

**KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN SKIZOFRENIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN**

Di RSJD. Dr. Arif Zainuddin Surakarta



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO
2022/2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN SKIZOFRENIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN**

Di RSJD. Dr. Arif Zainuddin Surakarta

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan kepada Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu
Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo Untuk Memenuhi
Syarat Penyusunan Karya Tulis Ilmiah**



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO
2022/2023**

HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Oleh : VIEDILA SONYA JIEHAN INDRIYA
Judul : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN
SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada

Tanggal: 5 Juli 2023

Oleh :

Pembimbing I

Pembimbing II

Dr. Sugeng Mashudi, S.Kep.Ns., M.Kes
NIDN 0731038002

Ririn Nasriati, S.Kep.Ns., M.Kep
NIDN 0704077501

Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Ponorogo



Sulistyo Andarmoyo, S.Kep.Ns., M.Kes.
NIDN 0715127903

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Oleh : VIEDILA SONYA JIEHAN INDRIYA
Judul : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN
SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada Ujian Karya Tulis Ilmiah di
Program Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Ponorogo,

Tanggal : 5 Juli 2023

Tim Penguji :

Tanda Tangan

Ketua : Sulisty Andarmoyo, S.Kep.,Ns., M.Kes. :

Anggota : 1. Elmie Muftiana, S.Kep.,Ns., M.Kep :

2. Ririn Nasriati, S.Kep.Ns., M.Kep :

Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Ponorogo



Sulistyo Andarmoyo, S.Kep.Ns., M.Kes.

NIDN 0715127903

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : VIEDILA SONYA JIEHAN INDRIYA

NIM : 20613398

Institusi : Program Studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Ponorogo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul : **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan”** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapatkan sanksi.

Ponorogo, 05 Juli 2023

Yang menyatakan



10000
METERA
TEMPEL
9C9FFAKX463940658

Viedila Sonya Jiehan Indriya
20613398

ABSTRAK

KARYA TULIS ILMIAH: ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

(Di Ruang Larasati RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta Tahun 2022)

Oleh:

VIEDILA SONYA JIEHAN INDRIYA

20613398

Risiko perilaku kekerasan salah satu gejala yang di alami oleh skizofrenia pada suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik maupun terhadap diri sendiri, orang lain, ataupun lingkungan. Perilaku kekerasan diduga sebagai suatu akibat yang ekstrim dan rasa marah ataupun ketakutan yang maladaptif (panik). Tujuan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada klien skizofrenia dengan masalah risiko perilaku kekerasan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Asuhan keperawatan ini dilakukan pada tanggal 31 Desember 2022 – 04 Januari 2023 di ruang Larasati RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta selama 5 hari dengan metode pendekatan proses keperawatan.

Hasil pengkajian klien mengalami risiko perilaku kekerasan. Implementasi yang diberikan dengan memberikan strategi pelaksanaan, terdiri dari strategi pelaksanaan yang pertama yaitu BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya), mengidentifikasi penyebab perasaan marah, tanda gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol marah secara fisik yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur. Strategi pelaksanaan yang kedua yaitu meminum obat dengan teratur. Strategi pelaksanaan yang ketiga yaitu bercakap-cakap dengan baik pada orang lain. Strategi pelaksanaan yang keempat yaitu spiritual dengan latihan sholat dan berdoa. Hasil evaluasi akhir klien mampu mengulangi strategi pelaksanaan pertama hingga keempat dengan lancar, dapat menjelaskan penyebab marah, tanda gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya dan cara mengontrol marah. Klien dengan risiko perilaku kekerasan membutuhkan dukungan dan motivasi untuk mengontrol perilaku kekerasan yang dialami klien dan peran perawat sangat dibutuhkan dalam pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan, hal ini dapat membantu dalam kesembuhan klien.

Kata Kunci : Risiko perilaku kekerasan, Skizofrenia, dan Asuhan Keperawatan

ABSTRACT

SCIENTIFIC WRITING: MENTAL NURSING CARE OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH NURSING PROBLEMS OF RISK OF VIOLENT BEHAVIOR

(In the Larasati Room RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta In 2022)

By:

VIEDILA SONYA JIEHAN INDRIYA

20613398

The risk of violent behavior is one of the symptoms experienced by schizophrenia in a situation where a person commits an action that can be harmful physically or to himself, other people, or the environment. Violent behavior is suspected as a result of extreme and maladaptive feelings of anger or fear (panic). The purpose of this scientific paper is to provide nursing care to clients with schizophrenia with a risk of violent behavior which includes assessment, data analysis, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation of nursing.

This nursing care was carried out on 31 December 2022 – 04 January 2023 in the Larasati Room RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta for 5 days with the nursing process approach method.

The results of the client's assessment are at risk of violent behavior. The implementation is given by providing an implementation strategy, consisting of the first implementation strategy, namely BHSP (Building Mutual Trust Relationships), identifying the causes of feelings of anger, signs of symptoms that are felt, violent behavior committed, its consequences and ways to control anger physically, namely taking deep breaths and hit a pillow or mattress. The second implementation strategy is taking the medication regularly. The third implementation strategy is to converse well with others. The fourth implementation strategy is spiritual by practicing prayer and praying. The results of the final evaluation are that the client can repeat the first to fourth implementation strategies smoothly, and can explain the causes of anger, the signs and symptoms that are felt, the violent behavior that is committed, the consequences, and how to control anger. Clients with a risk of violent behavior need support and motivation to control the violent behavior experienced by the client and the role of the nurse is needed in the implementation of nursing care, this can help in the client's recovery.

Keywords : *Risk of violent behavior, Schizophrenia, and Nursing care*

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah untuk memenuhi syarat penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan”**.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari masih sangat jauh dari kesempurnaan dan tidak dapat berjalan dengan lancar tanpa bimbingan, bantuan, masukan, arahan serta dorongan dari berbagai pihak, maka dari itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Dr. Happy Susanto, MA selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
2. Sulistyo Andarmoyo, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
3. Rika Maya Sari, S.Kep., Ns., M.Kes selaku kaprodi D3 Keperawatan.
4. Dr. Sugeng Mashudi, S.Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan juga pikiran untuk memberikan bimbingan dalam penyusunan proposal dan kesabaran dalam membimbing.
5. Ririn Nasriati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing II dengan kesabaran dan ketelitian dalam membimbing sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
6. Kepada semua dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo yang telah memberikan banyak ilmu juga pengalaman.

7. Orang tua yang telah memberikan segala bentuk bantuan, semangat, dan doa yang diberikan selama ini. Terimakasih atas nasihat yang selalu diberikan meski terkadang pikiran kita tidak sejalan, terimakasih atas kesabaran dan kebesaran hati menghadapi penulis yang keras kepala. Orang tua menjadi penguat dan pengingat hebat, terimakasih sudah menjadi tempat penulis pulang, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan baik.
8. Teman-teman tingkat III yaitu khususnya III B Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo atas kerja sama juga motivasinya.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuan juga semangat dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Yang terakhir, terimakasih kepada diri penulis. Hebat bisa tetap berdiri tegap menghadapi segala liku hidup walaupun kadang jenuh dan ingin berhenti. Tidak peduli seberapa putus asanya kamu sekarang, tetaplah mencoba bangkit, kamu keren dan hebat, Sonya.

Semoga Allah SWT memberikan imbalan atas budi baik juga ketulusan yang telah mereka berikan pada penulis selama ini. Akhirnya penulis berharap semoga karya tulis ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan juga kita semua.

Penulis



Viedila Sonya Jiehan Indriya
20613398

DAFTAR ISI

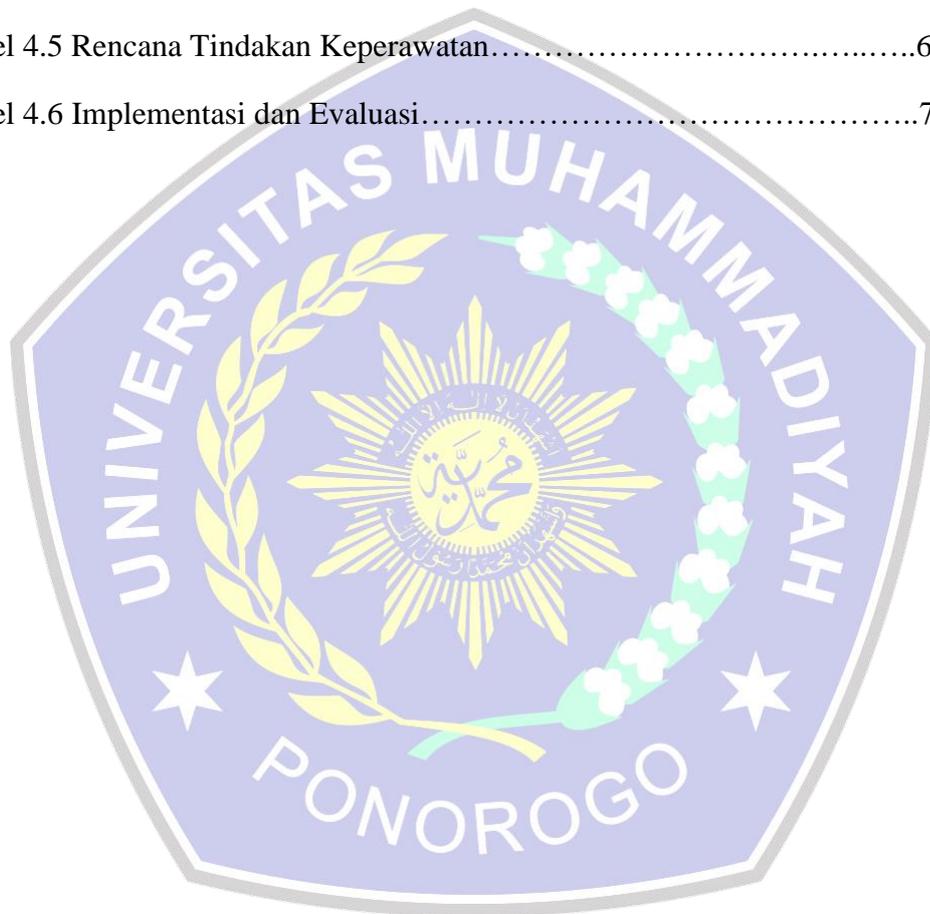
HALAMAN SAMBUNG	i
HALAMAN SAMBUNG DALAM	ii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan Penelitian	5
1.3.1. Tujuan Umum	5
1.3.2. Tujuan Khusus	5
1.4. Manfaat Penelitian	6
1.4.1. Manfaat Teoritis	6
1.4.2. Manfaat Praktis	7
1.5. Segi Keislaman	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Dasar Penyakit	9

2.1.1	Pengertian <i>Skizofrenia</i>	9
2.1.2	Etiologi.....	9
2.1.3	Tanda dan Gejala.....	10
2.1.4	Pemeriksaan Penunjang	11
2.1.5	Penatalaksanaan	12
2.2	Konsep Risiko Perilaku Kekerasan	13
2.2.1	Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan.....	13
2.2.2	Penyebab Risiko Perilaku Kekerasan.....	14
2.2.3	Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan.....	14
2.2.4	Rentang Respon	16
2.2.5	Proses Terjadinya Masalah	17
2.2.6	Mekanisme Koping	18
2.2.7	Pohon Masalah	20
2.2.8	Penatalaksanaan	20
2.3	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	22
2.3.1	Pengkajian.....	22
2.3.2	Analisa Data	32
2.3.3	Diagnosis Keperawatan.....	33
2.3.4	Intervensi.....	33
6.1.1	Implementasi.....	40
6.1.1	Evaluasi	43
6.1.1	Hubungan Antar Konsep.....	44
BAB 3 METODE STUDI KASUS		44
3.1	Metode.....	45
3.2	Teknik Penulisan	45
3.3	Waktu dan Tempat	46

3.4	Pengumpulan Data	46
3.5	Alur Kerja.....	47
3.6	Etika Penelitian.....	48
BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN		50
4.1.	Pengkajian	50
4.2.	Analisa data	62
4.3.	Pohon masalah.....	63
4.4.	Diagnosa keperawatan.....	63
4.5.	Rencana tindakan keperawatan	64
4.6.	Implementasi & Evaluasi	71
BAB 5 PEMBAHASAN		76
5.1.	Pengkajian	76
5.2.	Diagnosa Keperawatan.....	84
5.3.	Intervensi keperawatan.....	86
5.4.	Implementasi keperawatan	88
5.5.	Evaluasi keperawatan	92
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		96
6.1.	Kesimpulan.....	96
6.2.	Saran.....	98
DAFTAR PUSTAKA		101

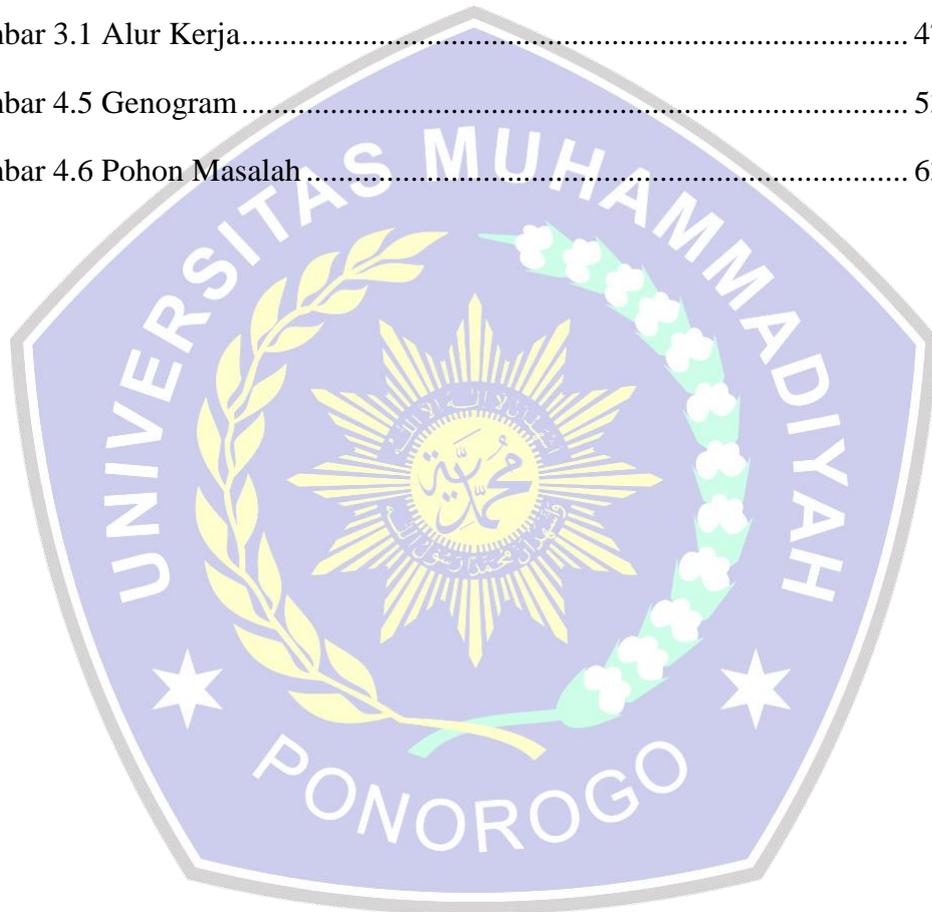
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi pada Pasien Skizofrenia dengan Masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan.....	34
Tabel 2.2 Strategi Pelaksanaan Pasien.....	41
Tabel 2.3 Strategi Pelaksanaan Keluarga.....	42
Tabel 4.4 Analisa Data.....	62
Tabel 4.5 Rencana Tindakan Keperawatan.....	64
Tabel 4.6 Implementasi dan Evaluasi.....	71



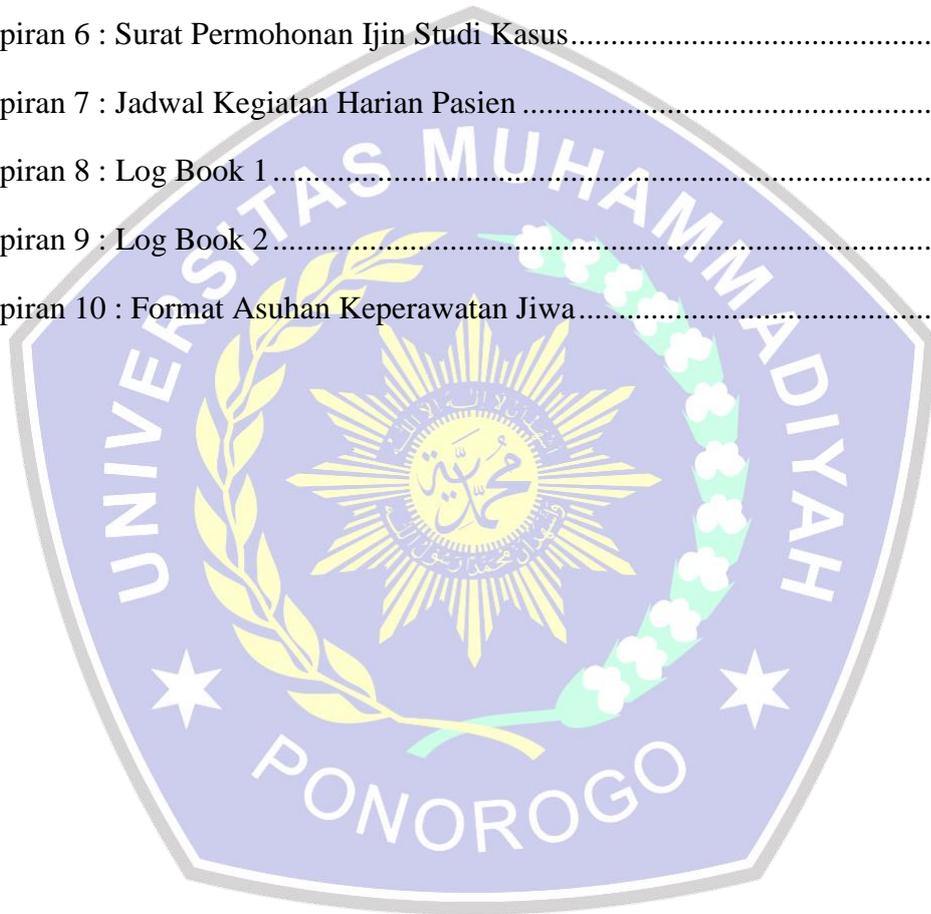
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan	16
Gambar 2.2 Pohon Masalah	20
Gambar 2.3 Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan	44
Gambar 3.1 Alur Kerja.....	47
Gambar 4.5 Genogram.....	53
Gambar 4.6 Pohon Masalah.....	63



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Penjelasan Untuk Mengikuti Studi Kasus	104
Lampiran 2 : Informed Consent	105
Lampiran 3 : Surat Permohonan Data Awal	106
Lampiran 4 : Strategi Pelaksanaan	107
Lampiran 5 : Leaflet Edukasi	119
Lampiran 6 : Surat Permohonan Ijin Studi Kasus.....	120
Lampiran 7 : Jadwal Kegiatan Harian Pasien	121
Lampiran 8 : Log Book 1	122
Lampiran 9 : Log Book 2	125
Lampiran 10 : Format Asuhan Keperawatan Jiwa.....	129



DAFTAR SINGKATAN



The logo of Universitas Muhammadiyah Morogogo is a large, semi-transparent watermark in the background. It features a central sunburst emblem with Arabic calligraphy, surrounded by a green and white floral wreath. The text 'UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH' is written in a circular path around the emblem, and 'MOROGO' is written at the bottom.

WHO	: <i>World Health Organization</i>
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RSJD	: Rumah Sakit Jiwa Daerah
TAK	: Terapi Aktivitas Kelompok
TUK	: Tujuan Khusus
TUM	: Tujuan Umum
RPK	: Risiko Perilaku Kekerasan
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SP	: Strategi Pelaksanaan
RTL	: Rencana Tindak Lanjut
PPSDM	: Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
NAPZA	: Narkotik, Psikotropika serta Zat Aditif lainnya
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
ECT	: <i>Elektro Convulsive Therapy</i>
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
MRS	: Masuk Rumah Sakit
RM	: Rekam Medis

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Menurut UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Mental atau Kesehatan Jiwa diartikan sebagai kondisi dimana seorang individu dapat berkembang baik secara fisik, mental, spiritual, serta sosial sehingga individu dapat menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, juga mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Ulya & Setiyadi, 2021). Maka dari itu kesehatan jiwa sangatlah penting, tanpa kesehatan jiwa yang baik, seseorang dapat terkena permasalahan pada jiwanya sehingga terjadilah gangguan jiwa. Gangguan jiwa merupakan masalah ataupun gangguan psikologis yang ditandai dengan terdapatnya ketidakberdayaan, gangguan proses pikir, gangguan proses analisis logika, perubahan sikap, perilaku yang dapat mengganggu penderita dalam kehidupan sehari-hari (Akasyah, 2022).

Gangguan jiwa berat terbanyak adalah *skizofrenia*. *Skizofrenia* merupakan jiwa yang terpecah-belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan serta perbuatan juga suatu gangguan psikosis fungsional yang berupa gangguan mental berulang dapat ditandai dengan gejala-gejala psikotik yang khas seperti perilaku kekerasan (Azizah dkk, 2016). Perilaku kekerasan yaitu suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik maupun terhadap diri sendiri, orang lain, ataupun lingkungan. Perilaku kekerasan diduga sebagai sesuatu akibat yang

ekstrim dari rasa marah ataupun ketakutan yang maladaptif (panik). (Suryanti & Ariani, 2018)

Berdasarkan Organisasi Kesehatan Global “*World Health Organization*” (WHO) tahun (2018), kurang lebih 300 juta orang pada seluruh dunia menderita depresi serta 50 juta lainnya menderita demensia. Sekitar 23 juta orang menderita *skizofrenia* serta kurang lebih 60 juta orang menderita gangguan bipolar. Hasil dari Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menandakan prevalensi *skizofrenia* di Indonesia sebesar 1,7 per 1000 rumah tangga, artinya ada 7 rumah tangga yang mengalami gangguan jiwa atau sebesar 450.000 orang dengan gangguan jiwa. Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 juga mencatat bahwa Provinsi Jawa Tengah menduduki peringkat ke-7 dengan penderita *skizofrenia* sebanyak 260.247 (Maros & Juniar, 2016). Berdasarkan data di RSJD dr.Arif Zainudin Surakarta pada bulan Juni 2021 – November 2023 ditemukan 12.622 orang dengan masalah keperawatan RPK.

Hasil penelitian yang dilakukan membuktikan bahwa ada beberapa faktor risiko yang mengakibatkan seseorang dapat mengalami *skizofrenia* ditimbulkan oleh faktor demografi yang terdiri atas, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan serta dari pasien. Secara sosio-demografi orang yang lebih rentan mengalami gangguan jiwa ialah berdasarkan umur berada di kategori orang yang berumur dewasa, lalu dari status perkawinan lebih rentan terjadi pada orang yang belum menikah, dari jenis kelamin seorang yang rentan mengalami gangguan jiwa merupakan berjenis kelamin laki-laki, berdasarkan status pekerjaan orang yang tidak bekerja memiliki kerentanan yang lebih dibandingkan dengan yang bekerja,

serta orang yang berpendidikan rendah pula rentan bisa mengalami gangguan jiwa. (Darsana & Suariyani, 2020)

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) perilaku kekerasan ialah kondisi hilangnya kendali perilaku seseorang yang ditujukan pada diri sendiri, orang lain, ataupun lingkungan. Terdapat 2 tanda dan gejala yaitu mayor dan minor pada pasien risiko perilaku kekerasan, mayor subjektif: mengecam, mengumpat dengan kata-kata yang kasar, nada suara keras, bicara ketus, objektifnya: menyerang orang lain, melukai diri sendiri / orang lain, mengganggu area, perilaku kasar / amuk, sedangkan minornya yaitu objektif : mata yang melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, muka memerah, bentuk badan kaku (Malfasari et al., 2020). Bahaya perilaku kekerasan berasal dari kekesalan dan kepanikan. Ini terjadi sebagai akibat dari tekanan dari dalam juga luar lingkungan. Gejala yang terjadi pada penderita *skizofrenia* antara lain: tidak dihargai, ditakuti dan ditolak oleh lingkungan dan individu Menarik diri dari hubungan pribadi dengan orang lain (Azis, 2018). Dampak yang akan ditimbulkan oleh pasien yang mengalami risiko sikap kekerasan adalah dapat mencederai diri sendiri, orang lain dan area. (Siregar, 2020)

Perawatan yang dapat diberikan untuk mencegah peningkatan perilaku kekerasan, seperti mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosional, dan obat-obatan dapat diberikan. Menurut (Wiramihardja, 2019) metode relaksasi ialah upaya yang dapat mengurangi ketegangan jasmaniah sehingga pada kesimpulannya dapat mengurangi ketegangan jiwa. Dorongan keluarga ialah bagian integral dari dorongan sosial. Pengaruh positif dari dukungan keluarga

adalah meningkatkan adaptasi individu terhadap peristiwa kehidupan. Dukungan keluarga mencakup informasi verbal atau nonverbal, nasihat, bantuan nyata, atau tindakan oleh anggota keluarga lain yang memberikan manfaat emosional atau mempengaruhi perilaku (Subardjo & Nurmaguphita, 2021).

Selain itu, intervensi klien terdiri dari strategi pelaksanaan yang terdiri dari satu sampai lima. Strategi pelaksanaan pertama (SP 1) adalah membangun kepercayaan, mengidentifikasi sumber perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, tindakan kekerasan yang dilakukan, konsekuensinya, dan bagaimana untuk mengontrolnya secara fisik, memukul bantal dan kasur dan menjadwalkannya setiap hari. Strategi pelaksanaan yang kedua (SP 2) adalah mengevaluasi jadwal kegiatan harian dan mengontrol PK dengan minum obat dengan 5 prinsip yang benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat dan benar dosis obat) lalu membuat jadwal harian minum obat secara teratur. Selanjutnya, strategi pelaksanaan yang ketiga (SP 3) yaitu mengevaluasi jadwal harian, mengontrol PK dengan dua cara fisik dan sosial/verbal, melatih ekspresi verbal kemarahan: sering menyangkal, sering bertanya, sering mengungkapkan emosi, mengutarakan perasaan dengan baik dan mengatur jadwal latihan untuk mengungkapkan kemarahan. Strategi pelaksanaan yang keempat (SP 4) yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih mengontrol PK dengan cara spiritual lalu menganjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian. Terapi selanjutnya yaitu TAK atau terapi aktivitas kelompok, Secara definisi terapi aktivitas kelompok ialah terapi aktivitas kelompok dengan memberikan

stimulasi pada anggota kelompok sehingga masing-masing anggota kelompok mempersepsikan terhadap stimulus dengan menggunakan kemampuan serta daya nalarnya. Kelompok membahas suatu isu yang bermanfaat untuk perubahan perilakunya. (Azizah dkk, 2016). Berdasarkan hal-hal diatas yaitu tingginya angka penderita *skizofrenia* dan risiko perilaku kekerasan, maka penulisan ini bertujuan untuk memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien dengan *Skizofrenia* dengan Masalah Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah diatas, maka muncul masalah yaitu: “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien *Skizofrenia* dengan masalah keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Arif Zainudin Surakarta?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan jiwa pada klien *skizofrenia* dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Arif Zainudin Surakarta.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengkaji masalah kesehatan jiwa pada pasien *skizofrenia* dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien *skizofrenia* dengan masalah risiko perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa Dr. Arif Zainudin Surakarta.

3. Merencanakan intervensi keperawatan pada pasien *skizofrenia* dengan masalah risiko perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa Dr. Arif Zainudin Surakarta.
4. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien *skizofrenia* dengan masalah risiko perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa Dr. Arif Zainudin Surakarta.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien *skizofrenia* dengan masalah risiko perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa Dr. Arif Zainudin Surakarta.
6. Melakukan dokumentasi keperawatan pada pasien *skizofrenia* dengan masalah risiko perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa Dr. Arif Zainudin Surakarta.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian dapat menambah pengetahuan dan keterampilan peneliti tentang teori dan aplikasi upaya mengatasi masalah risiko perilaku kekerasan pada klien *skizofrenia*.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah khasanah keilmuan khususnya dalam keperawatan jiwa, sebagai masukan dalam pengembangan bahan pembelajaran, sehingga dapat memperkaya dan menambah wawasan.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Institusi Rumah Sakit

Hasil laporan kasus ini diharapkan bisa dijadikan sebagai bahan acuan untuk pembuatan protap bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan, sehingga upaya mengatasi masalah risiko perilaku kekerasan pada klien *skizofrenia*.

2. Bagi Klien dan Keluarga.

Harapannya, pada asuhan keperawatan ini dapat membantu klien mengatasi ancaman perilaku kekerasan. Keluarga dari klien juga bisa ikut melaksanakan tindakan guna menghadapi risiko bahaya tersebut, serta melaksanakan upaya-upaya pencegahan dan deteksi dini kepada klien dengan risiko perilaku kekerasan.

1.5. Segi Keislaman

Terapi murottal Al-Qur'an yaitu salah satu terapi modalitas yang dikembangkan, terapi ini menunjukkan bahwa adanya pengaruh terhadap terapi Al-Quran yang menenangkan juga damai sehingga bisa mengurangi stres, kecemasan, dan depresi. (Jabbari et al. 2017). Hal ini sejalan dengan firman Allah swt di dalam Al-Qur'an Surah Al-Isra' ayat 82 yang berbunyi:

وَنُنزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ ۚ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا

Terjemahan :

“Dan kami turunkan dari Al-Qur'an (sesuatu) yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang yang beriman, sedangkan bagi orang yang zalim (AlQur'an itu) hanya akan menambah kerugian” (QS. Al-Isra' (17:82)

Ayat ini menjelaskan bahwa Al-Qur'an menjadi penyembuh bagi orang-orang yang beriman. Dalam penelitian lain didapatkan bahwa Al-Qur'an dapat meningkatkan pada kesehatan mental (Mahjoob et al. 2016) serta mendengarkan Al-Quran dapat mengurangi tingkat kecemasan pada pasien.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Pengertian *Skizofrenia*

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, serta sikap seseorang. *Skizofrenia* merupakan bagian dari gangguan psikotik yang ditandai dengan hilangnya pengetahuan serta pemahaman tentang kenyataan. Sebutan *skizofrenia* berasal dari kata Yunani “schizo” (perpecahan) serta “phren” (jiwa). Sebutan ini digunakan untuk menggambarkan pikiran yang terfragmentasi ataupun terfragmentasi dari orang-orang dengan gangguan ini. Sebutan *skizofrenia* tidak mengacu pada sebagian kepribadian. (Sadock et al., 2014) (Yudhantara, 2018).

Skizofrenia menimbulkan penyimpangan dalam pemikiran individu, anggapan, emosi, serta sikap/perilaku. Semacam pada tipe kanker, *skizofrenia* dianggap sebagai sindrom ataupun proses dalam penyakit dengan bermacam varian serta gejala yang berbeda (Videbeck, 2020) (Mashudi, 2021).

2.1.2 Etiologi

Menurut Zahnia dan Sumekar (2016), etiologi *skizofrenia* yaitu:

1. Umur

Orang berusia 25 sampai 35 tahun 1,8 kali lebih mungkin mengidap *skizofrenia* dibanding mereka yang berusia 17 sampai 24 tahun.

2. Jenis Kelamin

Laki- laki mendominasi *skizofrenia* (72%), Laki- laki mungkin berisiko sebab mereka menjadi penopang dalam rumah tangga jadi, mereka cenderung untuk mengalami stres.

3. Pekerjaan

Pada kelompok *skizofrenia*, risiko yang tidak bekerja merupakan 6,2 sebab mereka yang tidak bekerja lebih cenderung banyak pikiran.

4. Status Pernikahan

Mereka yang belum menikah bisa jadi berisiko mengalami gangguan jiwa, sebab status dibutuhkan untuk bertukar identitas serta sikap ideal antara suami serta istri untuk menggapai perdamaian.

5. Konflik keluarga Peristiwa dan permasalahan yang berlangsung

Dalam keluarga bisa tingkatkan risiko berkembangnya gangguan jiwa *skizofrenia* sebesar 1,13 kali.

6. Status ekonomi

6,00 kali lebih mungkin untuk meningkatkan *skizofrenia* dengan status ekonomi yang lebih rendah karena, ekonomi yang rendah bisa mempengaruhi kehidupan seseorang. (Rizka Yunita, 2020)

2.1.3 Tanda dan Gejala

Menurut Iyus Yosep 2016 (Titin, 2016), tanda dan gejala yang dapat terjadi pada orang dengan *skizofrenia* adalah:

1. Delusi atau waham yang merupakan keyakinan irasional (itu tidak masuk akal).

2. Halusinasi, merupakan pengalaman sensorik tanpa rangsangan (stimulasi), contohnya pasien mendengar bisikan di telinga meskipun tidak ada sumbernya.
3. Kekacauan pikiran, contohnya bicara dengan tidak beraturan (ngelantur).
4. Emosi yang berlebihan.
5. Berisik, gelisah, tidak bisa duduk diam, mondar-mandir juga agresif.
6. Pikirannya yang penuh dengan keraguan seolah-olah ada ancaman pada dirinya.
7. Penarikan diri atau isolasi yang fantastis.
8. Merasa sulit untuk berpikir yang positif.

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Bersumber pada diagnosis mental serta manual statistik Disabilitas *diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM- 5). Pengujian tambahan wajib dicoba pada penderita dengan *skizofrenia* guna mengkonfirmasi keahlian kognitif penderita serta rencana perawatan. Tes berikut bisa dicoba pada pengidap *skizofrenia*:

1. Tes Psikologi:
 - a. Tes psikometrik: Terdapatnya halusinasi psikotik serta kendala berpikir (berpikir tidak logis).
 - b. Pengecekan psikiatri: Pola pikir yang tidak tertata, permasalahan kognitif serta komunikasi, kendala persepsi, paling utama halusinasi serta delusi.

2. Pemeriksaan lebih lanjut sesuai kebutuhan:
 - a. Tes darah: alkoholisme ataupun pemakaian narkoba.
 - b. MRI: pembesaran ventrikel 10%, pembesaran ganglia basalis, kehabisan materi abu- abu secara periodik 5%.
 - c. Gerakan mata: ketidakmampuan guna mengikuti objek yang bergerak.
 - d. CT scan: otak kecil, ventrikel lateral besar.
 - e. Leukosit serta imunoglobulin: Pengurangan interleukin.
 - f. Analisis urin: mengecek kemungkinan ketergantungan

2.1.5 Penatalaksanaan

Kategori penyembuhan untuk pengidap *skizofrenia* antara lain (Maramis, 2018). Sebagai berikut:

- a. Pengobatan farmakologis

Indikasi pemberian obat psikotik pada *skizofrenia* meliputi: mengontrol gejala aktif serta cegah kekambuhan. Strategi penyembuhan bergantung pada apakah stadium penyakit ini kronis ataupun akut. Umumnya fase akut ditandai dengan gejala psikotik (baru dirasakan ataupun kambuh), perlu diperbaiki dengan segera. Tujuan penyembuhan di sini merupakan guna mengurangi indikasi psikotik yang parah.

- b. Pengobatan *elektro convulsive terapi* (ECT)

ECT bekerja dengan baik dengan katatonia, yang paling utama kategori stupor. *Skizofrenia* simplex, memiliki efek yang

mengecewakan, apabila gejalanya ringan, jika diberikan ECT, terkadang menjadi lebih parah.

c. Psikoterapi serta rehabilitasi

Pengobatan suportif ataupun psikoterapi kelompok bisa menolong penderita juga Membagikan panduan praktis dengan tujuan mengembalikan pasien kembali ke publik. Pengobatan perilaku serta pelatihan keahlian sosial tingkatkan keahlian sosial, perawatan diri serta pelatihan langsung, serta komunikasi interpersonal.

2.2 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan hasil dari kemarahan (kemarahan) ataupun ketakutan yang ekstrem (panik) dalam menanggapi rasa ancaman, baik berbentuk ancaman serbuan fisik ataupun konsep diri (Stuart, 2009; Stuart, 2013).

Perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, serta mengganggu lingkungan ataupun tak jarang dianggap pula gaduh risau atau amuk adalah respon kemarahan yang sangat maladaptif yang ditandai memakai perasaan marah serta bermusuhan, ialah bentuk sikap destruktif yang tidak bisa di kontrol. (Yosep, 2009 dalam Sutejo, 2017) (Risal, 2022).

Menurut buku SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan) 2017, Risiko Perilaku Kekerasan yaitu dapat beresiko membahayakan secara

fisik, emosi juga seksual pada diri sendiri ataupun orang lain. (PPNI, 2017)

2.2.2 Penyebab Risiko Perilaku Kekerasan

Penyebab dari perilaku kekerasan bukan terdiri cuman satu aspek tapi tercantum juga aspek keluarga, media, sahabat, lingkungan, biologis. Perilaku kekerasan bisa memunculkan akibat semacam gangguan psikologis, merasa tidak nyaman, tertutup, kurang percaya diri, resiko bunuh diri, tekanan mental, harga diri rendah, ketidakberdayaan, isolasi sosial (Putri, 2020). Aspek predisposisi yang menimbulkan terjadinya *skizofrenia* meliputi biologis, psikologis, serta sosial kultural, dimana aspek biologis yang menunjang terjadinya *skizofrenia* merupakan genetik, neuroanatomi, neurokimia, serta imunoserologi. Aspek presipitasi ialah aspek stressor yang menjadikan klien hadapi sikizofrenia yang terdiri dari aspek biologi, psikologi, serta sosio kultural yang sanggup menimbulkan resiko perilaku kekerasan, halusinasi, serta harga diri rendah (Wardani 2013).

2.2.3 Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Azizah & dkk, 2016) tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yang dapat diidentifikasi dan diobservasi oleh perawat antara lain:

1. Fisik
 - a) Muka Merah dan tegang
 - b) Mata melotot
 - c) Tangan mengempal

d) Rahang mengatup

e) Postur tubuh kaku

2. Verbal

a) Berbicara kasar

b) Suara tinggi, membentak atau berteriak

c) Mengancam secara verbal atau fisik

d) Mengumpat dengan kata-kata kotor

e) Suara keras atau ketus

3. Perilaku

a) Melempar atau memukul benda kepada orang lain

b) Menyerang orang lain

c) Melukai diri sendiri atau orang lain

d) Merusak lingkungan

e) Amuk atau agresif

4. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut.

5. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan.

6. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain tidak peduli dan kasar.

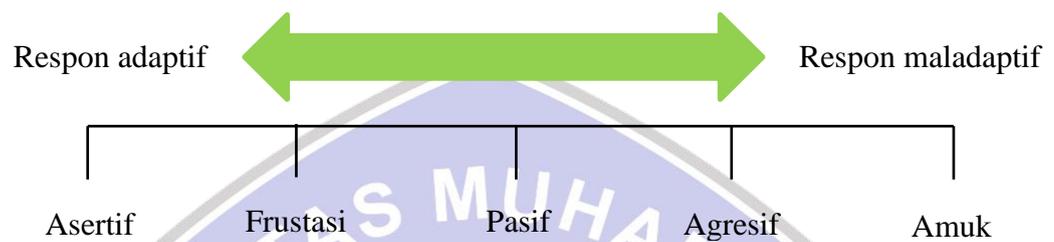
7. Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan sindiran.

8. Perhatian

Mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual

2.2.4 Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan

Keterangan:

Asertif: Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustrasi: Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis/terhambat.

Pasif: Respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya.

Agresif: Perilaku *deskruktif* tapi masih terkontrol.

Amuk: Perilaku *deskruktif* dan tidak terkontrol. (Risal, 2022)

2.2.5 Proses Terjadinya Masalah

Proses terjadinya perilaku kekerasan di pasien akan dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang mencakup faktor predisposisi serta presipitasi, (Ns. Nurhalimah, 2016)

1. Faktor Predisposisi

Hal-hal yang bisa mensugesti terjadinya perilaku kekerasan, mencakup:

a. Faktor Biologis

Hal yang dikaji di faktor biologis mencakup adanya faktor herediter yaitu adanya anggota keluarga yang seringkali menunjukkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya riwayat penyakit atau syok kepala, serta riwayat penggunaan NAPZA (narkotik, psikotropika serta zat aditif lainnya).

b. Faktor Psikologis

Pengalaman marah ialah respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal juga lingkungan. Perilaku kekerasan terjadi sebagai akibat dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi jika harapan individu untuk mencapai sesuatu menemui kegagalan atau terhambat. Salah satu kebutuhan insan ialah “berperilaku, bila kebutuhan tadi tidak bisa dipenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka yang akan timbul ialah individu tadi berperilaku destruktif.

c. Faktor Sosiokultural

Teori lingkungan sosial (*social environment theory*) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi perilaku individu pada mengekspresikan marah. Tata cara budaya bisa mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan bisa dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (*social environment theory*).

2. Faktor Presipitasi

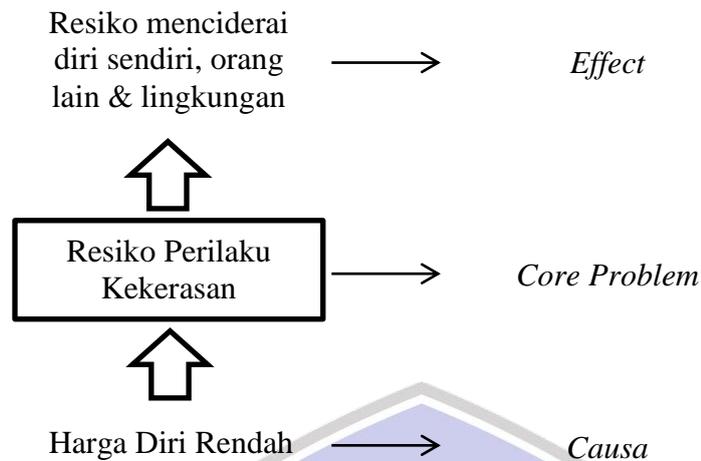
Faktor presipitasi perilaku kekerasan di setiap individu bersifat unik, tidak sama satu orang dengan orang yang lainnya. Stresor tersebut merupakan penyebab yang berasal dari pada maupun luar individu. Faktor dari dalam individu meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang yang dicintai atau berarti (putus pacar, perceraian, kematian), kehilangan rasa cinta, kekhawatiran terhadap penyakit fisik, dan sebagainya. Sedangkan faktor luar individu mencakup serangan terhadap fisik, lingkungan yang terlalu ribut, kritikan yang menunjuk pada penghinaan, tindakan kekerasan.

2.2.6 Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan masing- masing upaya yang ditunjukkan pada penatalaksanaan stress, tercantum upaya penyelesaian permasalahan langsung serta mekanisme pertahanan yang digunakan buat melindungi diri. Kemarahan ialah ekspresi dari rasa takut yang muncul sebab terdapatnya ancaman. Sebagian mekanisme koping yang dipakai pada klien marah guna melindungi diri antara lain:

1. Sublimasi, yaitu penerapan mekanisme ini memilih melampiaskan emosi atau perasaannya pada objek atau aktivitas yang lebih aman yang tidak dapat melukai diri sendiri ataupun orang lain.
2. Proyeksi, yaitu perasaan atau asumsi tentang orang lain yang membuat diri sendiri tidak nyaman. Misalnya, saat merasa kurang cocok dengan seorang rekan kerja, seseorang akan meyakinkan dirinya bahwa rekan kerjanya itu tidak menyukainya.
3. Represi, yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan yang masuk kealam sadar. Misalnya seseorang yang tidak menyukai pendapat orang lain tetapi karena hal tersebut tidak baik, sehingga perasaan benci itu ditekankan dan dilupakan.
4. Reaksi formasi, yaitu perasaan yang sebenarnya sadar betul ia rasakan, namun memilih untuk berperilaku yang sangat positif begitu pula sebaliknya. Misalnya seseorang yang mengalami frustrasi justru berperilaku dengan positif, begitu pula sebaliknya.
5. Displacement, yaitu melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada objek yang tidak begitu berbahaya seperti pada mulanya membangkitkan emosi (Azizah, & Akbar, 2016).

2.2.7 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah

Diagnosa keperawatan:

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Harga diri rendah

(Untari & Irna, 2020)

2.2.8 Penatalaksanaan

Menurut (Prabowo, 2014), penatalaksanaan yang bisa diberikan antara lain:

1. Perawatan obat penderita dengan ekspresi tampak marah memerlukan penanganan serta penyembuhan yang pas. Sebaliknya buat penyembuhan dengan neuroleptik efisien dosis besar, semacam klorpromazin hidroklorida, yang bisa digunakan buat mengendalikan gerakan mental, apabila tidak ada, Kamu bisa memakai dosis efisien rendah, semacam estrogen trifluoperidine, apabila tidak, Kamu bisa pemakaian Agen statis digunakan buat mengambil alih obat

antipsikotik, namun walaupun demikian, sesamanya mempunyai dampak anti- stres, anti- kecemasan, serta anti- agonistik.

2. Terapi okupasi tidak seperti pekerjaan yang harus dikerjakan, melainkan suatu kegiatan untuk melakukan aktivitas dan memulihkan kemampuan berbicara. Oleh karena itu, dalam treatment ini, bukan hanya berfokus pada pekerjaan, tetapi ada berbagai jenis kegiatan yang bisa dilakukan, seperti membaca koran, bermain catur, berdialog, mendiskusikan pengalaman, dan berbagai macam aktivitas.
3. Terapi kelompok merupakan sejenis pengobatan psikologis dalam wujud kelompok, yang membagikan stimulasi untuk penderita dengan kendala komunikasi interpersonal.
4. Partisipasi keluarga ialah sistem pendukung utama, memberikan perawatan langsung buat setiap kondisi penderita. Perawat membantu keluarga menuntaskan 5 tugas kesehatan yakni, mengidentifikasi kasus kesehatan, membuat keputusan aksi kesehatan, melindungi anggota keluarga, Menciptakan zona keluarga yang sehat, memakai sumber tenaga yang ada di masyarakat buat menjauhi perilaku maladaptif, dan mengatasi perilaku maladaptif.
5. Terapi somatik penyembuhan yang diberikan bagi penderita dengan hambatan jiwa yang bertujuan mengubah perilaku yang maladaptif jadi perilaku yang adaptif dengan melakukan aksi yang ditunjukkan pada kondisi raga penderita, tetapi sasaran penyembuhan ialah perilaku penderita.

6. *Electro Convulsive Therapy* merupakan penyembuhan buat penderita yang menimbulkan serangan epilepsi di pasar besar dengan melupakan arus listrik lewat elektroda yang ditempatkan pada pelipis penderita. Awal mulanya, perawatan buat *skizofrenia* ini memerlukan 20- 30 perawatan, umumnya tiap 2- 3 hari.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pemberian asuhan keperawatan ialah proses terapeutik yang melibatkan korelasi kerjasama antara perawat dengan klien, keluarga atau masyarakat buat mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Tindakan asuhan keperawatan yang dilakukan berupa tindakan generalis mencakup dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan (Makhruzah, 2021).

1. Identitas

- a. Nama: Nama Pasien
- b. Jenis kelamin: Laki-laki/perempuan, pada pasien Risiko Perilaku Kekerasan dengan jenis kelamin laki-laki yaitu (72%) yang memungkinkan laki-laki berisiko lebih besar menderita *skizofrenia* dibanding dengan perempuan.
- c. Umur: Umur dapat dihitung mulai dari pasien dilahirkan, dan biasanya pada pasien *Skizofrenia* usianya yang rata-rata melakukan perilaku kekerasan adalah umur 25-35 tahun memungkinkan risiko lebih besar

yaitu, 1,8 kali menderita *skizofrenia* dibanding dengan umur 17-24 tahun.

- d. Alamat: Tempat tinggal/domisili yang terakhir.
 - e. Pekerjaan: Tingkat keseriusan/tuntutan dalam pekerjaannya dapat menimbulkan masalah, 85,3% orang yang tidak bekerja mendapatkan risiko yang lebih besar dapat menderita Risiko Perilaku Kekerasan.
 - f. Status: (belum menikah, menikah atau bercerai), alamat, kemudian nama perawat.
 - g. Tgl pengkajian: Tanggal perawat melakukan pengkajian data, pengkajian mulai pada waktu perawat menjumpai pasien untuk pertama kalinya.
 - h. Diagnosa medis: Tulis diagnosa medis multiaxial (Nurhalimah, 2016)
2. Alasan Masuk & Faktor Presipitasi
- a. Alasan Masuk

Umumnya klien masuk dengan alasan seringkali mengamuk tanpa sebab juga alasan, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, merusak lingkungan, bersifat kasar serta pernah mengalami gangguan jiwa dimasa kemudian kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat,2016)
 - b. Faktor Presipitasi

Menurut Badan (Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan) PPSDM (2013) dengan memakai konsep stress adaptasi Stuart risiko perilaku kekerasan bisa terjadi sebab stressor

asal faktor predisposisi serta presipitasi: Faktor pencetus. Bisa biologis, psikologis, sosial.

3. Faktor Predisposisi

- a. Umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, 2018).
- b. Umumnya klien berobat buat pertama kalinya kedukun menjadi alternative serta memasung dan Jika tidak berhasil baru di bawa kerumah sakit jiwa
- c. Stress berat. Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, asal lingkungan.
- d. Umumnya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, tanda-tanda, pengobatan serta perawatan.
- e. Umumnya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan contohnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Ukur serta observasi tanda – tanda vital semacam tekanan darah akan meningkat, nadi cepat, suhu, respirasi tampak cepat.
- b. Ukur tinggi badan serta berat badan.
- c. Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan saat pemeriksaan fisik (mata melotot, tatapan tajam, tangan mengempal, rahang mengatup, muka memerah).

- d. Verbal (mengancam, mengumpat berkata kotor, berbicara kasar serta ketus).
- e. Menanyakan keluhan fisik pada klien.
- f. Melakukan pemeriksaan mulai dari ujung kepala sampai pada ujung kaki. (Azizah 2016)

5. Psikososial

a. Genogram

Genogram minimal 3 generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. 3 generasi yang dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien ataupun keluarga saat pengkajian. (Nursalam, 2016)

b. Konsep diri

Menurut (Azizah, 2016) konsep diri perilaku kekerasan yang dijelaskan yaitu:

1) Gambaran diri atau citra tubuh

Biasanya gambaran diri klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal dan muka memerah.

2) Identitas diri

Identitas diri klien dengan perilaku kekerasan biasanya identitas dirinya adalah moral yang kurang dikarenakan melihat pendendam, bermusuhan serta pemaarah.

3) Peran diri

Biasanya klien pada perilaku kekerasan tidak dapat menjalankan tugas juga perannya dengan baik sebagai anggota keluarga didalam masyarakat. Dikarenakan terganggu dengan adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

4) Ideal diri

Kebanyakan klien dengan perilaku kekerasan ingin diberi perlakuan yang baik oleh keluarga ataupun masyarakat, agar bisa menjalankan tanggung jawab sebagai anggota keluarga dan juga bagian dari masyarakat. Namun, bila harapan mereka tidak terpenuhi, mereka cenderung marah.

5) Harga diri

Harga diri yang dimiliki pada klien perilaku kekerasan adalah harga diri rendah dikarena penyebab awal perilaku kekerasan yaitu marah yang tidak dapat menerima kenyataan serta memiliki sifat yang labil tidak bisa dikontrol beranggapan bahwa dirinya tidak berguna.

c. Hubungan sosial

Biasanya, klien sangat dekat dengan orang tuanya terutama ibu mereka. Ini dikarenakan sikap marah, saling lempar benda, berkata kasar, menghindari berinteraksi dengan di lingkungan sekitar, dan menghindari aktivitasinteraksi sosial di luar rumah.

d. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami adanya gangguan jiwa dan klien dengan keyakinanya melaksanakan ibadah dengan agama yang dianutnya.

2) Kegiatan ibadah

Biasanya klien selama sakit jarang untuk melaksanakan ibadah.

6. Status Mental

a. Penampilan

Penampilan klien dengan perilaku kekerasan umumnya klien tidak dapat menjaga penampilannya, umumnya dengan penampilan yang tidak apik, baju tidak cocok, metode berpakaian tidak seperti umumnya, rambut kotor, gigi yang kotor, kuku panjang dan gelap.

b. Pembicaraan

Biasanya pada klien perilaku kekerasan saat dilakukan pengkajian bicarannya cepat, kasar, membentak, ketus nada tinggi serta gampang tersinggung.

c. Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik klien dengan perilaku kekerasan dapat terlihat gelisah, tangan mengempal, gemetar, tegang, gerakan otot muka berubah-ubah, dan jalan mondar mandir.

d. Alam perasaan

Biasanya klien merasa sedih, takut, putus asa, khawatir dan menyesali yang sudah dilakukan.

e. Afek

Afek dan emosi pada klien perilaku kekerasan yang labil, emosi klien cepat berubah–ubah gampang mengamuk, membanting barang–barang, melukai diri sendiri, orang lain ataupun di sekitar juga berteriak–teriak.

f. Interaksi selama wawancara

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

g. Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan bisa dengan jelas menjawab pertanyaan.

h. Proses pikir

Proses berpikir klien dengan perilaku kekerasan ialah hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya sendiri serta tidak mempedulikan lingkungan sekitarnya. Umumnya klien ketika berbicara dengan mendadak terhenti dapat dikarenakan emosi yang meningkat tanpa terdapat gangguan eksternal lalu dilanjutkan kembali.

i. Isi pikir

Klien dengan perilaku kekerasan mempunyai ketakutan patologis atau tidak logis terhadap objek serta situasi yang tertentu, dapat disebut dengan phobia.

j. Tingkat kesadaran dan orientasi

Klien yang menunjukkan tingkat perilaku kekerasan tertentu adalah stupor, yang ditandai dengan gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang terus diulang-ulang, dan anggota tubuh yang tampak canggung dan acak. Wawancara dapat digunakan untuk memperoleh informasi tentang orientasi waktu, tempat, dan orang dalam kasus ini. Namun, risiko perilaku kekerasan terjadi disebabkan oleh disorientasi orang, tempat, dan waktu.

k. Memori

Klien yang memiliki perilaku kekerasan biasanya mengalami gangguan daya ingat jangka panjang, jangka pendek, dan waktu ini. Hal ini juga disertai dengan konfabulasi, yaitu menutupi gangguan daya ingat dengan menyebutkan cerita yang tidak benar. Daya ingat jangka panjang terkait dengan tidak mampu mengingat peristiwa yang terjadi lebih dari satu bulan yang lalu. Daya ingat jangka pendek melibatkan tidak bisa mengingat peristiwa yang terjadi dalam minggu terakhir. Daya ingat waktu ini mencakup tidak bisa mengingat peristiwa yang baru saja terjadi.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien dengan perilaku kekerasan tidak dapat berkonsentrasi, selalu meminta agar pernyataan untuk diulang atau tidak bisa menjelaskan kembali apa yang sudah dibicarakan. Klien tidak bisa melakukan penambahan atau pengurangan pada benda-benda yang nyata.

m. Kemampuan penilaian

Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan juga sedang serta tidak dapat mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

n. Daya tilik diri

Daya tilik klien yang mengalami perilaku kekerasan biasanya menyangkal penyakit yang dideritanya. Mereka tidak merasakan gejala penyakit atau perubahan fisik dan emosi yang terdapat di dalam dirinya. Mereka tidak merasakan perlu untuk meminta bantuan atau mengakui kondisi penyakitnya. Mereka cenderung untuk menyalahkan hal-hal di luar diri mereka yang menyebabkan masalah atau penyakit.

7. Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan

Klien makan dalam 3x sehari dengan porsi (lauk pauk, daging, buah, nasi, sayur).

b. BAB/BAK

Klien memakai toilet yang sudah disediakan buat BAB/BAK lalu membersihkannya kembali.

c. Mandi

Klien dalam sehari mandi 2x serta membersihkan rambut 2 hari sekali.

Bila mandi klien tidak lupa untuk menggosok gigi.

d. Berpakaian

Klien akan berganti pakaian setiap sesudah mandi sore.

e. Istirahat dan tidur

Klien tidur siang sekitar 1 – 2 jam lalu tidur malam sekitar 8 – 9 jam.

Persiapan klien sebelum tidur yakni terbiasa untuk cuci tangan, kaki serta menggosok gigi.

f. Penggunaan obat

Klien minum obat dalam sehari 3x dengan obat oral. Reaksi klien sesudah minum obat lebih tenang lalu tidur pulas.

g. Pemeliharaan kesehatan

Klien meneruskan berobat untuk terapinya dengan dukungan dari keluarga serta tenaga kesehatan juga orang yang berada di sekitarnya.

h. Aktivitas di dalam rumah

Klien dengan melakukan aktivitas sehari-hari semacam merapikan tempat tidur.

i. kegiatan di luar rumah

Klien dengan melakukan kegiatan diluar tempat tinggal secara mandiri.

8. Mekanisme Koping

Klien atau keluarga yang diajukan dalam wawancara akan memberikan data tentang cara mereka untuk mengendalikan diri saat menghadapi masalah (Azizah, 2016)

a. Koping Adaptif: akan mencakup kemampuan untuk berbicara dengan orang lain dan menyelesaikan masalah tanpa bantuan orang lain.

b. Koping Maladaptif: akan termasuk anggota minum alkohol dan luka/melukai diri sendiri.

2.3.2 Analisa Data

Analisis data dalam perumusan diagnosa keperawatan diawali dengan pengelompokan informasi yang diperoleh dari anamnesa, pengamatan serta pemeriksaan fisik kemudian hasil yang didapat dibandingkan dengan standar (keadaan normal), sehingga bisa diketahui kasus kesehatan yang dialami penderita serta bisa dirumuskan permasalahan kesehatan. (Yunus, 2019)

Analisa data dari perilaku kekerasan dapat di peroleh melalui:

1. Data Subjektif :

- a) Klien mengancam
- b) Klien mengumpat dengan kata-kata kotor
- c) Klien mengatakan dendam dan jengkel
- d) Klien ingin berkelahi
- e) Klien menyalahkan dan menuntut orang lain
- f) Klien meremehkan

2. Data Objektif :

- a) Mata melotot/pandangan tajam
- b) Tangan mengepal
- c) Rahang mengatup
- d) Wajah memerah dan tegang
- e) Postur tubuh kaku
- f) Suara keras

2.3.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yaitu penilaian klinis dari respon klien terhadap permasalahan kesehatan aktual serta potensial ataupun proses kehidupan. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengenali respon individu, keluarga serta masyarakat terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan. (PPNI, 2017) Berdasarkan pada pengamatan juga wawancara, perawat dapat merumuskan masalah yakni risiko perilaku kekerasan. Perilaku Kekerasan ialah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan juga tidak bisa terkendali baik secara verbal hingga sampai mencederai orang lain dan dapat merusak lingkungan. (PPNI, 2017)

2.3.4 Intervensi

Intervensi adalah tindakan yang diambil oleh perawat untuk mencapai hasil yang diinginkan, berdasarkan pengetahuan dan penilaian yang dilakukan, (PPNI t. p., 2018). Setelah melakukan pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis, perawat akan menyusun tindakan keperawatan yang disebut intervensi keperawatan (Muhuth, 2015). Tujuan dari intervensi ini adalah agar klien dapat mengendalikan perilakunya dan mampu mengungkapkan kemarahannya secara asertif. Selain itu, tujuan khususnya adalah membantu klien mengidentifikasi pemicu dan tanda-tanda perilaku kekerasan, memilih perilaku yang konstruktif dalam merespon, mendemonstrasikan perilaku yang terkendali, dan mendapat dukungan dari keluarga (Rusdi, 2013). Berdasarkan wawancara dan observasi, perawat dapat mengidentifikasi masalah utama yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan.

Tabel 2.1 Intervensi pada Pasien *Skizofrenia* dengan Masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan (Azizah, 2016)

Tujuan	KH	Intervensi
TUM: Klien tidak mencederai diri TUK: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	1.1. Klien mau membalas salam 1.2. Klien mau menjabat tangan 1.3. Klien mau menyebutkan nama 1.4. Klien mau tersenyum 1.5. Klien mau kontak mata 1.6. Klien mau mengetahui nama perawat	1.1.1. Beri salam/panggil nama. a. Sebutkan nama perawat b. Jelaskan maksud hubungan interaksi c. Jelaskan akan kontrak yang akan dibuat d. Beri rasa aman dan sikap empati e. Lakukan kontak singkat tapi sering
2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan	2.1 Klien dapat mengungkapkan perasaannya. 2.2 Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri)	2.1.1 Berikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya 2.1.2 Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal
3. Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan	3.1 Klien dapat mengungkapkan perasaan jengkel/kesal 3.2 Klien dapat menyimpulkan tanda dan gejala jengkel/kesal yang dialaminya	3.1.1 Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat marah/jengkel 3.1.2 Observasi tanda dan gejala perilaku kekerasan pada klien 3.1.3 Simpulkan bersama klien tanda dan gejala jengkel/kesal yang akan dialami
4. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan	4.1 Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 4.2 Klien dapat bermain peran sesuai perilaku kekerasan yang biasa dilakukan	4.1.1 Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien (verbal, pada orang lain, pada lingkungan dan pada diri sendiri) 4.1.2 Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa

	4.3 Klien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan untuk menyelesaikan masalah	4.1.3	dilakukan Bicarakan dengan klien, apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai
5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	5.1 Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien: a. Akibat pada klien sendiri b. Akibat pada orang lain c. Akibat pada lingkungan	5.1.1 5.1.2 5.1.3	Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang digunakan klien Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan klien Tanyakan kepada klien "Apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat".
6. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan	6.1 Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik: a. Tarik nafas dalam b. Pukul kasur atau bantal c. Kegiatan fisik lain 6.2 Klien dapat mengidentifikasi cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan 6.3 Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya. 6.4 Klien mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai	6.1.1 6.1.2 6.1.3 6.2.1 6.2.2 6.2.3 6.2.4 6.2.5 6.2.6 6.2.7	Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien Beri pujian atas kegiatan fisik klien yang biasa dilakukan Diskusikan dua cara fisik yang paling mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan, yaitu: tarik nafas dalam dan pukul kasur serta bantal. Diskusikan cara melakukan nafas dalam bersama klien Beri contoh klien tentang cara menarik nafas dalam Minta klien mengikuiti contoh yang diberikan sebanyak 5 kali Beri pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara menarik nafas dalam Tanyakan perasaan klien setelah selesai. Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari saat marah/jengkel Lakukan hal yang sama

	jadwal yang telah disusun		dengan 6.2.1. sampai 6.2.6. untuk fisik lain dipertemuan yang lain
		6.3.1	Diskusikan dengan klien mengenai frekuensi latihan yang akan dilakukan sendiri oleh klien
		6.3.2	Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari.
		6.4.1	Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan, cara pencegahan perilaku kekerasan yang telah dilakukan dengan mengisi jadwal kegiatan harian (self-evaluation)
		6.4.2	Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan
		6.4.3	Berikan pujian atas keberhasilan klien
		6.4.4	Tanyakan kepada klien “apakah kegiatan cara pencegahan perilaku kekerasan dapat mengurangi perasaan marah”
7.	Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan	7.1	Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan.
		a.	Meminta dengan baik
		b.	Menolak dengan baik
		c.	Mengungkapkan perasaan dengan baik.
		7.2	Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik
		7.1.1.	Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien
		7.1.2.	Beri contoh cara bicara yang baik:
		a.	Meminta dengan baik
		b.	Menolak dengan baik
		c.	Mengungkapkan perasaan dengan baik
		7.2.1.	Meminta klien mengikuti contoh cara bicara yang baik.
		a.	Meminta dengan baik “Saya minta uang untuk beli makan”
		b.	Menolak dengan baik “Maaf, saya tidak bisa melakukan karena ada kegiatan lain”.
		c.	Mengungkapkan perasaan dengan baik “ Saya kesal

	<p>7.3 Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik.</p> <p>7.4 Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun</p>	<p>karena permintaan saya tidak dikabulkan” disertai dengan suara nada rendah.</p> <p>7.2.2. Minta klien mengulang sendiri</p> <p>7.2.3. Beri pujian atas keberhasilan klien</p> <p>7.3.1. Diskusikan dengan klien tentang waktu dan kondisi cara bicara yang dapat dilatih di ruangan, misalnya: meminta obat, baju, dll; menolak ajakan merokok, tidur tidak tepat pada waktunya, menceritakan kekesalan pada perawat.</p> <p>7.3.2. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari</p> <p>7.4.1 Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan cara bicara yang baik dengan mengisi jadwal kegiatan (self-evaluation).</p> <p>7.4.2 Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan.</p> <p>7.4.3 Berikan pujian atas keberhasilan klien</p> <p>7.4.4 Tanyakan kepada klien “bagaimana perasaan imam setelah latihan bicara yang baik? Apakah keinginan merah berkurang?”.</p>
<p>8. Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untu mencegah perilaku kekerasan.</p>	<p>8.1. Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan.</p> <p>a. Meminta dengan baik</p> <p>b. Menolak dengan baik</p> <p>c. Mengungkap</p>	<p>8.1.1. Diskusikan dengan klien kegiatan ibadah yang pernah dilakukan.</p> <p>8.1.2. Bantu klien menilai kegiatan ibadah yang dapat dilakukan di ruang perawat.</p> <p>8.1.3. Bantu klien memilih kegiatan ibadah yang akan dilakukan</p> <p>8.2.1. Minta klien mendemonstrasikan kegiatan ibadah yang dipilih.</p>

	kan perasaan dengan baik.	8.2.2. Beri pujian atas keberhasilan klien.
	8.2 Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik	8.2.3. Klien mengevaluasi pelaksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan
	8.3 Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik	8.3.1. Susun jadwal kegiatan untuk melatih kegiatan ibadah.
	8.4 Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun	8.4.1. Klien mengevaluasi pelaksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan harian
		8.4.2. Validasi kemampuan klien dalam melakukan validasi
		8.4.3. Berikan pujian atas keberhasilan klien
		8.4.4. Tanyakan kepada klien “ bagaimana perasaan imam setelah teratur melaksanakan ibadah? Apakah keinginan merah berkurang?”
9. Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan	9.1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu minum obat serta manfaat dari obat itu (prinsip 5 benar: benar orang, dosis, waktu dan cara pemberian)	9.1.1. Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminumnya (nama, warna, besarnya); waktu minum obat (jika 3 kali: pkl 07.00), 13.00, 19.00; cara minum obat)
	9.2. Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan.	9.1.2. Diskusikan dengan klien manfaat minum obat secara teratur: <ul style="list-style-type: none"> a. Beda perasaan sebelum minum obat dan sesudah minum obat. b. Jelaskan bahwa jenis obat hanya boleh diubah oleh dokter. c. Jelaskan mengenai akibat minum obat yang tidak teratur, misalnya penyakitnya kambuh.
	9.3. Klien mengevaluasi kemampuannya dalam mematuhi minum obat.	9.2.1 Diskusikan tentang proses minum obat: <ul style="list-style-type: none"> a. Klien meminta kepada perawat (jika di RS) kepada keluarga (jika di

		Rumah).
		b. Klien memeriksa obat sesuai dosisnya.
		c. Klien meminum obat pada waktu yang tepat.
	9.2.2	susun jadwal minum obat bersama klien
	9.3.1.	Klien mengevaluasi pelaksanaan minum obat dengan mengisi jadwal kegiatan harian
	9.3.2.	Validasi pelaksanaan minum obat klien
	9.3.3.	Beri pujian atas keberhasilan klien
	9.3.4.	Tanyakan kepada klien “bagaimana perasaan Imam dengan minum obat secara teratur? Apakah keinginan untuk marah berkurang?”
10. Klien dapat mengikuti TAK: stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan	10.1. Klien yang mengikuti TAK: stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan	10.1.1. Anjurkan klien untuk ikut TAK: stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan.
	10.2. Klien mempunyai jadwal, klien melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan TAK.	10.1.2. Klien mengikuti TAK: stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan (kegiatan mandiri)
		10.1.3. Diskusikan dengan klien tentang kegiatan selama TAK
		10.1.4. Fasilitasi klien untuk mempraktikkan hasil kegiatan TAK dan beri pujian atas keberhasilannya.
		10.2.1 Diskusiakn dengan klien tentang jadwal TAK
		10.2.2 Masukkan jadwal TAK dalam jadwal kegiatan harian.
		10.2.3 Beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK.
		10.2.4 Tanyakan klien: bagaimana perasan setelah ikut TAK?”,
11. Klien mendapat dukungan	11.1. Keluarga dapat	11.1.1. Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat

keluarga dalam melakukan cara pencegahan perilaku kekerasan	mendemonstrasikan cara merawat klien	klien sesuai dengan yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini 11.1.2. Jelaskan keuntungan peran serta keluarga dalam merawat klien. 11.1.3. Jelaskan cara-cara merawat klien. a. Terkait dengan cara mengontrol perilaku marah secara konstruktif. b. Sikap dan cara bicara. c. Membantu klien mengenal penyebab marah dan pelaksanaan cara pencegahan perilaku kekerasan.
---	--------------------------------------	---

6.1.1 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan proses lanjutan dari kegiatan yang dilakukan oleh perawat guna membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik, dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Leniwita & Anggraeni, 2019). Pada masalah risiko perilaku kekerasan sehingga dilakukan tindakan keperawatan pada pasien juga keluarga pasien dengan cara menggunakan strategi pelaksanaan. Ada pula strategi pelaksanaan pada risiko perilaku kekerasan yaitu sebagai berikut: (AH.Yusuf, 2015).

Tabel 2.2 Strategi Pelaksanaan Pasien

Tujuan	Tindakan ke Pasien
1. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.	1. Bina hubungan saling percaya a) Mengucapkan salam terapeutik b) Berjabat tangan c) Menjelaskan tujuan interaksi d) Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien
2. Pasien dapat mengidentifikasi tanda – tanda perilaku kekerasan.	2. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
3. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.	3. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
4. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.	c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
5. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya	e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
6. Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan terapi psikofarmaka.	4. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang bisa dilakukan pada saat marah secara: a) Verbal b) Terhadap orang lain c) Terhadap diri sendiri d) Terhadap lingkungan
	5. Diskusikan bersama pasien akibat dari perilakunya
	6. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara: a) Fisik, misal pukul bantal kasur, tarik nafas dalam b) Obat c) Sosial/verbal, misal menyatakan secara asertif rasa marahnya d) Spiritual, misal sholat atau berdoa sesuai keyakinan pasien
	7. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, yaitu latihan napas dalam dan pukul kasur atau bantal, secara sosial atau verbal, secara spiritual dan patuh minum obat
	8. Ikut sertakan pasien dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi mengontrol perilaku kekerasan

Tabel 2.3 Strategi Pelaksanaan Keluarga

Tujuan	Tindakan ke Keluarga
Keluarga dapat merawat pasien dirumah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien 2. Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, serta perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut) 3. Diskusikan bersama keluarga kondisi – kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda atau orang lain 4. Latih keluarga merawat pasien dengan perilaku kekerasan: <ol style="list-style-type: none"> a) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat b) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat c) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala – gejala perilaku kekerasan 5. Buat perencanaan pulang bersama keluarga

أَتْلُ مَا أُرْحِي إِلَيْكَ مِنَ الْكِتَابِ وَأَقِمِ الصَّلَاةَ إِنَّ الصَّلَاةَ تَنْهَى عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ

وَلَذِكْرُ اللَّهِ أَكْبَرُ وَاللَّهُ يَعْلَمُ مَا تَصْنَعُونَ

Artinya: "Bacalah Kitab (Al-Qur'an) yang telah diwahyukan kepadamu (Muhammad) dan laksanakanlah salat. Sesungguhnya salat itu mencegah dari (perbuatan) keji dan mungkar. Dan (ketahuilah) mengingat Allah (salat) itu lebih besar (keutamaannya dari ibadah yang lain). Allah mengetahui apa yang kamu kerjakan."

Ayat 45 dari surat Al-‘Ankabut di atas memaparkan kepada kita jika kita

harus tetap mengingat Allah dalam kondisi apapun, sebab dengan

mengingat Allah kita akan merasa dekat dengan Allah, serta Allah akan

mengingat hambanya yang mengingatnya dalam tiap perbuatan. Allah

memberikan pujian kepada hambanya yang senantiasa berdzikir

kepadanya sepanjang waktu. Dzikir disini diposisikan sebagai kehidupan

hati yang dapat menenangkan gejala kejiwaan yang dirasakan oleh seseorang.

6.1.1 Evaluasi

Evaluasi yaitu suatu proses yang berlanjut untuk dapat menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi bisa dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP. (Untari & Irna, 2020)

S: subjektif respon klien terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilakukan dapat diukur. Ini dapat meliputi pasien tidak lagi berperilaku agresif, tidak lagi berbicara dengan kasar, tidak lagi berbicara dengan nada keras, dan tidak lagi berkata dengan kasar.

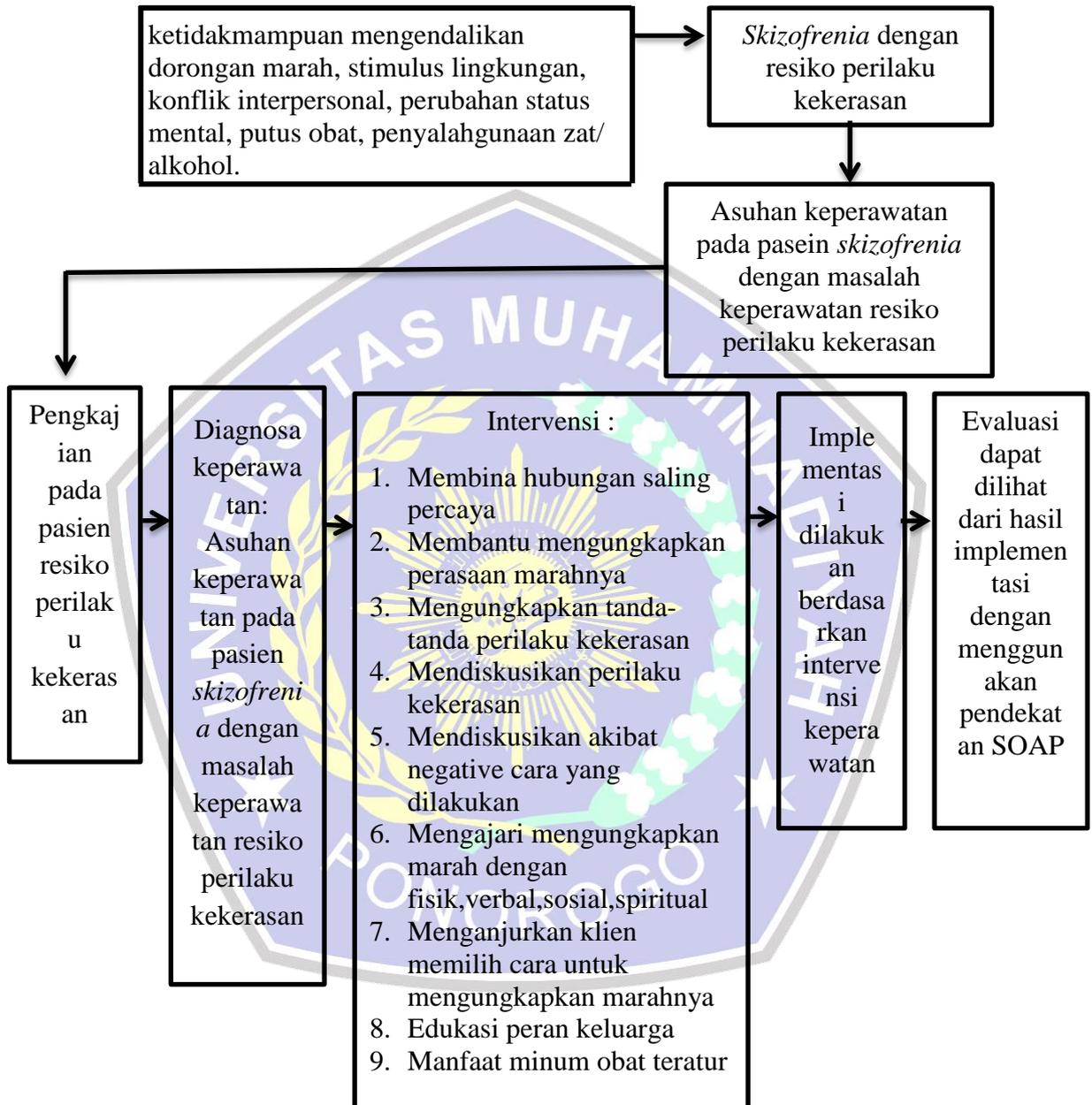
O: respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilakukan bisa diukur dengan cara mengamati perilaku klien. Ini dapat dilihat pasien tidak melakukan tindakan agresif, merusak atau mengganggu lingkungan, tidak lagi melukai diri sendiri atau orang lain, tidak bersikap kasar, mata pasien tidak melotot, pandangan tidak tajam, tangan tidak menggepal, rahang tidak mengatup, wajah tidak memerah.

A: analisis ulang data subjektif dan objektif untuk mengetahui apakah masalah masih berlanjut, ada masalah yang baru, atau ada kontradiksi dengan masalah yang ada. Selain itu juga dapat membandingkan hasil dengan tujuan.

P: tindak lanjut berdasarkan hasil dari analisis respon pasien, rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan (apabila masalah tidak berubah) atau rencana dimodifikasi (apabila masalah tetap, sudah dilakukan semua tindakan terapi tetapi hasil belum memuaskan)

6.1.1 Hubungan Antar Konsep

Menurut (Kartikadewi dkk, 2017) hubungan dari antar konsep pada pasien *skizofrenia* dengan resiko perilaku kekerasan yaitu:



Gambar 2.3 Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien *Skizofrenia* dengan Masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

BAB 3

METODE STUDI KASUS

3.1 Metode

Secara umum metode penelitian yaitu sebagai cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan juga kegunaan tertentu. Metode *Problem Solving* (metode pemecahan masalah) merupakan suatu metode berpikir, sebab dalam problem solving dapat juga menggunakan metode-metode lainnya yang dimulai dengan mencari data sampai dengan menarik kesimpulan. (Siahaan, 2017)

Menurut (Rahardjo, 2017: 5) merumuskan Studi Kasus yakni sesuatu serangkaian kegiatan ilmiah yang dilakukan secara intensif, terinci serta mendalam tentang sesuatu program, peristiwa, serta kegiatan, baik pada tingkat perorangan, sekelompok orang, lembaga, ataupun organisasi untuk mendapatkan pengetahuan mendalam tentang peristiwa tersebut. (Hidayat, 2019)

3.2 Teknik Penulisan

Teknik penulisan dalam karya tulis ilmiah ini yaitu deskriptif yang berupa studi kasus tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di RSJD. Dr. Arif Zainuddin Surakarta. Penulisan deskriptif ini adalah untuk membuat deskripsi, gambaran ataupun lukisan secara sistematis, faktual, serta akurat mengenai fakta- fakta, watak, dan hubungan antar fenomena yang diselidiki. (Alawiyah et al., 2020)

3.3 Waktu dan Tempat

Waktu dan tempat menggambarkan masa dan lokasi pemberian asuhan keperawatan pada pasien yang didokumentasikan dalam karya tulis ilmiah ini

1. Waktu

- a. Persiapan dan penyusunan proposal : September-November 2022
- b. Pengumpulan data awal : September-November 2022
- c. Ujian proposal : 02 Desember 2022
- d. Ujian KTI Desain Studi Kasus : 05 Juli 2023

2. Tempat

Tempat studi kasus ini dilakukan di RSJD. Dr. Arif Zainuddin Surakarta pada tahun 2022. Bertempat di Kota Surakarta, Provinsi Jawa Timur.

3.4 Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang akan digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara merupakan salah satu metode pengumpulan data sebagaimana orang mengenal istilah interview yang bertujuan untuk mengumpulkan beberapa informasi mengenai data dan fakta seseorang secara valid dan detail.

2. Observasi

Observasi merupakan teknik mengamati serta memahami sesuatu secara langsung meliputi aktivitas, gejala fisik, serta hal lain yang terlihat saat pengamatan. Observasi ini sebagai bahan untuk melakukan

tindakan dalam asuhan keperawatan dengan fokus studi risiko perilaku kekerasan.

3. Studi Dokumentasi

Proses penelitian diperlukan mengumpulkan data dengan melihat dokumentasi-dokumentasi.

3.5 Alur Kerja

Kerangka kerja/alur kerja menggambarkan tahapan-tahapan pokok yang dilalui untuk penyelesaian karya tulis ilmiah ini.



Gambar 2.1 Alur Kerja

3.6 Etika Penelitian

Etika mendeskripsikan aspek-aspek etik yang digunakan untuk jadi pertimbangan terhadap memberikan asuhan keperawatan untuk penderita sampai menggunakan proses dokumentasi yang dilakukan. Etika penelitian ialah suatu pedoman etika yang berlaku bagi setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti (subjek penelitian) juga masyarakat yang akan memperoleh dampak dari hasil penelitian tersebut. Menurut (Notoatmodjo, 2012) beberapa prinsip etika yang digunakan pada pemberian asuhan keperawatan ialah *voluntary* (keiklasan) serta *confidentially* (kerahasiaan), *anonymity* (tanpa nama), *informed consent*.

1. Keikhlasan (*voluntray*)

Keikhlasan ialah dimana seorang bersedia menjadi subjek penelitian tanpa adanya suatu ancaman serta desakan. Subjek bisa mengundurkan diri sewaktu-waktu, peneliti tidak bisa memaksa ataupun membujuk untuk mengikuti penelitian atau menjadi subjek penelitian yang bertentangan dengan kemauan.

2. Lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*)

Informed consent merupakan suatu formulir persetujuan yang pada subyek yang akan diteliti dengan tujuan supaya dapat memahami perihal penelitian yang dilakukan serta menyatakan setuju untuk berpartisipasi pada lembar persetujuan diberikan pada setiap subjek yang akan diteliti. Peneliti dalam merekrut subjek yang diteliti terlebih dahulu harus memberikan informed consent yaitu peneliti harus memberi tahu secara jujur maksud serta tujuan terkait dengan penelitian dengan jelas. Bila

subjek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memakainya dan tetap menghormati.

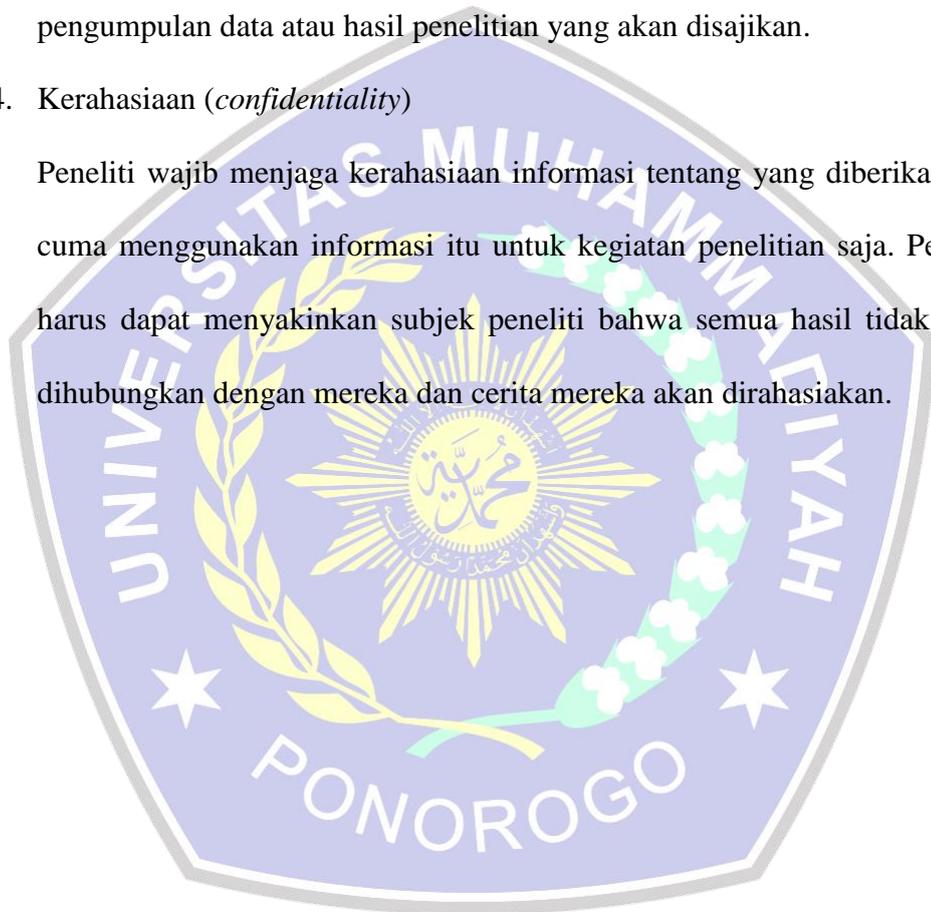
3. Tanpa nama (*anonymity*)

Selama dalam kegiatan penelitian, nama subjek peneliti tidak dapat digunakan atau dicantumkan melainkan hanya menggunakan kode partisipan pada lembar

pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

4. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Peneliti wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang yang diberikan dan cuma menggunakan informasi itu untuk kegiatan penelitian saja. Peneliti harus dapat meyakinkan subjek peneliti bahwa semua hasil tidak akan dihubungkan dengan mereka dan cerita mereka akan dirahasiakan.



BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN

Pada BAB 4 ini adalah asuhan keperawatan jiwa pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan. Pengkajian dan bina hubungan saling percaya dilakukan pada tanggal 28 Desember 2022 pukul 14.00 WIB di IGD lalu pengkajian dilanjutkan di ruang Sumbadra Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Dr. Arif Zainuddin. Pengelolaan kasus ini dilakukan pada tanggal 28 Desember 2022 – 02 Januari 2023. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, analisa data, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi, & evaluasi. Hasil tindakan dengan data sebagai berikut.

4.1. Pengkajian

Ruang rawat : Sumbadra
 Tanggal pengkajian/Jam : 28-12-2022/14.00 WIB
 Tanggal MRS : 28-12-2022/13.00 WIB
 No. RM : 069xxx

4.1.1. Identitas Klien

Nama : Ny. W
 Umur : 47 tahun
 Alamat : Bendo, Karanganyar
 Pendidikan : SD
 Agama : Islam
 Pekerjaan : Tidak bekerja
 Informan : Tn. J (Ponakan Ny. W)

Dx. Medis : F 20.3 (Skizofrenia tak terinci)

4.1.2 Keluhan Utama

Klien mengatakan dibawa ke RSJ karena saat dirumah klien marah-marah, ingin membanting ember.

4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang (Faktor Presipitasi) <6 bulan

Pada tanggal 28-12-2022 pukul 13.00 klien oleh keluarga dibawa ke IGD karena klien marah-marah saat disuruh minum obat. Keluarga klien mengatakan sempat putus obat selama beberapa waktu. Klien tampak kaku, tatapan tajam dan nada suara tinggi. Pada pukul 14.30 klien dipindahkan ke bangsal Sumbadra. Pada saat pengkajian di bangsal Sumbadra pada tanggal 28-12-2022 klien mengatakan marah-marah dikarenakan Bapak klien disuruh mengambil sayur tidak segera diambil & suaminya berjanji akan pulang tetapi tidak kunjung pulang. Klien tampak dengan tatapan masih tajam.

4.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu (Faktor Predisposisi) > 6 bulan

Klien mengatakan mengalami gangguan jiwa sudah lama sejak remaja sekitar umur 12th – 20th. Klien masuk RSJ sudah ke 8x. kembali ke RSJ karena masih marah-marah mau melempar ember ke bapak klien & tidak mau meminum obat. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena klien dirumah marah-marah dengan bapaknya yang mau dilempar ember & disuruh minum obat tidak mau. Klien tidak pernah memiliki riwayat trauma seperti aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga,

& tindakan kriminal. Hanya klien yang memiliki gangguan jiwa, klien juga sadar jika ini dirumah sakit jiwa, keluarga klien juga tidak memiliki riwayat seperti klien.

4.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. TTV

Tekanan darah : 144/87 mmHg

Suhu : 36,5 °C

Nadi : 102x/menit

RR : 21x/menit

SPO2 : 98%

2. Pengukuran umum

Berat badan : 63 kg

Tinggi badan : 150 cm

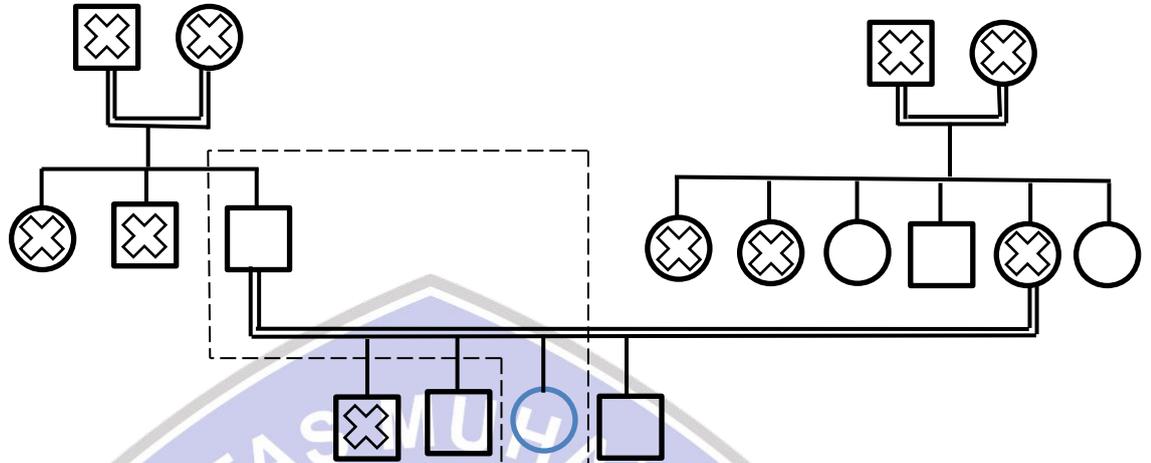
3. Keluhan Fisik

Klien mengatakan tidak mengeluhkan apapun



4.1.6 Psikososial

1. Genogram



Gambar 4.5 Genogram

Keterangan :



Ny. W merupakan anak ke 3 dari 4 bersaudara. Dirumah klien tinggal dengan bapaknya. Ibu klien sudah meninggal dunia karena menderita hipertensi. Pengambil keputusan di keluarga tersebut yaitu bapak klien.

2. Konsep Diri

- a. Citra Tubuh : klien mengatakan menyukai semua bentuk tubuhnya, menurut klien tubuhnya bagus tidak ada kecacatan
- b. Identitas Diri : klien mengatakan dirinya perempuan dan merasa puas dengan jenis kelamin tersebut, status klien sudah menikah dan mempunyai 2 anak
- c. Peran : klien mengatakan usianya 47 tahun. Klien dulunya bekerja sebagai penjual jamu dan sekarang perannya sebagai istri. Saat di rumah sakit klien berperan sebagai pasien.
- d. Ideal Diri : klien mengatakan merasa bersyukur dengan tubuhnya saat ini, klien dulu ingin berharap menjadi dokter tetapi biaya tidak mencukupi, klien saat ini sudah merasa cukup dengan keadaanya
- e. Harga Diri : klien mengatakan tidak malu dengan orang lain terkait dirinya yang masuk RSJ ke 8x nya

3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti dalam hidup klien adalah suami klien
- b. Peran kegiatan masyarakat : klien mengatakan tidak mengikuti kegiatan di masyarakat, karena tidak diperbolehkan oleh bapaknya klien keluar rumah hanya saat membeli kebutuhan rumah yang dibutuhkan

- c. Hambatan berhubungan dengan orang lain : klien mengatakan tidak ada gangguan/hambatan komunikasi dengan orang lain
- d. Spiritual
 - 1) Nilai dan keyakinan : klien beragama islam
 - 2) Kegiatan ibadah : saat di RS klien juga melaksanakan sholat 5 waktu dan dzikir secara individu

4.1.7 Status Mental

1. Penampilan

Penampilan klien dengan kondisi rambut yang terurai, kuku tampak kotor, gigi kekuningan, pakaian bersih & tidak bau

2. Pembicaraan

Klien dapat berbicara layaknya orang normal lainnya tetapi mata terlihat tajam, nada suara keras, & terkadang berbicara ngelantur tidak nyambung

3. Aktivitas motorik

Aktivitas motorik klien gelisah, tegang saat ditanya dengan memainkan jari tangannya

4. Alam perasaan

Klien mengatakan merasa sedih saat di RSJ ingin pulang bertemu suami.

5. Afek

Afek klien *inappropriate* (tidak tepat) yaitu datar yang berarti saat dilakukan wawancara pasien tidak menunjukkan

perubahan roman muka dan ekspresi wajah, juga saat diberi stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan

6. Interaksi selama wawancara

Selama wawancara klien kooperatif, tidak bisa mempertahankan kontak mata atau mudah beralih, ada curiga yang ditunjukkan dengan klien tampak khawatir dan klien bertanya bahwa dirinya mau diapakan

7. Persepsi

Klien mengatakan pernah mendengar suara yang isinya “minumlah janur kuning agar bisa sembuh”, yang munculnya sewaktu waktu atau tidak pasti, frekuensi muncul yang tidak pasti (dengan tiba-tiba muncul). Ketika klien mendengar suara itu klien ingin mengikuti dari isi halusinasinya tersebut

8. Proses pikir

Proses pikir klien repersepsi yaitu pembicaraan yang diulang berkali-kali yaitu membicarakan tentang pekerjaannya waktu klien berada di Natuna terkadang juga klien saat berbicara tiba-tiba terhenti

9. Isi pikir

Klien tidak ada isi pikir seperti obsesi, pobia, ide terkait, atau waham

10. Tingkat kesadaran

Kesadaran klien stupor dengan tubuh yang kaku dan tampak kacau. Klien tidak ada disorientasi terhadap waktu & tempat

juga orang. Klien mengatakan mengobrol dengan mahasiswa praktik pada siang pukul 13.25 WIB tanggal 28-12-2-22. Klien mengatakan bahwa dirinya berada di RSJ karena marah-marah dirumah.

11. Memori

Klien tidak mengalami gangguan memori

12. Tingkat konsentrasi & berhitung

Klien mampu berkonsentrasi saat diberi pertanyaan. Klien mampu berhitung 1-10 dengan benar

13. Kemampuan penilaian

Klien mempunyai penilaian yang baik, klien bisa memilih antara 2 pilihan seperti memilih untuk mandi dulu/tidur, klien memilih mandi supaya bisa segar & tidak mudah berkeringat, jadi klien mengalami gangguan penilain ringan

14. Daya tilik diri

Klien mengatakan menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa dan tahu sekarang berada di RSJ. Klien tahu tujuan dibawa di RSJ untuk menyembuhkan marah-marahnya

4.1.8 Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Klien mengatakan makan 3x dalam sehari tanpa bantuan perawat

2. BAB/BAK

Klien mengatakan BAB & BAK di toilet lalu disiram setelah itu, klien tidak memerlukan bantuan dari perawat

3. Mandi

Klien mengatakan dapat mandi sendiri & pakai sabun juga gosok gigi. Klien mandi sehari bisa 3x - 4x dalam sehari, klien belum cuci rambut

4. Berpakaian/berhias

Klien mengatakan ganti baju sehari 2x tanpa bantuan perawat

5. Istirahat dan tidur

Klien mengatakan kadang tidur siang kadang juga tidak tidur siang pada sekitar jam 13.00 – 14.00 WIB. Klien tidak ada gangguan tidur. Untuk tidur malam sekitar jam 20.00 WIB. Klien dapat merapikan tempat tidur sendiri tanpa bantuan perawat

6. Penggunaan obat

Klien mengatakan tidak membutuhkan bantuan ketika mengonsumsi obat karena sudah bisa sendiri dalam meminumnya

7. Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan akan kontrol lagi kalau obatnya mulai habis & mau meminum obat dengan rutin

8. Aktivitas diluar rumah

Klien mengatakan tidak keluar rumah kecuali membeli keperluan rumah yang dibutuhkan

9. Aktivitas dalam rumah

Klien mengatakan kegiatan dirumah memasak & beberes rumah

4.1.9 Mekanisme Koping

Klien mengatakan ketika klien mengalami masalah tekanan atau peristiwa yang traumatik klien menyelesaikan dengan cara marah – marah dan mau melempar ember pada bapaknya dan terkadang menceritakanya kepada suaminya terkadang juga memilih untuk diam.

4.1.10 Masalah Psikososial & Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok

Klien tidak ada masalah di lingkungannya, klien diterima di lingkungan & keluarganya

2. Masalah dengan lingkungan

Klien mengatakan sudah terbiasa dengan suasana disini dan terkadang ingin pulang bertemu dengan keluarga. Terkadang jika ada yang tidak sesuai dengan hati klien, klien ingin marah & bersuara keras kepada temannya

3. Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan tidak ada masalah saat sekolah waktu SD

4. Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan tidak memiliki masalah dengan pekerjaannya karena klien hanya dirumah

5. Masalah dengan perumahan

Klien tinggal dirumah dengan bapaknya, rumah yang ditempati saat ini adalah rumah bapaknya

6. Masalah dengan ekonomi

Klien mengatakan perekonomian keluarga cukup, klien tidak mau menjelaskan secara rinci karena menurutnya ini privasi

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan

4.1.11 Aspek Pengetahuan

Klien mengetahui tentang penyakitnya & klien tau harus meminum 3 jenis obat tetapi klien tidak tau manfaat dari obat tersebut. Jadi diperlukan pengetahuan tambahan mengenai obat.

4.1.12 Aspek Medis

1. Diagnosa medis : F 20.3 (Skizofrenia tak terinci)
2. Terapi medis :

- a. Risperidone 2 x 2 mg

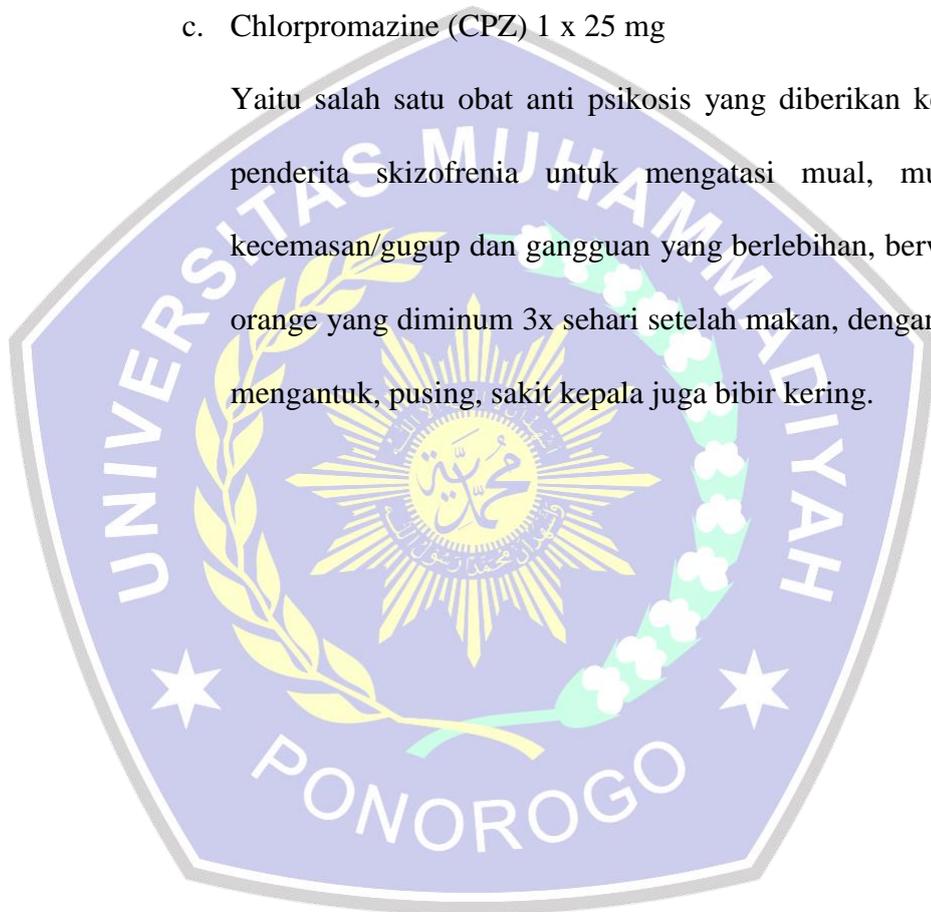
Yaitu obat yang digunakan untuk menjaga kestabilan emosi (kemarahan) dan berpikir jernih. Berwarna putih berbentuk tablet, diminum 3x sehari diminum setelah makan. Efek samping pusing, ngantuk, mual/muntah.

b. THP (Trihexyphenidyl) 2 x 2 mg

Yaitu obat yang digunakan untuk meningkatkan mood dan mengatasi gerak tubuh yang tidak terkontrol juga kaku agar bisa rileks, berwarna putih berbentuk tablet. Diminum 3x sehari setelah makan, dengan efek, pusing, lemas dan mengantuk.

c. Chlorpromazine (CPZ) 1 x 25 mg

Yaitu salah satu obat anti psikosis yang diberikan kepada penderita skizofrenia untuk mengatasi mual, muntah, kecemasan/gugup dan gangguan yang berlebihan, berwarna orange yang diminum 3x sehari setelah makan, dengan efek mengantuk, pusing, sakit kepala juga bibir kering.



4.2. Analisa data

Nama px : Ny. W

Umur : 47 th

No RM : 069xxx

Tabel 4.4 Analisa Data

No.	Tgl Muncul	Data	Masalah
1.	28-12-2022 14.00	DS: 1. Klien mengatakan dirumah marah-marah dengan bapaknya 2. Klien mengatakan ingin melempar ember ke bapaknya 3. Klien mengatakan berkata kasar pada bapaknya 4. Klien mengatakan pernah masuk RSJ sudah 8x ini dengan keluhan & gejala yang sama DO: 1. Wajah tampak tegang 2. Tatapan mata tajam 3. Suara tinggi 4. Tampak gelisah tidak tenang (memainkan jari tangan) TTV : TD : 144/87 mmHg S : 36,5 °C N : 102 x/menit RR : 21x/menit	Risiko Perilaku Kekerasan

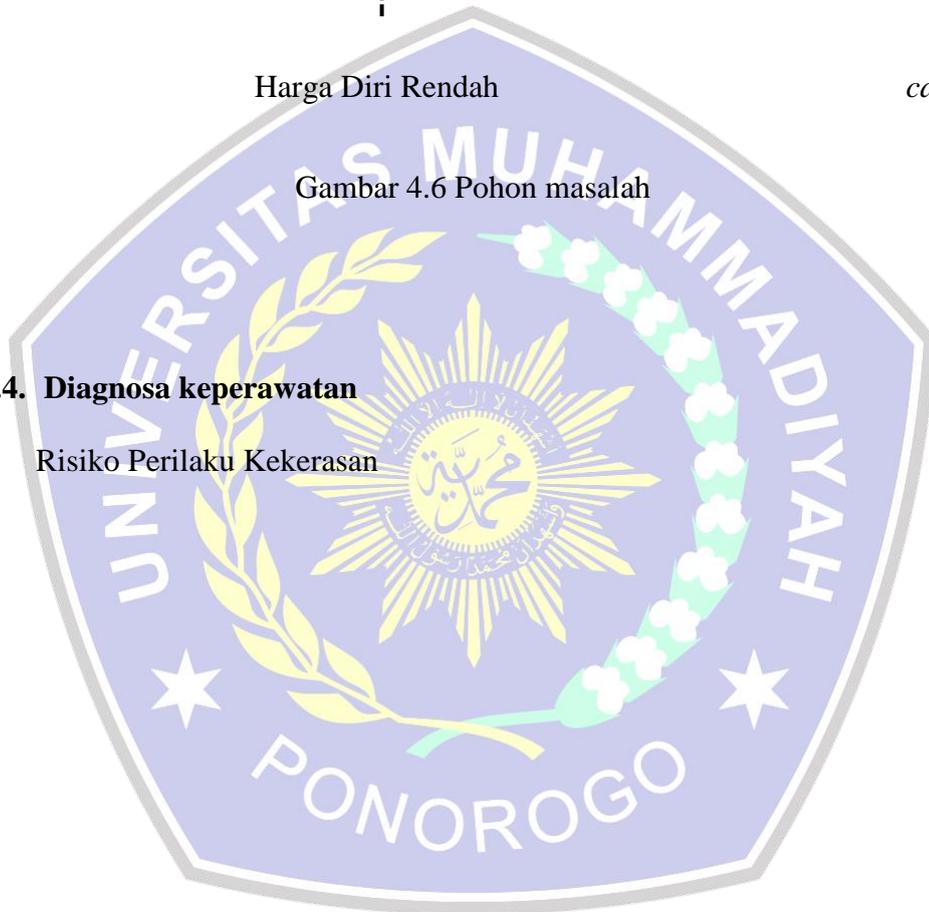
4.3. Pohon masalah



Gambar 4.6 Pohon masalah

4.4. Diagnosa keperawatan

Risiko Perilaku Kekerasan



4.5. Rencana tindakan keperawatan

Tabel 4.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Tujuan (TUK/TUM)	Kriteria Evaluasi	Intervensi
TUM: Klien tidak mencederai diri TUK: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	1.1. Klien mau membalas salam 1.2. Klien mau menjabat tangan 1.3. Klien mau menyebutkan nama 1.4. Klien mau tersenyum 1.5. Klien mau kontak mata 1.6. Klien mau mengetahui nama perawat	1.1.1. Beri salam/panggil nama. a. Sebutkan nama perawat b. Jelaskan maksud hubungan interaksi c. Jelaskan akan kontrak yang akan dibuat d. Beri rasa aman dan sikap empati e. Lakukan kontak singkat tapi sering
2. Klien dapat mengident ifikasi menyebab perilaku kekerasan	2.1 Klien dapat mengungkapkan perasaannya. 2.2 Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri)	2.1.1 Berikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya 2.1.2 Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal
3. Klien dapat mengident ifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan	3.1 Klien dapat mengungkapkan perasaan jengkel/kesal 3.2 Klien dapat menyimpulkan tanda dan gejala jengkel/kesal yang dialaminya	3.1.1 Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat marah/jengkel 3.1.2 Observasi tanda dan gejala perilaku kekerasan pada klien 3.1.3 Simpulkan bersama klien tanda dan gejala jengkel/kesal yang akan dialami
4. Klien dapat mengident	4.1 Klien dapat mengungkapkan perilaku	4.1.1 Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa

identifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan	kekerasan yang biasa dilakukan		dilakukan klien (verbal, pada orang lain, pada lingkungan dan pada diri sendiri)
	4.2 Klien dapat bermain peran sesuai perilaku kekerasan yang biasa dilakukan	4.1.2	Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
	4.3 Klien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan untuk menyelesaikan masalah	4.1.3	Bicarakan dengan klien, apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai
5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	5.1 Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien:	5.1.1	Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang digunakan klien
	a. Akibat pada klien sendiri	5.1.2	Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan klien
	b. Akibat pada orang lain	5.1.3	Tanyakan kepada klien "Apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat".
	c. Akibat pada lingkungan		
6. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan	6.1 Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik:	6.1.1	Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien
	a. Tarik nafas dalam	6.1.1	Beri pujian atas kegiatan fisik klien yang biasa dilakukan
	b. Pukul kasur atau bantal	6.1.1	Diskusikan dua cara fisik yang paling mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan, yaitu: tarik nafas dalam dan pukul kasur serta bantal.
	c. Kegiatan fisik lain	6.2.1	Diskusikan cara melakukan nafas dalam bersama klien
	6.2 Klien dapat mengidentifikasi cara fisik untuk mencegah perilaku	6.2.2	Beri contoh klien tentang cara menarik nafas dalam
		6.2.3	Minta klien mengikuiti contoh yang diberikan sebanyak 5 kali

	kekerasan	6.2.4	Beri pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara menarik nafas dalam
6.3	Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya.	6.2.5	Tanyakan perasaan klien setelah selesai.
		6.2.6	Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari saat marah/jengkel
6.4	Klien mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai jadwal yang telah disusun	6.2.7	Lakukan hal yang sama dengan 6.2.1. sampai 6.2.6. untuk fisik lain dipertemuan yang lain
		6.3.1	Diskusikan dengan klien mengenai frekuensi latihan yang akan dilakukan sendiri oleh klien
		6.3.2	Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari.
		6.4.1	Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan, cara pencegahan perilaku kekerasan yang telah dilakukan dengan mengisi jadwal kegiatan harian (self-evaluation)
		6.4.1	Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan
		6.4.1	Berikan pujian atas keberhasilan klien
		6.4.1	Tanyakan kepada klien “apakah kegiatan cara pencegahan perilaku kekerasan dapat mengurangi perasaan marah”
7.	Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial	7.1	Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam
		7.1.1.	Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien
		7.1.2.	Beri contoh cara bicara yang baik:
		a.	Meminta dengan baik

untu mencegah perilaku kekerasan	mencegah perilaku kekerasan. a. Meminta dengan baik b. Menolak dengan baik c. Mengungkapkan perasaan dengan baik.	b. Menolak dengan baik c. Mengungkapkan perasaan dengan baik
7.2 Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik	7.2.1. Meminta klien mengikuti contoh cara bicara yang baik. a. Meminta dengan baik “Saya minta uang untuk beli makan” b. Menolak dengan baik “Maaf, saya tidak bisa melakukan karena ada kegiatan lain”.	c. Mengungkapkan perasaan dengan baik “ Saya kesal karena permintaan saya tidak dikabulkan” disertai dengan suara nada rendah.
7.3 Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik.	7.2.2. Minta klien mengulang sendiri	7.2.3. Beri pujian atas keberhasilan klien
7.4 Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun	7.3.1. Diskusikan dengan klien tentang waktu dan kondisi cara bicara yang dapat dilatih di ruangan, misalnya: meminta obat, baju, dll; menolak ajakan merokok, tidur tidak tepat pada waktunya, menceritakan kekesalan pada perawat.	7.3.2. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari
	7.4.1 Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan cara bicara yang baik dengan mengisi jadwal kegiatan (self-evaluation).	7.4.2 Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan.
	7.4.3 Berikan pujian atas keberhasilan klien	

		7.4.4	Tanyakan kepada klien “bagaimana perasaan imam setelah latihan bicara yang baik? Apakah keinginan merah berkurang?”.
8.	Tanyakan kepada klien “bagaimana perasaan imam setelah latihan bicara yang baik? Apakah keinginan merah berkurang?”.	8.1. Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan. a. Meminta dengan baik b. Menolak dengan baik c. Mengungkapkan perasaan dengan baik. 8.2 Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik 8.3 Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik 8.4 Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun	8.1.1. Diskusikan dengan klien kegiatan ibadah yang pernah dilakukan. 8.1.2. Bantu klien menilai kegiatan ibadah yang dapat dilakukan di ruang perawat. 8.1.3. Bantu klien memilih kegiatan ibadah yang akan dilakukan 8.2.1. Minta klien mendemonstrasikan kegiatan ibadah yang dipilih. 8.2.2. Beri pujian atas keberhasilan klien. 8.2.3. Klien mengevaluasi pelaksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan 8.3.1. Susun jadwal kegiatan untuk melatih kegiatan ibadah. 8.4.1. Klien mengevaluasi pelaksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan harian 8.4.2. Validasi kemampuan klien dalam melakukan validasi 8.4.3. Berikan pujian atas keberhasilan klien 8.4.4. Tanyakan kepada klien “bagaimana perasaan imam setelah teratur melaksanakan ibadah? Apakah keinginan merah berkurang?”
9.	Klien mendemonstrasikan	9.1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan	9.1.1. Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminumnya (nama, warna,

n	waktu minum	besarnya); waktu minum obat
kepatuhan	obat serta	(jika 3 kali: pkl 07.00),
minum	manfaat dari	13.00, 19.00; cara minum
obat untuk	obat itu (prinsip	obat)
mencegah	5 benar: benar	9.1.2. Diskusikan dengan klien
perilaku	orang, dosis,	manfaat minum obat secara
kekerasan	waktu dan cara	teratur:
	pemberian)	a. Beda perasaan sebelum
	9.2. Klien	minum obat dan sesudah
	mendemonstrasi	minum obat.
	kan kepatuhan	b. Jelaskan bahwa jenis obat
	minum obat	hanya boleh diubah oleh
	sesuai jadwal	dokter.
	yang ditetapkan.	c. Jelaskan mengenai akibat
	9.3. Klien	minum obat yang tidak
	mengevaluasi	teratur, misalnya
	kemampuannya	penyakitnya kambuh.
	dalam	9.2.1 Diskusikan tentang proses
	mematuhi	minum obat:
	minum obat.	a. Klien meminta kepada
		perawat (jika di RS) kepada
		keluarga (jika di Rumah).
		b. Klien memeriksa obat
		sesuai dosisnya.
		c. Klien meminum obat pada
		waktu yang tepat.
		9.2.2 susun jadwal minum obat
		bersama klien
		9.3.1. Klien mengevaluasi
		pelaksanaan minum obat
		dengan mengisi jadwal
		kegiatan harian
		9.3.2. Validasi pelaksanaan
		minum obat klien
		9.3.3. Beri pujian atas
		keberhasilan klien
		9.3.4. Tanyakan kepada klien
		“bagaimana perasaan Imam
		dengan minum obat secara
		teratur? Apakah keinginan
		untuk marah berkurang?”

10. Klien dapat mengikuti TAK: stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan	10.1. Klien yang mengikuti TAK: stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan 10.2. Klien mempunyai jadwal, klien melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan TAK.	10.1.1. Anjurkan klien untuk ikut TAK: stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan. 10.1.2. Klien mengikuti TAK: stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan (kegiatan mandiri) 10.1.3. Diskusikan dengan klien tentang kegiatan selama TAK 10.1.4. Fasilitasi klien untuk mempraktikkan hasil kegiatan TAK dan beri pujian atas keberhasilannya. 10.2.1 Diskusi dengan klien tentang jadwal TAK 10.2.2 Masukkan jadwal TAK dalam jadwal kegiatan harian. 10.2.3 Beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK. 10.2.4 Tanyakan klien: bagaimana perasaan setelah ikut TAK?";
11. Klien mendapat dukungan keluarga dalam melakukan cara pencegahan perilaku kekerasan	11.1. Keluarga dapat mendemonstrasikan cara merawat klien	11.1.1. Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien sesuai dengan yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini 11.1.2. Jelaskan keuntungan peran serta keluarga dalam merawat klien. 11.1.3. Jelaskan cara-cara merawat klien. a. Terkait dengan cara mengontrol perilaku marah secara konstruktif. b. Sikap dan cara bicara. c. Membantu klien mengenal penyebab marah dan pelaksanaan cara pencegahan perilaku kekerasan.

4.6. Implementasi & Evaluasi

Tabel 4.6 Implementasi dan Evaluasi

Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
30/12/20 22 16.00	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan di rumah marah-marah dengan bapaknya, ingin melempar ember dan juga berkata kasar</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah tampak tegang, pandangan tajam, suara tinggi 2. TTV : TD : 144/87 mmHg S : 36,5 °C N : 102 x / menit RR : 21 x/menit <p>DX : Risiko perilaku kekerasan</p> <p>TX : SP1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab PK 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK 3. Mengidentifikasi PK yang dilakukan 4. Mengidentifikasi akibat PK 5. Menyebutkan cara mengontrol PK 6. Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik 1 & 2 7. Mengajarkan klien memasukkan dalam 	<p>S : Klien mengatakan perasaan marah sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lebih tenang, suaranya masih agak lebih keras 2. Klien mampu melakukan latihan nafas dalam & pukul bantal <p>A : Masalah RPK belum teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk latihan nafas dalam dan pukul bantal 2x sehari pada pukul 07.00 WIB dan 16.00 WIB. 2. Anjurkan klien untuk memasukkan ke jadwal harian 	

	<p>kegiatan harian</p> <p>RTL :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi SP 1 RPK 2. Mengevaluasi jadwal harian 3. Lanjutkan SP 2 minum obat teratur dan benar 4. Melatih klien mengontrol PK dengan minum obat teratur dan benar 5. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian 		
<p>31/12/2022 09.30</p>	<p>DS : Klien mengatakan rasa ingin marah berkurang, terkadang berbicara keras dengan temannya</p> <p>DO : 1. Wajah tidak tegang, pandangan tidak tajam, nada suara terkadang tinggi 2. TTV : TD : 130/90 mmHg S : 36,2 °C N : 100 x/menit RR : 20 x/menit</p> <p>DX : Risiko perilaku kekerasan</p> <p>TX : SP 2 pertemuan 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal harian klien 2. Melatih klien mengontrol PK dengan cara minum obat 	<p>S : Klien mengatakan lebih tenang & perasaan marah berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak rileks dan tenang, tetapi terkadang suara keras klien ada saat berbicara dengan temannya. 2. Klien bisa menyebutkan nama obat, jumlah obat, manfaat, juga cara minum obat dengan 5 benar obat <p>A : Masalah RPK belum teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk meminum obat 3x sehari pada pukul 07.30 WIB, 13.00 WIB, dan 17.00 WIB 2. Anjurkan klien untuk latihan nafas dalam dan pukul bantal 2x sehari pada 	

	<p>3. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>RTL :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi SP 1 dan 2 RPK 2. Mengevaluasi jadwal harian 3. Lanjutkan SP 3 cara verbal 4. Melatih klien mengontrol PK dengan verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik 5. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian 	<p>pukul 07.00 WIB dan 16.00 WIB.</p> <p>3. Anjurkan klien untuk memasukkan ke jadwal harian</p>	
02/01/2023 07.00	<p>DS : Klien mengatakan tidak ada perasaan ingin marah, tetapi suara keras sesekali ada (sudah berkurang)</p> <p>DO : 1. Wajah tampak tidak tegang, pandangan tidak tajam, nada suara keras berkurang 2. TTV : TD : 127/98 mmHg S : 36, 5 °C N : 97 x/menit RR : 20 x/menit</p> <p>Dx : Risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>S : Klien mengatakan senang dan tenang</p> <p>O : 1. Klien tampak rileks, senang, suara keras klien sudah berkurang 2. Klien dapat berbicara dengan baik ketika meminta sesuatu, menolak sesuatu, mengungkapkan perasaan dengan baik</p> <p>A : Masalah RPK belum teratasi</p> <p>P : 1. Anjurkan klien latihan cara verbal :</p>	

	<p>Tx : SP 3 Pertemuan 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol PK dengan cara verbal 3. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian <p>RTL :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi SP 1,2 dan 3 RPK 2. Mengevaluasi jadwal harian 3. Lanjutkan SP 4 cara spiritual 4. Melatih klien mengendalikan PK dengan spiritual 5. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian 	<p>menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik pada pukul 09.00 WIB dan 15.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan klien untuk meminum obat 3x sehari pada pukul 07.30 WIB, 13.00 WIB, dan 17.00 WIB 3. Anjurkan klien untuk latihan nafas dalam dan pukul bantal 2x sehari pada pukul 07.00 WIB dan 16.00 WIB. 4. Anjurkan klien untuk memasukkan ke jadwal harian 	
<p>02/01/2023 11.00</p>	<p>DS : Klien mengatakan beragama Islam dan melaksanakan sholat lima waktu</p> <p>DO : 1. Klien tampak bahagia suara keras sudah tidak ada 2. TTV : TD : 125/90 mmHg Suhu : 36,3 °C Nadi : 100x/menit RR : 20x/menit</p> <p>Dx : risiko perilaku kekerasan</p> <p>TX : SP 4 pertemuan ke 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal 	<p>S : Klien mengatakan senang dan perasaan marah sudah tidak ada</p> <p>O: 1. Klien tampak senang dan tenang, suara keras tidak ada 2. Klien bisa melakukan sholat dan berdoa serta mengucapkan istighfar ketika merasakan tanda – tanda marah</p> <p>A : Masalah RPK teratasi</p> <p>P : 1. Anjurkan klien mengontrol PK dengan spiritual : sholat dan istighfar</p>	

	<p>kegiatan harian klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Melatih klien mengontrol PK dengan cara spiritual 3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian <p>RTL :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi SP 1, 2, 3 dan 4 RPK 2. Mengevaluasi jadwal harian 3. Melatih klien mengendalikan PK dengan aktivitas yang terjadwal 4. Menganjurkan klien memasukkan ke jadwal harian 	<p>pada pukul 05.00 WIB, 12.30 WIB, 15.30 WIB, 18.30 WIB, dan 20.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan klien latihan cara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik pada pukul 09.00 WIB dan 15.00 WIB 3. Anjurkan klien untuk meminum obat 3x sehari pada pukul 07.30 WIB, 13.00 WIB, dan 17.00 WIB 4. Anjurkan klien untuk latihan nafas dalam dan pukul bantal 2x sehari pada pukul 07.00 WIB dan 16.00 WIB 5. Anjurkan klien untuk memasukkan ke jadwal harian 	
--	---	--	--

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab 5 ini yaitu pembahasan dalam karya tulis ilmiah yang akan menjelaskan tentang hasil analisa data untuk dibandingkan dengan teori yang telah ada dan hasil dari data yang sudah diperoleh selama melakukan penelitian. Pembahasan ini akan dibahas secara sistematis 5 dengan proses keperawatan yakni pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

5.1. Pengkajian

Dalam proses pengumpulan data penulis menggunakan metode wawancara dan observasi terhadap Ny. W. Ketika melakukan pengkajian pada tanggal 28 Desember 2022 ditemukan data yaitu umur 47 tahun (akan tetapi ditemukan data pada faktor predisposisi bahwa klien mengalami gangguan jiwa pada remaja sekitar usia 12th – 20th), jenis kelamin perempuan, alamat Karanganyar, tidak bekerja, agama Islam. Menurut (Makhruzah, 2021) tindakan asuhan keperawatan yang dilakukan berupa tindakan generalis mencakup dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan. Pengkajian yaitu sebagai tahap awal dari proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang telah dikumpulkan merupakan data pasien secara holistik, terdiri dari aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pada pasien *skizofrenia* untuk usianya rata-rata yang melakukan perilaku kekerasan adalah di umur 25-35 tahun memungkinkan risiko lebih

besar yaitu, 1,8 kali menderita *skizofrenia* dibanding dengan yang diumur 17-24 tahun. Penulis berpendapat bahwa kondisi ini tidak sesuai dengan teori bahwa pada umur >25 tahun risiko terhadap perilaku kekerasan lebih tinggi dibanding dengan umur <24 tahun karena klien mengalami gangguan jiwa sejak remaja.

Pada faktor presipitasi bahwa klien dibawa ke RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta oleh saudaranya karena dirumah marah-marah, tidak mau minum obat dan ingin melempar ember ke bapaknya karena disuruh mengambil sayur tidak segera berangkat. Hal ini sesuai pada teori Dermawan (2013) yang menerangkan bahwa pasien dengan risiko perilaku kekerasan awalnya dapat melakukan tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain ataupun lingkungan. Pada saat pengkajian klien tampak dengan pandangan yang tajam, dan nada suara yang tinggi. Menurut PPNI (2017) terdapat 2 tanda dan gejala perilaku kekerasan yaitu tanda gejala mayor dan gejala minor. Tanda gejala mayor ditandai dengan mengancam, berkata kasar, nada suara keras atau ketus, menyerang orang lain, memukul diri sendiri atau pada orang lain, merusak lingkungan, serta berperilaku kasar/agresif. Untuk gejala tanda minor yaitu mata melotot, tangan mengepal, pandangan tajam, rahang mengatup, serta postur tubuh yang kaku. Penulis berpendapat hal tersebut terdapat adanya kesamaan antara fakta juga teori bahwa klien mengalami gejala perilaku kekerasan yang dibuktikan pada saat pengkajian bahwa klien mengatakan saat dirumah marah-marah, ingin melempar orang, dan saat pengkajian klien tampak dengan pandangan tajam, juga nada suara yang tinggi dan keras.

Pada faktor predisposisi ditemukan data pasien bahwa klien mengalami gangguan jiwa sejak klien SMP dan sering masuk RSJ sekitar 8x dengan keluhan yang sama yaitu marah-marah. Kondisi ini sesuai dengan teori (Parwati, 2018) bahwa umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa. Klien dulunya sewaktu berjualan jamu pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu klien pernah diolok-olok tetangganya karena jamunya tidak laku. Kondisi ini sesuai dengan teori (Parwati, 2018) yaitu umumnya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan contohnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan. Untuk pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena disuruh minum obat tidak mau.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data klien dengan tekanan darah 144/87 mmHg, suhu 36,5 °C, nadi 102 x/menit, respirasi 21 x/menit, SPO2 98%, berat badan 63 kg, tinggi badan 150 cm. kondisi ini sama dengan teori (Azizah, 2016) yaitu pasien dengan risiko perilaku kekerasan saat pemeriksaan fisik ditemukan tanda - tanda vital semacam tekanan darah akan meningkat, nadi cepat, suhu normal, respirasi normal. Klien juga tampak tangan mengempal, tatapan tajam. Dengan ini penulis berpendapat adanya kesamaan antara teori dengan fakta, karena dalam penelitian ini penulis menemukan masalah dengan tanda – tanda vital yang meningkat (diatas nilai normal) dan juga ditandai tangan klien mengempal, tatapan yang tajam sehingga dapat disimpulkan bahwa klien menunjukkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan.

Pada pengkajian konsep diri didapatkan data pada citra tubuh yakni Ny. W mengatakan klien menyukai seluruh bagian tubuhnya, menurut klien tubuhnya bagus tidak ada kecacatan. Klien mengatakan dirinya perempuan dan merasa puas dengan jenis kelamin tersebut, status klien saat ini sudah menikah dan mempunyai 2 anak. Pada peran diri klien mengatakan usianya 47 tahun. Klien dulunya bekerja sebagai penjual jamu dan sekarang perannya sebagai istri. Kondisi tersebut sesuai dengan teori (Azizah, 2016) bahwa pasien dengan risiko perilaku kekerasan tidak dapat melakukan tugas dan perannya dengan baik sebagai anggota keluarga didalam masyarakat, dikarenakan terganggu dengan adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Penulis berpendapat sama dengan teori bahwa klien dengan RPK tidak dapat melakukan tugas dan perannya dengan baik. Dilihat bahwa dulunya klien seorang penjual jamu dan sekarang tidak perannya hanya sebagai istri. Pada saat di rumah sakit klien berperan sebagai pasien. Pada ideal diri klien mengatakan merasa bersyukur dengan tubuhnya saat ini, klien dulu ingin berharap menjadi dokter tetapi biaya tidak mencukupi, klien saat ini sudah merasa cukup dengan keadaanya. Untuk harga diri klien mengatakan tidak malu dengan orang lain terkait dirinya yang masuk RSJ ke 8 kalinya.

Untuk pengkajian hubungan sosial orang yang berarti dalam hidup klien adalah suami dan bapaknya. Pada peran kegiatan masyarakat klien mengatakan ingin berbaur dengan masyarakat tetapi tidak diperbolehkan oleh bapaknya, dan keluar rumah hanya saat membeli kebutuhan rumah yang dibutuhkan. Pada teori (Lestari, dkk 2014) yang mengatakan bahwa gangguan

jiwa bisa disebut gangguan psikiatri atau gangguan mental. Gejala yang dapat terjadi pada seseorang dengan gangguan jiwa berupa tingkah laku maupun pikiran, seperti perilaku yang menghindar dengan lingkungan, tidak mau berkomunikasi dengan orang, mengamuk tanpa sebab sampai tidak terkendali. Dari hal tersebut penulis berpendapat bahwa tidak sesuai dengan teori karena klien sebenarnya ingin berbaur dengan masyarakat tetapi tidak diperbolehkan oleh bapaknya. Klien mengatakan beragama islam dan saat di RSJ klien juga melaksanakan sholat 5 waktu secara individu.

Status mental klien didapatkan, penampilan dengan kondisi rambut terurai kotor, kuku tampak hitam kotor, gigi kekuningan, pakaian bersih tidak bau. Kondisi ini sesuai dengan teori (AH Yusuf, 2015) yang umumnya pasien dengan risiko perilaku kekerasan dengan penampilan yang tidak apik, baju tidak cocok, metode berpakaian tidak seperti umumnya, rambut kotor, gigi yang kotor, kuku panjang dan gelap. Klien dapat berbicara layaknya orang normal biasa tetapi dengan tatapan mata tajam, nada suara keras, dan terkadang berbicara ngelantur. Penulis berpendapat bahwa kondisi ini sesuai dengan teori biasanya pada klien perilaku kekerasan saat dilakukan pengkajian bicaranya cepat, kasar, membentak, ketus nada tinggi serta gampang tersinggung.

Pada aktivitas motorik klien tampak gelisah, tegang saat ditanya dan memainkan jari tanganya. Hal ini sesuai dengan teori (Priyanto dan Permana, 2019) yang berarti perilaku kekerasan yaitu melakukan tindakan kekerasan yang ditujukan pada diri sendiri atau orang lain baik secara verbal atau nonverbal juga pada lingkungan sekitar. Perilaku kekerasan ialah bentuk

perilaku yang dengan tujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Hal tersebut penulis berpendapat adanya kesamaan dengan fakta dan teori karena dari hasil pengkajian klien berbicara dengan suara yang tinggi, pandangan tajam, serta kontak mata yang kurang. Afek klien saat itu *inappropriate* (tidak tepat) yaitu datar yang berarti saat dilakukan wawancara pasien tidak melihat perubahan raut muka dan ekspresi wajah, juga saat diberi stimulus yang menyenangkan ataupun menyedihkan. Selama wawancara klien kooperatif, tetapi tidak bisa mempertahankan kontak mata atau mudah beralih, ada curiga yang ditunjukkan dengan klien tampak khawatir dan klien bertanya bahwa dirinya mau diapakan. Penulis berpendapat bahwa hal tersebut sesuai semua dengan teori (AH Yusuf, 2015) biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan akan tampak bermusuhan, tidak mau menatap lawan bicara, curiga, tidak kooperatif, juga mudah tersinggung.

Pada proses pikir klien reperseperasi yaitu pembicaraan yang diulang berkali-kali yaitu membicarakan tentang pekerjaannya waktu klien berada di Natuna terkadang juga klien saat berbicara tiba-tiba terhenti. Hal ini sesuai dengan teori bahwa proses berpikir klien dengan perilaku kekerasan ialah hidup didalam pikirannya sendiri, hanya memenuhi keinginannya sendiri serta tidak mepedulikan lingkungan sekitarnya. Umumnya klien ketika berbicara secara mendadak terhenti dapat dikarenakan oleh emosi yang meningkat tanpa terdapat gangguan eksternal lalu dilanjutkan kembali. Klien tidak ada isi pikir seperti obsesi, phobia, ide terkait atau waham. Pada tingkat kesadaran klien yaitu stupor dengan tubuh yang kaku dan tampak kacau.

Klien tidak ada disorientasi terhadap waktu & tempat juga orang. Klien mengatakan mengobrol dengan mahasiswa praktik pada siang pukul 13.25 WIB tanggal 28-12-2-22. Klien mengatakan bahwa dirinya berada di RSJ karena marah-marah dirumah. Klien tidak mengalami gangguan pada memori yang berarti klien dapat menceritakan masa lalunya. Penulis berpendapat bahwa kondisi ini tidak sesuai dengan teori pada RPK.

Pada tingkat konsentrasi dan berhitung klien mampu berkonsentrasi saat diberi pertanyaan dan klien mampu berhitung 1-10 dengan benar. Klien mempunyai penilaian yang baik, klien bisa memilih antara 2 pilihan seperti memilih untuk mandi dulu/tidur, klien memilih mandi supaya bisa segar & tidak mudah berkeringat, jadi klien mengalami gangguan penilaian ringan yang sesuai dengan teori (Azizah, 2016) biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan juga sedang serta tidak dapat mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif. Untuk daya tilik diri klien mengatakan menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa dan tahu sekarang berada di RSJ. Klien tahu tujuan dibawa di RSJ untuk menyembuhkan marah-marahnya. Menurut teori (Nursalam, 2016) umumnya klien dengan RPK mengingkari penyakit yang dideritanya, tidak menyadari dengan gejala penyakit atau perubahan fisik dan emosi yang ada pada dirinya. Penulis berpendapat bahwa kondisi ini tidak sesuai dengan teori yang tertulis.

Dalam pemeriksaan lainnya seperti pada kebutuhan makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, istirahat & tidur, aktivitas diluar rumah, aktivitas dalam rumah, klien tidak memerlukan bantuan. Mekanisme koping klien mengatakan ketika klien mengalami masalah tekanan atau peristiwa yang

traumatik klien menyelesaikan dengan cara marah – marah dan mau melempar ember kepada bapaknya dan terkadang menceritakannya kepada suaminya terkadang juga memilih untuk diam. Hal tersebut sesuai dengan teori (Azizah, 2016) yaitu koping maladaptif terdiri: dengan meminum alkohol, serta mencederai diri atau orang lain. Dalam kondisi ini maka penulis berpendapat sesuai dengan teori maladaptif yang dapat mencederai diri atau orang lain.

Aspek pengetahuan klien mengetahui tentang penyakitnya dan klien tahu harus meminum 3 jenis obat tetapi klien tidak tahu manfaat dari obat tersebut. Jadi diperlukan pengetahuan tambahan mengenai obat. Obat yang diminum klien ada 3 yaitu risperidone 2 x 2 mg, THP (trihexyphenidyl) 2x 2 mg, chlopromazine (CPZ) 1 x 25 mg. hal ini sesuai dengan teori (Prabowo, 2014) yaitu Perawatan obat penderita dengan ekspresi marah memerlukan perawatan serta penyembuhan yang pas. Sebaliknya buat penyembuhan dengan neuroleptik efisien dosis besar, semacam chlopromazine hidroklorida, yang bisa digunakan buat mengendalikan gerakan mental, apabila tidak ada, bisa memakai dosis efisien rendah, semacam estrogen trifluoperidine, apabila tidak, bisa pemakaian agen statis digunakan buat mengambil alih obat antipsikotik, namun walaupun demikian, keduanya mempunyai dampak anti-stres, anti- kecemasan, serta anti- agonistik. Dari hasil pengkajian bisa disimpulkan bahwa terdapat perbedaan antara fakta yang didapat dengan teori yang sudah ada. Klien dengan perilaku kekerasan tidak semua tanda dan gejala yang muncul sama pada teori yang ada. Hal ini dapat dibuktikan oleh

tanda dan gejala yang muncul tidak sama pada teori hanya sebagian saja atau beberapa yang terdapat kesamaan dengan klien penulis.

5.2. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian dan wawancara ini diagnosis yang muncul hanya 2 yaitu: risiko perilaku kekerasan, dan halusinasi: pendengaran. Pada hasil tinjauan dan disesuaikan pada data yang diperoleh dari pengkajian klien mengatakan marah – marah dirumah dan saat pengkajian nada suara tinggi tatapan tajam serta klien sudah masuk RSJ sebanyak 8x dengan keluhan yang sama, maka didapatkan hasil diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny. W yaitu Risiko Perilaku Kekerasan. Diagnosa keperawatan yaitu suatu penilaian klinis tentang respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung secara aktual maupun potensial, yang bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Menurut (Yunus, 2019) analisis data dalam perumusan diagnosa keperawatan diawali dengan pengelompokan informasi yang diperoleh dari anamnesa, pengamatan serta pemeriksaan fisik kemudian hasil yang didapat dibandingkan dengan standar (keadaan normal), sehingga bisa diketahui kasus kesehatan yang dialami penderita serta bisa dirumuskan permasalahan kesehatan. Analisa data dengan perilaku kekerasan dapat di peroleh dari (PPNI, 2017) :

1. Gejala dan tanda mayor
 - a. Subjektif: Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, bicara keras dan suara keras.

- b. Objektif: Menyerang orang lain, melukai orang lain juga diri sendiri, merusak lingkungan, berperilaku amuk atau agresif.
2. Gejala dan tanda minor
- a. Subjektif: (tidak tersedia)
 - b. Objektif: Mata melotot atau pandangan yang tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah yang memerah, postur badan kaku.

Berdasarkan pengamatan juga wawancara, maka perawat telah merumuskan masalah yaitu risiko perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai juga mencederai orang lain dan/atau merusak lingkungan (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan prioritas yang diangkat berdasarkan *core problem* adalah: Risiko perilaku kekerasan. Alasan mengapa penulis mengangkat diagnosis tersebut sebagai *core problem* yaitu berdasarkan data pengkajian keluhan utama, tanda dan gejala yang paling menonjol adalah data yang menunjukkan pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Untuk halusinasi pendengaran penulis mengangkat sebagai *cause*. ini terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, pada teori yaitu harga diri rendah, karena pada harga diri rendah tidak ada masalah maka penulis mengangkat halusinasi pendengaran, akan tetapi isi dari halusinasi pendengaran tidak menimbulkan risiko perilaku kekerasan, maka penulis menarik garis putus – putus yang artinya tidak ada hubungan. Pada studi kasus ini penulis fokus pada 1 diagnosis keperawatan saja yaitu risiko perilaku kekerasan.

5.3. Intervensi keperawatan

Rencana tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada Ny. W yaitu dengan cara bina hubungan saling percaya (mengucapkan salam terapeutik, berjabat tangan, menerangkan tujuan interaksi, membuat kontrak topik, waktu, serta tempat tiap kali berjumpa pasien), diskusikan bersama pasien pemicu perilaku kekerasan disaat ini dan masa lalu, diskusikan perasaan pasien jika terjadi pemicu perilaku kekerasan (diskusikan tanda serta gejala perilaku kekerasan secara fisik, diskusikan tanda serta gejala perilaku kekerasan secara psikologis, diskusikan tanda serta gejala perilaku kekerasan secara sosial, diskusikan tanda serta gejala perilaku kekerasan secara spiritual, diskusikan tanda serta gejala perilaku kekerasan secara intelektual), diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dicoba pada saat marah secara: verbal, terhadap orang lain, terhadap diri sendiri, terhadap lingkungan, diskusikan bersama penderita akibat perilakunya, diskusikan bersama penderita metode mengendalikan perilaku kekerasan secara: fisik, misalnya pukul kasur serta bantal, tarik nafas dalam; obat; sosial/ verbal, misalnya menyatakan secara asertif rasa marahnya; spiritual, misalnya sholat ataupun berdoa sesuai kepercayaan penderita, latih penderita mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik, yaitu latihan nafas dalam dan pukul kasur/ bantal, secara sosial/ verbal, secara spiritual, serta patuh minum obat, ikut sertakan penderita dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi mengontrol perilaku kekerasan.

Selain pada klien pada keluarga klien juga dilakukan rencana tindakan keperawatan dengan cara diskusikan permasalahan yang dialami keluarga

dalam merawat penderita, diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (pemicu, tanda dan gejala, dan perilaku yang timbul serta akibat dari perilaku tersebut), diskusikan bersama keluarga kondisi- kondisi penderita yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, semacam melempar ataupun memukul barang/ orang lain, latih keluarga merawat penderita dengan perilaku kekerasan: anjurkan keluarga untuk memotivasi penderita melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat, ajarkan keluarga buat memberikan pujian kepada penderita apabila penderita dapat melakukan aktivitas tersebut secara tepat, diskusikan bersama keluarga tindakan yang wajib dilakukan apabila pasien menunjukkan tanda- tanda perilaku kekerasan, buat perencanaan pulang bersama keluarga (Lestari, dkk, 2014).

Tindakan keperawatan atau intervensi keperawatan dilakukan setelah pengkajian dari penegakan pada klien. Intervensi keperawatan, yaitu segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (PPNI, 2018). Menurut (Nurhalimah, 2016) terdiri 3 aspek yaitu: tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Menurut (Azizah, 2016) rencana keperawatan yang dibuat perawat yaitu dengan tujuan umum klien tidak mencederai diri dan tujuan khususnya yang pertama klien dapat membina hubungan saling percaya, tujuan khusus yang kedua yaitu klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tujuan khusus yang ketiga yaitu klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku, tujuan khusus yang keempat yaitu klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa, tujuan khusus yang kelima yaitu klien dapat mengidentifikasi akibat

perilaku, tujuan khusus yang keenam yaitu klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan, tujuan khusus yang ketujuh yaitu klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan, tujuan khusus yang kedelapan yaitu klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan, tujuan khusus yang kesembilan yaitu klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan, tujuan khusus yang kesepuluh yaitu klien dapat mengikuti TAK (simulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan, tujuan khusus yang kesebelas yaitu klien mendapatkan dukungan keluarga dalam melakukan cara pencegahan perilaku kekerasan.

Dalam hal ini penulis berpendapat sama dengan teori, bahwa pada pasien RPK bisa dilakukan intervensi SP, karena intervensi ini sudah mencakup urutan perencanaan yang dibutuhkan pasien dengan RPK mulai dari membina hubungan saling percaya, mengendalikan perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam, pukul bantal/kasur yang menjadi aspek penting dalam mencegah perilaku kekerasan dengan tujuan pasien tidak mencederai diri atau orang lain.

5.4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan pada Ny. W yaitu selama 3 hari. Pada hari pertama tanggal 30 Desember 2022 dilakukan implementasi SP 1 pasien yaitu, membangun kepercayaan, mengidentifikasi sumber perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, tindakan kekerasan yang dilakukan, konsekuensinya, dan bagaimana untuk mengontrolnya secara fisik, memukul bantal dan kasur dan

menjadwalkannya setiap hari. Didapatkan data subjektif klien mengatakan di rumah marah-marah dengan bapaknya karena disuruh mengambil sayur tidak segera berangkat, ingin melempar ember dan berkata kasar. Untuk hasil data obyektif wajah klien tampak tegang, pandangan tajam, dan suara tinggi. Dari data yang telah diperoleh maka diperoleh masalah keperawatan yaitu risiko perilaku kekerasan. Setelah dilakukan SP 1 didapatkan hasil klien mampu menyebutkan penyebab marahnya, mampu menyebutkan tanda dan gejala, mampu menyebutkan tindakan kekerasan yang dilakukan dan mampu melakukan latihan nafas dalam dan pukul bantal serta mau melakukan latihan tersebut 2 kali sehari pada pukul 07.00 WIB dan 16.00 WIB.

Pada tanggal 31 Desember 2022 dilakukan implementasi SP 2 pasien yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian dan mengontrol PK dengan minum obat dengan 5 prinsip yang benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat dan benar dosis obat) lalu membuat jadwal harian minum obat secara teratur. Didapatkan data subjektif klien mengatakan rasa ingin marah berkurang, terkadang berbicara keras pada temannya. Untuk data obyektif didapatkan wajah klien tampak tidak tegang, pandangan tidak tajam, nada suara tinggi berkurang. Setelah dilakukan SP 2 didapatkan hasil klien dapat menyebutkan nama obat (Risperidone dengan warna putih, THP dengan warna putih, dan CPZ dengan warna orange) dan diminum 3 kali sehari semua, mampu menyebutkan jumlah obat, mampu menyebutkan manfaat. Klien bersedia latihan minum obat secara teratur dan benar 3 kali sehari pada pukul 07.30 WIB, 13.00 WIB, dan 17.00 WIB.

Pada tanggal 02 Januari 2023 pukul 07.00 WIB dilakukan implementasi SP 3 yaitu latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal mengevaluasi jadwal harian untuk dua cara fisik, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik, susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal dan mengatur jadwal latihan untuk mengungkapkan kemarahan. Didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan tidak ada perasaan ingin marah, suara keras sudah berkurang. Untuk data obyektif wajah klien tampak lebih rileks, pandangan tidak tajam, nada suara keras berkurang. Setelah dilakukan implementasi SP 3 didapatkan hasil klien mampu bercakap-cakap dengan baik (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik). Maka klien mau melakukan latihan 2 kali sehari pada pukul 09.00 WIB dan 15.00 WIB.

Pada tanggal 02 Januari 2023 pukul 11.00 WIB dilakukan implementasi SP 4 pasien yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih mengontrol PK dengan cara spiritual (wudhu, sholat dan istighfar) lalu menganjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian. Didapatkan data subjektif klien mengatakan beragama islam dan melaksanakan kewajiban sholat 5 waktu. Untuk data obyektif klien tampak tenang dan tidak ada suara keras. Setelah dilakukan SP 4 didapatkan hasil klien dapat melakukan wudhu, sholat dan istighfar dengan benar. Maka klien mau melakukan latihan tersebut 5 kali sehari sesuai kewajiban sholat 5 waktu yaitu pada pukul 05.00 WIB, 12.30 WIB, 15.30 WIB, 18.30 WIB, dan 20.00 WIB.

Implementasi ini dilakukan setelah rencana tindakan keperawatan atau intervensi keperawatan yang berarti proses lanjutan dari kegiatan yang direncanakan oleh perawat guna membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan dengan SP (Strategi Pelaksanaan) pada pasien dan keluarga. Menurut (Azizah, 2016) SP pertama pasien yaitu, bina hubungan saling percaya dengan klien, identifikasi marah atau jengkel, identifikasi tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat melakukan kekerasan, dan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, lalu masukkan kedalam jadwal harian. SP yang kedua yaitu evaluasi kegiatan yang pertama (SP 1), menjelaskan jenis-jenis obat yang dikonsumsi, latih teratur minum obat dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat), lalu masukkan kedalam jadwal harian. SP yang ketiga, yaitu evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2), latihan secara sosial atau verbal: menolak, meminta, dan mengungkapkan perasaan dengan baik, dan masukan pada jadwal harian. Selanjutnya SP yang terakhir yaitu evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2, SP 3), latihan sholat, berwudhu, beristighfar sampai dengan keyakinan masing-masing untuk mengobrol rasa amarah. Lalu masukkan pada jadwal harian. Selanjutnya evaluasi semua kegiatan yang sudah dilakukan mulai dari SP 1, SP 2, Sp 3, SP 4 untuk melihat perkembangan pada klien sesudah dilakukan tindakan keperawatan. Menurut (AH Yusuf, 2019) implementasi keperawatan selain pada klien juga dilakukan pada keluarga klien. Pada SP

keluarga yang pertama yaitu mendiskusikan masalah yang dirasakan pada keluarga dalam merawat klien, menjelaskan definisi PK, tanda & gejala juga proses terjadinya, menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan dirumah, SP kedua yaitu melatih keluarga melakukan cara-cara mengendalikan kemarahan, melatih keluarga untuk melakukan cara merawat langsung pada klien PK. SP ketiga yaitu membantu perencanaan pulang bersama keluarga termasuk minum obat. Selain dilakukan SP juga dilakukan TAK atau terapi aktivitas kelompok, yaitu terapi yang memberikan stimulus pada anggota kelompok sehingga masing-masing anggota kelompok mempersiapkan terhadap stimulus dengan menggunakan kemampuan serta daya nalarnya dan kelompok membahas suatu isu yang bermanfaat untuk perubahan perilakunya (Azizah, 2016).

Pada implementasi ini peneliti tidak melakukan implementasi SP kepada keluarga klien karena klien tidak dijanguk dan penulis berusaha untuk mengirimkan pesan melalui whatsapp tidak ada jawaban tetapi penulis belum berupaya untuk menelfon dan leaflet edukasi belum sempat terkirim. Pada implementasi TAK peneliti juga tidak melakukannya karena kondisi klien yang saat itu dengan kondisi tidak stabil dan ada yang masih direstraint.

5.5. Evaluasi keperawatan

Pada tanggal 30 Desember 2022 pukul 16.00 WIB telah dilakukan evaluasi pertama dengan pasien mengatakan perasaan marah sudah berkurang, klien tampak lebih tenang, nada suara keras, tatapan mata klien tampak tajam. Pada evaluasi pertama setelah diajarkan latihan fisik (tarik nafas dalam serta pukulan bantal) didapatkan klien mampu melakukan latihan fisik dengan baik (tarik

nafas dalam serta pukul bantal). Telah didapatkan hasil masih adanya masalah risiko perilaku kekerasan. Setelah itu latihan fisik dilakukan sehari 3 kali pada pukul 07.00 WIB dan 16.00 WIB serta anjurkan klien memasukkan ke jadwal harian. Setelah dilakukan Implementasi ini didapatkan data bahwa klien mampu melakukan latihan dengan benar dan implementasi telah berhasil dilakukan.

Pada tanggal 31 Desember 2022 pukul 09.30 WIB dilakukan evaluasi kedua dengan klien mengatakan lebih tenang dan perasaan marah berkurang, klien tampak tenang, nada suara tinggi masih ada, walaupun sudah melakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal. Untuk evaluasi kedua setelah klien diajarkan minum obat dengan benar, didapatkan klien mampu menyebutkan nama obat (Risperidone dengan warna putih, THP dengan warna putih, dan CPZ dengan warna orange) dan diminum 3 kali sehari semua, mampu menyebutkan jumlah obat, mampu menyebutkan manfaat. Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah risiko perilaku kekerasan masih ada. Setelah itu latihan minum obat dengan teratur dan benar 3 kali sehari pada pukul 07.30 WIB, 13.00 WIB, dan 17.00 WIB serta anjurkan klien memasukkan ke jadwal harian. Setelah dilakukan Implementasi yang kedua ini didapatkan data bahwa klien mampu menyebutkan jumlah obat, nama obat, manfaat obat, dan waktu minum dengan benar dan implementasi telah berhasil dilakukan.

Pada tanggal 02 Januari 2023 pukul 07.00 WIB dilakukan evaluasi ketiga dengan klien mengatakan senang dan tenang, klien tampak rileks, suara keras berkurang. Pada evaluasi ketiga setelah klien diajarkan mengontrol marah

dengan berbicara dengan baik, didapatkan klien mampu berbicara dengan baik (meminta sesuatu, menolak sesuatu, mengungkapkan perasaan). Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah risiko perilaku kekerasan masih ada. Selanjutnya latihan berbicara dengan baik (meminta sesuatu, menolak sesuatu, mengungkapkan perasaan) 2 kali sehari pada pukul 09.00 WIB dan 15.00 WIB serta anjurkan klien memasukkan ke jadwal harian. Setelah dilakukan Implementasi yang ketiga ini didapatkan data bahwa klien mampu melakukan latihan dengan benar akan tetapi penulis belum menjumpai klien untuk menolak sesuatu, maka implementasi ini belum berhasil dilakukan semua.

Pada tanggal 02 Januari 2023 pukul 11.00 sudah dilakukan evaluasi keempat dengan klien mengatakan senang, tidak ada perasaan marah, klien tampak enjoy, nada suara keras tidak ada. Dievaluasi keempat setelah klien diajarkan bagaimana cara mengontrol marah dengan cara spiritual (sholat & istighfar), didapatkan klien mampu melakukan dengan baik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan masalah risiko perilaku kekerasan sudah teratasi. Selanjutnya untuk latihan dengan cara spiritual dilakukan 5 kali dalam sehari pada pukul 05.00 WIB, 12.30 WIB, 15.30 WIB, 18.30 WIB, dan 20.00 WIB lalu anjurkan klien memasukkan ke jadwal harian. Setelah dilakukan Implementasi yang keempat ini didapatkan data bahwa klien mampu melakukan latihan dengan benar dan implementasi telah berhasil dilakukan.

Pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan dilakukan evaluasi yang sama dengan teori, keadaan pasien juga

pada fasilitas yang ada dapat disimpulkan yaitu tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai, yaitu pasien mampu melakukan intervensi yang sudah direncanakan. Evaluasi yaitu suatu proses yang berlanjut untuk dapat menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi bisa dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP (Untari & Irna, 2020).

Setiap hari telah dilakukan evaluasi harian guna melihat perkembangan pasien dalam berinteraksi dan melakukan aktivitasnya. Hasil dari evaluasi setiap harinya klien mengalami peningkatan dalam mengontrol marahnya. Klien mampu melakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal secara mandiri. Klien mampu meminum obat dengan benar dan teratur dengan bantuan perawat, berbicara baik secara verbal, dan mengontrol marah dengan cara sholat dan istighfar. Evaluasi atau hasil yang diharapkan pada klien skizofrenia dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan klien mampu mengenali akibat dari perilaku marah dan juga mampu mengontrol marahnya. Hasil dari tindakan keperawatan pada klien skizofrenia dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan dapat teratasi semua dengan keadaan klien yang stabil.

BAB 6

KESIMPULAN & SARAN

Berdasarkan asuhan keperawatan jiwa yang sudah dilakukan pada Ny. W dari keseluruhan data yang diperoleh peneliti baik wawancara, observasi, studi dokumentasi secara langsung selama 4 hari dimulai tanggal 28 Desember 2022 – 02 Januari 2023 di ruang Larasati RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, dari itu penulis menarik kesimpulan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi dan memberikan saran sebagai berikut:

6.1. Kesimpulan

1. Pada pengkajian Ny. W berusia 47 tahun, jenis kelamin perempuan, klien tinggal di Desa Bendo Kecamatan Karanganyar. Alasan klien masuk RSJ karena klien marah – marah dan disuruh minum obat tidak mau. Didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan bahwa dirinya pernah masuk rumah sakit jiwa sebanyak 8x, pada saat dirumah klien marah - marah dan saat disuruh minum obat tidak mau. Klien mempunyai riwayat masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu dulu klien pernah diolok – olok tetangganya waktu pertama kali jualan jamu karena tidak kunjung laku. Peneliti juga menemukan data obyektif yaitu klien berbicara dengan nada tinggi, tatapan mata tajam, tampak gelisah dan terus memainkan jari tanganya.
2. Dari pengkajian tersebut maka, diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny. W adalah risiko perilaku kekerasan.

3. Melalui diagnosis keperawatan maka, intervensi yang diberikan kepada Ny. W adalah melalui program bina hubungan saling percaya (BHSP) meliputi, identifikasi penyebab kemarahan atau jengkel, tanda dan gejala apa yang dirasakan, perilaku kekerasan yang telah dilakukan, akibat yang ditimbulkan, dan cara mengontrol kekerasan secara fisik contohnya adalah melakukan nafas dalam, memukul bantal kasur, mengonsumsi obat sesuai anjuran dengan benar, latihan secara sosial atau verbal seperti menolak, meminta dan mengungkapkan perasaan dengan baik, selain itu latihan-latihan spiritual seperti sholat, berwudhu, dan berdzikir sesuai dengan keyakinan masing-masing juga dapat dilakukan untuk mengontrol marah. Peneliti memberikan asuhan keperawatan berdasarkan intervensi dari buku (Azizah, 2016) dan SP dari RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta.
4. Implementasi dari intervensi SP yang dilakukan pada Ny. W selama 3 hari telah sesuai dengan intervensi yang terdiri dari SP 1 yaitu BHSP, mengidentifikasi penyebab marah, mengenali tanda-tanda gejala yang dialami, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya, dan cara mengontrol marah secara fisik (tarik nafas dalam dan memukul bantal/kasur). Pada SP 2 ada minum obat, SP 3 sosial/verbal, dan SP 4 spiritual. Adapun untuk keluarga pada strategi pelaksanaan, namun peneliti tidak melakukannya karena kasus ini dilakukan di rumah sakit dan pasien tidak dijenguk oleh

keluarga, juga tidak mendapat respon saat dikirim pesan melalui whatsapp.

5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. W terkait risiko perilaku kekerasan, menunjukkan bahwa setelah tindakan keperawatan selama 3 hari, klien telah berhasil tumbuh dalam keterampilan untuk mengontrol marah dan melakukan cara mengontrol marah secara fisik, minum obat, sosial/verbal, dan spiritual yang telah direncanakan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa masalah RPK yang dialami pasien telah teratasi.

6.2. Saran

1. Bagi Profesi Keperawatan

Perawat diharapkan untuk memainkan peran mereka dengan optimal sebagai pemberi asuhan keperawatan, advokat, educator, koordinator, dan kolaborator dalam merawat pasien skizofrenia. Mereka juga harus mempersiapkan pasien dan keluarga menjelang kepulangan mereka, serta melakukan perawatan lanjutan di rumah. Selain itu, perawat diharapkan berpartisipasi dalam kegiatan ilmiah untuk meningkatkan pengetahuan mereka dalam menangani pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan yang berisiko perilaku kekerasan. Dengan demikian, diharapkan bisa tercipta perawat profesional, terampil, inovatif yang mampu memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh.

2. Bagi Rumah Sakit

Dr. Arif Zainudin Surakarta diharapkan dapat memanfaatkan program dan kegiatan yang ada di rumah sakit secara optimal sebagai langkah lanjut dari proses *discharge planning*. Hal ini meliputi *home care*, *home visit*, *family gathering*, rehabilitasi, dan lainnya. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa perawatan dan pemantauan pasien berjalan sesuai tujuan, sehingga meningkatkan mutu pelayanan dan membuat pasien dan keluarganya merasa puas. Untuk menangani klien juga diperlukan asuhan keperawatan yang memiliki rasa aman, menyayangi, peduli, dan sabar, terutama untuk klien dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat mengembangkan serta memberikan pendidikan yang berkualitas khususnya pada asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa. Institusi dapat memberi bekal kepada mahasiswa dengan berbagai macam pelatihan yang baik dalam perawatan pasien skizofrenia yang mengalami masalah risiko perilaku kekerasan. Diharapkan juga institusi dapat melengkapi laboratorium sesuai standar RSJ, dan mengoptimalkan pembelajaran keperawatan jiwa di laboratorium untuk meningkatkan pengetahuan dalam asuhan keperawatan jiwa.

4. Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan keluarga lebih memperhatikan klien dengan menjaga pola hidup sehat, keteraturan dalam kontrol dan terapi klien yang

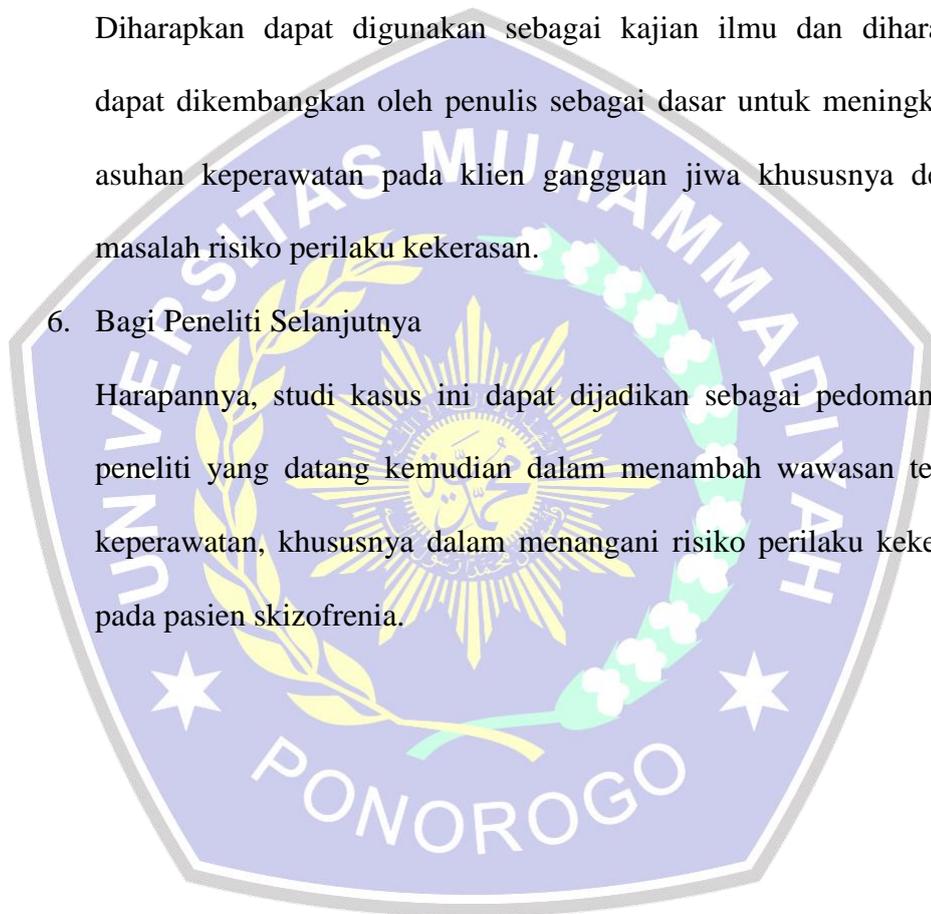
direncanakan oleh dokter dan perawat, keluarga diharapkan mampu memberikan dukungan seperti meningkatkan klien untuk latihan nafas dalam, pukul bantal kasur, minum obat teratur, berbicara yang baik, sholat, dzikir dan berdoa, tidak membebani mental atau pikiran klien. Agar dapat mempercepat proses kesembuhan klien.

5. Bagi Penulis

Diharapkan dapat digunakan sebagai kajian ilmu dan diharapkan dapat dikembangkan oleh penulis sebagai dasar untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa khususnya dengan masalah risiko perilaku kekerasan.

6. Bagi Peneliti Selanjutnya

Harapannya, studi kasus ini dapat dijadikan sebagai pedoman bagi peneliti yang datang kemudian dalam menambah wawasan tentang keperawatan, khususnya dalam menangani risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.



DAFTAR PUSTAKA

- AH. Yusuf, R. F. (2015). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan : Salemba Medika
- Akasyah, A. (2022). *Jurnal Keperawatan Medika Determinan Kekambuhan Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat* : 1(1), 41–53.
- Alawiyah, D., Rahmat, H. K., & Pernanda, S. (2020). Menemukaenali Konsep Etika Dan Sikap Konselor Profesional Dalam Bimbingan Dan Konseling. *Jurnal Mimbar: Media Intelektual Muslim Dan Bimbingan Rohani*, 6(2), 84–101. <https://doi.org/10.47435/mimbar.v6i2.457>
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSMV)*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing.
- Azis, N. R., Sukamto, E., & Hidayat, A. (2018). Pengerun Terapi Deekslasi Terhadap Perubahan Perilaku Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
- Badan PPSDM. (2013). *Modul Pelatihan Keperawatan Kesehatan Jiwa Masyarakat*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Buku Ajar Psikoterapi Self Help Group Pada Keluarga Pasien Skizofrenia. (2020). (n.p.): Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia.
- Darsana, I. W., & Suariyani, N. L. P. (2020). Trend Karakteristik Demografi Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali (2013-2018). *Archive of Community Health*, 7(1), 41. <https://doi.org/10.24843/ach.2020.v07.i01.p05>
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishin.
- Hidayat, T. (2019). Pembahasan Studi Kasus Sebagai Bagian Metodologi Penelitian. *ResearchGate*, August, 1–13. https://www.researchgate.net/publication/335227300_Pembahasan_Studi_Kasus_Sebagai_Bagian_Metodologi_Penelitian
- Iyus Yosep dan Titin. (2016), *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*, Bandung, Refika Aditama.
- Jek Amidos Pardede, Laura Mariati Siregar, E. P. H. (2020). Efektifitas Behaviour Therapy Terhadap Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Mutiara Ners*, 3(1), 8–14. <http://ejournal.sarimutiara.ac.id/index.php/NERS/article/view/1005>
- Jabbari, B, M Mirghafourvand, F Sehhatie, and Sakineh Muhaammad Alizadeh Charandabi. 2017. “The Effect of Holly Quran Voice with and Without

Translation on Stress, Anxiety and Depression During Pregnancy: A Randomized Controlled Trial.” *Journal of Religion and Health* 59: 544–54.

- Keliat, B.A & Akemat (2016). *Keperawatan jiwa : terapi Aktivitas kelompok*. Ed.2. EGC
- Mahjoob, M, J Nejadi, A Hosseini, and N. M. Bakhshani. 2016. “The Effect of Holly
- Makhruzah, S., Putri, V. S., & Yanti, R. D. (2021). Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan terhadap Tanda Gejala Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), 39-46. <http://dx.doi.org/10.36565/jab.v10i1.268>
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Maramis. (2018). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Mashudi, S. (2021). Asuhan Keperawatan Skizofrenia. *Asuhan Keperawatan Skizofrenia, Juni*, 1–23.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi
- NIMH. (2017). Prevalence of any mental illness. Diakses tanggal 28 September melalui <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>.
- Notoatmodjo .2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurhalimah. (2016) Korelasi Peran Keluarga Terhadap Penyesuaian Diri Remaja. *Jurnal Al-Bayan*. Vol. 22 NO. 34 Juli-Desember 2016.
- Nursalam. (2016). *Konsep dan Pengantar Metode Penelitian Ilmu Keperawatan* Jakarta : Salemba Medika
- Pardede, J. A. (2020). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku. Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*.
- Parwati, I. G., Dewi, P. D., & Saputra, I. M. (2018). *Asuhan Keperawatan PerilakuKesehatan*.
https://www.academia.edu/37678637/asuhan_keperawatan_perilaku_kekerasan
- Prabowo, E. (2014). *Konsep Dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa (Edisi Pert)*.
- Siahaan, F. B. (2017). Inovasi Model Double Loop Problem Solving Terhadap Kemampuan Menulis Makalah Ilmiah Di Program Studi Matematika Fkip Uhn. *JURNAL Suluh Pendidikan FKIP-UHN*, 4(2), 38–49.
<https://uhn.ac.id/jsp>

- Sinopsis Skizofrenia. (2018). (n.p.): Universitas Brawijaya Press
- Subardjo, R. Y. S., & Nurmaguphita, D. (2021). Jurnal Psikologi Terapan dan Pendidikan Dukungan keluarga dalam penanganan ODGJ. *Jurnal Psikologi Terapan Dan Pendidikan*, 3(1), 27–32.
- Suryanti, S., & Ariani, D. (2018). Pengaruh Relaksasi Progresif Terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Klaten. *Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(1), 67–74. <https://doi.org/10.37341/interest.v7i1.74>
- Stuart,G.W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 9th edition. Missouri: Mosby
- Ulya, F., & Setiyadi, N. A. (2021). Literature Review Of Factors Related To Mental Health In Adolescent: Kajian Literatur Faktor Yang Berhubungan Dengan Kesehatan Mental Pada Remaja. *Journal of Health and Therapy*, 18(2), 27–46.
- Untari, S. N., & Irna, K. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Wardiyah, Aryanti, Teguh Pribadi, and Clara Santa Maria Yanti Tumanggor. "Terapi Relaksasi Napas dalam pada Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Rs Jiwa Bandar Lampung." *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM) 5.10* (2022): 3611-3626.
- World Health Organization 2018, Mental disorders, 9 April 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>

Lampiran 1 : Penjelasan Untuk Mengikuti Studi Kasus

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI STUDI KASUS

1. Kami adalah peneliti berasal dari institusi Universitas Muhammadiyah Ponorogo jurusan Ilmu Kesehatan program studi DIII Keperawatan. Dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Skizofrenia dengan Masalah Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mengkaji, merumuskan diagnosa, merencanakan intervensi, melakukan implementasi, evaluasi, dan dokumentasi yang dapat memberi manfaat berupa pemberian asuhan keperawatan. Studi kasus ini akan berlangsung selama 5 hari
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara dipimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung kurang lebih 15 – 20 menit. Cara ini menyebabkan ketidaknyaman tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangn asuhan keperawatan/pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada studi kasus ini anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan studi kasus ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor HP: 085706351469

PENELITI



Viedila Sonya Jiehan Indriya

Lampiran 2 : Informed Consent

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh saudara Viedila Sonya Jichan Indriya dengan judul Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Surabaya.....31 Desember 2022

Saksi Yang Memberikan Persetujuan


Haru Sribanto, S.Kep.Ns
(770502.200312.1.00)


(.....Wanti.....)

Surabaya.....31 Desember 2022

Peneliti


(Viedila Sonya...)

Lampiran 3 : Surat Permohonan Data Awal



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jl. Budi Utomo No. 10 Ponorogo 63471 Jawa Timur Indonesia
 Telepon (0352) 481124, Faksimile (0352) 461796, email: akademik@umpo.ac.id website :
www.umpo.ac.id

Akreditasi Institusi oleh BAN-PT = B
 (SK Nomor 77/SK/BAN-PT-PPJ/PT/IV/2020)

Nomor : 627 /IV.6/PN/2022

Ponorogo, 24 oktober 2022

H a l : Permohonan Ijin Data Awal

Kepada :

Yth. Direktur RSJD Dr. Arif Zainudin

Di-

Surakarta

Assalamu'alaikum w. w.

Disampaikan dengan hormat bahwa sebagai rangkaian pelaksanaan Ujian Akhir Program (UAP) Mahasiswa Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo Tahun Akademik 2022/2023, maka mahasiswa / mahasiswi diwajibkan untuk menyusun Data Awal lingkup Keperawatan, maka bersama ini mengharap bantuan dan kerjasama Bapak / Ibu dapatnya memberikan kemudahan dalam melaksanakan izin data awal untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI). Data yang di perlukan adalah : **data pasien skizofrenia dengan masalah risiko perilaku kekerasan**
 Adapun nama mahasiswa / mahasiswi sebagai berikut :

Nama : Viedila Sonya Jiehan Indriya
 NIM : 20613398
 Prodi : D3 Keperawatan

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya di sampaikan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum w. w.



Dekan,

Sulistyo Andarmoyo, S. Kep, Ns., M. Kes
 NIK 19791215 200302 12

Lampiran 4 : Strategi Pelaksanaan

SP 1 Pasien : Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik. Dan memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

1. Proses Keperawatan

- a. Kondisi: Pandangan mata klien tampak tajam, wajah tampak tegang, nada suara tinggi. Saat klien marah klien ingin membanting ember dirumah.
- b. Diagnosa Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan
- c. Tujuan Khusus:
 - a.) Klien dapat membina hubungan saling percaya
 - b.) Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan
 - c.) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
 - d.) Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan
 - e.) Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
 - f.) Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan
- d. Intervensi:
 - a.) Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan
 - b.) Menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan
 - c.) Menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan
 - d.) Menyebutkan akibat perilaku kekerasan

- e.) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan
- f.) mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik
- g.) Masuk jadwal kegiatan pasien

2. Fase Orientasi

“Assalamualaikum ibu, perkenalkan nama saya Viedila Sonya, panggil saya Viedila, saya mahasiswa Universitas Muhammadiyah Ponorogo. Saya yang akan merawat ibu selama di rumah sakit ini. Nama ibu siapa, senangnya dipanggil apa?”

“Bagaimana perasaan ibu wanti saat ini? Masih ada perasaan kesal atau marah?” “Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah ibu wanti” “Berapa lama ibu mau kita berbincang-bincang?” Bagaimana kalau 10 menit? “Dimana enakny kita duduk untuk berbincang-bincang, bu? Bagaimana kalau di ruang tamu?”

3. Fase Kerja

“Apa yang menyebabkan bu wanti marah?, Apakah sebelumnya ibu pernah marah? Terus, penyebabnya apa? Samakah dengan yang sekarang?. O..iya, jadi ada 2 penyebab marah ibu”

“Pada saat penyebab marah itu ada, seperti ibu menyuruh mbah ambil sayur tidak segera diambil dan suami tak kunjung pulang, apa yang ibu rasakan?”

(tunggu respons pasien) “Apakah ibu merasakan kesal kemudian dada berdebar-debar, mata melotot, rahang terkatup rapat, dan tangan mengempal?”

“Setelah itu apa yang ibu lakukan? O..iya, jadi ibu melempar mbah dengan ember, apakah dengan cara ini mbah akan segera ambil sayur? Iya, tentu tidak. Apa kerugian cara yang ibu lakukan? Betul, ember pecah rusak, mbah

kesakitan. Menurut ibu adakah cara lain yang lebih baik? Maukah ibu belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?”

”Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan, bu. Salah satunya adalah dengan cara fisik. Jadi melalui kegiatan fisik disalurkan rasa marah.”

”Ada beberapa cara, bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu?” ”Begini bu, kalau tanda-tanda marah tadi sudah ibu rasakan maka ibu berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus.., tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali. Bagus sekali, ibu sudah bisa melakukannya. Lalu untuk cara fisik pukul bantal, saat ibu merasakan tanda – tanda marah ibu bisa pukul bantal, begini caranya bu. Sekarang ibu coba melakukannya, bagus sekali ibu bisa melakukannya. Bagaimana perasaannya bu?”

“Nah, sebaiknya latihan ini ibu lakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul ibu sudah terbiasa melakukannya”

4. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang tentang kemarahan ibu?” ”Iya jadi ada 2 penyebab ibu marah (sebutkan) dan yang ibu rasakan (sebutkan) dan yang ibu lakukan (sebutkan) serta akibatnya (sebutkan).

”Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah ibu yang lalu, apa yang ibu lakukan kalau marah yang belum kita bahas dan jangan lupa latihan napas dalamnya ya bu. Sekarang kita buat jadwal latihannya ya, berapa kali sehari ibu mau latihan napas dalam & pukul bantal?,

“Jam berapa saja?” ”Baik, bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk melihat sejauh mana ibu dapat melakukan latihan ini & kita akan belajar cara mengontrol marah yang lain yaitu minum obat. Ibu mau ya, tempatnya disini saja ya bu, Assalamualaikum”.



SP 2 Pasien : Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat

Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan penggunaan obat dan akibat berhenti minum obat.

1. Proses Keperawatan

- a. Kondisi: Klien mengatakan perasaan marah berkurang, nada suara tinggi.
- b. Diagnosa Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan
- c. Tujuan Khusus:
 - a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
 - b.) Mengevaluasi SP 1 tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur
 - c.) Melatih pasien dengan cara minum obat yang teratur dengan prinsip 5 benar
 - d.) Menyusun jadwal minum obat secara teratur
- d. Intervensi:
 - a.) Mengevaluasi jadwal harian klien
 - b.) Melatih klien mengontrol PK dengan cara minum obat
 - c.) Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian

2. Fase Orientasi

“Assalamualaikum bu Wanti, sesuai jadwal yang kemarin hari ini kita bertemu lagi ya, apakah ibu masih ingat dengan saya?”

“Bagaimana ibu, apakah sudah dilakukan tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?, coba kita lihat dan cek kegiatan hariannya”

“Bagaimakan kalau sekarang kita bicara dan latihan tentang cara minum obat yang benar dan teratur untuk mengontrol rasa marah? Dimana enaknya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau ditempat kemarin? Berapa lama ibu Wanti mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?”

3. Fase kerja

“Apakah ibu Wanti sudah mendapat obat dari dokter? Berapa macam obat yang ibu minum? Warnanya apa saja? Bagus...jam berapa ibu meminum obatnya? Yaa..bagus”

“Obatnya ada 3 macam ya bu, yang warna putih namanya Risperidone, gunanya untuk mengatasi kemarahan ibu, agar ibu bisa lebih tenang dan rasa ingin marah berkurang. Selanjutnya yang warnanya orange namanya Chlorpromazine (CPZ) gunanya untuk mengatasi kecemasan/gugup, dan yang terakhir warnanya putih namanya Trihexyphenidyl (THP) gunanya untuk mengatasi gerak tubuh hang tidak terkontrol. Semua itu harus diminum 3x sehari ya bu, pada jam 7 pagi, 1 siang, dan 5 sore”.

“Bila nanti setelah minum obat mata ibu terasa berkunang-kunang, sebaiknya ibu istirahat dan jangan beraktivitas dulu.”.

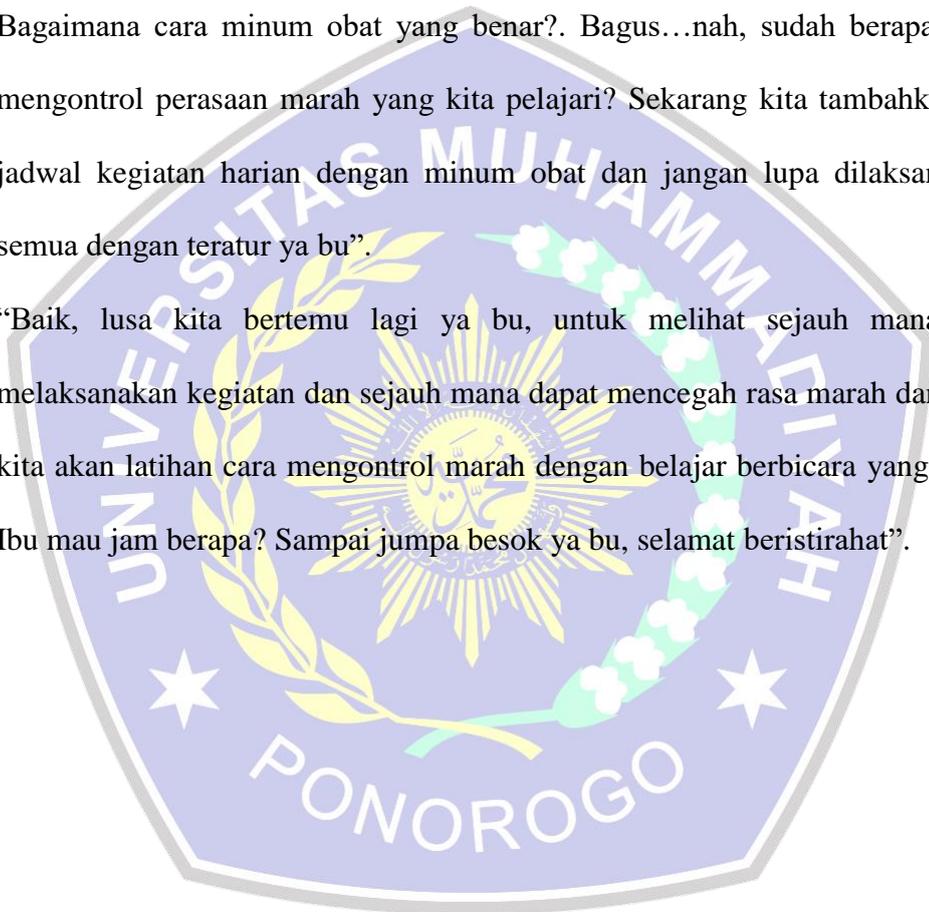
“Nanti dirumah sebelum minum obat ini ibu lihat dulu label dikotak obat, apakah sudah benar nama ibu tertulis disitu, nama obatnya, berapa dosisnya yang harus diminum, jam berapa saja harus diminum,baca juga apakah nama obatnya sudah benar. Kalau disini minta obatnya pada perawat lalu dicek lagi apakah benar obatnya”.

“Jangan pernah menghentikan minum obat sebelum berkonsultasi dengan dokter ya bu. Sekarang kita masukan waktuminum obat ke dalam jadwal harian ya bu.”

4. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara minum obat yang benar?. Coba ibu sebutkan lagi jenis obat yang ibu minum. Bagaimana cara minum obat yang benar?. Bagus...nah, sudah berapa cara mengontrol perasaan marah yang kita pelajari? Sekarang kita tambahkan ke jadwal kegiatan harian dengan minum obat dan jangan lupa dilaksanakan semua dengan teratur ya bu”.

“Baik, lusa kita bertemu lagi ya bu, untuk melihat sejauh mana ibu melaksanakan kegiatan dan sejauh mana dapat mencegah rasa marah dan lusa kita akan latihan cara mengontrol marah dengan belajar berbicara yang baik. Ibu mau jam berapa? Sampai jumpa besok ya bu, selamat beristirahat”.



SP 3 Pasien : Latihan Mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal

Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik

3. Proses Keperawatan

- a. Kondisi: klien mengatakan tidak ada perasaan ingin marah, terkadang nada suara klien keras
- b. Diagnosa Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan
- c. Tujuan Khusus:
 - a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
 - b.) Mengevaluasi SP 1 tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur
 - c.) Mengevaluasi SP 2 cara minum obat yang benar
 - d.) Melatih pasien dengan cara verbal
 - e.) Menyusun jadwal latihan verbal
- d. Intervensi:
 - a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
 - b.) melatih klien mengontrol PK dengan cara verbal
 - c.) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian

4. Fase Orientasi

“Assalamualaikum ibu, sesuai dengan janji saya yang kemarin kita bertemu lagi, masih ingan dengan saya bu?. Bagaimana bu apakah ibu sudah latihan tarik nafas dalam, pukul bantal/kasur dan meminum obat dengan benar? Bagus....Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan-latihan secara teratur? Coba kita lihat ya jadwal hariannya”.

“Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah? Dimana enaknyanya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat yang sama? Berapa lama ibu mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?”

5. Fase Kerja

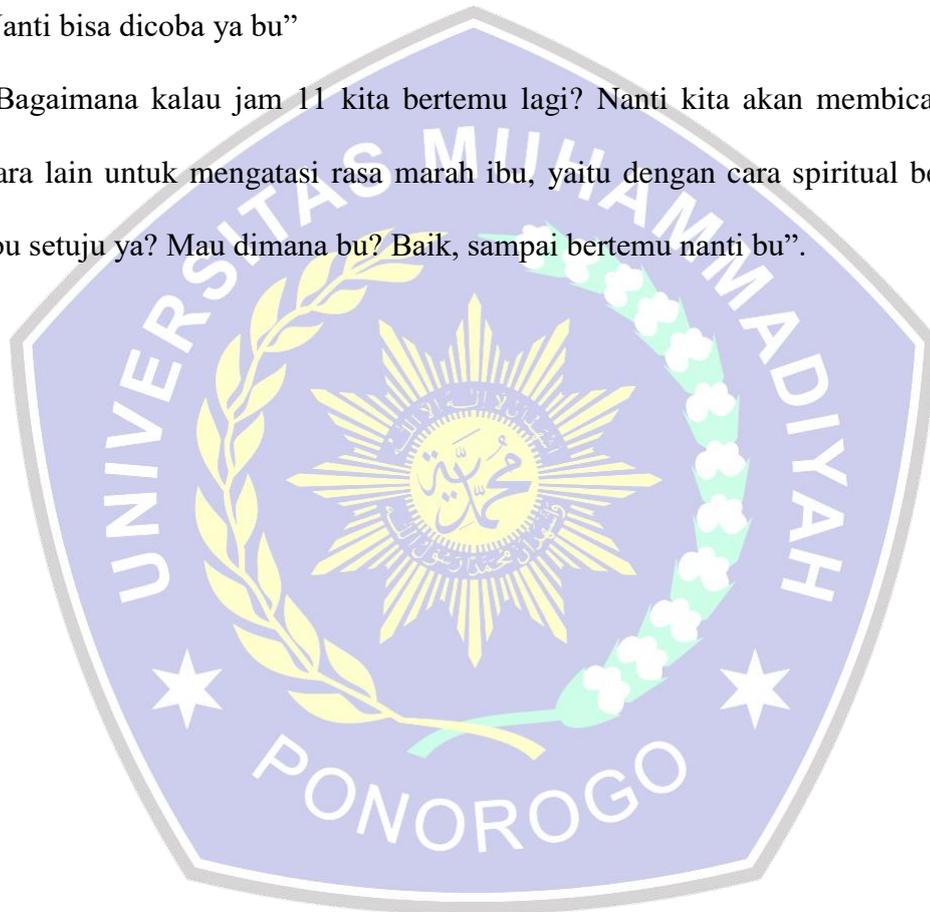
“Sekarang kita latihan bicara yang baik untuk mencegah marah kalau marah sudah disalurkan melalui tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur lalu sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah, jadi ada 3 caranya bu:

1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin ibu bilang penyebab marahnya karena si mbah tidak segera berangkat mengambil sayur dan suami ibu tidak kunjung pulang. Coba ibu belajar bicara minta ke mbah dengan baik agar segera mengambil sayurnya dan meminta gelas pada perawat jaga. “Mbah, saya ingin mbah pergi segera mengambil sayurnya untuk segera dimakan” “Mbak, bolehkah saya meminta gelas untuk mengambil air minum?”. “Coba ibu praktikkan. Bagus...”
2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan ibu tidak mau melakukan, katakan: “Maaf saya tidak bisa melakukannya karena saya sedang ada pekerjaan lain” “Coba ibu praktikkan. Bagus...”
3. Mengungkapkan perasaan kesal dengan baik, jika ada orang lain yang membuat ibu kesal, ibu dapat mengatakan: “Saya sebenarnya ingin marah karena perkataan atau perbuatanmu itu” “Coba ibu praktikkan. Bagus...”

4. Fase Terminasi

“Bagaimana persaan ibu setelah kita berbincang-bincang tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik? Coba ibu sebutkan lagi cara bicara yang baik, yang telah kita pelajari. Bagus sekali... sekarang mari kita masukkan dalam jadwal harian, sehari berapa kali ibu mau latihan? Coba ibu masukkan dalam jadwalnya, misalnya meminta gelas atau ganti baju. Bagus... Nanti bisa dicoba ya bu”

“Bagaimana kalau jam 11 kita bertemu lagi? Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah ibu, yaitu dengan cara spiritual berupa, ibu setuju ya? Mau dimana bu? Baik, sampai bertemu nanti bu”.



SP 4 Pasien :

Latihan dengan cara spiritual, yaitu sholat, dan beristighfar.

1. Proses Keperawatan

- a. Kondisi: klien mengatakan tidak ada perasaan ingin marah, nada suara tidak keras
- b. Diagnosa Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan
- c. Tujuan Khusus:
 - a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien
 - b.) Mengevaluasi SP 1 tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur
 - c.) Mengevaluasi SP 2 minum obat secara teratur
 - d.) Mengevaluasi SP 3 latihan dengan cara verbal
 - e.) Melatih pasien dengan cara spiritual
 - f.) Menyusun jadwal harian pasien
- d. Intervensi:
 - a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian
 - b.) Melatih klien mengontrol PK dengan cara spiritual
 - c.) Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal harian

2. Fase Orientasi

“Assalamualaikum bu Wanti, sesuai dengan janji saya, saya datang lagi, masih ingat ya bu dengan saya? Bagaimana ibu, latihan apa yang sudah dilakukan? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Bagus sekali... bagaimana rasa marahnya?”

“Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mencegah rasa marah ibu yaitu dengan ibadah? Dimana enakny kita berbincang-bincang?”

Bagaimana kalau ditempat yang sama? Berapa lama kita mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?”

3. Fase Kerja

“Coba ceritakan kegiatan ibadah yang ibu lakukan. Bagus... yang mana yang mau dicoba? Nah kalau ibu sedang marah coba ibu langsung duduk dan tarik nafas dalam, jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks, bisa sambil mengucap Astagfirullah, jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat. Ibu bisa melakukan sholat secara teratur untuk meredakan kemarahan. Coba ibu sebutkan sholat 5 waktu apa saja. Bagus... mau coba yang mana? Coba sebutkan niat dan caranya.”

4. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang ke-4 ini? Jadi sudah berapa cara mengontrol marah yang kita pelajari? Bagus... mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadwal harian ibu, 5 kali ya bu sholatnya? Baik kita masukkan jadwal sesuai kesepakatan”.

“Coba ibu sebutkan lagi cara ibadah yang dapat ibu lakukan bila ibu merasa ingin marah? Setelah ini ibu coba lakukan jadwal sholat & beristighfar sesuai jadwal yang telah kita buat tadi”.

“Nanti pada waktu jam sholat saya akan menemui ibu, untuk melihat sejauh mana ibu melaksanakan kegiatan dan sejauh mana ibu dapat mencegah rasa marahnya. Sampai jumpa nanti bu, selamat beristirahat”.

Lampiran 5 : Leaflet Edukasi

Mengenal

APA ITU RISIKO PERILAKU KEKERASAN?

Gangguan jiwa berat (Skizofrenia)





KENALI	PENCEGAHAN
<p>Definisi Perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman yang membahayakan fisik, emosi pada diri sendiri/orang lain.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Latihan nafas dalam • Pukul bantal kasur
<p>Penyebab Aspek keluarga, media, sahabat, lingkungan, biologis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Latihan berbicara dengan baik • Latihan sholat & berdoa
<p>Akibat Gangguan psikologis, merasa tidak nyaman, tertutup, kurangpercaya diri, resiko bunih diri, tekanan mental, harga diri rendah, ketidakberdayaan, isolasi sosial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memotivasi melakukan tindakan • Memberi pujian
<p>Tanda & Gejala Mengancam, berkata kasar, memukul, melukai diri sendiri/orang lain, amuk, mata melotot, pandangan tajam, wajah memerah.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meminum obat dengan benar

Kamu tidak sendiri, ada banyak orang disekelilingmu yang mencintaimu, peduli denganmu

Lampiran 6 : Surat Permohonan Ijin Studi Kasus



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jl. Budi Utomo No. 10 Ponorogo 63471 Jawa Timur Indonesia
 Telepon (0352) 481124, Faksimile (0352) 461796, email: akademik@umpo.ac.id website :
www.umpo.ac.id

Akreditasi Institusi oleh BAN-PT = B
 (SK NO. 77/SK/BAN-PT/Ak/PPJ/PT/IV/2020)

Nomor : 705/IV.6/KM-PN/2022

Ponorogo, 8 Desember 2020

Hal : Permohonan Ijin Studi Kasus

Yth. Direktur RSJD Dr. Arif Zainuddin Surakarta

Di-

Surakarta

Assalamu'alaikum wr. wb.

Disampaikan dengan hormat bahwa sebagai rangkaian pelaksanaan Ujian Akhir Program (UAP) Pendidikan Prodi D-3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo Tahun Akademik 2022/2023, maka mahasiswa / mahasiswi diwajibkan untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah (Studi Kasus) lingkup Keperawatan.

Untuk kegiatan dimaksud mengharap bantuan dan kerjasama Bapak / Ibu dapatnya memberikan ijin kepada mahasiswa / mahasiswi kami dalam pengambilan Studi Kasus penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Adapun nama mahasiswa / mahasiswi sebagai berikut :

Nama : Viedila Sonya Jiehan Indriya
 NIM : 20613398
 Lokasi : RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta
 Waktu : 14
 Judul Riset : Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien Skizofrenia dengan Masalah Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya di sampaikan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum wr. wb.



Dekan
 Sulistyono Andarmoyo, S. Kep., Ns., M. Kes
 NIK 19791215 200302 12

Lampiran 8 : Log Book 1

BUKU KEGIATAN BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH (KTI)	
Pembimbing	: IAH-
Nama Pembimbing	: Dr. Sugeng Mashudi, M.Kes.
Nama Mahasiswa	: Viedila Sonya Jiehan Indriya
NIM	: 20613398
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO**

2022/2023

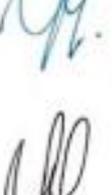
NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
	16/9	<p>Batas!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat kaste - msls - to go sem. yang pernah mulai kegiatan Endang <p>- Dofm</p> <p>Postur</p> <p>di-Scitica...</p> <p>Batas 2</p> <p>Batas 3 &</p> <p>Cepat</p> <p>ku</p>	<p>↑</p> <p>+</p> <p>+</p>

NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
	Rabu / 29 - 3 - 23	Ae y	A
	13 - 06 - 23	Pluboks ment 3 poin d u 3 part - haul - turv - Opini	A
	21 - 06 - 23	Ae A	A

Lampiran 9 : Log Book 2

BUKU KEGIATAN BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH (KTI)	
Pembimbing	: t/II
Nama Pembimbing	: Ririn Nasriati, S.Kep., Ns., M.Kep
Nama Mahasiswa	: Viedila Sonya Jiehan Indriya
NIM	: 20613398
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Risiko perilaku Kekerasan
PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO 2022/2023	

NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
1		Ace modul.	
2	25/022 /10	Bab I & II - Perbaiki soal saran - (+) permasalahan obat / medis pd di openin. - Cek pengetahuan.	
3	4/022 /11	Bab I & II Perbaiki soal saran - Sumber yg dikutip dihapus Cek buku panduan KTI	
4	24/022 /11	- Perbaiki pengetahuan - (+) sisi keislaman - SP → masukkan implementasi - Dapus → lihat panduan KTI	

NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
5	28 / 022 / 11	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Dapus - perbaiki penyekhan 	
6	29 / 022 / 11	<ul style="list-style-type: none"> - Siapkan & siap proposal. 	
7	17 / 023 / 2	<ul style="list-style-type: none"> BAB IV = perbaiki semua Saran. SOAP = planning pasien bukan prosedur. Word pembahasan 	
8	14 / 023 / 3	<ul style="list-style-type: none"> Pembahasan → perbaiki semua 	
9	31 / 023 / 3	<ul style="list-style-type: none"> Perbaiki pembahasan 	
10	5 / 023 / 4	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pembahasan ⊕ opini penulis ⊕ sumber us lain Perbaiki kesimpulan. 	

NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
11	9/6 ⁰²⁰	<ul style="list-style-type: none"> - Cari teori lain di pembahasan → Jangan punya Azitah saja !! - Perbaiki pembaha- san. - Kumpul keseluruhan 	
12	19/6 ⁰²⁰	<ul style="list-style-type: none"> Sampai ujian kali 	

Lampiran 10 : Format Asuhan Keperawatan Jiwa

**PENGAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA
PSIKOSOSIAL**

Tanggal mulai dirawat oleh perawat :

Tangga pengkajian :

I. IDENTITAS KLIEN

Nama :

Umur :

Alamat :

Pendidikan :

Agama :

Status :

Pekerjaan :

No Reg. :

II. KELUHAN UTAMA

Keluhan utama saat ini

**III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (FAKTOR PRESIPITASI)
selama 6 bulan terakhir (Biologi, psikologi, social kultural)**

**IV. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU (FAKTOR PREDISPOSISI)
lebih dari 6 bulan**

1. Pernah mengalami keluhan terkait pikiran, perasaan dan perilaku di masa lalu?

 Ya

 Tidak

Jika Ya, Jelaskan kapan, tanda gejala/keluhan:

2. Faktor penyebab/pendukung :

a. Riwayat Trauma

	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
1. Aniaya fisik				
2. Aniaya seksual				
3. Penolakan				
4. Kekerasan dalam keluarga				

5. Tindakan kriminal				
----------------------	--	--	--	--

Jelaskan

.....

- b. Pernah melakukan ancaman, isyarat, dan atau upaya/ percobaan/ bunuh diri

Ya

Tidak

Lanjut ke penjelasan apabila jawaban iya, kapan waktunya, frekuensinya, denganapa.

Jelaskan :

.....

- c. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan (peristiwa kegagalan, kematian, perpisahan, kehilangan, pernah di olok olok, di kecewakan dsb)

Jelaskan :

.....

- d. Pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tumbuh kembang)

Ya

Tidak

Jika ya jelaskan

.....

- e. Riwayat penggunaan NAPZA (apa, kapan, lama pemakaian)

.....

3. Upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi terkait kondisi diatas dan hasilnya:

Jelaskan :

.....

4. Riwayat penyakit keluarga

Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa/ pernah merasa sedih berkepanjangan atau perubahan perilaku?

Ada

Tidak

Jika ada, hubungan keluarga :

.....
.....

Gejala:

.....

Riwayat pengobatan :

.....

V. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL (tiga generasi dari klien)

1. Genogram

Penjelasan genogram :

(Pola komunikasi dalam keluarga, pengambil keputusan, pola asuh dalam keluarga)

.....
.....

2. Citra tubuh :

a. Identitas :

.....
.....

b. Peran :

.....
.....

c. Ideal diri :

.....
.....

d. Harga diri

.....
.....

Masalah keperawatan:

3. Hubungan sosial

1. Orang yang berarti/terdekat/paling nyaman untuk cerita

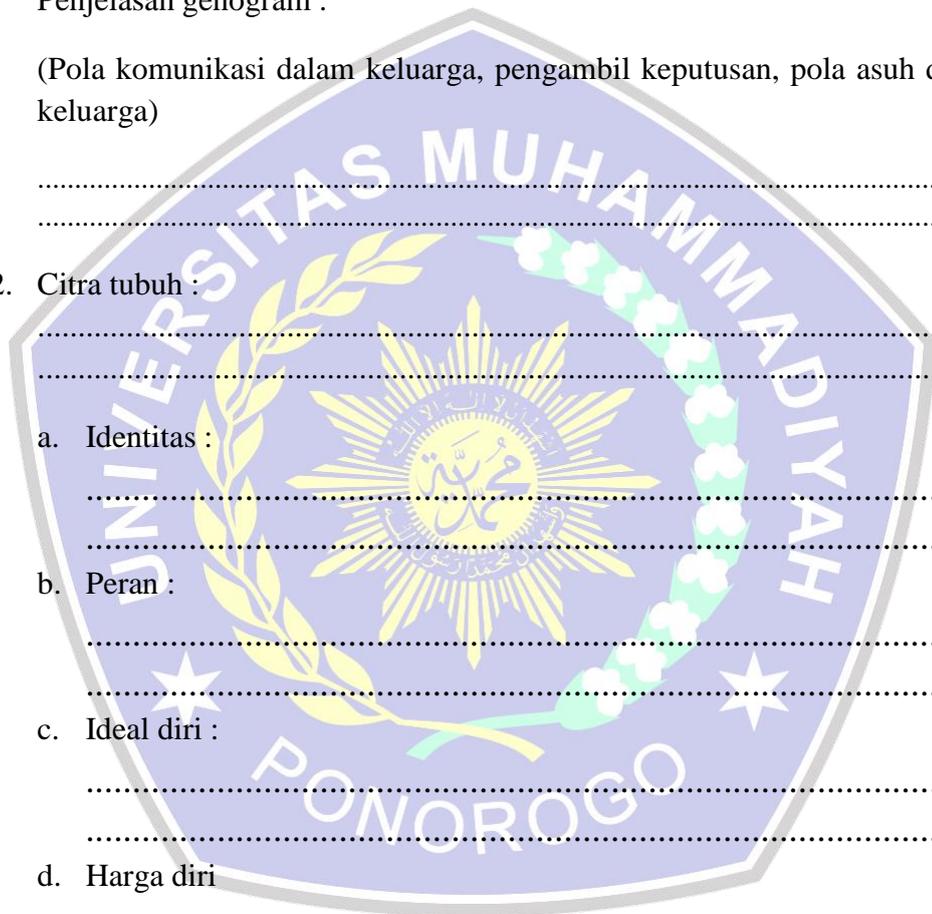
.....

2. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat dan hubungan sosial

.....

3. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

.....



- Masalah keperawatan:.....
4. Spiritual
 - a. Nilai dan keyakinan
.....
.....
 - b. Kegiatan ibadah
.....
.....

Masalah keperawatan:.....

VI. PEMERIKASAAN FISIK

5. Keadaan Umum
.....
.....
6. Kesadaran (Kuantitas dan Kualitas)
.....
.....
7. Tanda Vital:
 - TD mm/Hg
 - N..... x/menit
 - S..... °C
 - P..... x/menit
8. Ukur :
 - BB Kg
 - TB..... Cm
9. Keluhan fisik:
Jelaskan:
.....
.....

VII. STATUS MENTAL

1. Penampilan (penampilan usia, cara berpakaian, kebersihan)
.....
.....

Masalah keperawatan:.....

2. Pembicaraan (koheren, logorhea, frekuensi, volume, jumlah, karakter)
.....
.....

Masalah keperawatan:.....

3. Aktifitas motorik/psikomotor
 Tidak ada gangguan atau masalah

Kelambatan :

- Hipokinesia, hipoakifitas
- Katalepsi
- Sub stupor katatonik
- Fleksibilitas serea

Peningkatan :

-
- Hiperkinesia, hiperkitifitas
 - Stereotipi
 - Gaduh gelisah
 - Mannarism
 - Katapleksi
 - Tik
 - Ekhopraxia
 - Grimace
 - Otomatisma
 - Negativisme
 - Reaksikonversi
 - Tremor
 - Verbigerasi
 - Berjalan kaku/rigid
 - Kompulsif : sebutkan.....

Masalah keperawatan :

4. Mood dan afek

a. Mood

- Stabil
- Perubahan
 - Depresi
 - Ketakutan
 - Auforia
 - Lain-lain
- Khawatir
- Anhedonia
- kesepian

Masalah keperawatan :

b. Afek

- Sesuai
- Tidak sesuai
- Tumpul/dangkal/datar
- Labil

Masalah keperawatan :

5. Interaksi selama wawancara

- Kooperatif
- Temuan lain :

- Bermusuhan
- Tidak kooperatif
- Mudah tersinggung
- Kontrak mata kurang
- Defensif
- Curiga

6. Persepsi sensorik

a. Halusinasi

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penciuman

b. Ilusi

- Ada
- Tidak ada

Jelaskan :(Pengkajian halusinasi dan fase halusinasi)

Masalah Keperawatan :.....

7. Kesadaran

a. Orientasi (waktu, tempat, orang)Jelaskan :

Perubahan

- Meninggi
- Menurun
 - Kesadaran berubah
 - Hipnosa
 - Confusion
 - Sedasi
 - Stupor

8. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang (> 1 bulan) pertanyaan terkait masalah, tanggal lahir, kapan menikah dsb
- Gangguan daya ingat jangka menengah (24 jam - < 1 bulan) pertanyaan seputar apa saja yang sudah dilaksanakan selama 1 bulan terakhir
- Gangguan daya ingat pendek (kurun waktu 10 detik sampai 15 menit) bisa dengan teknik menyebutkan beberapa 5 benda di

sekitar dan minta untuk mengulangi

Jelaskan :

.....

Masalah Keperawatan:.....

9. Tingkat konsentrasi dan berhitung

a. Konsentrasi

- Baik
- Buruk
 - Mudah beralih
 - Tidak mampu berkomunikasi

b. Berhitung

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:.....

10. Proses pikir

- Sirkumtansial
- Tangensial
- Blocking
- *Flight of idea*
- Disosiasi longgar

Masalah keperawatan:

11. Isi pikir

- Waham :
- Bentuk fikir :
- Arus piker :

Masalah keperawatan :

12. Kemampuan penilaian (pertanyaan seputar peristiwa berdasarkan norma baik buruk atau yang lain)

- Normal
- Abnormal
 - Gangguan ringan
 - Gangguan bermakna

Jelaskan:

.....

2. Daya tilik diri

- Baik

- Buruk
 - Mengingkari penyakit yang diderita
 - Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

.....

VIII. KEBUTUHAN PERAWATAN MANDIRI DI RUMAH

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan
 - Perawatan kesehatan
 - Tranportasi
 - Tempat tinggal
 - Keuangan dan kebutuhan lainnya.

Jelaskan:.....

2. Kegiatan hidup sehari hari

- a. Perawatan diri

- 1) Mandi

Jelaskan :

.....

- 2) Berpakaian, berhias, dan berdandan

Jelaskan.....

.....

- 3) Makan

Jelaskan :

- 4) Toileting (BAK, BAB)

Jelaskan :

.....

Masalah Keperawatan :

- b. Nutrisi

Berapa frekuensi makan dan frekuensi kudapan dalam sehari?

.....
 Bagaimana nafsu makannya?

.....
 Bagaimana berat badannya?

- c. Tidur

- 1) Istirahat dan tidur

Tidur siang, lama : s/d

Tidur malam, lama :s/d

Aktifitas sebelum/sesudah tidur :

Jelaskan :

- 2) Gangguan tidur
 - Ada
 - Tidak Ada
 - o Insomnia
 - o Hipersomnia
 - o Parasomnia
 - o Lain-lain Jelaskan di baliknya

Penjelasan Gangguan tidur

.....

- 3) Kemampuan lain-lain
 - Kemampuan memenuhi kebutuhan hidup

 - Membuat keputusan berdasarkan keinginannya

 - Mengatur kebutuhan perawatan kesehatannya sendiri

4) Sistem pendukung :

Jelaskan :

.....

IX. MEKANISME KOPING

- Konstruktif (melakukan tindakan mengatasi stressor dengan baik, berusaha, bertekadkuat untuk bisa menyelesaikan masalah secara baik)
- Destruktif (melakukan tindakan yang merugikan diri sendiri dan orang lain saatmendapat stressor)

Jelaskan :

.....

X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- 1. Masalah dengan dukungan kelompok (konflik dengan tetangga/teman/saudara),spesifiknya

Jelaskan:

.....

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan (mengucilkan diri, atau di kucilkan, tidak bisa berbaur, kesulitan berkumpul dengan orang banyak) spesifiknya

Jelaskan:

.....

3. Masalah dengan pendidikan (putus sekolah, tidak ada motivasi belajar, di bully di sekolah, atau takut bertemu guru), spesifiknya

Jelaskan:

.....

4. Masalah dengan pekerjaan (di PHK, tidak segera mendapat pekerjaan, konflik dengan teman kantor dsb), spesifiknya

Jelaskan:

.....

5. Masalah dengan perumahan (tanggung jawab cicilan, tidak punya tempat tinggal layak, pindah pindah selalu), spesifiknya

Jelaskan:

.....

6. Masalah dengan ekonomi (keuangan yang dimiliki, pemasukan dan pengeluaran, cicilan dan hutang, tidak bisa memenuhi kebutuhan), spesifiknya

Jelaskan:

.....

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan (akses jauh, tidak ada transportasi, tidak memiliki BPJS, tidak ada waktu, pelayanan tidak memadai dsb), spesifiknya

Jelaskan:

.....

XI. ASPEK PENGETAHUAN

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang suatu hal?

Bagaimana pengetahuan klien/keluarga saat ini tentang penyakit/ gangguan jiwa, perawatan dan pelaksanaannya faktor yang memperberat masalah (presipitasi), obat-obatan atau lainnya. Apakah perlu diberikan tambahan pengetahuan yang berkaitan dengan spesifiknya masalah tsb.

- Masalah masalah psikososial
- Sistem pendukung
- Faktor presipitasi
- Cara merawat kesehatan diriku
- Lain-lain, jelaskan → LIHAT HALAMAN BALIKNYA

Jelaskan :

.....
.....

XII. ASPEK MEDIS

1. Diagnosis Medis

.....

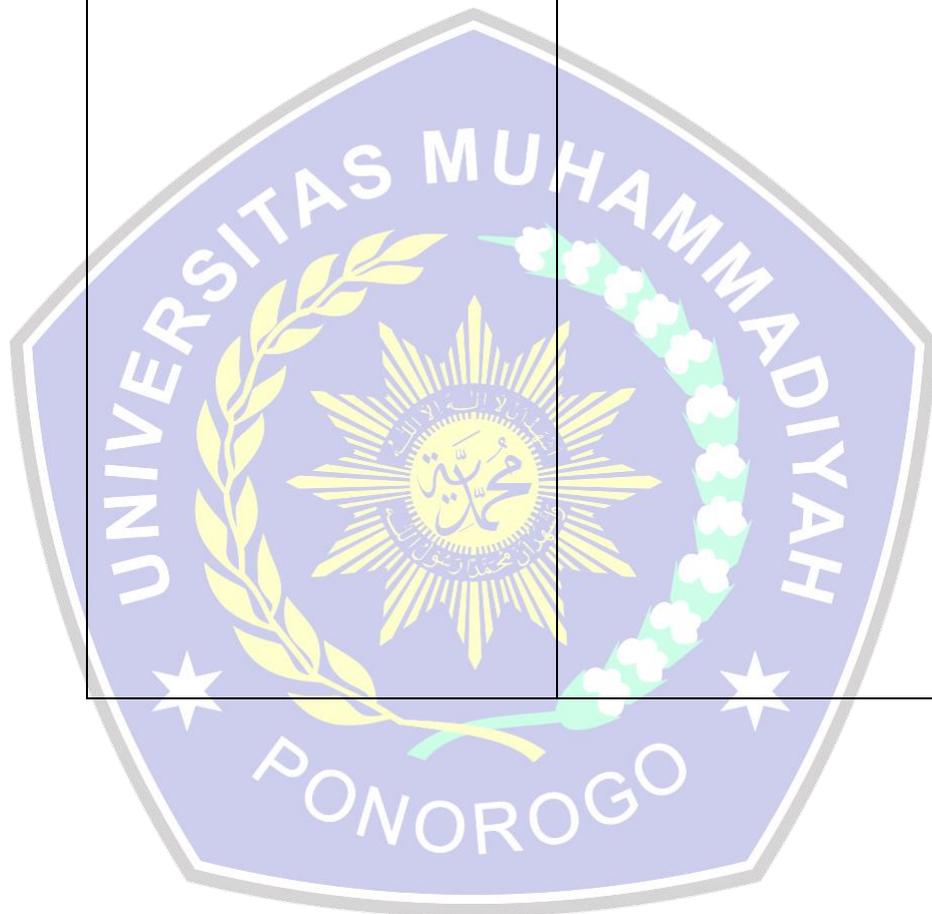
2. Terapi medis

.....



DATA FOKUS

Data Subjektif	Data Objektif



ANALISA DATA

No	Data	Masalah Keperawatan
1.	DS : DO :	
2.	DS : DO :	
3.	DS : DO :	
dst	DS : DO :	

XIII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1.
2.
3.
4. dst

XIV. POHON MASALAH

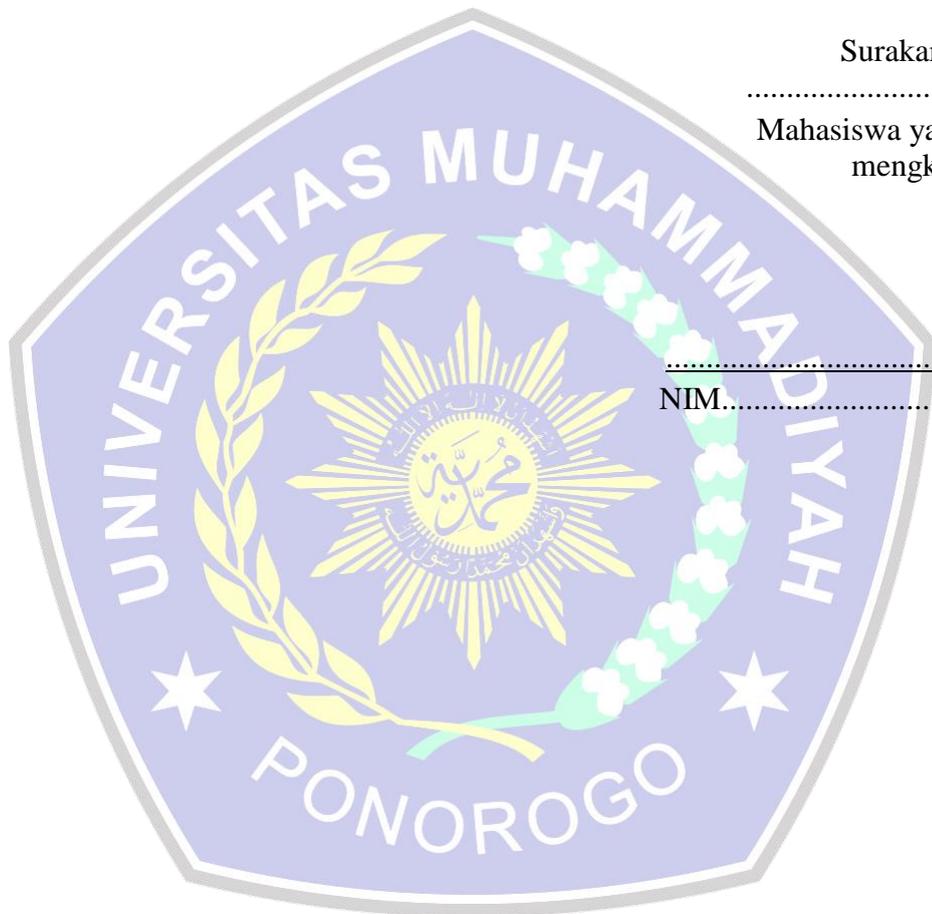
XV. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.
3.
4.

Surakarta,

.....

Mahasiswa yang
mengkaji



.....
NIM.....

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : DX Medis :

No RM : Ruangan :

Tgl	No Dx	Dx Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
