asumsi peneliti tidak ada kesenjangan antara kasus dengan peneliti Siti (2022) karena juga menggunakan Analisa table tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan untuk melihat adanya penurunan tanda dan gejala pada klien tersebut. Namun pada penelitian tersebut hanya memberikan evaluasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan prioritas yaitu resiko perilaku kekerasan.

Sedangkan data objektif yaitu setelah dilakukan tindakan berturut - turut selama 5 hari mulai tanggal 24 Maret - 28 Maret 2025 ditemukan adanya penurunan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan pada Tn. N, pada hari pertama Tn. N memiliki 26 tanda dan gejala, hari kedua 21 tanda dan gejala, hari ketiga 15 tanda dan gejala, hari keempat 9 tanda dan gejala, hari kelima 7 tanda dan gejala yang masih dimiliki Tn. N. Untuk Analisa pada hari pertama Tn. N belum mampu mengontrol Pknya secara mandiri, tetapi setelah diulangi lagi pada hari kedua Tn. N sudah mampu mengontrol PK secara mandiri hingga hari terakhir. Dan pada planning dari Tn. N adalah tetap mengoptimalkan SP Risiko Perilaku Kekerasan secara mandiri dan melanjutkan SP Diagnosa Keperawatan yang lainnya.

KESIMPULAN

Hasil pengkajian didapatkan data bahwa Tn. N seorang anak laki - laki berusia 28 tahun, anak ke pertama dari empat bersaudara, tidak bekerja hanya membantu ibunya dirumah, dan beragama islam. Pada saat pengkajian

didapatkan Pasien mengatakan baru pertama kali masuk RSJ Prof. HB Sa'anin Padang, pasien sering memukul ibunya jika kehendaknya tidak didapatkannya, disaat emosi Pasien suka membanting gelas kehalaman rumahnya jika kehendaknya tidak didapatkan. Dari hasil observasi selama dilakukannya pengkajian didapatkan Pasien tampak mudah terpancing emosi, Pasien tampak mondar - mandir, pandangan mata Pasien tajam, Pasien tampak tegang.

Diagnosis Keperawatan yang diangkat yaitu Resiko Perilaku Kekerasan, Harga Diri Rendah dan Defisit Perawatan Diri.

Intervensi keperawatan direncanakan sesuai teori yang sudah ada untuk Diagnosis Keperawatan. Pada intervensi perawatan ini peneliti menerapkan Diagnosa Keperawatan dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan dimana terdapat 4 strategi pelaksanaan yaitu melakukan kegiatan fisik 1 dan 2 (tarik nafas dalam dan pukuk kasur atau bantal), minum obat secara teratur, verbal (meminta, menolak, dan mengungkapkan) secara baik dan spiritual (mengaji).

Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 24 Maret 2025 sampai 28 Maret 2025. Tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya oleh peneliti. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu Resiko Perilaku Kekerasan.

Evaluasi dilakukan berdasarkan catatan perkembangan dengan metode SOAP pada pasien. Didapatkan adanya penurunan landa dan gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. N. Pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan untuk membantu mengontrol emosi dan pikirannya serta pasien mampu melakukan kegiatan tersebut secara mandiri.

SARAN

Bagi institusi Pendidikan Dapat dijadikan sebagai sumber referensi pembelajaran dalam meningkatkan bimbingan klinik kepada mahasiswa sehingga mahasiswa semakin mampu dalam melakukan Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan dan dapat meningkatkan mutu pendidikan tentang Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

Bagi Mahasiswa dan Peneliti Selanjutnya Diharapkan peneliti selanjutnya mampu mendeskripsikan pengkajian, diagnosis, intervensi dan implementasi keperawatan secara

tepat dan benar. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat menggunakan waktu seefektif mungkin dalam merawat serta memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa yang maksimal kepada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

Bagi Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang Diharapkan dapat menjadi bahan perencanaan dan evaluasi pada pasien dengan Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan, serta masukan bagi perawat dalam mengambil langkah - langkah kebijakan dalam meningkatkan pelayanan dan perawat dapat memaksimalkan Strategi Pelaksanaan (SP) dan Terapi Aktivita Kelompok (TAK) pada pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa dengan diagnosis keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan maupun diagnosis keperawatan lainnya. Dan jika pasien putus obat mungkin rumah sakit bisa mengoptimalkan dukungan keluarga, dengan cara memaksimalkan sp keluarga.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terima kasih disampaikan kepada Ibu Ns. Ramaita, S.Kep, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah dalam bentuk studi kasus dengan judul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.N Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Wisma Cendrawasih di RSJ Prof. HB Saanin Padang Tahun 2025". Dan terimakasih juga kepada KARU dan Perawat Ruang RSJ Prof. HB Sa'anin Padang Wisma Cendrawasih yang telah membantu dan memberi ilmu selama saya melakukan studi kasus di Wisma Cendrawasih.

DAFTAR PUSTAKA

- Anisa. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. D DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG SRIKANDI RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH*.
- Anisa, D. L., Budi, A. S., & Suyanta, S. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa: Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jendela Nursing Journal*, 5(2), 106–110. <https://doi.org/10.31983/jnj.v5i2.7578>
- Aprillia, R. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. H Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Hudowo Rsjd Dr. Amino Gondhoutomo Provinsi Jawa Tengah*. 1–56.

- Fadillah, F. (2020). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny . A Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. 1–37.
- Jatmika, D. G. P., Triana, K. Y., & Purwaningsih, N. K. (2020). Hubungan Komunikasi Terapeutik dan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. *Jurnal Keperawatan Raflesia*, 2(1), 1–10.
<https://doi.org/10.33088/jkr.v2i1.485>
- Kandar, K., & Iswanti, D. I. (2019). Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
<https://doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Fact Sheet Kesehatan Jiwa Remaja Tahun 2023. *Ski* 2023.
<https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/hasil-ski-2023/>
- Makhruzah, S., Putri, V. S., & Yanti, R. D. (2021). Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan terhadap Tanda Gejala Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), 39.
<https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.268>
- Nur, I. M. (2023). Mengatasi Imbalance Class Data pada Kasus Mental Health di Indonesia: Implementation of Adaptive Synthetic. *Journal Of Data Insights*, 1(1), 10–18.
<https://jurnalnew.unimus.ac.id/index.php/jodi/article/view/134%0Ahttps://jurnalnew.unimus.ac.id/index.php/jodi/article/download/134/77>
- Pardede, J. A. (2019). *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. December.
<https://doi.org/10.31219/osf.io/we7zm>
- Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189–196.
<https://doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>
- Suri Herlina, W., Hasanah, U., Utami³, I. T., Dharma, A. K., & Metro, W. (2024). Penerapan Terapi Menghardik dan Menggambar Terhadap Tanda dan Gejala Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Application of Rebuking and Drawing Therapy to Signs and Symptoms in Audiotory Hallucination Patients. *Jurnal Cendikia Muda*, 4(4), 625–633.
- Wulansari. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Daerah dr Arif Zainuddin Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta). (*Doctoral Dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta*).
<http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1020/>
- Zahra, R. F., & Sutejo, S. (2019). Hubungan dukungan instrumental dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia di Poliklinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY. *Caring: Jurnal Keperawatan*, 8(1), 9–14.
<https://doi.org/10.29238/caring.v8i1.362>
- Zaini, M., & Komarudin. (2023). Deteksi Dini Kesehatan Jiwa di Masyarakat Desa Sukorambi Tahun 2022. *Jurnal Keperawatan*, 14(S4), 1151–1156.
<http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>