

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. D.W DENGAN MASALAH  
UTAMA RISIKO PERILAKU KEKERASAN DAN DIAGNOSIS MEDIS  
*SKIZOAFFECTIF MIXED TYPE* DI RUANG FLAMBOYAN  
RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**



**OLEH :**

**SINTA IDELIA BIDAYAH  
NIM. 223.0102**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2023**

## **KARYA ILMIAH AKHIR**

### **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. D.W MASALAH UTAMA RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSIS MEDIS SKIZOAFFECTIF MIXED TYPE DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ners**



**OLEH :**

**SINTA IDELIA BIDAYAH  
NIM. 223.30102**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2023**

## HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebnarnya menyatakan bahwa karta tulis ilmiah saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan tindakan plagiat, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 28 Desember 2022  
Penulis,



**Sinta Idelia Bidayah**  
**NIM. 223.30102**

## HALAMAN PERSETUJUAN

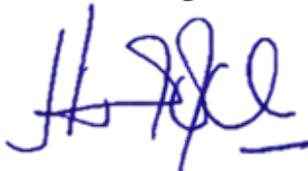
Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Sinta Idelia Bidayah  
NIM : 2230102  
Program Studi : Pendidikan Profesi  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. D.W Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosis Medis *Skizoafektif Mixed Type* Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Setelah perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Ilmiah Akhir ini guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns.)

**Pembimbing I**



**Sukma Ayu Candra K., S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J**  
NIP. 03043

**Pembimbing II**



**Isti Wahyuningsih, S.Kep., Ns**  
NIP. 196607051987032004

**Mengetahui,**  
**Stikes Hang Tuah Surabaya**  
**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah. S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 03009

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya  
Tanggal :

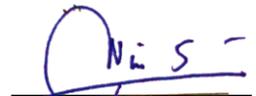
## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Sinta Idelia Bidayah  
NIM : 2230102  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. D.W Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosis Medis *Skizoafektif Mixed Type* Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes  
NIP. 04.015



Penguji I : Sukma Ayu Candra K., S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J  
NIP. 03043



Penguji II : Isti Wahyuningsih, S.Kep., Ns  
NIP. 196607051987032004



Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03009

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. D.W Masalah Utama Risiko Kekerasan Dengan Diagnosis Medis *Skizoafektif Mixed Type* Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya” dapat diselskan sesuai waktu yang ditentukan.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik segi sistematika maupun isinya yang jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. drg. Vitria Dewi, M.Si selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah memberikan ijin dan wahana praktek untuk penyusunan karya ilmiah akhir dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya

3. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Sukma Ayu Candra K., S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J selaku Penguji I dan Pembimbing Institusi yang selalu memberikan dorongan penuh dan semangat, kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya. 4.
5. Ibu Isti Wahyuningsih, S.Kep., Ns selaku Penguji II dan Pembimbing Lahan yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini. 5.
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 Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Kepada pasien Ny. D.W yang telah mengizinkan saya untuk dapat melakukan interaksi dalam pengambilan data dan bersedia menjawab semua pertanyaan wawancara yang telah di lontarkan.
8. Kedua orang tua, dan adik tercinta beserta seluruh anggota keluarga saya yang telah memberikan doa motivasi dan dukungan moral maupun material kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.

9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan sebaik-baiknya. Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan, maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya Ilmiah Akhir ini.

Surabaya, 28 Desember 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat Praktis .....	6
1.5 Metode Penulisan .....	7
1.5.1 Metode.....	7
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	7
1.5.3 Sumber Data .....	7
1.5.4 Studi Kepustakaan .....	8
1.6 Sistematika Penulisan.....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>10</b>
2.1 Konsep Skizofrenia .....	10
2.1.1 Definsi Skizofrenia.....	10
2.1.2 Etiologi Skizofrenia.....	10
2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia .....	13
2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia .....	15
2.1.5 Pedoman Diagnostik Skizofrenia .....	22
2.1.6 Kriteria Diagnosa Skizofrenia .....	23
2.1.7 Penatalaksanaan Skizofrenia .....	24
2.2 Konsep Skizoafektif .....	27
2.2.1 Definisi Skizoafektif .....	27
2.2.2 Klasifikasi.....	28
2.2.3 Kriteria Diagnostik .....	29
2.2.4 Diagnosis Banding Skizoafektif.....	30
2.3 Konsep Resiko Perilaku Kekerasan .....	32
2.3.1 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan.....	32
2.3.2 Etiologi Resiko Perilaku Kekerasan.....	32
2.3.3 Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan .....	34
2.3.4 Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan .....	35
2.3.5 Mekanisme Koping Resiko Perilaku Kekerasan .....	37
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan .....	37
2.4.1 Pengkajian Resiko Perilaku Kekerasan .....	37

2.4.2	Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan .....	45
2.4.3	Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan .....	45
2.4.4	Rencana Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan .....	46
2.4.5	Implementasi Keperawatan .....	49
2.4.6	Evaluasi Keperawatan .....	50
2.5	Konsep Komunikasi Terapeutik .....	51
2.5.1	Definisi Komunikasi Terapeutik .....	51
2.5.2	Manfaat Komunikasi Terapeutik .....	51
2.5.3	Tujuan Komunikasi Terapeutik .....	52
2.5.4	Prinsip-Prinsip Komunikasi Terapeutik .....	52
2.5.5	Teknik Komunikasi Terapeutik .....	54
2.5.6	Tahapan dalam Komunikasi Terapeutik .....	56
2.6	Konsep Adaptasi Stress .....	57
2.6.1	Pengertian Adaptasi Stress .....	57
2.6.2	Etiologi Adaptasi Stress .....	58
2.7	<i>Literature Review</i> .....	59
<b>BAB 3</b>	<b>TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>64</b>
3.1	Pengkajian .....	64
3.1.1	Identitas Pasien .....	64
3.1.2	Alasan Masuk .....	64
3.1.3	Keluhan Utama .....	65
3.1.4	Faktor Predisposisi .....	65
3.1.5	Pemeriksaan Fisik .....	67
3.1.6	Psikososial .....	67
3.1.7	Status Mental .....	70
3.1.8	Kebutuhan Persiapan Pulang .....	74
3.1.9	Mekanisme koping .....	76
3.1.10	Masalah psikososial dan lingkungan .....	77
3.1.11	Pengetahuan Kurang Tentang .....	78
3.1.12	Data Lain-Lain : .....	78
3.1.13	Aspek Medis .....	78
3.1.14	Daftar Masalah Keperawatan .....	80
3.1.15	Diagnosa Keperawatan Utama .....	80
3.2	Pohon Masalah .....	81
3.3	Analisa Data .....	82
3.4	Rencana Keperawatan .....	85
3.5	Implementasi &Evaluasi .....	100
<b>BAB 4</b>	<b>PEMBAHASAN.....</b>	<b>110</b>
4.1	Pengkajian .....	110
4.2	Diagnosa Keperawatan .....	112
4.3	Rencana Keperawatan .....	113
4.4	Tindakan Keperawatan .....	114
4.5	Evaluasi .....	115
<b>BAB 5</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>117</b>
5.1	Kesimpulan .....	117
5.2	Saran .....	119
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>.....</b>	<b>121</b>
<b>LAMPIRAN</b>	<b>.....</b>	<b>124</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, dan Agresif.....	35
Tabel 3.1	Aspek Medis Pada Klien .....	79
Tabel 3.2	Analisa Data Pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan .....	82
Tabel 3.3	Rencana Keperawatan Pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan .....	85
Tabel 3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan .....	100

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan .....	35
Gambar 2.2	Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan .....	45
Gambar 3. 1	Genogram Keluarga Klien.....	67
Gambar 3.2	Pohon Masalah Klien Resiko Perilaku Kekerasan .....	81

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>CURRICULUM VITAE</i> .....	124
Lampiran 2 Moto dan Persembahan .....	125
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.....	126
Lampiran 4 Evaluasi Kemampuan Klien .....	142
Lampiran 5 Analisa Proses Interaksi.....	144

## DAFTAR SINGKATAN

APA	: America psychiatric Association
API	: Analisis Proses Interaksi
ECT	: Efek Electro Convulsive Therapy
SOAP	: Subjektif, Objektif, Penilaian, Perencanaan
RM	: Rekam Medik
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa
RPK	: Risiko Perilaku Kekerasan
HDR	: Harga Diri Rendah
CP	: Core Problem
SPTK	: Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
SP	: Strategi Pelaksanaan
BHSP	: Bina Hubungan Saling Percaya
TAK	: Terapi Aktivitas Kelompok
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
WHO	: World Health Organization

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Perkembangan jaman dan arus globalisasi yang begitu pesat memunculkan berbagai macam fenomena dan permasalahan dalam kehidupan masyarakat. Salah satunya masalah kesehatan khususnya gangguan kesehatan jiwa. Gangguan jiwa meskipun tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan dalam arti ketidakmampuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan, karena mereka tidak produktif dan tidak efisien. Gangguan jiwa (*mental disorder*) merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama yaitu penyakit degeneratif, kanker, dan kecelakaan di negara-negara maju, modern dan industry (Hawari, 2018).

Skizoafektif merupakan salah satu gangguan jiwa berat. Skizoafektif masih termasuk dalam golongan skizofrenia, gambaran klinis pada tipe ini didominasi oleh gangguan pada alam perasaan (*mood, affect*) (Dwiranto et al., 2021). Gangguan skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik yang persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersama-sama dengan masalah suasana (*mood disorder*) seperti depresi, manik, atau episode campuran. Diagnosis gangguan skizoafektif hanya dibuat apabila gejala-gejala definitif adanya skizofrenia dan gangguan afektif bersama-sama menonjol pada saat yang bersamaan, atau dalam beberapa hari sesudah yang lain, dalam episode yang

sama. Sebagian diantara pasien gangguan skizoafektif mengalami (Rades et al., 2016)

Resiko perilaku kekerasan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk verbal maupun fisik. Jika tidak ditangani dengan segera akan berakibat fatal dengan membahayakan diri sendiri yaitu melukai diri dengan bunuh diri, menciderai orang lain dan perilaku merusak lingkungan sekitar (Pardede et al., 2020). Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yaitu muka marah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup dan jalan mondar-mandir(Pardede et al., 2020).

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO (World Health Organization) pada tahun 2019, terdapat 21 juta orang jiwa mengalami skizofrenia. Gangguan jiwa di Indonesia semakin signifikan dilihat dari data (Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2018) gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,8 per 1.000 penduduk. Angka Prevalensi gangguan jiwa di Jawa Timur menduduki nomor 12 di Indonesia. Menurut Riskesdas tahun 2018 disebutkan bahwa estimasi angka gangguan jiwa berat (skizofrenia/psikosis) di Jawa Timur mencapai 0.19% dari jumlah total penduduk Jawa Timur 39.872.395. Prevalensi Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) pada kota Surabaya sebanyak 0,25% dengan pencapaian penanganan ODGJ Berat pada tahun 2021 di Kota Surabaya sebanyak 4.606 orang (Dinkes, 2021).

Menurut (Yani, 2015) Prevalensi seumur hidup dari gangguan skizoafektif adalah kurang dari 1 persen, kemungkinan dalam rentan 0,5-0,8 persen. Namun, angka tersebut adalah angka perkiraan pada pria lebih rendah daripada wanita.

Onset umur pada wanita lebih besar daripada pria, pada usia tua gangguan skizoafektif tipe depresif lebih sering, sedangkan untuk usia muda lebih sering gangguan skizoafektif tipe bipolar.

Berdasarkan Buku Laporan Tahunan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada tahun 2020, diagnosa *Schizoaffective disorders* termasuk diagnosa terbanyak pada rawat jalan memiliki jumlah 3.647 orang. Pada rawat inap diagnosa *Schizoaffective disorders* memiliki sebanyak 71 orang. Data rekam medik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan pada pasien rawat inap yaitu, pada tahun 2021 selama 4 bulan terakhir yang berjumlah 1.299 orang, dengan rincian halusinasi 61%, perilaku kekerasan 20%, isolasi sosial 12%, defisit perawatan diri 4% dan gangguan citra tubuh 3%.(Dr. Mochamad Hafidin Ilham, 2020)

Dampak yang dapat ditimbulkan oleh pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan adalah dapat mencederai diri, orang lain dan lingkungan. Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan risiko perilaku kekerasan yang tepat (Pardede et al., 2020). Proses penyembuhan pada penderita dengan perilaku kekerasan memerlukan waktu cukup lama sehingga memerlukan kemampuan pasien untuk menjalankan program pengobatan dalam rutinitas sehari-hari, ketidakpatuhan menjalani pengobatan mengakibatkan pasien mengalami kekambuhan.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan membina hubungan saling percaya, membantu mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan, mengajarkan dan melatih pasien cara mengontrol

marah, mengajak pasien mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK) (Anisa et al., 2021). Adapun farmakoterapi untuk mengatasi resiko perilaku kekerasan yaitu dengan pengobatan neuroleptika, seperti Clorpromazine HCL, terapi okupasi, terapi somatik, terapi kelompok dan terapi kejang listrik (Yusuf, A.H & R, Nihayati 2015). Oleh karena itu sangat penting asuhan keperawatan jiwa bagi pasien dengan resiko perilaku kekerasan agar dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol dan mengendalikan perilaku kekerasannya

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. D.W Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosis Medis *Skizoafektif Mixed Type* Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. D.W Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosis Medis *Skizoafektif Mixed Type* Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan Ny. D W dengan diagnosis medis *Skizoafektif Mixed Type* di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
2. Merumuskan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan Ny. D W dengan diagnosis medis *Skizoafektif Mixed Type* di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan Ny. D W dengan diagnosis medis *Skizoafektif Mixed Type* di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan Ny. D W dengan diagnosis medis *Skizoafektif Mixed Type* di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan Ny. D W dengan diagnosis medis *Skizoafektif Mixed Type* di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan Ny. D W dengan diagnosis medis *Skizoafektif Mixed Type* di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

#### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan umum maupun tujuan khusus, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya ilmiah akhir secara teoritis maupun praktis:

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai media informasi ilmiah atau wawasan untuk mengetahui pemberian asuhan keperawatan jiwa secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, serta menurunkan angka kejadian morbidity,

disability dan mortalitas pada klien dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) dengan baik.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan pada klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

3. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai cara perawatan kepada keluarga tentang deteksi dini tentang Risiko Perilaku Kekerasan sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan media keperawatan jiwa. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) di rumah.

4. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai ilmu tambahan bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK).

5. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pada klien Risiko Perilaku

Kekerasan (RPK) sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan yang terbaru.

## **1.5 Metode Penulisan**

### **1.5.1 Metode**

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

### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

#### **1. Wawancara**

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

#### **2. Observasi**

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

#### **3. Pemeriksaan**

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang dalam menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### **1.5.3 Sumber Data**

#### **1. Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari klien.

## 2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang di peroleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

### 1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

## 1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang Konsep Skizofrenia, konsep skizoafektif, konsep resiko perilaku kekerasan penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan (RPK)

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

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan, berisi tentang data, teori dan opini serta analisis yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada tinjauan pustaka ini menjelaskan mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik, meliputi: 1) Konsep Skizofrenia, 2) Konsep Skizoafektif, 3) Konsep Resiko Perilaku Kekerasan, 4) Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan, 5) Konsep Komunikasi Terapeutik

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1 Definsi Skizofrenia**

Istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu schizo (split/pencerahan) dan phren (jiwa). Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. Skizofrenia merupakan bagian dari gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri (Istiqomah, 2018)

Skizofrenia adalah sindroma klinik yang ditandai oleh psikopatologi berat dan beragam, mencakup aspek kognisi, emosi, persepsi dan perilaku, dengan gangguan pikiran sebagai gejala pokok (Lesmana, 2017)

##### **2.1.2 Etiologi Skizofrenia**

Menurut (Mashudi, 2021) ada beberapa penyebab terjadinya skizofrenia, yaitu:

1. Faktor Predisposisi
  - a. Faktor Biologis
    - 1) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%; angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia

## 2) Faktor Neuroanatomi

Penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. Computerized Tomography (CT Scan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan Positron Emission Tomography (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia.

## 3) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai

kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

b. Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.

- c. Faktor Sosiokultural dan Lingkungan Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut :

a. Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan

balik otak yang mengatur mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

b. Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

c. Pemicu Gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

### **2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia**

Gejala-gejala skizofrenia menurut (Mashudi, 2021) adalah sebagai berikut:

1. Gejala Positif

- a. Waham : keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan walaupun bukti menyatakan sebaliknya dan tidak bisa dikoreksi dengan logika dan akal sehat, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
- b. Halusinasi : gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabaan). Pasien merasakan sesuatu yang sangat nyata, yang sebenarnya tidak ada, misalnya melihat beberapa gambar yang tidak

bisa dilihat oleh orang lain, mendengar suara atau sentuhan yang tidak ada.

c. Perubahan Arus Pikir :

- 1) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
- 2) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
- 3) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
- 4) Perubahan Perilaku :

2. Gejala Negatif

Gejala negatif disebut sebagai “gejala kronis”, lebih sulit untuk dikenali dari pada “gejala positif” dan biasanya menjadi lebih jelas setelah berkembang menjadi gejala positif. Jika kondisinya memburuk, kemampuan kerja dan perawatan diri pasien akan terpengaruh. Gejala-gejala ini antara lain:

- a. Hiperaktif
- b. Agitasi
- c. Iritabilitas

#### 2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia

Pada PPDGJ-III terdapat beberapa subtype dari Skizofrenia yaitu (Mashudi, 2021):

##### 1. F20.0 Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai adanya satu atau lebih waham dengan halusinasi auditorik yang sering muncul. Pasien dengan skizofrenia paranoid memiliki gejala dominan waham paranoid dan terjadi lebih banyak pada laki-laki dan jarang terjadi dengan onset usia muda.

Pedoman diagnostik (PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.)

- a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
- b. Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual; waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
- c. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.

##### 2. F20.1 Skizofrenia Hebefrenik

Tipe skizofrenia ini disebut juga sebagai skizofrenia yang memiliki tanda-tanda regrasi. Yaitu, adanya perilaku dan pikiran yang regrasi ke fase perkembangan primitif, disinhibisi, dan kacau. Skizofrenia hebefrenik merupakan suatu bentuk perubahan afektif yang tampak jelas, dan secara umum juga dijumpai waham dan halusinasi yang bersifat mengambang serta terputus-putus.

Pedoman diagnostik (PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.)

- a. Memenuhi criteria umum diagnosis skizofrenia
- b. Diagnosis hebefrenia untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (onset biasanya mulai 15-25 tahun)
- c. Kepribadian pre-morbid menunjukkan cirri khas : pemalu dan senang menyendiri (solitary), namun tidak harus demikian untuk menentukan diagnosis
- d. Untuk diagnosis hebefrenia yang meyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinu selama 2 atau 3 bulan lamanya, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan:
  - 1) Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, serta manerisme, ada kecenderungan untuk menyendiri (solitary), dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan
  - 2) Afek pasien dangkal (shallow) dan tidak wajar (inappropriate), sering disertai cekikikan (giggling) atau perasaan puas diri (self satisfied), senyum sendiri (self absorbed smiling) atau oleh sikap tinggi hati (lofty manner), tertawa menyeringai (grimaces), mannerlisme, mengibuli secara bersenda gurau (pranks), keluhan hipokondriakal dan ungkapan kata yang diulang-ulang (reiterated phrases)
  - 3) Proses pikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan tak menentu (rambling) serta inkoheren.
- e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Halusinasi dan waham mungkin ada tapi biasanya

tidak menonjol (fleeting and fragmentary delusions and hallucinations). Dorongan kehendak (drive) dan yang bertujuan (determination) hilang serta sasaran ditinggalkan, sehingga perilaku penderita memperlihatkan ciri khas, yaitu perilaku tanpa tujuan (aimless) dan tanpa maksud (empty of purpose) adanya suatu preokupasi yang dangkal dan bersifat dibuat-buat terhadap agama, filsafat dan tema abstrak lainnya, makin mempersukar orang memahami jalan pikiran pasien.

### 3. F20.2 Skizofrenia Katatonik

Gejala dengan gambaran motoric dan perilaku yang jelas. Kriteria diagnosis katatonik membutuhkan dua dari lima karakteristik, yaitu immobility (stupor atau katalepsi), banyaknya aktivitas motorik yang tak bertujuan, negativism, gerakan tidak biasa (posturing stereotipi, mannerismus, atau grimacing), ekolali atau ekopraksi.

Pedoman Diagnostik (PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.) :

- a. Memenuhi criteria umum untuk diagnosis skizofrenia
- b. Satu atau lebih dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya :
  - 1) Stupor (amat berkurangnya dalam reaktifitas terhadap lingkungan dan dalam gerakan serta aktivitas) atau mutisme (tidak berbicara).
  - 2) Gaduh-gelisah (tampak jelas aktivitas motorik yang tak bertujuan yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal)

- 3) Menampilkan posisi tubuh tertentu (secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh);
  - 4) Negativisme (tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan, atau pergerakan kearah yang berlawanan)
  - 5) Rigiditas (mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya untuk menggerakkan tubuhnya)
  - 6) Fleksibilitas cerea/“waxy flexibility” (mempertahankan anggota gerak dan tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar)
  - 7) Gejala-gejala lain seperti, command automatism (kepatuhan secara otomatis terhadap perintah), dan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat
- c. Pada pasien yang tidak komunikatif dengan manifestasi perilaku dari gangguan katatonik, diagnosis skizofrenia mungkin harus ditunda sampai diperoleh bukti yang memadai tentang adanya gejala-gejala lain. Penting untuk diperhatikan bahwa gejala-gejala katatonik bukan petunjuk diagnostik untuk skizofrenia. Gejala katatonik dapat dicetuskan oleh penyakit otak, gangguan metabolik atau alcohol dan obat-obatan, serta dapat juga terjadi pada gangguan afektif.
4. F20.3 Skizofrenia Tak Terinci (Undifferentiated)

Digunakan untuk mengkategorikan pasien yang masuk data kriteria skizofrenia namun tidak dapat diklasifikasikan paa subtype paranoid, hebefrenik, maupun katatonik. Atau, pasien memperlihatkan gejala lebih

dari satu subtype tanpa gambaran predominasi yang jelas untuk suatu kelompok diagnosis yang khas. Pedoman diagnostik

(PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.) :

- a. Memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia
- b. Tidak memenuhi criteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, heberfrenik, atau katatonik;
- c. Tidak memenuhi criteria untuk diagnosis skizofrenia residual atau depresi pascaskizofrenia.

#### 5. F20.4 Depresi Pasca-Skizofrenia

Suatu episode depresif yang mungkin berlangsung lama dan timbul sesudah suatu serangan skizofrenia. Beberapa gejala skizofrenia harus tetap ada tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya. Gejala-gejala yang menetap ini dapat merupakan gejala positif maupun negatif, meskipun gejala negatif lebih sering ditemui.

Pedoman diagnostik (PEDOMAN Dari PPDGJ-III, n.d.) : 1)

- a. Diagnosis harus ditegakkan hanya kalau :
  - 1) Pasien telah menderita skizofrenia (yang memenuhi kriteria umum skizofrenia) selama 12 bulan terakhir ini;.
  - 2) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya);.
  - 3) Gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-) dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu

- b. Apabila pasien tidak lagi menunjukkan gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.) bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol diagnosis harus tetap salah satu dari sub tipe skizofrenia yang sesuai dengan (F20.0-F20.3).

#### 6. F20.5 Skizofrenia Residual

Diagnosis ini dipakai untuk pasien yang memiliki setidaknya satu episode psikosis sebelumnya dan memenuhi kriteria skizofrenia, namun sudah tidak memiliki gejala psikosis. Pasien masih mengalami gangguan dengan gambaran gejala-gejala negatif, gejala residual, atau keduanya.

Pedoman diagnostik (PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.) :

- a. Untuk suatu diagnosis yang meyakinkan, persyaratan berikut ini harus dipenuhi semua :
  - 1) Gejala negatif dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktivitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara, dan posisi tubuh, perawatan diri dan kinerja social yang buruk; b.
  - 2) Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas di masa lampau yang memenuhi criteria untuk diagnosis skizofrenia; c.
  - 3) Sedikitnya sudah melampaui kurun waktu 1 tahun, dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia;

- 4) Tidak terdapat demensia atau penyakit / gangguan otak organik lain, depresi kronis atau

#### 7. F20.6 Skizofrenia Simpleks

Gambaran klasik dari skizofrenia ini adalah penurunan fungsi atau penarikan diri secara social dan okupasi atau hal-hal yang berhubungan dengan pekerjaan. Gejala psikosis yang berat, atau halusinasi parah, waham yang menetap, biasanya tidak didapatkan pada pasien. Pedoman diagnostik (PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.) :

- a. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pematapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari :
  - 1) Gejala negatif yang khas dari skizofrenia residual (lihat F20.5 diatas) tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik b.
  - 2) Disertai dengan perubahan-perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial
- b. Gangguan ini kurang jelas psikotiknya dibandingkan sub tipe skizofrenia lainnya.

#### 8. F20.7 Skizofrenia Tak Spesifik

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan

9. F20.8 Skizofrenia Lainnya Termasuk skizofrenia cheenesthopathic (terdapat suatu perasaan yang tidak nyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.

10. F20.9 Skizofrenia Yang Tak Tergolongkan (YTT)

### **2.1.5 Pedoman Diagnostik Skizofrenia**

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa-III

(Maslim, 2013) pedoman diagnostic skizofrenia sebagai berikut:

1. Diagnosis gangguan waham karena induksi harus dibuat hanya jika:
  - a. dua orang atau lebih mengalami waham atau sistem waham yang sama, dan saling mendukung dalam keyakinan waham itu;
  - b. mereka mempunyai hubungan dekat yang tak lazim dalam bentuk seperti diuraikan diatas;
  - c. ada bukti dalam kaitan waktu atau konteks lainnya bahwa waham tersebut diinduksi pada anggota yang pasif dari suatu pasangan atau kelompok melalui kontak dengan anggota yang aktif (hanya satu orang anggota aktif yang menderita gangguan psikotik yang sesungguhnya, waham diinduksi pada anggota pasif, dan biasanya waham tersebut menghilang bila mereka dipisahkan)
2. Jika ada alasan untuk percaya bahwa dua orang yang tinggal bersama mempunyai gangguan psikotik yang terpisah maka tidak satupun diantaranya boleh dimasukkan dalam kode diagnosis ini walaupun beberapa diantara waham-waham itu diyakini bersama

### 2.1.6 Kriteria Diagnosa Skizofrenia

Menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5

(President Dilip V. Jeste, 2013) kriteria diagnose skizofrenia sebagai berikut:

1. Dua (atau lebih) hal berikut, masing-masing muncul dalam porsi waktu yang signifikan selama periode 1 bulan (atau kurang jika diobati dengan berhasil). Setidaknya salah satu dari ini harus (a), (b), atau (c):
  - a. Delusi.
  - b. Halusinasi.
  - c. Pembicaraan yang tidak teratur (misalnya, sering terpeleset atau tidak koheren).
  - d. Perilaku yang sangat tidak teratur atau katatonik..
  - e. Gejala negatif (yaitu, berkurangnya ekspresi atau ketidakmauan emosional).
2. Untuk waktu yang cukup lama sejak awitan gangguan, tingkat fungsi di satu atau lebih bidang utama, seperti pekerjaan, hubungan antarpribadi, atau perawatan diri, jauh di bawah tingkat yang dicapai sebelum awitan ( atau ketika onset terjadi pada masa kanak-kanak atau remaja, terjadi kegagalan untuk mencapai tingkat fungsi interpersonal, akademik, atau pekerjaan yang diharapkan).
3. Tanda-tanda gangguan terus-menerus menetap selama paling sedikit 6 bulan. Periode 6 bulan ini harus mencakup setidaknya 1 bulan gejala (atau kurang jika berhasil diobati) yang memenuhi Kriteria 1 (yaitu, gejala fase aktif) dan dapat mencakup periode gejala prodromal atau residual. Selama periode prodromal atau residual ini, tanda-tanda

gangguan dapat dimanifestasikan hanya oleh gejala negatif atau oleh dua atau lebih gejala yang tercantum dalam Kriteria 1 yang muncul dalam bentuk yang dilemahkan (misalnya keyakinan aneh, pengalaman perseptual yang tidak biasa).

4. Gangguan skizoafektif dan gangguan depresif atau bipolar dengan ciri psikotik telah disingkirkan karena 1) tidak ada episode depresif atau manik berat yang terjadi bersamaan dengan gejala fase aktif, atau 2) jika episode mood terjadi selama gejala fase aktif, mereka telah hadir untuk sebagian kecil dari total durasi periode aktif dan residual penyakit.
5. Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis dari suatu zat (misalnya penyalahgunaan obat, pengobatan) atau kondisi medis lainnya.
6. Jika ada riwayat gangguan spektrum autisme atau gangguan komunikasi sejak masa kanak-kanak, diagnosis tambahan skizofrenia dibuat hanya jika delusi atau halusinasi yang menonjol, selain gejala skizofrenia lain yang diperlukan, juga ada setidaknya selama 1 bulan (atau kurang jika berhasil diobati)

### **2.1.7 Penatalaksanaan Skizofrenia**

Penatalaksanaan pada klien skizofrenia menurut (Mashudi, 2021) adalah sebagai berikut:

1. Manajemen keperawatan pasien halusinasi menurut sebagai berikut :
  - a. Bina hubungan interpersonal dan saling percaya.
  - b. Kaji gejala halusinasi, termasuk lama, intensitas, dan frekuensi.

- c. Fokuskan pada gejala dan minta pasien untuk menjelaskan apa yang sedang terjadi.
  - d. Kaji penggunaan obat dan alkohol
  - e. Jika perawat ditanya oleh pasien, katakan secara singkat bahwa perawat tidak mengalami stimulus yang sama
  - f. Sarankan dan kuatkan penggunaan hubungan interpersonal sebagai suatu teknik penatalaksanaan gejala
  - g. Bantu pasien untuk menjelaskan dan membandingkan halusinasi saat ini dan halusinasi masa lalu
  - h. Bantu pasien mengidentifikasi kebutuhan yang merefleksikan isi halusinasi
  - i. Tentukan pengaruh gejala pasien terhadap aktivitas hidup sehari-hari.
2. Manajemen Psikofarmaka
- a. Peran perawat dalam pelaksanaan obat di rumah sakit jiwa
    - 1) Mengumpulkan data sebelum pengobatan.
    - 2) Mengoordinasikan obat dengan terapi modalitas.
    - 3) Pendidikan kesehatan.
    - 4) Memonitor efek samping obat
    - 5) Melaksanakan prinsip-prinsip pengobatan psikofarmakologi
    - 6) Melaksanakan program pengobatan berkelanjutan
    - 7) Menyesuaikan dengan terapi nonfarmakologi
    - 8) Ikut serta dalam riset interdisipliner
  - b. Psikofarmaka

Obat psikofarmaka ditujukan pada gangguan fungsi neurotransmitter sehingga gejala-gejala klinis dapat dihilangkan. Obat psikofarmaka lebih berkhasiat menghasilkan gejala negatif skizofrenia daripada gejala positif skizofrenia atau sebaliknya, ada juga yang lebih cepat menimbulkan efek samping dan lain sebagainya. Beberapa contoh obat psikofarmaka yang beredar di Indonesia yang termasuk golongan generasi pertama yaitu Chlorpromazine HCl, Trifluoperazine HCL, Thioridazine HCl, dan Haloperidol. Yang termasuk golongan generasi kedua yaitu Risperidone, Paliperidone, Clozapine, Quetiapine, Olanzapine, dan Aripiprazole.

Golongan obat anti skizofrenia baik generasi pertama (typical) maupun generasi kedua (atypical) pada pemakaian jangka panjang umumnya menyebabkan penambahan berat badan. Obat golongan typical khususnya berkhasiat dalam mengattasi gejalagejala positif skizofrenia, sehingga meninggalkan gejala-gejala negatif skizofrenia. Sementara itu pada penderita skizofrenia dengan gejala negatif pemakaian golongan typical kurang memberikan respon. Selain itu obat golongan typical tidak memberikan efek yang baik pada pemulihan fungsi kognitif penderita. Obat golongan typical sering menimbulkan efek samping berupa gejala ekstra piramidal (EPS).

c. Terapi Psikososial

Terapi psikososial dimaksudkan agar penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak

menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Penderita ini menjalani terapi psikososial hendaknya tetap mengkonsumsi obat psikofarmaka sebagaimana juga hanya waktu menjalani psikoterapi.

## **2.2 Konsep Skizoafektif**

### **2.2.1 Definisi Skizoafektif**

Gangguan skizoafektif merupakan kelainan mental yang rancu yang ditandai dengan adanya gejala gangguan afektif. Gangguan skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik yang persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersama-sama dengan masalah suasana (mood disorder) seperti depresi, manik, atau episode campuran. (Rades et al., 2016)

Gangguan skizoafektif adalah penyakit kejiwaan kronis dan dapat diobati Ditandai dengan kombinasi gejala psikotik, seperti yang terlihat pada skizofrenia dan gejala suasana hati, seperti yang terlihat pada depresi atau gangguan bipolar. Gangguan kejiwaan ini dapat mempengaruhi pemikiran, emosi, dan perilaku seseorang dan dapat mempengaruhi semua aspek kehidupan sehari-hari, termasuk pekerjaan, sekolah, hubungan sosial, dan perawatan diri. (Noosha, 2016)

Gangguan skizoafektif (SAD) sering terjadi digunakan sebagai diagnosis untuk pasien yang memiliki campuran suasana hati dan psikotik gejala yang diagnosis nya tidak pasti. Ciri khasnya adalah adanya gejala episode suasana hati utama (baik depresi atau episode manik) bersamaan dengan gejala karakteristik skizofrenia, seperti delusi, halusinasi, atau melantur. (Jacob N. Miller, MD, 2020)

### 2.2.2 Klasifikasi

Menurut (Maslim, 2013) pada buku Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa-III, klasifikasi skizoafektif adalah:

#### 1. Gangguan Skizoafektif Tipe Manik (F25.0)

Pedoman diagnostik :

- a. Kategori ini digunakan baik untuk episode skizoafektif tipe manik yang tunggal maupun untuk gangguan berulang dengan sebagian besar episode skizoafektif tipe manik.
- b. Afek harus meningkat secara menonjol atau ada peningkatan afek yang tak begitu menonjol dikombinasi dengan iritabilitas atau kegelisahan yang memuncak.
- c. Dalam episode yang sama harus jelas ada sedikitnya satu atau lebih baik lagi dua, gejala skizofrenia yang khas (sebagaimana ditetapkan untuk skizofrenia).

#### 2. Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif (F25.1)

Pedoman diagnostik :

- a. Kategori ini harus dipakai baik untuk episode skizoafektif tipe depresif yang tunggal, dan untuk gangguan berulang dimana sebagian besar episode didominasi oleh skizoafektif tipe depresif.
- b. Afek depresif harus menonjol, disertai oleh sedikitnya dua gejala khas, baik depresif maupun kelainan perilaku terkait seperti tercantum dalam uraian untuk episode depresif (F.32).

- c. Dalam episode yang sama, sedikitnya harus jelas ada satu, dan sebaiknya ada dua gejala khas skizoafrenia (sebagaimana ditetapkan dalam pedoman diagnosis skizofrenia (F.20).
3. Gangguan Skizoafektif Tipe Campuran (F25.2) Gangguan dengan gejala-gejala skizofrenia berada secara bersamaan dengan gejala-gejala afektif bipolar campuran (F31.6)

### **2.2.3 Kriteria Diagnostik**

Menurut (President Dilip V. Jeste, 2013) pada buku *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* bahwa kriteria diagnostic skizoafektif sebagai berikut:

1. Periode penyakit yang tidak terputus selama episode mood mayor (depresi mayor atau manik) bersamaan dengan Kriteria A skizofrenia.

Catatan: Episode depresi mayor harus mencakup Kriteria A1: Suasana hati depresi.

2. Delusi atau halusinasi selama 2 minggu atau lebih tanpa adanya episode mood mayor (depresi atau manik) selama durasi penyakit seumur hidup.
3. Gejala yang memenuhi kriteria untuk episode mood mayor muncul pada sebagian besar durasi total dari bagian aktif dan residual dari penyakit.
4. Gangguan tidak disebabkan oleh efek suatu zat (misalnya penyalahgunaan obat, medikasi) atau kondisi medis lainnya

#### 2.2.4 Diagnosis Banding Skizoafektif

Menurut (President Dilip V. Jeste, 2013) pada buku Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 menyatakan diagnosis banding pada skizoafektif adalah:

1. Keracunan zat atau penarikan zat.

Individu yang mabuk dengan stimulan, kanabis, opioid meperidine, atau phencyclidine, atau mereka yang menarik diri dari alkohol atau obat penenang, mungkin mengalami perubahan persepsi yang mereka kenali sebagai efek obat. Jika pengujian realitas untuk pengalaman-pengalaman ini tetap utuh (yaitu, individu mengakui bahwa persepsi adalah zat yang diinduksi dan tidak percaya atau bertindak atasnya), diagnosisnya bukanlah gangguan psikotik yang diinduksi zat / obat. Sebaliknya, intoksikasi zat atau penarikan zat, dengan gangguan persepsi, didiagnosis (misalnya, keracunan kokain, dengan gangguan persepsi). Halusinasi yang dapat terjadi lama setelah penggunaan halusinogen dihentikan didiagnosis sebagai gangguan persepsi yang menetap pada halusinogen. Jika gejala psikotik yang diinduksi zat/obat terjadi secara eksklusif selama perjalanan delirium, seperti dalam bentuk penarikan alkohol yang parah, gejala psikotik dianggap sebagai fitur terkait dari delirium dan tidak didiagnosis secara terpisah. Delusi dalam konteks gangguan neurokognitif mayor atau ringan akan didiagnosis sebagai gangguan neurokognitif mayor atau ringan, dengan gangguan perilaku.

2. Gangguan psikotik primer.

Gangguan psikotik yang diinduksi zat / obat dibedakan dari gangguan psikotik primer, seperti skizofrenia, gangguan skizoafektif, gangguan delusi, gangguan psikotik singkat, spektrum skizofrenia spesifik lainnya, dan gangguan psikotik lainnya, atau spektrum skizofrenia yang tidak spesifik dan gangguan psikotik lainnya, dengan fakta bahwa suatu zat dinilai secara etiologi terkait dengan gejala.

3. Gangguan psikotik karena kondisi medis lain.

Gangguan psikotik yang diinduksi zat/obat karena pengobatan yang diresepkan untuk kondisi mental atau medis harus dimulai saat individu tersebut menerima obat (atau selama putus obat, jika ada sindrom putus obat yang terkait dengan obat). Karena individu dengan kondisi medis sering minum obat untuk kondisi tersebut, dokter harus mempertimbangkan kemungkinan bahwa gejala psikotik disebabkan oleh konsekuensi fisiologis dari kondisi medis daripada obat, dalam hal gangguan psikotik akibat kondisi medis lain didiagnosis. Sejarah sering memberikan dasar utama untuk penilaian semacam itu. Kadang-kadang, perubahan dalam pengobatan untuk kondisi medis (misalnya, penggantian atau penghentian pengobatan) mungkin diperlukan untuk menentukan secara empiris pada individu tersebut apakah obat tersebut merupakan agen penyebab. Jika klinisi telah memastikan bahwa gangguan tersebut disebabkan oleh kondisi medis dan penggunaan zat/obat, kedua diagnosis (yaitu, gangguan psikotik karena kondisi medis lain dan gangguan psikotik yang diinduksi zat/obat) dapat diberikan

## **2.3 Konsep Resiko Perilaku Kekerasan**

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

Perilaku kekerasan merupakan suatu kemarahan yang diekspresikan oleh individu secara berlebihan sehingga tidak dapat dikendalikan baik secara verbal maupun non dan dapat mencederai diri, orang lain serta merusak lingkungan (Suerni & PH, 2019)

Resiko Perilaku Kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa pasien dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, lingkungan baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal.(Untari & Irna, 2020)

Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk forself-directed violence*) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk forother directed violence*). Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung kepada orang lain (Mauila & Aktifah, 2021)

### **2.3.2 Etiologi Resiko Perilaku Kekerasan**

Menurut (Jeklin, 2016), ada beberapa faktor penyebab resiko perilaku kekerasan yaitu : 1.

#### **1. Faktor predisposisi**

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

- b. Perilaku, mempengaruhi salah satunya adalah perilaku kekerasan, kekerasan yang didapat pada saat setiap melakukan sesuatu maka perilaku tersebut diterima sehingga secara tidak langsung hal tersebut akan diadopsi dan dijadikan perilaku yang wajar.
  - c. Sosial budaya, dapat mempengaruhi karena budaya yang pasif agresif dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah kekerasan adalah hal yang wajar.
  - d. Bioneurologis, beberapa pendapat bahwa kerusakan pada sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan.
2. Faktor presipitasi
- a. Ekspresi diri, dimana ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
  - b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
  - c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
  - d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa.

- e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

### **2.3.3 Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan**

Menurut (Malfasari et al., 2020) tanda dan gejala yang ditemukan pada klien perilaku kekerasan, yaitu:

Subjektif

1. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah
2. Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
3. Klien suka membentak dan menyerang orang lain

Objektif

1. Mata melotot/ pandangan tajam
2. Tangan mengepal dan Rahang mengatup
3. Wajah memerah
4. Postur tubuh kaku
5. Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor
6. Suara keras
7. Bicara kasar, ketus
8. Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/ orang lain
9. Merusak lingkungan
- 2.10. Amuk/ agresif



	“Dapatkah ia lakukan?”)	akan lakukan”)	atau tidak pernah?”)
<b>Nada Suara</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diam</li> <li>• Lemah</li> <li>• Merengsek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diatur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggi</li> <li>• Menuntut</li> </ul>
<b>Sikap tubuh</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melotot</li> <li>• Menundukkan kepala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tegas</li> <li>• Relaks</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tegang</li> <li>• Bersandar ke depan</li> </ul>
<b>Personal space</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang lain dapat masuk pada territorial pribadinya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjaga jarak yang menyenangkan</li> <li>• Mempertahankan hak tempat atau territorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memiliki territorial orang lain</li> </ul>
<b>Gerakan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimal</li> <li>• Lemah</li> <li>• Resah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memperlihatkan gerakan yang sesuai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengancam, ekspansi gerakan</li> </ul>
<b>Kontak mata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedikit/tidak ada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekali-sekali (intermitten) sesuai dengan kebutuhan interaksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melotot</li> </ul>

### **2.3.5 Mekanisme Koping Resiko Perilaku Kekerasan**

Menurut (Dwi Prastya & Pratiwi, 2017) mekanisme koping marah yang digunakan adalah mekanisme pertahanan ego yaitu:

1. Sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengami suatu dorongan, penyalurannya ke arah lain.
2. Proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginan yang tidak baik.
3. Represi adalah mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar.
4. Reaksi formasi yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekpresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan menggunakannya sebagai rintangan.
5. Displacement yaitu melepaskan perasaan yang tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya yang membangkitkan emosi itu

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan**

### **2.4.1 Pengkajian Resiko Perilaku Kekerasan**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Abdul Muhith, 2015)

Menurut (Wiranto, 2022) pengkajian resiko perilaku kekerasan seperti berikut:

1. Identitas pasien

Melakukan perkenalan BHSP dan kontrak tentang: nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia pasien dan No RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

2. Alasan masuk

Penyebab pasien atau keluarga datang, apa yang menyebabkan pasien melakukan kekerasan, apa yang pasien lakukan dirumah, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah. Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur

3. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan. Pada pasien dengan perilaku kekerasan faktor predisposisi, faktor presipitasi pasien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

#### 4. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan pasien. Pada pasien dengan perilaku kekerasan tekanan darah meningkat, RR meningkat, nafas dangkal, muka memerah, tonus otot meningkat, dan dilatasi pupil.

#### 5. Psikososial

##### a. Genogram

Genogram menggambarkan pasien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh. Pada pasien perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi pasien. Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupu keluarga pada saat pengkajian

##### b. Konsep diri

###### 1) Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai. Pasien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan menggepal, muka memerah.

###### 2) Identitas diri

Status dan posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status posisinya, kepuasan pasien sebagai laki – laki atau

perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya. Pasien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah, dan bermusuhan, tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal

### 3) Fungsi peran

Tugas atau peran pasien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut. Fungsi peran pada pasien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku yang menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

### 4) Ideal diri

Pasien dengan PK jika kenyataannya tidak sesuai dengan kenyataan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya, serta untuk pengkajian PK mengenai ideal diri harus dilakukan pengkajian yang berhubungan dengan harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan, harapan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

### 5) Harga diri

Harga diri yaitu penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Harga diri tinggi merupakan perasaan yang berakar dalam menerima dirinya tanpa syarat, meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan, ia tetap merasa sebagai orang yang penting dan berharga. Harga diri yang dimiliki pasien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal klien PK marah yang tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga, klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

#### 6. Hubungan sosial

Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol,

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

#### 7. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan

## 8. Status mental

### a. Penampilan

Pada pasien dengan perilaku kekerasan biasanya pasien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

### b. Pembicaraan

Amati pembicaraan pasien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu memulai. Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

### c. Aktivitas motorik

Agresif, menyerang diri sendiri orang lain maupun menyerang objek yang ada disekitarnya. Pasien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, jalan mondar-mandir, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat

### d. Afek

Untuk pasien perilaku kekerasan afek dan emosinya labil, emosi pasien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membanting barang-barang/melukai diri sendiri, orang lain maupun objek sekitar, dan berteriak-teriak.

e. Interaksi selama wawancara

Pasien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis, dan menolak dengan kasar. Bermusuhan: dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

f. Persepsi/Sensori

Pada pasien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami persepsi sensori sebagai penyebabnya.

g. Proses Pikir

1) Proses pikir (arus dan bentuk pikir).

Otistik (autisme): bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya.

2) Isi pikir.

Pada pasien dengan perilaku kekerasan memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya kepada orang lain dan merasa dirinya tidak aman.

h. Tingkat Kesadaran

Tidak sadar, bingung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat, dan waktu. Pasien perilaku kekerasan tingkat kesadarannya bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

i. Memori

Pasien dengan perilaku kekerasan masih dapat mengingat kejadian jangka pendek maupun panjang.

j. Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi pasien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Pasien selalu menatap penuh kecemasan tegang dan gelisahan.

k. Kemampuan Penilaian/Pengambilan keputusan

Pasien perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

l. Daya Tilik

Mengingkari penyakit yang diderita: pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/pasien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang.

m. Mekanisme Koping

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

9. Masalah psikologis dan lingkungan

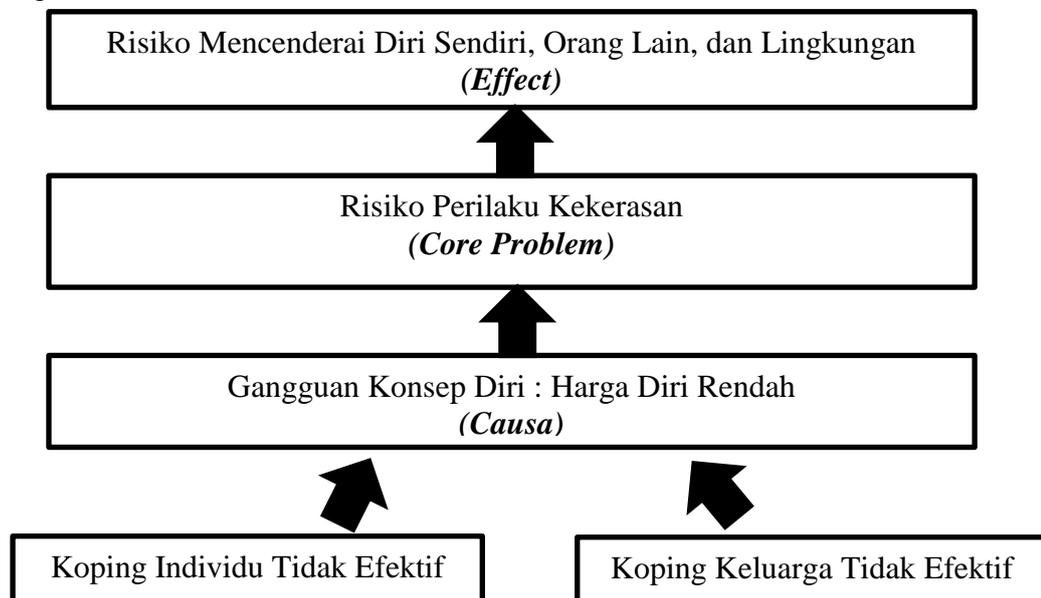
Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

## 10. Pengetahuan

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

### 2.4.2 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Nurhalimah, 2018) pohon masalah resiko perilaku kekerasan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan

### 2.4.3 Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Wiranto, 2022) diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, antara lain:

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

#### 2.4.4 Rencana Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Keliat, 2019) rencana keperawatan dapat dilakukan pada pasien dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan adalah:

##### 1. Tindakan Keperawatan Perawat

###### a. Tujuan dan Kriteria Hasil

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

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

###### b. Tindakan Keperawatan

- 1) Latih pasien untuk melakukan relaksasi : Tarik nafas dalam, Pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan.
- 2) Latih pasien untuk bicara dengan baik : Mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik.
- 3) Latih de-eskalasi secara verbal maupun tertulis.
- 4) Latih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut (sholat, berdoa, dan kegiatan ibadah yang lainnya).
- 5) Latih pasien patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi).

- 6) Bantu pasien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan.
- 7) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.
- 8) Berikan pujian pada pasien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.

## 2. Tindakan Pada Keluarga

### a. Tujuan dan Kriteria Hasil

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

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

### b. Tindakan Keperawatan

- 1) Kaji masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
- 2) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses
- 3) Terjadinya risiko perilaku kekerasan yang dialami pasien.
- 4) Mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien.
- 5) Melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan pasien.

- 6) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman
- 7) Mengurangi stress di dalam keluarga dan memberi motivasi pada pasien.
- 8) Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

### 3. Tindakan Pada Kelompok Pasien (TAK)

Terapi aktivitas kelompok : Stimulasi persepsi

Terapi aktivitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi merupakan salah satu terapi yang bisa diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan latihan TAK stimulasi persepsi adalah suatu terapi dimana pasien belajar untuk mengungkapkan perasaan marah secara tepat dan asertif sehingga pasien mampu menyatakan apa yang diinginkannya seperti membuat percakapan kecil dalam kelompok untuk mengungkapkan apa yang dirasakan akan membuat pasien lebih tenang dan terkondisikan (Eriyani et al., 2022)

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

#### **2.4.5 Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan dengan pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP) pasien perilaku kekerasan terdiri dari : SP 1 (pasien) : membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal penyebab resiko perilaku kekerasan, membantu klien dalam mengenal tanda dan gejala dari resiko perilaku kekerasan, melatih pasien dengan latihan fisik 1 relaksasi tarik napas dalam. SP 2 (pasien) : mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, membantu klien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal atau kasur, menganjurkan klien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP 3 (pasien) : mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, membantu klien mengontrol resiko perilaku kekerasan secara verbal seperti menolak dengan baik atau meminta dengan baik, menganjurkan klien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP 4 (pasien) : mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara sholat atau berdoa, menganjurkan klien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP 5 (pasien) : mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, membantu klien dalam meminum obat secara teratur (Shifa & Aisyah Safitri, 2021)

Tindakan keperawatan dengan pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP) keluarga perilaku kekerasan terdiri dari : SP 1 (keluarga) : mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian resiko perilaku kekerasan, tanda dan gejala, serta proses terjadinya resiko perilaku kekerasan, menjelaskan cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan. SP 2 (keluarga) : melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada

pasien resiko perilaku kekerasan. SP 3 (keluarga) : membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah (discharge planning), dan menjelaskan follow up pasien setelah pulang (Keliat, 2019).

#### **2.4.6 Evaluasi Keperawatan**

Adapun Evaluasi pada pasien dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan pada pasien dan keluarga menurut (Azizah, Zainuri, 2016) yaitu :

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

## **2.5 Konsep Komunikasi Terapeutik**

### **2.5.1 Definisi Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik adalah kemampuan atau keterampilan perawat untuk membantu klien beradaptasi terhadap stress, mengatasi gangguan psikologis, serta belajar tentang bagaimana berhubungan dengan orang lain (Kristyaningsih, 2021)

Komunikasi terapeutik (*therapeutic communication*) dalam dunia keperawatan merupakan salah satu teknik penyembuhan. Komunikasi terapeutik merupakan salah satu hal yang harus dikuasai oleh seorang perawat karena akan menentukan keberhasilan dalam proses kesembuhan pasien, perlu adanya hubungan saling percaya yang didasari oleh keterbukaan, saling memahami, mengerti akan kebutuhan, harapan dan kepentingan masing-masing. Dengan itu, perawat dapat melaksanakan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien dan pasien akan memberikan keterangan yang benar dan lengkap sehingga dapat membantu dokter dalam mendiagnosis penyakit secara baik dan memberikan penanganan serta pengobatan yang tepat bagi pasien khususnya pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) (Marwati et al., 2019)

### **2.5.2 Manfaat Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Putri, 2021) ada beberapa manfaat dari komunikasi terapeutik yaitu:

1. Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan diri melalui komunikasi terapeutik diharapkan terjadi perubahan dalam diri klien.

2. Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial dan saling bergantung dengan orang lain melalui komunikasi terapeutik, klien belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain.
3. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis
4. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri

### **2.5.3 Tujuan Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Putri, 2021) komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan pribadi klien ke arah yang lebih positif atau adaptif dan diarahkan pada pertumbuhan klien yang meliputi:

1. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal-hal yang diperlukan.
2. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif, dan mempertahankan kekuatan egonya.
3. Memengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan dirinya sendiri dalam hal peningkatan derajat kesehatan.
4. Mempererat hubungan atau interaksi antara klien dengan terapis (tenaga kesehatan) secara profesional dan proporsional dalam rangka membantu penyelesaian masalah klien

### **2.5.4 Prinsip-Prinsip Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Siregar, 2021) Untuk mengetahui apakah komunikasi yang dilakukan tersebut bersifat terapeutik atau tidak, maka dapat dilihat apakah komunikasi tersebut sesuai dengan prinsip-prinsip berikut ini:

1. Perawat harus mengenal dirinya sendiri yang berarti memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
2. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya, dan saling menghargai.
3. Perawat harus memahami, menghayati nilai yang dianut oleh pasien.
4. Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien, baik fisik maupun mental.
5. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya, baik sikap maupun tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi.
6. Perawat harus mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan, maupun frustrasi.
7. Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya.
8. Memahami betul arti simpati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya simpati yang bukan tindakan terapeutik.
9. Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik.
10. Mampu berperan sebagai role model agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu perawat perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik, mental, sosial, spiritual, dan gaya hidup.

11. Disarankan untuk mengekspresikan perasaan yang dianggap mengganggu.
12. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut.
13. Altruisme, mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi.
14. Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
15. Bertanggung jawab dalam dua dimensi, yaitu tanggung jawab terhadap dirinya sendiri atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain tentang apa yang dikomunikasikan.

#### **2.5.5 Teknik Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Putri, 2021) Dalam menanggapi pesan yang disampaikan klien, perawat dapat menggunakan berbagai teknik komunikasi terapeutik sebagai berikut:

1. Mendengar (Listening)

Perawat harus menjadi pendengar yang aktif dengan tetap kritis dan korektif bila apa yang disampaikan klien perlu diluruskan.

2. Pertanyaan Terbuka (Broad Opening)

Teknik ini memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya sesuai kehendak klien tanpa membatasi

3. Mengulang (Restarting)

Mengulang pokok pikiran yang diungkapkan klien. Gunanya untuk menguatkan ungkapan klien dan memberi indikasi perawat mengikuti pembicaraan klien

#### 4. Klarifikasi

Dilakukan bila perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar, atau klien berhenti karena malu mengemukakan informasi, informasi yang diperoleh tidak lengkap, atau mengemukakannya berpindah-pindah

#### 5. Refleksi

Refleksi merupakan reaksi perawat–klien selama berlangsungnya komunikasi.

#### 6. Memfokuskan

Membantu klien bicara pada topik yang telah dipilih dan yang penting, serta menjaga pembicaraan tetap menuju tujuan, yaitu lebih spesifik, lebih jelas, dan berfokus pada realitas.

#### 7. Membagi Persepsi

Meminta pendapat klien tentang hal yang perawat rasakan dan pikirkan

#### 8. Identifikasi Tema

Mengidentifikasi latar belakang masalah yang dialami klien yang muncul selama percakapan untuk meningkatkan pengertian dan mengeksplorasi masalah yang penting.

#### 9. Diam (Silence)

Cara yang sukar, biasanya dilakukan setelah mengajukan pertanyaan untuk memberi kesempatan berpikir dan memotivasi klien untuk bicara

#### 10. Informing

Teknik ini bertujuan memberi informasi dan fakta untuk pendidikan kesehatan bagi klien.

## 11. Saran

Memberi alternatif ide untuk pemecahan masalah

### **2.5.6 Tahapan dalam Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Putri, 2021) menjelaskan bahwa dalam prosesnya komunikasi terapeutik terbagi menjadi empat tahapan, yaitu tahap persiapan atau tahap pra-interaksi, tahap pengenalan atau orientasi, tahap kerja, dan tahap terminasi.

#### 1. Tahap Persiapan/Pra-Interaksi

Tugas perawat dalam tahapan ini adalah:

- a. Mengeksplorasi perasaan, mendefinisikan harapan, dan mengidentifikasi kecemasan.
- b. Menganalisis kekuatan dan kelemahan diri.
- c. Mengumpulkan data tentang klien.
- d. Merencanakan pertemuan pertama dengan klien

#### 2. Tahap Perkenalan/Orientasi

Tugas perawat dalam tahapan ini adalah:

- a. Membina rasa saling percaya, menunjukkan penerimaan, dan komunikasi terbuka.
- b. Merumuskan kontrak (waktu, tempat pertemuan, dan topik pembicaraan) bersama-sama dengan klien dan menjelaskan atau mengklarifikasi kembali kontrak yang telah disepakati bersama.
- c. Menggali pikiran dan perasaan serta mengidentifikasi masalah klien yang umumnya dilakukan dengan menggunakan teknik komunikasi pertanyaan terbuka
- d. Merumuskan tujuan interaksi dengan klien.

### 3. Tahap Kerja

Tahap kerja merupakan tahap yang terpanjang dalam komunikasi terapeutik karena di dalamnya perawat dituntut untuk membantu dan mendukung klien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya dan kemudian menganalisis respons ataupun pesan komunikasi verbal dan nonverbal yang disampaikan oleh klien. Dalam tahap ini pula perawat mendengarkan secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu membantu klien untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh klien, mencari penyelesaian masalah, dan mengevaluasinya.

### 4. Tahap Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dan klien. Tahap terminasi dibagi dua, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat dan klien, setelah hal ini dilakukan perawat dan klien masih akan bertemu kembali pada waktu yang berbeda sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati bersama. Sedangkan terminasi akhir dilakukan oleh perawat setelah menyelesaikan seluruh proses keperawatan.

## **2.6 Konsep Adaptasi Stress**

### **2.6.1 Pengertian Adaptasi Stress**

Stress merupakan suatu kondisi yang berasal dari adanya perubahan lingkungan baik internal maupun eksternal individu yang diamsusikan sebagai suatu yang mengancam (Zaini, 2019).

Menurut buku keperawatan jiwa (Widiyawati, 2020) tiga tahapan dalam mengukur potensial yang mengandung stress yaitu :

- a. Pengukuran primer : menggali persepsi individu terhadap masalah
- b. Pengukuran sekunder : mengkaji kemampuan seseorang untuk mengatasi masalah
- c. Pengukuran tersier : berfokus pada perkiraan keefektifan perilaku coping dalam mengurangi dan menghadapi ancaman

### **2.6.2 Etiologi Adaptasi Stress**

Menurut (Yusuf et al., 2015) dalam buku ajar kesehatan keperawatan jiwa, etiologi adaptasi stress ada beberapa penyebab antara lain:

#### **a. 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. Adapun macam-macam faktor predisposisi meliputi hal sebagai berikut.

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

## b. 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. 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. Jalan masuk adalah seseorang yang baru memasuki lingkungan sosial. Keinginan sosial adalah keinginan secara umum seperti pernikahan.

### 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, serta *overload* yang dihubungkan dengan peran.

## 2.7 Literature Review

No.	Judul	Desain penelitian	Responden	Variabel	Instrumen	Hasil

1.	<p>Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur.</p> <p>Biyani Tazqiyatus Sudia, Hadi Abdillah S.Kep., Ns., MMRS, Ernawati Hamidah, M.Kep (2021)</p>	Desain studi kasus	1 responden	<p>1. Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam</p> <p>2. Pengontrolan Marah Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan</p>	Pengumpulan data menggunakan pemberian intervensi melalui observasi, wawancara dan dokumentasi	<p>1. Intervensi keperawatan yang diberikan yakni teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengontrolan marah.</p> <p>2. Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengontrolan marah pada orang gangguan jiwa dengan risiko perilaku kekerasan yang dilakukan selama 3 kali kunjungan.</p>
2.	<p>Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi</p> <p>Vevi Suryenti Putri, Restia Mella N dan Salvita Fitrianti (2018)</p>	Desain <i>pre-experimental</i> dengan <i>one group pre-test and post test design</i>	20 responden	<p>1. Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik</p> <p>2. Pasien Resiko Perilaku Kekerasan</p>	Pengumpulan dengan teknik proporsional random sampling observasi langsung pada pasien	<p>1. Untuk melihat apakah ada pengaruh terapi komunikasi terapeutik terhadap pasien resiko perilaku kekerasan.</p> <p>2. Penelitian menunjukkan sebelum dilakukan terapi komunikasi terapeutik diketahui sebagian besar responden mempunyai perilaku yang kurang baik (maladaptif) dengan mean 40.50 dan diberikan terapi komunikasi terapeutik</p>

						<p>diketahui terjadi peningkatan skor perilaku yang lebih baik (adaptif) dengan mean 43,90.</p> <p>3. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi komunikasi terapeutik dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan-p-value 0,013 (p-value &lt;0,05).</p>
3.	<p>Pemberian <i>Rational Emotive Behavior Therapy</i> Dalam Mengontrol Perilaku Agresif Pada Pasien Perilaku Kekerasan.</p> <p>Rilarahmawati Thalib,</p>	Desain <i>quasi eksperiment</i>	128 responden	<p>1. Pemberian <i>Rational Emotive Behavior Therapy</i></p> <p>2. Mengontrol Perilaku Agresif Pada Pasien Perilaku Kekerasan</p>	-	<p>1. Empat artikel teridentifikasi dalam tinjauan ini menunjukkan bahwa sebelum diberikan terapi REBT sebagian besar pasien tidak mampu mengontrol perilaku agresif ditandai dengan tingginya rerata skor risiko perilaku agresif baik kognitif, afektif, sosial maupun fisiologis, namun setelah terapi REBT sebagian besar pasien mampu mengontrol perilaku agresif ditandai dengan perubahan yang signifikan pada gejala risiko</p>

						<p>perilaku kekerasan yang dialami pasien.</p> <p>2. Pemberian REBT secara signifikan dapat meningkatkan kemampuan pasien perilaku kekerasan dalam mengontrol perilaku agresif ditandai dengan perubahan respon kognitif, afektif, sosial dan fisiologis pada pasien.</p>
4.	<p>Efektifitas Terapi Spiritual Wudhu Untuk Mengontrol Emosi Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Ika Kusuma Wardhani, Anis Prabowo, Grahita Bara Brilianti (Jurnal Tens: Trends of Nursing Science Vol 1 No. 1 tahun 2020)</p>	Desain studi kasus	2 orang pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan dan pasien beragama islam selama 6 kali pertemuan	<p>1. Efektifitas terapi spiritual wudhu</p> <p>2. Mengontrol emosi pada pasien resiko perilaku kekerasan</p>	<p>format asuhan keperawatan jiwa, buku panduan, NANDA, NOC dan NIC, alat tulis, lembar observasi, SOP wudhu</p>	<p>selama 6 hari membiasakan berwudhu, pasien dapat merasakan manfaat wudhu bagi fisik maupun psikis karena wudhu yang dimaknai pasien sebagai adanya perasaan nyaman, damai, tenteram, bahagia karena dapat terjaga dan terhindar dari hal-hal yang negatif, terhindar dari amarah yang berlebihan, adanya perasaan tenang karena mendapat kemudahan untuk beribadah setiap saat. Ketenangan itu berupa</p>

						ketenangan pada aspek kognitif, afektif dan spiritual pasien
5.	<p>Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Penerapan Terapi Suportif Asertif Untuk Menurunkan Nilai Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia</p> <p>Gustin Ananda1 , Sekani Niriayah (Jurnal Ners Volume 7 Nomor 1 Tahun 2023 Halaman 797-803)</p>	desain quasi eksperiment pre-post test	2 orang pasien	<p>1. Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>2. Penerapan Terapi Suportif Asertif Untuk Menurunkan Nilai Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia</p>	<p>memberikan terapi kelompok suportif Asertif ini menggunakan modul atau pedoman untuk melaksanakan terapi kelompok suportif Asertif, yang dimodifikasi oleh peneliti dengan mempertimbangkan kebutuhan data dalam penelitian dilakukan selama 4 hari, pada hari pertama dilakukan pre-test dan diakhiri dengan post-test pada hari ke-4</p>	<p>Berdasarkan hasil pre test dan post test pada ny. R, dan Nn. L ditemukan perubahan pada respon perilaku, respon sosial, dan respon kognitif Setelah dilakukan penerapan komunikasi asertif. Hal ini menunjukkan perubahan pada respon perilaku, sosial, kognitif, dan fisik, dimana setelah mendapatkan terapi komunikasi asertif klien mampu berpikir lebih rasional sehingga mampu mengontrol marahnya</p>

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan yang dimulai pada tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 12-16 Desember 2022 di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan data sebagai berikut:

#### **3.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Desember 2022 di Ruang Flamboyan RS Jiwa Menur Surabaya dengan sumber informasi yaitu klien, dan rekam medis. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 7 Desember 2022.

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Klien adalah Ny D.W seorang perempuan berusia 38 tahun beragama Islam. Pasien adalah anak ke 1 dari 1 bersaudara. Klien adalah seorang janda dengan 1 orang anak. Klien tinggal bersama keluarganya di Surabaya. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Desember 2022 pada pukul 10.00 WIB, klien di rawat pada tanggal 7 Desember 2022. Anamnesa diperoleh dari klien dan rekam medis.

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

Pada saat pengkajian klien mengatakan datang ke IGD Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur diantar oleh ayahnya pada tanggal 7 Desember 2022 pukul 14.05 WIB dikarenakan marah-marah. Klien marah-marah sejak 2 bulan terakhir, namun ayahnya masih berusaha sabar. Klien marah apabila ada yang mengusik hatinya misal sesuatu yang tidak sesuai keinginannya. Klien akan marah

dengan mengomel, jika mengomel bisa sepanjang hari, dan sulit dihentikan hingga membanting barang. Sebelum dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur, klien bertengkar dengan anaknya laki-laki berusia 18 tahun hingga membanting kipas ke arah anaknya. Saat di IGD klien dilakukan tindakan pemeriksaan TTV didapatkan TD: 152/103 mmHg, Nadi: 84 x/menit, Suhu: 36,2 celcius, SPO2: 98 x/menit. Klien juga dilakukan kolaborasi pemberian psikofarmaka, foto thorax di dapatkan hasil pulmo batas normal, pengambilan sampel swab didapatkan hasil negatif, dan pemberian injeksi lodomer 1amp/IM kemudian klien dipindahkan ke ruangan Flamboyan untuk perawatan.

### **3.1.3 Keluhan Utama**

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan emosinya tidak terkontrol, Klien marah apabila ada yang mengusik hatinya misal jika melihat apa yang tidak disukainya dan jika makanan yang tidak disukainya. Sebelum dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur, klien bertengkar dengan anaknya laki-laki berusia 18 tahun hingga membanting kipas ke arah anaknya Klien tampak mondar mandir, gelisah dan bicara keras dengan intonasi tinggi.

### **3.1.4 Faktor Predisposisi**

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu :

Saat pengkajian klien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa mulai dari sekitar tahun 2020. Terdapat Data dari rekam medis menunjukkan klien rutin melakukan kontrol atau rawat jalan setiap bulannya, terakhir klien melakukan rawat jalan pada tanggal 18 Agustus 2022.

2. Pengobatan sebelumnya :

Tidak berhasil, klien mengatakan saat dirumah tidak teratur minum obat karena klien merasa dirinya sudah sembuh dan tidak marah-marah lagi.

3. Pengalaman :

Klien mengatakan pernah menjadi korban kekerasan dalam keluarga yaitu pamannya saat klien berusia 15 tahun. Klien selalu dimarahin dan terkadang dipukul oleh pamannya tanpa memberitahu kesalahan klien, mengakibatkan klien merasa tidak aman jika pamannya datang kerumahnya. Klien mengatakan menjadi pelaku kekerasan kepada anaknya saat klien berusia 36 tahun, anaknya dimarahin hingga dipukul karena klien merasa anaknya nakal.

**Masalah keperawatan : Regimen Terapeutik Tidak Efektif.**

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa :

Dalam rekam medis pasien di dapatkan data tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :

Klien mengatakan saat klien sekolah SMK mengalami kejadian yang tidak diinginkan yaitu hamil dengan pacarnya dan cerai dengan suaminya tersebut karena diambil orang, pernah dianiaya oleh pamannya mengakibatkan klien merasa tidak aman jika pamannya datang kerumah, dan ibunya meninggal akibat stroke pada tahun. 2021. Saat klien diberi pilihan mana yang paling tidak menyenangkan diantara kejadian-kejadian tersebut, klien memilih pernah dianiaya oleh pamannya.

**Masalah keperawatan : Sindrom Pasca Trauma**

### 3.1.5 Pemeriksaan Fisik

#### 1. Tanda Vital

Tekanan darah : 130/90 mmHg

Nadi : 106x/mnt

Suhu : 36,2 celcius

Pernapasan : 20 x/menit

#### 2. Ukur

TB : 150 cm                      BB : 54 kg

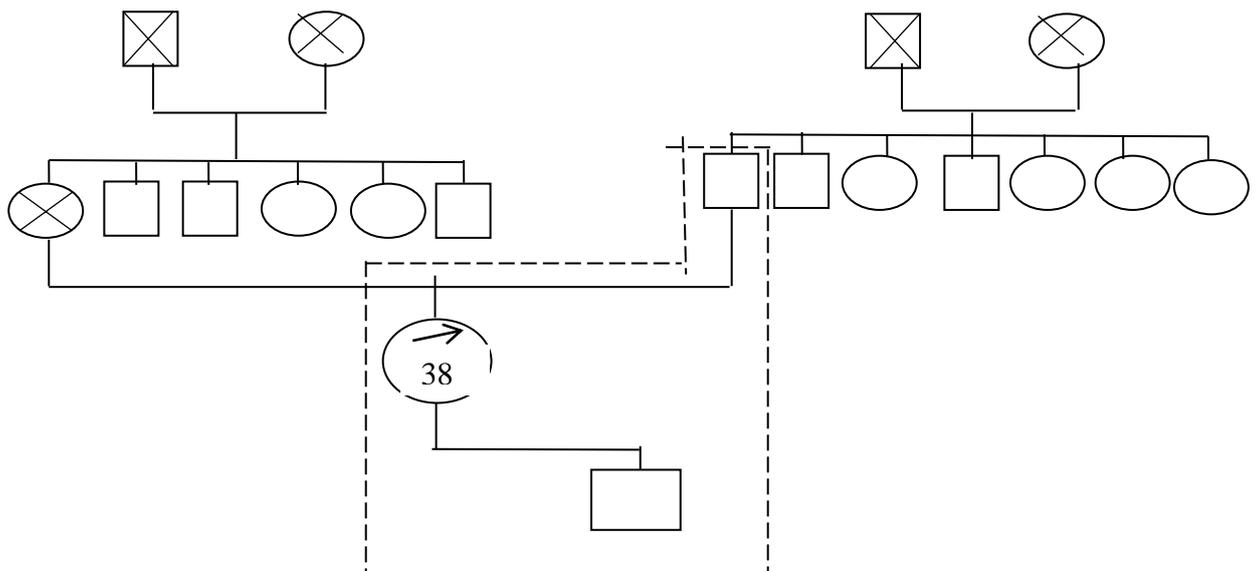
#### 3. Keluhan Fisik

Klien mengatakan kaki nya sakit linu akibat jatuh dari tempat tidur, kaki kanan klien tampak lebam.

**Masalah keperawatan : Gangguan Integritas Kulit**

### 3.1.6 Psikososial

#### 1. Genogram



Gambar 3. 1 Genogram Keluarga Klien

Keterangan :



: Laki-laki



: Pasien



: Perempuan

.....: Tinggal serumah



: Meninggal

Jelaskan : Klien adalah anak tunggal dan tidak memiliki saudara, klien tinggal serumah dengan ayah dan anaknya. Pengambilan keputusan pada saat klien sakit yaitu ayahnya saat klien harus dibawa ke RS Jiwa Menur untuk mendapatkan pengobatan. Hubungan klien dengan keluarganya sering bertengkar akibat pamannya menghasut ayahnya. Paman sebagai pelaku kekerasan tinggal di rumah klien saat jam kerja dan pulang jika selesai bekerja.

Klien mengatakan anak tunggal dan tidak memiliki saudara. Klien mengatakan berstatus janda karena suaminya direbut orang, memiliki anak kandung berjenis kelamin laki-laki berusia 18 tahun. Klien tinggal bersama ayah dan anaknya.

### **Masalah Keperawatan : Koping Keluarga Tidak Efektif**

#### 2. Konsep diri

##### a. Gambaran diri

Klien mengatakan senang dengan bentuk tubuhnya, namun paling disukai yaitu wajahnya dan merasa bersyukur tidak ada kelainan lain.

##### b. Identitas

Klien mengatakan namanya D.W berjenis kelamin perempuan, klien menyebutkan usianya 38 tahun, klien mengatakan bahwa dirinya seorang janda mempunyai 1 anak laki-laki karena suaminya direbut

orang. Tempat tinggal di Surabaya. Klien mengatakan pendidikan terakhirnya hanya SMK.

c. Peran

Klien mengatakan sadar perannya sebagai seorang ibu bagi anaknya. Klien tidak puas akan perannya dikarenakan klien saat ini tidak bekerja karena kondisi yang dialaminya, klien menyadari seharusnya bekerja dan mencari nafkah untuk ayah dan anaknya.

d. Ideal diri

Klien mengatakan berharap cepat sembuh dan pulang kerumah agar bisa bekerja kembali demi membiayai anaknya.

e. Harga diri

Klien mengatakan dirinya malu karena sebagai seorang ibu tetapi dirinya tidak bekerja dan menjadi beban keluarganya akibat memiliki sakit seperti ini.

**Masalah keperawatan : Gangguan konsep diri : Harga diri rendah**

3. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti

Klien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah orang tuanya karena orang tuanya yang selalu menolong klien dalam kesusahan, orang tuanya juga yang mengobati klien walaupun klien memiliki penyakit jiwa. Klien mengatakan menceritakan keluhan kesahnya kepada ayahnya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Klien mengatakan saat dirumah mengikuti kegiatan masyarakat yaitu mengikuti senam setiap hari minggu dan pengajian setiap hari kamis.

Klien mengatakan saat dirumah sakit aktif mengikuti kegiatan kelompok dan senam.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Saat pengkajian klien mengatakan saat di RSJ Menur mudah bergaul dengan temannya, klien mampu berinteraksi dengan teman sekamarnya

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan bahwa dirinya menganut agama islam dan pasien juga percaya adanya Tuhan

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan melakukan ibadah yaitu sholat 5 waktu saat berada dirumah maupun di Rumah Sakit Jiwa Menur

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

**3.1.7 Status Mental**

1. Penampilan

Saat pengkajian klien tampak menggunakan pakaian rumah sakit dengan rambut yang berantakan

**Masalah keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

2. Pembicaraan

Saat dilakukan pengkajian klien bernada bicara keras dengan intonasi yang cepat

**Masalah keperawatan : Kerusakan Komunikasi Verbal**

3. Aktivitas motorik

Klien tampak selalu mondar mandir di sekitar tempat tidur dengan wajah tegang dan gelisah

**Masalah keperawatan : Resiko Mencederai Diri dan Orang Lain**

4. Alam perasaan

Saat pengkajian klien mengatakan emosi pingin marah terhadap keluarganya jika mengingat kejadian dirumah. Klien juga mengatakan ingin pulang karena bosan di rumah sakit.

**Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan**

5. Afek

Saat pengkajian afek klien labil karena saat mengobrol dan bercerita raut wajahnya mudah berubah-ubah dari sedih, marah, dan tertawa terbahak-bahak dalam satu waktu

**Masalah keperawatan : Kerusakan komunikasi**

6. Interaksi selama wawancara

Saat pengkajian klien tampak kooperatif, kontak mata tajam, tegang, terlihat gelisah dan suara jelas tetapi nada keras

**Masalah keperawatan : Kerusakan Komunikasi Verbal**

7. Persepsi halusinasi

Klien mengatakan saat dirumah mendengarkan suara-suara aneh di malam hari yang menyuruhnya memukul anaknya karena anaknya nakal, namun selama di rumah sakit klien tidak pernah mendengarkan suara-suara aneh.

**Masalah keperawatan : Resiko Gangguan Persepsi Sensori :**

**Halusinasi Pendengaran**

8. Proses pikir

Saat pengkajian klien selalu menceritakan kekesalannya terhadap keluarga dan orang sekitar. Saat bercerita klien selalu mengulangi kata “emosi aku” mangkel aku”. Klien tampak berbelit-belit dalam bercerita tetapi sampai pada tujuan pembicaraan.

**Masalah keperawatan : Gangguan Proses Pikir**

9. Isi Pikir

Saat pengkajian klien selalu menceritakan kekesalannya terhadap keluarganya dan orang sekitar. Klien tidak mengalami gangguan isi pikir seperti : waham, obsesi, phobia, pikiran yang magis

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

10. Tingkat kesadaran `

Saat pengkajian klien sadar bahwa dirinya saat ini berada di Rumah Sakit Jiwa Menur karena bertengkar hingga membanting kipas kepada anaknya, klien mampu menyebutkan waktu, tempat, dan nama orang yang dikenalnya

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### 11. Memori

Saat pengkajian klien mampu mengingat semua kejadian yang dialaminya dan menceritakan kembali tentang hidupnya. Klien mengatakan terakhir marah hingga membanting barang saat dirumah sebelum dibawa ke RSJ Menur. Saat ditanya tentang sekarang tahun berapa dan dibawa kesini dengan siapa, klien mengatakan “tahun 2022 bulan desember”, selain itu klien mengatakan “saya kesini dibawa oleh ayah saya”.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### 12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Saat pengkajian klien dapat berhitung angka dengan tepat, klien dapat menjawab soal pejumlahan dengan benar yaitu lima tambah dann klien mampu menjawab “sepuluh”. Klien juga sangat berkonsentrasi dengan baik serta mudah diarahkan

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### 13. Kemampuan penilaian

Pada kemampuan penilaian klien dapat membuat keputusan yang sederhana tanpa dibantu orang lain seperti saat diberi pertanyaan mandi dulu atau membersihkan tempat tidur terlebih dahulu dan klien menjawab dengan mengatakan “membersihkan tempat tidur dahulu”

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### 14. Daya tilik diri

Saat pengkajian klien menyadari dirinya berada di Rumah Sakit jiwa Menur untuk menjalani pengobatan. Klien juga mengatakan “saya seperti ini karena keluarga saya, ayah saya mendidik saya keras seperti ini”

**Masalah keperawatan : Ketidakefektifan Regimen Terapeutik**

**3.1.8 Kebutuhan Persiapan Pulang**

1. Kemampuan klien memenuhi / menyediakan kebutuhan

Dalam pengkajian kebutuhan persiapan pulang didapatkan klien mampu memenuhi dan menyediakan kebutuhan seperti makan, pakaian, transportasi dan tempat tinggal. Dalam memenuhi kegiatan hidup sehari-hari klien mampu merawat diri dengan tanpa bantuan seperti mandi, makan, buang air besar, buang air kecil, mengganti pakaian. klien juga mampu memenuhi kebutuhan nutrisi seperti makan sehari minimal 3 kali sehari. Klien juga mengetahui setelah pulang dari rumah sakit jiwa harus selalu teratur minum obat.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

2. Kegiatan hidup sehari-hari

- c. Perawatan diri

klien mengatakan bahwa dirinya mampu mandi, makan, BAB/BAK dan mengganti pakaian dilakukan secara mandiri

Jelaskan : Klien mampu melakukan mandi, menyikat gigi, cuci rambut dan gunting kuku sendiri atau secara mandiri. Saat observasi klien BAK dan membasuh wajah sebelum bertemu perawat mahasiswa. Kuku kaki maupun kuku tangan klien tampak bersih dan pendek.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

- d. Nutrisi

- 1) Apakah anda puas dengan pola makan anda ?      YA
    - 2) Apakah anda makan memisahkan diri ?              TIDAK

Jelaskan : pasien mengatakan puas dengan pola makannya

- 3) Frekuensi makan sehari 3 kali sehari
- 4) Frekuensi udapan sehari 3 kali sehari
- 5) Nafsu makan meningkat dengan BB SMRS 53 kg, BB MRS 54 kg
- 6) Diet khusus : klien mengatakan memiliki alergi ikan tongkol dan pindang mengakibatkan gatal-gatal

Jelaskan : Klien tampak lahap saat makan, menghabiskan 1 porsi makanannya dan klien mendapatkan makan 3 kali sehari.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

e. Tidur

Saat pengkajian klien mengatakan memiliki masalah pada pola tidurnya, klien mengatakan “tidur saya tidak nyenyak, karena teman sebelah saya ini ramai bikin saya terbangun”. Klien mengatakan segar setelah bangun tidur. Saat siang hari klien tidak melakukan tidur siang. Saat tidur malam klien mengatakan tidur jam 20.00 WIB sampai jam 04.30 WIB, klien juga mengatakan “sebelum saya tertidur, saya biasanya membaca Al-Quran, Surat Al-Khafi terlebih dahulu hingga mengantuk kemudian membaca doa tidur”.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

3. Kemampuan pasien dalam

Pasien mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri dan membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri. Klien mengatakan tidak mengetahui obat apa saja yang klien konsumsi dan apa manfaat obat tersebut. Klien belum

mampu melakukan pemeriksaan kesehatan. Pemeriksaan kesehatan klien dilakukan oleh perawat dan dokter yang bertanggung jawab.

**Masalah keperawatan : Ketidakefektifan Regimen Terapi**

4. Klien memiliki sistem pendukung

Klien memiliki sistem pendukung yaitu orang tua klien sendiri dengan data subjektif sebagai berikut klien mengatakan “saya kira orang tua saja jahat ternyata cuman orang tua saya yang menolong saya disat saya tidak memiliki apa-apa saat ini”. Klien mengatakan bahwa dirinya diolok-olok oleh tetangganya karena orang gila. Klien juga mengatakan bahwa orang tuanya selalu menyuruh pasien untuk kontrol dan teratur minum obat sebelum dirinya masuk RSJ ini, tetapi pasien tidak pernah mendengarkan itu karena klien merasa dirinya sudah sembuh. Akhirnya pasien masuk kembali di Rumah Sakit Jiwa Menur akibat marah-marrah.

**Masalah keperawatan : Resiko kekambuhan**

5. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi.

Saat pengkajian klien mengatakan bahwa dirinya dulu pernah bekerja sebagai pembantu rumah tangga, namun pada saat ini klien hanya melakukan hobinya yaitu mengurus rumah dan masak-masak.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

**3.1.9 Mekanisme koping**

Saat pengkajian klien mengatakan jika ada masalah seperti itu biasanya saya marah-marrah, mengomel sepanjang hari dan sulit dihentikan hingga membanting barang dirumah

## **Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif**

### **3.1.10 Masalah psikososial dan lingkungan**

a. Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan saat di rumah diolok-olok oleh tetangganya dan tidak ada yang mempercayainya karena memiliki penyakit jiwa

b. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan saat di lingkungan rumah dirinya malu karena diolok-olok oleh tetangga karena memiliki penyakit jiwa. Selama di rumah sakit mengenal teman sekamarnya, klien tampak mengikuti kegiatan senam dan mengikuti instruksi perawat.

c. Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan pendidikan terakhirnya hanya SMK saja dan tidak lanjut sekolah karena mengalami kejadian yang tidak diinginkan yaitu hamil dengan pacarnya.

d. Masalah dengan pekerjaan

Pasien mengatakan dulu pernah bekerja sebagai pembantu rumah tangga, tetapi sekarang klien tidak bekerja.

e. Masalah dengan perumahan

Pasien mengatakan tinggal serumah bersama dengan ayah dan anaknya.

f. Masalah dengan ekonomi

Klien mengatakan tidak bekerja, klien merasa malu seharusnya klien bekerja dan mencari nafkah untuk ayah dan anaknya

g. Masalah dengan pelayanan kesehatan

pasien tampak kooperatif saat diberikan pelayanan kesehatan, klien

mengatakan berobat dengan menggunakan BPJS

- h. Masalah lainnya, spesifik : klien mengatakan dianiaya oleh pamannya tanpa memberitahu kesalahan apa yang diperbuat, klien merasa tidak aman berada di rumah, jika pamannya datang kerumah

**Masalah keperawatan :**

- **Harga Diri Rendah,**
- **Sindrom Pasca Trauma,**
- **Koping Individu Tidak Efektif**

### **3.1.11 Pengetahuan Kurang Tentang**

Saat pengkajian tentang penyakit jiwa serta obat-obatannya dan pencetus penyakit jiwanya pasien mengatakan tidak tau.

**Masalah Keperawatan : Kesiapan Peningkatan Pengetahuan**

### **3.1.12 Data Lain-Lain :**

- a) *Swab Rapid Antigen (7 Desember 2022) : Negative*
- b) Radiologi Foto *Thorax* (7 Desember 2022) : Cor & Pulmo batas Normal

### **3.1.13 Aspek Medis**

**Diagnosa medik : (F25.2) Skizoafektive, Mixed Type**  
**(Z91.1) Hormone Sensitive Malignancy Status**

**Terapi Medik :**

**Terapi dari dr. Esther Haryanto, SPKJ**

Tabel 3.1 Aspek Medis Pada Klien

No.	Nama Obat	Dosis Obat	Indikasi Obat
1.	Inj. Lodomer	5 mg/ml 1 amp IM	untuk mengatasi gejala psikosis pada gangguan mental, seperti skizofrenia dan taurete sindrom (penyakit neuropsikiatrik yang membuat penderita mengucapkan atau melakukan gerakan spontan tanpa bisa mengontrolnya)
2.	Divalproex Sodium ER	500 mg 1 x sehari (pagi)	Untuk mengatasi episode manik akut/campuran dari gangguan bipolar/ tanpa psikosis
3.	DBHCHT/ Trifluoperazine	5 mg 2 x sehari (pagi dan malam)	Untuk mengatasi gangguan kecemasan, mual muntah, dan mengurangi perilaku agresif serta keinginan untuk menyakiti diri sendiri dan orang lain
4.	DBHCHT/ Soroquin XR	400 mg 1 x sehari (malam)	Untuk mengembalikan keseimbangan mental dan suasana hati

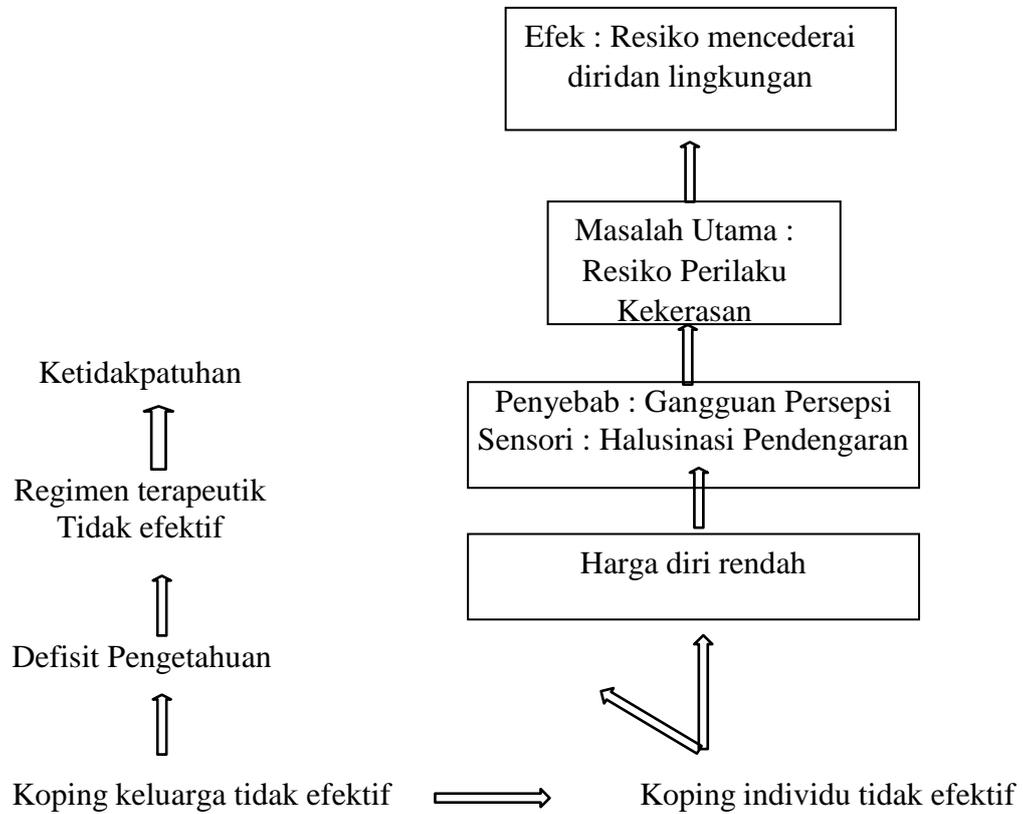
### **3.1.14 Daftar Masalah Keperawatan**

- a. Regimen Terapeutik Tidak Efektif
- b. Sindrom Pasca Trauma
- c. Gangguan Integritas Kulit
- d. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
- e. Koping Keluarga Tidak Efektif
- f. Defisit Perawatan Diri
- g. Kerusakan Komunikasi Verbal
- h. Perilaku Kekerasan
- i. Resiko Perilaku Kekerasan
- j. Resiko Mencederai Diri dan Orang Lain
- k. Kerusakan Komunikasi
- l. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- m. Gangguan Proses Pikir
- n. Resiko Kekambuhan
- o. Koping Individu Tidak Efektik
- p. Kesiapan Peningkatan Pengetahuan

### **3.1.15 Diagnosa Keperawatan Utama**

Resiko Perilaku Kekerasan

### 3.2 Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah Klien Resiko Perilaku Kekerasan

### 3.3 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data Pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan

<b>Hari/ Tanggal</b>	<b>Analisa Data</b>	<b>Masalah</b>	<b>TT Perawat</b>
12 Desember 2022	<p><b>Ds :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan terakhir kali sebelum dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur, klien bertengkar dengan anaknya laki-laki berusia 18 tahun sambil membanting kipas ke arah anaknya</li> <li>2. Klien mengatakan merasa kesal jika mengingat kejadian di rumah</li> <li>3. Klien mengatakan marah apabila ada yang mengusik hatinya misal sesuatu yang tidak sesuai keinginannya</li> <li>4. Klien mengatakan saat dirumah mendengarkan suara-suara aneh di malam hari yang menyuruhnya memukul anaknya karena anaknya nakal, namun selama di rumah sakit</li> </ol>	Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI, D.0146, Hal. 312)	<b>SINTA</b>

	<p>klien tidak pernah mendengarkan suara-suara aneh</p> <p><b>Do :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak mondar-mandir di sekitar tempat tidur</li> <li>- Klien tampak tegang</li> <li>- Tatapan mata klien tampak tajam</li> <li>- Intonasi bicara klien keras dengan nada yang tinggi</li> </ul>		
12 Desember 2022	<p><b>Ds :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. korban kekerasan dalam keluarga yaitu pamannya saat klien berusia 15 tahun. Klien selalu dimarahin dan terkadang dipukul oleh pamannya tanpa memberitahu kesalahan klien, mengakibatkan klien merasa tidak aman jika pamannya datang kerumahnya.</li> <li>2. Klien mengatakan tidak aman berada di rumah jika pamannya datang kerumahnya</li> </ol> <p><b>Do :</b></p>	<p>Sindrom Pasca Trauma (SDKI, D.0104, Hal. 226)</p>	<b>SINTA</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak ketakutan dan gelisah jika menceritakan tentang pengalamannya</li> <li>- Klien tampak tegang</li> </ul>		
12 Desember 2022	<p><b>Ds :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan saat di lingkungan rumah dirinya malu karena diolok-olok oleh tetangga karena memiliki penyakit jiwa</li> <li>2. Klien mengatakan dirinya malu karena sebagai seorang ibu tetapi dirinya tidak bekerja dan menjadi beban keluarganya akibat memiliki sakit seperti ini.</li> </ol> <p><b>Do :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Klien berbicara dengan nada yang keras</li> <li>- Kontak mata klien tampak kurang</li> </ul>	Harga Diri Rendah (SDKI, D.0087, Hal 194)	<b>SINTA</b>

### 3.4 Rencana Keperawatan

Nama Klien : Ny. D.W Nama Mahasiswa : Sinta Idelia Bidayah  
 No. RM : Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya  
 Bangsal/Tempat : Ruang Flamboyan

Tabel 3.3 Rencana Keperawatan Pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
1.	12/12/2021	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengidentifikasi penyebab marah dan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1	1. Pasien mau dan mampu bersalamandengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu relaksasi, tarik nafas dalam 3. Pasien sangat kooperatif dan	<b>SP 1</b>  1. Bina hubungan salingpercaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik  2. Identifikasi risiko perilaku kekerasanpasien.  3. Anjurkan pasienn	1. Dengan melakukanhubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya  2. Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala,

			<p><b>SP 1</b></p> <p><i>Kognitif :</i></p> <p>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu memahami penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p>	<p>antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</p> <p>4. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>mengungkapkan apayang dialami dan dirasakan saat emosi</p> <p>4. Bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab perasaanemosi</p> <p>5. Bantu pasien untuk mengobservasi tanda dan gejala marah yang dialami</p> <p>6. Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yangdilakukan oleh pasien</p> <p>7. Melatih pasien dengan cara fisik 1:relaksasi tarik nafas dalam</p> <p>8. Anjurkan pasien untuk</p>	<p>cara mengatasi dan akibat dari resiko perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya</p> <p>3. Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengancara fisik 1 dan tidak pada orang lain untuk mengontrol dirinyadari emosi</p> <p>4. Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan</p>
--	--	--	---	---	--	---

		<p><b><i>Psikomotor :</i></b></p> <p>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara fisik 1 yaitu : relaksasi, tarik nafas dalam</p> <p><b><i>Afektif :</i></b></p> <p>1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</p>		<p>mencatat tindakan yang telah diberikan perawat</p>	
--	--	--	--	---	--

			3. Pasien mampu membedakan perasaan sebelumnya dan sesudah latihan			
2.	13/112/2021	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2  <b>SP 2</b>  <b>Kognitif :</b>  1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat  2. Pasien mampu memahami	1. Pasien mau dan mampu bersalam dengan perawat  2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur  3. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat  4. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang	<b>SP 2</b>  1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya yaitu pasien mampu mempraktikkan cara fisik 1 yaitu: relaksasi, tarik nafas dalam  2. Melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal dan kasur  3. Anjurkan pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya  2. Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar  3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan

		<p>penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p><b><i>Psikomotor :</i></b></p> <p>1. Pasien mampu dan mau bersalaman dengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara fisik</p>	<p>dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>2 yaitu : Pukulbantal/kasur</p> <p><b>Afektif :</b></p> <p>1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikutisesei latihan yang diajarkan perawat</p> <p>2. Pasien mampu merasakan manfaatdari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</p>			
--	--	--	---	--	--	--

3.	14/12/2021	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara berbicara dengan baik <b>SP 3</b>  <b>Kognitif :</b>  1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat  2. Pasien mampu memahami penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan  3. Pasien mampu menyebutkan penyebab	1. Pasien mau dan mampu bersalam dengan perawat  2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan marah dengan cara bicara yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik  3. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat  4. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan	<b>SP 3</b>  1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya yaitu pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur  2. Latih pasien dengan verbal yang baik seperti : Meminta dengan baik, Menolak dengan baik, Mengungkapkan perasaan dengan baik  3. Anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian	1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya  2. Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar  3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan
----	------------	------------------------------	--	--	--	--

		<p>resiko perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p><b>Psikomotor :</b></p> <p>1. Pasien mau dan mampu bersalamandengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan marah dengan carabicara yang baik (meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)</p>	<p>5. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p><b>Afektif :</b></p> <p>1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikutisesei latihan yang diajarkan perawat</p> <p>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</p>			
4.	15/12/2021	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan	<p>1. Pasien mau dan mampu bersalamandengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku</p>	<p><b>SP 4</b></p> <p>1. Evaluasi masalah danlatihan sebelumnya: pasien mampu mengontrol resiko perilaku</p>	<p>1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</p> <p>2. Membantu pasien agar</p>

			<p>dengan cara spiritual</p> <p><b>SP 4</b></p> <p><b>Kognitif :</b></p> <p>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu memahami penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari</p>	<p>kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah</p> <p>3. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat</p> <p>4. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</p> <p>5. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>6. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan</p>	<p>kekerasan dengan cara fisik 3 yaitu: berbicara dengan baik</p> <p>2. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan berdoa dan beribadah, menganjurkan pasien sholat 5 waktu untuk meredakan rasa marahnya</p> <p>3. Anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian</p>	<p>terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar</p> <p>3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan</p>
--	--	--	--	--	--	---

			<p>tindakan yang dilakukan</p> <p><b>Psikomotor :</b></p> <p>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan ibadah</p> <p><b>Afektif :</b></p> <p>1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan</p>	sesudah latihan		
--	--	--	--	-----------------	--	--

			perawat  2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan  3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan			
--	--	--	---	--	--	--

5.	16/12/2021	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual  <b>SP 5</b>  <b>Kognitif :</b>  1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat  2. Pasien mampu memahami penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan  3. Pasien mampu menyebutkan penyebab	1. Pasien mau dan mampu bersalam dengan perawat  2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat  3. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat  4. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan  5. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan	<b>SP 5</b>  1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya: pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan latihan cara spiritual beribadah (sholat 5 waktu dan berdoa)  2. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur, mengajarkan dan pasien mengenal jenis obat yang dikonsumsi dan menjelaskan efek samping obat  3. Anjurkan pasien memasukkan	1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya  2. Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar  3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan
----	------------	------------------------------	--	--	--	--

		<p>resiko perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p><b>Psikomotor :</b></p> <p>1. Pasien mau dan mampu bersalam dengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara patuh atau teratur minum obat</p> <p><b>Afektif :</b></p> <p>1. Pasien sangat kooperatif</p>		dalam kegiatan harian	
--	--	--	--	-----------------------	--

			<p>dan antusias mengikutisesei latihan yang diajarkan perawat</p> <p>2. Pasien mampu merasakan manfaatdari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</p>			
--	--	--	--	--	--	--



		<p>2. Mengidentifikasi akibat resiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>4. Melatih klien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan fisik 1 (nafas dalam)</p> <p>5. Membimbing klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>dan melihat apa yang tidak disukainya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan biasanya akan marah dengan mengomel, jika mengomel bisa sepanjang hari, dan sulit dihentikan hingga membanting barang.</li> <li>- Klien mengatakan setelah mengomel sepanjang hari hingga membanting, klien merasa sedikit lega mbak, klien menyadari barang yang dibanting jadi rusak</li> <li>- Klien mengatakan menjadi lebih rileks setelah melakukan latihan nafas dalam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien kooperatif dan antusias</li> <li>- Klien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, akibat dan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan</li> </ul>	
--	--	---	--	--

			<p>dengan cara fisik 1 (tarik nafas dalam)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu mengikuti dan mempratikkan tarik nafas dalam dengan bantuan perawat</li> </ul> <p>A : Sp 1 teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 2</p>	
13 Desember 2022	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya yaitu SP 1</li> <li>2. Melatih klien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 (memukul bantal/kasur)</li> <li>3. Membimbing klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa menerapkan cara fisik tarik nafas dalam</li> <li>- Klien mengatakan bisa melakukan pukul bantal dan dapat menerapkannya untuk latihan selanjutnya</li> <li>- Klien mengatakan merasa lebih lega setelah melampiaskan marah dengan memukul bantal</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien kooperatif, dan antusias</li> </ul>	SINTA

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien berbicara masih dengan nada tinggi dan suara keras</li> <li>- Pasien mampu mempraktekkan kembali latihan mengontrol marah yang telah diajarkan kemarin yaitu nafas dalam</li> <li>- Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan pukul kasur dan bantal dikamar dengan bantuan</li> </ul> <p>A : SP 2 teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 3</p>	
14 Desember 2022	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya yaitu SP 2</li> <li>2. Melatih klien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara verbal (meminta, menolak, dan mengungkapkan marah secara baik)</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan perasaanya agak lega saat melakukan kembali kegiatan pukul bantal</li> <li>- Klien mengatakan sudah paham mengontrol marah dengan bicara yang baik</li> </ul>	SINTA

		<p>3. Membimbing klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan “saya praktekkan lagi yang mbak ajarkan ya, mbak tolong ambilkan saya selimut, maaf saya tidak bisa melakukannya, saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu membikin hati saya sakit”</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien kooperatif, dan antusias</li> <li>- Pasien berbicara masih dengan nada tinggi dan suara keras</li> <li>- Wajah klien tampak tegang</li> <li>- Pasien mampu mempraktekkan kembali latihan mengontrol marah yang telah diajarkan kemarin yaitu memukul bantal</li> <li>- Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan mengontrol marah secara verbal dengan berbicara yang baik</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>didampingi perawat</p> <p>A : SP 3 teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 4</p>	
15 Desember 2022	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya yaitu SP 3</li> <li>2. Melatih klien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara spiritual (berdoa, berwudhu, sholat)</li> <li>3. Membimbing klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan agamanya islam</li> <li>- Klien mengatakan rutin melakukan kegiatan ibadah yaitu sholat dan mengaji</li> <li>- Klien mengatakan lebih tenang dan damai setelah melakukan sholat</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak kooperatif</li> <li>- Klien berbicara dengan intonasi nada yang rendah dan lembut</li> <li>- Klien terlihat lebih tenang dari sebelumnya</li> <li>- Klien terlihat sholat berjamaah dengan teman sekamarnya</li> </ul>	SINTA

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak mengaji sesudah sholat</li> <li>- Klien mampu mempraktekkan kembali latihan mengontrol marah yang telah diajarkan kemarin yaitu berbicara baik</li> <li>- Klien mampu mengikuti dan mempraktikkan mengontrol marah spiritual dengan berbicara yang baik didampingi perawat</li> </ul> <p>A : SP 4 teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 5</p>	
16 Desember 2022	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya yaitu SP 4</li> <li>2. Melatih klien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan minum obat (prinsip 5 benar minum obat)</li> <li>3. Membimbing klien memasukkan</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan dulu saat dirumah jarang meminum obat, namun saat di RS Jiwa Menur rutin meminum obat</li> <li>- Klien mengatakan jika sudah pulang kerumah akan rutin meminum obat</li> <li>- Klien mengatakan jika tidak meminum</li> </ul>	SINTA

		dalam jadwal kegiatan harian	<p>obat emosinya menjadi tidak terkontrol, dan bila meminum obat merasa lebih tenang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak kooperatif</li> <li>- Klien tampak fokus memperhatikan saat dijelaskan tentang obat</li> <li>- Klien tampak minum obat secara teratur sesudah makan</li> <li>- Klien mampu mempraktekkan kembali semua latihan mengontrol marah yang telah diajarkan yaitu nafas dalam, memukul bantal, berbicara baik, dan melakukan kegiatan ibadah</li> <li>- Klien mampu mengikuti dan mempraktikkan mengontrol marah dengan meminum obat didampingi</li> </ul>	
--	--	------------------------------	---	--

			<p>perawat</p> <p>A : SP 5 teratasi</p> <p>P : Perawat menilai kemampuan klien yang telah mandiri dan memasukkan kedalam jadwal harian klien. Masalah teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Perawatan dilanjutkan dengan keluarga. Pasien KRS dijemput oleh keluarganya jam 14.00</li><li>- Kontrol 1 minggu tanggal 20 Desember 2022</li><li>- Obat yang dikonsumsi di rumah: Divalproex Sodium ER 500mg 1-0-0 Trifluoperazine 5mg 2x sehari (pagi dan malam) Soroquin XR 4mg 0-0-1</li></ul>	
--	--	--	---	--



## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan jiwa Asuhan Keperawatan Jiwa Pada pada Pasien Ny D.W dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis *Skizoffective Mixed Type* Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang di laksanakan mulai tanggal 12 Desember 2022 sampai dengan 16 Desember 2022. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan klien, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya kepada klien dengan perkenalan dan menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan kepada klien, sehingga klien dapat terbuka dan kooperatif.

Data yang di didapatkan pasien bernama Ny. D.W berjenis kelamin perempuan berusia 38 tahun. Menurut (Wijayati et al., 2020) menjelaskan tindakan keperawatan yang dilakukan pertama kali setelah membina hubungan saling percaya dengan klien adalah membantu dan mendorong klien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien. Penulis berasumsi dengan melakukan pendekatan kepada klien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu klien untuk memecahkan perasaannya

dan juga melakukan observasi kepada klien. Dari data fakta dan teori, penulis menyakini terdapat kesamaan antara fakta dan teori didapatkan bahwa sering mondar-mandir, tampak gelisah dan tegang, tatapan mata klien tampak tajam, berbicara dengan nada yang keras, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.

Pada pengkajian Ny. D.W didapatkan riwayat dahulu yaitu pasien sudah pernah rawat di Rumah Sakit Jiwa Menur di mulai dari tahun 2020 dan rutin melakukan rawat jalan setiap bulan. Data subyektif pada pasien saat dikaji mengatakan dirinya di bawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya karena bertengkar dengan anaknya hingga membanting kipas, klien mengatakan akan marah apabila ada yang mengusik hatinya seperti sesuatu yang tidak sesuai dengan keinginannya. Klien juga mengatakan merasa kesal jika mengingat kejadian dirumah.. Ditunjukkan pada data obyektif saat pengkajian klien terlihat mondar-mandir di sekitar tempat tidur, tegang, gelisah, tatapan mata tajam dan intonasi bicara keras dengan nada tinggi.

Dalam faktor predisposisi di dapatkan riwayat gangguan jiwa di masa lalu mulai dari tahun 2020. Pengobatan yang dilakukan kurang berhasil karena saat dirumah klien tidak teratur meminum obat yang diberikan dengan alasan klien merasa dirinya sudah sembuh dan tidak ada marah-marah lagi. Adapun pengalaman pasien yang tidak menyenangkan seperti menjadi korban kekerasan dalam keluarga saat klien masih kecil hingga sekarang mengakibatkan klien merasa tidak aman jika pamannya datang kerumahnya dan klien juga mengatakan saat duduk dibangku SMK mengalami kejadian yang tidak diinginkan yaitu hamil diluar nikah dengan pacarnya.

Pada pengkajian konsep diri pada pasien didapatkan gambaran diri pasien menyukai anggota tubuhnya terutama pada wajahnya dan merasa bersyukur tidak ada kelainan lain. Pada peran klien mengatakan Klien tidak puas akan perannya dikarenakan klien saat ini tidak bekerja karena kondisi yang dialaminya, klien menyadari seharusnya bekerja dan mencari nafkah untuk ayah dan anaknya. Pada harga diri klien mengatakan malu karena sebagai seorang ibu tetapi dirinya tidak bekerja dan menjadi beban keluarganya akibat memiliki sakit seperti ini. Pada alam perasaan didapatkan klien masih emosi dan ingin marah terhadap keluarganya jika mengingat kejadian di rumah. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut dapat disimpulkan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka nyata, tidak ada kesenjangan, sehingga penulis menegakkan diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Sesuai dengan pohon masalah diagnosa keperawatan utama yaitu Resiko Perilaku Kekerasan. Dibuktikan dengan pasien intonasi bicara keras dengan nada tinggi, tatapan mata tajam dan wajah tampak tegang. Faktor yang didapatkan pada pohon masalah resiko perilaku kekerasan yaitu *causa* atau etiologi adalah gangguan konsep diri : harga diri rendah dan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, *core problem* resiko perilaku kekerasan akan menimbulkan *Effect* yaitu resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Resiko perilaku kekerasan disebabkan keadaan dimana seseorang pernah atau mempunyai riwayat melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan baik fisik, verbal, emosional atau seksual.

Berdasarkan diagnosa pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan kesenjangan pada masalah keperawatan yang timbul pada tinjauan kasus, yaitu : harga diri rendah, resiko perilaku kekerasan, coping keluarga tidak efektif, coping individu tidak efektif, ketidakpatuhan dan regimen terapeutik tidak efektif. Kesamaan yang timbul antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ialah masalah coping individu tidak efektif dikarenakan klien tidak dapat dengan mudah memecahkan masalah yang terjadi pada klien, klien langsung marah dan mengomel sepanjang hari hingga membanting barang-barang dirumah.

### **4.3 Rencana Keperawatan**

Tindakan yang dilakukan perawat dalam mengurangi resiko perilaku kekerasan salah satunya adalah dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). SP merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan perawat, dan dampak apabila tidak diberikan SP akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungannya (Sujarwo & PH, 2019).

Tindakan keperawatan dengan pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan terdiri dari : SP 1 (pasien) : membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal penyebab resiko perilaku kekerasan, membantu klien dalam mengenal tanda dan gejala dari resiko perilaku kekerasan, melatih pasien dengan latihan fisik 1 relaksasi tarik napas dalam. SP 2 (pasien) : mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, membantu klien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal atau kasur, menganjurkan klien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP 3 (pasien) : mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, membantu klien mengontrol resiko perilaku kekerasan secara verbal seperti menolak dengan baik atau meminta

dengan baik, menganjurkan klien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP 4 (pasien) : mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara sholat atau berdoa, menganjurkan klien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP 5 (pasien) : mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, membantu klien dalam meminum obat secara teratur (Shifa & Aisyah Safitri, 2021).

#### **4.4 Tindakan Keperawatan**

Dalam pelaksanaan proses asuhan keperawatan yang di laksanakan klien kooperatif, dimana pelaksanaan pada SP 1 BHSP pasien sudah terbentuk dan pasien sudah mampu untuk menjelaskan apa saja tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan, serta mengidentifikasi gejala resiko perilaku kekerasan. Pada pelaksanaan intervensi pada tinjauan kasus SP 2 yaitu klien mampu mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, klien mampu mengikuti perawat untuk dalam melatih mengontrol cara fisik 2 yaitu latihan pukul bantal dan kasur, anjurkan pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

SP 3 adalah klien mampu mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian sebelumnya, klien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan secara verbal seperti menolak dengan baik atau meminta dengan baik, anjurkan pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada SP 4 yaitu adalah klien mampu mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian sebelumnya, klien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa dan sholat. Dan pada SP 5 klien mampu mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian sebelumnya, klien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan rutin meminum obat yang diberikan dan mengerti nama obat yang dikonsumsi serta manfaatnya.

Penulis mampu untuk melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. D.W dimulai pada tanggal 12 Desember 2022 sampai 16 Desember 2022 dengan mengaplikasikan 5 SP.

#### **4.5 Evaluasi**

Tinjauan kasus evaluasi di rumah sakit dilakukan setiap hari selama pasien dirawat, sehingga dapat terpantau respon klien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Penulis melakukan evaluasi dengan melihat respon klien, kemudian di dokumentasikan dalam format SOAP.

Pada tanggal 12 Desember 2022 penulis melakukan bina hubungan saling percaya sebelum memberikan tindakan keperawatan, pada hari pertama penulis mengkaji tanda dan gejala, mengetahui kemampuan pasien, menjelaskan pengertian resiko perilaku kekerasan, melatih kegiatan sesuai kemampuan dan menilai kemampuan yang telah dilakukan, menerapkan cara fisik pertama yaitu teknik relaksasi nafas dalam. Pada hari kedua tanggal 13 Desember 2022 mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan sebelumnya lalu mengajarkan cara fisik kedua dengan pukul bantal/ kasur. Pada hari ketiga pada tanggal 16 Desember 2022 penulis mengajarkan cara mengontrol marah ketiga dengan komunikasi verbal dengan baik. Pada hari keempat tanggal 17 Desember mengajarkan pasien cara mengontrol dengan spiritual seperti beribadah dan berdoa. Pada evaluasi hari terakhir tanggal 16 Desember 2022 mengajarkan pasien mengontrol dengan minum obat secara teratur. Pasien mampu dan mau melakukan latihan yang telah diberikan hingga memasukkan ke dalam jadwal hariannya agar dapat mengontrol marah. Perawatan dilanjutkan dengan keluarga. Klien KRS dijemput oleh keluarganya jam 14.00 dan kontrol 1 minggu tanggal 20 Desember

2022. Obat yang dikonsumsi klien di rumah yaitu Divalproex Sodium ER 500mg 1-0-0, Trifluoperazine 5mg 2x sehari (pagi dan malam), dan Soroquin XR 4mg 0-0-

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melaksanakan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada klien dengan kasus Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan.

#### **5.1 Kesimpulan**

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Ny T.A dengan diagnosa medis *Skizoffective Mixed Type* didapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya memang sudah pernah masuk Rumah Sakit Jiwa Menur. Dengan tanda dan gejala pasien marah-marah, membanting barang, pasien terlihat tegang dan gelisah, kontak mata kurang, tatapan tajam/sinis, dan berbicara dengan intonasi keras.
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan pada pasien Ny D.W dengan diagnosa medis *Skizoffective Mixed Type* didapatkan tiga permasalahan aktual (1) gangguan konsep diri : harga diri rendah, (2) resiko perilaku kekerasan dan (3) Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Dengan masalah keperawatan utama yaitu resiko perilaku kekerasan.

3. Perencanaan tindakan keperawatan jiwa yang muncul pada Ny D.W meliputi: Pada SP 1 klien membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan, mengungkapkan penyebab perasaan emosi, melatih klien dengan latihan fisik 1: relaksasi napas dalam. Pada SP 2 klien mengevaluasi pelaksanaan di jadwal harian, melatih klien dengan cara fisik 2 yaitu latihan pukul bantal dan kasur. SP 3 evaluasi kegiatan klien pada jadwal harian, melatih klien dengan verbal yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik. Pada SP 4 evaluasi kegiatan kliem pada jadwal harian, melatih klien cara mengontrol marah secara spiritual dengan berdoa dan beribadah (sholat). Pada SP 5 evaluasi kegiatan klien pada jadwal harian, latih klien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan minum obat secara benar dan teratur.
4. Pada pelaksanaan keperawatan jiwa Ny D.W dilaksanakan mulai tanggal 12 Desember 2022 sampai 16 Desember 2022 dengan menggunakan rencana keperawatan yang disusun 5 hari tersebut terlaksana sesuai rencana. Klien mampu mengendalikan resiko perilaku kekerasannya
5. Pada evaluasi keperawatan jiwa Ny. D.W didapatkan hasil evaluasi yang melihat dari tiga aspek yaitu aspek psikomotor, aspek kognitif dan aspek afektif yang dimana klien sudah dapat melakukan pengendalian resiko perilaku kekerasan. Penulis menilai bahwa klien dapat melakukan kegiatan jadwal harian yang telah diberikan dengan mandiri namun harus tetap dengan pengawasan.

6. Dilakukan pendokumentasian dengan tindakan keperawatan menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP) yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah resiko perilaku kekerasan pada klien Ny. N, yang dilaksanakan mulai tanggal 12 Desember 2022 sampai dengan 16 Desember 2022

## **5.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas, selanjutnya penulis akan memberikan beberapa saran yang dapat dipertimbangkan, sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

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

3. Bagi Diklat Lahan

Untuk dilakukannya home visite atau kunjungan rumah pasien dengan surat izin dari pihak RSJ Menur dan pendampingan perawat yang bertugas

#### 4. Bagi Perawat

Untuk menambah ilmu dan kiat proses keperawatan sehingga pada saat menerapkan tindakan keperawatan secara profesional dan hendaknya meningkatkan komunikasi terapeutik terhadap klien sehingga asuhan keperawatan dapat tercapai

#### 5. Bagi Mahasiswa

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

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Muhith. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi. In *CV Andi Offset* (p. 447). CV Andi Offset.
- Anisa, D. L., Budi, A. S., & Suyanta, S. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa: Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jendela Nursing Journal*, 5(2), 106–110. <https://doi.org/10.31983/jnj.v5i2.7578>
- Azizah, Zainuri, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. *Indomedia Pustaka*, 674. [http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Buku\\_Ajar\\_Keperawatan\\_Kesehatan\\_Jiwa\\_Teori-dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf](http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Buku_Ajar_Keperawatan_Kesehatan_Jiwa_Teori-dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf)
- Dinkes. (2021). Profil Kesehatan 2021. In *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur*.
- Dr. Mochamad Hafidin Ilham, S. A. (2020). Laporan Tahunan 2020 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur. *Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur*, 1(69), 31–36.
- Dwi Prastya, F., & Pratiwi, A. (2017). Mekanisme Koping Pada Pasien Perilaku Kekerasan Dengan Risiko Menciderai Orang Lain Dan Lingkungan. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 24.
- Dwiranto, U., Nunung Rachmawati, & Sutedjo. (2021). Study of Perceptual Sensory Disorders : A Case Study of Schizoaffective Patient. *Health Media*, 2(2), 11–16. <https://doi.org/10.55756/hm.v2i2.61>
- Eriyani, F., Nababan, D., & Sembiring, R. (2022). Terapi Aktivitas Kelompok ( TAK ) Stimulasi Persepsi dengan Peningkatan Perubahan Perilaku Kekerasan pada Klien Skizofrenia di Ruang Jiwa Rumah Sakit Umum Datu Beru Takengon Aceh Tengah. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 8(1), 242–250.
- Hawari. (2018). Manajemen Stres dan Depresi. In *Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Jacob N. Miller, MD, P. (2020). Schizoaffective disorder : A challenging diagnosis. *Current Psychiatry*, 19, 18. <https://doi.org/10.12788/cp.0020>
- Keliat, B. A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. In *EGC*. EGC.
- Kristyaningsih, P. (2021). Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang Rawat Inap. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 10(8), 173–180. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Lesmana, C. B. J. (2017). Buku Panduan Belajar Koas Ilmu kedokteran jiwa. In *Udayana University Pres*.
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda

- dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Marwati, S., Fabrication, L., & Materials, M. (2019). Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Di Ruang Tenang Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat Dan Klinik Utama Kesehatan Jiwa Hurip Waluya Sukajadi Bandung Jawa Barat. *Jurnal Kesehatan Aeromedika*, 5.
- Mashudi, S. (2021). Asuhan Keperawatan Skizofrenia. In *Global Aksara Pres* (Issue Juni, pp. 1–23).
- Maslim, R. (2013). Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5. In *Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya, Jakarta*.
- Mauila, A., & Aktifah, N. (2021). Literature Review : Gambaran Penerapan Terapi Assertiveness Training Terhadap Penurunan Resiko Perilaku Kekerasan. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan*, 1, 1314–1322. <https://doi.org/10.48144/prosiding.v1i.830>
- Noosha Niv, PhD, Bonnie Zucker, PhD, Nikki Frousakis, PhD, Kim Mueser, PhD, Christopher Reist, MD, M. (2016). What Is Schizoaffective Disorder? *Mental Illness Research, Education And Clinical Center*, 12.
- Nurhalimah. (2018). *Modul Ajar Konsep Keperawatan Jiwa*. Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI).
- Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189. <https://doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>
- PRESIDENT DILIP V. JESTE, M. D. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Putri, K. Y. S. (2021). Komunikasi Kesehatan. In *Rajawali Pers*. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- Rades, M., Wulan, A. J., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2016). Skizoafektif Tipe Campuran Schizoaffective Disorder Mixed Type. *J Medula Unila*, 5.
- Shifa, N. A., & Aisyah Safitri. (2021). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan pada Orang dengan Gangguan Jiwa dengan Perilaku Kekerasan. *Journal of Nursing Education and Practice*, 1(01), 18–21. <https://doi.org/10.53801/jnep.v1i01.10>
- Siregar, N. S. S. (2021). Komunikasi Terapeutik Bernuansa Islami. *Scopindo Media Pustaka*, 1–146. [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=PfAvEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA102&dq=komunikasi&ots=is\\_wEO2beI&sig=biCFX3lpKTm4l0DrT1UaCeVUPZc](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=PfAvEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA102&dq=komunikasi&ots=is_wEO2beI&sig=biCFX3lpKTm4l0DrT1UaCeVUPZc)

- Suerni, T., & PH, L. (2019). Respons Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 1(1), 41–46. <https://doi.org/10.37287/jppp.v1i1.16>
- Sujarwo, S., & PH, L. (2019). Studi Fenomenologi : Strategi Pelaksanaan Yang Efektif Untuk Mengontrol Perilaku Kekerasan Menurut Pasien Di Ruang Rawat Inap Laki Laki. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 29. <https://doi.org/10.26714/jkj.6.1.2018.29-35>
- Untari, S. N., & Irna, K. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Widiyawati, W. (2020). Keperawatan Jiwa. *Literasi Nusantara*.
- Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., & Akhmad, A. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gangguan Jiwa. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 12(2), 224–235. <https://doi.org/10.36990/hijp.v12i2.234>
- Wiranto, A. (2022). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan. *Universitas Muhammadiyah Ponorogo*, 8.5.2017, 2003–2005. <http://eprints.umpo.ac.id/7070/%0Ahttp://eprints.umpo.ac.id/7070/5/bab2.pdf>
- Yani, F. (2015). Kelainan Mental Manik Tipe Skizoafektif Fitri Yani Mental Disorder Manic Type Schizo affective. *Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung*, 4, 65–68.
- Yusuf, A. ., Fitryasari, R., & Endang Nihayati, H. (2015). Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366.
- Zaini, M. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial Di Pelayanan Klinis Dan Komunitas. In *Budi Utama* (p. 171). Budi Utama. <https://doi.org/9786232095809>

**LAMPIRAN****Lampiran 1 *CURRICULUM VITAE***

Nama : Sinta Idelia Bidayah  
NIM : 1810094  
Program Studi : S-1 Keperawatan  
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 15 Oktober 2000  
Alamat : Jl. Ngagel Dadi 1/63 Surabaya  
Agama : Islam  
Email : [shintaidel15@gmail.com](mailto:shintaidel15@gmail.com)

**Riwayat Pendidikan**

- |   |                    |
|---|--------------------|
| 1. TK Istiqbal Surabaya                     | Lulusan tahun 2006 |
| 2. SD Negeri Ngagel Rejo 1 Surabaya         | Lulusan tahun 2012 |
| 3. SMP Negeri 13 Surabaya                   | Lulusan tahun 2015 |
| 4. SMA Muhammadiyah 2 Surabaya              | Lulusan tahun 2018 |
| 5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya | Lulusan tahun 2022 |

## Lampiran 2 Moto dan Persembahan

### MOTO DAN PERSEMBAHAN

**“Jangan hanya tertarik dengan apa yang dicapai orang sukses, tapi tertariklah dengan air mata yang mereka keluarkan demi mencapainya”**

### PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan baik. Skripsi ini saya persembahkan untuk: 1.

1. Terimakasih kepada Allah SWT yang telah memberikat nikmat dan kesehatan sampai saat ini sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi dengan tepat waktu.
2. Terimakasih kepada kedua orang tua saya, Bapak Subiyanto dan Ibu Tri Hidayati beserta keluarga besar yang senantiasa memberikan dukungan dan motivasi dalam keadaan apapun, serta kasih sayang yang telah diberikan..
3. Terimakasih kepada ibu dosen pembimbing 1 dan 2 yang telah membimbing saya dengan penuh kesabaran dan memberikan ilmu serta waktunya kepada saya dalam penyusunan skripsi.
4. Terimakasih kepada sahabat-sahabat saya yang telah senantiasa memotivasi dan menemani saya dalam segala keadaan senang maupun duka.

**Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan****STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN****(SP 1)**

Pertemuan : Ke-1

Hari/ Tanggal : Senin, 12 Desember 2022

Nama Pasien (Inisial) : Ny. D.W

Ruangan : Flamboyan

**A. Proses Keperawatan**

## 1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak memakai baju pasien dengan rambut yang berantakan
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif,
- c. Pasien mampu menjawab semua pertanyaan saat wawancara.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

## 3. Tujuan Umum

Pasien dapat berinteraksi untuk membina hubungan saling percaya dan mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 1 : Relaksasi tarik nafas dalam.

## 4. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya
- b. Pasien mampu mengenali penyebab, tanda dan gejala serta akibat saat marahnya muncul
- c. Pasien dapat mengetahui cara mencegah dan mengontrol perilaku kekerasannya

d. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 1, relaksasi tarik nafas dalam

5. Tindakan Keperawatan

SP 1 :

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- 3) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 4) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
- 5) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- 6) Mengidentifikasi cara mengendalikan perilaku kekerasan
- 7) Memperaktikkan latihan cara mengendalikan dengan tehnik nafas dalam

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi bu”, “Perkenalkan saya Sinta mahasiswa perawat dari STIKES Hang Tuah, saya yang bertugas di ruang Flamboyan ini. Apakah saya boleh berkenalan dengan ibu? Nama ibu siapa? Dan senang dipanggil apa?”. “Baik, saya panggil bu D saja ya.”

b. Evaluasi/ Validasi

“Apa yang bu D rasakan hari ini?” “Sudah berapa lama bu merasa kesal dan apa yang sudah dilakukan ibu D untuk mengatasinya?”  
 “Kalau boleh saya tau yang menyebabkan ibu D marah itu apa?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

Topik : “Bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang perasaan marah ibu dan cara mengendalikannya ?

Waktu : Waktunya hanya 30 menit saja bu.”

Tempat : “Ibu ingin mengobrol dimana? Di tempat tidur atau di ruang tengah?”

2. Fase Kerja

- a. “Apa yang menyebabkan ibu D bisa marah? Apakah ada penyebab lain? coba bisa di ceritakan apa yang dirasakan ibu D saat marah”

- b. "Saat ibu D marah, apakah dada ibu berdebar-debar, nada suara tinggi, dan mata melotot bahkan mengepalkan tangan?"
  - c. "Setelah itu apa yang ibu lakukan saat marah? Apakah ibu D seperti memukul, menyakiti diri sendiri atau merusak barang?"
  - d. "Apakah dengan cara itu amarah ibu berkurang atau selesai? Dan apa akibat dari tindakan yang ibu lakukan itu?"
  - e. "Menurut ibu adakah cara lain yang lebih baik untuk mengontrol emosi? Maukah Ibu belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?"
  - f. "Baiklah sekarang saya akan mengajarkan cara mengontrol perasaan marah dengan latihan fisik 1 bu yaitu nafas dalam. Nah caranya seperti ini bu, jika ibu merasa emosi yang pertama ibu duduk dengan rileks, tarik nafas panjang perlahan dari hidung, lalu tahan sebentar, dan keluarkan secara perlahan dari mulut sambil mengucapkan "astagfirullah" seperti menghembuskan kekesalan. Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama. Ya benar seperti itu bu, sekarang coba ibu praktekkan sendiri."
  - g. "Bagus sekali ibu sudah bisa melakukannya, latihan hari ini kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan mengontrol marah yang pertama ya bu. Latihan yang ibu lakukan barusan itu bagus jika dilakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul ibu sudah bisa melakukannya"
3. Fase Terminasi
- a. Evaluasi Subyektif "Bagaimana perasaan ibu D setelah berbincang-bincang dengan saya tentang perasaan marah yang ibu rasakan dan belajar cara mengontrolnya?"
  - b. Evaluasi Obyektif "Coba jelaskan kembali penyebab ibu D bisa marah?" "Kalau perasaan marah muncul, apa yang ibu D harus lakukan? Coba ibu pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi."
  - c. ) Rencana Tindak Lanjut : "Baiklah, Bagaimana kalau besok kita belajar mengontrol marah dengan memukul bantal atau kasur?"
  - d. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

Topik : “Sementara cukup di sini dulu ya, pembicaraan kita. Saya senang Ibu mau mengobrol dengan saya.” “Baik, bagaiman kalau besok kita mengobrol lagi tentang mengatasi marah dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/ kasur ya bu D” “

Tempat : “Dimana kita bisa mengobrol kembali besok bu?”

Waktu : “Bagaimana kalau saya datang kembali untuk menemui Ibu besok? “Jam 09.00 WIB ya, Bu. Kita akan ngobrol kira-kira 15 menit ya. Baik, saya permisi dulu, Ibu bisa melanjutkan kegiatan yang lainnya terimakasih ya atas waktunya”

## STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

### (SP 2)

Pertemuan : Ke-2

Hari/ Tanggal : Selasa, 13 Desember 2022

Nama Pasien (Inisial) : Ny. D.W

Ruangan : Flamboyan

#### A. Proses Keperawatan

##### 1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara
- c. Pasien mampu menjawab semua pertanyaan saat wawancara.

##### 2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

##### 3. Tujuan Umum

Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 2 : Pukul bantal/kasur.

##### 4. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu mengontrol marah dengan cara fisik 1 yang telah diajarkan
- b. Pasien mampu mengidentifikasi akibat perilaku marahnya
- c. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 2, pukul bantal/kasur

##### 5. Tindakan Keperawatan

SP 2 : Membantu pasien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (pukul bantal/kasur)

## B. Strategi Komunikasi

### 1. Fase Orientasi

#### a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi ibu D, masih ingat nama saya siapa?” “Ya benar saya Sinta.”

#### b. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Adakah sesuatu hal yang membuat ibu kesal?”

#### c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

Topik : “Baik, sesuai janji kita yang kemarin kita akan latihan cara yang kedua”

Waktu : Waktunya tidak lama bu, hanya 15 menit saja bu.”

Tempat : Tempatnya dimana bu untuk kita berbincang hari ini?

### 2. Fase Kerja

a. “Ibu masih ingat yang saya ajarkan kemarin? Saya ingin ibu melakukannya kembali cara mengontrol marah dengan nafas dalam

b. “Apakah ibu tau cara lain untuk mengontrol emosi secara fisik selain nafas dalam? Saya akan mengajarkan cara yang berbeda yaitu memukul bantal/kasur. Jad jika ibu kesal atau ingin marah, ibu dapat melampiaskannya dengan memukul bantal/kasur di kamar. Nah, coba Ibu lakukan, pukul kasur dan bantal. Ya, bagus sekali Ibu melakukannya”

c. : “Cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika perasaan marah bu D muncul. Jangan lupa untuk merapikan kembali tempat tidurnya dan memasukkan latihan ini ke jadwal harian ibu ya

### C. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif “Bagaimana perasaan ibu D setelah melakukan latihan cara fisik 2 tadi?”

b. Evaluasi Obyektif “Sampai hari ini ibu sudah mengetahui 2 cara mengontrol marah. Coba ibu praktekan lagi 2 cara tersebut. Nah bagus sekali ibu sudah melakukan latihan yang telah diberikan dengan benar.”

- c. ) Rencana Tindak Lanjut : “Sekarang ibu D sudah bisa ya menerapkan cara fisik 1 dan 2 yang telah diajarkan. Kalau perasaan marah muncul coba mas pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi.” “Untuk selanjutnya apakah ibu mau belajar mengungkapkan rasa marah dengan cara verbal yang baik seperti: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik.”
- d. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)
- Topik : “Besok kita akan belajar cara mengontrol marah yang lainnya ya bu yaitu secara verbal
- Tempat : “Silahkan ibu pilih tempatnya untuk besok”
- Waktu : “Waktunya sekitar 15 menit ya bu, besok saya kesini siang hari jam 13.00 WIB ya bu”

## STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

### (SP 3)

Pertemuan : Ke-3

Hari/ Tanggal : Rabu, 14 Desember 2022

Nama Pasien (Inisial) : Ny. D.W

Ruangan : Flamboyan

#### A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien
  - a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
  - d. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara
  - e. Pasien mampu menjawab semua pertanyaan saat wawancara.
2. Diagnosa Keperawatan  
Resiko Perilaku Kekerasan
3. Tujuan Umum  
Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 3 yaitu menggunakan verbal yang baik seperti: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik.
4. Tujuan Khusus
  - a. Pasien mampu mendemonstrasikan satu cara marah yang konstruktif
  - b. Pasien mampu mendemonstrasikan cara fisik 3 (mengungkapkan perasaan, meminta dan menolak dengan baik)
5. Tindakan Keperawatan  
SP 3 :
  1. Bantu pasien mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu menolak dan meminta dengan baik serta mengungkapkan perasaan dengan baik
  2. Susun jadwal latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal

## B. Strategi Komunikasi

### 1. Fase Orientasi

#### a. Salam Terapeutik “

“Halo Selamat siang Ibu D, apa kabar bu?”

#### b. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan Ibu sekarang?” “Bagaimana Bu, sudah dilakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal?” “Kalau sudah, dipertahankan ya Bu latihannya.”

#### c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

Topik : “Hari ini kita latihan cara lain untuk menyalurkan marah Ibu, yaitu dengan cara mengungkapkan sesuatu dengan cara yang baik kepada orang yang dianggap bermasalah dengan Ibu ya”

Waktu : Waktunya tidak 15 menit saja bu.”

Tempat : Silahkan ibu pilih tempatnya, ibu lebih nyaman dimana?

### 2. Fase Kerja

#### a. “Ibu masih ingat yang saya ajarkan kemarin? Apa saja bu? Coba ibu lakukan saya mau melihatnya.” “ Betul sekali bu, ternyata ibu masi mengingatnya”

#### b. “Nah sekarang kita akan belajar tentang bagaimana mengontrol marah dengan cara 3 yaitu mengungkapkan verbal dengan baik”

“Sekarang kita latihan cara bicara yang baik bila sedang marah. Ada tiga caranya Bu, yaitu :

- Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, misalnya: ‘Bu, tolong ambilkan saya air minum itu’. Coba Ibu praktekan. Bagus Bu”.
- Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan Ibu tidak ingin melakukannya, katakan: ‘Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan’.
- Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal, Ibu dapat mengatakan: ‘ Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu’ “Coba Ibu praktekan. Bagus Bu”

- c. : “Coba masukkan dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta makan, minta dan meminta obat, dll. Begitu juga dengan latihan tarik nafas dalam, latihan pukul bantal/kasur. Jangan lupa untuk memasukkan latihan harian juga ya”
3. Fase Terminasi
    - a. Evaluasi Subyektif “Baiklah, tidak terasa sudah 15 menit waktu berlalu. Kita sudah dulu pertemuan hari ini. Bagaimana perasaan ibu setelah belajar dengan saya?”
    - b. Evaluasi Obyektif “ayo kita ulas kembali cara-cara mengontrol marah yang telah diajarkan, coba ibu sebutkan dan praktekkan ya”.
    - c. Rencana Tindak Lanjut : “bagaiman kalau besok kita mengobrol lagi tentang mengatasi marah dengan cara spiritual.
    - d. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

Topik : “Baiklah, besok kita belajar mengatasi marah dengan cara spiritual ya bu”

Tempat : “Untuk empatnya ibu saja yang menentukan, ibu besok mau dimana tempatnya untuk belajar?

Waktu : “Butuh waktu berapa lama kira-kira akan mengobrol? Bagaimana jika 15 menit bu?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN****(SP 4)**

Pertemuan : Ke-4

Hari/ Tanggal : Kamis, 15 Desember 2022

Nama Pasien (Inisial) : Ny. D.W

Ruangan : Flamboyan

**A. Proses Keperawatan**

1. Kondisi Pasien
  - a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
  - b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara
  - c. Pasien mampu menjawab semua pertanyaan saat wawancara.
2. Diagnosa Keperawatan  
  
Resiko Perilaku Kekerasan
3. Tujuan Umum  
Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 4 yaitu dengan spiritual: beribadah dan berdoa.
4. Tujuan Khusus
  - a. Pasien mampu mengontrol dan mengendalikan marahnya secara spiritual.
  - b. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 4 secara spiritual
5. Tindakan Keperawatan  
SP 4 : Membantu pasien latihan cara 4 yaitu dengan spiritual : beribadah (sholat 5 waktu) dan berdoa

## B. Strategi Komunikasi

### 1. Fase Orientasi

#### a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi ibu D”

#### b. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan ibu hari ini ? masih ada perasaan kesal atau marah?”

#### c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

Topik : “Hari ini jadwal kita belajar cara mengontrol marah secara spiritual ya bu”

Waktu : Waktunya 15 menit, bagaimana bu?”

Tempat : Tempatnya apakah ibu sudah memilih dimana? Di tempat tidur atau di ruang tengah?

### 2. Fase Kerja

#### a. “Apa ibu masih ingat cara-cara yang suda saya ajarkan untuk mengontrol marah?”

#### b. “Coba Ibu ceritakan kegiatan ibadah apa yang biasa Ibu lakukan?” “Bagus” “Baiklah, saya akan memberitahu ibu cara mengontrol dengan spiritual. Jad ibu dapat mengatasi marah dengan sholat dan berdoa. Jika belum reda juga, ibu dapat segera mengambil air wudhu dan mengaji”

#### c. Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadwal kegiatan ibu. Ibu bisa melakukan ibadah secara teratur untuk meredakan kemarahan

### 3. Fase Terminasi

#### a. Evaluasi Subyektif “Bagaimana perasaan ibu D setelah melakukan latihan secara spiritual yaitu dengan sholat dan berdoa?”

#### b. Evaluasi Obyektif “Coba mas sebutkan kembali cara spiritual yang dapat dilakukan untuk mengontrol marah?” Nah bagus sekali ibu jawabannya sudah benar, setelah ini coba bu D lakukan sholat sesuai jamnya ya.”

#### c. Rencana Tindak Lanjut : “Karena ibu sudah dapat mempraktekkan cara mengontrol marah secara fisik, verbal maupun spiritual. Besok

kita akan membicarakan cara penggunaan obat yang benar untuk mengontrol rasa marah Ibu ya”

d. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

Topik : “Bagaimana kalau besok kita akan membicarakan cara penggunaan obat yang benar untuk mengontrol rasa marah Ibu, setuju Bu?”

Tempat : “Tempatnya ibu lebih nyaman dimana? Bagaimana kalau disini saja?”

Waktu : “Waktunya seperti tadi sekitar 15 menit ya bu, besok saya kesini lagi. Kalau begitu sampai bertemu nanti ya, Bu. Terima kasih”

## STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

### (SP 5)

Pertemuan : Ke-5

Hari/ Tanggal : Jumat, 16 Desember 2022

Nama Pasien (Inisial) : Ny. D.W

Ruangan : Flamboyan

#### A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien
  - a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
  - b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara
2. Diagnosa Keperawatan  
  
Resiko Perilaku Kekerasan
3. Tujuan Umum  
Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 5 yaitu minum obat secara teratur.
4. Tujuan Khusus
  - a. Pasien dapat mencegah/ mengendalikan perilaku kekerasannya dengan terapi psikofarmaka
  - b. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 5 minum obat secara teratur dengan prinsip 5T (tepat pasien, tepat nama obat, tepat cara minum obat, tepat waktu minum obat dan tepat dosis obat) disertai penjelasan guna minum obat dan akibat berhenti minum obat
5. Tindakan Keperawatan

SP 5 : Membantu pasien latihan cara 5 yaitu dengan minum obat secara teratur dengan prinsip 5T (tepat pasien, tepat nama obat, tepat cara minum obat, tepat waktu minum obat dan tepat dosis obat) disertai penjelasan guna minum obat dan akibat berhenti minum obat

### C. Strategi Komunikasi

#### 1. Fase Orientasi

##### a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, Selamat pagi ibu D. Apa kabar?”

##### b. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan ibu hari ini ? masih ada perasaan kesal atau marah? Sudah dilakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal? Latihan bicara dengan baik? Dan latihan berdoa? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan tersebut? Coba kita lihat jadwal kegiatannya”.

##### c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

Topik : “Hari ini saya akan menjelaskan pentingnya penggunaan minum obat yang benar”

Waktu : “Ya seperti janji kita tadi kita bicara selama 15 menit?”

Tempat : “Bagaimana kalau kita ngobrolnya disini saja bu?”

#### 2. Fase Kerja

a. “Apa ibu masih ingatkemarin kita belajar mengontrol emosi apa? Kegiatan ibadah apa saja yang sudah ibu lakukan? Ibu masih ingat cara mengontrol emosi yang saya ajarkan dari hari pertama kita bertemu? Nah, Apakah latihan-latihan tersebut sudah ibu terapkan secara rutin di ruangan? Coba ibu praktekkan ya”

b. “Ibu tau ga selama ini obat apa saja yang ibu konsumsi itu apa? Saya coba menjelaskan ya bu, tolong ibu perhatikan. Jadi obat yang ibu konsumsi ada 3 macam:

- Yang pertama, warna putih namanya Divalproex Sodium ER untuk mengatasi perasaan yang berlebihan diminum 1x sehari pada pagi hari

- Yang kedua, namanya Trifluoperazine gunanya untuk mengurangi rasa marah ibu diminum 2x sehari pada pagi dan malam
  - Yang terakhir, namanya Soroquin XR gunanya agar ibu menjadi rileks dan tidak tegang diminum 1x sehari di malam hari.
  - Dan ada obat yang disuntikkan ke ibu, namanya Lodomer agar pikiran ibu menjadi lebih tenang”
- c. ” Ibu perlu secara teratur minum obat dan tidak boleh menghentikannya tanpa konsultasi dengan dokter. Jika ibu D dapat menerapkan cara yang telah saya ajarkan, insyaallah akan segera sembuh dan bisa pulang kerumah”

### 3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subyektif “Ibu masih ingat apa yang kita bicarakan tadi? Bagaimana perasaan ibu setelah melakukan cara pengendalian emosi dengan minum obat secara teratur tadi?”
- b. Evaluasi Obyektif “Coba ibu sebutkan kembali apa saja latihan cara untuk mengontrol marah?” Nah bagus sekali ibu D sudah melakukan latihan yang telah diberikan dengan benar.” “Sekarang ibu D sudah bisa ya menerapkan 5 cara yang telah diajarkan. Kalau perasaan marah muncul coba mas pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi. Saya doakan semoga ibu D segera sembuh dan jangan lupa diterapkan semua latihan yang sudah saya ajarkan saat sudah pulang ke rumah jika tanda marah muncul ya”

### Lampiran 4 Evaluasi Kemampuan Klien

#### EVALUASI KEMAMPUAN KLIEN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Nama Klien : Ny. D.W

Ruangan : Flamboyan Rumah Sakit Menur Surabaya

Nama Mahasiswa Perawat : Sinta Idelia Bidayah

Petunjuk :

Berilah tanda checklist (√) jika klien mampu melakukan kemampuan dibawah ini

No	Kemampuan	Tanggal				
		12	13	14	15	16
	SP 1-5					
1	Mengidentifikasi penyebab PK	√				
2.	Mengidentifikasi tanda dan gejala PK	√				
3.	Mengidentifikasi PK yang dilakukan	√				
4.	Mengidentifikasi akibat PK	√				
5.	Mengajarkan cara mengontrol PK	√				
6.	Melatih klien cara mengontrol PK fisik I (nafas dalam)	√				
7.	Membimbing klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harin	√				
8.	Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya		√			
9.	Melatih klien cara kontrol PK fisik II (memukul bantal/kasur)		√			
10.	Membimbing klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian		√			
11.	Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya			√		
12.	Melatih klien cara kontrol PK secara verbal			√		

13.	Membimbing klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			√		
14.	Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya				√	
15	Melatih klien cara mengontrol PK secara spiritual (berdoa, berwudhu dan sholat)				√	
16	Membimbing klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian				√	
17	Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya					√
18	Menjelaskan cara mengontrol PK dengan obat					√
19	Membimbing klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian					√

## Lampiran 5 Analisa Proses Interaksi

### ANALISA PROSES INTERAKSI

Nama Klien : Ny. D.W

Na

ma Mahasiswa : Sinta Idelia Bidayah

Usia : 38 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Situasi : Klien tenang dan kooperatif ketika didatangi oleh perawat

<b>Komunikasi Verbal</b>	<b>Komunikasi Non Verbal</b>	<b>Analisa Berpusat pada Perawat</b>	<b>Analisa Berpusat pada Klien</b>	<b>Rasional</b>
<p>P : “Selamat pagi bu”, “Perkenalkan saya Sinta mahasiswa perawat dari STIKES Hang Tuah, saya yang bertugas di ruang Flamboyan ini. Apakah saya boleh berkenalan dengan ibu?”</p>	<p>P : Tersenyum, duduk disamping klien sambil berjabat tangan K : Menatap kearah perawat dengan membalas jabat tangan.</p>	<p>Perawat memulai percakapan dengan sikap terbuka Perawat memfokuskan topik penugasan hari ini, mempertahankan sikap</p>	<p>Klien tampak bersedia untuk komunikasi dengan memberikan respon terhadap salam</p>	<p>Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin perasaan saling percaya</p>

K : pagi, boleh mbak				
<p>P : Nama ibu siapa? Dan senang dipanggil apa?"</p> <p>K : " Nama saya D.W mbak, terserah mbak mau manggil apa sama saja"</p> <p>P : "Baik, saya panggil bu D saja ya."</p>	<p>K : Dengan kontak mata dan tegang</p> <p>P : Duduk disamping klien dengan tersenyum</p>	<p>P : menanyakan nama yang disukai oleh pasien</p>	<p>K : memberi tanggapan pada P dengan ragu-ragu</p>	<p>Menanyakan nama pasien agar pasien merasa nyaman dan senang</p>
<p>P : "Jadi tujuan saya disini ingin berkenalan dan mengobrol-ngobrol tentang perasaan marah yang dialami ibu selama ini. Waktunya sekitar 30 menit. Apakah ibu bersedia? Ibu ingin mengobrol dimana? Di tempat tidur atau di ruang tengah?"</p>	<p>P : Bertanya dan tersenyum pada klien</p> <p>K : Menjawab dengan ekspresi tegang</p>	<p>P : menanyakan ketersediaan K</p>	<p>K menerima kontrak dan bersedia berbicara dengan P</p>	<p>Kontrak topik merupakan bagian dari cara meningkatkan hubungan saling percaya</p>

K : oiya mbak, disini saja di kamar				
P : “Apa yang menyebabkan ibu D bisa marah? Apakah ada penyebab lain? coba bisa di ceritakan apa yang dirasakan ibu D saat marah”	P : Bertanya dan tersenyum pada klien  K : Menceritakan penyebab dengan kesal, nada yang tinggi dan keras	Perawat ingin menggali penyebab perilaku kekerasan klien	Klien mengutarakan perasaan yang membuatnya marah	Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
P : "Saat ibu D marah, apakah dada ibu berdebar-debar, nada suara tinggi, dan mata melotot bahkan mengepalkan tangan?"  K : Biasanya saya marah-marah, mengomel sepanjang hari dan sulit dihentikan hingga membanting barang dirumah mbak”	P: Memandang K dan tersenyum  K : menjawab dan memandang P dengan ekspresi tegang	Perawat ingin mengetahui tindakan marah klien terhadap masalahnya	Klien menceritakan tindakan apa yang dilakukan saat marah	Mengetahui Respon yang dilakukan saat marah klien
P : “Apakah dengan cara itu amarah ibu	P : bertanya dan tersenyum	Perawat ingin mengetahui akibat	Klien menunjukkan	Mengidentifikasi akibat perilaku

berkurang atau selesai? Dan apa akibat dari tindakan yang ibu lakukan itu?” K: “Ya sedikit lega mbak, tapi ya gitu barang yang saya banting jadi rusak”	K : menjawab dengan mendang P	marah klien terhadap masalahnya	sikap bingung dan ragu terhadap akibat marahnya muncul	kekerasan.
P : “Menurut ibu adakah cara lain yang lebih baik untuk mengontrol emosi?” K : Saya tidak tau mbak” P : “Maukah Ibu belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?” K : “iya mbak, saya ingin belajar cara mengontrol marah”	P : menawarkan K untuk latihan mengontrol emosi K : antusias dan senang	Perawat memfokuskan dan mendiskusikan latihan cara fisik 1	Klien memperhatikan saat perawat menjelaskan	Mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan
P : “Baiklah sekarang saya akan mengajarkan cara	P : Tersenyum dan memperhatikan	Perawat memperagakan cara mengontrol marah	K : merasa senang karena sudah di ajarkan	Melatih klien tentang mengendalikan

<p>mengontrol perasaan marah dengan latihan fisik 1 bu yaitu nafas dalam. Nah caranya seperti ini bu, jika ibu merasa emosi yang pertanma ibu duduk dengan rileks, tarik nafas panjang perlahan dari hidung, lalu tahan sebentar, dan keluarkan secara perlahan dari mulut sambil mengucapkan “astagfirullah” seperti menghembuskan kekesalan. Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama.</p> <p>K : “Iya mbak, saya coba tarik nafas dari hidung lalu dihembuskan lewat mulut sambil mengucapkan astagfirullah begitu kan mbak?”</p> <p>P : “Ya benar seperti</p>	<p>pasien</p> <p>K :</p> <p>Mempraktikkan apa yang telah dicontohkan dengan benar</p>	<p>dengan tarik nafas dalam</p>	<p>P teknik mengurangi marah</p>	<p>marah dengan teknik nafas dalam</p>
--	---	---------------------------------	----------------------------------	--

<p>itu bu, sekarang coba ibu praktekan sendiri.”</p> <p>K : “pertama tarik nafas dulu, kemudian hembuskan lewat mulut secara perlahan dengan mengucapkan astagfirullah”</p>				
<p>P : “Bagus sekali ibu sudah bisa melakukannya, latihan hari ini kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan mengontrol marah yang pertama ya bu. Latihan yang ibu lakukan barusan itu bagus jika dilakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul ibu sudah bisa melakukannya”</p> <p>K : “iya mbak, nanti</p>	<p>P memberikan apresiasi dengan memuji klien</p> <p>K sedang memperhatikan</p> <p>P</p>	<p>P membimbing klien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian cara mengontrol marah dengan nafas dalam</p>	<p>K kooperatif dan terbuka</p>	<p>Membimbing klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>

<p>kalau saya ingin marah, saya akan lakukan yang mbak ajarkan tarik nafas dalam”</p>				
<p>P : “Bagaimana perasaan ibu D setelah berbincang-bincang dengan saya tentang perasaan marah yang ibu rasakan dan belajar cara mengontrolnya?” K : “saya menjadi lebih rileks setelah melakukan latihan nafas dalam mbak”</p>	<p>K : tersenyum P : tersenyum</p>	<p>P : Menanyakan perasaannya K</p>	<p>K : merasa senang karna menanyakan perasaannya</p>	<p>Menanyakan atau pengulangan pertanyaan tentang perasaan klien</p>
<p>P : “Coba jelaskan kembali penyebab ibu D bisa marah?” “Kalau perasaan marah muncul, apa yang ibu D harus lakukan? Coba ibu pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi.” K :</p>	<p>P : Mengelus bahu K dan tersenyum K : tersenyum dan mempraktikkan Teknik yang diajarkan</p>	<p>P : Merasa bahwa K mendengarkan apa yang diajarkan P : P senang karena klien bisa mengulangi tekniknya</p>	<p>K : merasa senang karena sudah bisa mengulangi teknik yang diajarkan P</p>	<p>Menanyakan pengulangan teknik yang sudah diajarkan</p>

<p>P : “Baiklah, Bagaimana kalau besok kita belajar mengontrol marah dengan memukul bantal atau kasur?”</p> <p>K : “iya mbak boleh”</p>	<p>P : Menjawab dengan baik dan memberi penawaran untuk latihan selanjutnya</p> <p>K : Antusias dan tersenyum</p>	<p>Perawat menawarkan pertemuan selanjutnya dan membuat jadwal kegiatan klien</p>	<p>Klien tidak keberatan untuk mengikuti latihan fisik dijadwal kegiatan selanjutnya</p>	<p>Melakukan Rencana Tindak Lanjut (RTL) dengan klien</p>
<p>P : “Sementara cukup di sini dulu ya, pembicaraan kita. Saya senang Ibu mau mengobrol dengan saya.” “Baik, bagaimana kalau besok kita mengobrol lagi tentang mengatasi marah dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/ kasur ya bu D”</p> <p>K : “Iya mbak”</p> <p>P : “Dimana kita bisa mengobrol kembali besok bu?”</p> <p>K : “Di kamar lagi aja mbak”</p> <p>P : “Bagaimana</p>	<p>P : Tersenyum</p> <p>K : Tersenyum</p>	<p>P : membuat kontrak waktu untuk selanjutnya dan mengakhiri perbincangannya dengan K</p>	<p>K merasa senang karena merasa diperhatikan</p>	<p>Kontrak harus selalu dibuat dengan klien untuk pertemuan selanjutnya</p>

<p>kalau saya datang kembali untuk menemui Ibu besok Jam 09.00 WIB ya, Bu. Kita akan ngobrol kira-kira 15 menit ya.</p> <p>K : “ Iya mbak”</p> <p>P : “Baik, saya permisi dulu, Ibu bisa melanjutkan kegiatan yang lainnya terimakasih ya atas waktunya”</p> <p>K : “Iya mbak sama-sama”</p>				
--	--	--	--	--