

**Rencana Tindakan Keperawatan (Nursing Care Plan)
Pada Pasien dengan Gangguan Jiwa: Studi Kasus Tn. T
Oleh: Budi Wiratmoko, S. Kep, Ners. — Artikel Edukasi Kesehatan untuk Publik**

A. Pendahuluan

Gangguan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan yang banyak terjadi di masyarakat, namun masih sering disalahpahami. Salah satu penyebab utama kekambuhan pada pasien dengan gangguan jiwa adalah putus obat, kurangnya pendampingan keluarga, stigma sosial, serta ketidaktahuan pasien maupun keluarga mengenai cara merawat dan mencegah kekambuhan.

Untuk menjembatani kebutuhan perawatan tersebut, perawat memiliki peran penting dalam menyusun Rencana Tindakan Keperawatan (Nursing Care Plan/NCP). NCP adalah panduan sistematis yang dibuat perawat untuk membantu pasien mencapai kondisi kesehatan optimal secara fisik, psikologis, sosial, dan spiritual.

Artikel ini menghadirkan penjelasan lengkap mengenai NCP pada pasien dengan gangguan jiwa melalui sebuah contoh kasus nyata: seorang pasien bernama Tn. T, laki-laki 26 tahun, yang beberapa kali mengalami kekambuhan akibat putus obat dan kurangnya dukungan keluarga.

B. BAB I — Memahami Rencana Tindakan Keperawatan (NCP)

1. Apa itu Rencana Tindakan Keperawatan?

Rencana tindakan keperawatan adalah suatu dokumen atau panduan tertulis yang disusun berdasarkan data pasien. Dokumen ini berisi:

1. Pengkajian: data subjektif dan objektif
2. Diagnosa keperawatan
3. Tujuan dan outcome
4. Intervensi keperawatan
5. Implementasi
6. Evaluasi

Pada pasien gangguan jiwa, keberadaan NCP sangat penting karena:

- Gangguan jiwa bersifat kronis
- Risiko kekambuhan tinggi
- Banyak masalah yang berkembang (halusinasi, perilaku maladaptif, gangguan tidur, risiko menciderai diri/orang lain)
- Membutuhkan pendekatan holistik: medis, psikologis, sosial, dan lingkungan

C. BAB II — Konsep Dasar Gangguan Jiwa yang Berkaitan dengan Kasus

Kasus Tn. T mencerminkan kondisi pasien dengan beberapa gangguan utama:

1. Halusinasi pendengaran

Pasien mendengar suara tanpa stimulus nyata, sehingga tampak berbicara sendiri, tertawa sendiri, atau menunjukkan reaksi terhadap “suara” tersebut.

2. Perilaku tidak dapat diterima lingkungan

Meliputi keluyuran, agitasi, hiperaktif, atau perilaku yang tidak disadari membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

3. Putus obat

Salah satu penyebab utama kekambuhan. Tanpa obat, gejala psikotik meningkat.

4. Waham

Keyakinan yang salah, misalnya merasa hebat, merasa tidak perlu minum obat, atau merasa orang lain berniat buruk.

5. Gangguan proses pikir

Autistik thinking, flight of ideas, logorhoe, inkoheren.

6. Gangguan tidur

Umum terjadi pada pasien psikotik aktif.

7. Faktor keluarga

Pasien memiliki ibu dengan riwayat ODGJ, perawatan kurang optimal, pendidikan rendah, serta akses sosial terbatas. Kondisi ini meningkatkan risiko kekambuhan.

Semua kondisi ini perlu ditangani secara sistematis melalui NCP yang tepat.

D. BAB III — Studi Kasus Tn. T

1. Identitas Singkat Pasien

- Nama: Tn. T
- Usia: 26 tahun
- Alamat: Wediomartani, Ngemplak, Indonesia
- Diagnosa Medis: F70.1 (Gangguan perkembangan intelektual: ringan) dengan gejala psikotik
- Riwayat: gangguan jiwa sejak lama, beberapa kali kambuh

E. BAB IV — Kronologi Kasus

3 Juli 2025

Pasien keluyuran, putus obat, gelisah, mondar-mandir, berbicara sendiri.
Data fokus: tegang, halusinasi pendengaran, sulit tidur.

Diagnosa keperawatan: Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

24 Agustus 2025

Masih keluyuran, putus obat, afektif labil, proses pikir kacau, gangguan memori jangka pendek, daya tilik rendah.

Diagnosa: GPS, halusinasi, gangguan pendengaran, peningkatan psikomotor.

23 September 2025

Masih keluyuran, sulit tidur, bicara sendiri, logorhoe, proses pikir autistik, putus obat, perilaku membahayakan.

Diagnosa: Gangguan persepsi sensori (halusinasi), defisit perawatan diri (putus obat).

17 Oktober 2025

Keluyuran, bicara sendiri, hiperaktif, penampilan tidak rapi, afek tumpul, kontak mata kurang, daya tilik buruk, keluarga tidak mampu mengontrol kekambuhan.

Diagnosa:

- Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
- Defisit pengetahuan: putus obat
- Waham
- Risiko perilaku kekerasan
- Gangguan tidur

F. BAB V — Diagnosa Keperawatan Utama

Berdasarkan kronologi kasus, perawat dapat menetapkan beberapa diagnosa keperawatan:

1. **Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran**
2. **Defisit pengetahuan: putus obat**
3. **Gangguan pola tidur**
4. **Risiko perilaku kekerasan (RPK)**
5. **Perubahan proses pikir**
6. **Waham**
7. **Gangguan perawatan diri**
8. **Isolasi sosial**

Dari semua ini, perawat biasanya memprioritaskan **diagnosa yang paling berbahaya lebih dahulu** yaitu:

- Halusinasi
- Risiko perilaku kekerasan
- Putus obat

G. BAB VI — Contoh Lengkap NCP

1. Diagnosa: Gangguan Persepsi Sensori — Halusinasi Pendengaran

Tujuan Umum

Pasien mampu mengenali halusinasi, mengontrol perilaku, dan tidak mengikuti perintah halusinasi.

Tujuan Khusus/Outcome

- Pasien mampu menyebutkan minimal 2 tanda munculnya halusinasi.
- Pasien mampu menceritakan isi halusinasi.

- Pasien mampu menggunakan cara mengontrol halusinasi (menghardik, minum obat, berbicara dengan orang lain).
- Pasien tidak mencederai diri dan orang lain.

Tabel Intervensi

Komponen	Uraian
Pengkajian	Amati perilaku (bicara sendiri, tertawa sendiri, tampak mendengar sesuatu), periksa isi halusinasi, frekuensi, tingkat kontrol diri.
Intervensi	1. Bangun hubungan saling percaya. 2. Identifikasi isi halusinasi. 3. Ajarkan teknik menghardik: “Pergi! Saya tidak mau mendengar!” 4. Beri distraksi: aktivitas terarah. 5. Observasi risiko menciderai diri/orang lain.
Rasional	Kepercayaan meningkatkan keberhasilan terapi; menyadari halusinasi membuat pasien dapat mengontrolnya; teknik coping mencegah tindakan berbahaya.

2. Diagnosa: Defisit Pengetahuan — Putus Obat

Komponen	Uraian
Outcome	Pasien dan keluarga memahami fungsi obat, jadwal minum, dan risiko putus obat.
Intervensi	Edukasi tentang obat: Risperidon, Clozapine, Sodium Divalproex ER; Buat jadwal minum obat; Libatkan keluarga sebagai pengawas; Jelaskan bahaya putus obat.
Rasional	Pengetahuan yang baik meningkatkan kepatuhan dan menurunkan kekambuhan.

3. Diagnosa: Risiko Perilaku Kekerasan

Intervensi	Rasional
Identifikasi pemicu	Mengetahui apa yang memicu agresi
Ajarkan relaksasi	Mengurangi agitasi
Kolaborasi pemberian obat antipsikotik	Menurunkan gejala psikotik
Amankan lingkungan	Mencegah cedera

4. Diagnosa: Gangguan Pola Tidur

Intervensi	Rasional
Edukasi sleep hygiene	Membantu regulasi tidur
Batasi aktivitas malam	Mengurangi stimulasi
Kolaborasi terapi obat	Clozapine dapat membantu tidur

5. Diagnosa: Waham

Intervensi	Rasional
Tidak memperkuat waham	Mencegah menguatnya keyakinan salah
Arahkan pada realita	Membantu pasien mengembangkan tilikan

Berikan aktivitas terpimpin	Mengalihkan atensi dari waham
-----------------------------	-------------------------------

6. Diagnosa: Isolasi Sosial

Intervensi	Rasional
Bangun hubungan terapeutik	Membantu pasien merasa diterima
Libatkan dalam aktivitas kelompok	Melatih kemampuan sosial
Observasi respon	Mencegah stres saat interaksi

H. BAB VII — Pembahasan

1. Pentingnya Membantu Pasien Mengenali Halusinasi

Perawat harus mengajarkan pasien membedakan mana suara “nyata” dan mana suara “halusinasi”. Pada kasus Tn. T, halusinasi pendengaran muncul berulang, ditandai dengan pasien bicara sendiri dan tertawa tanpa stimulus nyata.

Dengan mengajarkan pasien mengenali tanda-tanda munculnya halusinasi, pasien dapat menghentikan sebelum menjadi bahaya.

2. Teknik Mengontrol Halusinasi

Pada pasien seperti Tn. T, perawat perlu melatih:

- **Menghardik halusinasi**
- **Mengalihkan perhatian**
- **Bicara dengan orang terdekat**
- **Mengambil obat bila perlu**

Teknik ini terbukti efektif menurunkan instruksi halusinasi.

3. Edukasi Putus Obat

Sebagian besar kekambuhan gangguan jiwa dipicu oleh **putus obat**. Pasien sering lupa, merasa sudah sembuh, atau enggan minum obat karena waham.

Edukasi harus dilakukan berulang pada pasien dan keluarga.

4. Keterlibatan Keluarga

Pada Tn. T, keluarga tidak mampu memberikan pengawasan efektif. Ini umum terjadi pada ODGJ yang hidup di lingkungan dengan pengetahuan kesehatan mental rendah.

Keluarga perlu:

- Mengingat jadwal obat
- Mengawasi perilaku pasien
- Membantu pasien terlibat dalam aktivitas sosial
- Menghindari stigma
- Membawa pasien kontrol rutin

5. Pencegahan Kekambuhan

Perawat mendidik keluarga dan pasien mengenai tanda awal kambuh:

- Sulit tidur
- Bicara sendiri
- Keluyuran
- Gelisah
- Tidak mau minum obat
- Mudah tersinggung

Semakin cepat dikenali, semakin cepat ditangani.

6. Peran Perawat di Masyarakat

Perawat komunitas atau perawat puskesmas memiliki tanggung jawab besar dalam:

- Kunjungan rumah
- Memastikan minum obat
- Edukasi keluarga
- Merujuk bila kondisi memburuk
- Menjadi penghubung antara puskesmas dan rumah sakit

I. BAB VIII — Kesimpulan

Kasus Tn. T menunjukkan bahwa gangguan jiwa bukan hanya masalah medis, tetapi masalah holistik yang melibatkan:

- Kondisi psikologis
- Faktor lingkungan
- Pola asuh
- Pengetahuan keluarga
- Kepatuhan minum obat
- Stigma dan keterbatasan sosial

Peran perawat sangat penting dalam mengurangi gejala, mencegah kekambuhan, meningkatkan kualitas hidup, dan menciptakan rasa aman bagi keluarga serta masyarakat.

Melalui NCP yang sistematis, terstruktur, dan berkelanjutan, pasien seperti Tn. T dapat dibantu untuk mengendalikan gejala, meningkatkan fungsi sosial, serta mencapai kondisi stabil.