

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. J MASALAH UTAMA
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA PARANOID DI RUANG GELATIK
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR**



Oleh :

**DITO TRI WIBOWO
NIM. 2020012**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2023**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. J MASALAH UTAMA
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA PARANOID DI RUANG GELATIK
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Tulis ilmiah ini di ajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

**DITO TRI WIBOWO
NIM. 2020012**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2023**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang di jatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 25 Februari 2023

Penulis

Dito Tri Wibowo
Nim. 2020012

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Dito Tri Wibowo

Nim : 2020012

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. J Masalah Utama
Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis
Skizofrenia Paranoid Di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi
Jawa Timur

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini di ajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd.Kep)

Pembimbing Institusi

Pembimbing Klinik

Sukma Ayu Candra Kirana, M.Kep., Ns., Sp.Kep.J
NIP. 03.043

Iskandar, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19760114.1997031.003

Mengetahui
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03.007

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 17 Februari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Dito Tri Wibowo
Nim : 2020012
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.J Masalah Utama
Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis
Skizofrenia Paranoid Di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi
Jawa Timur

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah STIKES Hang
Tuah Surabaya, pada :

Hari,tanggal : Kamis, 23 Februari 2023
Bertempat di : STIKES HangTuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D3 Keperawatan
STIKES Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 03.007
Penguji II : Iskandar, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 19760114.1997031.003
Penguji III : Sukma Ayu Candra Kirana, M.Kep., Ns., S.Kep.J
NIP. 03.043

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03.007

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 23 Februari 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah ikhlas membantu saya demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini saya menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. drg. Vitria Dewi, M.Si. selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, yang telah memberikan ijin lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes., FisQua, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Kepala Program studi D3 Keperawatan sekaligus penguji ketua yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak Iskandar, S.Kep., M.Kep. selaku penguji dan pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Sukma Ayu Candra Kirana, M.Kep., Sp.Kep.J selaku penguji dan pembimbing institusi, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

6. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisanannya.

Selanjutnya saya menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa saya harapkan . Akhirnya saya berharap , semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 25 Januari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	i
KARYA TULIS ILMIAH	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
BAB 1	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat.....	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	8
BAB 2	10
TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Skizofrenia	10
2.1.1 Definisi Skizofrenia	10
2.1.2 Etiologi Skizofrenia	11
2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia.....	13
2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia.....	15
2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia.....	16
2.2 Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan	18
2.2.1 Definisi Risiko Perilaku Kekerasan	18

2.2.2 Etiologi Risiko Perilaku Kekerasan	19
2.2.3 Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan.....	20
2.2.4 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan.....	21
2.2.5 Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan	22
2.2.6 Mekanisme Koping Risiko Perilaku Kekerasan	22
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan.....	24
2.3.1 Pengkajian Risiko Perilaku Kekerasan	24
2.3.2 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan	29
2.3.3 Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan.....	29
2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan.....	30
2.3.5 Implementasi Risiko Perilaku Kekerasan	32
2.3.6 Evaluasi Risiko Perilaku Kekerasan	34
2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik.....	35
2.4.1 Teori Komunikasi	35
2.4.2 Unsur-unsur Komunikasi terapeutik	35
2.4.3 Hubungan Terapeutik.....	35
2.5 Konsep Stress Adaptasi	39
2.5.1 Pengertian Stress.....	39
2.5.2 Faktor Predisposisi Stress	40
2.5.3 Faktor Presipitasi Stress.....	43
2.5.4 Penilaian Primer Stressor.....	44
2.6 Mekanisme Koping	45
2.6.1 Definisi Mekanisme Koping.....	45
2.6.2 Jenis Jenis Mekanisme Koping.....	45
2.6.3 Karakteristik Mekanisme Koping.....	46
2.7 Terapi Aktivitas Kelompok	47
2.7.1 Pengertian	47
2.7.2 Tujuan	48
2.7.3 Aktivitas dan Indikasi	48
BAB 3	49
TINJAUAN KASUS.....	49
3.1 Pengkajian	49
3.1.1 Identitas.....	49
3.1.2 Alasan Masuk	49

3.1.3 Faktor Predisposisi.....	50
3.1.4 Pemeriksaan Fisik	51
3.1.5 Psikososial	52
3.1.6 Status Mental	54
3.1.7 Kebutuhan Pulang.....	56
3.1.8 Mekanisme koping.....	58
3.1.9 Masalah psikososial dan lingkungan	58
3.1.10 Pengetahuan kurang tentang	59
3.1.11 Aspek Medis	59
3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan.....	59
3.1.13 Diagnosa Keperawatan	60
3.2 Pohon Masalah	61
3.3 Analisa Data	62
3.4 Rencana Keperawatan	64
3.5 Implementasi dan Evaluasi.....	67
BAB 4	71
PEMBAHASAN	71
4.1 Pengkajian	71
4.2 Diagnosa Keperawatan	73
4.3 Rencana Keperawatan	74
4.4 Tindakan Keperawatan	74
4.5 Evaluasi	75
BAB 5	76
PENUTUP.....	76
5.1 Kesimpulan.....	76
5.2 Saran.....	77
DAFTAR PUSTAKA	79

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data Tn. J dengan diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan.....	62
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan pada Tn. J.....	64
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi.....	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Rentang Respon Marah.....	21
Gambar 2.3 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan.....	29
Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. J.....	52
Gambar 3.2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Pada Tn. J.....	61

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.....	81
Lampiran 2.....	84
Lampiran 3.....	87
Lampiran 4.....	90

DAFTAR SINGKATAN

Tn	: Tuan
WHO	: World Health Organization
SP	: Strategi Pelaksanaan
DS	: Data Subyektif
DO	: Data Obyektif
Kg	: Kilogram
MmHg	: Milimeter Hektogram
No	: Nomor
RS	: Rumah Sakit
RPK	: Risiko Perilaku Kekerasan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 18 Tahun 2014 yaitu seorang individu yang dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan dirinya sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, serta mampu memberikan kontribusi bagi komunitasnya (Winnellia Fridina Sandy Rangkuti*, 2021). Gangguan jiwa ialah kondisi psikologis individu di mana mengalami penurunan fungsi tubuh, merasa tertekan tidak nyaman dan penurunan fungsi peran individu di lingkungan masyarakat. Masalah kesehatan jiwa yang masih menjadi perhatian para praktisi kesehatan jiwa di Indonesia yaitu gangguan jiwa berat, salah satu contoh gangguan jiwa berat dan sering kita temukan dan dirawat adalah skizofrenia (Mashudi, 2021).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang memengaruhi pemikiran dan persepsi seseorang (Indriani et al., 2020). Skizofrenia termasuk jenis psikosis yang menempati urutan teratas dari seluruh gangguan jiwa yang ada. Salah satu Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada skizofrenia adalah Risiko perilaku kekerasan. Risiko Perilaku Kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam 2 bentuk yaitu

sedang berlangsung Perilaku Kekerasan atau riwayat Perilaku Kekerasan (Hasannah & Solikhah, 2019).

Sekitar 21 juta orang terkena skizofrenia (World Health Organization, 2016). Dan terdapat 300 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan jiwa seperti depresi, bipolar, demensia, termasuk 24 juta orang yang mengalami skizofrenia (World Health Organization, 2022). Hal ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan cukup signifikan kasus gangguan jiwa di dunia khususnya masalah skizofrenia dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yaitu 3 juta jiwa penduduk dunia (World Health Organization, 2022).

Berdasarkan hasil Riskesdas, prevalensi rumah tangga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia di Indonesia sebesar 6,7 per 1000 rumah tangga penderita skizofrenia, dengan prevalensi di provinsi Jawa Timur sebesar 6,4 per 1000 rumah tangga penderita skizofrenia. Data prevalensi tersebut diketahui bahwa diagnosa skizofrenia menempati angka paling tinggi dibandingkan jumlah pasien dengan diagnosa lain. Angka prevalensi gangguan jiwa di Jawa Timur menempati nomor 12 di Indonesia. Estimasi angka gangguan jiwa berat di Jawa Timur mencapai 0.19% dari jumlah total penduduk Jawa Timur 39.872.395 (Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035, BPS (Diolah oleh Pusdatin Kemenkes RI) pada tahun 2018 atau sekitar 75.758 orang, ditemukan atau datang berobat sebanyak 87.264 kasus atau 115,19% (Idaiani et al., 2019).

Berdasarkan data Kesekretariatan Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur hasil angka kejadian kasus di Rumah Sakit Jiwa Menur

Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur dari bulan November 2022 sampai bulan Januari 2023 jumlah klien awal di dapatkan 2326 klien. Diagnosa skizofrenia dengan rincian 317 klien laki-laki atau 64,5% dan 174 klien perempuan atau 35,5% . Jumlah klien rawat inab di ruang Gelatik bulan januari 2023 sebanyak 117 klien. (Abdurakhman & Maulana, 2022).

Dampak dari risiko perilaku kekerasansendiri yaitu dapat melukai diri sendiri , merencanakan tindakan kekerasan, mengancam orang lain, penyalahgunaan obat dan depresi berat. Berdasarkan dari dampak tersebut klien dengan risiko perilaku kekerasan di butuhkan peran perawat baik secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Pardede, 2019). Skizofrenia dengan perilaku kekerasan bisa ditangani dengan cara melakukan restrain ekstremitas atau isolasi. Tujuannya yaitu untuk memberikan keamanan fisik dan psikologis individu, membatasi keleluasaan ruang gerak pasien. Restrain ekstremitas dan isolasi bisa dilakukan segera pada pasien dengan perilaku kekerasan. Tindakan ini dilakukan selama 4 jam, kemudian dievaluasi setiap 4 jam. Akan tetapi pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan yang telah dilakukan restrain ekstremitas atau isolasi sesuai dengan SOP masih ada yang menunjukkan perilaku agresif (Verawati et al., 2022).

Prinsip penanganan gawat darurat psikiatri pada pasien dengan agitasi dan ancaman kekerasan adalah melindungi diri terlebih dahulu dan selalu waspada pada tanda-tanda munculnya kekerasan. Pembatasan tingkah laku pasien yang tidak bisa dikendalikan dapat dilakukan dengan pengekangan fisik atau restrain (Verawati et al., 2022). Tindakan yang dilakukan oleh Rumah Sakit pada pasien baru dengan marah atau gelisah untuk mencegah dampak tersebut salah satunya

adalah dilakukan fiksasi atau restrain sesuai dengan prosedur. Restrain ini dilakukan untuk membatasi gerak ekstremitas dengan menggunakan suatu alat pengikat, sedangkan isolasi adalah suatu tindakan untuk menempatkan pasien dalam satu ruangan dimana pasien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri (Instasi & Darurat, 2023).

Berdasarkan latar belakang yang telah di paparkan di atas, upaya atau tugas yang harus dilakukan oleh perawat pada bidang keperawatan jiwa adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung baik secara pendidik ataupun secara koordinator. Menurut (Raharja & Jusup, 2021) penatalaksanaan keperawatan pasien gangguan jiwa untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan yaitu dengan terapi psikofarmaka, terapi aktivitas kelompok dan manajemen perilaku kekerasan yang terdiri dari fisik , verbal, spiritual dan obat serta harapannya dengan terapi-terapi tersebut dapat mengontrol emosi dan dapat berfungsi lagi secara wajar pada lingkungan masyarakat dalam membantu pasien mengatasi respon marah yang lebih konstruktif. Berdasarkan data dan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah yaitu Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan Diagnosa medis Skizofrenia masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih dalam dari perawatan gangguan jiwa khususnya skizofrenia, maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan skizofrenia dengan membuat rumusan masalah “ Bagaimana Asuhan keperawatan jiwa pada masalah utama risiko perilaku

kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

Dengan melakukan penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan mahasiswa mampu :

1. Melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Risiko Perilaku kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Merumuskan Diagnosa Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Risiko Perilaku kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
3. Merencanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

5. Mengevaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan diatas, tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1. Secara akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Risiko Perilaku kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid.
2. Secara praktis, tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi :
 - a. Pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien skizofrenia dengan baik.

- b. Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien skizofrenia.

- c. Profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien skizofrenia.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Penulis menggunakan metode penulisan deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lainnya.

b. Observasi

Data yang diambil melalui observasi atau pengamatan dan pengawasan terhadap perilaku klien.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang penegakan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data diperoleh dari klien

b. Data Sekunder

Data diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

4. Studi Kepustakaan

Penulis mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan gangguan jiwa dan skizofrenia.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian , yaitu :

1. Bagian Awal

Memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, dan daftar isi.

2. Bagian Inti

Terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut:

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa skizofrenia, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi simpulan dan saran

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menguraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan jiwa risiko perilaku kekerasan. Konsep dasar akan diuraikan definisi Risiko Perilaku Kekerasan, proses terjadinya, etiologi dan cara penanganan secara keperawatan. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada risiko perilaku kekerasan dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, merasakan, dan mengekspresikan emosi, serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran yang tidak teratur, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh (Maulana et al., 2021).

Skizofrenia adalah gangguan mental yang ditandai dengan distorsi dalam berfikir, persepsi, bahasa, emosi, konsep diri dan perilaku. Skizofrenia adalah bagian dari gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realita dan hilangnya kepercayaan diri. Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang akan mempengaruhi perasaan, perilaku dan pikiran individu (Zahnia & Wulan Sumekar, 2019).

Dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah penyakit kronis dan seringkali kambuh atau berulang sehingga perlu diberikan terapi jangka lama. Merawat pasien skizofrenia dibutuhkan pengetahuan, keterampilan dan kesabaran serta dibutuhkan waktu yang lama akibat kronisnya penyakit ini (Pardede, 2019).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut (Zahnia & Wulan Sumekar, 2019) faktor penyebab Skizofrenia

yaitu :

1. Umur

Umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun.

2. Jenis kelamin

Proporsi skizofrenia terbanyak adalah laki-laki (72%) dengan kemungkinan laki-laki berisiko 2,37 kali lebih besar mengalami kejadian skizofrenia dibandingkan perempuan. Kaum pria lebih mudah terkena gangguan jiwa karena kaum pria yang menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup, sedangkan perempuan lebih sedikit berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan laki-laki karena perempuan lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan dengan laki-laki. Meskipun beberapa sumber lainnya mengatakan bahwa wanita lebih mempunyai risiko untuk menderita stress psikologik dan juga wanita relatif lebih rentan bila dikenai trauma. Sementara prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan perempuan adalah sama.

3. Pekerjaan

Pada kelompok skizofrenia, jumlah yang tidak bekerja adalah sebesar 85,3% sehingga orang yang tidak bekerja kemungkinan mempunyai risiko 6,2 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan yang bekerja. Orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stres yang berhubungan dengan tingginya kadar hormon

stres (kadar katekolamin) dan mengakibatkan ketidakberdayaan, karena orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap masa depan dan lebih memiliki semangat hidup yang lebih besar dibandingkan dengan yang tidak bekerja.

4. Status perkawinan

Seseorang yang belum menikah kemungkinan berisiko untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan yang menikah karena status marital perlu untuk pertukaran ego ideal dan identifikasi perilaku antara suami dan istri menuju tercapainya kedamaian. Perhatian dan kasih sayang adalah fundamental bagi pencapaian suatu hidup yang berarti dan memuaskan.

5. Konflik keluarga

Konflik keluarga kemungkinan berisiko 1,13 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan tidak ada konflik keluarga.

6. Status ekonomi

Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan status ekonomi tinggi. Status ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang. Beberapa ahli tidak mempertimbangkan kemiskinan (status ekonomi rendah) sebagai faktor risiko, tetapi faktor yang menyertainya bertanggung jawab atas timbulnya gangguan kesehatan.

7. Faktor genetik

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar monozigot. Diperkirakan bahwa yang diturunkan adalah potensi

untuk mendapatkan skizofrenia melalui gen yang resesif. Potensi ini mungkin kuat, mungkin juga lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi manifestasi skizofrenia atau tidak.

8. Hepotensi dopamine

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Kebanyakan obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal tersebut menyekat reseptor dopamine D2, dengan adanya transmisi sinyal pada sistem dopaminergik yang terhalang dapat meredakan gejala psikotik.

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut (Zahnia & Wulan Sumekar, 2019) pembagian jenis skizofrenia

yaitu :

1. Skizofrenia Simpleks

Sering timbul pada anak saat pertama kali mengalami masa pubertas. Gejalanya seperti emosi dan gangguan proses berpikir, waham dan halusinasi masih jarang terjadi.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Sering timbul pada masa remaja antara umur 15-25 tahun. Gejala yang muncul yaitu gangguan proses berfikir, adanya depersonalisasi atau double personality. Perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasi juga sering terjadi pada skizofrenia hebefrenik.

3. Skizofrenia Katatonik

Timbul pada umur 15-30 tahun, bersifat akut, sering di dahului oleh stress emosional, dan sering terjadi gaduh gelisah.

4. Skizofrenia Tak Terinci

Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia tetapi tidak paranoid, hebefrenik dan katatonik. Tidak memenuhi skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia

5. Skizofrenia Pasca-Skizofrenia

Gejala-gejala depresi menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif.

6. Skizofrenia Residual

Skizofrenia dengan gejala primer, tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder dan timbul sesudah beberapa kali mengalami skizofrenia.

7. Skizofrenia Paranoid

Ciri utamanya adalah adanya waham kejar dan halusinasi auditorik namun fungsi kognitif dan afek masih baik.

8. Skizofrenia Lainnya

Termasuk skizofrenia Chenesthopathic (Terdapat suatu perasaan yang tidak nyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.

9. Skizofrenia Tak Spesifik

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan ke dalam tipe yang telah disebutkan.

2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut (Malfasari et al., 2020) menjelaskan berbagai tanda dan gejala skizofrenia yaitu :

1. Gejala Primer

- a. Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi.
- b. Gangguan afek emosi
 - 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
 - 2) Paramimi dan paratimi
 - 3) Emosi dan afek serta eksperinya tidak mempunyai satu kesatuan
 - 4) Emosi berlebihan
 - 5) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
- c. Gangguan kemauan
 - 1) Terjadi kelemahan kemauan
 - 2) Perilaku negativisme atas permintaan
 - 3) Otomatisme : merasa pikiran/ perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain
- d. Gangguan psikomotor
 - 1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
 - 2) Stereotipi
 - 3) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama

4) Echolalia dan Echopraxia

2. Gejala Sekunder

a. Waham dan Halusinasi

Istilah ini menggambarkan persepsi sensori yang salah, yang mungkin meliputi salah satu dari kelima pancaindra. Halusinasi pendengaran dan penglihatan yang paling umum terjadi, halusinasi penciuman, perabaan, dan pengecapan juga dapat terjadi.

2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

Pengobatan skizofrenia menurut (Indriani et al., 2020) yaitu :

1. Antipsikotik

Menurut Osser et al, 2013, Penggunaan antipsikotik sebagai farmakoterapi digunakan untuk mengatasi gejala psikotik dengan berbagai etiologi, salah satunya skizofrenia antipsikotik diklasifikasikan menjadi antipsikotik generasi pertama dan antipsikotik generasi kedua.

a. Antipsikotik generasi pertama

Antipsikotik generasi pertama merupakan antipsikotik yang bekerja dengan cara memblok reseptor dopamin D2. Antipsikotik ini memblokir sekitar 65 % hingga 80% reseptor D2 di striatum dan saluran dopamin lain di otak.

b. Antipsikotik generasi kedua

Antipsikotik generasi kedua ini seperti Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Lurasidone dan Klozapin memiliki afinitas yang lebih besar terhadap reseptor

serotonin daripada reseptor dopamin, sebagian besar antipsikotik generasi kedua menyebabkan efek samping berupa kenaikan berat badan dan metabolisme lemak.

2. Rehabilitasi Psikososial

a. Terapi kognitif

Terapi kognitif secara signifikan meningkatkan fungsi sosial dan memperbaiki beberapa gejala, seperti delusi dan halusinasi. Dalam penelitian jurnal ini menyatakan bahwa terapi kognitif akan lebih aman dan efektif jika diberikan pada penderita skizofrenia yang memilih untuk tidak menggunakan antipsikotik.

b. Social Skill Training

Menunjukkan bahwa SST berpotensi meningkatkan fungsi kognitif karena adanya pengalaman belajar yang membutuhkan ingatan dan perhatian yang berpengaruh terhadap kehidupan sosial. Hal ini juga disebutkan dalam penelitian jurnal bahwa SST meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada penderita skizofrenia.

c. PANSS

PANSS digunakan pada pasien rawat inap Skizofrenia untuk mengetahui status kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ditimbulkan, seperti gejala positif, negatif, dan psikopatologi umum. PANSS terdiri dari 30 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat atau ringannya gejala. Jika skor PANSS pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil.

d. LAI (Long-Acting Injectable)

Farmakoterapi baik antipsikotik oral maupun LAI merupakan treatment utama dalam terapi skizofrenia. LAI disarankan untuk pasien yang memiliki tingkat kepatuhan rendah. Dan penelitian dalam jurnal membuktikan bahwa sebanyak 472 partisipan yang melakukan peralihan dari oral antipsikotik (Aripiprazole, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone dan Paliperidone Extendedrelease) menjadi Paliperidone 1 kali selama 1 bulan memberikan respon dan tolerabilitas yang baik. LAI menawarkan afek terapeutik panjang dengan memaksimalkan penghantaran obat, kontak obat, dan jadwal pengobatan.

2.2 Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Risiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan adalah perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain dan lingkungan, baik fisik, emosional, seksual dan verbal. Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (risk for other directed violence). Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung kepada orang lain (Hasannah & Solikhah, 2019).

Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan individu melakukan coping terhadap stress, tidak mampu mengidentifikasi stimulus yang dihadapi dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan. Masalah klien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan jika tidak dilakukan penanganan

dengan baik akan membawa dampak buruk misalnya mencederai ataupun bisa menimbulkan kematian (Hasannah & Solikhah, 2019).

2.2.2 Etiologi Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Madhani & Kartina, 2020), ada beberapa faktor penyebab resiko perilaku kekerasan yaitu :

1. Faktor predisposisi

a. Psikologis, menjadi salah satu faktor penyebab karena kegagalan yang dialami dapat menimbulkan seseorang menjadi frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau perilaku kekerasan.

b. Perilaku, mempengaruhi salah satunya adalah perilaku kekerasan, kekerasan yang didapat pada saat setiap melakukan sesuatu maka perilaku tersebut diterima sehingga secara tidak langsung hal tersebut akan diadopsi dan dijadikan perilaku yang wajar.

c. Sosial budaya, dapat mempengaruhi karena budaya yang pasif agresif dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah kekerasan adalah hal yang wajar.

d. Bioneurologis, beberapa pendapat bahwa kerusakan pada sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan.

2. Faktor presipitasi

- a. Ekspresi diri, dimana ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

2.2.3 Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Vahurina & Rahayu, 2021), tanda dan gejala yang ditemui pada klien melalui observasi atau wawancara tentang resiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan
5. Jalan mondar-mandir
6. Bicara kasar

Agresif: Perilaku destruktif tapi masih terkontrol Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol

2.2.5 Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan

Penatalaksanaan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan menurut (Pelaksanaan & Studi, 2019) yaitu :

1. Medis
 - a. Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilakupsikososial
 - b. Halloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan prilaku merusak diri
 - c. Thrihexiphenidil, yaitu mengontro perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas
 - d. ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk
2. Penatalaksanaan keperawatan
 - a. Psiko terapeutik
 - b. Lingkungan terapeutik
 - c. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)
 - d. Pendidikan kesehat

2.2.6 Mekanisme Koping Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Untari & Irna, 2020), Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi,

proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi. Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain :

a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah marah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

c. Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (WIRANTO, 2022), pengkajian resiko perilaku kesehatan seperti berikut :

1. Identitas

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, nomer RM, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat, 2016).

3. Faktor predisposisi

- a. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2018).
- b. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya ke rumah sakit jiwa sebagai alternatif serta memasingkan diri dan bila tidak berhasil baru di bawa ke rumah sakit jiwa.
- c. Trauma, biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- d. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.

- e. Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan

4. Pengkajian fisik

- a. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
- b. Ukur tinggi badan dan berat badan.
- c. Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengempal, rahang mengatup, wajah memerah).
- d. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

5. Psikososial

- a. Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupu keluarg apa dasaat pengkajian.

- b. Konsep diri

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

- c. Identitas

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal

d. Harga diri

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

1) Peran diri

Biasanya klien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

2) Ideal diri

Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

6. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara.
- b. Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat.

7. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan

- b. Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa
- c. Kegiatan ibadah
- d. Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah

8. Status mental

a. Penampilan

Biasanya penampilan klien kotor

b. Pembicaraan

Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

c. Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik klien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat

d. Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

e. Afek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

f. Interaksi selama wawancara

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

g. Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas

h. Isi pikir

Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja

i. Tingkat kesadaran

Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung.

j. Memori

Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

k. Kemampuan penilaian

Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.

l. Daya fikir diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya.

9. Mekanisme koping

Biasanya klien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya dan merusak alat-alat rumah tangga.

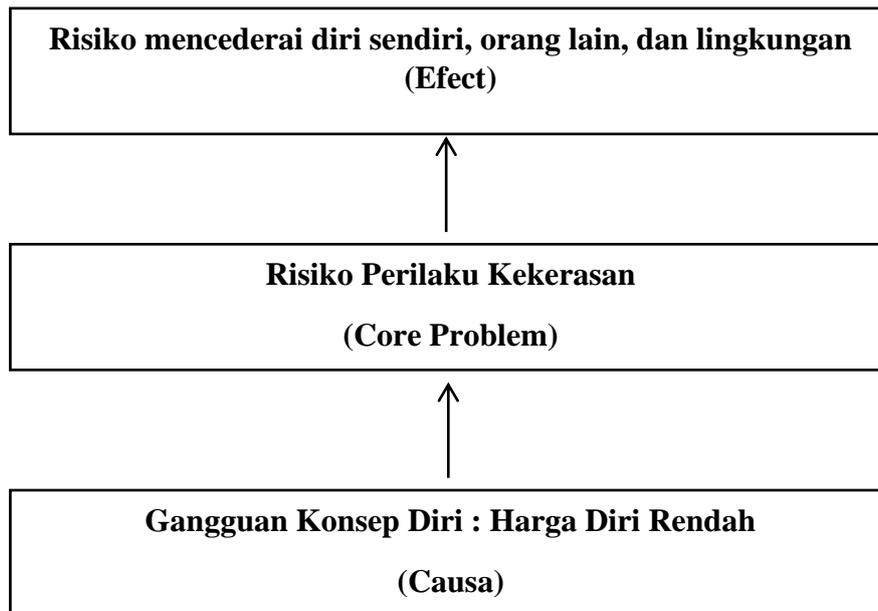
10. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

11. Pengetahuan

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

2.3.2 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan



Gambar 2.3 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan

2.3.3 Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Diagnosa Keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapat, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah/ mengontrol perilaku kekerasan tersebut.

Menurut (Dermawan & Rusdi, 2013) dalam bukunya Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Masalah keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah risiko perilaku kekerasan adalah :

1. Harga Diri Rendah
2. Perilaku Kekerasan
3. Koping Individu Tidak Efektif
4. Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi
5. Resiko Mencederai Diri Sendiri, Orang Lain dan Lingkungan

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Budi Anna Keliat et al., 2019) dalam bukunya, Asuhan Keperawatan Jiwa, rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan:

1. Tindakan Keperawatan Perawat
 - a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka risiko perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Pasien mampu mengkaji tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
- 2) Pasien mampu mengkaji penyebab risiko perilaku kekerasan
- 3) Pasien mampu mengatasi risiko perilaku kekerasan
- 4) Pasien mampu memahami akibat dari risiko perilaku kekerasan

b. Tindakan Keperawatan

1. Latih pasien untuk melakukan relaksasi : Tarik nafas dalam, Pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan.
2. Latih pasien untuk bicara dengan baik : Mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik.
3. Latih de-eskalasi secara verbal maupun tertulis.

4. Latih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut (sholat, berdoa, dan kegiatan ibadah yang lainnya).
5. Latih pasien patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi).
6. Bantu pasien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan.
7. Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.
8. Berikan pujian pada pasien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.

2. Tindakan Pada Keluarga

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka risiko perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

1. Keluarga mampu memahami pengertian risiko perilaku kekerasan.
2. Keluarga dapat memahami penyebab risiko perilaku kekerasan.
3. Keluarga dapat memahami dan menjelaskan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan.
4. Keluarga mampu memahami cara merawat pasien risiko perilaku kekerasan.

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Kaji masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
- 2) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses.
- 3) terjadinya risiko perilaku kekerasan yang dialami pasien.

- 4) Mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien.
- 5) Melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan pasien.
- 6) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman
- 7) Mengurangi stress di dalam keluarga dan memberi motivasi pada pasien.
- 8) Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

3. Tindakan Pada Kelompok Pasien (TAK)

a. Tindakan Keperawatan

Terapi aktivitas kelompok : Stimulasi persepsi

- 1) Sesi 1 : Mengetahui risiko perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- 2) Sesi 2 : Mencegah risiko perilaku kekerasan secara fisik
- 3) Sesi 3 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan verbal
- 4) Sesi 4 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- 5) Sesi 5 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan patuh mengonsumsi obat.

2.3.5 Implementasi Risiko Perilaku Kekerasan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk

memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Martini et al., 2022).

Implementasi keperawatan jiwa pada resiko perilaku kekerasan ada 5 SP menurut (Martini et al., 2022) ,sebelum melakukan SP hendaknya kita sebagai perawat melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik dengan pasien, baru kita melaksanakan SP pada pasien. Peran perawat sangat dibutuhkan dalam mengontrol perilaku kekerasan salah satunya yaitu melakukan rencana dan implementasi dalam asuhan keperawatan sebagai pendekatan yang digunakan untuk membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan. Ada lima strategi pelaksanaan dalam mengontrol perilaku kekerasan, yaitu :

1. SP 1 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan latihan nafas dalam.
2. SP 2 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan teknik pukul bantal.
3. SP 3 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan komunikasi verbal dengan baik.
4. SP 4 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual/ beribadah
5. SP 5 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan menggunakan obat (8 benar)

2.3.6 Evaluasi Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Yusuf et al., 2015), dalam Bukunya Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Adapun Evaluasi pada pasien dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan pada pasien dan keluarga yaitu :

1. Pada Pasien
 - a. Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, risiko perilaku kekerasan yang biasanya dilakukan, serta akibat dari risiko perilaku kekerasan yang dilakukan.
 - b. Pasien mampu menggunakan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi :
 - 1) Secara fisik
 - 2) Secara sosial/ verbal
 - 3) Secara spiritual
 - 4) Terapi psikofarmaka
2. Pada Keluarga
 - a. Keluarga mampu mencegah terjadinya risiko perilaku kekerasan
 - b. Keluarga mampu menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
 - c. Keluarga mampu memotivasi pasien dengan melakukan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan
 - d. Keluarga mampu mengidentifikasi risiko perilaku pasien yang harus dilaporkan pada perawat.

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Teori Komunikasi

Menurut (A. A. T. Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016) Teori komunikasi sangat sesuai dalam praktek keperawatan karena :

- a) Komunikasi adalah cara untuk membina hubungan yang terapeutik. Dalam proses komunikasi terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dalam pikiran
- b) Maksud komunikasi adalah mempengaruhi Perilaku orang lain. Berarti, keberhasilan intervensi perawatan tergantung pada komunikasi karena proses keperawatan ditujukan untuk merubah perilaku dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal
- c) Komunikasi adalah berhubungan. Hubungan perawat-klien yang terapeutik tidak mungkin tercapai tanpa komunikasi

2.4.2 Unsur-unsur Komunikasi terapeutik

Unsur-unsur komunikasi terapeutik meliputi :

- a Sumber proses komunikasi yang merupakan prakarsa oleh pengirim dan pesan sebagai tolak ukur keberhasilan mengirim
- b Pesan verbal dan non verbal
- c Penerima yang akan juga membalas pesan
- d Lingkungan sebagai saluran penyampaian (panca indera), penerimaan lingkungan alamiah.

2.4.3 Hubungan Terapeutik

Hubungan terapeutik antara perawat-klien adalah hubungan

kerjasama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran dan, pengalaman dalam hubungan intim yang terapeutik. Dalam proses, perawat membina hubungan sesuai dengan tingkat perkembangan klien dengan mendorong perkembangan klien dalam menyadari dan mengidentifikasi masalah dan membantu pemecahan masalah.

Proses berhubungan perawat klien dapat dibagi dalam 4 fase, fase prainteraksi atau orientasi, fase kerja dan fase terminasi. Setiap fase ditandai dengan serangkaian tugas yang perlu diselesaikan.

Tabel 2.2 Tugas perawat pada setiap fase (A. A. Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016)

FASE	TUGAS
Prainteraksi	Eksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan sendiri, Analisis kekuatan kelemahan profesional diri, dapatkan data tentang klien jika mungkin, rencanakan pertemuan pertama.
Orientasi	Bina rasa percaya, penerimaan dan komunikasi terbuka, perkenalan nama P-K, tentukan alasan klien minta tolong, rumuskan kontrak bersama, peran dan tanggung jawab P-K, waktu dan tempat, Eksplorasi pikiran, perasaan, dan perbuatan klien, Identifikasi masalah klien, rumuskan tujuan dengan klien
Kerja	Eksplorasi stressor yang kuat, dorong perkembangan kesadaran diri dan mekanisme koping yang konstruktif, atasi penolakan perilaku adaptif.
Terminasi	Ciptakan realitas perpisahan, bicarakan proses terapi dan pencapaian tujuan, saling mengeksplorasi perasaan penolakan, kehilangan, kesedihan dan marah.

1. Prainteraksi

Prainteraksi dimulai sebelum kontak pertama dengan klien. Perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya, sehingga kesadaram

dan kesiapan perawat untuk melakukan hubungan dengan klien dapat dipertanggung jawabkan. Perawat yang sudah berpengalaman dapat menganalisa diri sendiri serta nilai tambah pengalamannya berguna untuk lebih efektif dalam memberikan asuhan keperawatan.

Ia seharusnya mempunyai konsep diri yang stabil dan harga diri yang adekuat, mempunyai hubungan yang konstruktif dg orang lain dan berpegangan pada kenyataan dalam menolong klien. Pemakaian diri secara terapeutik artinya memaksimalkan kekuatan dan meminimalkan kelemahan diri dalam memberi asuhan keperawatan pada klien. Tugas tambahan pada fase ini mendapatkan informasi tentang klien .

2. Orientasi

Fase ini dimulai dengan pertemuan pertama dengan klien, hal utama yang perlu dikaji adalah alasan utama klien minta tolong yang akan mempengaruhi hubungan perawat-klien. Dalam memulai hubungan, tugas utama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian dan komunikasi yang terbuka serta perumusan kontrak dengan klien. Elemen kontrak perlu diuraikan dengan jelas agar kerjasama P-K bisa optimal. Diharapkan peran serta klien secara penuh dalam kontrak, kecuali kondisi tertentu seperti gangguan realita, sehingga perawat melakukan kontrak sepihak.

Perawat dan klien mungkin mengalami perasaan tidak nyaman, bimbang karena memulai hubungan yang baru. Klien yang mempunyai pengalaman hubungan interpersonal yang menyakitkan akan sukar menerima dan terbuka pada orang asing. Anak memerlukan rasa aman

untuk mengekspresikan perasaan tanpa dikritik atau dihukum. Tugas perawat adalah mengeksplorasi pikiran, perasaan, perbuatan klien, dan mengidentifikasi masalah.

3. Fase Kerja

Pada fase kerja, perawat dan klien mengeksplorasi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran, perasaan dan perbuatan klien. Perawat membantu klien mengatasi kecemasan, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab diri sendiri dan mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Perubahan perilaku maladaptif menjadi adaptif adalah fokus fase ini.

4. Fase Terminasi

Terminasi merupakan fase yang sangat sulit dan penting dari hubungan terapeutik. Rasa percaya dan hubungan intim yang sudah terbina, dan berada pada tingkat optimal. Perawat dan klien merasakan kehilangan. Terminasi dapat terjadi pada saat perawat mengakhiri tugas-pada unit tertentu atau klien pulang. Adapun alasan terminasi, tugas perawat pada fase ini adalah menghadapi realitas perpisahan yang tidak dapat diingkari.

Klien dan perawat bersama-sama meninjau kembali proses perawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan. Perasaan marah, sedih, penolakan perlu dieksplorasi dan diekspresikan. Fase terminasi harus diatasi dengan memakai konsep proses kehilangan. Proses terminasi yang sehat akan memberi pengalaman positif dalam membantu klien mengembangkan koping untuk perpisahan. Reaksi klien dalam menghadapi terminasi dapat

beraneka cara.

Klien mungkin mengingkari perpisahan atau mengingkari manfaat hubungan. Klien dapat mengekspresikan perasaan marah dan bermusuhannya dengan tidak menghadiri pertemuan, atau bicara yang dangkal. Terminasi yang mendadak dan tanpa persiapan mungkin dipersepsikan klien sebagai penolakan. Atau perilaku klien kembali pada perilaku sebelumnya, dengan harapan perawat tidak akan mengakhiri hubungan karena klien masih memerlukan perhatian.

2.5 Konsep Stress Adaptasi

2.5.1 Pengertian Stress

Stress diakibatkan adanya perubahan nilai budaya, pekerjaan, system kemasyarakatan, serta ketegangan antara realita dan idealisme. Menurut Hans Selye stress merupakan reaksi tubuh yg tidak khas terhadap tuntutan kebutuhan tubuh. Stress merupakan realita kehidupan setiap hari yang tidak perlu dihindari yang disebabkan perubahan yang memerlukan penyesuaian.

Stress adalah tanggapan atau reaksi tubuh terhadap berbagai tuntutan atau beban yang bersifat non spesifik, yang mengharuskan seorang individu untuk berespons atau melakukan tindakan. Baum, Gatchel, and Krantz (1997) mendefinisikan stress sebagai suatu proses yang terjadi karena keadaan yang mengancam atau menantang yang menyebabkan individu berespon terhadap tantangan tersebut. Secara mendasar stress mengandung dua faktor, yaitu tekanan (*pressure*) yang dirasakan manusia mempunyai implikasi *aversive* (perubahanemosi), dan implikasi proses yang merupakan

kegiatan transaksi antara individu dan lingkungan sebagai upaya menanggapi stimulasi dengan penyesuaian diri. (Hanik et al., 2015)

2.5.2 Faktor Predisposisi Stress

Menurut (A. A. T. Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016) faktor predisposisi disebut juga factor penyebab adalah factor-faktor risiko yang mempengaruhi kemampuan sumber-sumber dalam mengatasi stress. Faktor risiko ini sudah dimiliki individu sejak dalam kandungan atau dalam masa perkembangan.

Faktor risiko ini mencakup biologic, psikologik dan sosiobudaya. Contoh dari factor risiko ini adalah kelainan genetic, Intelegensi, kepribadian, pola asuh, usia, gender, suku bangsa.

1. Biologis

a. Latar Belakang Genetika

Penelusuran genetika yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa masih terus dilakukan penelitian. Ada tiga jenis kajian latar belakang genetika penyebab gangguan jiwa yaitu kajian adopsi, yang membandingkan sifat antar anggota keluarga biologis dengan anggota keluarga adopsi, sedangkan kembar onozigotik jarang berbeda dari orangtua adoptif. Kajian kembar, yang membandingkan kembar identik (monozigot) dengan kembar dizigot.

Kembar disebut sebagai *concordant* jika kedua anggota mengalami gangguan yang sama. *Concordant* pada kembar monozigot lebih kuat daripada kembar dizigot. Gangguan psikiatri

yang mempunyai kemungkinan adanya jalinan genetika seperti alkoholisme, skizofrenia, depresi mayor, gangguan bipolar, gangguan somatis, dan gangguan personal antisocial (Kendler dan Silverman, 1991; Townsend, 1996). Kajian keluarga, yang membandingkan apakah suatu sifat lebih banyak kesamaan antara keluarga tingkat pertama, seperti orangtua, saudara kandung, daripada anggota keluarga jauh.

b. Status Gizi

Pertumbuhan dan perkembangan awal jaringan otak yang tidak sempurna pada masa janin, bayi dan anak-anak akibat dari kebutuhan gizi otak yang tidak terpenuhi.

c. Sensifitas biologi

Respon biologi terhadap stress bergantung dari individu dan besarnya rangsang stress terhadap kehidupan. Respon yang terjadi dengan peningkatan pelepasan glukokortikoid dari korteks adrenal yang diikuti stimulasi dari aksis hipotalamus hipofisis adrenal selama situasi stress berlangsung. Hasilnya adalah penekanan perkembangbiakan dan fungsi dari limfosit. Sistem saraf pusat (SSP) mempunyai hubungan dengan tulang belakang dan timus karena system sel kekebalan memproduksi dalam limpa dan kelenjar limpa yang akhirnya disimpan. Pada waktu testosteron menghambat fungsi kekebalan, hormone pertumbuhan dapat berespon terhadap stressor dengan cara meningkatkan fungsi kekebalan tersebut.

Peningkatan produksi epinefrin dan norepinefrin untuk

menanggulangi stress dapat menurunkan imunitas. Serotonin dapat meningkatkan dan menghambat efek imunitas. Adanya korelasi antara penemuan fungsi limfosit pada periode sedih/ duka, kehilangan dan depresi. Beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara skizofrenia dengan system imunitas abnormal, respon autoimun, infeksi virus dan imunogenetika.

2. Psikologis

a Inteligensia

Kemampuan individu dalam menyelesaikan konflik dan penyesuaian diri dengan lingkungan dipengaruhi daya pikir, daya tangkap, kemampuan bahasa, dan kemampuan analisis masalah.

b Kepribadian

Karakteristik seseorang sejak lahir dan masa pertumbuhan, seperti temperamen, sifat (*trait*), dan kebiasaan (*habit*) mempengaruhi individu dalam menghadapi suatu konflik.

c Pengalaman masa lalu

Kejadian-kejadian yang menghasilkan suatu pola pembelajaran yang dapat mempengaruhi respon penyesuaian seseorang. Peristiwa yang menyenangkan atau menyakitkan di masa lalu sangat mempengaruhi kesehatan jiwa individu. Dalam masa perkembangan, proses menyelesaikan konflik dalam memenuhi tugas perkembangan berpengaruh terhadap tahap perkembangan berikutnya.

d Motivasi

Kemauan dan dorongan dari dalam individu mempengaruhi kemampuan individu dalam menghadapi tantangan dan dinamika hidup.

Faktor-faktor lain yang mempengaruhi sehat dan sakit jiwa, seperti social cultural, usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, kedudukan sosial, dan latar belakang budaya.

2.5.3 Faktor Presipitasi Stress

Faktor presipitasi adalah rangsangan, stimulus, dan factor yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk pemecahan masalah.

Penyebab stress disebut dengan stressor. Stressor adalah segala sesuatu yang menyebabkan kondisi stress. Glanz (2008), mengidentifikasi kategori stressor sebagai: (1) *Cataclysmic event*, semua peristiwa yang terjadi pada seseorang secara bersamaan, yang tidak diprediksi dan mempunyai pengaruh yang sangat kuat dan memerlukan usaha dalam menaggulangnya (2) Stressor personal, semua peristiwa-peristiwa yang bersifat individual yang mempunyai pengaruh terhadap seseorang, seperti gagal dalam ujian, bercerai, dan PHK. (3) Background stressor, yang berupa pertengkaran dalam kehidupan sehari-hari, masalah kecil yang terus menerus mengganggu dan menyusahkan seseorang. (4) Stressor kronik, seperti ketidakpuasan terhadap pekerjaan, yang berlangsung relatif lama. Skala yang sering digunakan untuk mengukur stressor adalah *The Social Readjustment Rating Scale (SRRS)*, yaitu skala yang berisi 43 kejadian-kejadian hidup penyebab stress.

Holmes dan Rahe (1967), Hawari (1999), mengemukakan bahwa stress pada masa pensiun lanjut usia menempati rating ke-10 dari 43 kejadian hidup yang menyebabkan stress berdasarkan sosial *Readjustment Rating Scale* (SRRS), oleh karena hilangnya status pekerjaan dan status sosial, adanya tanggungan keluarga yang masih membutuhkan dukungan finansial, dan perubahan yang mengikuti masa lanjut usia. Penyebab stress pada lanjut usia berbeda dengan remaja atau dewasa. Masalah yang sering menyebabkan stress pada lanjut usia adalah *post power syndrome*, perasaan kecewa karena tidak lagi dihormati seperti dulu, kurang diperhatikan oleh anak dan cucunya, merasa kesepian dan kesendirian.

Pada masa pensiun, lanjut usia kehilangan kesibukan dan jabatan. Bertepatan dengan itu anak-anak sudah menikah dan meninggalkan rumah, sedangkan badan mulai lemah dan tidak memungkinkan bepergian, sehingga seringkali menimbulkan stress tersendiri. (A. A. T. Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016).

2.5.4 Penilaian Primer Stressor

Menurut (A. A. T. Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016) suatu evaluasi tingkat kemaknaan stressor bagi seseorang dimana stressor mempunyai arti, intensitas dan kepentingannya. Pengalaman Stress dapat berasal dari tiga sumber :

1 Lingkungan

Lingkungan mengirim stimulus secara terus menerus selama manusia masih hidup yang memerlukan penyesuaian. Misal penyesuaian pada cuaca, hubungan interpersonal, tuntutan

penampilan, peraturan, sikap dll.

2 Kondisi fisiologis tubuh

Pertumbuhan cepat pada remaja, menopause pada wanita, proses menua, penyakit, kecelakaan, nutrisi buruk semuanya membuat tubuh mengalami stres.

3 Pikiran

Otak mengartikan dan menterjemahkan perubahan yang kompleks pada lingkungan dan tubuh, kemudian menetapkan respon. Cara mengartikan dan mempersepsikan pengalaman saat ini dan memprakirakan apa yang terjadi pada masa yang akan datang dapat menimbulkan rasa aman dan stress.

2.6 Mekanisme Koping

2.6.1 Definisi Mekanisme Koping

Mekanisme koping atau mekanisme pertahanan diri dapat diartikan sebagai apa yang dilakukan oleh individu untuk menguasai situasi yang dinilai sebagai suatu tantangan atau ancaman. Jadi koping lebih mengarah pada apa yang individu lakukan untuk mengatasi tuntutan-tuntutan yang penuh tekanan atau membangkitkan emosi. Dengan kata lain, mekanisme koping adalah bagaimana reaksi orang menghadapi stres tekanan. (A. A. T. Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016)

2.6.2 Jenis Jenis Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang digunakan pada pasien dengan masalah resiko perilaku kekerasan adalah untuk melindungi dirinya yaitu sebagai berikut :

1. Sublimasi

Adalah suatu sasaran yang digunakan untuk mengendalikan marah. Contohnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya dengan meninju tembok, memukul bantal atau kasur yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

2. Proyeksi

Merupakan perilaku atau sikap menyalahkan orang lain atas kesulitan yang dialami atau keinginannya yang tidak tercapai. Misalnya seseorang individu menuduh orang lain melakukan sebuah pencurian di tempat kerjanya

3. Displacement

Merupakan perilaku atau sikap untuk melepaskan perasaan yang tertekan biasanya dengan menunjukkan perilaku destruktif, seperti memukul pintu, meninju tembok, melempar barang, bahkan sampai dengan melukai diri sendiri maupun orang lain.

2.6.3 Karakteristik Mekanisme Koping

1. Mekanisme Koping Konstruktif (Adaptif)

Koping konstruktif (adaptif) merupakan suatu kejadian dimana individu dapat melakukan koping baik serta cukup sehingga dapat mengatur berbagai tugas mempertahankan hubungan dengan orang lain, mempertahankan konsep diri dan mempertahankan emosi serta pengaturan terhadap respon stres. Adapun karakteristik mekanisme koping adaptif sebagai berikut:

- a. Dapat menceritakan secara verbal tentang perasaan.
- b. Mengembangkan tujuan yang realistis.
- c. Dapat mengidentifikasi sumber koping.

- d. Dapat mengembangkan mekanisme koping yang efektif.
 - e. Mengidentifikasi alternatif strategi.
 - f. Memilih strategi yang tepat.
 - g. Menerima dukungan
2. Mekanisme Koping Destruktif (Maladaptif)

Mekanisme koping maladaptif adalah suatu keadaan dimana individu melakukan koping yang kurang sehingga mengalami keadaan yang berisiko tinggi atau suatu ketidakmampuan untuk mengatasi stressor. Koping maladaptif atau koping yang kurang menandakan bahwa individu mengalami kesulitan dalam beradaptasi terhadap lingkungan maupun situasi yang sangat menekan. Karakteristik koping maladaptif, sebagai berikut:

- a. Menyatakan tidak mampu.
- b. Tidak mampu menyelesaikan masalah secara efektif.
- c. Perasaan lemas, takut, irritable, tegang, gangguan fisiologis, adanya stres kehidupan.
- d. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar.

2.7 Terapi Aktivitas Kelompok

2.7.1 Pengertian

Terapi aktivitas kelompok (TAK): Sosialisasi (TAKS) adalah upaya memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah pasien dengan masalah hubungan sosial. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) dilaksanakan dengan membantu pasien melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar pasien. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara

bertahap dari interpersonal (satu dan satu), kelompok dan massa. Aktivitas dapat berupa latihan sosialisasi dalam kelompok.

2.7.2 Tujuan

Tujuan umum TAK Sosialisai adalah pasien dapat meningkatkan hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap dan tujuan khususnya adalah:

- 1) Pasien mampu memperkenalkan diri.
- 2) Pasien mampu berkenalan dengan anggota kelompok.
- 3) Pasien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok.
- 4) Pasien mampu menyampaikan dan membicarakan topic.
- 5) Pasien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi.

Pasien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS yang telah dilakukan.

2.7.3 Aktivitas dan Indikasi

Aktivitas yang dilaksanakan dalam tujuh sesi yang bertujuan untuk melatih kemampuan sosialisasi pasien. Pasien yang diindikasikan mendapatkan TAKS adalah pasien yang mengalami gangguan hubungan sosial berikut:

1. Pasien yang mengalami isolasi sosial yang telah mulai melakukan interaksi interpersonal.
2. Pasien yang mengalami kerusakan komunikasi verbal yang telah berespons sesuai dengan stimulus

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini menjelaskan gambaran nyata terkait pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Skizofrenia Paranoid masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan yang di mulai dengan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang di laksanakan pada tanggal 24 sampai 27 Januari 2023 di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan data sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

Ruang rawat : Ruang gelatik

Tanggal dirawat/MRS : 17 Januari 2023

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Tn. J berusia 44 tahun, pendidikan terakhir SMP, dengan no RM #06-XX-XX, bahasa yang sering di pakai pasien adalah bahasa indonesia, bekerja sebagai tukang bersih-bersih di jalan tol. Alamat pasien di Bulak Sari Surabaya, pasien mengatakan mempunyai istri dan 2 anak laki-laki.

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien masuk di IGD RSJ Menur Provinsi Jawa Timur pada tanggal 17 Januari 2023 pada pukul 10.00 WIB di karenakan saat di rumah pasien marah-marah, teriak-teriak dan merusak barang-barang, pasien juga sempat memecahkan kaca. Kemudian pada tanggal 17 Januari 2023 pukul 14.00 WIB pasien di pindahkan di ruang Gelatik. Pasien mengatakan sebelum di bawa ke RSJ menur pasien merasa di rendahkan oleh tetangganya karena masalah ekonomi keluarganya hingga membuat dirinya emosi dan sulit mengendalikannya, melampiaskannya dengan marah-marah

dan merusak barang-barang. Berdasarkan data didalam rekam medis bahwa pasien sudah mengalami perubahan perilaku sejak 1 tahun yang lalu seperti orang linglung, belum sempat berobat karena di anggap guna-guna. Pasien bisa melakukan aktivitas kebutuhannya sehari-hari dengan mandiri.

Keluhan Utama : Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 Januari 2023 pasien mengatakan dirinya merasa jengkel karena ingin meminjam alat pemotong kuku tetapi tidak di turuti.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Dari hasil pengkajian pasien mengatakan belum pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, berdasarkan data rekam medis pasien di dapatkan data bahwa pasien sudah mengalami perubahan perilaku sejak satu tahun lalu.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Riwayat pengobatan sebelumnya

Pasien belum pernah menjalani pengobatan tentang gangguan jiwa sebelumnya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Pengalaman

Pasien mengatakan saat di rumah pasien sering melakukan tindakan-tindakan yang merugikan seperti merusak barang-barang, pasien juga keluyuran dan berbicara dengan nada suara tinggi kepada orang-orang di sekitar yang membuatnya jengkel.

Masalah keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

4. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Riwayat masa lalu yang tidak menyenangkan

Tidak terkaji, pada saat di beri pertanyaan pasien tampak berfikir mengingat pengalaman masa lalu nya tetapi tidak mampu menjawab.

Masalah keperawatan : Gangguan komunikasi verbal

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital :

TD : 125 / 85 mmHg. N : 87 x/menit

S : 36,6 °C RR : 20 x/menit

2. Ukur :

TB : 168 cm BB : 65 kg

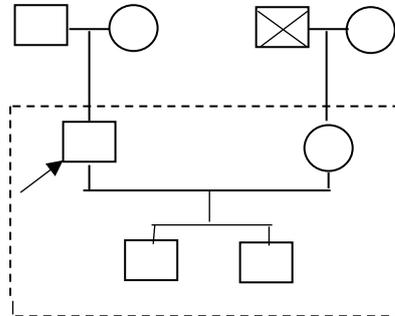
3. Keluhan fisik

Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada fisiknya

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Ket :

- : Laki-laki
- : Pasien
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal dunia
- : Tinggal serumah

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. J

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Saat di kaji pasien mengatakan bersyukur dan menyukai seluruh bagian tubuhnya karena merasa seluruh tubuhnya ideal.

b. Identitas

Pasien bernama Tn. J berumur 44 tahun, mempunyai seorang istri dan dua anak laki-laki.

c. Peran

Pasien mengatakan sedih karena sudah tidak bisa bekerja seperti dulu lagi untuk mencari penghasilan.

d. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan segera pulang agar bisa bertemu dengan istri juga kedua anaknya dan supaya bisa bekerja lagi.

e. Harga diri

Pasien merasa gagal menjadi kepala keluarga yang baik karena tidak bisa mencukupi kebutuhan istri dan kedua anaknya.

Masalah keperawatan : Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah istri dan kedua anak laki-lakinya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Pasien mengatakan sering mengikuti kegiatan berkelompok di masyarakat, dan selama di rawat inap pasien sering bergaul dengan pasien lain.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Spiritual

a. Nilai dari keyakinan :

Pasien mengatakan jika dirinya beragama islam.

b. Kegiatan ibadah :

Pasien mengatakan saat di RSJ Menur dirinya juga melakukan ibadah.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Pada saat pengkajian pasien terlihat kurang rapi, rambut agak panjang dan acak-acakan, memakai seragam sesuai ruang Gelatik.

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

2. Pembicaraan

Pada saat di lakukan pengkajian jawaban pasien terkadang sulit di pahami karena terbelit-belit dan menjawab dengan nada suara tinggi saat di tanya dengan pertanyaan yang membuatnya tidak nyaman.

Masalah keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

3. Aktivitas motorik

Saat pengkajian pasien terlihat tegang dan gelisah melihat sekitarnya, saat di ruangan isolasi pasien terlihat mondar-mandir sambil mengepalkan tangan.

Masalah keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

4. Alam perasaan

Pasien mengatakan dirinya merasa gelisah ingin cepat pulang.

Masalah keperawatan : Ansietas

5. Afek

Labil, saat pasien ditanya mengapa sering marah-marah pasien langsung berubah menunjukkan wajah jengkel dan menjawab dengan nada suara emosi.

Masalah keperawatan : Perubahan performa peran

6. Interaksi selama wawancara

Saat di lakukan pengkajian pasien kurang kooperatif, mampu menerima kehadiran perawat

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

7. Persepsi halusinasi

Saat di lakukan pengkajian pasien mengatakan sudah tidak ada suara-suara yang mengganggunya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Proses pikir

Blocking, saat pengkajian pasien sering berfikir lama kemudian tidak jadi menjawab, sehingga harus mengulang pertanyaan.

Masalah keperawatan : Gangguan proses pikir

9. Isi pikir

Pasien tidak terdapat gangguan isi pikir seperti : waham, obsesi, fobia dan pikiran yang magis.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat kesadaran

Saat di lakukan pengkajian pasien dalam kondisi sadar dan mampu menjelaskan tentang pekerjaannya sebelum di rawat di ruang gelatik.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

Pasien mampu menceritakan sedikit pengalaman di masa lalu nya dan pasien mampu menyebutkan tempat dirinya dulu sekolah.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Saat di beri pertanyaan tentang soal penjumlahan pasien mau berkonsentrasi, pasien mampu berhitung angka dengan benar, pasien dapat menjawab soal penjumlahan dan pengurangan dengan benar.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian

Tidak ada gangguan, pasien dapat menilai bahwa pekerjaannya adalah pekerjaan yang halal.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

14. Daya titik diri

Saat di lakukan pengkajian pasien mengatakan tidak tahu alasan dirinya di bawa ke RSJ Menur.

Masalah keperawatan : Defisit pengetahuan

3.1.7 Kebutuhan Pulang

a. Kemampuan pasien memenuhi / menyediakan kebutuhan

Pasien mengatakan selalu menghabiskan makanan yang di berikan, pasien makan 3x sehari, dapat menjaga kebersihan tubuhnya dengan mandi 2x sehari, memotong kuku, pasien mengatakan mempunyai tempat tinggal dan tinggal bersama istri dan ke-2 anaknya.

b. Kegiatan hidup sehari-hari

1) Perawatan diri

Pasien mengatakan dirinya mandi 2x sehari, sikat gigi, cuci rambut, menggunting kuku, BAB/BAK dan mengganti pakaian dilakukan secara mandiri.

2) Nutrisi

- a. Apakah anda puas dengan pola makan anda ? Ya
- b. Apakah anda makan memisahkan diri ? Tidak
- c. Frekuensi makan sehari 3 kali
- d. Frekuensi udapan sehari 1 kali
- e. Nafsu makan : meningkat BB tertinggi : 65 kg BB terendah : 60 kg
- f. Diet khusus : Pasien tidak mendapat diet khusus

Pasien selalu menghabiskan satu porsi makanannya

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3) Tidur

Pada saat di lakukan pengkajian tidak ada masalah saat tidur, pasien mengatakan segar setelah bangun, pasien terbiasa tidur siang kurang lebih satu jam, saat malam hari pasien tidur pukul 20.00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

c. Kemampuan Pasien Dalam Pemenuhan ADL

Pasien mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri dan mampu membuat keputusan berdasarkan keinginannya sendiri, pasien terlihat mampu mengatur penggunaan obat nya, tetapi pasien belum mampu melakukan pemeriksaan kesehatannya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

d. Pasien memiliki sistem pendukung

Keluarga sangat mendukung pasien untuk sembuh.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- e. **Apakah pasien menikmati ketika bekerja, kegiatan yang menghasilkan atau hobi**

Pasien mengatakan sangat menikmati pekerjaannya sebagai tukang bersih-bersih di jalan tol.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Mekanisme koping

Pasien mengatakan saat di singgung masalah ekonomi keluarganya dirinya tidak mampu mengontrol emosinya dan melampiaskannya dengan marah-marah.

Masalah keperawatan : Mekanisme koping tidak efektif

3.1.9 Masalah psikososial dan lingkungan

1. Pasien tidak memiliki masalah dengan dukungan kelompok.
2. Pasien tidak ada masalah dengan lingkungan, pasien senang berkumpul dan berbincang dengan orang lain saat di rumah.
3. Pasien tidak memiliki masalah dengan pendidikannya.
4. Pasien tidak ada masalah dengan pekerjaannya, pasien mengatakan bekerja sebagai tukang bersih-bersih di jalan tol.
5. Pasien tidak ada masalah dengan tempat tinggalnya.
6. Pasien tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.10 Pengetahuan kurang tentang

Pasien mengatakan tidak tahu dirinya berada di mana dan alasan dirinya di bawa ke RSJ Menur.

Masalah keperawatan : Defisit Pengetahuan

3.1.11 Aspek Medis

Diagnosa Medik : F.20.0 Paranoid Schizophrenia

Terapi Medik :

Obat	Dosis	Pemberian	Indikasi
Diazepam	5 mg / ml	Injeksi	Menghasilkan efek tenang
Lodomer	5 mg / ml	Injeksi	Mengatasi gangguan mental atau perubahan mood
Clozapine	1 x 25 mg	Oral	Meredakan gejala skizofrenia

3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan

1. Risiko perilaku kekerasan
2. Gangguan komunikasi verbal
3. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah
4. Defisit perawatan diri
5. Ansietas
6. Perubahan performa peran

7. Gangguan proses pikir
8. Defisit pengetahuan
9. Mekanisme koping tidak afektif

3.1.13 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian di ditetapkan bahwa diagnosis utama keperawatan adalah **Risiko Perilaku Kekerasan**

Surabaya, 24 Januari 2023

Mahasiswa

Dito Tri Wibowo

NIM. 2020012

3.2 Pohon Masalah

Akibat : Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan



Masalah Utama : Risiko Perilaku Kekerasan



Penyebab : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Gambar 3.2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Pada Tn. J

3.3 Analisa Data

Nama : Tn. J RM : 06-XX-XX

Ruangan : Gelatik

Tabel 3.1 Analisa Data Tn. J dengan diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan

Hari/ Tgl	Data	Masalah	TTD Perawat
Selasa, 24 Januari 2023	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit mengontrol emosinya - Pasien mengatakan saat emosinya muncul, melampiaskannya dengan marah-marah dan merusak barang-barang - Pasien mengatakan merasa jengkel karena tidak di pinjami alat pemotong kuku <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat di ruang isolasi pasien terlihat gelisah ,mondar-mandir dengan mengepalkan tangan - Pasien terlihat mudah emosi jika kemauannya tidak di turuti - Berbicara dengan nada suara tinggi - Menunjukkan wajah jengkel - Tampak tegang 	<p>Risiko Perilaku kekerasan</p> <p>(D.0146 SDKI hal. 312)</p> <p>(Masalah Utama)</p>	
Selasa, 24 Januari 2023	<p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit untuk mengontrol emosinya dan saat marah melampiaskannya dengan merusak barang-barang di sekitarnya <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak memasang muka jengkel saat di tanya mengapa merusak barang-barang 	<p>Resiko Mencederai Diri Sendri, Orang lain, Dan Lingkungan</p> <p>(Akibat)</p>	

<p>Selasa, 24 Januari 2023</p>	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sedih karena tidak bisa bekerja seperti dulu lagi - Pasien mengatakan merasa gagal menjadi kepala keluarga yang baik <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak pasrah dan bersuara lirih saat berbicara 	<p>Harga Diri Rendah Situasional</p> <p>(D.0087 SDKI hal.194)</p> <p>(Penyebab)</p>	
--	--	--	--

		<p>a. Mengendalikan resiko perilaku kekerasannya dengan relaksasi Tarik Nafas dalam, pukul kasur dan bantal, senam dan jalan- jalan.</p> <p>b. berbicara dengan baik Mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik.</p> <p>c. Melakukan deeskalasi yaitu mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis.</p> <p>d. Melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah lain.</p>	<p>harian pasien.</p> <p>2) Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik II : Pukul kasur/bantal.</p> <p>3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan.</p>	<p>untuk menentukan kegiatan selanjutnya.</p> <p>2. Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik, tidak melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar.</p> <p>3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan.</p>
		<p>3. Afektif, pasien dapat:</p> <p>a. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan.</p> <p>b. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.</p>	<p>SP 3</p> <p>1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.</p> <p>2) Melatih pasien mengontrol PK dengan cara Verbal : meminta/menolak mengungkapkan dengan asertif</p> <p>3) Menganjurkan pasien</p>	<p>1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</p> <p>2. Membantu pasien agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan</p>

				<p>memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.</p> <p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien. 2) Melatih pasien mengontrol PK Dengan cara Spiritual. 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. <p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien. 2) Menjelaskan cara mengontrol PK dengan memanfaatkan / minum obat. 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. 	<p>kemarahannya pada lingkungan sekitar.</p> <p>Pasien mampu mengontrol Perilaku Kekerasan dengan caramelakukan sholat atau mendekatkan diri dengan caraibadah lainnya.</p> <p>Pasien mampu mengontrol Perilaku Kekerasan dengan caraKepatuhan minum obatsangatlah penting sebagai pencegah kekambuhan.</p>
--	--	--	--	--	---

3.5 Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. J

NIRM : 06-XX-XX

Ruangan : Gelatik

Tabel 3.3 Implementasi Dan Evaluasi

HARI/ TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	T.T.D Perawat
Rabu, 25 Januari 2023	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Membina hubungan saling percaya dengan pasien.</p> <p>SP 1</p> <p>Mengidentifikasi perilaku kekerasan dan latihan mengendalikan PK dengan fisik</p> <p>I: Tarik nafas dalam.</p> <p>1. “Selamat pagi Pak, perkenalkan nama saya Dito, biasa di panggil Dito ,saya adalah mahasiswa yang dinas di rungan gelatik ini, nama bapak siapa ?”</p> <p>2. “Bagaimana perasaan bapak saat ini ?”</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan namanya adalah Tn. J dan biasa di panggil Tn. J. 2. Pasien mengatakan saat di rumah dirinya sering marah-marah dan juga merusak barang-barang. 3. Pasien mengatakan apabila perasaan marahnya muncul, dia akan melakukan relaksasi tarik nafas dalam. <p>O:</p> <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif dan antusias. <p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu menyebutkan kembali penyebab, tanda dan gejala, akibat serta cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan relaksasi tarik nafas dalam. 	

		<p>3. “Apa penyebab sehingga bapak J di bawa ke rumah sakit jiwa ini ?”</p> <p>4. “setelah itu apa yang bapak J lakukan ?”</p> <p>5. “Apa bapak J dapatkan ketika bapak J melakukan itu semua saat marah ?”</p> <p>6. “Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah, cara yang pertama adalah pada saat perasaan marah itu mulai muncul, coba untuk tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan, bagaimana mas bisa melakukannya ?”</p>	<p>Psikomotor :</p> <p>3. Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan tarik napas dalam.</p> <p>A: Sp 1 Teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan Sp 2.</p>	
--	--	--	---	--

Kamis 26 Januari 2023	Resiko Perilaku Kekerasan	Membina hubungan saling percaya. SP 2 Mengevaluasi jadwal harian pasien dan melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 : Pukul Kasur/bantal. 1. “Selamat pagi Pak J, bagaimana perasaan bapak J saat ini?, apa selama saya tidak ada, ada yang membuat bapak J marah-marrah ?” 2. “Lalu apa yang bapak J lakukan ?” 3. “sekarang, mari kita latihan memukul kasur dan bantal, jadi nanti kalau bapak J marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul ke Kasur dan bantal”	S: 1. “Pasien mengatakan sudah bisa melakukan tarik nafas dalam saat perasaan marahnya muncul. O: Afektif : 1. Pasien kooperatif dan antusias. Kognitif : 2. Pasien dapat menyebutkan kembali perasaan kesalnya dan alasannya. Psikomotor : 3. Pasien dapat mengikuti dan mempraktikkan pukul kasur bantal dengan bantuan perawat. A: Sp 2 Teratasi. P: Lanjutkan Sp 3.	
Jum'at 27 Januari 2023		Membina hubungan saling percaya SP 3 Mengevaluasi jadwal kegiatan	S: 1. Pasien menyapa balik mahasiswa	

		<p>harian pasien dan melatif pasien dengan cara verbal : meminta/menolak mengungkapkan dengan asertif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Selamat pagi Pak J, sesuai janji kita kemarin, kita akan membahas bagaimana cara mengungkapkan perasaan marah yang sehat ya ?” 2. “pada saat Pak J mulai ada rasa marah, segera memakai cara 1 yaitu Tarik nafas dalam, kemudian bapak boleh mengatakan kalau bapak sedang marah, dengan nada pelan yang tujuannya untuk mengungkapkan perasaan Pak J, sebutkan juga alasan Pak J marah.” 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mengatakan sudah bisa melakukan berbicara verbal dengan baik seperti meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan marahnya dengan baik. <p>O:</p> <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menyapa dan tersenyum sambil mendekat ke perawat. <p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu menyebutkan kembali perasaan kesalnya dan alasannya. <p>Psikomotor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien belum mampu melakukan berbicara verbal dengan baik seperti mengungkapkan perasaan marahnya dengan baik <p>A: Sp 3 belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan dan pertahankan 3.</p>	
--	--	---	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data melalui wawancara dengan pasien, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan tujuan penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan kepada pasien sehingga pasien dapat terbuka serta kooperatif.

Berdasarkan informasi yang di dapatkan pasien bernama Tn. J berjenis kelamin laki-laki berusia 44 tahun. Menurut penulis dengan melakukan pendekatan pada pasien dengan komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk mencurahkan perasaannya dan memudahkan melakukan observasi kepada pasien. Menurut penelitian(Wijayati et al., 2020), menjelaskan tindakan keperawatan yang dilakukan pertama kali setelah membina hubungan saling percaya dengan pasien yaitu membantu dan mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Perawat tidak hanya mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang pasien miliki, tetapi juga mendorong dan membantu pasien untuk mengidentifikasi aspek positif yang di miliki di dalam lingkungan dan keluarga. Pasien di dampingi oleh keluarganya dan di bimbing oleh perawat bersama-sama

membuat daftar aspek positif dan kemampuan yang dapat dilakukan pada saat itu juga meski dengan dukungan dan bantuan langsung dari keluarga. Dari data fakta dan teori penulis meyakini apa yang sudah disampaikan antara fakta dan teori terdapat kesamaan seperti terlihat gelisah, mondar-mandir sambil mengepalkan tangan, berbicara dengan nada tinggi, mudah emosi, menunjukkan wajah jengkel, merusak lingkungan, amuk/agresif merasa terganggu, dendam, terlihat tegang dan mengamuk.

Pada pengkajian Tn. J di dapatkan riwayat dahulu yaitu pasien mengatakan belum pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu. Data subyektif pada pasien saat dikaji mengatakan dirinya tidak bisa mengontrol emosinya dan melampiaskannya dengan marah-marah hingga membanting barang, dan pada data obyektif saat di kaji pasien terlihat gelisah sering marah-marah dan terlihat mondar-mandir dengan mengepalkan tangan saat di ruang isolasi, sehingga penulis mengambil diagnosis utama Risiko Perilaku Kekerasan.

Dalam tinjauan faktor predisposisi di dapatkan pasien sudah mengalami perubahan perilaku sejak satu tahun yang lalu, belum pernah menjalani pengobatan karena di anggap guna-guna. Adapun pengalaman pasien yang tidak menyenangkan pasien mengatakan ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan pasien tidak mampu menjawab.

Pada pengkajian konsep diri pada pasien didapatkan gambaran diri pasien mengatakan bersyukur dan menyukai anggota tubuhnya karena tubuhnya ideal. Pada peran pasien mengatakan sedih karena tidak bisa berkerja seperti dulu lagi untuk mencari penghasilan. Pasien merasa gagal menjadi kepala keluarga yang baik karena tidak bisa mencukupi kebutuhan istri dan kedua anaknya. Pada alam

perasaan didapatkan pasien ingin cepat sembuh supaya cepat pulang.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan ialah respon individu terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun dari luar. Interpretasi dari data hasil pengkajian yang digunakan untuk menyusun perencanaan, implementasi dan evaluasi. Sesuai dengan pohon masalah Diagnosa keperawatan utama yaitu Risiko Perilaku Kekerasan. Dibuktikan dengan pasien berbicara nada tinggi, terlihat gelisah dan tampak tegang. Faktor yang didapatkan pada pohon masalah yaitu *core problem* Risiko perilaku kekerasan akan menimbulkan *Effetc* Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, kemudian *causa* atau penyebab dari Risiko perilaku kekerasan adalah Harga diri rendah. Risiko perilaku kekerasan disebabkan keadaan dimana seseorang memiliki riwayat atau pernah melakukan tindakan yang dapat membahayakan dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan baik secara fisik, verbal, emosional maupun seksual.

4.3 Rencana Keperawatan

Pada rencana keperawatan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan yang mengarah pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) strategi ini di tujukan untuk pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, yaitu:

1. SP 1

Melatih pasien cara fisik 1 yaitu dengan teknik relaksasi tarik napas dalam.

2. SP 2

Melatih pasien cara fisik 2 yaitu dengan memukul kasur/bantal.

3. SP 3

Melatih pasien cara fisik 3 yaitu dengan berbicara verbal yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan marahnya dengan baik.

4. SP 4

Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan spiritual seperti berdoa dan beribadah.

5. SP 5

Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teratur minum obat.

4.4 Tindakan Keperawatan

Pada tinjauan teori implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang alami ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang

diharapkan.

Pada implementasi keperawatan penulis memberikan 3 SP pada pasien yaitu SP 1 melakukan latihan cara fisik 1 yaitu teknik relaksasi napas dalam, SP 2 melakukan cara fisik 2 yaitu pukul bantal dan kasur, SP 3 melakukan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan berbicara verbal dengan baik seperti mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik, dan menolak dengan baik. Penulis mampu untuk mengimplementasikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. J yang dimulai pada tanggal 24 Januari 2023 selama 4 hari sampai 27 Januari 2023 dengan menggunakan 3 SP.

4.5 Evaluasi

Tinjauan pustaka dan juga tinjauan kasus dapat dilaksanakan dengan baik dimana penulis dapat mengetahui kondisi pasien dan mengetahui masalahnya secara langsung. Evaluasi pada tinjauan kasus dilakukan tiga hari di Rumah Sakit Jiwa Menur. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga dapat terpantau respon pasien terhadap rencana keperawatan yang telah dilaksanakan.

Pada tanggal 24 Januari 2023 penulis melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien sebelum memberikan tindakan keperawatan, pada hari pertama penulis mengkaji tanda dan gejala, mengetahui kemampuan yang dimiliki pasien, menjelaskan apa itu Risiko perilaku kekerasan, melatih kegiatan sesuai kemampuan dan menilai kemampuan yang telah dilakukan. Pada hari kedua menerapkan cara fisik satu yaitu teknik relaksasi tarik napas dalam. Pada hari ketiga mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan sebelumnya lalu mengajarkan cara fisik kedua dengan pukul bantal/ kasur dan penulis mengajarkan cara mengontrol marah dengan komunikasi verbal dengan baik.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan observasi dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung kepada pasien dengan masalah utama Risiko perilaku kekerasan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, maka penulis dapat memetik beberapa kesimpulan dan juga saran yang mungkin bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien Risiko perilaku kekerasan.

5.1 Kesimpulan

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan jiwa pada pasien Risiko perilaku kekerasan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama Risiko perilaku kekerasan pada Tn. J dengan diagnosa medis Skizofrenia Paranoid di dapatkan kesimpulan bahwasannya kondisi pasien sudah menjadi lebih baik dibandingkan hari pertama pasien di rawat di ruangan Gelatik pada tanggal 17 Januari 2023.
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Risiko perilaku kekerasan pada pasien Tn. J dengan diagnosa medis Skizofrenia Paranoid di dapatkan tiga permasalahan aktual, yaitu (1) Gangguan konsep diri : Harga diri rendah, (2) Risiko Perilaku Kekerasan (3) Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
3. Keterlibatan pasien, dan perawat pada saat di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur maupun pada saat di rumah sangat berpengaruh pada

tingkat keberhasilan pasien dalam mengendalikan masalah Risiko perilaku kekerasan.

4. Terapi dan pengobatan secara farmakoterapi sangatlah penting, tetapi untuk mengatasi permasalahan utama yang menjadi penyebab permasalahan hanya dapat dilakukan oleh profesi keperawatan dengan pendekatan untuk membina hubungan saling percaya asuhan keperawatan komprehensif dengan pendekatan strategi pelaksanaan bertingkat dan berlanjut.
5. Pada akhir evaluasi pada tanggal 27 Januari 2023 semua tujuan sebagian dapat tercapai karena kondisi pasien yang sebagian mampu untuk mengenali masalahnya sendiri.
6. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah Risiko perilaku kekerasan pada pasien Tn. J, yang dilaksanakan mulai tanggal 24 sampai dengan 27 Januari 2023.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas, maka saran yang dapat penulis berikan adalah sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang melakukan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dan lebih kreatif lagi dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari konsep Risiko perilaku kekerasan dan meningkatkan keterampilan dengan mengikuti seminar serta pemahaman perawat tentang perawatan pada pasien gangguan jiwa khususnya dengan masalah utama Risiko perilaku kekerasan sehingga perawat dapat membantu mengatasi pasien dengan masalah utama Risiko perilaku kekerasan.

3. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan keterampilan, menambah pengetahuan dan mengembangkan ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Artika, D., Fitri, N. L., & Hasanah, U. (2021). Penerapan Terapi Musik Klasik Terhadap Tanda Dan Gejala Pasien Risiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(1), 139–146.
- Hanik, N. E., Fitryasari, R., & Yusuf, A. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika. 1–18.
- Hasannah, S. U., & Solikhah, M. M. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Idaiani, S., Yunita, I., Tjandrarini, D. H., Indrawati, L., Darmayanti, I., Kusumawardani, N., & Mubasyiroh, R. (2019). Prevalensi Psikosis di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2018. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 3(1), 9–16.
<https://doi.org/10.22435/jpppk.v3i1.1882>
- Indriani, A., Ardiningrum, W., & Febrianti, Y. (2020). Studi Penggunaan Kombinasi Antipsikotik pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Yogyakarta. *Majalah Farmasetika*, 4(Suppl 1), 201–211.
<https://doi.org/10.24198/mfarmasetika.v4i0.25882>
- Instasi, D. I., & Darurat, G. (2023). *Jurnal Keperawatan*. 15, 77–86.
- Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, A. A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. Yogyakarta: Indomedia Pustaka, 2, 674. http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Buku_Ajar_Keperawatan_Kesehatan_Jiwa_Teori-dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf
- Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, A. A. T. (2016). *KESEHATAN JIWA Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. 674.
- Madhani, A., & Kartina, I. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Martini, S., Endriyani, S., Dwi, N., & Hadita, P. (2022). Implementasi Keperawatan Terapi Spiritual pada Pasien Skizofrenia dengan Masalah Keperawatan Perilaku Kekerasan. *Jurnal Nursing Update*, 13(1), 92–98.
<https://stikes-nhm.e-journal.id/NU/index>
- Mashudi, S. (2021). Asuhan Keperawatan Skizofrenia. *Asuhan Keperawatan Skizofrenia, Juni*, 1–23.
- Maulana, I., Hernawati, T., & Shalahuddin, I. (2021). Pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap penurunan tingkat halusinasi pada pasien skizofrenia:

- literature review. *Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia: Literature Review*, 9(1), 153–160.
- Pardede. (2019). Pengaruh Behavior Therapy Terhadap Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. Muhammad Ildrem Provsu Medan. *Jurnal Mutiara Ners*, 257–266.
<https://journalpress.org/proceeding/ipkji/article/view/51>
- Raharja, T., & Jusup, I. (2021). Pasien Depresi Dengan Gangguan Kepribadian Borderline Yang Mendapatkan Terapi Psikofarmaka Dan Psikoterapi Psikodinamik. *Ilmiah Kesehatan Jiwa*, 3(1), 1–12.
- Untari, S. N., & Irna, K. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Vahurina, J., & Rahayu, D. A. (2021). Penurunan Gejala Perilaku Kekerasan Dengan Menggunakan Terapi Musik Instrumental Piano Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Holistic Nursing Care Approach*, 1(1), 18.
<https://doi.org/10.26714/hnca.v1i1.8260>
- Verawati, Akhriansyah, M., Agustina, N., & Surahmat, R. (2022). Pengaruh Terapi Progressive Muscle Relaxation (Pmr) Terhadap Tanda Dan Gejala Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Ernaldi Bahar Palembang Tahun 2021. *Jurnal Kesehatan Bina Husada*, 14(3), 91–97.
- Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., Keperawatan, J., Kemenkes Kendari, P., & Mandala Waluya, Stik. (2020). HIJP : HEALTH INFORMATION JURNAL PENELITIAN Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gang-guan Jiwa. *Hjp*, 12(2). <https://myjournal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/HIJP>
- Winnellia Fridina Sandy Rangkuti*, N. (2021). Jurnal Peduli Masyarakat. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (JPKM) - Aphelion*, 3(September), 207–212. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPM>
- WIRANTO, A. (2022). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan. *Universitas Muhammadiyah Ponorogo*, 8.5.2017, 2003–2005.
<http://eprints.umpo.ac.id/7070/%0Ahttp://eprints.umpo.ac.id/7070/5/bab2.pdf>
- Yusuf, Fitryasari, R., & Nihayati, H. endang. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Komprehensif*. 1–208.
- Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*, 5(5), 160–166.
<http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>

LAMPIRAN 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Pertemuan : Ke - 1

Hari / Tanggal : Rabu, 25 Januari 2023

Nama Pasien : Tn. J

Ruangan : Gelatik

A. PROSES KEPERAWATAN

1) Kondisi Pasien

Klien tenang tampak kurang rapi rambut acak-acakan, memakai baju ruang gelatik sesuai, dan klien mampu menjawab semua pertanyaan

2) Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3) Tujuan Khusus

Klien mampu mempraktekkan cara fisik 1 yaitu, relaksasi tarik nafas dalam

4) Tindakan Keperawatan

SP 1 : Kognitif, klien mampu:

- a. Menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan
- b. Menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN ORIENTASI

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi bapak?”, “Perkenalkan saya Dito , saya mahasiswa yang bertugas di ruang Gelatik ini. Nama bapak siapa ? dan senang dipanggil apa ? “

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan bapak saat ini ? apa masih ada perasaan marah, kesal?”

c. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baiklah, pagi ini kita akan mengobrol mengenai perasaan marah yang saat ini bapak rasakan ”. “Mari kita membicarakan ini di sana, ada tempat untuk duduk santai”. “Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? bagaimana kalau 15 menit ?”.

Fase Kerja

“Apa yang menyebabkan bapak bisa marah, coba ceritakan apa yang dirasakan bapak saat marah ?”, saat bapak J marah apa ada perasaan tegang ,kesal, bahkan mengepalkan tangan, bapak juga merasa gelisah?. “atau mungkin ada hal lain yang dirasakan ?”.

“Apa ada tindakan saat bapak J sedang marah seperti,memukul,? “terus apakah setelah melakukan tindakan tadi masalah yang dialami selesai. “ Apa akibat dari tindakan yang telah dilakukan di rumah ? terus apalagi ?”.dan akhirnya saya dibawa ke rumah sakit jiwa !”. “saya ajarkan untuk latihan fisik 1 ya bapak, yaitu pada saat marah muncul, coba untuk Tarik napas dalam melalui hidung dan buang melalui mulut”

Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang perasaan marah yang bapak rasakan ?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba bapak jelaskan lagi kenapa bapak bisa marah”

“kalau perasan marah mulai muncul, apa yang harus bapak lakukan pertama seperti yang tadi saya sudah ajarkan ?”

c. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baik, bagaimana kalau besok kita mengobrol lagi tentang akibat dari perasaan marah yang bapak rasakan ?”

“dan kita akan belajar bagaimana mengatasi marah dengan latihan fisik 2”

“Dimana kita bisa mengobrol lagi bapak, bagaimana kalau disini saja bapak?”

“Berapa lama kita akan berbincang, bagaimana kalau 15 menit bapak?”

LAMPIRAN 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Pertemuan : Ke - 2

Hari / Tanggal : Kamis, 26 Januari 2023

Nama Pasien (Inisial) : Tn. J

Ruangan : Gelatik

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien

- a. Klien tampak kurang rapi rambut acak-acakan, memakai baju ruang gelatik sesuai, sudah dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
- b. Klien dapat mengenal penyebab marah

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan Khusus

- a. Klien mampu mengidentifikasi tanda gejala perilaku kekerasan
- b. Klien mampu mengidentifikasi yang biasa dilakukan
- c. Klien mampu mengidentifikasi akibat perilaku marah
- d. Klien mampu mendemonstrasikn latihan fisik 2 (pukul bantal)

4. Tindakan Keperawatan

SP 2 : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (pukul Kasur dan bantal)

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN ORIENTASI

- a. Salam terapeutik

“Selamat pagi, bapak J ? masih ingat nama saya ?”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan bapak S saat ini? apa ada penyebab marah yang lain dan belum diceritakan kemarin ?

c. Kontrak (Topik, Waktu Tempat)

“Seperti kesepakatan kemarin, pagi ini kita akan belajar mengendalikan perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua”

“mau berapa lama ? bagaimana kalau 15 menit?” “kita belajar di tempat kemarin pak?”

Fase Kerja

“Kemarin bapak J sudah cerita penyebab marah, nah sekarang ceritakan apa yang dirasakan bapak J saat marah atau saat membanting barang-barang ! saat bapak J marah apa muncul perasaan tegang, kesal, kemudian mengepalkan tangan? atau mungkin ada hal lain yang dirasakan ?” “Apakah bapak J pernah melakukan tindakan lain selain membanting barang saat marah ? lalu apakah setelah melakukan tindakan tadi masalah yang dialami selesai?, apakah bapak J tenang?”

“Apakah bapak J mengerti akibat dari tindakan yang telah dilakukan? ya merugikan orang lain, terus apalagi? dan akhirnya dibawa ke rumah sakit jiwa!”

“kita latihan memukul bantal ya bapak, dimana kamar bapak J?”

“Nah kalau perasaan marah bapak J muncul sampai ingin memukul, bapak J harus cepat-cepat mencari bantal dan melampiaskan marah bapak J pada bantal dengan cara memukul bantal”

Fase Terminasi

1. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaannya setelah menobrol tentang perasaan saat marah dan yang bisa dilakukan saat marah dan akibatnya ?”

2. Evaluasi Obyektif

“Coba bapak sebutkan kembali tindakan yang bisa dilakukan saat marah!

“Bagus... lagi, kalau akibatnya apa ?”

3. Rencana Tindak Lanjut

“Nah karena bapak sudah tau tindakan yang telah dilakukan, bapak J mau belajar mengungkapkan rasa marah dengan baik? nanti saya ajari, bagaimana, bersedia?”

4. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Bagaimana kalau besok kita mulai belajar mengungkapkan rasa marah dengan baik bapak ?”

“Dimana kita bisa belajar mengungkapkan perasaan marah dengan baik ya bapak?
O... disini lagi ya bapak?”

“bapak J mau berapa lama kita belajar marah yang sehat?” O... 15 menit baiklah!

LAMPIRAN 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Pertemuan : Ke - 3

Hari / Tanggal : Jum'at, 27 Januari 2023

Nama Pasien : Tn. J

Ruangan : Gelatik

A. PROSES KEPERAWATAN

a. Kondisi Pasien

Klien sudah mengetahui perasaan marah dan akibat tindakan yang dilakukan saat marah, klien tenang dan kooperatif.

b. Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

c. Tujuan Khusus

1. Memilih cara yang konstruktif
2. Mendemonstrasikan satu cara marah yang konstruktif

d. Tindakan Keperawatan

SP 3 : membantu klien menemukan cara cara yang konstruktif dalam merespon kemarahan

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN ORIENTASI

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi, bapak S?”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan bapak S saat ini?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“pagi hari ini kita akan berlatih cara mengungkapkan marah yang sehat, benar kan bapak? “sesuai kesepakatan kemarin kita akan berlatih disana, tempat duduk kemarin, ya pak?”. “berapa lama kita membicarakan ini ?”bagaimana kalau 15 menit?”

Fase Kerja

“ Menurut bapak J, bagaimana cara mengungkapkan marah yang benar, tentunya tidak merugikan/ membahayakan orang lain ?”.....bagus!”.” Nah sekarang akan perawat ajarkan satu persatu cara marah yang sehat, langsung saya jelaskan!” ,“yang pertama kita bisa ceritakan kepada orang lain apa yang membuat kita kesal atau marah, misalnya dengan mengatakan: saya marah dengan kamu!” maka hati kita akan sedikit lega”.“kedua dengan menarik nafas dalam saat marah/ jengkel sehingga menjadi rileks”.“yang ketiga dengan mengungkapkan marah kita dengan menggunakan kata-kata yang baik seperti : maaf anda tidak seharusnya begitu, itu membuat saya marah.”.“lalu keempat dengan mengalihkan rasa marah/jengkel kita dengan aktivitas yang menguntungkan, misalnya dengan olahraga, membersihkan alat-alat rumah tangga seperti mencuci piring sehingga energi kita menjadi berkurang dan dapat mengurangi ketegangan”

Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“bagaimana perasaannya setelah berlatih cara marah yang sehat?”

b. Evaluasi Obyektif

“coba ulangi lagi cara menarik nafas yang dalam yang sudah kita pelajari tadi!”bagus!”

c. Rencana Tindak Lanjut

“tolong bapak ,nanti dicoba lagi cara yang sudah perawat ajarkan dan jangan lupa ikuti kegiatannya di ruangan ya!”

d. Kontrak (Topik,Waktu, Tempat)

“bagaimana kalau keluarga datang kita mengobrol cara marah yang sehat?”

“Dimana kita belajar marah yang sehat? O... diruang tamu”. “mau berapa lama?”.bagaimana kalau 30 menit saja ?”

LAMPIRAN 4**EVALUASI KEMAMPUAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN**

Nama pasien : Tn. J

Ruangan : Gelatik

Nama Perawat : Dito Tri Wibowo

Petunjuk : Berilah tanda checklist (√) jika pasien mampu melakukan

kemampuan di bawah ini :

No	Kemampuan	Tanggal		
		25	26	27
A	Pasien SP 1- 3			
1.	Mengidentifikasi penyebab RPK	√	√	√
2.	Mengidentifikasi tanda dan gejala RPK	√	√	√
3.	Mengidentifikasi RPK yang dilakukan	√	√	√
4.	Mengidentifikasi akibat RPK	√	√	√
5.	Menyebutkan cara mengendalikan PK	√	√	√
6.	Menmbantu mempraktekkan latihan nafas dalam	√	√	√
7.	Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian	√	√	√
1.	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien	√	√	√
2.	Melatih pasien mengontrol RPK pukul bantal/kasur	√	√	√

3.	Mengajurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	√	√	√
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian	√	√	√
2	Mengontrol RPK dengan cara dengan verbal meminta/menolak/mengungkapkan dengan asertif	√	√	√
3	Mengajurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	√	√	√