



## MENTAL NURSING CARE MR. U WITH THE RISK OF VIOLENT BEHAVIOR AT THE PEKANBARU TAMPAN MENTAL HOSPITAL IN 2022

Kiki Rizki Dasaryandi<sup>1</sup>, Dedy Asep<sup>2</sup>, Anggi Ngesti Rahayu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences of Batam, [1009069102@univbatam.ac.id](mailto:1009069102@univbatam.ac.id),  
Universitas Batam

<sup>2</sup>Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences of Batam, [dedyasep59@gmail.com](mailto:dedyasep59@gmail.com),  
Universitas Batam

<sup>3</sup>Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences of Batam, [angginat27@gmail.com](mailto:angginat27@gmail.com),  
Universitas Batam

### Abstract

*Schizophrenia is a mental disorder that can end in the loss of a person's life. In handling this disease because the soul is disturbed, it is needed therapy, rehabilitation and counseling. The greatest effort to deal with mental disorders lies in the family and community, in this case the best therapy is a form of family support in preventing the recurrence of schizophrenia. In people with schizophrenia, there can be physical aspects of increased blood pressure, increased pulse and breathing, anger, irritability, tantrums and can injure themselves. Changes in cognitive, physiological, affective, to behavioral and social functions to cause the risk of violent behavior. This KIAN aims to provide an overview of Mental Nursing Care for Schizophrenic Patients at Risk of Violent Behavior. Violent behavior is a response to stressors faced by a person, this response can cause harm to oneself, others, and the environment. The function of the strategy for implementing violent behavior is to control the emotions of the hallucinations experienced by the client.*

**Keywords:** *Schizophrenia, and the risk of violent behavior*

### Abstrak

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dapat berakhir dengan hilangnya nyawa seseorang. Dalam penanganan penyakit ini karena jiwa yang terganggu maka di butuhkan adalah terapi, rehabilitasi serta dengan konseling. Upaya terbesar untuk penangan penyakit gangguan jiwa terletak pada keluarga dan masyarakat, dalam hal ini terapi terbaik adalah bentuk dukungan keluarga dalam mencegah kambuhnya penyakit skizofrenia. Pada penderita Skizofrenia dapat terjadi aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, marah, mudah tersinggung, mengamuk dan bisa mencederai diri sendiri. Perubahan pada fungsi kognitif, fisiologis, afektif, hingga perilaku dan sosial hingga menyebabkan resiko perilaku kekerasan. KIAN ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Penderita Skizofrenia Dengan Risiko Perilaku Kekerasan. 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. Fungsi strategi pelaksanaan perilaku kekerasan dilakukan untuk mengontrol emosi dari halusinasi yang di alami klien.

**Kata kunci:** Skizofrenia, dan resiko perilaku kekerasan

## 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019). Skizofrenia

merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang di tandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh atau katatonik (Pardede, & Laia. 2020).

Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan KEMENKES 2019 di urutan pertama Provinsi Bali 11,1% dan nomor dua disusul oleh Provinsi DI Yogyakarta 10,4%, NTB 9,6%, Provinsi Sumatera Barat 9,1%, Provinsi Sulawesi Selatan 8,8%, Provinsi Aceh 8,7%, Provinsi Jawa Tengah 8,7%, Provinsi Sulawesi Tengah 8,2%, Provinsi Sumatera Selatan 8%, Provinsi Kalimantan Barat 7,9%. Sedangkan Provinsi Sumatera Utara berada pada posisi ke 21 dengan prevalensi 6,3% (KEMENKES, 2019).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dapat berakhir dengan hilangnya nyawa seseorang. Dalam penanganan penyakit ini karena jiwa yang terganggu maka di butuhkan adalah terapi, rehabilitasi serta dengan konseling. Upaya terbesar untuk penangan penyakit gangguan jiwa terletak pada keluarga dan masyarakat, dalam hal ini terapi terbaik adalah bentuk dukungan keluarga dalam mencegah kambuhnya penyakit skizofrenia (Pitayanti, & Hartono, 2020).

Tanda dan gejala yang timbul akibat skizofrenia berupa gejala positif dan negatif seperti perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diespresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, marah, mudah tersinggung, mengamuk dan bisa mencederai diri sendiri. Perubahan pada fungsi kognitif, fisiologis, afektif, hingga perilaku dan sosial hingga menyebabkan resiko perilaku kekerasan. Berdasarkan data tahun 2017 dengan resiko perilaku kekerasan sekitar 0,8% atau dari 10.000 orang menunjukkan resiko perilaku kekerasan sangatlah tinggi (Pardede,2020).

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 resiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020).

Risiko mencederai merupakan suatu tindakan yang memungkinkan dapat melukai atau membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sehingga masalah yang terjadi pada pasien perilaku kekerasan akan melibatkan keluarga (Suryeti 2017).

Survei awal pada pembuatan askep pada skizofrenia ini dilakukan di Yayasan Pemenag Jiwa Sumatera dengan pasien resiko perilaku kekerasan dengan pasien nama inisial Tn. U, klien datang ke Rumah Sakit Jiwa Tampan di antarkan oleh Pak RT Karena klien meresahkan warga dan membakar rumah warga.

## **2. LAPORAN KASUS PENGKAJIAN**

Alasan klien masuk rumah sakit jiwa adalah klien gelisah, marah-marah, meresahkan warga, membawa senjata tajam, berbicara sendiri, membakar rumah warga, suicide, narkoba, epilepsi.

### **2.1 Diagnosa Keperawatan**

Risiko Perilaku Kekerasan

Halusinasi Pendengaran

Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

### **2.2 Intervensi Keperawatan**

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan penulis hanya menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan pohon masalah keperawatan yaitu: perilaku kekerasan. Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan sehingga penulis dapat melaksanakan tindakan seoptimal mungkin dan didukung dengan seringnya bimbingan dengan pembimbing. Secara teoritis digunakan cara strategi pertemuan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian.

### **2.3 Implementasi Keperawatan**

Pada tahap implementasi, penulis hanya mengatasi 1 masalah keperawatan yakni: diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan dikarenakan masalah utama yang dialami klien. Pada diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan dilakukan strategi pertemuan yaitu mengidentifikasi Perilaku Kekerasan, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dan pukul kasur bantal. Strategi pertemuan yang kedua yaitu anjurkan minum obat secara teratur, strategi pertemuan ketiga yaitu latihan

dengan cara komunikasi secara verbal atau bicara baik-baik strategi pertemuan ke empat yaitu Spritual.

## **2.4 Evaluasi**

Klien sudah dapat mengontrol dan mengidentifikasi Risiko Perilaku Kekerasan, Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan melalui latihan fisik, Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan cara pergi ke poli jiwa untuk mendapatkan minum obat, Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan berbicara baik-baik dengan orang lain, Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan melakukan spritual terjadwal.

## **3 PEMBAHASAN**

### **3.1 Profil lahan praktik**

RSJ Tampan Provinsi Riau pembentukannya berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 350/Men. Kes/ SK/ VII/ 1984 tanggal 5 Juli 1984 dengan nama RS Jiwa Pusat Pekanbaru Kelas B dan diresmikan oleh Menteri Kesehatan Tahun 1985. Persiapan fisik gedungnya sudah dimulai sejak tahun anggaran 1980/1981 melalui proyek peningkatan pelayanan kesehatan jiwa Provinsi Riau. Dan saat itu ada beberapa bangunan yang sudah selesai antara lain ruangan poliklinik dan 2 (dua) buah ruang rawatan dengan kapasitas masing-masing Pada tahun anggaran 1985/ 1986 Rumah Sakit Jiwa Pekanbaru sudah bisa dioperasikan secara penuh, baik untuk pelayanan pasien dan perkantoran. Pada tahun anggaran 1986/ 1987 ada peningkatan jumlah kapasitas tempat tidur menjadi 108 TT dan telah mampu memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa pelayanan rawat jalan, rawat nginap, rehabilitasi, pemeriksaan psikometri, laboratorium sederhana, pemeriksaan elektromedik, sarana farmasi, integrasi kesehatan jiwa ke RSU Kabupaten, Penyuluhan kesehatan jiwa kepada masyarakat dan beberapa kerjasama lintas sektoral. Sejak otonomi daerah, RS Jiwa Tampan Provinsi Riau diserahkan kepada Pemerintah Daerah Provinsi Riau berdasarkan Surat keputusan MenkesI Nomor :909/MENKES/SK/VIII/2001 tentang pengalihan kelembagaan beberapa unit pelaksana teknis di lingkungan Departemen Kesehatan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) pada tanggal 23 Agustus 2001. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor889/MENKES/SK/VI/2003 tentang Peningkatan Kelas RS Jiwa Pekanbaru dari kelas B menjadi Kelas A. Dan Keputusan Gubernur Riau tanggal 9 Agustus 2005 diberi nama Rumah Sakit Tampan. Berdasarkan Perda Nomor 8 Tahun 2002 tentang SOTK RS Tampan kembali diberi nama Rumah Sakit Jiwa Tampan. RS Jiwa Tampan Provinsi Riau mempunyai luas lahan 110,016 M<sup>2</sup> dan terpakai 7612 M<sup>2</sup> terdiri dari Jalan, parkir, selasar,

bangunan, parkir, taman, lapangan tenis dan lainlain. Dan sekarang RS Jiwa Tampan telah memiliki 7 ruang perawatan dengan kapasitas 182 TT. Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau beroperasi tanggal 5 Juli 1984, sejak tahun 2002 Rumah Sakit Jiwa Tampan ditetapkan sebagai Rumah Sakit Tampan daerah tipe A. Di bawah pemerintah daerah Provinsi Riau nomor 18 tahun 2002 tanggal 10 Desember 2002 dengan kondisi sebagai berikut: 1. Sumber Daya Manusia Sumber Daya Manusia Di Rumah Sakit Tampan Provinsi Riau sampai saat ini sebagai berikut: (1). Tenaga Honorer : 99 orang, (2). Tenaga Harian Lepas : 66 orang, (3) Pegawai Negeri Sipil : 214 orang. 2. Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Tampan berdiri di atas lahan seluas 110.016 m<sup>2</sup> , luas bangunan 4.906 m<sup>2</sup>. Pada tahun anggaran 2002 Rumah Sakit Tampan mendapat bantuan pembangunan ruang pendidikan dari dana APBN seluas 900 m<sup>2</sup>.. Dan pada tahun anggaran 2008 Rumah Sakit Tampan membangun gedung baru NAPZA dua lantai. Lantai bawah seluas 941 m<sup>2</sup> dan lantai atas seluas 475 m<sup>2</sup> yang dibiayai dari dana APBD Rumah Sakit Tampan Provinsi Riau. Tempat parkir seluas 1.200 m<sup>2</sup>, lain-lain 99.010 m<sup>2</sup> . Prasarana meliputi : Unit rawat inap sebanyak 7 (tujuh) bangsal dengan kapasitas tempat tidur yang tersedia sebanyak 219 buah, unit rawat jalan, unit gawat darurat, unit rehabilitasi dan unit kesehatan jiwa masyarakat. Fasilitas penunjang : laboratorium, klinik, radiologi, apotek instansi gizi, instansi pemeliharaan sarana rumah sakit, laundry, gudang persediaan barang inventaris, mushalla dan pengolahan limbah Rumah Sakit Tampan. 3. Sistem Pengelolaan Sebagai Lembaga Teknis Daerah yang disertai tugas sebagai unit pelayanan kesehatan jiwa maka sistem pengelolaannya untuk teknis operasional sesuai dengan standar Rumah Sakit kelas A. 4. Pembiayaan dan Penerimaan Pembiayaan Rumah Sakit Tampan berasal dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) yang tertuang dalam anggaran rutin (DPA SKPD)

### **3.2 Analisa Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Jurnal Terkait**

Intervensi yang lebih diterapkan pada t.n.u dengan masalah resiko kekerasan yakni Perilaku Kekerasan dilakukan strategi pertemuan yaitu identifikasi Perilaku Kekerasan, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dan pukul kasur bantal. Strategi pertemuan yang kedua yaitu anjurkan minum obat secara teratur, strategi pertemuan ketiga yaitu latihan dengan cara komunikasi secara verbal atau bicara baik-baik strategi pertemuan ke empat yaitu Spritual. Penelitian ini seiring dengan penelitian yang dilakukan oleh Andi Saputra (2020) disimpulkan bahwa pasien dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan terapi yang di ajarkan oleh mahasiswa. Dimana pasien

dapat melakukan tarik nafas dalam, memukul bantal secara mandiri untuk mengontrol amarahnya. Pasien juga minum obat secara teratur dan berbicara secara baik-baik jika ingin meminta sesuatu atau melakukan penolakan, sehingga pasien dapat melakukan spritual sesuai ajaran agama yang dianut.

### **3.3 Alternatif Pemecahan Masalah**

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber yaitu dari pasien dan pengawas Rumah Sakit Jiwa Tampan. Mahasiswa mendapat sedikit kesulitan dalam menyimpulkan data karena keluarga pasien jarang mengunjungi pasien di Rumah Sakit Jiwa. Maka mahasiswa melakukan pendekatan pada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Adapun upaya tersebut yaitu Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada pasien agar pasien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan. Dan mengadakan pengkajian pasien dengan wawancara dan tidak menemukan kesenjangan karena di temukan hal sama seperti diteori bahwasanya Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari kemarahan, hasil dari kemarahan yang ekstrim ataupun panik. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut, dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Pardede, Keliat & Yulia, 2015).

## **4. KESIMPULAN**

Setelah menguraikan tentang proses keperawatan pada Tn.U dan disimpulkan bahwa pasien dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan terapi yang di ajarkan oleh mahasiwa. Dimana pasien dapat melakukan tarik nafas dalam, memukul bantal secara mandiri untuk mengontrol amarahnya. Pasien juga minum obat secara teratur dan berbicara secara baik-baik jika ingin meminta sesuatu atau melakukan penolakan, sehingga pasien dapat melakukan spritual sesuai ajaran agama yang dianut.

## **5. SARAN**

Diharapkan pada keluarga sering mengunjungi pasien selama waktu perawatan karena dengan seringnya keluarga berkunjung, maka pasien merasa berarti dan dibutuhkan dan juga setelah pulang keluarga harus memperhatikan obat yang dikonsumsi serta membawa pasien kontrol secara teratur ke pelayanan kesehatan jiwa ataupun rumah sakit

jiwa.

Bagi mahasiswa/mahasiwi agar lebih memperdalam ilmu pengetahuan khusus tentang keperawatan jiwa.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Azis, N. R., Sukanto, E., & Hidayat, A. (2018). Pengerun Terapi De- Ekslasi Terhadap Perubahan Perilaku Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/797>
2. Depkes, R.I., (2015) Hasil Riskesdas 2015 Departemen Kesehatan Republik Indonesia <http://www.depkes.go.id/resource/download/general>.
3. Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Hulu, E. P. (2020). Efektivitas Behaviour Therapy Terhadap Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provsu Medan. *Jurnal Mutiara Ners*, 3(1), 8-14. <http://114.7.97.221/index.php/NERS/article/view/1005>
4. Pitayanti, A., & Hartono, A. (2020). Sosialisasi Penyakit Skizofrenia Dalam Rangka Mengurangi Stigma Negatif Warga di Desa Tambakmas Kebonsari-Madiun. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(2), 300-303. <https://jceh.org/index.php/JCEH/article/view/83/78>
5. Dwi Prasty, F., & Arum Pratiwi, S. K. (2017). *Mekanisme Koping Pada Pasien Perilaku Kekerasan*
6. , J. A, Keliat, B.A & Wardani,I.Y. (2013). Pengaruh Acceptance And
7. Sulistiowati, N. M. D., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2014). Pengaruh acceptance and commitment therapy terhadap gejala dan kemampuan klien dengan resiko perilaku kekerasan. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2(1), 51-57. <https://doi.org/10.26714/jkj.2.1.2014.51-57>
8. Widyastini, B.I. (2014). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok : Stimulasi Persepsi Sesi I – V Terhadap Kemampuan Mengontrol dan Mengekspresikan Marah Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. *Jurnal mahasiswa bidang ilmu keperawatan*.1
9. Decreasing *Jiwa*, 3(3),291-300. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i3.621>
10. Pardede, J. A., Simanjuntak, G. V., & Laia, R. (2020). The Symptoms of Risk of Violence Behavior Decline after Given Prgressive Muscle Relaxation Therapy on Schizophrenia Patients. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(2), 91-100. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i2.534>
11. Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *JurnalKesehatan*, 11(2), 189-196. <http://dx.doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>
12. <http://dx.doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>
13. Suryanti., Cannity, K., McIndoo, C. C., File, A. A., Ryba, M. M., Clark, C. G., & Bell, J. L. (2018). Behavior Therapy for depressed breast cancer patients: Predictors of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*
14. WHO (2019). *Schizophrenia*. Retrieved from. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/%20detail/schizophrenia>

15. Pardede, J. A., sirait, D. Riandi, R, Emanuel, P & Laia R. (2016). Ekspresi emosi keluarga dengan frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia. *Idea Nursing Journal*, 7(3), 53-61
16. Pardede, J. A., Keliat, B.A., & Yulia, I. (2015). Kebutuhan Dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkat Setelah Diberikan *Acceptance And Commitment Therapy* Dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat.
17. Parwati, I. G., Dewi, P. D., & Saputra, I. M. (2018). Asuhan Keperawatan Perilaku Kesehatan.
18. Riskesdas (2018) Hasil Utama riskesdas 2018 Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
19. Suryenti, V. (2017). Dukungan Dan Beban Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Klinik Jiwa Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi Tahun 2017. *Jurnal Psikologi Jambi*, 2(2), 39-46. <https://www.online-journal.unja.ac.id/jpj/article/view/4795>
20. Yusuf, AH. (2015) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan : Salemba Medik.