

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA RESIKO PRILAKU  
KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA  
PARANOID PADA PASIEN Tn. M DI RUANG GELATIK  
RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA  
PROVINSI JAWA TIMUR**



Oleh:

**NAUZORA QOLBU NABILLAH**

**NIM 202.0028**

**PROGRAM STUDI D – III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
HANG TUAH SURABAYA  
2023**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA RESIKO PRILAKU  
KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA  
PARANOID PADA PASIEN Tn. M DI RUANG GELATIK  
RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA  
PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat  
Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh:**

**NAUZORA QOLBU NABILLAH**

**NIM 202.0028**

**PROGRAM STUDI D – III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
HANG TUAH SURABAYA  
2023**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah 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 dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 30 Januari 2023

NAUZORA QOLBU NABILLAH

NIM 202.0028

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Nauzora Qolbu Nabillah

Nim : 2020028

Program Studi : D – III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan jiwa Dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Pada Tn. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Jawa Timur.

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.md. Kep)**

Surabaya, 30 Januari 2023

Pembimbing

Dr. A. V. Sri Suhardinarsih, S. Kep., M.Kes

NIP. 04015

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 30 Januari 2023

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Nauzora Qolbu Nabillah

NIM : 2020028

Program Studi : D – III Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan jiwa Dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Pada Tn. M Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Jawa Timur.

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

Hari, tanggal : Senin, 30 Januari 2023

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh GELAR AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D – III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Lela Nurlela, S. Kep., M. Kes .....

NIP. 03021

Penguji II : Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S. Kep., M.Kes .....

NIP. 04015

Penguji III : Iskandar , S. Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 197601141997031003 .....

Mengetahui.

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D – III Keperawatan

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

NIP. 03007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 30 Januari 2023

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis 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 karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar – besarnya kepada :

1. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan Pembimbing yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya serta telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Drg. Vitria Dewi, M. Si selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S. Kep., Ns., M. Kes selaku Kepala Program Studi D – III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Lela Nurlela, S. Kep., M.Kes selaku Penguji Ketua yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak Iskandar , S. Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan 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 penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Mama tersayang Wahyu Winarni dan Papa tercinta Ahmad Ashari yang telah tulus ikhlas memberikan kasih sayang, cinta, doa, perhatian, dukungan moral dan materil yang telah diberikan selama ini. Terima kasih telah meluangkan segenap waktunya untuk mengasuh, mendidik, membimbing dan mengiringi

perjalanan hidup penulis dengan dibarengi alunan doa yang tiada henti agar penulis sukses dalam menggapai cita – cita.

8. Kakak Nautika Cendikia Anandayu S.Ak. terima kasih atas doa dan dukungannya kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Sahabat – sahabat seperjuangan dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
10. Pasien Tn. M yang telah bersedia memberikan data dan mau bekerja sama dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya, penulis hanya bisa berdoa kepada Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 30 Januari 2023

NAUZORA QOLBU NABILLAH

NIM 2020028

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN .....	xiii
BAB I.....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	2
1.3 Tujuan Penulisaan .....	2
1.3.1 Tujuan Umum .....	2
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat penulisan .....	3
1.5 Metode Penulisan.....	4
1.6 Sistematika Penulisan .....	5
BAB II.....	6
2.1 Konsep skizofrenia.....	7
2.1.1 Definisi Skizofrenia .....	7
2.1.2 Etiologi Skizofrenia .....	8
2.1.3 Gejala Skizofrenia.....	9
2.1.4 Tipe Skizofrenia.....	10
2.1.5 Pengobatan Skizofrenia.....	12
2.2 Konsep Skizofrenia Paranoid.....	13
2.2.1 Definisi Skizofrenia Paranoid .....	13
2.2.2 Pola Asuh .....	13
2.3 Konsep Perilaku Kekerasan .....	14



2.3.1 Definisi Perilaku Kekerasan.....	14
2.3.2 Rentang Respon .....	14
2.3.3 Mekanisme Koping .....	15
2.3.4 Tanda Dan Gejala Perilaku Kekerasan .....	17
2.3.5 Etiologi.....	18
2.4 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Resiko Prilaku Kekerasan.....	19
2.4.1 Pengkajian.....	19
2.4.2 Diagnosa Keperawatan .....	21
2.4.3 Rencana Asuhan Keperawatan.....	21
2.4.4 Tindakan Keperawatan .....	23
2.4.5 Implementasi.....	26
2.4.6 Evaluasi.....	27
2.5 Komunikasi Terapeutik.....	28
2.5.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik.....	28
2.5.2 Fungsi komunikasi Terapeutik.....	28
2.5.3 Tahap Komunikasi Terapeutik .....	29
2.5.4 Tujuan Komunikasi.....	31
2.6 Stres Adaptasi Stuart.....	32
2.6.1 Faktor Predisposisi .....	32
2.6.2 Faktor presiptitasi.....	32
2.6.3 Penilaian terhadap stresor .....	33
2.6.4 Pengertian Stress .....	35
2.6.5 Faktor Predisposisi Stress .....	36
2.6.6 Penilaian Primer Stressor .....	39
<b>BAB III.....</b>	<b>40</b>
3.1 Pengkajian.....	40
3.1.1 Identitas Klien .....	40
3.1.2 Alasan Masuk.....	40
3.1.3 Keluhan Utama .....	41
3.1.4 Faktor Predesposisi .....	41
3.1.5 Pemeriksaan Fisik .....	42
3.1.6 Psikososial.....	43
3.1.7 Status Mental .....	46
3.1.8 Kebutuhan Pulang .....	49

3.1.9 Mekanisme Koping .....	50
3.1.10 Masalah Psikososal Dan Lingkungan .....	51
3.1.11 Pengetahuan kurang tentang .....	51
3.1.12 Aspek Medik.....	52
3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan.....	52
3.1.14 Diagnosis Keperawatan.....	53
<b>BAB IV .....</b>	<b>62</b>
4.1 Pengkajian.....	62
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	66
4.3 Perencanaan .....	66
4.4 Pelaksanaan.....	67
4.5 Evaluasi.....	73
<b>BAB V.....</b>	<b>75</b>
5.1 Kesimpulan .....	75
5.2 Saran .....	78

## DAFTAR TABEL

## DAFTAR GAMBAR

## DAFTAR LAMPIRAN

## DAFTAR SINGKATAN

PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi keperawatan Indonesia
WHO	: World Health Organization
WIB	: Waktu Indonesia Bagian Barat
PK	: Perilaku Kekerasan
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa
SP	: Strategi Pelaksanaan
SPTK	: Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
Mg	: Miligram
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
S	: Suhu
P	: Pernafasan
Mnt	: Menit
TB	: Tinggi Badan
BB	: Berat Badan
Cm	: Centimeter
Kg	: Kilogram
MRS	: Masuk Rumah Sakit
KRS	: Keluar Rumah Sakit
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Skizofrenia merupakan suatu gangguan otak yang kronis, dapat mempengaruhi individu pada sepanjang hidupnya dan menyebabkan pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh (Ilham et al., 2022). Pada penderita skizofrenia yang terjadi dengan adanya tanda-tanda dengan gejala yang positif, seperti waham, kekacauan alam pikiran, gangguan persepsi sensori, dan perilaku dengan gejala negatif, yaitu ketidak mauan untuk merawat diri sendiri, menghindari aktivitas sosial di segala aspek.

Skizofrenia dapat menimbulkan distorsi atau perubahan pemikiran secara signifikan sehingga fikiran itu menjadi sangat aneh, menjadi salah paham, tingkah laku, dan emosi. Yang dapat mengarah ke perilaku kekerasan yang dapat membahayakan lingkungan dan diri sendiri maupun orang disekitarnya (Pardede et al., 2020). Pasien penderita skizofrenia dengan masalah perilaku kekerasan sangat membutuhkan dukungan keluarga yang mampu memberikan perawatan yang sangat memenuhi si penderita.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) Terdapat 2 tanda dan gejala yaitu mayor dan minor pada pasien perilaku kekerasan, mayor subjektif : mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus, objektifnya : menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif/amuk, sedangkan minornya yaitu objektif :

mata melotot atau pandangantajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku.

Fokus terhadap satu atau lebih waham adalah ciri utama skizofrenia tipe paranoid. Waham yang ada pada pikiran seseorang yang mengalami skizofrenia paranoid dapat mencakup kebesaran, persekusi, kecemburuan, kegelisahan, maupun kebingungan tanpa adanya bukti (Sari, 2019). Pasien yang mengalami tipe seperti ini diharuskan untuk memenuhi kriteria yaitu dengan adanya delusi atau halusinasi pendengaran yang sering sekali muncul bahkan sangat nampak dan tidak ada sama sekali dari kriteria yang menonjol. Bicara.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Tn. M dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Gelatik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

## **1.3 Tujuan Penulisaan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Tn. M dengan diagnosis skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya



### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Dengan melakukan pengkajian asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. M diagnosis medis Skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Menentukan masalah keperawatan yang diperoleh melalui penyempurnaan analisan dan sintesa pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. M dengan diagnosa medis skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Membuat rencana asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. M dengan diagnosa medis skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. M dengan diagnosa medis skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. M dengan diagnosa medis skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

### **1.4 Manfaat penulisan**

Berhubungan dengan tujuan , maka tugas akhir ini dapat diharapkan memberi banyak manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ini merupakan bagian sumbangan bagi ilmu pengetahuan yang khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa
2. Secara praktis, tugas akhir ini bermanfaat bagi :
  - a. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil karya tulis ini dapat menjadi saran atau masukan bagi pelayanan di rumah sakit semoga dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan pasien Resiko Perilaku Kekerasan dengan lebih sempurna.

b. Bagi Peneliti

Hasil penelitian dapat menjadi salah satu arahan bagi penelitian selanjutnya , yang akan melakukan karya tulis ilmiah asuhan keperawatan jiwa pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan

c. Bagi Profesi Tenaga Kesehatan

Sebagai tambahan referensi ilmu bagi tenaga kesehatan lainnya khususnya di bidang perawat untuk memberikan pemahaman tentang asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa medis skizofrenia Resiko Perilaku Kekerasan

## **1.5 Metode Penulisan**

1. Metode

Metode deskriptif dengan metode yang bersifat mengungkap peristiwa atau gejala yang sering terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, pengumpulan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil dan diperoleh dengan perbincangan yang baik dengan pasien dan disertai rekam medis pasien

b. Observasi

Data yang diperoleh melalui pemeriksaan tanda tanda vital dengan klien

### 3. Sumber Data

#### a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien yang diteliti oleh orang untuk melakukan penelitian

#### b. Data Sekunder

Data diperoleh dari pasien dan juga tenaga medis yang di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur disertai data di rekam medis.

### 4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mencari refrensi tentang pengetahuan yang berhubungan dengan judul studi kasus yang akan di bahas.

## **1.6 Sistematika Penulisan**

Agar lebih jelas dan lebih mudah dipahami dalam mempelajari kasus ini , secara menyeluruh dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian Awal , yang berisi tentang halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan motto dan persembahan.
2. Bagian Inti, yang terdiri dari lima Bab, yang masing masing bab berisi dari sub bab berikut ini :

Bab 1 : Pendahuluan, terdiri dari tentang latar belakang skizofrenia, tujuan dan manfaat penulisan.

Bab 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep dari diagnosa skizofrenia sudut pandang medis dan asuhan keperawatan yang akan kita lakukan untuk penderita skizofrenia Resiko Perilaku Kekerasan

Bab 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, masalah keperawatan dan juga implementasi keperawatan

Bab 4 : Pembahasan Berisi perbandingan antar teori dan yang akan terjadi di realita

Bab 5 : Penutup , Berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, berisi dari daftar pustaka dan lampiran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan menguraikan secara teoritis mengenai, Konsep Skizofrenia yang meliputi pengertian, tanda gejala, tipe Skizofrenia.konsep perilaku kekerasan konsep, asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan. Asuhan keperawatan akan diuraikan konsep pengkajian, konsep rencana keperawatan, konsep pelaksanaan dan konsep evaluasi.

#### **2.1 Konsep skizofrenia**

##### **2.1.1 Definisi Skizofrenia**

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (Jek Amidos Pardede, 2021).

Skizofrenia menurut (Livana et al., 2020) merupakan penyakit neurologi yang mempengaruhi persepsi, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosial, selain itu seseorang dengan skizofrenia juga sering mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan secara bersamaan, hal ini berdampak seseorang dengan skizofrenia akan kehilangan kontrol dirinya yaitu akan mengalami kepanikan dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi. Sedangkan menurut (Singh et al., 2020) skizofrenia adalah penyakit utama yang didefinisikan oleh delusi, halusinasi, perilaku tidak teratur dan kesulitan kognitif seperti kehilangan memori.

Pasien yang mengalami skizofrenia yang telah dinyatakan sembuh akan dikembalikan kepada keluarga untuk melakukan perawatan di rumah. Anggota keluarga adalah orang yang saat ini terdekat dengan pasien skizofrenia ini harus benar-benar bertanggung jawab dalam hal merawat pasien, akan tetapi dalam melakukan pelaksanaan hal ini lah yang membuat beban untuk keluarga pasien si penderita skizofrenia ini.

### **2.1.2 Etiologi Skizofrenia**

Beberapa penelitian mengemukakan hubungan beberapa etiologi sehingga menyebabkan perubahan neurobiologis pada skizofrenia. Hubungan itu anatara lain adalah infeksi prenatal (first hit) dimana gen “rentan” tertentu akan menyebabkan inflamasi (secondary hit) sehingga akan menginduksi perubahan neurobiologis lebih lanjut oleh karena proses neuroimunologis seperti penurunan neurogenesis, peningkatan sinyal glutaminergik penurunan aktivitas GABA, penurunan myelinisasi, dan banyak aktivitas reseptor lainnya yang akan berujung pada fase psikosi dari skizofrenia (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

Dengan cara menggunakan pendekatan biopsikososial agar dapat dipahami bahwa tanda munculnya skizofrenia berupa suatu proses yang sangat kompleks. Sebagaimana sudah dijelaskan, munculnya gejala klinis pada skizofrenia seperti gejala positif dan negatif dikarenakan adanya gangguan yang berada di kegunaan fungsi sistem neurotransmitter tertentu, dengan ini dapat di kaji suatu garis bawah interaksi yang kompleks antara genetik dengan lingkungan berperan dalam munculnya proses tersebut.

### 2.1.3 Gejala Skizofrenia

Menurut Iyus Yosep, 2016 dalam (Handayani, 2021) mengatakan bahwa tanda dan gejala yang muncul pada penderita Skizofrenia antara lain:

1. Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal).
2. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus), misalnya penderita melihat sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada sumber secara visual.
3. Kekacauan alam pikir, misalnya melantur.
4. Emosi yang berlebihan
5. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir dan agresif.
6. Pikirannya penuh kecurigaan seakan ada ancaman terhadap dirinya.
7. Menahan diri atau mengasingkan diri, suka melamun.
8. Suka berfikir negative dan pesimis.

Menurut (Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016) secara umum gejala dibagi menjadi :

#### 1. Gejala Positif

Termasuk halusinasi, delusi, gangguan pemikiran (kognitif). Gejala ini disebut positif karena merupakan manifestasi jelas yang dapat diamati oleh orang lain.

#### 2. Gejala Negatif

Gejala disebut negatif karena merupakan kehilangan dari ciri khas atau fungsi normal seseorang. Termasuk kurang atau tidak mampu menampakkan/

mengekspresikan emosi pada wajah dan perilaku, tidak dapat menikmati kegiatan–kegiatan yang disenangi dan kurangnya kemampuan bicara (alogia).

#### **2.1.4 Tipe Skizofrenia**

##### **1. Skizofrenia Paranoid**

Menurut (Sari, 2019) Fokus terhadap satu atau lebih waham adalah ciri utama skizofrenia tipe paranoid. Waham yang ada pada pikiran seseorang yang mengalami skizofrenia paranoid dapat mencakup kebesaran, persekusi, kecemburuan, kegelisahan, maupun kebingungan tanpa adanya bukti. Gangguan tipe ini harus memenuhi kriteria yaitu adanya delusi atau halusinasi pendengaran sering muncul atau sangat menonjol dan tidak ada satupun dari kriteria yang menonjol: Bicara dan perilaku yang tidak beraturan, katatonik dan emosi datar atau tidak sesuai.

##### **2. Skizofrenia Hebefrenik**

menonjol: Bicara dan perilaku yang tidak beraturan, katatonik dan emosi datar atau tidak sesuai dibandingkan subtype lain dan cenderung untuk berkembang sangat secara tersembunyi. Delusi dan halusinasi muncul relatif kecil, dan gambaran klinis didominasi oleh perilaku aneh, asosiasi longgar, dan bizzare. Keseluruhan perilaku pasien tampak kekanak-kanakan. Tanpa alasan mereka mungkin sibuk sendiri, tanpa tujuan, sering bertingkah konyol dan tertawa dangkal. Di lain waktu mereka menarik diri dan tidak dapat diakses. Beberapa mungkin menampilkan asosiasi longgar menuju inkoherensi (Eddy et al., 2017).



### 3. Skizofrenia Katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh-gelisah katatonik atau stupor katatonik.

### 4. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan.

### 5. Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

### **2.1.5 Pengobatan Skizofrenia**

#### **1. Farmakoterapi**

Indikasi pemberian antipsikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Untuk pasien yang baru pertama kali mengalami episode skizofrenia, pemberian obat harus diupayakan agar tidak terlalu memberikan efek samping. Dianjurkan menggunakan antipsikotik atipik atau antipsikotik tipikal, tetapi dengan dosis yang rendah. Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu. Setelah 4-8 minggu, pasien masuk ke tahap stabilisasi sewaktu gejala-gejala sedikit banyak yang sudah teratasi. Hasil pengobatan akan lebih baik bila antipsikotik mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit.

#### **2. Terapi Elektro-konvulsi**

Terapi konvulsi dapat memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita. TEK baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor. Terhadap skizofrenia simplex efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi TEK, kadang-kadang, gejala menjadi lebih berat.

#### **3. Psikoterapi dan Rehabilitasi**

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisa tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita dengan Skizofrenia karena justru dapat menambah isolasi dan autisme. Yang dapat membantu penderita ialah psikoterapi suportif individual atau kelompok, serta bimbingan yang praktis dengan maksud mengembalikan penderita ke masyarakat.

## **2.2 Konsep Skizofrenia Paranoid**

### **2.2.1 Definisi Skizofrenia Paranoid**

Menurut (Sari, 2019) Fokus terhadap satu atau lebih waham adalah ciri utama skizofrenia tipe paranoid. Waham yang ada pada pikiran seseorang yang mengalami skizofrenia paranoid dapat mencakup kebesaran, persekusi, kecemburuan, kegelisahan, maupun kebingungan tanpa adanya bukti.

Gangguan tipe ini harus memenuhi kriteria yaitu adanya delusi atau halusinasi pendengaran sering muncul atau sangat menonjol dan tidak ada satupun dari kriteria yang menonjol: Bicara dan perilaku yang tidak beraturan, katatonik dan emosi datar atau tidak sesuai.

### **2.2.2 Pola Asuh**

#### **i. Pola asuh Authoritarian**

Pola asuh authoritarian adalah sejenis pola asuh yang sering sekali memberi batasan dan menghukum perilaku pasien. Pada pola ini, orangtua atau bahkan keluarga memberi batasan arahan secara jelas kepada anak dan berharap taat pada aturan.

#### **ii. Pola asuh Authoritative**

Pola asuh authoritative adalah pola asuh yang mengajarkan kemandirian, namun tetap meletakkan batas-batas dan kendali atas tindakan mereka. Komunikasi verbal disertai kehangatan dalam berelasi menjadi dalam orangtua mengasuh anak

#### **iii. Pola asuh Neglectful**

Pola asuh neglectful merupakan pola asuh yang menerapkan kebebasan kepada anak. Peran orangtua jarang terlibat dalam tumbuh kembang anak.

#### iv. Pola asuh Indulgent

Pola asuh indulgent merupakan pola asuh dengan adanya keterlibatan orangtua yang minimalis dengan anak. Orangtua tetap memberikan batasan dalam berperilaku, namun juga banyak membiarkan anak-anak mereka melakukan apa yang diinginkan

### **2.3 Konsep Perilaku Kekerasan**

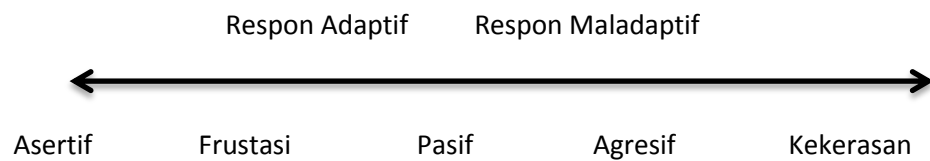
#### **2.3.1 Definisi Perilaku Kekerasan**

Gangguan jiwa perilaku kekerasan merupakan keadaan di mana seorang yang mengidap kendala jiwa pula menampilkan tingkah laku yang kasar ataupun kekerasan. Ini dapat meliputi aksi raga semacam kekerasan rumah tangga ataupun aksi verbal semacam intimidasi.

Sebagian contoh kendala jiwa yang bisa menimbulkan perilaku kekerasan meliputi skizofrenia, bipolar disorder, serta kendala karakter antisosial. Tetapi, butuh diingat kalau cuma sebab seorang mengidap kendala jiwa, tidak berarti mereka hendak menampilkan perilaku kekerasan.

#### **2.3.2 Rentang Respon**

Menurut Yosep, I, (2016) Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “Tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.2 Rentang Respon Marah (Yusuf,Fitriyasari,Nihayati 2015).

1. Asertif yaitu klien mampu mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberi kelegaan.
2. Frustrasi yaitu klien gagal mencapai tujuan kepuasan atau saat marah dan tidak dapat menemukan alternatifnya.
3. Pasif yaitu merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah.
4. Agresif yaitu klien mengekspresikan secara fisik, tetapi tidak terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.
5. Kekerasan yaitu perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang control, disertai amuk, merusak lingkungan.

### 2.3.3 Mekanisme Koping

perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme 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 Perilaku Kekerasan antara lain:

1. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan pada sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltic gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat

2. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. 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

3. Memberontak

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

4. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

### **2.3.4 Tanda Dan Gejala Perilaku Kekerasan**

Tanda dan gejala perilaku kekerasan menurut (Yusuf, Fitriyani, Nihayati, 2015) antarlain :

#### **1. Emosi**

- a. Tidak adekuat
- b. Tidak aman
- c. Rasa terganggu
- d. Marah (dendam)
- e. Jengkel

#### **2. Intelektual**

- a. Mendominasi
- b. Bawel
- c. Sarkasme
- d. Berdebat
- e. Meremehkan

#### **3. Fisik**

- a. Muka merah
- b. Pandangan tajam
- c. Napas pendek
- d. Keringat
- e. Sakit fisik
- f. Penyalahgunaan zat
- g. Tekanan darah meningkat

#### **4. Spiritual**

- a. Kemahakuasaan
- b. Kebijakan/kebenaran diri
- c. Keraguan
- d. Tidak bermoral
- e. Kebejatan
- f. Kreativitas

#### **5. Sosial**

- a. Menarik diri
- b. Pengasingan
- c. Penolakan
- d. Kekerasan
- e. Ejekan
- f. Humor

### **2.3.5 Etiologi**

#### **Proses Terjadinya Marah**

Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat hingga disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain atau lingkungan. Respon marah dapat diekspresikan secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif.



Respons marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu (1) mengungkapkan secara verbal, (2) menekan, dan (3) menantang. Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada individu. Apabila perasaan marah diekspresikan perilaku agresif dan menentang, biasanya dilakukan karena ia merasa kuat.

## **2.4 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Resiko Prilaku Kekerasan**

Pasien mengalami perilaku kekerasan sukar mengontrol diri dan emosi. Untuk itu, perawat harus mempunyai kesadaran diri yang tinggi agar dapat menerima dan mengevaluasi perasaan sendiri sehingga dapat memakai dirinya sendiri secara terapeutik dalam merawat Pasien.

Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat harus jujur, empati, terbuka dan penuh penghargaan, tidak larut dalam perilaku kekerasan Pasien dan tidak menghakimi.

### **2.4.1 Pengkajian**

pengkajian faktor predisposisi dan presipitasi, seta kondisi klien sekarang. Kaji riwayat keluarga dan masalah yang dihadapi klien. Data perilaku kekerasan dapat diperoleh

Mayor

Subyektif :

1. Pasien mengatakan benci/kesal dengan orang lain
2. Pasien mengatakan ingin memukul orang lain
3. Pasien mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan

### Obyektif

1. Melotot
2. Pandangan Tajam
3. Tangan mengepal, rahang mengatup
4. Gelisah dan mondar mandir
5. Tekanan darah meningkat
6. Nadi meningkat
7. Pernapasan meningkat
8. Mudah tersinggung
9. Nada suara tinggi dan bicara kasar
10. Mendominasi pembicaraan
11. Sarkasme
12. Merusak lingkungan
13. Memukul orang lain

### Minor

### Subyektif

1. Pasien mengatakan tidak senang
2. Pasien menyalakan orang lain
3. Pasien mengatakan diri berkuasa
4. Pasien mengatakan merasa gagal mencapai tujuan
5. Pasien mengungkapkan keinginan yang tidak realistis
6. Pasien mengatakan suka mengejek dan mengkritik

### Obyektif

1. Disorientasi
2. Wajah marah
3. Postur tubuh kaku
4. Sinis
5. Bermusuhan
6. Menarik diri

### POHON MASALAH



#### 2.4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Resiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan.

2. Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah.

(SDKI,D0146)

3. Harga diri rendah berhubungan dengan Gangguan Psikiatri (SDKI,D0086)

#### 2.4.3 Rencana Asuhan Keperawatan

##### 1. Tujuan

1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya
2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

4. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
5. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
6. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya

## **2. Tindakan**

### **1. Bina hubungan saling percaya**

- 1) mengucapkan salam terapeutik
- 2) berjabat tangan
- 3) menjelaskan tujuan interaksi
- 4) membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien

### **2. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu**

### **3. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan**

1. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
2. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
3. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
4. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
5. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual

**4. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :**

- 1) Verbal
- 2) Terhadap orang lain
- 3) Terhadap diri sendiri
- 4) Terhadap lingkungan

**5. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya**

**6. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara**

- 1) Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
- 2) Obat
- 3) Spiritual, misalnya sholat dan berdoa sesuai keyakinan pasien.

#### **2.4.4 Tindakan Keperawatan**

##### **1. Bina hubungan saling percaya**

- a. mengucapkan salam terapeutik
- b. berjabat tangan
- c. menjelaskan tujuan interaksi
- d. membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien

**2. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu**

**3. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan**

- a. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
- b. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
- c. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
- d. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
- e. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual

**4. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah**

- a. Verbal
- b. Terhadap orang lain
- c. Terhadap diri sendiri

**5. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya****6. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan**

- a. Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
- b. Obat
- c. Spiritual, misalnya sholat dan berdoa sesuai keyakinan pasien

## **7. Ikut sertakan pasien dalam kegiatan TAK**

- a. Sesi 1 : Kemampuan memperkenalkan diri
- b. Sesi 2 : Kemampuan berkenalan
- c. Sesi 3 : Kemampuan bercakap-cakap
- d. Sesi 4 : Kemampuan bercakap-cakap topik tertentu
- e. Sesi 5 : Kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
- f. Sesi 6 : Kemampuan bekerjasama
- g. Sesi 7 : Evaluasi kemampuan sosialisasi

### **Sp 1 Pasien :**

1. Membina hubungan saling percaya (BHSP).
2. Membantu Pasien untuk menemukan apa penyebab perilaku kekerasan.
3. Membantu Pasien untuk mengenali tanda dan gejala perilaku kekerasan.
4. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan Pasien saat marah.
5. Mengidentifikasi tentang akibat dari melakukan perilaku kekerasan.
6. Membantu menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan Pasien saat marah timbul.
7. Mengajarkan pasien untuk melakukan latihan fisik 1 yaitu tarik nafas dalam.

**SP 2 Pasien**

1. Membina hubungan saling percaya (BHSP).
2. Mengevaluasi Sp 1 mengontrol marah dengan tarik nafas dalam
3. Mengajarkan Pasien melakukan cara fisik ke 2 yaitu pukul kasur dan bantal.

**SP 3 Pasien :**

1. Membina hubungan saling percaya (BHSP).
2. Mengevaluasi Sp 2 mengontrol marah dengan pukul kasur atau bantal
3. Membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal

**SP 4 Pasien**

1. Bina hubungan saling percaya (BHSP).
2. Latihan Melakukan ibadah
3. Membantu pasien melakukan ibadah

**SP 5 Pasien**

1. Ajarkan pasien untuk minum obat.

**2.4.5 Implementasi**

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata, implementasi seringkali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis, yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan, itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah



direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan diutuhkan oleh klien saat ini (here and now).

Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien. Setelah tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak (inform consent) dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dilaksanakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons klien.

#### **2.4.6 Evaluasi**

Mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai. Perawat dapat mengobservasi perilaku klien. Dibawah ini beberapa perilaku yang dapat mengindikasikan evaluasi yang positif:

1. Identifikasi situasi yang dapat membangkitkan kemarahan klien
2. Bagaimana keadaan klien saat marah dan benci pada orang tersebut
3. Sudahkan klien menyadari akibat dari marah dan pengaruhnya pada yang lain
4. Buatlah komentar yang kritikal
5. Apakah klien sudah mampu mengekspresikan sesuatu yang berbeda
6. Klien mampu menggunakan aktivitas secara fisik untuk mengurangi perasaan marahnya
7. Mampu mentoleransi rasa marahnya
8. Konsep diri klien sudah meningkat

9. Kemandirian dalam berfikir dan aktivitas meningkat

## **2.5 Komunikasi Terapeutik**

### **2.5.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi adalah elemen dasar dari interaksi manusia yang memungkinkan seseorang untuk menetapkan, mempertahankan, dan meningkatkan kontak dengan orang lain. Komunikasi merupakan proses interpersonal yang melibatkan perubahan verbal dan nonverbal dari informasi dan ide. Dalam ilmu keperawatan, komunikasi merupakan hal yang sangat penting untuk menetapkan hubungan terapeutik antara perawat dan klien.

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi interpersonal antara perawat dan klien yang dilakukan secara sadar ketika perawat dan klien saling memengaruhi dan memperoleh pengalaman bersama yang bertujuan untuk membantu mengatasi masalah klien serta memperbaiki pengalaman emosional klien yang pada akhirnya mencapai kesembuhan klien (Anjaswarni, 2016).

### **2.5.2 Fungsi komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik yang terjadi antara perawat dan klien memiliki beberapa fungsi sebagai berikut. (Sutejo, 2018)

- A. Mendorong dan menganjurkan kerjasama antara perawat dan pasien melalui hubungan perawat dan pasien
- B. Melalui komunikasi perawat dapat mengungkapkan perasaan, mengidentifikasi, dan mengkaji masalah, serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan.

C. Komunikasi yang baik dapat memberikan pengertian tingkah laku pasien dan membantu pasien dalam mengatasi masalah yang dihadapi.

D. Pada tahap preventif dapat mencegah adanya tindakan yang negatif terhadap diri pasien

### **2.5.3 Tahap Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik memiliki empat tahap seperti tahap prainteraksi, orientasi atau pengenalan, kerja , dan terminasi. Empat tahap tersebut harus dipahami dan dilakukan oleh perawat dalam melakukan perawatan kepada pasien. (Sutejo, 2018)

#### **a) Tahap Prainteraksi**

Menurut (Sutejo, 2018) prainteraksi merupakan masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan pasien. Perawat diharapkan tidak memiliki prasangka buruk terhadap pasien, karena akan mengganggu dalam membina hubungan dan saling percaya. Dalam hal ini perawat harus banyak mengeksplorasi diri terhadap perasaan diri sendiri seperti ansietas, ketakutan, dan keraguan.

Adapun tugas perawat dalam tahap ini adalah sebagai berikut.

- 1) Mengumpulkan informasi tentang klien (alasan, masuk, riwayat kesehatan, diagnosis medis, dan lain sebagainya).
- 2) Mencari referensi yang berkaitan dengan masalah klien .
- 3) Mengeksplorasikan perasaan, ketakutan, dan fantasi.
- 4) Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri.

**b) Tahap orientasi/Perkenalan**

Pada tahap ini perawat dan pasien pertama kali bertemu sehingga perawat sebaiknya mulai mengembangkan hubungan komunikasi interpersonal, yaitu dengan memberikan salam, senyum, memberikan keramah-tamahan kepada pasien, memperkenalkan diri, menanyakan nama pasien dan menanyakan keluhan pasien, dan lain-lain. Tugas perawat pada tahap ini meliputi.

- 1) Membina hubungan saling percaya, pengertian, penerimaan, dan komunikasi terbuka.
- 2) Merumuskan kontrak dengan klien yang meliputi saling memperkenalkan diri, penjelasan peran, tanggung jawab, topik pembicaraan, harapan dan tujuan interaksi, kerahasiaan, waktu, dan tempat interaksi.

**c) Tahap Kerja**

Menurut (Sutejo, 2018) tahap ini merupakan tahap dimana kerja sama terapeutik antara perawat-klien paling banyak dilakukan. Perawat memfokuskan arah pembicaraan pada masalah khusus. Yaitu tentang masalah pasien dan keluhan-keluhan pasien.

Selain itu, hendaknya perawat juga melakukan komunikasi interpersonal dengan sering berkomunikasi dengan pasien, mendengarkan keluhan pasien, memberikan semangat dan dorongan kepada pasien, serta memberikan anjuran kepada pasien untuk makan, minum obat yang teratur dan istirahat teratur, dengan tujuan adanya penyembuhan.

**d) Fase Terminasi**

Menurut (Sutejo, 2018) terminasi merupakan tahap akhir dalam berkomunikasi interpersonal dan akhir dari pertemuan antara perawat dengan pasien. Ini merupakan tahap yang sulit namun sangat penting. Tahap ini merupakan waktu mengubah perasaan dan mengevaluasi kemajuan klien. Terminasi dibagi menjadi dua yaitu, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir.

- 1) Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan antara perawat dan pasien, dan sifatnya sementara, karena perawat akan menemui pasien lagi, apakah satu atau dua jam atau mungkin besok akan kembali berinteraksi.
- 2) Terminasi menatap, merupakan terminasi yang terjadi jika pasien akan keluar atau pulang dari rumah sakit, sehingga perawat tidak akan bertemu lagi dengan klien.

**2.5.4 Tujuan Komunikasi**

Tujuan adanya proses komunikasi yang terjadi antara perawat dan pasien antara lain :

- 1) Meningkatkan ketrampilan komunikasi.
- 2) Meningkatkan kepekaan perawat terhadap kebutuhan pasien.
- 3) Mempermudah perkembangan dan perubahan pendekatan perawat.
- 4) Memberi dasar pembelejuran, yang berarti bahwa mengkaji kemampuan perawat dalam berinteraksi dengan pasien dan menjadi data bagi pembimbing klinik atau supervisor untuk memberi arahan.
- 5) Membantu perawat dalam penerapan proses keperawatan.

## **2.6 Stres Adaptasi Stuart**

### **2.6.1 Faktor Predisposisi**

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stres yang memengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stres baik yang biologis, psikososial, dan sosiokultural. Secara bersama-sama, faktor ini akan memengaruhi seseorang dalam memberikan arti dan nilai terhadap stres pengalaman stres yang dialaminya.

- a) Biologi: latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan umum, dan terpapar racun.
- b) Psikologis: kecerdasan, keterampilan verbal, moral, personal, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, dan kontrol.
- c) Sosiokultural: usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, dan tingkatan sosial.

### **2.6.2 Faktor presipitasi**

Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis, dan sosiokultural. Waktu merupakan dimensi yang juga memengaruhi terjadinya stres, yaitu berapa lama terpapar dan berapa frekuensi terjadinya stres. Adapun faktor presipitasi yang sering terjadi adalah sebagai berikut.

1. Kejadian yang menekan (stressful)

Ada tiga cara mengategorikan kejadian yang menekan kehidupan, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial. Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek legal, dan krisis komunitas. Lingkungan sosial adalah kejadian yang dijelaskan sebagai jalan masuk dan jalan keluar.

2. Ketegangan hidup

Stres dapat meningkat karena kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja, dan kesendirian. Beberapa ketegangan hidup yang umum terjadi adalah perselisihan yang dihubungkan dengan hubungan perkawinan, perubahan orang tua yang dihubungkan dengan remaja dan anak-anak, ketegangan yang dihubungkan dengan ekonomi keluarga.

### **2.6.3 Penilaian terhadap stresor**

Penilaian terhadap stresor meliputi penentuan arti dan pemahaman terhadap pengaruh situasi yang penuh dengan stres bagi individu. Penilaian terhadap stresor ini meliputi respons kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respons sosial.

Penilaian adalah dihubungkan dengan evaluasi terhadap pentingnya suatu kejadian yang berhubungan dengan kondisi sehat.

1. Respons kognitif

Respons kognitif merupakan bagian kritis dari model ini. Faktor kognitif memainkan peran sentral dalam adaptasi. Faktor kognitif mencatat kejadian yang menekan, memilih pola koping yang digunakan, serta emosional, fisiologis,

perilaku, dan reaksi sosial seseorang. Penilaian kognitif merupakan jembatan psikologis antara seseorang dengan lingkungannya dalam menghadapi kerusakan dan potensial kerusakan. Terdapat tiga tipe penilaian stresor primer dari stres yaitu kehilangan, ancaman, dan tantangan.

## 2. Respons afektif

Respons afektif adalah membangun perasaan. Dalam penilaian terhadap stresor respons afektif utama adalah reaksi tidak spesifik atau umumnya merupakan reaksi kecemasan, yang hal ini diekspresikan dalam bentuk emosi. Respons afektif meliputi sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, antisipasi, atau kaget. Emosi juga menggambarkan tipe, durasi, dan karakter yang berubah sebagai hasil dari suatu kejadian.

## 3. Respons fisiologis

Respons fisiologis merefleksikan interaksi beberapa neuroendokrin yang meliputi hormon, prolaktin, hormon adrenokortikotropik (ACTH), vasopresin, oksitosin, insulin, epineprin morepineprin, dan neurotransmitter lain di otak. Respons fisiologis melawan atau menghindar (the fight-or-fligh) menstimulasi divisi simpatik dari sistem saraf autonomi dan meningkatkan aktivitas kelenjar adrenal. Sebagai tambahan, stres dapat memengaruhi sistem imun dan memengaruhi kemampuan seseorang untuk melawan penyakit.

## 4. Respons perilaku

Respons perilaku hasil dari respons emosional dan fisiologis.



## 5. Respons sosial

Respons ini didasarkan pada tiga aktivitas, yaitu mencari arti, atribut sosial, dan perbandingan sosial.

### **2.6.4 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* (perubahan emosi), dan implikasi proses yang merupakan kegiatan transaksi antara individu dan lingkungan sebagai upaya menanggapi stimulasi dengan penyesuaian diri. (Yusuf,A.HF.,r,.Nihayati, 2015)

### 2.6.5 Faktor Predisposisi Stress

Menurut (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 monozigotik 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 Intelligensia

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.

### 2.6.6 Penilaian Primer Stressor

Menurut (Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016) suatu evaluasi tingkat kemaknaan stressor bagi seseorang dimana stressor mempunyai arti, intensitas dankepentingannya. Pengalaman Stress dapat berasal dari tiga sumber

#### 1 Lingkungan

Lingkungan mengirim stimulus secara terus menerus selama manusia masih hidup yang memerlukan penyesuaian.

#### 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.

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan Menyajikan hasil dari pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 23-29 Januari 2023 di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan data sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas Klien**

Pasien berinisial M seorang laki-laki berusia 44 tahun beragama islam, bahasa yang serig digunakan yaitu bahasa indonesia dan juga bahasa jawa, status perkawinan sudah menikah, semasa dia dirumah dia bekerja sebagai seorang kuli bangunan dan lulusan SMP, pasien mengatakan tinggal di Bojonegoro Jawa Timur, pasien MRS pada hari Rabu, 18 Januari 2023.

##### **3.1.2 Alasan Masuk**

Awalnya pasien dibawa di Rumah Sakit Umum Daerah Bojonegoro dan di rujuk untuk mendatangi Rumah sakit jiwa Menur, Surabaya Kemudian. Pasien datang di IGD Rumah Sakit Jiwa Menur, Surabaya pada tanggal 18 Januari 2023 pada jam 18.00 dengan keluhan dari pihak keluarga yaitu pasien suka merusak barang-barang yang ada disekitarnya dan suka teriak-teriak, dan juga sempat mengancam tetangganya dengan senjata tajam. kemudian keluarga merantainya di belakang rumah pada tahun 2019 atau selama 3 tahun,

### 3.1.3 Keluhan Utama

pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 januari 2023 unntuk keadaan saat ini pasien tampak tenang. Pasien mengatakan dia tidak sadarkan diri bahwa dia sering marah marah ketika di rumah. Pasien ber-asumsi yang sering marah marah adalah ayah kandungnya sendiri.

### 3.1.4 Faktor Predisposisi

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sering mengamuk sejak di tahun 2008 atau sejak pasien umur 29 tahun. Dan terjadi kembali dengan adanya gejala dari perilaku kekerasan mengancam tetangga rumahnya 3 tahun yang lalu.

2. Pengobatan sebelumnya

Pasien sempat dibawa di ruamh sakit umum daerah bojonegoro dan mendapatkan obat. Akan tetapi pasien tidak rutin minum obat sehingga pasien mengalami hal yang sama.

3. Pengalaman Korban kekerasan dalam keluarga

Rekamedis tertulis Pasien memiliki riwayat pasung selama 3 tahun yang dilakukan oleh keluarganya.

**Masalah Keperawatan : Sindrom Pasca Trauma (SDKI,D0104)**

#### 4. Pengalaman Tindakan Kriminal

Sesuai data observasi yang dikaji dari rekamedis pasien. Pasien pernah marah marah hingga berteriak sejak ditahun 2008 atau 15 tahun yang lalu dan juga melakukan sebuah ancaman terhadap tetangganya dengan menggunakan senjata tajam.

**Masalah Keperawatan : Perilaku Kekerasan (SDKI,D0132)**

#### 5. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### 6. Pengalaman masa lalu tidak menyenangkan

Rekam medis tertulis memiliki riwayat pasung oleh kelaurganya selama 3 tahun yang lalu. Sampai membuat luka yang membekas di pergelangan tangannya.

**Masalah Keperawatan : Sindrom pasca trauma (SDKI,D0104)**

### 3.1.5 Pemeriksaan Fisik

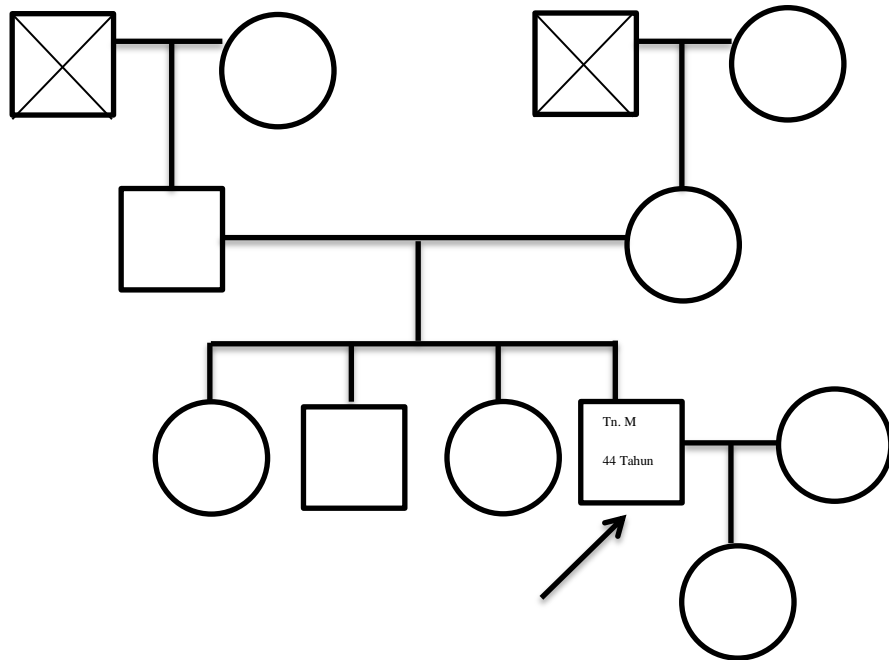
1. Tanda Vital : TD : 130/90mmHg, N : 100x/Menit , S: 36,9°C P: 20x/menit
2. Ukur : TB : 158, BB : 55 kg
3. Keluhan fisik : pasien mengatakan sedikit rasa nyeri di bagian lengan tangannya.

**Masalah Keperawatan Nyeri Kronis (SDKI,D0078)**



### 3.1.6 Psikososial

#### 1. Genogram



**Keterangan :**

□ : Laki-Laki

○ : Perempuan

**X** : Meninggal

↗ : Pasien

Nb : Pasien mengatakan semenjak mengalami musibah pasien tinggal bersama kedua orangtuanya dan juga anak istrinya.

2. Konsep diri
  - a. Gambaran diri : Saat dikaji pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya karena merasa semua bagian tubuhnya ideal.
  - b. Identitas : Pasien mengatakan dalam keluarga berstatus sebagai anak laki-laki terakhir dari empat bersaudara beruia 44 tahun yang sudah menikah dan mempunyai anak berumur 5 tahun, semasa di rumah dia bekerja sebagai kuli bangunan.
  - c. Peran : Pada saat dilakukan pengkajian pasien menagatakn peran sebagai anak terakhir dari empat bersaudara dan menjadi sesosok kepala rumah tangga di keluarga kecilnya, pasien mengatakan ingin segera pulang dan ingin segera bekerja untuk menafakahi keluarganya untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarganya.
  - d. Ideal diri : Pasien ingin memiliki pekerjaan yang sangat layak yang dapat menghidupi keluarganya. Akan tetapi pasien memiliki semangat kerja yang sangat luar biasa.
  - e. Harga diri : Pasien menagatakan sedikit tidak percaya diri akan pekerjaannya untuk mencukupi kebutuhan ekonomi keluarga.

**Masalah Keperawatan : Resiko Harga diri rendah situasional**

**(SDKI,D0102)**

### 3. Hubungan Sosial

#### a. Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah keluarganya yaitu anak dan istrinya.

#### b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :

Pasien tidak aktif dalam kegiatan apapun dalam kelompok maupun masyarakat, kecuali jika dipaksa oleh perawat ruangan untuk melaksanakan kegiatan.

#### c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan ia tidak mampu memulai sebuah percakapan dengan rekannya, kecuali dia diajak memulai pembicaraan terlebih dahulu.

#### **Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial (SDKI, D0121)**

### 4. Spiritual

#### a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan ini adalah takdir tuhan yang diberikan untuknya untuk menjadi pribadi yang lebih baik.

#### b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan jarang melakukan sholat, saat dirumah tidak sama sekali melakukan sholat tetapi dia masih menganggap dirinya dengan pemeluk agama islam.

#### **Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

### 3.1.7 Status Mental

#### 1. Penampilan

##### **Tidak rapi**

Pasien berpakaian tidak rapi, menggunakan baju pasien Gelatik dengan kondisi terbalik, dan juga rambut acak-acakan.

**Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri (SDKI,D0109)**

#### 2. Pembicaraan

##### **Inkoheren**

Pasien berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).

Jawabannya tidak nyambung sama sekali.

**Masalah keperawatan : Gangguan komunikasi verbal (SDKI.D0119)**

#### 3. Aktivitas motorik

##### **Gelisah**

Aktivitas pasien nampak gelisah di setiap harinya. Nampak mondar mandir dan sering berdiam di suatu tempat.

**Masalah Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan (SDKI,D0146)**

#### 4. Alam Perasaan

##### **Sedih**

Pasien mengatakan sedih karena jauh dari keluarga dan membuat keluarganya jauh dari dirinya

**Masalah keperawatan : Ansietas (D.0080)**

## 5. Afek

**Labil**

Klien saat ditanya kenapa marah marah terhadap keluarganya, wajah klien langsung emosi dan merubah pembicaraan dan cerita kenyataannya.

**Masalah Keperawatan : Resiko Prilaku Kekerasan (SDKI,D0146)**

## 6. Interaksi selama wawancara

**Mudah tersinggung**

Sesuai data observasi pasien ketika ditanya perihal kenapa marah-marah.

Pasien langsung melakukan pembelaan dan merasa tidak terima.

**Masalah keperawatan : Resiko perilaku kekerasan (D.0146)**

## 7. Presepsi Halusinasi

Pasien mengatakan tidak pernah mendapatkan gangguan sensori pada dirinya

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

## 8. Proses Pikir

Pasien memberikan jawaban yang berbeda jauh dari pertanyaan. Pembicaraan kacau dan tidak selaras dengan pertanyaan perawat.

**Masalah keperawatan : Gangguan Komunikasi Verbal (SDKI,D0119)**

## 9. Isi Pikir

Pada saat dilakukan pengkajian tidak ditemukan masalah pada isi pikir pasien dan tidak terdapat adanya waham.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

## 10. Tingkat Kesadaran

### **Bingung**

#### **Waktu dan Tempat**

Pasien mengatakan “ini dimana dan sekarang hari apa ?” pasien juga nampak kebingungan.

**Masalah keperawata : Gangguan identitas diri (SDKI,D0084)**

## 11. Memori

### **Gangguan daya ingat**

Pasien memiliki riwayat pasung selama 3 tahun akan tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan kejadian tersebut

**Masalah keperawata : Gangguan Memori (SDKI,D0062)**

## 12. Tingkat konsenrasi dan berhitung

### **Tidak mampu berkonsentrasi**

Klien selalu meminta agar pertanyaan diulang dan tidak bisa menjelaskan kembali pembicaraan.

**Masalah keperawatan : Gangguan Memori (SDKI,D0062)**

## 13. Kemampuan Penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan sendiri tanpa adanya bantuan dari perawat atau rekannaya.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### 14. Daya Tilik diri

##### **Menyalahkan hal-hal diluar dirinya**

Pasien mengatakan seharusnya saya tidak berada disini. Karena saya tidak apa apa dengan keadaan saya. Justru yang sering marah marah adalah bapak saya.

**Masalah keperawatan : Resiko perilaku kekerasan (D,0146)**

#### **3.1.8 Kebutuhan Pulang**

##### 1. Kemampuan klien memenuhi / menyediakan kebutuhan

Pada saat dikaji, pasien belum mampu memenuhi kebutuhan makanan, pakaian,transportasi dan tempat tinggal.

**Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri (SDKI,D0109)**

##### 2. Kegiatan hidup sehari-hari

Pasien dapat melakuakn BAK dan BAB tanpa bantuan perawat dan dilaksanakan secara mandiri.

**Masalaha Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

##### 3. Nutrisi

Pasien mengatakan puas dengan pola makannya dengan frekuensi makan 3 kali dalam sehari dan pasien pernah mencapai berat badan dengan 60 kg, pasien juga mengatakan tidak memiliki alergi dan pengecualian terhadap makanan apapun.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### 4. Tidur

Pasien mengatakan selalu tidur siang disaat waktu senggang dan malam hari pukul 21.00 wib setelah minum obat,atau ketika merasa capek dan mengantuk pasien selalu tidur.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### 5. Klien memiliki sistem pendukung

Pasien tidak memiliki sistem pendukung dari pihak keluarga tapi pasien sangat merindukan keluarganya dirumah.

**Masalah keperawatan : Koping Defensif (SDKI,D0094)**

#### 6. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan hobi

**Ya**

Klien mengatakan kalau dirumah sangat menyukai pekerjaan renovasi rumah

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

### 3.1.9 Mekanisme Koping

**Adaptif** : teknik relaksasi

**Maladaptif** : Merusak lingkungan

**Masalah Keperawatan : Perilaku kekerasan (SDKI,D0132)**



### **3.1.10 Masalah Psikososial Dan Lingkungan**

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Pasien tidak pernah memisahkan diri dari kelompok

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Pasien tidak memiliki masalah dengan lingkungan sekitar

3. Masalah dengan pendidikan, spesifik

Klien mengatakan tidak pernah memiliki masalah saat pendidikan

4. Masalah dengan perumahan, spesifik

Klien tidak memiliki masalah dengan tempat tinggalnya

5. Masalah ekonomi, spesifik

Pasien mengatakan memiliki kecemasan dalam perihal ekonomi keluarga

6. Masalah dalam pelayanan kesehatan, spesifik

Klien mengatakan tidak ada masalah pelayanan kesehatan sampai saat ini

**Masalah Keperawatan : Ansietas (SDKI,D0080)**

### **3.1.11 Pengetahuan kurang tentang**

Pasien tidak tahu tentang kenapa dia berada disini dan oleh sebab apa dia dibawa kesini.

**Masalah keperawatan : Gangguan identitas diri (SDKI,D0084)**

### 3.1.12 Aspek Medik

Diagnosa Medik : F.20.1 ( Skrezofernia Paranoid )

Obat	Dosis	Rute	Indikasi	Kontra Indikasi
Trihexyphenidyl	2 x 2 mg	Oral	gangguan ekstrapiramida karena obat , parkinsonisme	Retensi urine, glaucoma, obstruksi saluran cerna
Haloperidol	2 x 5 mg	Oral	sebagai terapi psikosis, seperti pada skizofrenia.	hipersensitivitas obat, serta pasien yang memiliki kondisi sistem saraf pusat lain yang berat.

### 3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

Sindrom pasca trauma	(SDKI D.0104)
Perilaku kekerasan	(SDKI D.0132)
Nyeri kronis	(SDKI D.0078)
Resiko harga diri rendah situasional	(SDKI D.0102)
Isolasi sosial	(SDKI D.0121)
Gangguan komunikasi verbal	(SDKI D.0119)
Resiko perilaku kekerasan	(SDKI D.0146)
Ansietas	(SDKI,D0080)
Gangguan identitas diri	(SDKI,D0084)
Defisit pengetahuan	(SDKI,D0111)
Defisit perawatan diri	(SDKI,D0109)
Koping defensif	(SDKI,D0094)
Gangguan Memori	(SDKI,D0062)

### **3.1.14 Diagnosis Keperawatan**

1. Perilaku kekerasan
2. Harga diri rendah situasional
3. Resiko perilaku mencederai diri sendiri dan orang lain.

## Analisa Data Sintesa

Tanggal	Data	Etiologi	Masalah	T.T.
<p><b>23</b></p> <p><b>Januari</b></p> <p><b>2023</b></p>	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan benci terhadap ayahnya yang memarahi klien terus menerus.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien nampak gelisah mondar mandir dan tidak dapat berkonsentrasi.</li> <li>2. Pasien sempat merusak barang barang dirumah dan mengancam tetangganya dengan senjata tajam</li> </ol> <p>DS : Pasien tersinggung saat dilakukan pengkajian terhadap penyebab dari kemarahannya</p> <p>DO :</p> <p>Pasien labil, pandangan tidak fokus ke lawan bicara, irama bicara cepat</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan kurang percaya diri bahwa pekerjaannya dapat memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga</p> <p>DO :</p> <p>Pasien sering menyendiri dan jarang berkomunikasi dengan orang lain</p>	<p>Resiko perilaku mencederai diri sendiri dan orang lain.</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Perilaku Kekerasan</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Harga diri rendah situasional</p>	<p>Perilaku Kekerasan</p>	

### Rencana Keperawatan Jiwa

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan Keperawatan
<p style="text-align: center;"><b>23 Januari 2023</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Perilaku Kekerasan</b></p>	<p>1 . Kognitif, Pasien mampu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. menyebutkan penyebab perilaku kekerasan</li> <li>b. menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan</li> <li>c. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan</li> <li>d. menyebutkan cara mengatasi perilaku kekerasan</li> </ol> <p>2. Psikomotor, Pasien mampu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. mengendalikan perilaku kekerasan dengan relaksasi nafas dalam.</li> <li>b. berbicara dengan baik. Mengungkapkan dan meminta dengan baik</li> <li>c. melakukan deselarasi. Mengungkapkan marah secara verbal.</li> <li>d. melakukan kegiatan ibadah seperti doa dan sholat.</li> <li>e. pasien minum obat dengan benar.</li> </ol>	<p><b>Sp 1 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya (BHSP).</li> <li>2. Membantu Pasien untuk menemukan apa penyebab perilaku kekerasan.</li> <li>3. Membantu Pasien untuk mengenali tanda dan gejala perilaku kekerasan.</li> <li>4. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan Pasien saat marah.</li> <li>5. Mengidentifikasi tentang akibat dari melakukan perilaku kekerasan.</li> <li>6. Membantu menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan Pasien saat marah timbul.</li> <li>7. Mengajarkan pasien untuk melakukan latihan fisik 1 yaitu tarik nafas dalam.</li> </ol>

### Rencana Keperawatan Jiwa

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan Keperawatan
			<p>SP 2 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya (BHSP).</li> <li>2. Mengevaluasi Sp 1 mengontro marah dengan tarik nafas dalam</li> <li>3. Mengajarkan Pasien melakukan cara fisik ke 2 yaitu pukul kasur dan bantal</li> </ol> <p>SP 3 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya (BHSP).</li> <li>2. Mengevaluasi Sp 2 mengontrol marah dengan pukul kasur atau bantal</li> <li>3. Membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal</li> </ol> <p>SP 4 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya (BHSP).</li> <li>2. Latihan Melakukan ibadah</li> <li>3. membantu pasien melakukan ibadah</li> </ol> <p>SP 5 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan pasien untuk minum obat.</li> </ol>

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tanggal	DX kep	Implementasi	Evaluasi	T.T.
3 Januari 2023	Perilaku Kekerasan	<p><b>Sp 1 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya (BHSP).</li> <li>2. Membantu Pasien untuk menemukan apa penyebab perilaku kekerasan.</li> <li>3. Membantu Pasien untuk mengenali tanda dan gejala perilaku kekerasan.</li> <li>4. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan Pasien saat marah.</li> <li>5. Mengidentifikasi tentang akibat dari melakukan perilaku kekerasan.</li> <li>6. Membantu menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan Pasien saat marah timbul.</li> <li>7. Mengajarkan pasien untuk melakukan latihan fisik 1 yaitu tarik nafas dalam.</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan “nama saya Tn.M tinggal di bojonegoro mas”</li> <li>- Pasien mengatakan “saya tidak pernah marah mas justru yang sering marah adalah bapak saya.”</li> <li>- Pasien mengatakan “saya rasa saya tidak pernah marah sama sekali mas.”</li> <li>- Pasien mengatakan “ketika saya ingin marah rasanya saya ingin menghancurkan barang disekitar mas.”</li> <li>- pasien mengatakan “mungkin karna saya sering marah marah itu. Saya gabisa berinteraksi dengan orang atau ga ada teman disini.”</li> <li>-Pasien mengatakan “tidak tahu.”</li> <li>- pasien mengatakan “oh begitu ya mas sama aja seperti belajar bersabar tapi melalui pernafasan.”</li> </ul>	

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tanggal	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi	T.T.
			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien mampu menyebutkan nama dan tempat tinggal nya.</li> <li>-pasien mampu untuk menerapkan latihan fisik I yaitu dengan nafas dalam secara benar.</li> </ul> <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Pasien mampu membina hubungan saling percaya</li> <li>2.Pasien tidak mampu menyebutkan faktor penyebab kemarahan</li> <li>3.Pasien tidak dapat menyebutkan penyebab kemarahan yang dialami.</li> <li>4.Pasien mampu mengenali perilaku kekerasan yang biasa ia lakukan</li> <li>5.Pasien mampu mengenali penyebab akibat dari perilaku kekerasan</li> <li>6.Pasien mampu mengontrol prilaku kekerasan dengan teknik tarik nafas dalam untuk bagian dari bersabar</li> </ol> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lamjutkan Sp 2</li> </ul>	



## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tanggal	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi	T.T.
26 Januari 2023	Perilaku kekerasan	SP 2 Pasien  1. Membina hubungan saling percaya (BHSP).  2. Mengevaluasi Sp 1 mengontro marah dengan tarik nafas dalam  3. Mengajarkan Pasien melakukan cara fisik ke 2 yaitu pukul kasur dan bantal	S :  -Pasien mengatakan “ dengan mas zora yang kemarin ya. Kesini setiap hari ta mas ?”  - Pasien mengatakan “ Saya sebelumnya sudah pernah diberi tarik nafas dalam dengan dokter sebelumnya mas. Tapi baru saya lakukan ketika dengan mas kemarin.”  - Pasien mengatakan “ hal ini juga sudah diajarkan oleh dokter juga mas. Tetapi akan saya coba ketika saya lagi merasa jengkel atau marah marah.”  O :  - Pasien mampu meragakan tarik nafasa dalam dengan sempurna  - Pasien udah tampak tenang dan lebih kooperatif dari hari sebelumnya  A :  Pasien mampu mempraktekkan pukul bantal dengan sempurna jika ia merasa jengkel dan marah marah.  P :  Lanjutkan Sp 3	

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tanggal	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi	T.T.
27 Januari 2023	Perilaku kekerasan	SP 3 Pasien : 1. Membina hubungan saling percaya (BHSP).  2. Mengevaluasi Sp 2 mengontrol marah dengan pukul kasur atau bantal  3. Membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal	S : - Pasien mengatakan “pagi juga mas. Kabar saya baik mas. Barusan saja habis olahraga rutin disini.”  - Pasien mengatakan “saya sudah bisa mas tapi untuk hari kemarin ga saya praktekan karna saya ga lagi jengkel dengan siapa pun, Untuk melakukannya insyaallah saya bisa mas.”  - Pasien mengatakan “ketika saya jengkel lebih baik tarik nafas saja mas, bagi saya sudah cukup.”  O : - Pasien dapat melakukan cara menyampaikan marah dengan baik  A : - pasien dapat mengungkapkan isi hatinya bahwa dia sudah bisa menghilangkan rasa jengkel pada dirinya.  P : Evaluasi SP 1,2,dan 3	

### **Pohon Masalah**

Resiko perilaku mencederai diri sendiri dan orang lain. (Effect)



Perilaku Kekerasan (Core Problem)



Harga diri rendah situasional (Causa)

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas dan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn. M dengan diagnosa medis Skizofrenia Paranoid diruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur yang dilaksanakan tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 29 Januari 2023 yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap ini bertujuan untuk mengumpulkan data , penulis tidak menemukan hambatan maupun kesulitan karena penulis sudah menjelaskan maksud dan tujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan pasien dan pasien menerima dengan senang hati dengan bersifat kooperatif. Pada pengkajian akan diuraikan beberapa kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

##### **1. Keluhan utama**

Pada tinjauan ini penulis mendapatkan biodata pasien dengan lengkap dan juga masalah dari pasien dengan masalah Perilaku kekerasan memiliki tanda dan gejala diantaranya adalah mondar-mandir dan juga merusak lingkungan sekitar.

Pasien juga berbicara cepat menguasai alur pembicaraan, dengan wajah tegang dan nada lumayan keras. Secara hubungan sosial pasien sering menarik diri dari rekan-rekan ruangnya. Pada tinjauan kasus ini penulis mendapatkan keluhan utama, yaitu pasien mengatakan dirinya ketika dia meluapkan amarahnya dia tidak bisa mengendalikan emosinya dan merusak barang-barang disekitarnya.

## 2. Faktor Presipitasi

Pada tinjauan kali ini terdapat faktor faktor diantaranya, yaitu faktor presipitasi dan faktor predisposisi. Pada pengkajian kasus klien didapatkan data faktor presipitasi. Pasien tidak mengetahui sebab dan akibat dibawanya ke Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya ini, pasien juga merasa kebingungan mengapa ia disini. Sesuai data dari rekam medis pasien pernah berobat di RSUD Bojonegoro pada tahun 2020 dengan masalah yang sama.

Pengobatan kurang berhasil karena pasien jarang kontrol dan jarang minum obat. Sampai pada tanggal 18 januari 2023 pasien mendapat rujukan dari RSUD Bojonegoro untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut di RSJ Menur Surabaya. Dan juga pasien didapatkan data predisposisi sesuai dari data rekamedik RSJ Menur Surabaya Tertulis bahwa pasien pernah mempunyai riwayat pasung selama 3 tahun dan pernah mengalami tindakan kriminal berupa mengancam tetangganya menggunakan senjata tajam, Selanjutnya Tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

### 3. Hubungan Sosial

Pada tinjauan ini terdapat tanda dan gejala perilaku kekerasan diantaranya faktor emosi seketika, intelektual dan sosial. Faktor emosi didapatkan ketika ia ditanya tentang faktor dari penyebab kemarahannya di rumah, menyalahkan dan menuntut. Pada faktor intelektual menguasai alur pembicaraan berbicara dengan tempo cepat dan juga berirama keras, sedangkan sosial mengalami penolakan, kekerasan, dan sindiran. Saat dilaksanakan pengkajian terlihat pasien sering mondar mandir dan berdiam diri di suatu tempat. Hambatan yang dialami pasien mengatakan merasa bosan dan ingin segera pulang untuk bekerja dan mencari nafkah untuk keluarganya. Sesuai dengan tinjauan teori, tanda dan gejala dari perilaku kekerasan pada aspek emosi dan juga mondar mandir, intelektual dan sosial.

Pasien merasa bosan jika disini terlalu lama terlihat dari tingkah laku pasien mondar mandir tanpa tujuan, sehingga pasien tidak mau bersosialisasi dan lebih banyak menyendiri. Pada aspek sosial tidak jauh beda dengan tinjauan teori, bahwa didapatkan pasien menolak melakukan bersosialisasi dengan rekan di ruang Gelatik, dan aspek emosi dia lebih sering meluapkan amarahnya dengan merusak lingkungan disekitarnya karna menurutnya itu dapat meredakan amarahnya.

Menurut penulis, perilaku diatas sesuai dengan tinjauan teori mengenai tanda dan gejala perilaku kekerasan. Tidak terdapat kesenjangan karena pada intinya antara tinjauan teori dan tinjauan kasus memiliki arti yang sama.

#### 4. Status Mental

Pada pembicaraan nada bicara tinggi dan cepat. Saat pengkajian pasien didapatkan pada aktivitas motorik terdapat pasien tampak tegang, gelisah dan terlihat mondar-mandir. Pada interaksi saat wawancara, pasien mampu merubah alur pembicaraan.

Pasien sangat menguasai dalam mengatur alur pembicaraan. Menurut penulis, hal di atas memang sesuai dengan tinjauan teori dan tidak terdapat kesenjangan terhadap tinjauan kasus. Yang memiliki maksud yang sama antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus.

#### 5. Mekanisme Koping

Pada tinjauan kasus, mekanisme koping yang dipakai pasien marah menghindar. Untuk melindungi diri dari Proyeksi, represi, sublimasi, reaksi formasi dan displacement. Pada saat diakji Tn. M mampu membuat keputusan menggunakan mekanisme tersebut dan bisa mengontrol marah dan merusak lingkungannya. Metode yang dipakai pasien adalah pasien melakukan nafas dalam dan juga memukul bantal dan kasur.

penulis berasumsi, hal di atas sesuai dengan tinjauan teori dan tidak ditemukan kesenjangan terhadap tinjauan kasus. Karena salah satu mekanisme di atas termasuk dalam penyelesaian masalah pasien dan pasien lebih mengarah ke maladaptif yang dilakukan pasien yang dibuktikan pada latar belakang pasien dalam keluarga maupun lingkungan dengan mekanisme koping individu inafektif.

## 4.2 Diagnosa Keperawatan

Didalam pengambilan diagnosa keperawatan tidak ada keanehan dari tinjauan teori, diagnosa yang ada pada tinjauan teori adalah gangguan konsep diri : harga diri rendah sebagai dasar penyebabnya, perilaku kekerasan sebagai masalah utama dan mempunyai resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan sebagai efek dari masalah utama.

## 4.3 Perencanaan

Pada perencanaan yang akan dilakukan berfokus pada masalah utama, yaitu perilaku kekerasan yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) pasien yang tertuju pada pasien. Pada tinjauan teori tertulis terdapat lima strategi pelaksanaan tindakan keperawatan.

SP 1 pasien, pasien membina hubungan saling percaya, pasien mampu mengidentifikasi penyebab dari perilaku kekerasan, pasien sanggup mengidentifikasi apa saja tanda pasien akan marah, pasien mampu untuk menjelaskan apa yang seharusnya ia lakukan saat marah, pasien mampu untuk menjelaskan apa yang seharusnya pasien lakukan ketika pasien saat marah yaitu dengan mencederai diri/memukul orang lain, pasien bisa mempraktekan cara mengontrol amarah dengan tarik nafas dalam. SP 2 Pasien, pasien dapat melakukan latihan cara fisik yang ke dua yaitu dengan melampiaskan kemarahan pada kasur dan bantal. Pasien sanggup memasukan ke dalam jadwal harian. SP 3, pasien mampu mengendalikan amarah dengan cara verbal yaitu menyampaikan secara baik, pasien mampu memasukan ke dalam jadwal latihan. SP 4 pasien, pasien bisa memperagakan mengendalikan amarah dengan cara spiritual yaitu dengan memosisikan diri duduk dan berbaring, ataupun berwudhu. Pasien



mampu memasukan kedalam jadwal hariannya. SP 5 pasien, pasien mampu untuk mendemonstrasikan dan menyebutkan obat obat yang harus ia konsumsi, beserta waktu dan dosisnya. Pasien mampu memasukan kedalam jadwal hariannya.

SP 1 keluarga: menyebutkan penafsiran sikap kekerasan serta proses terbentuknya sikap kekerasan. Menyebutkan metode merawat penderita perilaku kekerasan. SP 2 keluarga, Mempraktekkan metode menjaga penderita perilaku kekerasan. SP 3 keluarga, membantu keluarga membuat agenda kegiatan di rumah serta minum obat( perencanaan pulang).

#### **4.4 Pelaksanaan**

Implementasi suatu pelaksanaan keperawatan disesuaikan dengan rencana kegiatan keperawatan. Pada suasana nyata, implementasi kerap kali jauh berbeda dengan rencana. Tentang itu terjalin sebab perawat belum terbiasamenggunakan rencana tertulis, ialah apa yang dipikirkan, dialami, itu yang dilaksanakan. Perihal itu sangat membahayakan penderita serta perawat bila aksi berdampak parah, serta pula tidak memenuhi aspek legal. Saat sebelum melakukan kegiatan yang telah direncanakan, perawat butuh memvalidasi dengan sedikit, apakah rencana aksi masih cocok serta diutuhkan oleh penderita dikala ini.

Perawat juga memperhitungkan diri sendiri, apakah memiliki keahlian interpersonal, intelektual, serta teknikal yang dibutuhkan buat melakukan aksi. Perawat juga memperhitungkan kembali apakah tindakan nyaman untuk penderita. Sesudah tidak terdapat hambatan hingga tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada dikala hendak melakukan aksi keperawatan, perawat membuat

kontrak dengan penderita yang isinya menarangkan apa yang akan dilaksanakan serta peran dan yang diharapkan dari penderita.

Penerapan kegiatan keperawatan pada penderita sudah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun lebih dahulu, pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan kegiatan keperawatan pasien disebutkan ada lima strategi pelaksanaan aksi keperawatan yang hendak dilaksanakan.

Antara lain Sp 1 pasien, pasien sanggup membina ikatan saling percaya, penderita sanggup mengenali pemicu sikap kekerasan, penderita sanggup mengenali apa saja ciri pasien akan marah, pasien sanggup menarangkan apa saja yang dicoba pasien dikala marah adalah dengan mencederai/ memukul diri sendiri, penderita sanggup mendemonstrasikan metode mengendalikan dengan latihan napas dalam. SP 2 pasien, pasien sanggup melaksanakan latihan metode fisik kedua ialah dengan meluapkan marah pada kasur maupun bantal serta memasukkan kedalam agenda. SP 3 pasien, pasien sanggup mengatur marah dengan metode verbal ialah mengantarkan secara halus, secara langsung serta memasukkan kedalam agenda. SP 4 pasien, pasien sanggup mengulangi latihan yang telah diajarkan serta dicoba, pasien sanggup mendemonstrasikan mengatur marah dengan metode spiritual ialah dengan memposisikan diri duduk ataupun tiduran, berwudhu, ataupun sholat serta memasukkan kedalam agenda. SP 5 pasien, pasien sanggup mendemonstrasi dari latihan awal yaitu latihan napas dalam, pukul bantal/ kasur, penyampaian secara halus, serta metode dengan berwudhu ataupun dengan spiritual. Pasien sanggup mendemonstrasi serta mengatakan obat- obat yang wajib diminum, beserta waktu minum serta dosisnya. pasien sanggup memasukkan ke dalam agenda.

Pada tanggal 23 Januari 2023 pukul 11.00 WIB selama 40 menit dilakukan tindakan SP 1 yaitu mengidentifikasi sebab akibat perilaku kekerasan dan juga membina hubungan saling percaya, serta mengajarkan latihan fisik satu yaitu dengan tarik nafas dalam, sebelumnya perawat dan pasien saling memperkenalkan diri dan bersalaman sebagai tanda kita akan saling percaya satu sama lain, dengan juga dikalaborasi perbincangan tentang kehidupan pasien semasa ia dirumah, pasien menceritakan ketika semasa ia bekerja dulu dan apa yang dia sukai semasa ia masih muda, bukan hanya pasien yang akan bercerita namun si penulis juga menceritakan masa hidupnya sebagai bentuk bertukar cerita satu sama lain untuk membina hubungan saling percaya, kemudian si penulis mulai untuk menanyakan sebab akibat perilaku kekerasan pasien dimulai dengan menanyakan sebab akibat dari kemarahan pasien, namun pasien sempat merubah ekspresinya seolah olah ia tidak terima dengan asumsi perawat karna dia sering marah-marah, kemudian si penulis pun mengganti tema perbincangan ke lain topik untuk menghindari sebuah percakapan yang tidak di inginkan terjadi, namun perawat tetap menjelaskan ketika orang yang sering marah tanpa bisa terkendali akan menimbulkan dampak yang sangat merugikan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar. Pasien pun menerima perbincangan itu dengan ia memahami apa maksud dari si penulis, selanjutnya penulis memberi latihan fisik yang ke satu, yaitu dengan tarik nafas dalam yang bertujuan untuk meredakan amarah ketika merasa ingin marah yang tak terkendali, pasien pun memperagakan dan berpendapat “ini seperti latihan bersabar dengan cara nafas dalam”, penulis pun menganjurkan untuk pasien melakukan kegiatan ini setiap hari ketika ia merasa gelisah dan ingin marah.

Selanjutnya pada tanggal 25 Januari 2023 pukul 09.00 WIB selama 30 menit dilakukannya SP pasien 2 yakni melakukan evaluasi jadwal kegiatan harian, melatih pasien mengendalikan amarah dengan latihan fisik satu yaitu nafas dalam, pada saat penulis akan melakukan SP 2 pasien, didapati pasien sedang melakukan pemeriksaan kesehatan dengan perawat jaga pada saat itu didapati pasien mempunyai tekanan darah 120/90 dengan respirasi 23 kali permenit didapati kondisi pasien cukup normal sejauh ini. Penulis pun menghampiri pasien dengan mengucapkan “selamat pagi pak M.” Pasien pun menjawab “pagi mas. Mas yang kemarin kan?” nampaknya pasien masih ingat betul dengan kedatangan penulis pada saat itu. Penulis pun menanyakan kondisi yang dirasakan pasien saat ini, di respon oleh pasien dengan mengatakan “Alhamdulillah baik mas sampai saat ini.” Dengan rasa bersyukur pasien mengatakan kondisinya, selanjutnya pasien menanyakan kepada penulis “mas nya setiap hari kesini, hanya menemui saya ?” penulis pun menjawab “sebenarnya kedatangan saya kesini untuk merawat pasien yang ada disini pak, dan juga menemui bapak di minggu ini.” Setelah pasien menerima dengan baik akan kedatangan penulis, penulis pu melakukan SP 2 pasien dengan menanyakan apakah latihan fisik yang pertama sudah dilakukan pasien dengan baik, pasien mengatakan “sebelumnya saya sudah diajari oleh dokter dan perawat disini mas, tapi belum saya peragakan hanya dengan mas kemarin saya peragakan langsung disini.” Dengan pernyataan itu berarti pasien sudah mampu menguasai latihan fisik yang pertama dengan cukup baik. Selanjutnya penulis melaksanagn latihan fisik yang kedua dengan pasien yaitu melakukan pukul bantal dan kasur ketika pasien akan melakukan tindakan perilaku kekerasan, kemudian pasien menanyakan “apakah hal itu tidak dianggap

gila oleh orang-orang sekitar mas?” penulis menjawab “tidak pak. Itu lebih baik daripada mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.” Pasien pun dapat menerima latihan fisik yang kedua dengan baik. Kemudian penulis memperagakan di awal dan pasien mengikuti dengan baik juga. Dengan hal ini SP 2 pasien sudah dilaksanakan dengan tanpa hambatan sama sekali, dan dimasukkan kedalam jadwal kegiatan harian pasien untuk mengurangi dampak dari perilaku kekerasan intervensi dilanjutkan ke SP 3 pasien di kemudian hari.

Kemudian pada hari jumat, 26 Januari 2023 pukul 08.00 selama 60 menit yang akan dilaksanakan SP 3 pasien yang terdiri dari mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih pasien untuk meluapkan amarahnya dengan cara pukul bantal dan kasur, pada saat itu didapati pasien sedang melakukan senam bersama dengan rekan-rekan di ruangan gelatik pasien mengikuti dengan beberapa gerakan yang terlewat, namun pasien masih antusias untuk mengikuti kegiatan. Penulis pun menghampiri dan memberi semangat kepada pasien untuk mengikuti semua kegiatan senam yang berlangsung, dan disambut dengan senyuman oleh pasien. Setelah melaksanakan senam bersama pasien dihampiri oleh penulis yang bertujuan untuk dilaksanakannya SP 3 pasien. Pasien menyapa penulis dengan sangat ramah, “selamat pagi mas zora.” Penulis menjawab “pagi juga pak, wah sehat banget nih habis melaksanakan senam bersama.” Pasien membalas dengan senyuman, kemudian penulis mulai berbincangan dengan pasien, dan mengatakan “gimana kondisi bapak sekarang, apakah jauh lebih baik dari hari sebelumnya?” pasien membalas dengan “sangat baik mas.” Penulis memulai untuk melaksanakan tindakan SP 3 yaitu dengan mengungkapkan marah dengan cara verbal. Penulis menganjurkan “baik langkah selanjutnya yaitu mengungkapkan

rasa marah dengan verbal pak, atau menyampaikan baik baik, apakah bapak mengerti.” Pasien “ok mas saya mengerti.” Pasien pun bercerita perihal rasa kekhawatiran akan pekerjaannya yang kurang untuk mencukupi keluarganya, pasien juga berasumsi bahwa ia tidak pernah marah dan yang sering marah ialah ayahnya sendiri, namun setelah dikaji lebih lanjut pasien tidak dapat menceritakan kenapa ayahnya memarahinya. Pasien merasa jengkel ketika mendengarkan kata ayahnya, maka dari itu dapat disimpulkan bahwa pasien mempunyai kekhawatiran akan ekonominya tidak mencukupi keluarganya dan juga kebencian terhadap ayahnya. Dengan ini penulis mendapat alasan mengapa pasien sering marah marah ketika dirumah, selanjutnya penulis memberi arahan kepada pasien untuk berusaha bersabar semaksimal mungkin dengan menerapkan latihan fisik yang telah di latih bersama. Pasien pun menerima dengan sangat baik dan mampu untuk melaksanakan tanpa adanya bimbingan dari penulis.

Menurut asumsi penulis pada saat melaksanakan SP 1 pasien ditemukan beberapa kendala yaitu pasien tidak dapat mengungkapkan apa sebab akibat dari kemarahannya, namun pasien sangatlah kooperatif ketika dilaksanakannya pengkajian, akan tetapi pasien seringkali menjawab dengan hal hal yang tidak diinginkan dan tidak jelas dari pertanyaan penulis, butuh dua kali klarifikasi untuk mendapatkan jawaban yang pas dari pasien, untuk melatih latihan fisik satu sudah terlaksana dengan baik dan dapat diterima oleh pasien dengan baik, kemudian penulis berasumsi pasien sudah menerima intervensi pada hari senin, 23 Januari 2023 dan akan dilakukan ke SP berikutnya yaitu SP 2 pasien.

Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien. Setelah tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak (inform consent) dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dilaksanakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons klien.

#### **4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan kali ini merupakan teori evaluasi yang belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan untuk dapat diketahui keadaan pasien dan masalah yang terjadi secara langsung.

Evaluasi pada tinjauan teori berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon pasien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien dirawat dirumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Pada waktu dilaksanakannya evaluasi, penulis melakukan evaluasi SP 1 dengan pasien pada tanggal 23 januari 2023 di ruangan Gelatik, pasien mampu dan menerima dengan baik maksud dari kedatangan penulis dan melaksanakan SP 1 pasien yaitu : membina hubungan saling percaya, menyebutkan sebab dan akibat perilaku kekerasan, dan memperagakan latihan fisik satu yaitu dengan napas dalam. Pada hari berikutnya pada tanggal 25 Januari 2023 dilanjutkan untuk

melaksanakan SP 2 pasien yang melakukan evaluasi terhadap latihan fisik satu kemarin, dan pasien telah berhasil mengungkapkan sebab dan manfaat dari latihan fisik kemarin, dilanjutkan dengan memberi latihan fisik yang kedua yaitu dengan meluapkan amarah pasien dengan memukul bantal dan guling yang bertujuan untuk mengendalikan perilaku kekerasan, pada tanggal 26 Januari 2023 pasien didapati sebelumnya telah melaksanakan seperti ini dengan dokter ruangan Gelatik, dan kemudian penulis melanjutkan SP 3 dengan cara mengevaluasi kegiatan yang telah dilaksanakan kemarin yaitu latihan fisik satu nafas dalam dan juga latihan fisik 2 yaitu dengan memukul bantal dan gulin, dilanjutkan dengan meng edukasi pasien dan memerintah untuk melakukan mengungkapkan rasa marah dengan cara verbal dan penyampaian dengan cara yang halus. karena kerjasama dengan perawat sudah baik pasien mampu melakukan tindakan SP berikutnya, hasil dari evaluasi pasien Tn. M di ruang Gelatik pada tanggal 23-27 Januari 2023 sudah tercapai sampai SP 3.



## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengkajian dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung dengan pasien kasus Perilaku kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan.

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari hasil analisa diatas, secara umum dapat diambil garis lurus oleh penulis saat melakukan penyusunan asuhan keperawatan pada Tn. M dengan masalah utama Perilaku Kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur. Penulis telah menguraikan perihal asuhan keperawatan pada pasien Perilaku Kekerasan, oleh karena itu penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian keperawatan dengan pasien Tn. M dengan masalah keperawatan utama Perilaku kekerasan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur. Pengkajian pada Tn. M ditemukan masalah Perilaku kekerasan dengan data subyektif dari pasien yang merasa dendam terhadap ayahnya, dan juga data objektif yang berupa pasien mondar mandir merasa gelisah cepatnya perubahan emosi dari pasien, hal itu belum bisa dirasakan oleh pasien, pasien terus melakukan pembelaan jika dia di asumsikan sering

marah-marah. Maka dari itu dibutuhkan pendekatan yang lebih dalam bagi penulis untuk mengetahui sebab akibat dari kemarahannya.

2. Diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan maslahe utama Perilaku Kekerasan Pada Tn. M dengan diagnosa medis Skizofrenia Paranoid di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur, didapatkan 3 masalah keperawatan yaitu Perilaku Kekerasan, Harga diri Rendah, Resiko mencederai diri, orang lain, dan Lingkungan.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. M ada 5 strategi pelaksanaan SP yaitu SP 1 pasien yang bertujuan untuk mengenali penyebab prilaku kekerasan dan sebab akibat dari prilaku kekerasan sekaligus latihan fisik satu dengan tarik nafas dalam untuk mengontrol marah. SP 2 pasien yaitu dengan melakukan evaluasi kegiatan pertama dan juga mengajarkan untuk latihan fisik yang kedua yaitu dengan memukul bantal dan guling untuk meluapkan amarah, selanjutnya SP 3 pasien yaitu dengan melakaukan mengungkapkan rasa marah dengan cara verbal dilakukan dengan cara yang baik dan benar melakukannya secara konsisten, berikutnya SP 4 pasien yaitu dengan mengkombinasikan dengan cara yang spiritual menganjurkan pasien untuk berwudhu jika beliau beragama islam. Terakhir SP 5 yaitu dengan menganjurkan pasien mengerti akan obat yang dia minum sekaligus menkomsumsi secara rutin dan teratur, selanjutnya SP 1 keluarga: menyebutkan penafsiran sikap kekerasan serta proses terbentuknya sikap kekerasan. Menyebutkan metode merawat penderita perilaku kekerasan. SP 2 keluarga, Mempraktekkan metode menjaga penderita perilaku kekerasan. SP 3 keluarga, membantu keluarga membuat agenda kegiatan di rumah serta minum obat( perencanaan pulang).

4. Tindakan keperawatn pada Tn. M dilakukan mulai hari senin, 23 Januari 2023 sampai dengan jum'at, 26 Januari 2023 degan rencana yang dibuat selama enam hari dan pemberian SP 1 pasien sampai SP 5 pasien tersebut pasien mampu mengontrol perilaku kekerasannya secara kognitif, afektif, dan psikomotorik. Pada strategi pelaksanaan pasien, perawat tealh memberikan mulai dari SP 1-5 pasien, namun karena terbatasnya waktu melakukan penelitian penulis hanya mampu untuk melaksanakan SP 3 pasien, dan juga pada SP keluarga tidak dapat tersampaikan karena keluarga belum sempat mengunjungi pasien di rumah sakit.
5. Evaluasi keperawatan pada Tn. M didapatkan hasil pasien mampu mengidentifikasi sebab akibat dari kemarahannya dan hal negatif yang akan ditimbulkan pada perilaku kekerasan. Kemudian pasien mengontrol amarahnya dengan mengkombinasikan latihan fisik satu, dua, dan tiga. Memasukan kedalam jadwal hariannya sekaligus mengkonsumsi obat dengan teratur.
6. Dokumentasi kegiatan dilakukan setiap waktu pada saat dilakukan pengkajian berupa data subyektif yang diaktakan pasien maupun data objektif yang bisa diobservasi setiap harinya, lalu asesmen dan yang terakhir yaitu perencanaan atau tindak lanjut untuk kemudian hari.

## 5.2 Saran

Berdasarkan asumsi kesimpulan penulis yang telah dijelaskan diatas, maka saran yang dapat diberi oleh penulis sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk memberi sedikit refrensi dalam pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan, sehingga para mahasiswa akan lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

2. Bagi rumah sakit

Untuk memberi peningkatan pelayanan yang ada di Rumah Sakit terutam dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan denagn diagnosa medis Skizofrenia Paranoid.

3. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan dan memberi pengetahuan kepada para mahasiswa mengenai ilmu keperawatan jiwa sesuai denga perkembangan ilmu dan teknologi terkini. Serta memberi pengetahuan terkini tentang beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang tercantum dalam keperawatan jiwa.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anjaswarni, T. (2016). *Komunikasi dalam Keperawatan Komprehensif* (Vol. 1).  
Kementerian Kesehatan RI Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan.
- Eddy, F. N. E., Septa, T., & Angraini, D. I. (2017). Diagnosis dan Tatalaksana  
Skizofrenia Hebefrenik Putus Obat dengan Logorrhea. *Jurnal Medula Unila*,  
7(3), 17–21.
- Handayani, F. A. (2021). *STUDI LITERATUR: TERAPI AKTIFITAS  
KELOMPOK PADA PENDERITA SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI*.
- Ilham, D., Irwanda, P., Priasmoro, D. P., & Laksono, B. B. (2022). *GAMBARAN  
KEMAMPUAN KELUARGA DALAM PERAWATAN DIRI ( SELF-CARE )  
PADA PENDERITA SKIZOFRENIA*. 2(2), 47–56.
- Jek Amidos Pardede. (2021). *View of Self-Efficacy dan Peran Keluarga  
Berhubungan dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia*. *Jurnal  
Ilmu Keperawatan Jiwa*.  
<https://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj/article/view/846/426>
- Keliat, P. D. B. A., A., B., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S., Daulima, N. H. C.,  
Wardani, I. Y., Susanti, H., & Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019).  
*Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: Buku Kedokteran EGC. EGC*.
- Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, A. A. T. (2016). *KESEHATAN JIWA  
Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. 674.
- Livana, Ruhimat, I. I. A., Sujarwo, S., Suerni, T., Kandar, K., Maya, A., &

- Nugroho, A. (2020). Peningkatan Kemampuan Pasien dalam Mengontrol Halusinasi melalui Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi. *Jurnal Ners Widya Husada*, 5(1), 35–40. <https://doi.org/10.33666/JNERS.V5I1.328>
- Pardede, J. A., Mariati Siregar, L., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan Burden with Koping Family when Treating Schizophrenia Patients with Violent Behaviour. In *Jurnal Kesehatan* (Vol. 11, Issue 2). Online. <http://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK>
- Sari, P. (2019). DINAMIKA PSIKOLOGI PENDERITA SKIZOFRENIA PARANOID YANG SERING MENGALAMI RELAPSE. *Psikoislamedia Jurnal Psikologi*, 4.
- Singh, S., Khanna, D., & Kalra, S. (2020). Role of neurochemicals in schizophrenia. *Ingentaconnect.Com*, 9, 1–18. <https://doi.org/10.2174/2211556009666200401150756>
- Sutejo. (2018). *Keperawatan kesehatan jiwa : prinsip dan praktik asuhan keperawatan jiwa /a Ns. Sutejo, M.Kep.,Sp.Kep.J* (weda sasmita (ed.); Cetakan Pe). PUSTAKA BARU PRESS.
- Yudhantara, D. S., & Istiqomah, R. (2018). Sinopsis Skizofrenia - Google Play Buku. In I. R. Yudhantara, D. Surya (Ed.), *Universitas Brawijaya Press*. UB Press. [https://www.google.co.id/books/edition/Sinopsis\\_Skizofrenia/ZOJqDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1](https://www.google.co.id/books/edition/Sinopsis_Skizofrenia/ZOJqDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1)
- Yusuf,A.HF.,r.,Nihayati, .H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*.

